



สถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถาปัตยกรรม แผน ก แบบ ก 2 แนวความคิดในการออกแบบ ระดับปริญญามหาบัณฑิต

ภาควิชาสถาปัตยกรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

สถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสถาปัตยกรรม แผน ก แบบ ก 2 แนวความคิดในการออกแบบ ระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต
ภาควิชาสถาปัตยกรรม
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศิลปากร

ARCHITECTURE FOR MENTAL RELIEF AND FULFILLMENT



By

MISS Sunantha THONGLIAMNAK

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for Master of Architecture Architecture

Department of Architecture

Graduate School, Silpakorn University

Academic Year 2021

Copyright of Silpakorn University

630220012 : สถาปัตยกรรม แผน ก แบบ ก 2 แนวความคิดในการออกแบบ ระดับปริญญา
มหาบัณฑิต

คำสำคัญ : โรคทางจิตเวช, ความเป็นอยู่ที่ดี, สถาปัตยกรรมเยียวยา, จิตวิทยาสถาปัตยกรรม

นางสาว สุนันทา ทองเลี่ยมนาค: สถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติศร ศรีเสาวนันท

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นการศึกษาแนวทางการออกแบบเพื่อค้นหารูปแบบการจัดการระบบ
พื้นที่ทางสถาปัตยกรรมสำหรับบรรเทาและเติมเต็มผู้ที่ประสบกับการเจ็บป่วยทางจิต เพื่อแสดงให้เห็น
ถึงวิธีการจัดการของการอยู่ร่วมกันในสังคมทั้งคนปกติและคนมีอาการป่วยได้อย่างปกติสุข ทั้งลักษณะ
รูปแบบของสภาพแวดล้อมและจิตวิทยาของระบบการ จัดพื้นที่โดยมีธรรมชาติเป็นเงื่อนงำซึ่งจะถูก
นำมาวิเคราะห์ร่วมกับลักษณะและอาการของโรคทางจิตเวช ถึงแม้ว่าอาการจะมีความซับซ้อน
ขั้นตอนการสืบค้นเพื่อศึกษาอาการตลอดจนการวิเคราะห์จึงต้องทำอย่างระมัดระวัง จากนั้นจึงเข้าสู่
การกำหนดแนวความคิดรวบรวมข้อมูล ทฤษฎีเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่และการนำไปศึกษา
ในทางสถาปัตยกรรมต่อไป

กระบวนการวิเคราะห์เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค การบำบัดรักษาทาง
การแพทย์โดยใช้สภาพแวดล้อม และการออกแบบพื้นที่ ทั้งนี้ผู้ป่วยทางจิตมีภาวะการรับรู้ที่ผิดแผกไป
เป็นความรู้สึกลงทางด้านลบในโรควิตกกังวล โรคไบโพลาร์และโรคซึมเศร้า มี 4 รูปแบบด้วยกัน ได้แก่
1) ความวิตกกังวล ความเครียด เก็บกด กัดฟัน อึดอัด จึงต้องให้ได้รับการเป็นอิสระและปลดปล่อย 2)
การหลบ หลีกหนีจากสภาวะแวดล้อมภายนอก จึงต้องมีการควบคุม 3) การอยู่เพียงลำพัง รู้สึกโดด
เดี่ยว จึงต้องได้รับการมีปฏิสัมพันธ์ 4) ความเป็นส่วนตัวและการสร้างขอบเขตออกจากโลกภายนอก
จึงต้องได้รับการปกป้อง

ผลการศึกษา หลักการที่เป็นตัวการสำคัญในการกำหนดกระบวนการแนวความคิดของ
รูปแบบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทางสถาปัตยกรรม เพื่อสร้างความสมดุลของแนวความคิดเรื่อง
การบรรเทาและเติมเต็ม ด้วยการควบคุม การปกป้อง การเชื่อมต่อและการให้อิสระได้ทำงาน
ร่วมกัน ตลอดจนการสร้างกระบวนการออกแบบที่ช่วยยกระดับจิตใจให้กับสังคมมนุษย์ได้ต่อไป

630220012 : Major Architecture

Keyword : Mental Disorder Wellbeing Healing Architecture Psychology Architecture

MISS SUNANTHA THONGLIAMNAK : ARCHITECTURE FOR MENTAL RELIEF AND FULFILLMENT THESIS ADVISOR : ASSISTANT PROFESSOR ADISORN SRISAOWANUNT, Ph.D.

This dissertation aims at exploring the concept of architectural spatial management models for relief and fulfilling people experiencing mental illnesses, including those who are having symptoms that are about to go into full illness. This is to demonstrate how to manage peaceful coexistence in society for both normal people and people with mental illnesses, by utilizing a combination of psychology of spatial management and patterns of natural environment. Such patterns are analyzed in conjunction with the characteristics and symptoms of psychiatric symptoms. In order to know the essence, which are the hallmarks of a mentally ill person, the process of searching and analysis must be done carefully. After that, it goes on to formulate concepts, collect data, and theories in order to acquire new knowledge and to further study in architecture.

The analysis process starts with collecting information related to the disease, medical treatment, theory of symptomatic therapy and lead to architectural synthesis to acquire tools to deal with space systems related to behavior, feeling, and perception. There are four forms of bipolar disorder and depression. First is anxiety, which means stress, suppression, pressure, and uneasiness that must be freed and released. Secondly, external environment, namely, noise, hustle and bustle of people or even natural sources, such as light, which is a key contributor to worsening symptoms in depression and bipolar disorder. Therefore, it is necessary to control the area regarding free space. The third form is loneliness, which necessitate the need of interaction with both humans and nature. The fourth one is privacy that bounds away from feeling of insecurity, emptiness and isolation, which can be achieved by isolating perception that time has passed slowly throughout the day.

The results of this dissertation shall leave an important question on which kind of an environments that acts as the crucial factors that direct the process, pattern, and concept of interaction between architectural components that provide a relief and fulfill those with mental illnesses. The concept should also help create a new paradigm of design approaches that uplifts the mind of humankind furthers.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยการให้ความช่วยเหลือทั้งร่างกายแรงใจของตัวบุคคล รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้าขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิสร ศรีเสาวนันทน์ อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ที่ให้ความรู้ การใช้ความเข้าใจและเคียงกรำต่อข้าพเจ้า รวมไปถึงแนวทางการศึกษาเล่าเรียน ตลอดจนให้แง่คิดในการใช้ชีวิตอยู่บนความเป็นมนุษย์ ซึ่งทำให้ตัวข้าพเจ้าเองได้ทำงานศึกษาภายใต้หัวข้อที่ข้าพเจ้าสนใจได้อย่างเต็มความสามารถ ทั้งนี้อาจารย์ ดร.ลิขิต กิตติศักดิ์นันท์ ได้ให้คำปรึกษาในช่วงต้นภาคการศึกษาจนก่อร่างเป็นหัวข้อนี้ขึ้นมา และขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ต้นข้าว ปาณินท์ ผู้ที่คอยชี้แนะแนวทางการเรียนการสอนตลอดจนจบปีการศึกษานี้เช่นกัน

ข้าพเจ้าต้องขอขอบคุณตนเองที่ต้องใช้พลังความมุมานะ จัดการกับอารมณ์ที่ไม่ค่อยจะคงที่นัก แพทย์หญิงอภิษฐา ตันติยาภรณ์ จิตแพทย์ผู้เปรียบเสมือนเพื่อนร่วมเดินทางที่รับฟังรับรู้ทุกช่วงจังหวะชีวิต ยังคงคอยเติมพลังให้ทั้งทางกายและใจ ตลอดจนเพื่อนๆร่วมชั้นเรียนที่คอยให้กำลังใจให้คำปรึกษาถือเป็นช่วงเวลาที่ยิ่งใหญ่ของความหลากหลายของความรู้สึกเอาไว้กลายเป็นความทรงจำที่ดีในช่วงเวลาหนึ่ง สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวซึ่งเป็นผู้โอบอุ้มข้าพเจ้าไว้ไม่ว่าจะประสบพบเจอกับปัญหาหนักหนาเพียงใด เพื่อให้อยู่รอดผ่านพ้น ให้มุ่งมั่นกับการศึกษาเล่าเรียนในครั้งนี้ด้วย

นางสาว สุนันทา ทองเลี่ยมนาค



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญภาพ.....	ฑ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา.....	1
วัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์.....	2
สมมุติฐาน.....	2
ขอบเขตการศึกษา.....	3
ขั้นตอนการศึกษา.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
นิยามศัพท์.....	4
การนำเสนอผลงาน.....	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
ที่มาของการศึกษาเรื่องการเยียวยาทางจิตด้วยสถาปัตยกรรม.....	7
ความหมายและองค์ประกอบของจิต.....	7
แนวคิดเรื่องจิต.....	8
แนวคิดของความบ้า.....	9
การรับรู้ (Perception).....	11

โรคทางจิตเวช.....	12
การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being).....	17
อาหารคือยา	17
ธรรมชาติบำบัด	18
การบำบัดด้วยเสียงที่เกิดจากการใช้ดนตรีและศาสตร์แห่งศิลปะบำบัด	20
การรับรู้พื้นที่ทางกายภาพ	20
การรักษาทางการแพทย์ที่นำไปสู่ด้านการออกแบบกายภาพของสถาปัตยกรรมในปัจจุบัน.....	21
การควบคุม.....	21
การปกป้อง.....	28
การให้อิสระ.....	29
การเชื่อมต่อ	31
บทที่ 3 กรณีศึกษา	36
การเลือกกรณีศึกษา.....	36
กรณีศึกษา A. Children’s Center for Psychiatric.....	36
กรณีศึกษา B. Vejle Psychiatric Hospital.....	39
กรณีศึกษา C. Kronstad Psychitric Hospital.....	40
กรณีศึกษา D. Psychologist's office and tranquil garden	43
กรณีศึกษา E. Thuys at the dolhuys	44
กรณีศึกษา F. Peaceful home to be healing architecture	45
กรณีศึกษา G. Casa Covida	47
กรณีศึกษา H. Urban womb.....	49
กรณีศึกษา I. KWIECO Shelter House	52
บทที่ 4 หลักการและแนวทางการจัดระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมประเภทที่พักพิงชั่วคราว	54
โรคทางจิตเวชกับแนวความคิดการสร้างระบบพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง.....	54

แนวทางการออกแบบสถานที่พักพิงชั่วคราว	54
พื้นที่พักผ่อน ได้แก่ ห้องนอนกลุ่ม ห้องนอนเดี่ยว พื้นที่นั่งเล่น	55
พื้นที่กิน	59
พื้นที่รับคำปรึกษาโดยนักจิตวิทยาและจิตแพทย์	62
พื้นที่สนทนาการ	64
พื้นที่บำบัดด้วยกิจกรรม	65
พื้นที่ทางธรรมชาติ	66
บทที่ 5 วิเคราะห์การจัดระบบพื้นที่และที่ตั้งโครงการ	67
รูปแบบโครงการและแนวคิดการจัดการระบบพื้นที่โดยแบ่งตามกลุ่มโรค	67
1 พื้นที่นอน สัดส่วนและขนาด	67
2 พื้นที่นั่งเล่น สัดส่วนและขนาด	71
3 พื้นที่กิน สัดส่วนและขนาด	75
4 พื้นที่ให้คำปรึกษา	77
5 พื้นที่สนทนาการและกิจกรรมบำบัด	79
6 พื้นที่สำหรับสำนักงาน	80
ระบบความสัมพันธ์ของพื้นที่	80
กิจกรรมในโครงการประจำสัปดาห์แบ่งตามประเภทผู้ใช้งาน	81
ขนาดพื้นที่โครงการ	82
การแบ่งขอบเขตตามประเภทพื้นที่และวิธีการของระบบความสัมพันธ์ของพื้นที่	83
การคัดเลือกที่ตั้งโครงการเพื่อทำการศึกษาและวิเคราะห์	84
1 ขั้นตอนการเลือกย่านที่ตั้งโครงการ	84
2 เกณฑ์การเลือกย่านที่ตั้งโครงการ	86
3 การเลือกที่ตั้งเฉพาะโครงการ	92
4 สรุปการเลือกที่ตั้งโครงการ	95

บทที่ 6 การออกแบบสถาปัตยกรรม.....	96
วิเคราะห์ระบบพื้นที่ร่วมกับบริบท	96
ระบบพื้นที่แบบควบคุม	96
ระบบพื้นที่แบบปกป้อง	97
ระบบพื้นที่แบบเชื่อมต่อ	98
ระบบพื้นที่แบบให้อิสระ	99
การออกแบบสถาปัตยกรรมที่פקพง.....	102
ทัศนียภาพภายในโครงการ	105
ภาพรวมมุมมองด้านบนของโครงการ.....	105
ทัศนียภาพด้านหน้าส่วนทางเข้า	106
ทัศนียภาพพื้นที่กั้น	107
ทัศนียภาพพื้นที่กิจกรรมบำบัด	109
ทัศนียภาพพื้นที่นอนโรคเครียดก่อนภาวะซึมเศร้า	112
ทัศนียภาพพื้นที่นอนโรคไบโพลาร์	115
ทัศนียภาพพื้นที่นอนโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า.....	117
ภาพทัศนียภาพภายใน.....	120
หุ่นจำลอง	122
สื่อภาพเคลื่อนไหวแสดงบรรยากาศโดยรวมของสถาปัตยกรรมที่פקพงชั่วคราว	124
สรุปผลการออกแบบ.....	124
บทที่ 7	126
บทสรุปและข้อเสนอแนะในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต	126
บทสรุปในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต	126
ข้อค้นพบจากการศึกษา.....	127
ข้อเสนอแนะในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต	128

รายการอ้างอิง 129

ประวัติผู้เขียน 133



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการเกณฑ์การคัดเลือกศึกษาโรคทางจิตเวชที่ใช้แนวทางการมีสติสัมปชัญญะ	14
ตารางที่ 2 แสดงสรุปอาการของโรคทางจิตและวิธีการบรรเทาจากการทบทวนวรรณกรรม	16
ตารางที่ 3 สรุปการใช้เครื่องมือการจัดการระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมโรควิตกกังวล	33
ตารางที่ 4 สรุปการใช้เครื่องมือการจัดการระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมในโรคซึมเศร้า	33
ตารางที่ 5 สรุป การใช้เครื่องมือการจัดการระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมในโรคไบโพลาร์	34
ตารางที่ 6 แสดงขนาดพื้นที่โดยรวมของโครงการ	82
ตารางที่ 7 แสดงผลการเลือกย่านจาก 3 ย่านในกรุงเทพมหานคร	91



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างของจิตตามทฤษฎีของ Sigmund Freud (1856-1939)	8
ภาพที่ 2 แสดงภาพวาดในยุคแห่งความย้อนแย้งในด้านความเจริญรุ่งเรืองและการตีตราความบ้า	9
ภาพที่ 3 แสดงสถาปัตยกรรมสมัยที่มีการจัดระเบียบสังคมของนาซี 1993-1945	10
ภาพที่ 4 แสดงลำดับการทำงานของระบบการรับรู้จากระบบร่างกายสู่จิตใจ	11
ภาพที่ 5 แสดงวิวัฒนาการทางการแพทย์ของโรคทางจิตเวชตั้งแต่การรักษาแบบไม่มีการแยกโรค... ..	12
ภาพที่ 6 แสดงผังอาคารโรงพยาบาลจิตเวชในช่วงศตวรรษที่ 18-19	12
ภาพที่ 7 แสดงอาคารโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในอดีตและปัจจุบัน	13
ภาพที่ 8 แสดงวิธีการสร้างความสมดุลให้กับสภาพแวดล้อมจากการทบทวนวรรณกรรม.....	16
ภาพที่ 9 แสดงทัศนียภาพของสวน RHS Garden Bridgewater ที่ใช้พืชพรรณหลากหลายเป็นไม้คลุมดิน ซึ่งกระตุ้นประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ของมนุษย์	19
ภาพที่ 10 แสดงทัศนียภาพของสวน RHS Garden Bridgewater ที่ใช้พืชพรรณหลากหลายเป็นไม้คลุมดินหลากสีส้ม	19
ภาพที่ 11 แสดงกิจกรรมศิลปะบำบัดท่ามกลางธรรมชาติ สื่อถึงการใช้ระบบการรับรู้ทั้ง 5.....	20
ภาพที่ 12 แสดงควบคุมความสูงของพื้นที่การใช้งานระยะของพื้นที่ถึงเพดาน.....	22
ภาพที่ 13 แสดงการควบคุมระบบพื้นที่ส่วนตัวแทรกตัวอยู่ในพื้นที่สาธารณะ	22
ภาพที่ 14 แสดงการควบคุมขนาดช่องเปิดที่ใช้ในห้องนอนผู้ป่วย.....	22
ภาพที่ 15 แสดงการควบคุมพื้นที่ Personal space ระยะห่างของบุคคลจนถึงระยะห่างในระดับสาธารณะ	23
ภาพที่ 16 แสดงผังการควบคุมขนาดของพื้นที่การใช้งานให้มีความคงที่	23
ภาพที่ 17 แสดงผังการรวมกลุ่มของอาคารระบบการกระจายจากจุดศูนย์กลาง (Cluster).....	24
ภาพที่ 18 แสดงการควบคุมทิศทางการเดิน	24
ภาพที่ 19 แสดงการควบคุมแสงแบบ Indirect light แบบด้านข้าง (ก) และด้านบน (ข).....	25

ภาพที่ 20 แสดงการควบคุมแสงโรคไปโพล่า	26
ภาพที่ 21 แสดงภาพตัดรายละเอียดการติดตั้งระบบแสงสว่างภายในพื้นที่การใช้งานระหว่างผนังและฝ้าเพดาน.....	26
ภาพที่ 22 แสดงภาพตัดรายละเอียดการติดตั้งระบบแสงสว่างตกระหว่างรอยต่อพื้นและผนังที่มา (Svanberg, 2021)	27
ภาพที่ 23 แสดงการปิดล้อมระดับที่ 1 เพื่อสร้างการบดบังทางสายตาแบบมิดชิดทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายในสู่ภายนอกและภายนอกสู่ภายใน.....	28
ภาพที่ 24 แสดงการปิดล้อมระดับที่ 2 เพื่อเพิ่มระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทมากขึ้นจากระดับที่1	29
ภาพที่ 25 แสดงการปิดล้อมระดับที่ 3 เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กับบริบทโดยรอบ	29
ภาพที่ 26 แสดงผังในลักษณะการหลีกเลี่ยงความเป็นตาราง (Grid) เพื่อให้รู้สึกถึงความเป็นอิสระมากขึ้น.....	30
ภาพที่ 27 แสดงการเลือกใช้พื้นที่ได้อย่างอิสระโดยไม่มีพื้นที่ต้องห้าม	30
ภาพที่ 28 แสดงการหลีกเลี่ยงการใช้มุมฉากกับพื้นที่ภายใน	31
ภาพที่ 29 แสดงการเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคล	31
ภาพที่ 30 แสดงการเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคลกับธรรมชาติ	32
ภาพที่ 31 แสดงการเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคลกับธรรมชาติ	32
ภาพที่ 32 แสดงกระบวนการศึกษาวิเคราะห์เนื้อหา ก่อนเข้าสู่กระบวนการออกแบบทางสถาปัตยกรรม	35
ภาพที่ 33 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในโรงพยาบาลจิตเวชเด็ก.....	36
ภาพที่ 34 ผังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่ใช้งานร่วมกันกับพื้นที่ส่วนตัว.....	37
ภาพที่ 35 แสดงทัศนียภาพภายในที่สื่อถึงการใช้ธรรมชาติเข้ามามีบทบาทในการช่วยบรรเทา	37
ภาพที่ 36 แสดงภาพตัด A Children’s Center for Psychiatric.....	38
ภาพที่ 37 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ธรรมชาติในการเลือกใช้พื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะ	38
ภาพที่ 38 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในโรงพยาบาลจิตเวช	39

ภาพที่ 39 แสดงผังเพื่อให้เห็นการจัดพื้นที่ในลักษณะการควบคุมอยู่ในพื้นที่ปิดล้อม	39
ภาพที่ 40 แสดงแนวคิดการใช้พื้นที่แบบการปกป้องทำงานร่วมกับการเชื่อมต่อ	40
ภาพที่ 41 แสดงทัศนียภาพภายนอกบริเวณทางเข้าอาคารของโรงพยาบาลจิตเวชที่ตั้งอยู่ใจกลางเมือง	40
ภาพที่ 42 แสดงทัศนียภาพภายในที่มีการจำลองบรรยากาศให้มีความเฉพาะเจาะจงกับการใช้งาน .	41
ภาพที่ 43 แสดงผังเพื่อให้เห็นการจัดพื้นที่ในลักษณะการควบคุมอยู่ในพื้นที่ปิดล้อม	42
ภาพที่ 44 แสดงภาพตัดเพื่อให้เห็นการจัดการกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่ในลักษณะอาคารทางตั้ง	42
ภาพที่ 45 แสดงแนวคิดการวิเคราะห์การใช้พื้นที่แบบการปกป้องทำงานร่วมกับการเชื่อมต่อ	43
ภาพที่ 46 แสดงทัศนียภาพภายนอกของสำนักงานให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา.....	43
ภาพที่ 47 แสดงมุมมองที่มีการควบคุมทัศนียภาพภายนอก.....	44
ภาพที่ 48 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในของสำนักงานให้คำปรึกษาของนักจิตวิทยา	44
ภาพที่ 49 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในของบ้านผู้ป่วยโรคเครียดจากภาวะซึมเศร้าตั้งอยู่ใจกลางเมือง	45
ภาพที่ 50 แสดงผังพื้นที่ Peaceful home to be healing architecture	46
ภาพที่ 51 แสดงแนวคิดความสัมพันธ์ที่มีการปกป้องทำงานร่วมกับการให้อิสระและการเชื่อมต่อการควบคุม.....	46
ภาพที่ 52 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในของบ้านพักเพื่อหลบหลีกหนีจากความวุ่นวายในเมือง	47
ภาพที่ 53 แสดงผังภายใน Casa Covid และระบบความสัมพันธ์ของการจัดการพื้นที่.....	48
ภาพที่ 54 แสดงภาพตัดพื้นที่ภายในและระบบความสัมพันธ์ของการจัดการพื้นที่	48
ภาพที่ 55 แสดงทัศนียภาพภายนอก Urban womb และสถานที่ตั้งภายในเมือง	49
ภาพที่ 56 แสดงทัศนียภาพภายในโครงการที่สื่อให้เห็นถึงการทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทางสายมองเห็นการเคลื่อนไหวในแนวตั้งและแนวนอน	49
ภาพที่ 57 แสดงผังพื้นที่ชั้นล่าง Urban womb.....	50

ภาพที่ 58 แสดงผังพื้น 7 ชั้นที่บ่งบอกว่าพื้นที่ทั้งหมดถูกลดหล่นขึ้นไปเพื่อการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ เรื่องมุมมอง.....	51
ภาพที่ 59 แสดงภาพตัดแนวขวาง (ก) และแนวยาว (ข) สื่อถึงการใช้งานภายในโครงการที่มีการ เชื่อมต่อ พร้อมทั้งมีการปกป้องเพื่อสร้างความเป็นส่วนตัว ภาพ (ค) เป็นภาพกิจกรรมที่เพิ่มความ สาธารณะในระดับเมือง แต่ยังคงมีการแสดงขอบเขตที่ชัดเจนของโครงการที่มองเข้ามาจากภายนอก ขอบเขตนี้กำลังสื่อถึงการปกป้อง	52
ภาพที่ 60 แสดงทัศนียภาพภายนอกของ KWIECO Shelter House กับบริบทที่ตั้งอยู่ในย่านชนบท	52
ภาพที่ 61 แสดงผังของ KWIECO Shelter House ที่สื่อถึงการโอบล้อมที่ยังสามารถเข้าถึงลานโล่งได้ รอบด้านหรือเป็นการปกป้องในระดับที่ 3.....	53
ภาพที่ 62 แสดงทัศนียภาพของ KWIECO Shelter House ที่สร้างความรู้สึกถูกโอบล้อมไว้.....	53
ภาพที่ 63 แสดงตำแหน่งของห้องนอนเดี่ยว 2 ห้องที่มีการเว้นระยะห่างเพื่อสร้างพื้นที่ส่วนตัวใน ระดับที่ 1	55
ภาพที่ 64 แสดงระบบการทำงานร่วมกันของห้องนอนกับพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1 และ 2.....	55
ภาพที่ 65 แสดงระบบการทำงานร่วมกันของห้องนอนกลุ่มกับพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3	56
ภาพที่ 66 แสดงระบบลำดับการกอดตัวของพื้นที่ห้องนอน.....	56
ภาพที่ 67 แสดงระบบของพื้นที่ให้คำปรึกษา.....	57
ภาพที่ 68 แสดงระบบพื้นที่ห้องนอนผู้ป่วยไปโพลาร์	57
ภาพที่ 69 แสดงการสร้างระบบพื้นที่ให้คำปรึกษา.....	58
ภาพที่ 70 แสดงระบบพื้นที่ห้องนอนผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า	58
ภาพที่ 71 แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาห้องนอนผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า	59
ภาพที่ 72 แสดงผังแนวคิดการจัดระบบพื้นที่กินแบบสังคมรวมกลุ่ม.....	59
ภาพที่ 73 แสดงระบบพื้นที่นั่งกินแบบส่วนตัวและสังคมรวมกลุ่ม	60
ภาพที่ 74 แสดงรูปแบบระบบพื้นที่ใช้งานส่วนปรุงและส่วนขายอาหาร สื่อให้เห็นว่ากระบวนการคิด เริ่มจากพื้นที่ในรูป	61
ภาพที่ 75 แสดงระบบของพื้นที่ให้คำปรึกษา (สิ้นน้ำเงิน) ทำงานร่วมกับพื้นที่สีเขียว.....	62

ภาพที่ 76 แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาในพื้นที่ใช้การควบคุม ปกป้อง เชื่อมต่อและให้อิสระ.....	63
ภาพที่ 77 แสดงระบบพื้นที่สนทนาการที่แสดงการเชื่อมต่อกับพื้นที่ทางธรรมชาติ	64
ภาพที่ 78 แสดงขั้นตอนการสร้างระบบพื้นที่กิจกรรมบำบัดที่ให้อิสระแก่ผู้ป่วย.....	65
ภาพที่ 79 รูปแบบของการจัดการพื้นที่ธรรมชาติในพื้นที่ที่ถูกควบคุม ปกป้อง เชื่อมต่อและให้อิสระ	66
ภาพที่ 80 แสดงความสัมพันธ์ของจำนวนของพื้นที่ที่เหมาะสมของแต่ละกลุ่มโรค	67
ภาพที่ 81 แสดงแผนภาพการใช้งานพื้นที่ภายในห้องนอนเดี่ยว.....	68
ภาพที่ 82 แสดงผังห้องนอนโรควิดกักขังและซิมเศร่าที่มีการควบคุมช่องเปิดเพื่อให้เชื่อมต่อกับพื้นที่ธรรมชาติกับแสง	68
ภาพที่ 83 แสดงภาพตัดการควบคุมช่องเปิดห้องนอนเดี่ยวโรควิดกักขังและซิมเศร่าให้มีมุมมองหลบหลีกจากสิ่งรบกวนภายนอกและเชื่อมต่อกับพื้นที่ธรรมชาติและแสงธรรมชาติ	69
ภาพที่ 84 แสดงการทดลองการนำแสงธรรมชาติแบบตกกระทบแบบด้านข้างเข้ามาในพื้นที่นอนส่วนควบคุม.....	69
ภาพที่ 85 แสดงผังแนวคิดของห้องนอนกลุ่มของทั้ง 3 โรคซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น	70
ภาพที่ 86 แสดงภาพตัดของห้องนอนแบบรวมกลุ่มในโรคไบโพลาร์และอาการเครียดก่อนเป็นซิมเศร่า	70
ภาพที่ 87 แสดงความสัมพันธ์และสัดส่วนจำนวนของพื้นที่ห้องนอนและการสร้างระบบพื้นที่นั่งเล่น	71
ภาพที่ 88 แสดงแนวคิดของการสร้างระบบพื้นที่นั่งเล่นแบบส่วนตัวหรือพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1	71
ภาพที่ 89 แสดงผังและขนาดของพื้นที่นั่งเล่นแบบส่วนตัว.....	72
ภาพที่ 90 แสดงรูปร่างและพื้นที่ของพื้นที่ส่วนตัวระดับที่ 1	72
ภาพที่ 91 แสดงแนวคิดพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 ด้วยหลักการเชื่อมต่อกับบุคคลโดยใช้พื้นที่ธรรมชาติช่วยสร้างบรรยากาศการรวมกลุ่ม	73
ภาพที่ 92 แสดงแนวคิดการห้องล้อมพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 ด้วยพื้นที่ธรรมชาติเพื่อสร้างขอบเขตของสังคมรวมกลุ่ม	73
ภาพที่ 93 แสดงความสัมพันธ์และสัดส่วนจำนวนของการสร้างระบบพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3	74
ภาพที่ 94 แสดงแนวคิดการเชื่อมต่อกับพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3 เน้นที่ตัวบุคคลเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์.....	74

ภาพที่ 95 แสดงวิธีการแบ่งขอบเขตเพื่อทำให้เกิดความเป็นส่วนตัวในพื้นที่สาธารณะ	75
ภาพที่ 96 แสดงผังแนวทางการออกแบบครัวส่วนปรุ่กับส่วนขายอาหาร.....	76
ภาพที่ 97 แสดงผังการออกแบบพื้นที่ธรรมชาติแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ควบคุม	77
ภาพที่ 98 แสดงผังการออกแบบพื้นที่ให้คำปรึกษาในพื้นที่แบ่งตามความสาธารณะ	78
ภาพที่ 99 แสดงการจัดระบบพื้นที่สนทนาการและพื้นที่กิจกรรมบำบัดที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ	79
ภาพที่ 100 แสดงความสัมพันธ์ของพื้นที่ระหว่างผู้ใช้งานหลักและผู้ใช้งานรอง.....	80
ภาพที่ 101 แสดงกิจกรรมและเวลาสถานที่แบ่งตามประเภทของผู้ใช้งาน	81
ภาพที่ 102 แสดงการแบ่งขอบเขตพื้นที่ตามความสัมพันธ์ของวิธีการกับความเป็นส่วนตัวและ	83
สาธารณะ	83
ภาพที่ 103 แสดงผังกรุงเทพมหานคร เขตพญาไท	84
ภาพที่ 104 แสดงผังกรุงเทพมหานคร เขตวัฒนา	85
ภาพที่ 105 แสดงผังกรุงเทพมหานคร เขตจตุจักร.....	85
ภาพที่ 106แสดงลำดับของการสัญจรที่พลุกพล่านเรียงตามลำดับ	86
ภาพที่ 107 แสดงลำดับการเข้าถึงที่ตั้งโครงการ	87
ภาพที่ 108 แสดงความสูงของอาคารในย่านนั้น	88
ภาพที่ 109 แสดงลักษณะการปิดล้อมพื้นที่ตั้งด้วยบริบท	89
ภาพที่ 110 แสดงรูปร่างที่ดินที่สอดคล้องกับความเป็นส่วนตัวและสาธารณะของการใช้งานพื้นที่....	90
ภาพที่ 111 แสดงผังย่านทั้ง 3 จากการคัดเลือกตามเกณฑ์.....	91
ภาพที่ 112 แสดงที่ตั้งโครงการย่านอารีย์คัดเลือกมาสองที่.....	92
ภาพที่ 113 แสดงผังที่ตั้งโครงการที่ต้องคัดเลือก	92
ภาพที่ 114 แสดงผังบริบทของพื้นที่ตั้งโครงการ.....	93
ภาพที่ 115 แสดงขนาดพื้นที่ตั้งโครงการ	93
ภาพที่ 116 แสดงบริบทผังซ้ายของพื้นที่ตั้งโครงการ	94

ภาพที่ 117 แสดงบริบทผังขวาและด้านหลังโครงการ.....	94
ภาพที่ 118 แสดงบทสรุปของสถานที่ตั้งโครงการ.....	95
ภาพที่ 119 แสดงผังการควบคุมพื้นที่นอนของโรควิตกกังวลและซึมเศร้า.....	96
ภาพที่ 120 แสดงรูปแบบการวางอาคารตามวิธีการควบคุมเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างพื้นที่นอน วิตกกังวลกับซึมเศร้า.....	96
ภาพที่ 121 แสดงแนวทางรูปแบบผังการวางระบบพื้นที่นอนแบบควบคุม.....	96
ภาพที่ 122 แสดงผังวิธีการปกป้องในพื้นที่นอนของโรคไบโพลาร์.....	97
ภาพที่ 123 แสดงรูปแบบของการให้ความหมายและความรู้สึกถึงการปกป้องด้วยสิ่งปกคลุม.....	97
ภาพที่ 124 แสดงแนวทางรูปแบบผังการวางระบบพื้นที่นอนของโรคไบโพลาร์.....	97
ภาพที่ 125 แสดงผังการควบคุมพื้นที่นอนของภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า.....	98
ภาพที่ 126 แสดงผังรูปแบบของการให้ความหมายและความรู้สึกถึงการเชื่อมต่อ.....	98
ภาพที่ 127 แสดงผังแนวทางรูปแบบผังการวางระบบพื้นที่นอนของภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า	98
ภาพที่ 128 แสดงผังการสร้างระบบพื้นที่สาธารณะแบบให้อิสระของพื้นที่ครัวและร้านอาหาร.....	99
ภาพที่ 129 แสดงผังรูปแบบของการเปลี่ยนแกนอาคารเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อรอบๆอาคาร.....	99
ภาพที่ 130 แสดงผังแนวทางรูปแบบของการวางผังระบบพื้นที่ครัวและร้านอาหาร.....	99
ภาพที่ 131 แสดงผังการสร้างระบบพื้นที่สาธารณะแบบให้อิสระของพื้นที่คาเฟ่และสำนักงาน.....	100
ภาพที่ 132 แสดงรูปแบบผังที่ปิดแกนทำมุมเพื่อสร้างพื้นที่อิสระในการเคลื่อนไหวของคนของและเชื่อมต่อ	100
ภาพที่ 133 แสดงกระบวนการวางผังเพื่อนำไปสู่รูปแบบการบรรเทาด้วยระบบพื้นที่.....	101
ภาพที่ 134 แสดงผังพื้นที่ชั้น 1 ของโครงการสถาปัตยกรรมพักพิง.....	102
ภาพที่ 135 แสดงผังพื้นที่ชั้น 2 ของโครงการสถาปัตยกรรมพักพิง.....	103
ภาพที่ 136 แสดงผังพื้นที่ชั้น 3 ของโครงการสถาปัตยกรรมพักพิง.....	103
ภาพที่ 137 แสดงผังพื้นที่ ภาพตัดและส่วนขยายของพื้นที่นอนของแต่ละกลุ่มโรค.....	104
ภาพที่ 138 แสดงภาพมุมมองของโครงการเมื่อทำงานกับบริบทในพื้นที่ตั้ง.....	105

ภาพที่ 139 แสดงภาพมุมมองของพื้นที่ควบคุมของโครงการเมื่อทำงานกับบริบทในพื้นที่ตั้ง	105
ภาพที่ 140 แสดงภาพมุมมองของพื้นที่อิสระของโครงการบริเวณทางเข้า.....	106
ภาพที่ 141 แสดงทางเข้าด้านหน้าโครงการ	106
ภาพที่ 142 แสดงทางเข้าที่ถูกกำหนดทิศทางเดิน.....	107
ภาพที่ 143 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ลานโล่งของพื้นที่เล่นดนตรีเชื่อมต่อกับพื้นที่ชายเครื่องดื่ม	107
ภาพที่ 144 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ลานโล่งของพื้นที่นั่งกินเชื่อมต่อกับลานเล่นดนตรี.....	108
ภาพที่ 145 แสดงทัศนียภาพบริเวณพื้นที่ชายเครื่องดื่มเชื่อมต่อกับลานโล่งส่วนต้อนรับ	108
ภาพที่ 146 แสดงทัศนียภาพพื้นที่กินบนดาดฟ้าของร้านอาหารและครัว	109
ภาพที่ 147 แสดงทัศนียภาพลานศิลปะบำบัดล้อมรอบสระน้ำ	109
ภาพที่ 148 แสดงทัศนียภาพทางขึ้นส่วนดนตรีบำบัดเชื่อมต่อกับสระน้ำ.....	110
ภาพที่ 149 แสดงทัศนียภาพมุมมองจากด้านบนของห้องครัวเชื่อมต่อกับพื้นที่ศิลปะบำบัด.....	110
ภาพที่ 150 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ศิลปะบำบัด	111
ภาพที่ 151 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ระหว่างอาคารกิจกรรมบำบัดและคาเฟ่	111
ภาพที่ 152 แสดงทัศนียภาพขอบเขตของพื้นที่นอนกับพื้นที่สาธารณะ.....	112
ภาพที่ 153 แสดงทัศนียภาพลานโล่งพื้นที่นั่งเล่นในส่วนโรคเครียดก่อนเป็นซึมเศร้า.....	112
ภาพที่ 154 แสดงทัศนียภาพการเชื่อมต่อห้องครัวกับลานพื้นที่นั่งเล่น.....	113
ภาพที่ 155 แสดงทัศนียภาพการแยกส่วนห้องนอนเพื่อให้เกิดพื้นที่ว่างระหว่างกัน	113
ภาพที่ 156 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ว่างระหว่างห้องนอนให้เป็นพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2.....	114
ภาพที่ 157 แสดงทัศนียภาพชั้นบนของพื้นที่นอนที่ถูกห้อมล้อมด้วยธรรมชาติ.....	114
ภาพที่ 158 แสดงทัศนียภาพพื้นที่นอนชั้นบนเชื่อมต่อกับส่วนควบคุมได้อย่างแยก	115
ภาพที่ 159 แสดงทัศนียภาพการเชื่อมลานโล่งเข้าด้วยกันระหว่างโรคเครียดก่อนเป็นซึมเศร้าและ ไบโพลาร์	115
ภาพที่ 160 แสดงทัศนียภาพพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1 (Rabbit hole) ในพื้นที่นอนของโรคไบโพลาร์	116
ภาพที่ 161 แสดงทัศนียภาพมุมมองจากพื้นที่ส่วนตัวระดับที่ 1 (Rabbit hole).....	116

ภาพที่ 162 แสดงทางเข้าพื้นที่นอนโรควิตกกังวลและซึมเศร้า.....	117
ภาพที่ 163 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ว่างระหว่างอาคารโรควิตกกังวลและโรคเครียดก่อนซึมเศร้า	117
ภาพที่ 164 แสดงทัศนียภาพทางเดินเชื่อมต่อระหว่างพื้นที่นอนของทั้ง 3 โรค	118
ภาพที่ 165 แสดงทัศนียภาพด้านหน้าของพื้นที่นอนโรควิตกกังวล	118
ภาพที่ 166 แสดงทัศนียภาพชั้น 2 ของพื้นที่นั่งเล่นโรควิตกกังวล	119
ภาพที่ 167 แสดงทัศนียภาพพื้นที่นั่งเล่น 2 ระดับในพื้นที่เดียวกัน	119
ภาพที่ 168 แสดงทัศนียภาพการเชื่อมต่อมุมมองของพื้นที่นั่งเล่นไปยังหน้าโครงการ.....	120
ภาพที่ 169 แสดงทัศนียภาพห้องนอนเดี่ยวของโรควิตกกังวลและซึมเศร้า	120
ภาพที่ 170 แสดงทัศนียภาพห้องนอนโรคไบโพลาร์.....	121
ภาพที่ 171 แสดงทัศนียภาพห้องนอนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล.....	121
ภาพที่ 172 แสดงทัศนียภาพห้องให้คำปรึกษาแบบส่วนตัว.....	122
ภาพที่ 173 แสดงหุ่นจำลองมาตราส่วน 1: 75	122
ภาพที่ 174 แสดงหุ่นจำลองมาตราส่วน 1: 75	123
ภาพที่ 175 แสดงหุ่นจำลองมาตราส่วน 1: 75	123
ภาพที่ 176 แสดงหุ่นจำลองมาตราส่วน 1: 75	123
ภาพที่ 177 แสดงแผนภาพสรุปวิธีการของเครื่องมือการจัดระบบพื้นที่.....	124

บทที่ 1

บทนำ

เนื้อหาในบทนี้จะเป็นส่วนเริ่มต้นของวิทยานิพนธ์เพื่อทำความเข้าใจ และชี้ให้เห็นถึงแนวทางการศึกษา มีลำดับหัวข้อประกอบไปด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์ สมมติฐานและขอบเขตการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษาโดยสังเขป เพื่อนำไปสู่แนวคิดการออกแบบทดลองจนกระบวนการออกแบบและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา

จิต หรือจิตใจ (Mind) คือความรู้สึกนึกคิด ความมีสำนึก ความมีสติ รวมไปถึงเชื่อว่าปัญญา ซึ่งมีความคิดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของจิตสามารถรู้เห็นได้ ทั้งนี้ Sigmund Freud บิดาแห่งจิตวิเคราะห์มีความเชื่อว่าจิตหรือจิตใจทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ เขาพบว่าคนไข้ป่วยเป็นอัมพาตเนื่องจากภาวะจิตใจไม่ได้เกิดจากร่างกายและหายป่วยได้จากการรักษาแบบจิตวิเคราะห์จะประกอบไปด้วย 3 ระดับ คือ จิตสำนึก จิตระดับก่อนสำนึก และจิตใต้สำนึก (กิติกร มีทรัพย์, 2559) ในเวลานั้นเริ่มมีการรักษาอาการทางจิตตั้งแต่การกักขัง แยกเดี่ยว การทรมานในรูปแบบต่างๆ ซ้ำร้ายคนที่เจ็บป่วยทางจิตมักโดนกีดกันให้ออกจากสังคม จนกระทั่งเกิดรูปแบบการจัดการระเบียบของสังคมตั้งแต่ยุคศตวรรษที่ 16 ทำให้เกิดสถาบันที่เป็นการควบคุมและจัดระเบียบสังคมอย่างเช่น โรงพยาบาลจิตเวช แต่ในยุคปัจจุบันก็ยังไม่วายทำให้เกิดความเข้าใจผิดต่อผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตทำให้เกิดภาพในแง่ลบ ซึ่งจะสร้างตราบาปให้แก่ตัวผู้ป่วยได้

เมื่อไม่นานมานี้มีการค้นพบเรื่องของปัจจัยทางชีวภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองและปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อม จะนำไปสู่วิธีการบำบัดรักษาที่แตกต่างหลากหลายวิธีออกไปจากอดีต รวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่มีขนาดของโรคกว้างออกไปทั้งโรคประสาทและโรคจิต ฉะนั้นในวิทยานิพนธ์นี้จะเลือกศึกษากลุ่ม โรควิตกกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์) เพราะเป็นกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะการรับรู้ที่ยังอยู่ในภาวะเป็นไปในทางปกติและสามารถช่วยเหลือดูแลตัวเองได้

เมื่อโรคดังกล่าวมีสาเหตุการเกิดคือความเครียดที่เกิดจากการใช้ชีวิตและสภาพแวดล้อมจนส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบ ผลสำรวจที่มาจากสถิติของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2564a) พบว่าผู้ที่ป่วยทางจิตรวมไปถึงการเป็นโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลมีอาการไม่อยากรับรู้โลกภายนอกพร้อมกับแสงในช่วงเวลากลางวันเป็นตัวกระตุ้นโรคเนื่องจากการรับรู้ถึงเวลาที่ผ่านไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นจึงต้องมีการควบคุมแสงธรรมชาติให้สม่ำเสมอเพื่อหวังเวลาให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเวลาผ่านไปอย่างช้าๆตลอดทั้งวันและไม่รับรู้เวลา นอกจากจะจัดการป้องกันด้วยการให้ผู้ป่วยอยู่ใน

พื้นที่แบบปิดเพื่อลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและบริบทภายนอก แต่ขณะเดียวกันต้องให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดจากการสร้างสภาพแวดล้อมภายในด้วยนั่นคือ ธรรมชาติ (Edward Osborne Wilson, 1978) ตัวอย่างเช่น วัสดุผนัง พื้น ไม้เพื่อสื่อถึง ความมีชีวิต สัมผัส จะช่วยลดความเครียดลงได้ เป็นต้น ไม่เพียงแค่นั้นการสร้างขอบเขตในเชิงพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกใช้พื้นที่ไม่ว่าจะเป็นการอยู่ในขอบเขตของตนเอง แต่ก็ยังรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้นั้นก็มีความสำคัญเช่นกัน (Ramsden, 2019a)

สภาวะอารมณ์ที่เกิดจากความคิดลบจนกลายเป็นความเครียดดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อร่างกายและพฤติกรรมทั้งหมดนี้จะแสดงออกมาในทางลบ ทั้งการเก็บกด โดดเดี่ยว แยกแยะ รู้สึกไม่ปลอดภัย อย่างไรก็ตามหลายคนย่อมต้องออกมาใช้ชีวิตท่ามกลางสังคมและสภาพแวดล้อมนี้ซึ่งสามารถรับรู้ด้วยความรู้สึกที่มีทั้งต้อนรับและไม่ต้อนรับ เลือกได้หรือเลือกไม่ได้ การเปลี่ยนสภาวะอารมณ์นี้ให้เป็นไปได้ในทางบวกนอกจากใช้การบำบัดทางการแพทย์แล้ว คือการบรรเทา การเติมเต็มด้วยสถาปัตยกรรมและสามารถนำพาจิตใจกลับไปให้เข้าสู่ร่ายหรือความสมดุลด้วยการใช้ธรรมชาติเข้ามาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อม

วัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์

1. เพื่อศึกษาหาแนวคิดของการจัดระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมบรรเทาและเติมเต็มจิตใจ ที่มุ่งความสนใจไปที่ผู้เจ็บป่วยทางจิต
2. เพื่อศึกษาระบบพื้นที่การทำงานร่วมกันของธรรมชาติที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับพื้นที่ผู้ป่วยทางจิตและคนปกติ เพื่อให้เกิดสภาวะสมดุล

สมมุติฐาน

การจัดการพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมเพื่อบรรเทาและเติมเต็มทางจิต ที่มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 3 กลุ่มโรค ได้แก่

1. โรควิตกกังวลมีอาการเด่นชัดคือความกังวลกดดันและเครียด จึงใช้วิธีการควบคุมการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อไม่ให้โรคถูกกระตุ้น แต่ในขณะเดียวกันภายใต้การควบคุมต้องให้อิสระในการเลือกใช้พื้นที่
2. โรคไบโพลาร์ มีอาการที่มักจะถูกกระตุ้นได้ง่ายจากสภาพแวดล้อม จึงใช้วิธีการปกป้องผู้ป่วยด้วยการจัดการพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมและการสร้างสภาพแวดล้อม
3. โรคซึมเศร้า มีอาการเครียด ที่ต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้มีชีวิตชีวา ด้วยการจัดการพื้นที่ด้วยการสร้างปฏิสัมพันธ์ทั้งกับธรรมชาติและมนุษย์ด้วยกัน

ขอบเขตการศึกษา

1. ขอบเขตของเนื้อหาและวิธีการศึกษาโรคทางจิตเวช ที่มุ่งเน้นไปที่อาการชี้ชัดและวิธีการรักษาทางการแพทย์ของกลุ่มโรคทางจิตเวชทั้ง 3 โรค โดยวิธีการสืบค้นจากข้อมูลทางการแพทย์เพื่อหาทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการออกแบบทางสถาปัตยกรรม แล้วนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ เป็นเครื่องมือการออกแบบระบบการจัดการพื้นที่ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการแบ่งประเภทกรณีศึกษา

2. ขอบเขตของกรณีศึกษา เนื่องจากวิทยานิพนธ์นี้เป็นการศึกษาหาระบบพื้นที่การทำงานร่วมกันของผู้ป่วยทางจิตและคนปกติ ดังนั้นประเภทสถาปัตยกรรมจึงครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลทางจิตเวช โรงพยาบาลเฉพาะทาง สถานพักฟื้น ที่อยู่อาศัยที่ให้ความรู้สึกเยียวยา ทั้งนี้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่ถูกควบคุมเข้มงวดแบบโรงพยาบาลกับพื้นที่ที่ให้ความผ่อนคลายแบบบ้าน

ขั้นตอนการศึกษา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นงานศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ในเชิงสร้างสรรค์ โดยมีขั้นตอนและวิธีการดังนี้

การรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารประเภทต่างๆ ทั้งการไปขอสัมภาษณ์จากผู้มีอาการเจ็บป่วยจริงในด้านที่อยู่อาศัย รวมทั้งสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อค้นคว้าเรื่องราวเกี่ยวกับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดทั้งด้านประวัติความเป็นมา รูปแบบการใช้พื้นที่ ประเภท/ชนิด ลักษณะทางกายภาพ รวมไปถึงความสัมพันธ์ ที่เกี่ยวข้องกับงานสถาปัตยกรรม ตลอดจนรายละเอียดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1 ทำความเข้าใจเกี่ยวกับจิตและการรับรู้ (Perception) ทั้งในภาวะปกติและภาวะจิตผิดปกติ เพื่อศึกษาที่มาและวิธีการรวมทั้งลำดับความสำคัญของพื้นที่ที่ส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้งาน

2 ศึกษาชุดข้อมูลประวัติความเป็นมาของโรคทางจิตเวช ถึงอาการสำคัญและวิธีการบำบัดทั้งแบบในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล เพื่อคัดเลือกโรคที่สำคัญที่นำมาใช้วิจัยในงานชิ้นนี้

3 วิเคราะห์ตัวอย่างงานสถาปัตยกรรมประเภทโรงพยาบาลไปจนถึงบ้านพักอาศัยเพื่อหาจุดร่วมกันของการใช้พื้นที่ ในรูปแบบ ของ รูปแบบผัง (Lay out) การใช้ธรรมชาติบำบัด (Nature Therapy) พื้นที่ (Space)

การสังเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการสังเคราะห์ข้อมูลเป็นการนำความรู้จากขั้นตอนรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลมาประมวลผล สร้างสรรค์ข้อมูลเชิงสถาปัตยกรรม ประกอบด้วย

1. การกำหนดรูปแบบการใช้งานวิธีการ ที่มีภาวะอาการป่วยเป็นตัวตั้งต้นตามการวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและพื้นที่นั้น
2. พัฒนาแนวความคิดทางสถาปัตยกรรมโดยเฉพาะสถาปัตยกรรมประเภทเยียวยาทางจิตใจ โดยใช้หลักการนี้ในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการศึกษางานสถาปัตยกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การศึกษาเรื่องสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต ที่ผ่านการการวิเคราะห์สังเคราะห์ จะช่วยตระหนักและเข้าใจแนวทางการใช้เครื่องมือออกแบบทางกายภาพเพื่อยกระดับจิตใจในบริบทของสังคมไทยมากยิ่งขึ้น
2. การศึกษาโรคทางจิตเวชพบว่าการค้นพบกับค้นคว้าทางการแพทย์เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องและการศึกษาแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการจัดระบบพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นวิทยาศาสตร์ได้ดำเนินไปพร้อมกัน ดังนั้นจะเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดชุดความคิดของการออกแบบทางกายภาพด้านสถาปัตยกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชในอนาคตได้

นิยามศัพท์

โรคซึมเศร้า คือ ภาวะอาการก่อนเข้าขั้นเป็นโรคซึ่งเกิดจากความเครียดสะสมอันเนื่องมาจากหลายๆสาเหตุ แล้วได้พัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า หนึ่งในสาเหตุนั้นมีเกิดเป็นความกดดันจนไร้อิสระ รู้สึกเหงาจนนำมาสู่พฤติกรรมที่โดดเดี่ยวอยากอยู่คนเดียวและรู้สึกขาดที่พึ่งทางจิตใจ ไม่เพียงแค่นั้นสิ่งแวดล้อมภายนอกยังเป็นตัวกระตุ้นอาการของโรคได้เช่นกัน เช่น การรับรู้การผ่านไปไวของเวลาผ่านแสงธรรมชาติ ทำให้ความเศร้าแบบฉับพลันขึ้นมาได้

โรคไบโพลาร์ คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติในลักษณะของอารมณ์แบบสองขั้ว มีอาการเศร้าแบบเดียวกับโรคซึมเศร้าสลับกับร่าเริง ด้วยความซับซ้อนของอาการทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดกังวลแบบโรควิตกกังวลรวมอยู่ด้วย สิ่งกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมภายนอกคือ การรับรู้แสงธรรมชาติที่ผ่านไปไว เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้าแต่ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดและความเศร้ามากที่สุดตอนแสงช่วงเช้า

(Michalak, Yatham, Maxwell, Hale, & Lam, 2007)

โรควิตกกังวล คือ ความกังวลที่เกิดจากความเครียดสะสม ความย่ำคิดย่ำทำจนส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น อาคารสูง กลัวสายตาคคน การอยู่ในที่โล่งแจ้งจะรู้สึกแคว้งคว้าง หรือการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือก อย่างเช่นทางเดินที่กว้างมากเกินไปจนเกิดความลังเลในการตัดสินใจ ทั้งหมดล้วนกระตุ้นอาการได้เช่นกัน

บรรเทา คุณลักษณะของคำเป็นคำกริยา โดยแบ่งนิยามได้ว่า ทุเลาหรือทำให้ทุเลาลง ผ่อนคลายหรือทำให้ผ่อนคลายลง เบาบางหรือทำให้เบาบางลง สงบหรือทำให้สงบ การบรรเทาจึงเป็นคำนามที่ใช้คุณลักษณะและการกระทำเหล่านี้เพื่อเกิดสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น

เติมเต็ม คุณลักษณะของคำเป็นคำกริยาเช่นกัน โดยการเติมด้วยการทำให้สิ่งที่ขาดไปให้เต็ม ในที่นี้เป็นกรณียกเว้นการเป็นตรงกันข้ามในลักษณะของจิตใจที่เป็นลบให้กลายเป็นบวก ด้วยการสร้างระบบจัดการพื้นที่ทางสถาปัตยกรรม

ทั้งการบรรเทาและการเติมเต็มนั้นต่างจากการบำบัดรักษา ซึ่งการบำบัดถูกกำหนดและดำเนินการในโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดทางจิตเพียงเท่านั้นเนื่องจากมีการใช้พื้นที่ที่มีความเฉพาะในลักษณะของพื้นที่ปิดและอาศัยศาสตร์ทางการแพทย์ในการรักษาซึ่งมีความซับซ้อนยุ่งยาก ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นไปในพื้นที่ที่บุคคลทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ง่าย ในที่นี้จะเน้นคุณลักษณะของการจัดการระบบพื้นที่ในรูปแบบสาธารณะ

จากการศึกษากรณีศึกษาและรวบรวมทฤษฎีเพื่อสร้างสภาวะความเป็นอยู่ที่ดีเพื่อยกระดับจิตใจนั้น ได้มาซึ่งความสัมพันธ์ของวิธีการที่ได้จากการรวบรวมลักษณะร่วมกันของอาการทั้ง 3 โรค ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญดังต่อไปนี้

การควบคุม (Control) เมื่อมีสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมภายนอกโดยเฉพาะโรคไบโพลาร์และวิตกกังวล ได้แก่ การรับรู้เวลาที่ผ่านไปไวจากแสงธรรมชาติ การพลุกพล่านของคนจนรู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว มลภาวะทางเสียง สัตว์สวนอาคารที่รับรู้ได้ว่ารู้สึกไม่เป็นมิตร เช่น พื้นที่ที่เป็นระเบียบ (order) เกินไป แคบเกินไป กว้างเกินไป สูงเกินไป จึงต้องมีการควบคุมให้ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อยู่ในสัดส่วนขนาดของมนุษย์และการรับรู้ที่เหมาะสม ทั้งบรรยากาศโดยรวม การควบคุมสี ควบคุมแสง ควบคุมสัดส่วนของพื้นที่ ความสูง ขนาดช่องเปิด

การให้อิสระ (Free) เมื่ออารมณ์และความรู้สึกที่เกิดจากความเครียดและความกังวลในโรควิตกกังวล ทำให้จิตมีการรับรู้ในลักษณะของการไร้ซึ่งอิสระ จึงต้องให้วิธีการแบบเติมเต็มโดยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการปลดปล่อยและความเป็นอิสระ ทั้งในเรื่องของการมีสิทธิ์เลือกที่จะได้รับความเป็นส่วนตัวเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีความเป็นสาธารณะของพื้นที่นั้นๆ หรือการไม่ถูกจำกัดบริเวณการเข้าออก-ออกใน และสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างเป็นอิสระ การหลีกเลี่ยงความเป็นระเบียบ ความเป็นมุมฉากของพื้นที่ทำให้รับรู้ถึงการได้รับอิสระและคลายจากอาการกังวลลงได้

การเชื่อมต่อ (Connect) ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางจิตมักจะอยู่โดดเดี่ยวเนื่องจากไม่ต้องการออกไปในที่สาธารณะ ดังนั้นการสร้างพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้สร้างปฏิสัมพันธ์ในพื้นที่ส่วนตัวด้วยวิธีการสร้างอาณาเขต แต่ขณะเดียวกันต้องมีการเชื่อมต่อกับผู้คนภายนอกหรือการให้ธรรมชาติเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่ส่วนตัวด้วย (หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555)

การปกป้อง (Protect) เมื่อการรับรู้ในลักษณะของสภาวะแวดล้อมภายนอก ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความไม่ปลอดภัยเนื่องจากสถานที่ตั้ง ความไม่เป็นส่วนตัวเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น จึงต้องมีการสร้างพื้นที่ในลักษณะปิดล้อม เพื่อให้ความรู้สึกได้รับการปกป้องจากสภาวะแวดล้อมที่กระตุ้นอาการกังวลและความกลัวที่จะเกิดขึ้น

การนำเสนอผลงาน

- 1.ภาพประกอบคำบรรยาย
- 2.แผนภาพทางความคิด
- 3.แบบแนวความคิดสถาปัตยกรรม
- 4.หุ่นจำลอง
- 5.คอมพิวเตอร์กราฟิก
- 6.ข้อมูลและเอกสารอ้างอิง



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เนื้อหาในบทนี้เป็นส่วนทบทวนงานเขียนที่มาของการศึกษา ความหมายของคำสำคัญที่วางลำดับให้ร้อยเรียงกัน สื่อถึงเนื้อหาเรื่องราวจนนำไปสู่ความรู้และทฤษฎี และได้สรุปความรู้ในรูปแบบตาราง ทั้งนี้เพื่อนำไปประกอบการวิเคราะห์ร่วมกับกรณีศึกษาในบทถัดไป เพื่อหาเครื่องมือในการจัดการระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมต่อไป

ที่มาของการศึกษาเรื่องการเยียวยาทางจิตด้วยสถาปัตยกรรม

องค์ประกอบที่ขับเคลื่อนของการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ทั้งกายภาพและจิตใจนั้นต้องมีความมีความเป็นปกติและเชื่อมโยงไปด้วยกัน แต่การดำรงชีวิตในโลกความเป็นจริงที่นับวันต้องเผชิญกับปัญหาที่มากขึ้นต่างกันไป กรมสุขภาพจิตมีรายงานว่าทั้งทางปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านสภาพแวดล้อม มลภาวะเป็นพิษต่อสุขภาพกายยิ่งเฉพาะในเมืองนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ อีกทั้งปัญหาภายในตัวบุคคลเองซึ่งที่เกิดจากการสะสมความเครียดจนพัฒนาเป็น การเจ็บป่วยทางจิต หรือการเจ็บป่วยทางจิตอันเกิดจากการทำงานของสมองที่ผิดแผกไปที่ไม่ใช่เกิดจากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น

การทำความเข้าใจถึงความเป็นมาแห่งเหตุปัจจัยเห็นอกเห็นใจผู้อื่นหรือการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ โดยผ่านมุมมองการออกแบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรม ด้วยแนวคิดของศาสตร์สถาปัตยกรรม บำบัดมืออยู่ว่าที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม มีความเกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจในเรื่องของกายภาพและสุนทรียศาสตร์ จึงเป็นที่มาของการศึกษาแนวคิดของสถาปัตยกรรมที่สร้างความสุขและช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยทางจิตให้ทุเลาลงได้

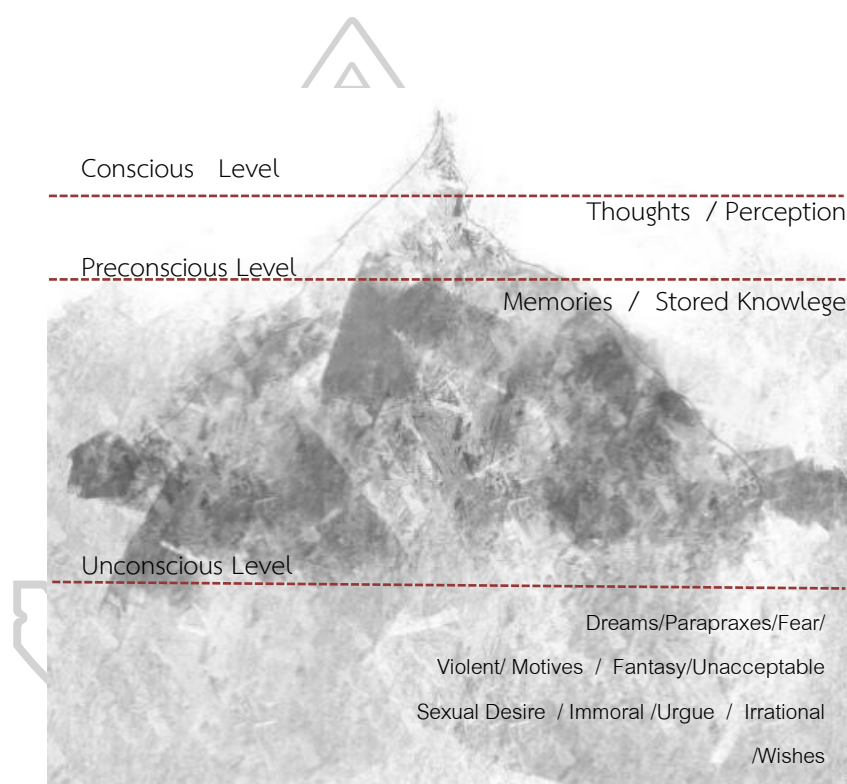
ดังนั้นการศึกษาแนวคิดของสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาทางจิตจึงว่าด้วย ศาสตร์ของวิทยาศาสตร์บวกกับความรู้ทางสถาปัตยกรรมเพื่อหาแนวทางและเครื่องมือการออกแบบที่เหมาะสมในการจัดระบบพื้นที่ของผู้เจ็บป่วยทางจิตให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข

ความหมายและองค์ประกอบของจิต

จิต หรือจิตใจ (Mind) คือความรู้สึกนึกคิด ความมีสำนึก มีสติ รวมไปถึงเขารู้ปัญญา ซึ่งมีความคิดเป็นองค์ประกอบและจิตเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของร่างกายที่เป็นกายภาพ ในแต่ละอิริยาบถ ในทุกกิจกรรมก็มีเรื่องของจิตเข้ามาเกี่ยวข้องตลอดเวลา ดังนั้นเรื่องของจิตนั้นมีความสำคัญเนื่องจากส่งผลไปยังร่างกายผ่านพฤติกรรมโดยตรง ทั้งด้านจิตใจที่เป็นความปกติสุขและทุกข์ของชีวิต

แนวคิดเรื่องจิต

จากแนวคิด Sigmund Freud ได้ให้ความหมายของจิตไว้คือ การมีสติรับรู้ และรู้ตัว แบ่งจิตออกเป็น 3 ระดับ คือ จิตสำนึก (Conscious mind) คือการรู้สึกตัวเพื่อแสดงพฤติกรรมที่ตรงกับความเป็นจริง จิตกึ่งสำนึก (Subconscious mind) คือ ภาวะที่จิตพึงระลึกถึงได้ที่ไม่ได้แสดงออกโดยพฤติกรรม และจิตไร้สำนึก (Unconscious mind) คือ ภาวะจิตที่พึงระลึกถึงไม่ได้ กล่าวคือเป็นสัญชาตญาณการลึ้มตัวชั่วขณะ จิตไร้สำนึกมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและเป็นส่วนที่คนมักจะเก็บกดลงไปใ้จิตใต้สำนึกจนส่งผลทางพฤติกรรมในทางที่ไม่ดี ดังภาพภูเขาน้ำแข็งด้านล่าง



ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างของจิตตามทฤษฎีของ Sigmund Freud (1856-1939)
(กิติกร มีทรัพย์, 2559)

Sigmund Freud ได้แบ่งโครงสร้างของจิตประกอบด้วย อิด (Id) คือสัญชาตญาณพื้นฐานของมนุษย์หรือสันดานดิบ อีโก้ (Ego) คือสันดานดิบของมนุษย์ที่ถูกขัดเกลาและสร้างมาตรฐานโดยค่านิยมทางสังคม การปรับตัวนี้เพื่อให้มนุษย์อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และซูเปอร์อีโก้ (Super ego) คือจิตส่วนที่ได้รับการพัฒนา การขัดเกลาโดยหลักของศีลธรรมและค่านิยม เพื่อควบคุมความคิดและการแสดงออกให้เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม

แนวคิดของ Carl Gustav Jung คาร์ล กุสทัฟ ยูง แบ่งโครงสร้างของจิต (Functions) ไว้ 4 ประการดังนี้ ความรู้สึก ความคิด ญาณหยั่งรู้ และการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และได้ต่อยอดแนวความคิดของซิกมุนด์ฟรอยด์ จนเป็นทฤษฎีเรื่องจิตไร้สำนึกที่ว่าด้วยเรื่ององค์ประกอบของจิต ได้แก่ ต้นแบบหรือแม่แบบ (Archetype) เป็นรูปแบบในการแสดงพฤติกรรม หน้ากาก (Persona) บทบาทที่แสดงออกของคนในสังคม ปม (Complex) คือจิตไร้สำนึกส่วนบุคคลเป็นต้นตอของลักษณะอารมณ์ของบุคคล โดยคาร์ล กุสทัฟ ยูงได้เน้นว่าปมที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเองนั้นไม่ได้เป็นเชิงลบเสมอไป แต่หากว่าปมที่ก่อให้เกิดผลกระทบของบุคลิกภาพ รบกวนการทำงานของจิต อันเกิดมาจากปมที่บุคคลไม่รับรู้ซึ่งถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึก จะเป็นตัวการสำคัญในการขับเคลื่อนทางพฤติกรรมและการแสดงออกทางอารมณ์ในแบบที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งจะพัฒนามาเป็นโรคทางจิต ยูงได้ตระหนักถึงการรู้จักปมของตนเองในแง่ของแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง เงา (Shadow) สัญชาตญาณดิบเถื่อนสะท้อนถึงพฤติกรรมที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา มักจะถูกซ่อนไว้ภายใต้หน้ากาก ตัวตน (Self) หลักการสร้างบุคลิกภาพที่นำไปสู่การกลายเป็นปัจเจก ลักษณะของหญิงที่มีอยู่ในชาย (Anima) ลักษณะของชายที่มีอยู่ในหญิง (Animus) คือลักษณะการเก็บกดโดยการแฝงของเพศตรงข้ามอยู่ในระดับจิตใต้สำนึกของตัวบุคคล ซึ่งลักษณะการแฝงดังกล่าวจะแสดงตัวในรูปแบบของความฝันและทัศนคติการปฏิสัมพันธ์ต่อเพศตรงข้าม (ทฤษฎีบุคลิกภาพของคาร์ล จุง, 2010)

คาร์ล กุสทัฟ ยูง ได้แบ่งบุคลิกภาพของบุคคลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- 1) บุคลิกภาพแบบเปิดเผยตัว (Extroversion) มีลักษณะคือการแสดงตัวแบบเปิดเผย ชอบเข้าสังคม ชอบสร้างปฏิสัมพันธ์
- 2) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion) การมีลักษณะของบุคลิกภาพในแบบขั้วตรงข้ามกับบุคลิกแบบเปิดเผยตัว

แนวคิดของความบ้า

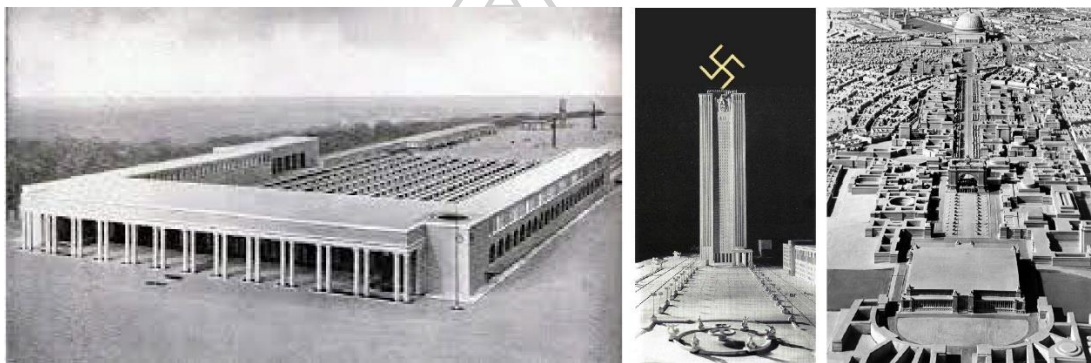


ภาพที่ 2 แสดงภาพวาดในยุคแห่งความย้อนแย้งในด้านความเจริญรุ่งเรืองและการตีตราความบ้า

ที่มา: The exorcism of Carlos II of Spain, 1661-1700

<https://www.everydayhealth.com/pictures/worst-mental-health-treatments-history>

เมื่อความ “บ้า” ถูกกำหนดให้อยู่ตรงข้ามกับความมีเหตุผลในยุคของความเป็เหตุเป็นผล แนวคิดของมิเชล ฟูโกต์ (ไร้เหตุผลเลยเป็นคนบ้า, 2020) เป็นลักษณะแนวคิดการกักกันคนวิกลจริต ไม่ให้ออกมาปะปนกับคนปกติอยู่ในช่วงที่เรียกว่าบ้านเมืองเจริญและสังคมถูกปกครองด้วยความเป็กฎระเบียบและมีการสร้างความเป็นระเบียบ (Order) อย่างที่ปรากฏผ่านทางสถาปัตยกรรมในยุคศตวรรษที่ 17 แม้แต่ในช่วงสถาปัตยกรรมในช่วงทศวรรษที่ 1960 ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความเครียดและไร้ชีวิตชีวา และการทำให้คนบ้ากลายเป็นบุคคลที่แปลกประหลาดแปลกแยกไปจากมาตรฐานความปกติของความเป็นคนในสังคม ก่อนหน้าการใช้เหตุผลได้มีการจับแยกและลงโทษซึ่งมีการเชื่อมโยงกับเรื่องในเชิงจิตวิญญาณอย่างที่เราเรียกกันว่าล่าแม่มด เปลี่ยนมาเป็นการกักกันจองจำซึ่งมอบความไร้อิสระและไร้เมตตาแก่คนที่ได้ถูกตีตราว่า คนบ้า ได้ถูกรวบรวมไว้ ณ สถานพำนักกึ่งกักกัน



ภาพที่ 3 แสดงสถาปัตยกรรมสมัยที่มีการจัดระเบียบสังคมของนาซี 1933-1945

ที่มา : <https://howtorhino.com/blog/nazi-architecture/>

ช่วงเวลาหนึ่งความวิกลจริตหรืออาการทางจิตที่เคยเชื่อมโยงกับความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณถูกจัดให้มองเป็นวิทยาศาสตร์ ความวิกลจริตนี้จึงถูกจัดประเภทให้จัดเป็นโรคจิตเวช แม้แต่ซิมเศร่า ไบโพลาร์และวิตกกังวลก็นับรวมด้วยกัน ทำให้การรักษาโรครวมไปถึงการบำบัดแบบไม่แยกไปตามโรค เช่น เจาะกะโหลกเพื่อระบายเลือด เพราะเชื่อว่าเป็นการนำเอาเลือดเสียที่ทำให้เกิดอาการคลุ้มคลั่งออกมา การช็อตด้วยกระแสไฟฟ้าในปริมาณสูง เป็นต้น

จากการศึกษาแนวคิดของจิต พบว่า ลักษณะของทั้งพฤติกรรมและอารมณ์ที่แสดงออกมานั้นล้วนถูกกำกับควบคุมโดยจิตสำนึก (Ego) โดยทั้งลักษณะที่กล่าวมานั้นแสดงออกมาในเชิงลบและเชิงบวกมาน้อยแค่นั้นขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของจิตสำนึก (Ego) ที่ถูกขัดเกลามาแล้วทั้งนี้เพื่อให้มีการอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างปกติสุข ผู้ศึกษาจึงได้ตั้งข้อสังเกตอยู่สองประการคือ

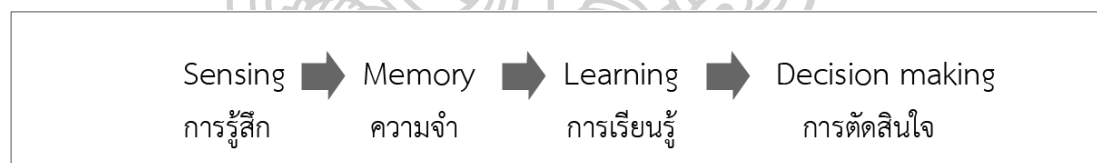
ประการแรกคือประสบการณ์การถูกกดทับซึ่งจิตจะมีกลไกเก็บไว้ในระดับจิตไร้สำนึกทำให้เกิดการสะสมจนเก็บกด เมื่อมีการเรียนรู้ถึงปม (Complex) ของจิตแล้วจึงต้องได้รับการพัฒนาในรูปแบบการปลดปล่อย

ประการที่สอง เมื่อบุคลิกภาพได้ถูกแบ่งตามลักษณะการแสดงออกทางพฤติกรรมทั้ง แบบบุคลิกภาพแบบเปิดเผยตัว (Extroversion) และบุคลิกภาพแบบเก็บตัว (Introversion) นั้นทำให้ผู้ศึกษาเล็งเห็นว่า ความสุขชั่วของทั้งสองแบบสามารถอยู่ร่วมกันได้โดยการมีปฏิสัมพันธ์โดยไม่มีการแบ่งแยกกันจนเกินไป กล่าวคือเป็นการนำพาบุคลิกแบบเก็บตัวให้อยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ได้

เมื่อแนวคิดเรื่องจิตถูกเชื่อมโยงกับเรื่องกายภาพในรูปแบบสถาปัตยกรรม ยิ่งทำให้เห็นเด่นชัดถึงเรื่องอิทธิพลของการถูกควบคุมด้วยความเป็นระเบียบ และการจับแยกเรื่องของความปกติและไม่ปกติหรือความบ้าให้ขาดจากกันโดยไร้ซึ่งทางเลือกรูปแบบสถาปัตยกรรมดังเช่นคุก (Ramsden, 2019a) ซึ่งมีลักษณะการป้องกันคนในและคนนอกอย่างเด็ดขาด นั่นคือการทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์และขาดอิสรภาพในทุกๆด้านนั่นเอง นั่นเป็นเพราะแต่ละบุคคลย่อมมีกระบวนการรับรู้ที่ผิดแผกไปจากเดิมหรือความปกติ ซึ่งผู้ศึกษาเองได้ให้ความหมายและอธิบายหลักการของกระบวนการรับรู้ที่มนุษย์พึงมีไว้ดังนี้

การรับรู้ (Perception)

การรับรู้หมายถึงการประมวลผลจากการที่ร่างกายได้กระทบกับสิ่งเร้าผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก ผิวหนัง แล้วได้ส่งกระแสประสาทไปยังสมอง แล้วได้รับการแปลความอีกที ซึ่งจะมีกระบวนการของการรับรู้ดังนี้



ภาพที่ 4 แสดงลำดับการทำงานของระบบการรับรู้จากระบบร่างกายสู่จิตใจ

กระบวนการนี้จะมียอดประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการรับรู้ ได้แก่ มีสิ่งเร้า (Stimulus) ประสาทสัมผัส (Sense Organs) ประสาทการรับรู้ หรือความรู้เดิม การแปลความหมายของสิ่งที่เร้าสัมผัส จากตัวอย่างกระบวนการทำงานของการรับรู้

การได้ยินเสียงไม่ว่าจะเป็น เสียงจากการร้องของสัตว์ เช่น นก แมว ขณะที่คนฟังไม่ได้เห็นแหล่งกำเนิดเสียง แต่ยังสามารถบอกได้ว่าเป็นเสียงร้องของสัตว์ เครื่องเร้า (Stimulus) และส่งไปยังปลายประสาท (End organ) และการรู้สึกมาทางประสาทสัมผัส (Sensory nerve) เกิดเป็นการตื่นตัวของสมองและการระลึกได้แยกแยะเสียงจากความทรงจำ และถ้าเกิดปฏิกิริยาคือการขานรับเสียงนั้นเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Reaction หรือ Response) ในทางจิตวิทยา

ทั้งนี้เงื่อนไขทางกายภาพของผู้รับรู้ในที่นี้คือต้องอยู่ในสถานะที่มีอวัยวะด้านกายภาพสมบูรณ์ ทั้งในด้านจิตวิทยาที่มีสภาวะอารมณ์และจิตส่งผลให้มีอิทธิพลในกระบวนการรับรู้ในขณะนั้นด้วย เช่น ความจำ อารมณ์ ประสบการณ์เดิม แรงจูงใจ ทักษะ ค่านิยม วัฒนธรรม

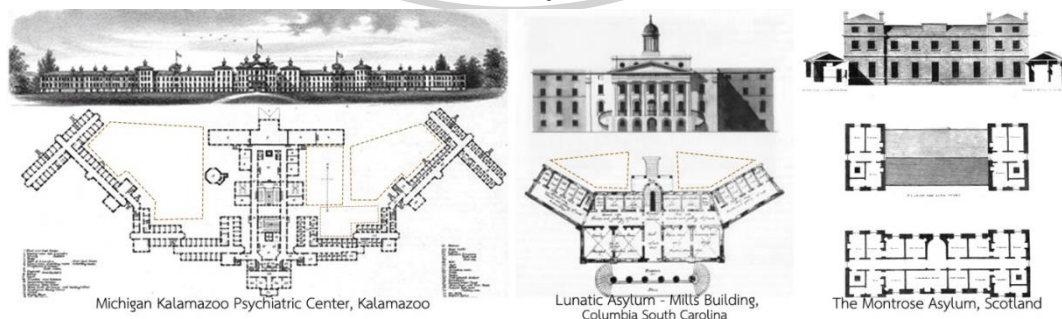
โรคทางจิตเวช

เมื่อจิตและการรับรู้มีการทำงานและการแปลผลที่ผิดเพี้ยนไปจากปกติของบรรทัดฐานสังคมแล้ว ย่อมก่อให้เกิดความผิดปกติจนเข้าสู่ภาวะโรคทางจิตและการเป็นโรคทางจิตแบบเต็มขั้น ซึ่งเนื้อหาข้างต้นได้กล่าวไว้ว่าการรักษาโรคในอดีตไม่ได้มีการแบ่งโรคตามกลุ่มประเภทอาการ ไม่เพียงแค่นั้นก็ไม่ได้มีการศึกษาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับสภาพจิตใจ (Foucault, 1988)



ภาพที่ 5 แสดงวิวัฒนาการทางการแพทย์ของโรคทางจิตเวชตั้งแต่การรักษาแบบไม่มีการแยกโรค
ที่มา: A psychiatric patient receiving hydrotherapy (water treatment) at Pilgrim State Hospital, New York, 1936

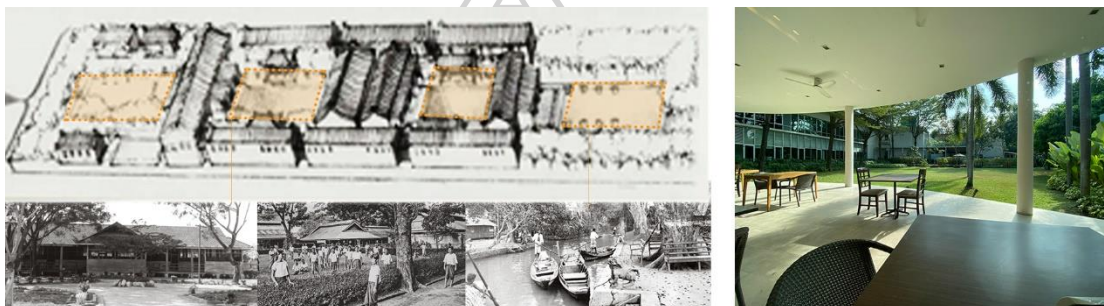
ความก้าวหน้าทางแพทย์ได้ดำเนินมาถึงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 ได้มีการตั้งคำถามถึงรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยการกักขัง ซึ่งมี นายแพทย์ฟิลิป พินอล (Philippe Pinel) ได้พิสูจน์ว่าอิสรภาพ แสงสว่าง และความเมตตาจะช่วยให้ผู้มีอาการป่วยทางจิตดีขึ้นได้



ภาพที่ 6 แสดงผังอาคารโรงพยาบาลจิตเวชในช่วงศตวรรษที่ 18-19

ที่มา : <https://www.feelguide.com/2011/03/10/fascinating-online-gallery-of-late-19th-century-insane-asylum-architectural-floor-plans/>

จากภาพที่ 6 เป็นโรงพยาบาลในรัชมังคลาภิเษกได้เริ่มมีการศึกษาและตระหนักถึงสภาพแวดล้อมที่ดีส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยจิตเวช ดังเช่นผังอาคารตามภาพที่ 6 มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เริ่มจากการควบคุมบริเวณโดยปิดบังการมองเห็นทั้งจากภายในและภายนอกผ่านการวางอาคารในลักษณะ ปิดล้อมและมีการแผ่ขยายไปในแนวราบของพื้นที่ตั้ง ส่วนใหญ่มักอยู่ในชนบทเพื่อให้ผู้ป่วยสัมผัสกับธรรมชาติได้ดีกว่าอยู่ในเมือง (Pérez-Fernández & López-Muñoz, 2019) แต่การควบคุมที่เข้มข้นในลักษณะเช่นนี้ยิ่งตอกย้ำความรู้สึกของผู้ป่วยและรับรู้ได้ถึงการถูกกักขังไม่เป็นอิสระ เปรียบเทียบ คนกับสัตว์ในสวนสัตว์ สัตว์จะมีชีวิตและ อารมณ์ในทางบวกเมื่ออยู่ใน space ที่กว้างพอเหมาะ และบรรยากาศดี (Humphry, 1957) จึงเป็นเหตุให้มีการค้นคว้าถึงการแยกประเภทของโรคและกำหนดให้มีสภาพแวดล้อมที่มีความเฉพาะเจาะจงกับอาการนั้นๆต่อไป



(ก)

(ข)

ภาพที่ 7 แสดงอาคารโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในอดีตและปัจจุบัน

(ก) แสดงการออกแบบสถาปัตยกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชในประเทศไทย ที่มา: โรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกในประเทศไทยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พ.ศ.2432 https://www.somdet.go.th/public/his_som.html

(ข) ทศนิยมภาพโรงอาหารส่วนกลาง โรงพยาบาลมนารมย์ กรุงเทพมหานคร (ถ่ายโดยผู้ศึกษา เมื่อสิงหาคม 2564)

ในประเทศไทยเองจากภาพที่ 7 แสดงถึงการให้ความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลแห่งแรกที่เรียกว่า โรงพยาบาลเสียดจืด เริ่มมีการใช้องค์ประกอบทางสถาปัตยกรรมเช่น การปิดล้อมอาคารให้เกิดพื้นที่ลานโล่งตรงกลาง เป็นต้น จวบจนมาถึงโรงพยาบาลในยุคปัจจุบันซึ่งผู้ศึกษาได้เข้าไปสัมผัสบรรยากาศเบื้องต้นพบว่า การสร้างสภาพแวดล้อมให้มีความเป็นธรรมชาตินั้น เป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของการศึกษาพื้นที่เยียวยาทางจิตใจ และการให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม (Ramsden, 2019b) ที่มีความจำเพาะในแต่ละโรค

หลังจากนั้นไม่นานเมื่อวงการแพทย์ได้ปฏิวัติวงการรักษาผู้ป่วยได้ดำเนินมาถึงยุคปัจจุบันด้วยการแยกโรคทางจิตเวช (DSM-5) (hmong.wiki) แบ่งออกเป็น 5 โรคด้วยกัน ได้แก่ 1.โรควิตกกังวล อาการเด่นชัดคือกังวลลดต้น จะถูกกระตุ้นได้ง่ายจากสภาพแวดล้อม (Anxiety Disorder)

2.ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ (Dissociative Disorder) หรือโรคหลายอัตลักษณ์ มีสติการรับรู้
 สิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ผิดเพี้ยนไป ลืมตัวตน 3. โรคผิดปกติจากการเจ็บป่วยทางกายที่มาจากจิตใจ
 (Somatoform Disorder) มีอาการเด่นชัดคือมีการเจ็บป่วยทางกายแต่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัด
 ได้ ผู้ป่วยจะวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายมากผิดปกติ 4.โรคจิตเภท (Schizophrenia) อาการเด่นชัดคือ
 ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกนึกคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือเสียสติทำให้เกิดผลเสียกับการดำเนิน
 ชีวิตประจำวัน 5.โรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) ได้แก่โรคซึมเศร้า อาการเด่นชัดคือ
 ภาวะเครียดซึมลึกและไปโพล่าร์มีอาการที่สลับขั้วของอารมณ์ร่าเริงกับเศร้า ซึ่งโรคทั้งสองมักมี
 แสงแดดและแสงยามโพลีเพล็กซ์หรือเกือบเย็นมาเป็นตัวกระตุ้น

ผู้ศึกษาจึงได้ทำการเลือกศึกษาโรคทางจิตเวชจาก 5 โรค โดยคัดเลือกจากหลักการของ
 แนวคิดของจิตระดับสำนึก (Conscious) ที่ว่าด้วย การมีสติสัมปชัญญะในการใช้ชีวิตจริงในสังคมที่
 ส่งผลไปยังการรับรู้ (Perception) ที่สอดคล้องตามความเป็นจริงและตัวผู้ป่วยเองสามารถดูแลตัวเอง
 ได้ ไม่สร้างอันตรายต่อผู้อื่น ด้วยตารางด้านล่างนี้

	การรับรู้สติ	ภ้อผ้ออยู่อื่น	การรักษา			result
			ทางการแพทย์	การให้ที่	score	
Mood Schizophren Somatoform Dissociative Anxiet	●	●	การให้ยา บำบัดจิต	แก้ไข สภาพแวดล้อม	●	●
	●	●	สงบจิต ยาซึมเศร้า	พื้นที่บำบัดเฉพาะ โดยแพทย์	●	●
	●	●	การให้ยา บำบัดจิต	แก้ไข สภาพแวดล้อม	●	●
	●	●	ยาโรคจิต น้ำ กระดน้ำให้	ห้องบำบัดเฉพาะ โดยแพทย์	●	●
	●	●	ยา กระดน้ำให้ บำบัด จิต	แก้ไข สภาพแวดล้อม	●	●

● ปลดภัย
● อันตราย

ตารางที่ 1 แสดงการเกณฑ์การคัดเลือกศึกษาโรคทางจิตเวชที่ใช้แนวทางการมีสติสัมปชัญญะ

จากตารางสรุปได้ว่าโรคที่ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าต่อเพื่อหาเครื่องมือทางสถาปัตยกรรมที่ใช้ในการ
 สร้างสภาพแวดล้อมและการจัดระบบพื้นที่ 3 โรค ด้วยกัน ได้แก่

1.โรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) เป็นโรคที่เกิดจากความเครียดสะสม หวาดระแวงหรือ กังวลได้ง่ายด้วยเหตุของสารเคมีในสมองหลังผิดปกติ นอกจากการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์แล้ว ยังมีทางเลือกที่ว่าด้วยการจัดการสภาพแวดล้อมต่างๆที่มักจะเข้ามารบกวนผ่านการรับรู้ไม่ว่าจะทาง สายตา หู การรับรู้กลิ่นหรือแสง ซึ่งไม่ได้รับการควบคุม เช่น ที่อยู่อาศัยที่มีบริเวณข้างเคียงเสียงดัง ความวุ่นวายของผู้คน ความแออัดจอแจของสังคมเมือง เป็นต้น ทั้งนี้มีวิธีการรักษาด้วยวิธีการบำบัดจะ ใช้วิธีการพูดเพื่อระบายออกมา ผ่านกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างแบบยลคือ การตกปลา ซึ่งผู้ที่เข้าร่วม กิจกรรมต้องฟังตัวกลางผ่านธรรมชาตินั่นคือ น้ำ ต้นไม้ รวมถึงเวลา ซึ่งหมายถึงอุณหภูมิที่เหมาะสม จากนั้นผู้คนทุกเพศทุกวัยได้ใช้ความสงบนี้อยู่ที่การฟังเสียงจืดจางที่ค้นเบ็ด ไม่นานก็ได้เริ่มมีความคุ้นชิน การพูดคุยระบายกับผู้คนข้างเคียง ทำให้ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ลง กิจกรรมนี้เป็นการทดลองแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตด้วยรูปในประเทศเนเธอร์แลนด์ (Leonard, 2015)

2.โรคผิดปกติทางอารมณ์

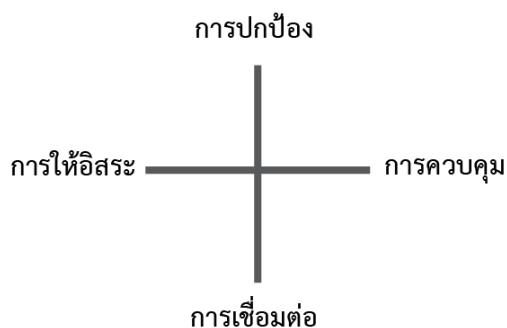
2.1 โรคซึมเศร้า (Mood Disorder) เป็นโรคที่เกิดจากความเครียดกดดันอันมาจากระบบ สารเคมีในสมอง มีด้วยสองสภาวะคือ ช่วงเครียดเป็นภาวะซึมเศร้ากับอาการนี้ที่พัฒนาจนเป็นโรค ซึมเศร้า ด้วยอาการซัดซัดที่สามารถแก้ปัญหาให้ทุเลาลงด้วยสถาปัตยกรรม นั่นคือ การเศร้าอันเกิดมา จากช่วงเวลา การรับรู้การผ่านไปของเวลาในแต่ละวัน บ้างรับรู้ผ่านไปอย่างช้า บ้างก็รับรู้วันเวลาผ่านไป อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ การถูกรบกวนจากสภาพแวดล้อมโดยรอบ อย่างเช่น ที่อยู่อาศัย เพื่อไม่ให้เกิด การกระตุ้นอาการเศร้าจากการถูกรบกวนจากสภาพแวดล้อมภายนอกจึงต้องมีการควบคุมและ ป้องกันสิ่งเหล่านี้ให้อยู่ในสภาวะที่สมดุล และปัจจัยที่สำคัญคือการสร้างความเป็นส่วนตัวแบบมี ขอบเขตให้แก่ผู้ป่วยขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทรอบข้างทั้งมนุษย์และธรรมชาติ (Ramsden,2019)

2.2 โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) เป็นโรคที่เกิดจากการสะสมความเครียดจนเกิดความ ผิดปกติของสมอง และได้แสดงออกผ่านพฤติกรรม ที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและการกระฉับกระเฉง สลับขั้ว กันไปมา แต่ความแตกต่างของโรคอารมณ์สองขั้ว กับวิตกกังวลและซึมเศร้าคือผู้ป่วยจะมีความพร้อม ของการเข้าสังคมได้มากกว่าสองโรคดังกล่าว (มานิช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุตนิษฐ์, 2555) แต่ก็ยังมีอีกขั้วเมื่อได้รับการกระตุ้นจนทำให้ไม่รู้สึกลดภัยก็ยังมีการเก็บตัวอยู่ห่างๆจากสังคม จะเป็น ลักษณะนี้สลับกันไป ถ้าในแง่ของสภาพแวดล้อมที่จำเป็นต้องใช้การปกป้องผู้ป่วยแต่มีความเบาบาง ของการควบคุมลดลง เช่น การอยู่ในที่ที่โอบล้อมเพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัย แต่ขณะเดียวกันผู้ป่วย ต้องได้รับทางเลือกที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นอิสระภายใต้สภาพแวดล้อมแห่งนี้ เป็นต้น

โรค	อาการเด่นชัด	สิ่งกระตุ้น	วิธีบรรเทา
Anxiety Disorder	กอดัน เครียด ไม่ปลอดภัย ไร้อิสระ	พื้นที่แคบสูงชะลูด ความมืด , มลภาวะทางเสียง,	การควบคุมสภาพแวดล้อมให้ มีความสมดุล
Depression	เศร้า, เก็บตัวเงียบ ไม่มีสมาธิ กอดัน เครียด โดดเดี่ยว เหงา	พื้นที่แคบสูงชะลูด ความมืด แสงสลัวยามเย็น	การควบคุมสภาพแวดล้อมให้ มีความสมดุล
Bipolar	เศร้า, เก็บตัวเงียบ ร่าเริงชอบเข้าสังคม โดดเดี่ยว เหงา	มลภาวะทางเสียง แสงธรรมชาติตอนเช้า ทั้งกลางวันและกลางคืน	การป้องกัน ผู้ป่วยจากสภาพแวดล้อม

ตารางที่ 2 แสดงสรุปอาการของโรคทางจิตและวิธีการบรรเทาจากการทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าหัวใจของกระบวนการทำงานของการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต คือการทำงานร่วมกันในลักษณะของวิธีการ 4 วิธี ดังแผนภาพที่ ซึ่งในการสร้างระบบพื้นที่ที่มีความเฉพาะของแต่ละโรคจะใช้วิธีการร่วมกันอย่างน้อย 2 คู่ ซึ่งจะแสดงในหัวข้อถัดไป (Themomentum, 2017)



ภาพที่ 8 แสดงวิธีการสร้างความสมดุลให้กับสภาพแวดล้อมจากการทบทวนวรรณกรรม

ก่อนเข้าสู่เนื้อหาวิธีการของการหาเครื่องมือการออกแบบทางสถาปัตยกรรม ผู้ศึกษาได้ ทบทวนวรรณกรรมที่ได้ข้อสรุปทั้งที่เป็นความรู้ทั้งโรคจิตเวชตลอดจนวิธีการรักษาทางวิทยาศาสตร์ เพื่อนำไปเชื่อมโยงกับศาสตร์ของสถาปัตยกรรมบำบัด ทั้งนี้เนื้อหาในส่วนนี้จะนำเอาเรื่องของ ความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อนำไปสู่ การหาแนวทางที่เฉพาะเจาะจงโดยใช้องค์ประกอบดังต่อไปนี้

การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being)

ความเป็นอยู่ที่ดีในที่นี้คือการมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางกายและทางใจ รวมไปถึงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย ซึ่งถ้าหากสิ่งเหล่านี้ไม่ได้อยู่ในสภาวะที่ดีจะส่งผลโดยตรงและแย่งต่อการดำรงชีวิตประจำวัน สิ่งสำคัญที่กล่าวถึงต่อไปนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้ระบบประสาททั้ง 5 ของมนุษย์ ดัง องค์ประกอบต่อไปนี้

อาหารคือยา

ด้วยเหตุการใช้ชีวิตในสังคมที่อยู่ในช่วงเวลาที่เร่งรีบของสังคมในปัจจุบันทำให้คนส่วนใหญ่ ละเลยเรื่องของการกินอาหาร แต่น้อยคนนักจะตระหนักว่าอาหารที่กินเข้าไปและหาซื้อได้ง่ายดายนั้นมีที่มาที่ไปจากแหล่งใด และให้คุณและโทษต่อร่างกายในด้านใดบ้าง เรื่องเล็กน้อยที่เกิดการละเลยไม่ใส่ใจย่อมทำให้เกิดโรคทางกายตามมา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชที่ต้องใช้ยารักษา หรือแม้แต่อาการบางอย่าง เช่น ความเครียดของโรคซึมเศร้ามีการกินจุ กินไม่เป็นเวลา และบางกลุ่มต้องใช้ยาจิตเวชยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงที่รุนแรงต่อร่างกาย และเกิดโรคใหม่ได้ เช่นโรคอ้วน ไขมัน บวม น้ำ ดังนั้นการจัดสรรมื้ออาหารที่มีคุณภาพ ถูกสุขลักษณะจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นไม่ว่าผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไป

อาหาร คือจุดเริ่มต้นของพลังงาน แน่นนอนว่าต้องเป็นอาหารที่ดี มาจากแหล่งเพาะพันธุ์ที่ดี การรู้ที่มาที่ไปของอาหารนั้นเป็นการใส่ใจถึงสุขภาวะของร่างกาย (ดุขฎิ ต้นเจริญ, 2562) การปรุงที่มีเรื่องของไฟเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการประกอบอาหาร ซึ่งเป็นหนึ่งใน 4 ของธาตุในร่างกายมนุษย์ ผู้ป่วยทางจิตเวชเองยังต้องได้รับการเอาใจใส่และมีเมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เริ่มมาจากการวิเคราะห์ สัดส่วนองค์ประกอบของร่างกายในระดับเม็ดเลือดด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์หรือ AI (จิตเวชโคราช, 2562) อาหารที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดและอาการทุเลาลง จะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยในระยะยาว หากมีการปฏิบัติเรื่องการกินอย่างมีวินัยด้วยการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

ประโยชน์ทางอ้อมของการจัดเตรียมอาหาร ตั้งแต่จัดการวัตถุดิบ การปรุง ซึ่งต้องใช้ความตั้งใจเป็นการฝึกสมาธิ รวมทั้งการที่ผู้ป่วยได้ลงมือทำสิ่งเหล่านี้เพื่อตัวเองและการทำเรื่องเล็กๆน้อย สำเร็จในแต่ละครั้งจะเป็นตัวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับทัศนคติให้คิดในเชิงบวกมากขึ้น เพราะการเห็นคุณค่าของตัวเองเมื่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งสำเร็จ เป็นเรื่องที่ดีหากกิจกรรมนี้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน

ธรรมชาติบำบัด

ธรรมชาติคือส่วนหนึ่งที่แทบจะเป็นเนื้อเดียวกันกับมนุษย์และสถาปัตยกรรม มนุษย์ต้องอาศัยตัวกลางอย่างสถาปัตยกรรมเพื่อการเข้าถึงธรรมชาติ หรือในทางกลับกันทั้งสามอย่างต้องพึ่งพิงกัน การที่มนุษย์ได้เชื่อมต่อ (Connect) กับธรรมชาตินับเป็นปัจจัยสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการสัมผัสโดยโสตประสาทการรับรู้ของร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายเมื่อโดนแสงแดด ความดันโลหิตสม่ำเสมอเมื่อได้สัมผัสไม้ กลิ่น ของป่า แม่น้ำ ย่อมส่งผลกับความทรงจำแล้วส่งต่อไปยังจิตใจ หลักการทางวิทยาศาสตร์เหล่านี้จึงถูกนำมาใช้ในการจัดระบบพื้นที่ที่มีการควบคุม (Control) เพื่อไม่ให้สิ่งใดน้อยหรือมากเกินไป ในทางกลับกันย่อมต้องให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการไม่ถูกบังคับทำให้เกิดความกดดันและเก็บกดซึ่งเป็นอาการพื้นฐานของโรคทางจิตเวชอยู่แล้วให้เพิ่มมากขึ้น นั่นคือ การให้อิสระ (Freedom)

จึงมีทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องของการอาบป่าใช้เวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมง และเป็นวิธีที่ช่วยบำบัดจิตใจที่ทำได้ง่ายกว่าการนั่งสมาธิ การพิจารณาความเป็นไปและจดจ่ออยู่กับความเปลี่ยนแปลงของการเข้าไปอยู่ในป่าทั้งหมดเกิดขึ้นโดยไม่มีความซับซ้อน (Qing Li, 2019) ป่าเกิดจากพื้นที่ที่อุดมไปด้วยพืชพรรณน้อยใหญ่มีการแบ่งแยกไว้หลายประเภท ส่วนประกอบย่อยของป่าเริ่มจากต้นไม้ น้ำหรือแม่น้ำ ท้องฟ้า สิ่งมีชีวิตอื่นๆ หากนับรวมทะเลก็เป็นอีกสถานที่หนึ่งที่ผู้คนมักจะไปเพื่อการเยียวยา มักมีประโยชน์ ออกหักต้องไปทะเล นั้นหมายความว่าผู้ที่กล่าวออกมากำลังขาดความมั่นคงทางจิตใจ น้ำทะเลและความกว้างใหญ่ให้ความรู้สึกโอบอ้อม ปลอดภัย ดังทฤษฎี Blue mind ที่พิสูจน์ถึงการอยู่ใกล้ น้ำช่วยให้ความดันโลหิตคงที่ ช่วยลดความเครียดและวิตกกังวลได้ (Wallace J Nichols) ท้องฟ้าที่พร้อมจะให้คนทุกชี้อใจได้ปลดปล่อยออกมา เป็นส่วนหนึ่งที่ไร้ขอบเขตอันเป็นสัญลักษณ์ของความอิสระและการได้จดจ่อพิจารณาถึงความเปลี่ยนแปลงความไม่คงที่ ความไร้ระเบียบแต่มีความสวยงามของก้อนเมฆที่ถูกสร้างขึ้นโดยธรรมชาติ ความรู้สึกผ่อนคลายลดความคลายกังวลลง ทำให้เกิดความสงบแก่จิตใจ

ธรรมชาติจากความเป็นป่าถูกย่อให้มีหน่วยพื้นที่เล็กลงเป็นพื้นที่สีเขียวมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการสร้างบรรยากาศและให้ผู้คนได้เข้าใกล้ความเป็นธรรมชาติมากที่สุดถูกเรียกว่า สวน ซึ่งสวนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ กลิ่นที่ช่วยสร้างความทรงจำ ความธรรมดาที่ปรากฏถูกคิดซับซ้อนไว้หลากหลายมิติ สามารถมอบความทรงจำที่ดีให้แก่บุคคลทั่วไปได้ สวนที่สามารถเยียวยาจิตใจได้นั้นจะมีความพิเศษต่อผู้ใช้งาน การเพาะปลูก เก็บเกี่ยวผลผลิต ประุงอาหารในบริเวณนี้ได้เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผ่อนคลายได้ดี หรือเรียกว่าสวนกินได้ (Walled Kitchen Garden)



ภาพที่ 9 แสดงทัศนียภาพของสวน RHS Garden Bridgewater ที่ใช้พืชพรรณหลากหลายเป็นไม้คลุมดิน ซึ่งกระตุ้นประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ของมนุษย์

ที่มา : <https://www.rhs.org.uk/gardens/bridgewater/articles/bridgewater-open>

RHS Garden Bridgewater เป็นสวนที่ถูกออกแบบมาจากพื้นที่ที่ถูกทิ้งร้างไว้เมื่อปี 1857 เมืองซอลฟอร์ด (Salford) ประเทศอังกฤษ ได้มีการผลิตเปลี่ยนใช้ประโยชน์จากพื้นที่หลายครั้ง เมื่อสวนได้ถูกออกแบบมาเป็นส่วนหนึ่งในสังคมย่านนี้ ไม่เพียงแต่ใช้พักผ่อนหย่อนใจแต่ยังใช้เป็นพื้นที่บำบัดจิตที่ทางแพทย์ในย่านนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ามาใช้งาน ลักษณะสวนมีพืชพรรณสำหรับให้ปลูกเพาะได้ หรือเก็บเกี่ยวผลผลิตมาใช้ปรุงอาหารภายในสวนยังมีเตาไฟสำหรับทำพิซซ่าไว้บริการ ประโยชน์จากการเข้ามาใช้งานที่สวนแห่งนี้คือการได้เข้ามามีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน การได้เข้ามาสัมผัสธรรมชาติ รับแดด ลม การรับรู้ถึงอุณหภูมิภายนอก นับเป็นกระตุ้นระบบการรับรู้ได้ดี



ภาพที่ 10 แสดงทัศนียภาพของสวน RHS Garden Bridgewater ที่ใช้พืชพรรณหลากหลายเป็นไม้คลุมดินหลากสี

ที่มา : <https://www.rhs.org.uk/gardens/bridgewater/articles/bridgewater-open>

การบำบัดด้วยเสียงที่เกิดจากการใช้ดนตรีและศาสตร์แห่งศิลปะบำบัด

การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ดนตรีเป็นสื่อกลางในการฟื้นฟูจิตใจด้วยการเริ่มต้นจากการให้ความสนใจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว เสียงที่เกิดจากดนตรีช่วยกระตุ้นและเร้าอารมณ์ของผู้ป่วยทำให้มีการระบายความรู้สึกโดยการพูดออกมา การปลดปล่อยยังช่วยคลายเครียดและทำให้จิตใจสงบลงได้ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ม.ป.ป.) ทั้งนี้เสียงดนตรีมีผลกับสมองคนเราโดยตรง ปัจจัยที่สำคัญจากดนตรีคือ 1) ทำนอง มีความถี่สูงและเสียงต่ำจะให้อารมณ์ไม่สดใสเท่าเสียงสูง 2) จังหวะ มีจังหวะหนักให้อารมณ์ที่หนักแน่น จังหวะยาวให้ความรู้สึกเนิ่นช้า (เอกพล เสี่ยมพงษ์, 2560) ดนตรีบำบัดจึงเป็นสิ่งที่สามารถใช้บำบัดผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปได้ทุกเพศทุกวัย



ภาพที่ 11 แสดงกิจกรรมศิลปะบำบัดท่ามกลางธรรมชาติ สื่อถึงการใช้ระบบการรับรู้ทั้ง 5

ที่มา : <https://www.lifehack.org/321904/best-art-therapy-blogs-keep-you-emotionally-healthy>

จากภาพที่ 10 กิจกรรมศิลปะบำบัดแบบรวมกลุ่ม ได้สร้างงานและเป็นสถานที่อยู่ท่ามกลางธรรมชาติ ดังนั้นเสียงที่เกิดจากธรรมชาติเป็นเสียงของน้ำไหลจากลำธารเป็นเสียงที่ธรรมชาติสรรสร้างขึ้นมา การมองเห็นและสัมผัสต้นไม้ใบหญ้า ผีวนั่งรับรู้ความเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ จึงเห็นได้ว่าดนตรีและศิลปะมักจะมาคู่กัน ศิลปะบำบัดในลักษณะนี้ช่วยให้ผู้ป่วยจดจ่ออยู่กับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า และเป็นการทำงานร่วมกันของระบบการรับรู้ทั้ง 5 ได้ดี กล่าวคือ สมองและมือทำงานร่วมกันโดยการสัมผัสงาน การจดจ่อ ตั้งใจและเป็นสมาธิ ขณะที่ได้ยินเสียงของธรรมชาติ

การรับรู้พื้นที่ทางกายภาพ

เดิมทีการบำบัดและดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลเป็นแบบปกปิดรักษา มีการรักษาทางการแพทย์ ได้แก่ การให้ยา ซ็อตไฟ จิตบำบัด (Psychotherapy) วิธีการเหล่านี้พบว่ายังไม่สามารถ

เข้าถึงผู้ป่วยได้ทุกคน จากรายงานพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอย ไม่สามารถออกมาใช้ชีวิตในสังคมได้ จึงเป็นเหตุให้เกิดการรักษาที่ครอบคลุมผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงด้วยการสร้างสภาพแวดล้อม

การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) มาจากการทำความเข้าใจตัวเองเป็นอันดับแรกเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล การเรียนรู้ของความแตกต่างของสังคม สิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการอยู่ร่วมในระดับสังคมคือการมีปฏิสัมพันธ์ระดับบุคคลในลักษณะของความสัมพันธ์ที่ดี จึงเป็นการบำบัดแบบสังคมรวมกลุ่ม การบำบัดทั้งรายบุคคลและแบบกลุ่มมีเป้าหมายสำคัญคือให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้โลกแห่งความเป็นจริงและสามารถออกไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ม.ป.ป.)

การใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบันพบว่าต่างคนต่างเจอปัญหามากมายและจิตใจโหยหา พยายามหาที่พึ่งพิงที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจและทางกายภาพ ซึ่งต้องอาศัยการในด้านการรับรู้ (Perception) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ทั้งในด้านกายภาพ (Physical) และ เมื่อเกิดสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมภายนอก จิตใจก็เริ่มสร้างกลไกปกป้องตัวเอง (โซคซัย คงบรรเกียรติ, 2563) ดังนั้นการสร้างสภาพแวดล้อมในทางสถาปัตยกรรมเพื่อสร้างระบบการปกป้อง (Protection) ผู้ป่วยทั้งในเรื่องการห้อมล้อม ปกปิดจากโลกภายนอก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยเช่นเดียวกับการได้ที่พึ่งพิงในขณะเดียวกันนั้นความสงบเงียบจากเสียงรบกวนภายนอกได้ทุเลาลงได้บ้าง ทั้งนี้ทั้งนั้นความเป็นอยู่ที่ดีและหลักการจะขึ้นอยู่กับบริบทที่มีในสังคมคือ ในป่า และ ในเมือง

การรักษาทางการแพทย์ที่นำไปสู่ด้านการออกแบบกายภาพของสถาปัตยกรรมในปัจจุบัน

การศึกษาค้นคว้าเรื่องของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง

การควบคุม

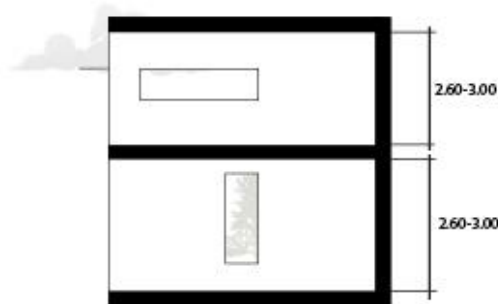
การควบคุมจะศึกษาในเรื่องกายภาพของพื้นที่ ซึ่งประกอบไปด้วย ขนาด รูปร่าง สัดส่วน แสง ที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของเวลา และรายละเอียดปลีกย่อยเพื่อให้มีความใกล้เคียงความเป็นธรรมชาติ ทั้งในเรื่องของเรื่องความงาม สี แสง ประติษฐ์ วัสดุ ผิวสัมผัส

1. ควบคุมขนาดของพื้นที่ (space)

การควบคุมขนาดพื้นที่ได้ผ่านการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วว่า โรคทั้ง 3 ต้องมีการควบคุมในรายละเอียดต่อไปนี้ แต่จะมีความเข้มข้นในระดับที่ต่างกันออกไป จะแสดงให้เห็นในบทถัดไป

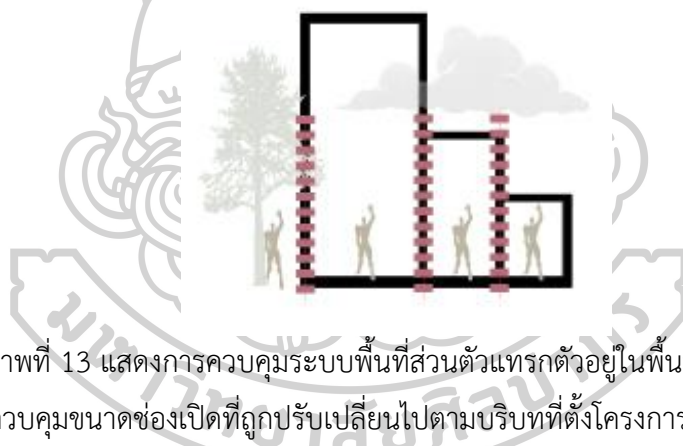
1.1 ควบคุมความสูง ได้แก่ ความสูงอาคารโดยรวมไม่เกิน 2 ชั้น ในพื้นที่ควบคุมโรค

มีความเฉพาะเจาะจงทั้งโรควิตกกังวล โรคเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้าและโรคไบโพลาร์ ใช้การควบคุมเพื่อป้องกันความรุนแรงอันตรายจากการพลัดตกลงมา



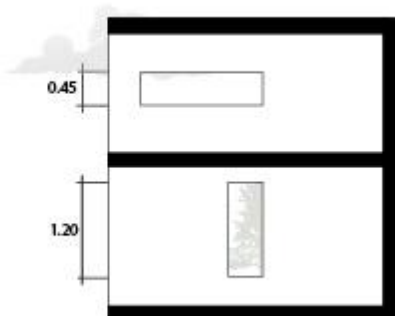
ภาพที่ 12 แสดงควบคุมความสูงของพื้นที่การใช้งานระยะของพื้นถึงเพดาน

1.2 ควบคุมรูปร่างพื้นที่ภายใน สัดส่วน (Scale) ของพื้นที่เล็กซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัวกับพื้นที่ใหญ่ลดหลั่นกันออกไปเป็นสังคมรวมกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้นตามลำดับและเป็นพื้นที่สาธารณะ การสร้างระบบพื้นที่เล็ก ด้วยเหตุผลที่ว่า ผู้ป่วยต้องมีตัวเลือกใช้พื้นที่ส่วนตัวและการหลบหลีกจากความวุ่นวาย แต่ต้องไม่ตัดขาดจากสังคมภายนอก (Humphry, 1957) พื้นที่เล็กมีความกว้างที่ 90-130 ซม. ลึกไม่เกิน 1.50 ม. หรือจะเรียกพื้นที่เล็กว่า ”โพรงกระต่าย” (Rabbit hole) เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องการความเป็นส่วนตัวแต่ยังมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทภายนอกได้ทั้งคนและธรรมชาติ



ภาพที่ 13 แสดงการควบคุมระบบพื้นที่ส่วนตัวแทรกตัวอยู่ในพื้นที่สาธารณะ

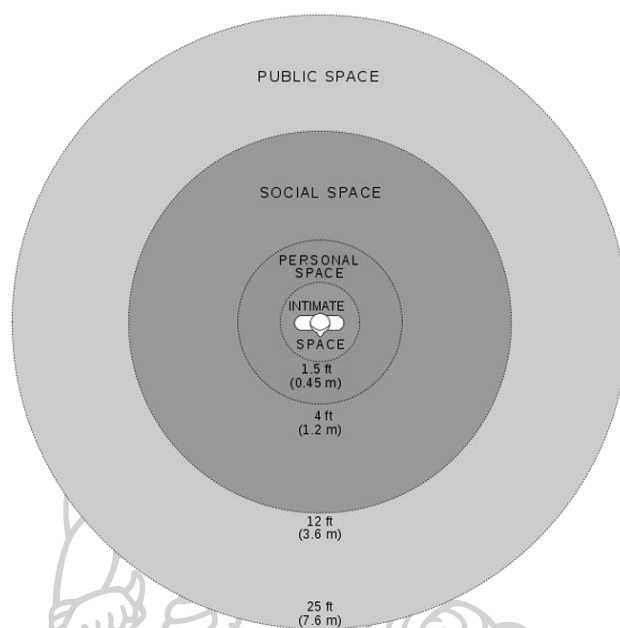
1.3 ควบคุมขนาดช่องเปิดที่ถูกปรับเปลี่ยนไปตามบริบทที่ตั้งโครงการ



ภาพที่ 14 แสดงการควบคุมขนาดช่องเปิดที่ใช้ในห้องนอนผู้ป่วย

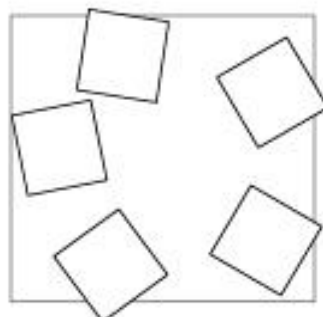
ช่องระบายอากาศจะมีขนาดที่เปิดได้กว้างได้ไม่เกิน 125 มิลลิเมตร (กรมสุขภาพจิต, 2564b)

1.4 ควบคุมขนาดพื้นที่สำหรับตัวบุคคล 1 คน ที่ระยะ 45 ซม., ควบคุมขนาดพื้นที่ระหว่างตัวบุคคลในระยะที่เกิดความสนิทสนมได้ 1.5 ม., ควบคุมขนาดพื้นที่ระดับออกสู่สังคมไม่สนิท 3 ม., ควบคุมขนาดพื้นที่สาธารณะ ผู้คนหลากหลาย 4-5 ม. (Edward Twitchell Hall)



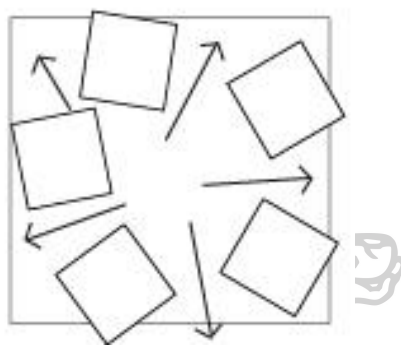
ภาพที่ 15 แสดงการควบคุมพื้นที่ Personal space ระยะห่างของบุคคลจนถึงระยะห่างในระดับสาธารณะ

1.5 ควบคุมขนาดของอาคารให้มีความคงที่ มีขนาดที่เหมาะสมในการใช้งานไม่เกิน 6x6 ม. ด้วยเหตุผลการควบคุมขนาดที่คงที่ทำให้ไม่เกิดการหวาดระแวงหรือตื่นตระหนก สับสนในรูปร่างและขนาดของอาคารที่เปลี่ยนไปอย่างกะทันหัน หลีกเลี่ยงการสร้างพื้นที่ที่มีมิติซับซ้อน ดังนั้นการใช้วิธีการออกแบบทางสถาปัตยกรรมที่สื่อสารอย่างตรงไปตรงมาเรียบง่ายนับเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง



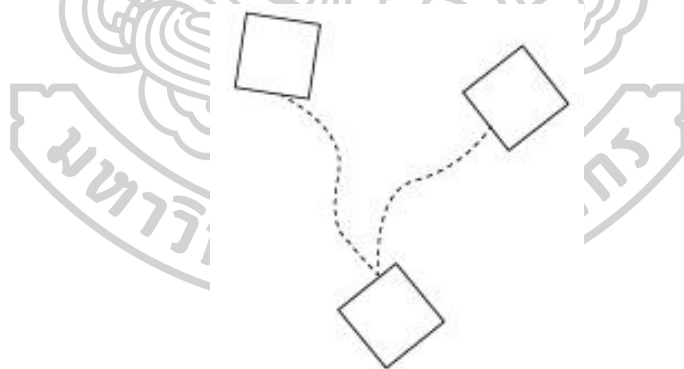
ภาพที่ 16 แสดงผังการควบคุมขนาดของพื้นที่การใช้งานให้มีความคงที่

1.6 การควบคุมระบบกลุ่มพื้นที่แบบกระจาย (Cluster) การวางผังในรูปแบบการกระจาย เป็นเรื่องของการควบคุมและอยู่ภายใต้การสอดส่องดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยได้รอบทิศทางและทั่วถึงโดยที่จุดสังเกตการณ์ไม่โดดเด่นเกินไปจนผู้ป่วยรู้สึกถึงการถูกจับจ้องและถูกควบคุม ดังนั้นการสื่อสารด้วยภาษาการออกแบบทางสถาปัตยกรรมจึงต้องมีความเรียบง่าย ความคงที่ สื่อสารได้อย่างตรงไปตรงมา ไม่ซับซ้อน ให้หลีกเลี่ยงการจัดวางพื้นที่ในรูปแบบตาราง (Grid) และการมีจังหวะที่ซ้ำๆกันเป็นทางเดินยาว เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีความเป็นระเบียบมากเกินไป ก่อให้เกิดความรู้สึกกดดันและเครียด



ภาพที่ 17 แสดงผังการรวมกลุ่มของอาคารระบบการกระจายจากจุดศูนย์กลาง (Cluster)

1.7 ทิศทางการเดิน (Direction)

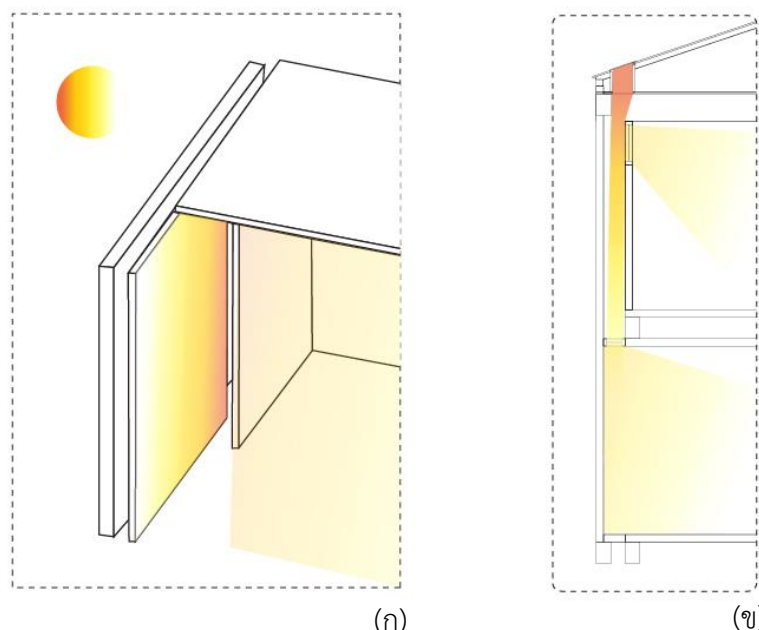


ภาพที่ 18 แสดงการควบคุมทิศทางการเดิน

เมื่อมีการวางผังอาคารในรูปแบบการกระจาย (Cluster) ต้องมีการควบคุมทิศทางการเดิน ได้แก่ ทางเดินระหว่างอาคาร (Path way) ทางเข้าอาคาร (Entrance) ทางเดินระหว่างห้อง (Corridor) ทั้งนี้เพื่อทำให้ผู้ป่วยทั้งลดอาการล้าแล สับสนและตัดสิ้นใจยากซึ่งเป็นตัวการทำให้เพิ่มความกดดันความเครียด

2 ควบคุมปริมาณแสง

2.1 ควบคุมแสงในแบบ Indirect light ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ป่วยรับรู้เวลาที่ผ่านไปไวในแต่ละวัน ย่อมทำให้เกิดอาการกำเริบได้ โดยเฉพาะแสงยามเย็นที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการใช้วิธีการควบคุมให้แสงมีความคงที่อยู่ตลอดทั้งวันโดยที่ไม่รู้สึกว่าเวลาผ่านไปไวนั้น ใช้วิธีการตามภาพ ที่ 16 เป็นแสงที่ตกกระทบมาจากด้านข้างและด้านบนมีการกระจายแสงอย่างสม่ำเสมอมีความสว่างไม่จ้าเกินไป



ภาพที่ 19 แสดงการควบคุมแสงแบบ Indirect light แบบด้านข้าง (ก) และด้านบน (ข)

จากภาพที่ 16 เป็นวิธีการที่สามารถเลือกใช้และปรับใช้กับบริบทที่ต้องการควบคุมดวง สายตาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และบดบังสายตาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเข้ามาสู่ภายในโดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าที่ต้องการการหลบหลีกและต้องการความเป็นส่วนตัว

2.2 ควบคุมปริมาณแสงในห้องของผู้ป่วย (Lowden, 2021) ในโรคไบโพลาร์ โรคอื่นๆ สามารถใช้แสงที่ความสว่างกับอุณหภูมิของแสงได้ตามปกติแต่มีข้อแม้ว่าควรเป็นแสงธรรมชาติต้องไม่ เป็น แสงที่ส่องลงมาโดยตรง พื้นที่ทั่วไปที่ผู้ป่วยทั้งสามโรคสามารถใช้ค่าแสงสว่างด้วยกันได้ ได้แก่ ห้องอ่านหนังสือใช้ค่าแสงสว่าง 300 ลักซ์ พื้นที่โดยทั่วไป 100 ลักซ์ และดัชนีวัดค่าความถูกต้องของสี (color rendering index, CRI) Ra80 พื้นที่ของผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่หรือพยาบาล 300 ลักซ์ แสงสำหรับกลางคืน 5 ลักซ์ ยกเว้นห้องนอนผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ตามภาพที่ 17

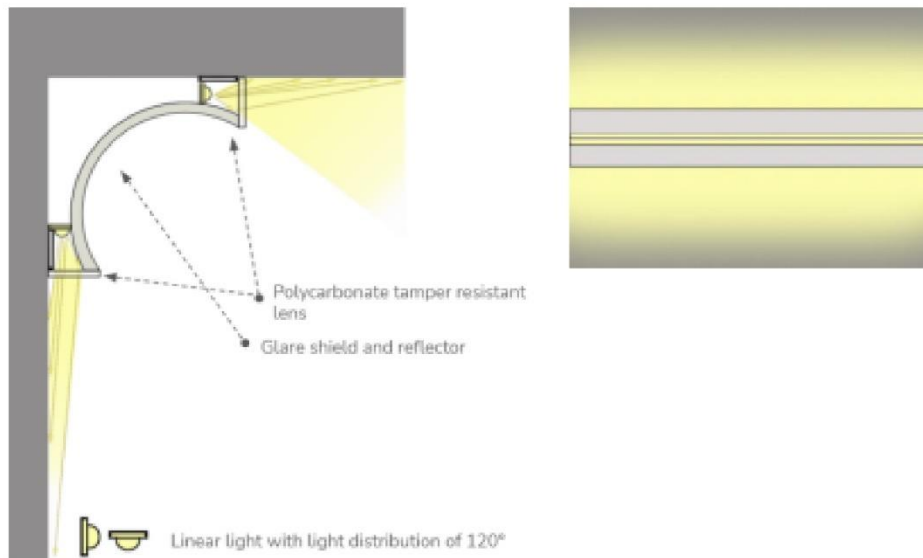


ภาพที่ 20 แสดงการควบคุมแสงโรคไบโพลาร์ (ก) (ข)

ภาพ (ก) แสดงการควบคุมแสงในห้องนอนผู้ป่วยไบโพลาร์ตอนกลางวัน

ภาพ (ข) แสดงการควบคุมแสงในห้องนอนผู้ป่วยไบโพลาร์ตอนเย็นและกลางคืน

ที่มา : (Svanberg, 2021)

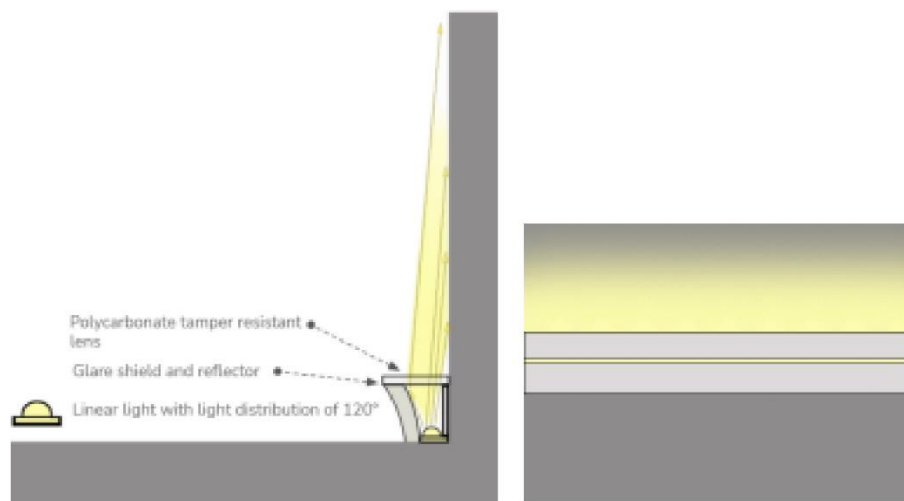


ภาพที่ 21 แสดงภาพตัดรายละเอียดการติดตั้งระบบแสงสว่างภายในพื้นที่การใช้งานระหว่างผนังและฝ้าเพดาน

ที่มา : (Svanberg, 2021)

จากภาพที่ 21 เป็นการสื่อถึงเรื่องของการควบคุมแสงที่ทำงานร่วมกับพื้นที่ภายในที่ออกแบบให้มีความโค้งมนไร้มุมฉาก (Anti parallel) ทั้งนี้แสงที่ไม่ส่องออกมาจากแหล่งกำเนิดแสงโดยตรงแต่ใช้

การตกกระทบจะช่วยเกลี่ยแสงในห้องให้มีความละมุนนุ่มนวล จะช่วยในเรื่องของความรู้สึกอิสระและช่วยให้ผ่อนคลายมากขึ้นของผู้ป่วย



ภาพที่ 22 แสดงภาพตัดรายละเอียดการติดตั้งระบบแสงสว่างตกกระทบระหว่างรอยต่อพื้นและผนัง
ที่มา (Svanberg, 2021)

จากภาพที่ 19 เป็นรายละเอียดการติดตั้งระบบแสงจากการทดลองของ (Svanberg, 2021) ซึ่งมีหลักการเดียวกับภาพที่ 18

3 ควบคุมวัสดุ

3.1 ประตู ใช้การแยกทางเข้า-ออก แยกกันกับทางหลักเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัว ประตูควรเปิดออกด้านนอกหรือด้านในขึ้นอยู่กับพื้นที่การใช้งานนั้น เรื่องของการใช้งานต้องสื่อสารอย่างเรียบง่าย ไม่มีการลือคจากด้านใน (กรมสุขภาพจิต, 2564b)

3.2 หน้าต่าง หน้าต่างควรมีการระบายอากาศที่ดีขนาดช่องระบายอากาศไม่เกิน 125 มิลลิเมตร ใช้วัสดุที่ทนต่อแรงกระแทกและไม่เอื้อให้ผู้ป่วยใช้ในการทำร้ายตัวเอง

3.3 วัสดุพื้น พื้นผิวควรมีคุณสมบัติกันแรงกระแทก (Absorption floor) เพื่อลดอุบัติเหตุ มีการใช้เคลือบกันน้ำและความชื้นเพื่อสุขลักษณะที่ดี

3.4 ผนัง ใช้ผนังเรียบไร้มุมเสา หรือถ้าเกิดมุมให้ใช้วัสดุหุ้มให้มีความโค้งเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุและเกิดความรู้สึกไม่แข็งกระด้าง

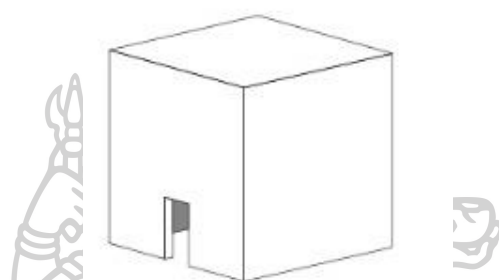
3.5 ควบคุมสีและผิวสัมผัส หลีกเลี่ยงการใช้สีฉูดฉาดเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นอารมณ์ให้พลุ่งพล่าน สีที่รู้สึกถึงความสงบนิ่งสะอาดตา คือ สีขาว (กรมสุขภาพจิต, 2564b) ผิวสัมผัสในตัวัสดุเช่น ไม้

ให้ความรู้ถึงการมีชีวิตชีวา การได้เข้าใกล้ธรรมชาติ พื้นที่ให้ความรู้สึกนุ่มนวลสดชื่น ผิวสัมผัสของพื้นดิน พื้นหิน ได้มอบความเป็นธรรมชาติ

การปกป้อง

การปกป้องเป็นวิธีการจัดการระบบพื้นที่ว่าด้วยเรื่องของพื้นที่ปิดล้อม (Enclosure) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการหวาดระแวงรู้ไม่ปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งได้มีการแบ่งตามระดับความเข้มข้นของอาการผู้ป่วยทั้ง 3 โรคไว้ดังนี้

1. การปิดล้อมระดับที่ 1

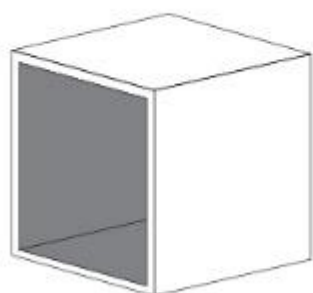


ภาพที่ 23 แสดงการปิดล้อมระดับที่ 1 เพื่อสร้างการบดบังทางสายตาแบบมิดชิดทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายในสู่ภายนอกและภายนอกสู่ภายใน

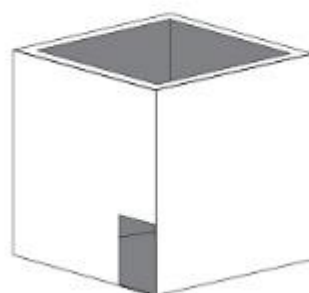
จากภาพที่ 23 การปิดล้อมระดับที่ 1 เพื่อปกป้องผู้ที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลและผู้ป่วยซึมเศร้า คือการสร้างพื้นที่ปิดเพื่อใช้ในการสร้างความเป็นส่วนตัวในระดับเข้มข้นที่สุด กล่าวคือนัยยะของการหลบ หลีกหนี เนื่องจากผู้ป่วยโรคดังกล่าวต้องการการดูแลมากที่สุดด้วยวิธีการปกป้องทางด้านสิ่งแวดล้อมทางสายตาเสียงและสภาพแวดล้อม

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเรื่องของที่ตั้งที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่พื้นที่ในเมืองที่เต็มไปด้วยความแออัดวุ่นวาย ส่วนพื้นที่ในป่าเป็นการปกป้องในด้านความปลอดภัยและลดการจินตนาการที่มากับความโพล้เพล้และความมืดในตอนกลางคืน

2. การปิดล้อมระดับที่ 2



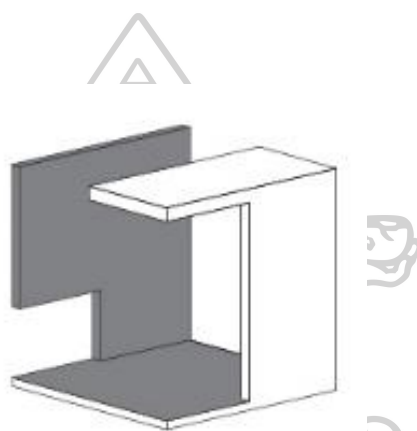
(ก)



(ข)

ภาพที่ 24 แสดงการปิดล้อมระดับที่ 2 เพื่อเพิ่มระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับบริบทมากขึ้นจากระดับที่ 1 การปิดล้อมระดับที่ 2 เพื่อปกป้องผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ เนื่องจากเป็นการปกป้องให้ผู้ป่วยลดความสนใจกับบริบทรอบข้างแต่ให้เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ หรือธรรมชาติได้บ้าง คือการปิดพื้นที่ 3 ด้าน ซ้าย ขวา หลัง และเลือกให้มองเห็นหรือมีปฏิสัมพันธ์เพียงด้านเดียวคือด้านหน้า (Level 02-A) และด้านบน (Level 02-B) เพื่อปกป้องให้ผู้ป่วย.

3. การปิดล้อมระดับที่ 3



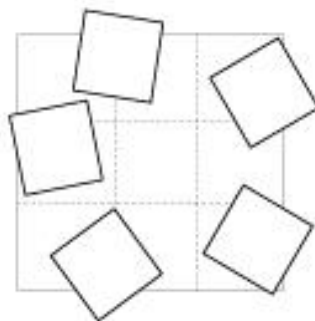
ภาพที่ 25 แสดงการปิดล้อมระดับที่ 3 เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กับบริบทโดยรอบ

ระดับการปิดล้อมที่ 3 คือการสร้างพื้นที่แบบมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยรอบ ลดความเป็นส่วนตัวลง การเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับสาธารณะมากขึ้น

การให้อิสระ

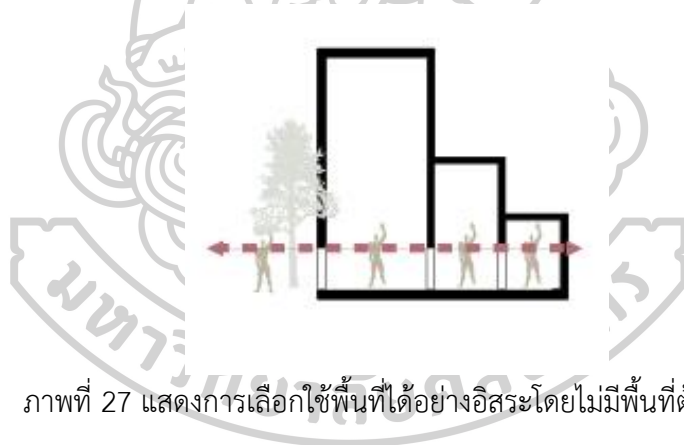
จะเป็นเงื่อนไขการสร้างระบบพื้นที่ที่ทำงานร่วมกับกลุ่มโรคทั้ง 3 โรค เนื่องจากผู้ป่วยโรคทางจิตเวชนอกจากต้องการอิสระทางด้านจิตใจแล้ว รวมไปถึงพฤติกรรมความต้องการตลอดจนการแสดงออก ได้แก่ การให้อิสระในการเคลื่อนไหวไปยังพื้นที่ที่ไม่เป็นพื้นที่ที่ต้องห้าม การเลือกทำกิจกรรมให้ทางเลือกเพื่อสัมผัสธรรมชาติโดยการเชื่อมต่อกับประสาทสัมผัส ทั้งการมองท้องฟ้า มองผืนน้ำที่นิ่ง การสูดกลิ่นพืชพรรณธรรมชาติ การได้ยินเสียง เช่น เสียงลมพัดใบไม้กระทบกัน การหยิบ หยิบยิบพื้นหญ้า ผิวดิน จึงสรุปได้ว่าการให้อิสระจึงเป็นเงื่อนไขของการสร้างระบบพื้นที่หนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทางเลือกในเรื่องของอิริยาบถเพื่อกระตุ้นและฟื้นฟูจิตใจให้กลับมามีชีวิตชีวามากขึ้น

1. การให้อิสระโดยการหลีกเลี่ยงการใช้ระบบกริด (Anti-grid) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ว่าสถาปัตยกรรมที่อยู่ภายใต้การควบคุมเข้มข้นเช่น สถาปัตยกรรมยูคนาซีที่มีความเชื่อมโยงกับการจัดระเบียบสังคมแห่งยุคสถาปัตยกรรมสมัยใหม่ย่อมทำให้เกิดความเครียดกดดัน (คริสโตเฟอร์ เดย์, 2562) เมื่อยุคสมัยผ่านพ้นมาการถามหาอิสระเสรีมีมากขึ้นตามไปด้วย



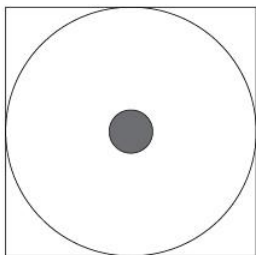
ภาพที่ 26 แสดงผังในลักษณะการหลีกเลี่ยงความเป็นตาราง (Grid) เพื่อให้รู้สึกถึงความเป็นอิสระมากขึ้น

2. การให้อิสระในการเลือกเคลื่อนไหวและการมีอิสระในการเลือกใช้พื้นที่



ภาพที่ 27 แสดงการเลือกใช้พื้นที่ได้อย่างอิสระโดยไม่มีพื้นที่ที่ต้องห้าม

3. อิสระของการรับรู้พื้นที่ภายในที่ไม่เป็นมุมฉาก (Anti - parallel) หมายถึงพื้นที่ที่เข้าใจถึงความไม่เป็นอิสระของเส้นสายโดยเฉพาะพื้นที่ภายใน หรือการหลีกเลี่ยงการใช้เส้นตรงที่ดูไม่นุ่มนวล (คริสโตเฟอร์ เดย์, 2562)



ภาพที่ 28 แสดงการหลีกเลี่ยงการใช้มุมฉากกับพื้นที่ภายใน

การเชื่อมต่อ

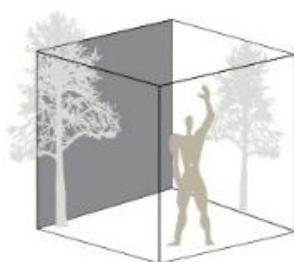
การเชื่อมต่อจะถูกใช้สร้างเงื่อนไขในการสร้างระบบพื้นที่โรคซึมเศร้าชนิดตึงเครียดและมีภาวะก่อนเข้าสู่ซึมเศร้า ด้วยข้อบ่งชี้ของโรคที่ต้องการการกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน และเชื่อมต่อกับธรรมชาติ การเชื่อมต่อจะถูกทำงานร่วมกับการสร้างระบบพื้นที่แบบการปกป้อง และการควบคุมในกรณีที่ต้องการสร้างขอบเขตพื้นที่และสร้างปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยในพื้นที่เล็กกับพื้นที่ใหญ่ การเชื่อมต่อรวมไปถึงการใช้สีและวัสดุที่เป็นธรรมชาติเพื่อกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วยมีชีวิตชีวามากขึ้น

1 การเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคลด้วยกัน ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้สร้างปฏิสัมพันธ์ในเชิงพฤติกรรม ในภาพที่ 26 เพื่อบำบัดความเครียดกังวลในอาการก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า โดยพึ่งพาพื้นที่ทางธรรมชาติในระดับน้อยที่สุด



ภาพที่ 29 แสดงการเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคล

2 การเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคลกับธรรมชาติ เมื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาธรรมชาติภาพที่ 27 จากพื้นที่ที่ใช้งานด้วยเหตุผลจากโรคการวิตกกังวลและโรคซึมเศร้าจึงต้องการพื้นที่ส่วนตัวในการสร้างความสงบ ความสบายจากสิ่งรบกวนแวดล้อมภายนอก ดังนั้นการสร้างธรรมชาติเพื่อให้เชื่อมต่อจึงมีความเชื่อมโยงกับระดับของการปกป้องในเรื่องของพื้นที่ปิดล้อม ซึ่งจะสรุปไว้ในท้ายตารางบทที่ 2




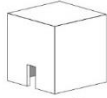


ภาพที่ 30 แสดงการเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคลกับธรรมชาติ

3. การเชื่อมต่อหรือการให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติได้แก่ท้องฟ้า น้ำ ต้นไม้หรือป่า

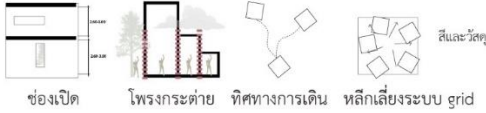





ภาพที่ 31 แสดงการเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคลกับธรรมชาติ


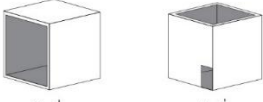


การเชื่อมต่อหรือการให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยกันเอง เนื่องจากการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคทางจิตเวช

Anxiety Disorder	
การควบคุม (Control)	 <p>ช่องเปิด โพรงกระต่าย ทิศทางการเดิน หลีกเลียงระบบ grid สีและวัตถุ</p>
การปกป้อง (Protection)	 <p>ระดับที่ 1</p>
การเชื่อมต่อ(Connection)	 <p>มนุษย์ กับ ธรรมชาติ</p>
การให้อิสระ(Freedom)	 <p>หลีกเลียงมุมฉาก การเลือกและการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ</p>

ตารางที่ 3 สรุปรูปการใช้เครื่องมือการจัดการระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมโรควิตกกังวล

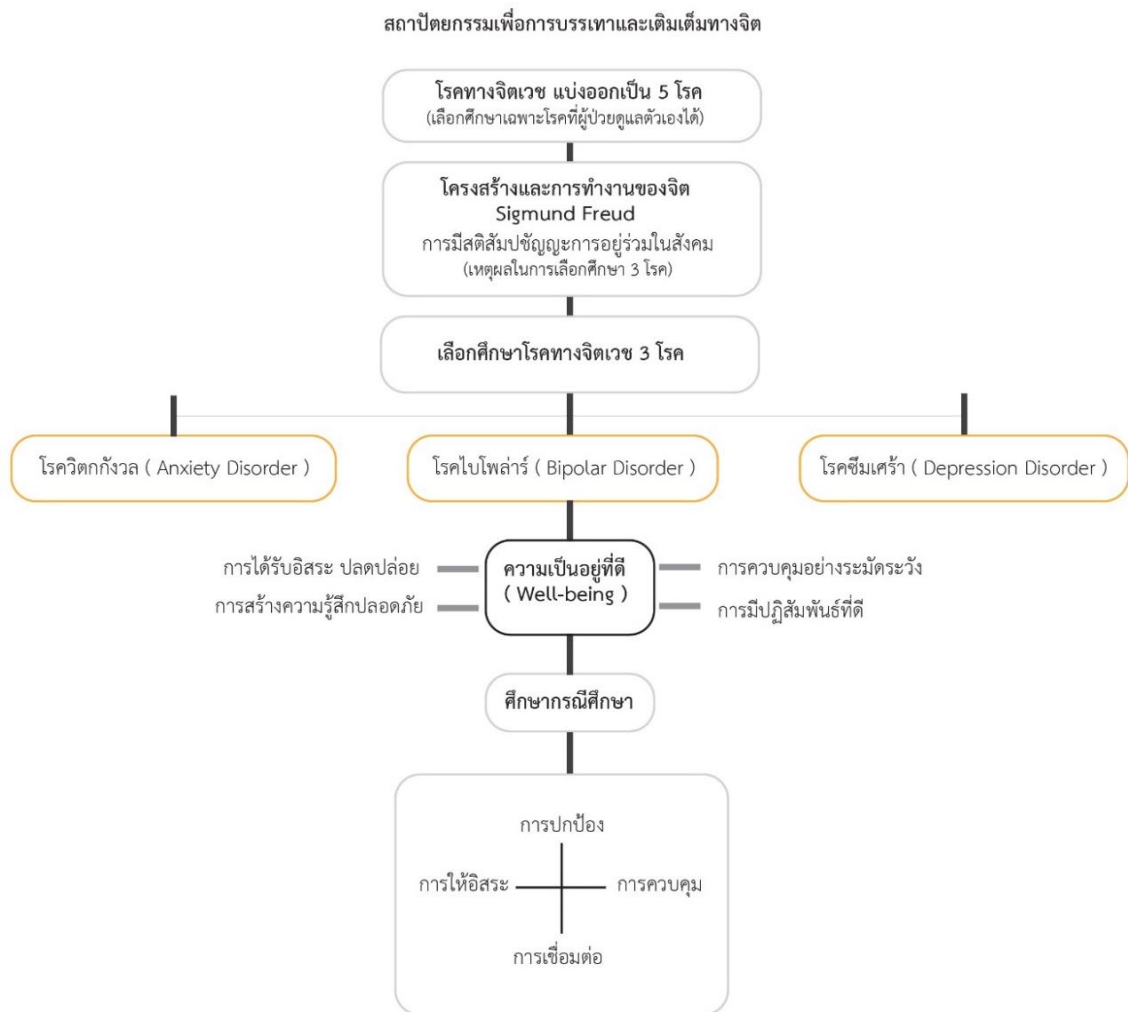
Depression	
การควบคุม (Control)	 <p>ช่องเปิด โพรงกระต่าย ทิศทางการเดิน หลีกเลียงระบบ grid สีและวัตถุ</p>
การปกป้อง (Protection)	 <p>ระดับที่ 1 ระดับที่ 3 ผู้ป่วยอาการเครียดก่อนเข้า</p>
การเชื่อมต่อ(Connection)	 <p>มนุษย์ กับ ธรรมชาติ มนุษย์ กับ มนุษย์ ผู้ป่วยอาการเครียดก่อนเข้าสู่โรดซิมเตร์</p>
การให้อิสระ(Freedom)	 <p>หลีกเลียงมุมฉาก การเลือกและการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ</p>

ตารางที่ 4 สรุปรูปการใช้เครื่องมือการจัดการระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมในโรคซึมเศร้า

Bipolar	
การควบคุม (Control)	 <p>ช่องเปิด แสง ไฟรกระบาย ทิศทางการเดิน หลีกเสี่ยงระบบ grid</p>
การปกป้อง (Protection)	 <p>ระดับที่ 2A ระดับที่ 2B</p>
การเชื่อมต่อ(Connection)	 <p>มนุษย์ - ธรรมชาติ - มนุษย์</p>
การให้อิสระ(Freedom)	 <p>หลีกเสี่ยงมุมฉาก การเลือกและการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ</p>

ตารางที่ 5 สรุป การใช้เครื่องมือการจัดการระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมในโรคไบโพลาร์





ภาพที่ 32 แสดงกระบวนการศึกษาวิเคราะห์ที่เนื่อหาก่อนเข้าสู่กระบวนการออกแบบทางสถาปัตยกรรม

บทที่ 3 กรณีศึกษา

การเลือกกรณีศึกษา

1. อาคารที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค 3 กลุ่ม ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลจิตเวช สถาปัตยกรรมช่วยฟื้นฟูสภาพทางจิตในผู้ป่วยซึมเศร้า ที่พักอาศัย ซึ่งมีแนวทางที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มโรคและข้อปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทำให้เห็นประเด็นเรื่องระบบพื้นที่ ขนาดพื้นที่ บรรยากาศที่เหมาะสมกับโรค
2. สถานที่ตั้ง ด้วยเหตุผลการให้เงื่อนไขการจัดการพื้นที่ในเมือง นอกเมือง ในป่า นั้นมีความแตกต่างกัน เช่น เรื่องความปลอดภัยทั้งทางสายตาและการปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก การสัมผัสธรรมชาติแบบแท้จริงและธรรมชาติจำลอง เป็นต้น

กรณีศึกษา A. Children's Center for Psychiatric / Sou Fujimoto Architects (2006)

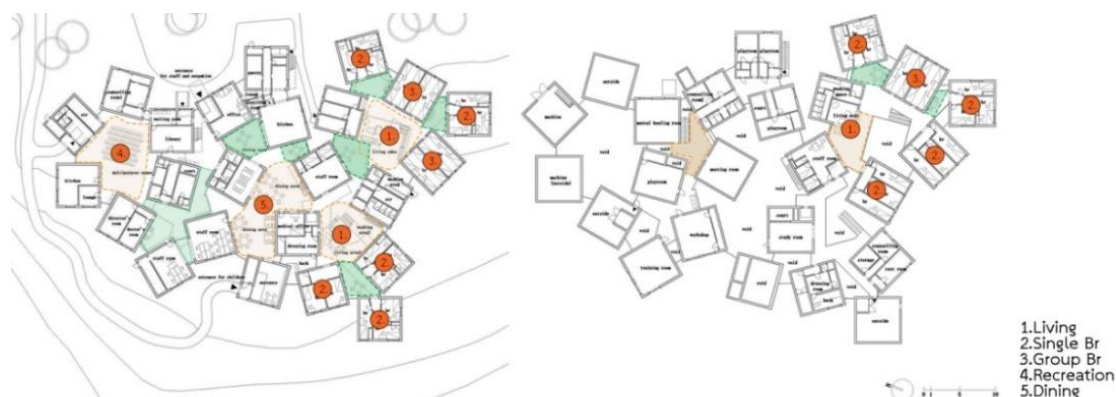


ภาพที่ 33 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในโรงพยาบาลจิตเวชเด็ก

ที่มา : <https://www.edmundsumner.co.uk/health-education/childrens-center-for-psychiatric-rehabilitation>

กรณีศึกษา A Children's Center for Psychiatric ออกแบบโดย Sou Fujimoto ตั้งอยู่ที่เกาะ ฮอกไกโด ประเทศญี่ปุ่น เป็นโรงพยาบาลบำบัดจิตเวชเด็ก จากทัศนียภาพภายนอกมีการสร้างสภาพแวดล้อมที่กำลังมอบความอิสระในการเลือกเดินอยู่ในอาคารหรือออกมานอกอาคารเพื่อสัมผัสกับทุ่งหญ้าและอิสระเลือกใช้งานให้กับผู้ป่วย สิ่งที่สังเกตได้จากทัศนียภาพภายในคือ มีการควบคุมธรรมชาติในรูปแบบของแสง เพื่อไม่ให้สาดส่องเข้ามาโดยตรง การควบคุมสีและวัสดุอาคาร เรื่องของอิสระของการใช้พื้นที่ภายในเช่น ภาพด้านล่างขวาเป็นบริเวณที่รับประทานอาหารการกวดำของเพดาน เป็นลักษณะพื้นที่ปิดล้อมรอบข้างจะช่วยเพิ่มความเป็นส่วนตัว แต่การมีปฏิสัมพันธ์นั้นยัง

จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยทางจิต จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสามารถออกมาใช้พื้นที่ที่มีเพดานสูงโล่งซึ่งให้ความหมายถึงการเป็นสาธารณะและการเชื่อมต่อความสัมพันธ์ พื้นที่ในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการลึกลับใจ หรือเคอะเขินเมื่อต้องการใช้พื้นที่



ภาพที่ 34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่ใช้งานร่วมกันกับพื้นที่ส่วนตัว

ที่มา : <https://www.edmundsumner.co.uk/health-education/childrens-center-for-psychiatric-rehabilitation>

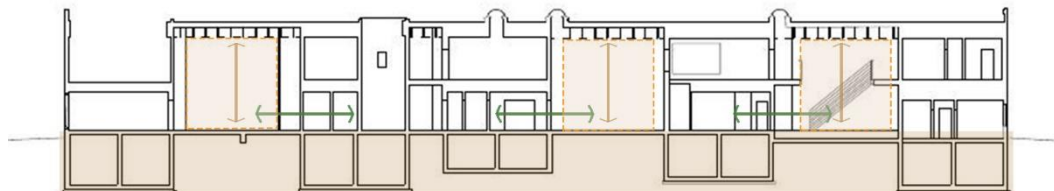
จากภาพที่ 34 ผังของอาคารจะถูกควบคุมขนาดให้มีความคงที่และมีการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างพื้นที่ที่ใช้งานร่วมกันและพื้นที่ส่วนตัว ได้แก่ การจับกลุ่มของโซนห้องนอนในลักษณะคลัสเตอร์ (Cluster) ทำให้เกิดพื้นที่ที่ใช้งานร่วมกันแต่กลุ่มเล็กๆได้ (พื้นที่สีเขียวดูในผัง) จากการห้อมล้อมของแต่ละอาคาร และจะเพิ่มระดับการมีปฏิสัมพันธ์มากขึ้นในรูปแบบของการมีสังคม เมื่อกลุ่มของพื้นที่นั้นมารวมตัวกันกลายเป็นพื้นที่นั่งเล่น (พื้นที่สีส้ม) ทำให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกใช้พื้นที่



ภาพที่ 35 แสดงทัศนียภาพภายในที่สื่อถึงการใช้ธรรมชาติเข้ามามีบทบาทในการช่วยบรรเทา

ที่มา : <https://www.edmundsumner.co.uk/health-education/childrens-center-for-psychiatric-rehabilitation>

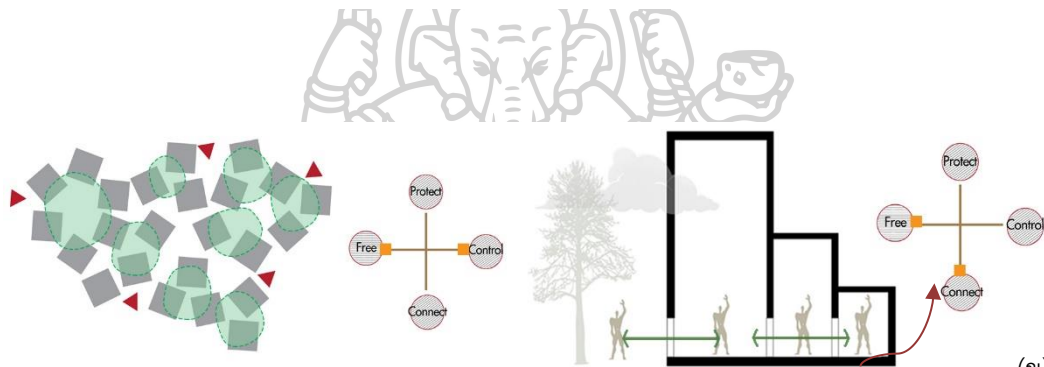
จากภาพที่ 35 แสดงถึงการนำเอาธรรมชาติเข้ามาใช้งาน โดยใช้การควบคุม ทั้งในเรื่องของแสงธรรมชาติ วัสดุพื้นไม้ วัสดุเฟอร์นิเจอร์ที่ทำจากไม้ จะเห็นได้ว่าการควบคุมการวางตัวอาคารโดยไม่ให้เกิดเป็นมุมฉากเป็นการบังสายตาเพื่อเบนความสนใจจากคนภายใน และในแง่ของสถานที่ตั้งในป่าก็ป้องกันเรื่องของความปลอดภัยเมื่อมองออกไปแล้วเกิดจินตนาการ



(ก)

ภาพที่ 36 แสดงภาพตัด A Children's Center for Psychiatric

ที่มา : <https://www.edmundsumner.co.uk/health-education/childrens-center-for->



(ข)

ภาพที่ 37 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิสระในการเลือกใช้พื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะ

(ก) รูปตัดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิสระในการเลือกใช้พื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะ

(ข) ผังและ รูปตัดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีอิสระในการเลือกใช้พื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะ

ที่มา : <https://www.edmundsumner.co.uk/health-education/childrens-center-for-psychiatric-rehabilitation>

ภาพ (ก) ซึ่งเป็นภาพตัดอันสื่อถึงอิสระของการเลือกใช้พื้นที่ที่ปิดล้อมที่เพิ่มความเป็นส่วนตัว และพื้นที่เปิดโล่งที่อยู่ภายใต้การควบคุม จะเห็นได้ว่าระดับความสูงแบบเปิดโล่งถึงเพดานชั้นสอง ส่งผลกับความรู้สึกถึงการก้าวออกมาสู่สังคมการรวมกลุ่มและเปิดเผยตัวตนมากขึ้น

ภาพที่ (ข) เป็นข้อสังเกตจากกรณีศึกษา A คือ จากผังด้านซ้ายจะเห็นได้ว่าการควบคุมพื้นที่แต่อนุญาตให้มีอิสระในการเลือกเกิดขึ้นได้ ในขณะที่เดียวกันจะต้องสร้างสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถมีปฏิสัมพันธ์กันทั้งในระดับบุคคลและธรรมชาติด้วย ได้แก่ พื้นที่สีเขียว แสงแดด แม้กระทั่งการเลือกใช้วัสดุไม้ที่สื่อถึงการกระตุ้นการมีชีวิตชีวา สีขาวที่ให้ความรู้สึกสงบนิ่ง

กรณีศึกษา B. Vejle Psychiatric Hospital / Arkitema Architects (2017)



ภาพที่ 38 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในโรงพยาบาลจิตเวช

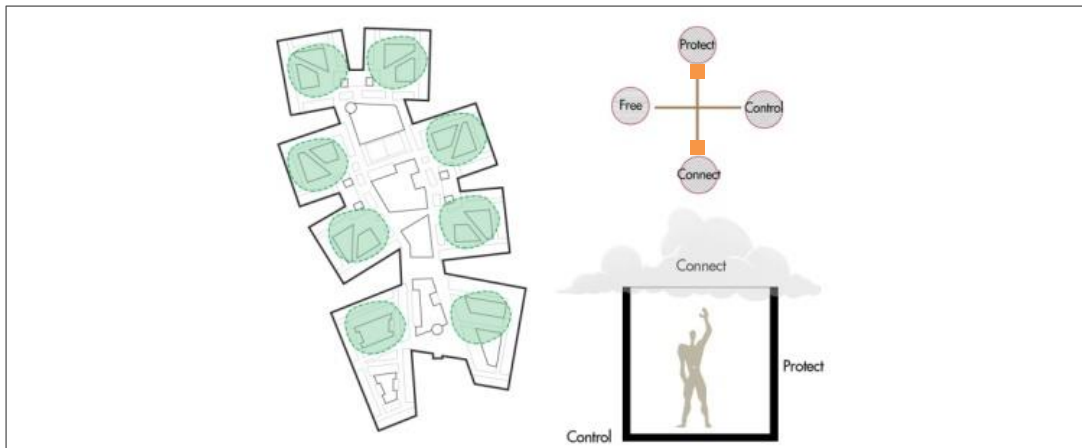
ที่มา : https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab

จากกรณีศึกษา B จะมีความคล้ายกันกับกรณีศึกษา A คือสถานที่ตั้งที่อยู่นอกเมืองจะมีการวางตัวอาคารแผ่ออกเป็นแนวราบ แต่กรณีศึกษา B จะมีความเข้มข้นของการควบคุมพื้นที่ในลักษณะคลัสเตอร์ (Cluster) ให้อยู่ในพื้นที่ปิดล้อมเพื่อลดการมีอิสระในแง่ของการพาตัวเองออกไปสัมผัสหรืออาจกล่าวได้ว่าลดการมีปฏิสัมพันธ์กับโลกภายนอก แล้วเพิ่มความเข้มข้นของการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับสังคมแบบกลุ่มใหญ่และกลุ่มเล็กมากขึ้น



ภาพที่ 39 แสดงผังเพื่อให้เห็นการจัดพื้นที่ในลักษณะการควบคุมอยู่ในพื้นที่ปิดล้อม

ที่มา : https://www.archdaily.com/901732/vejle-psychiatric-hospital-arkitema-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab



ภาพที่ 40 แสดงแนวคิดการใช้พื้นที่แบบการปกป้องทำงานร่วมกับการเชื่อมต่อ

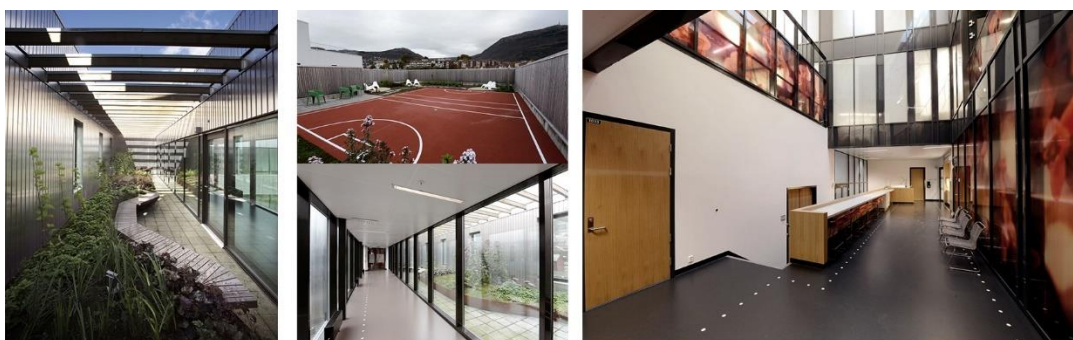
จากกรณีศึกษา A และ B มีข้อสังเกตอีกอย่างหนึ่งคือบริบทที่ตั้งอาคารที่อยู่ในชนบท การกระจายกลุ่มการใช้งานจะเป็นไปในลักษณะแนวราบแบบกระจายตัวออกแบบคลาสเตอร์ (Cluster) ทั้งนี้อยู่ภายใต้การควบคุมที่แตกต่างกัน จากภาพที่ 40 จะเห็นได้ว่าการปกป้องโดยใช้พื้นที่ปิดรอบด้านเพื่อลดปฏิสัมพันธ์ภายนอกแต่ขณะเดียวกันต้องให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่จะมีปฏิสัมพันธ์ภายในด้วย ตำแหน่งภาพสีส้มจะเป็นหน่วยกลางที่ควบคุมห้องนอนภายในทั้งหมด ตำแหน่งสีเขียวคือพื้นที่ส่วนกลางที่ถูกห้อมล้อมไปด้วยห้องนอน จะเป็นพื้นที่นั่งเล่นพักผ่อนเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กับทุกคนด้วยกันและการปกป้องผู้ป่วยด้วยวิธีปิดล้อมจากทางด้านข้างเพื่อควบคุมให้มองเห็นท้องฟ้าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเป็นอิสระได้ (Salvi and Bowden, 2016)

กรณีศึกษา C. Kronstad Psychiatric Hospital / Origo Arkitekturtruppe



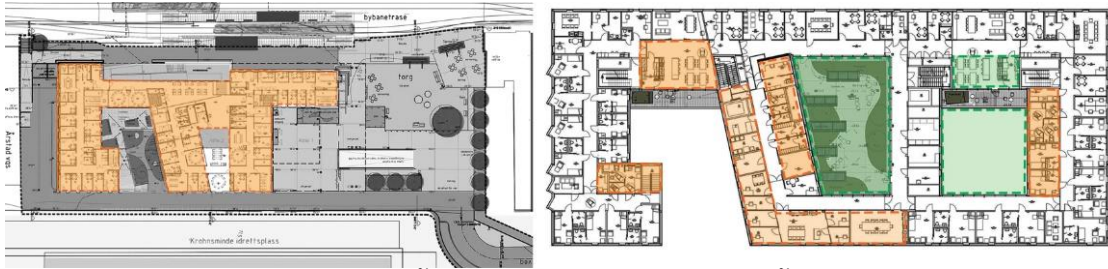
ภาพที่ 41 แสดงทัศนียภาพภายนอกบริเวณทางเข้าอาคารของโรงพยาบาลจิตเวชที่ตั้งอยู่ใจกลางเมือง
ที่มา : <https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe>

จากภาพด้านบน ภาพที่ 41 กรณีศึกษา C เป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่ตั้งอยู่ย่านใจกลางเมือง ภาพซ้ายแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงได้ง่ายในการเข้ามาใช้งานและแสดงถึงการลดความลังเลและการตัดสินใจในการพาตัวเองหรือบุคคลอื่นมาทำการรักษา ภาพขวาเป็นทางเข้าอาคารเช่นกันแต่แตกต่างจากทางเข้าหลัก แสดงถึงการทำงานกับขอบเขตเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะนั่นคือการหลบเข้ามาด้านใน แต่ขณะเดียวกันก็ยังสามารถมองเห็นสังคมภายนอกได้ และระหว่างทางเดินยังมีการจำลองธรรมชาติขึ้นมาเพื่อให้เห็นถึงความเป็นมิตรและผ่อนคลาย



ภาพที่ 42 แสดงทัศนียภาพภายในที่มีการจำลองบรรยากาศให้มีความเฉพาะเจาะจงกับการใช้งาน ที่มา : <https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe>

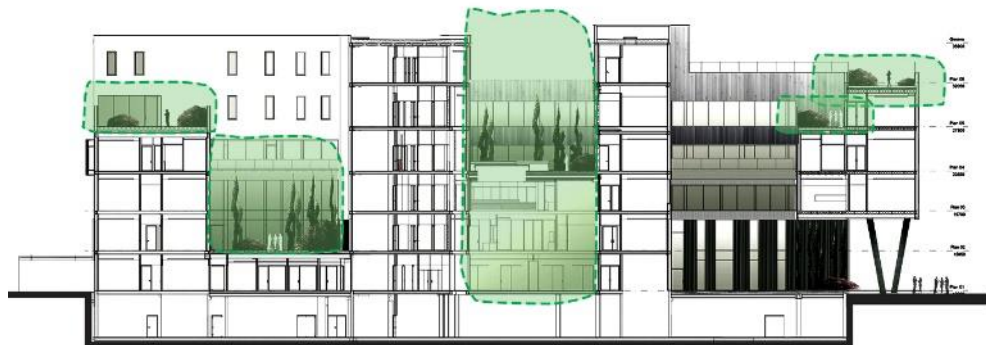
ภาพบรรยากาศภายในอาคารเนื่องจากสถานที่ตั้งอยู่ในเมืองจึงขาดแคลนความเป็นธรรมชาติ ดังนั้นจะเห็นถึงการควบคุมให้มีการสร้างบรรยากาศที่มีความเฉพาะเจาะจงให้กับพื้นที่ใช้งานนั้นๆ เช่น ภาพด้านซ้ายเป็นทางเดินด้านข้างอาคารถึงแม้มีการปิดกันผนังด้านข้าง จึงมีการจำลองบรรยากาศแบบสวนป่าและด้านบนก็ยังเผยให้เห็นท้องฟ้า ในส่วนกิจกรรมกีฬาที่วางตำแหน่งไว้บนดาดฟ้าจะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์ด้วยกันแล้วยังส่งเสริมให้สัมผัสธรรมชาติ ได้แก่แสงแดด ท้องฟ้า ยอดภูเขา ทั้งนี้จะช่วยลดการเชื่อมต่อกับบุคคลภายนอกโดยสิ้นเชิง ภาพด้านขวาจะเป็นบริเวณพักผ่อนซึ่งจะเป็นส่วนที่ค่อนข้างสร้างความหงุดหงิดได้ง่ายกับผู้ป่วย จึงมีการใช้สีให้ออกไปในทางน้ำตาลแดงจะช่วยให้มีความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ให้สงบลงได้ และด้วยพื้นที่เปิดโล่งสูงชะลูดสีโทนนี้จะช่วยให้บริเวณนี้ดูเล็กแคบลง



ภาพที่ 43 แสดงผังเพื่อให้เห็นการจัดพื้นที่ในลักษณะการควบคุมอยู่ในพื้นที่ปิดล้อม

ที่มา : <https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe>

จากภาพที่ 43 ซึ่งแสดงผังอาคารด้านซ้ายเป็นผังชั้นที่ 1 โดยตำแหน่งสี่เหลี่ยมเป็นพื้นที่ที่ถูกควบคุมการใช้งานแบบเข้มข้น เนื่องจากใช้เป็นที่บำบัดรักษาโดยจิตแพทย์และนักบำบัด พื้นที่แต่ละส่วนจะถูกแบ่งเป็นห้องรักษาแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม แต่ละกลุ่มจะวางตัวอาคารในลักษณะห้อมล้อมกันเพื่อให้แต่ละห้องนั้นได้สัมผัสธรรมชาติโดยเฉพาะจากแสงแดด ลานโล่งด้านล่างจากผังจะทำหน้าที่เชื้อเชิญและแสดงความเป็นมิตรกับบริบทรอบข้างอาคาร จะเห็นได้ว่าพื้นที่ในลักษณะนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของกฎหมายจึงทำให้มีการปกป้องเกิดขึ้น ซึ่งเกิดจากการปิดกันของอาคารทำให้ตัดการเชื่อมต่อการมองเห็นทั้งจากภายในและภายนอก ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการสร้างบรรยากาศจำลองให้ตรงและครอบคลุมกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย



ภาพที่ 44 แสดงภาพตัดเพื่อให้เห็นการจัดการกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่ในลักษณะอาคารทางตั้ง

ที่มา : <https://www.archdaily.com/451158/kronstad-origo-arkitektgruppe>

ภาพที่ 44 เป็นภาพตัดอาคารโรงพยาบาลจิตเวชที่ความสูง 7 ชั้น ซึ่งเป็นเงื่อนไขและข้อจำกัดของสถานที่ตั้งที่อยู่ในเมือง จะเห็นว่าตำแหน่งสี่เหลี่ยมเป็นสวนจำลองแต่ละชั้นมีการยื่นพื้นระเบียงเพื่อรองรับพื้นที่การจัดสวนซึ่งจะตรงกับตำแหน่งของพื้นที่ทำกิจกรรมบำบัด เช่นห้องให้คำปรึกษา ห้องนอน ห้องนั่งเล่น และห้องส่วนใหญจะเป็นการให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้งานสามารถสัมผัสธรรมชาติ ท้องฟ้าและแสงแดด ได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5



ภาพที่ 45 แสดงแนวคิดการวิเคราะห์การใช้พื้นที่แบบการปกป้องทำงานร่วมกับการเชื่อมต่อ

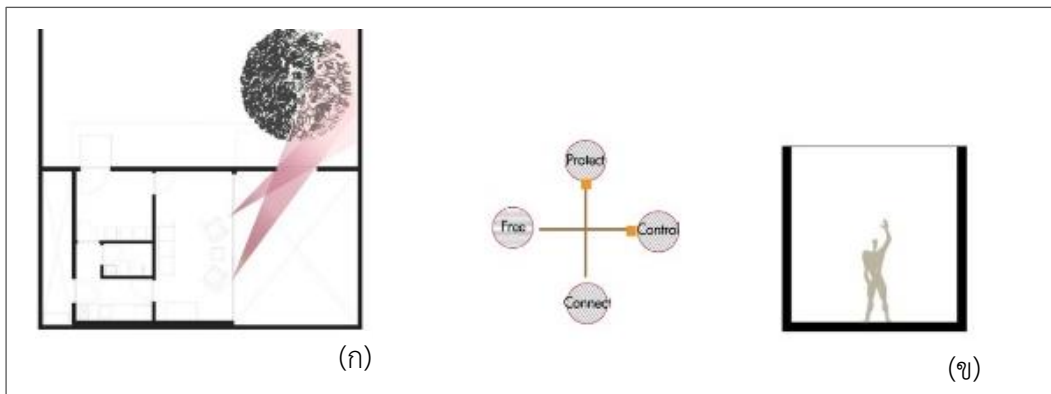
ด้วยเหตุนี้จึงเกิดเป็นข้อสังเกตที่ว่า การปกป้องอันเกิดจากเงื่อนไขพื้นที่ที่ตั้งแบบในเมือง ทำให้เกิดการตัดขาดจากโลกภายนอก ดังนั้นจำเป็นต้องมีการสร้างสภาพแวดล้อมภายใน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในระดับบุคคลด้วยกันและคนกับธรรมชาติ ซึ่งจะเป็นข้อสังเกตเรื่องของพื้นที่ตั้งที่มีความต่างกันอย่างชัดเจนกับ กรณีศึกษา A และ กรณีศึกษา B

กรณีศึกษา D. Psychologist's office and tranquil garden hid-den behind concrete wall in Uruguay



ภาพที่ 46 แสดงทัศนียภาพภายนอกของสำนักงานให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา

ที่มา : a) <https://www.dezeen.com/2021/09/06/psychologists-office-garden-ciudad-de-la-costa-uruguay/>



ภาพที่ 47 แสดงมุมมองที่มีการควบคุมทัศนียภาพภายนอก

(ก) แสดงมุมมองที่มีการควบคุมทัศนียภาพภายนอกของสำนักงานให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา

(ข) แสดงผังเพื่อให้เห็นการจัดพื้นที่ในลักษณะการควบคุมอยู่ในพื้นที่ปิดล้อม

กรณีศึกษา D เป็นสำนักงานของนักจิตวิทยาซึ่งตั้งอยู่ในใจกลางเมือง แต่จะมีขนาดเล็กลงมาต่างกับกรณีศึกษา C ที่มีความซับซ้อนของพื้นที่และการใช้งาน แต่ด้วยแนวคิดเรื่องการสร้างบรรยากาศจำลองจากภายใน ด้วยข้อจำกัดการถูกปิดล้อมแบบควบคุมเนื่องจากสถานที่ตั้งแบบในเมือง จะถูกอธิบายด้วยการตั้งข้อสังเกตการปกป้องและจะทำงานร่วมกับการสร้างปฏิสัมพันธ์ทั้งกับระดับบุคคลด้วยกันและธรรมชาติ ซึ่งจะถูกใช้ความสัมพันธ์นี้ในการให้คำปรึกษาแบบเดี่ยว

กรณีศึกษา E. *Thuus at the dolhuys* by Overtreders w, haarlem, the Netherlands



ภาพที่ 48 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในของสำนักงานให้คำปรึกษาของนักจิตวิทยา

ที่มา : <https://www.designboom.com/architecture/overtreders-w-thuus-at-the-dolhuys>

จากกรณีศึกษา E เป็นสำนักงานให้คำปรึกษาของนักจิตวิทยา ได้มีการใช้อาคารเก่าที่เคยเป็นโบสถ์คริสต์มาก่อนและได้นำมาปรับปรุงเป็นสำนักงาน ภายในจะเห็นการใช้งานที่มีขนาดเล็ก มีการแบ่งพื้นที่ที่ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและแบบส่วนตัว การจัดการพื้นที่ในลักษณะนี้แสดงให้เห็นว่า การให้

อิสระที่เลือกใช้พื้นที่ทั้งสองแบบ จากภาพจะเห็นพื้นที่เตาผิง ที่นำมาดัดแปลงให้เกิดเป็นพื้นที่เล็กสำหรับเด็กและสร้างความเป็นส่วนตัว ในแง่นี้จะมีความคล้ายกับกรณีศึกษา A หรือแม้กระทั่งพื้นที่กินที่สามารถใช้งานร่วมกับพื้นที่ให้คำปรึกษาแบบในพื้นที่โล่งที่สื่อถึงความเป็นสาธารณะ และถ้ากิจกรรมให้คำปรึกษาต้องการความเป็นส่วนตัวก็เลือกทำได้เช่นกัน กิจกรรมหลักของกรณีศึกษา E จึงเป็นกิจกรรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

กรณีศึกษา F. Peaceful home to be healing architecture /

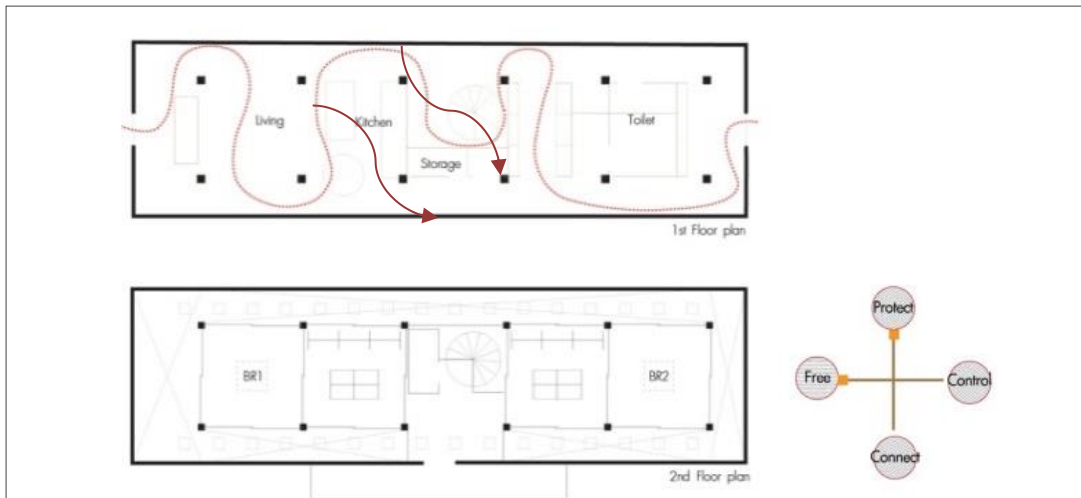
Tomoaki Uno Architects (2020)



ภาพที่ 49 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในของบ้านผู้ป่วยโรคเครียดจากภาวะซึมเศร้าตั้งอยู่ใจกลางเมือง

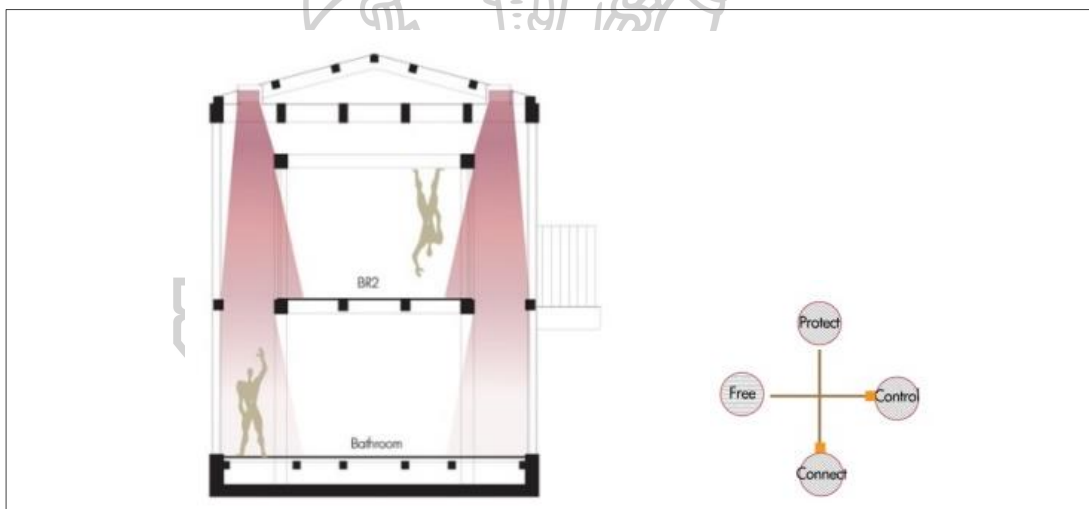
ที่มา : <https://www.dezeen.com/2020/03/16/tomoaki-uno-architects-creates-peaceful-home-to-be-healing-architecture/>

จากกรณีศึกษา F จะเห็นได้ว่าข้อจำกัดของสถานที่ตั้งแบบในเมืองทำให้เกิดการปิดล้อมเพื่อตัดขาดจากโลกภายนอก แม้จะเป็นบ้านพักอาศัยเองก็ตาม จากภาพด้านซ้ายบนมีการใช้วัสดุไม้ที่แม้จะเป็นบ้านมีลักษณะปิดทึบก็ตาม เมื่อมองจากภายนอกยังคงมีความเป็นมิตรกับบริบทรอบข้าง กิจกรรมหลักในบ้าน นอน กิน ผ่อนคลาย นั่งเล่น ยังต้องมีการควบคุมที่เข้มข้นมากยิ่งขึ้น แต่การควบคุมจะเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวไม่ได้จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นตามมาด้วย ข้อสังเกตนี้ จะเห็นได้จาก การควบคุมอย่างแรกคือ การให้การส่องแสงแบบ Indirect เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะถูกกระตุ้นอาการเครียดจากการรับรู้เวลาจากแสงแดดได้ (Michalak et al., 2007) และวัสดุไม้ที่สื่อถึงความมีชีวิตชีวา



ภาพที่ 50 แสดงผังพื้นที่ Peaceful home to be healing architecture

ที่มา : <https://www.dezeen.com/2020/03/16/tomoaki-uno-architects-creates-peaceful-home-to-be-healing-architecture/>

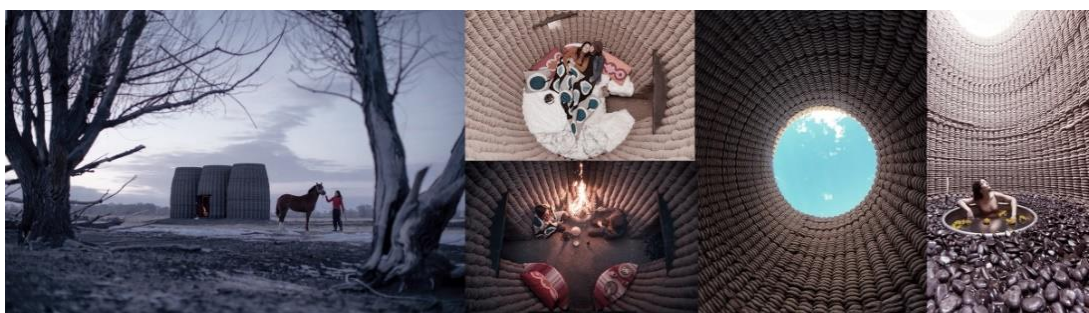


ภาพที่ 51 แสดงแนวคิดความสัมพันธ์ที่มีการปกป้องทำงานร่วมกับการให้อิสระและการเชื่อมต่อการควบคุม

จากผังพื้นที่ในภาพที่ 51 แสดงให้เห็นว่าเมื่อพื้นที่ถูกจำกัดด้วยเงื่อนไขของสถานที่ตั้งแล้วจึงทำให้เกิดการปกป้องจากโลกภายนอกโดยสิ้นเชิง พื้นที่ที่ถูกปิดทึบถูกจัดการพื้นที่โดยทำให้มีทางเดินภายในบ้านได้อย่างอิสระ จะเห็นว่าห้องภายในไม่มีการใช้พื้นที่ปิดทึบ ห้องที่มีลักษณะไม่ติดชิดกันเพื่อทำให้การเดินทางได้สะดวกมากยิ่งขึ้นทุกพื้นที่ยังได้รับแสงแดดที่ดูนวลอย่างทั่วถึง ภาพตัดด้านขวาแสดงให้เห็นถึงการจัดพื้นที่ในบ้านสองชั้นของผู้ป่วย การวางตำแหน่งห้องนอนไว้ชั้นบนเพื่อเพิ่มความเป็น

ส่วนตัวและได้รับแสงแบบ indirect และแสงที่ตกกระทบไม้ รวมทั้งกลิ่นของไม้ยังสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย ได้ดีอีกด้วย จากกรณีศึกษา F จึงตั้งข้อสังเกตได้ว่า เมื่อมีข้อจำกัดของสถานที่ตั้งเกิดขึ้น จึงทำให้ความสัมพันธ์ของการจัดระบบพื้นที่เป็นแบบการปกป้องอยู่ภายในพื้นที่ปิดทึบและต้องสร้างบรรยากาศภายในด้วยวิธีการสร้างอิสระในเรื่องของการเคลื่อนไหว และเพื่อไม่ให้เกิดการกระตุ้นความเครียดจึงต้องมีการควบคุมระบบพื้นที่โดย การใช้แสงธรรมชาติแบบ indirect จึงทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติ

กรณีศึกษา G. Casa Covida / Emerging Objects (2020)

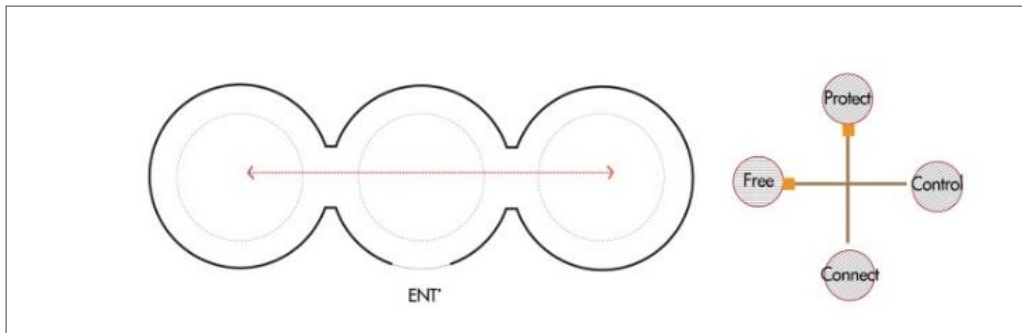


ภาพที่ 52 แสดงทัศนียภาพภายนอกและภายในของบ้านพักเพื่อหลบหลีกหนีจากความวุ่นวายในเมือง ที่มา:<https://www.archdaily.com/search/all?q=Casa%20Covida%20/%20Emerging%20objects>



จากกรณีศึกษา G เป็นบ้านของผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดและมีความต้องการหลบหลีกจากโลกภายนอกตั้งอยู่ในป่า ซึ่งจะต่างกับกรณีศึกษา F ในเรื่องของสถานที่ตั้ง รวมถึงกิจกรรมการใช้งาน แต่มีสิ่งหนึ่งที่คล้ายกันในแง่ของระบบพื้นที่คือ การใช้วิธีการปิดทึบตัดขาดจากโลกภายนอกแม้จะตั้งอยู่ท่ามกลางธรรมชาติแบบป่า โดยปกติจะให้มีช่องเปิดเกิดขึ้นได้เพื่อมองออกไปรอบๆ แต่ในกรณีนี้จึงตั้งเป็นข้อสังเกตอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะเครียดและอ่อนไหวกับสิ่งแวดล้อมภายนอก จึงต้องให้ความรู้สึกปลอดภัยและไร้กังวล

การจัดกาพื้นที่ภายในโดยการใช้พื้นที่ที่ไม่เป็นมุมฉาก (Anti-parallel) เพื่อทำให้เกิดความรู้สึกเป็นอิสระและการโอบล้อม ความโค้ง กลม แสดงถึงความนุ่มนวลผ่อนคลายและเกิดจินตนาการ ทั้งยังใช้วัสดุที่เป็นสีดิน หิน ที่ช่วยสร้างบรรยากาศและกระตุ้นการรับรู้และอารมณ์ให้เป็นไปทางที่มีชีวิตชีวา



ภาพที่ 53 แสดงผังภายใน Casa Covid และระบบความสัมพันธ์ของการจัดการพื้นที่



ภาพที่ 54 แสดงภาพตัดพื้นที่ภายในและระบบความสัมพันธ์ของการจัดการพื้นที่

จากภาพที่ 54 จะเห็นได้ว่าการจัดการพื้นที่ในบ้านที่มีการใช้งานแบบไม่ซับซ้อน นอกจากมีการควบคุมเรื่องการมองเห็นโลกภายนอกแล้วยังต้องมีการเชื่อมต่อหรือมีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติ ได้แก่ วัสดุภายใน พื้นที่ว่าง ท้องฟ้า แสงแดด

เนื่องจากวัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์นี้มุ่งเน้นไปที่การออกแบบจัดการระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมที่มีกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้คนป่วยทางจิตและคนปกติสามารถอยู่ร่วมกันได้ ภายใต้สถาปัตยกรรมที่ไม่ใช่โรงพยาบาลบำบัดรักษาหรือที่พักอาศัยแบบบ้านและโรงแรม แต่เป็นสถานที่ใช้พึ่งพิงพักพิงใจชั่วคราว (Shelter Housing) เพื่อให้ปัญหาทางจิตเบาลงทุเลาลง ทั้งคนป่วยและไม่ได้ป่วย อีกทั้งยังตระหนักและโน้มน้าวให้คนในสังคมพาตัวเองไปรักษาไม่ว่ากับจิตแพทย์ นักจิตวิทยาหรือด้วยวิธีการทางเลือกที่เหมาะสม เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ต่อไปในสังคมแห่งนี้ได้อย่างปกติสุข

กรณีศึกษา H. Urban womb / Architects for Urbanity (2016)



ภาพที่ 55 แสดงทัศนียภาพภายนอก Urban womb และสถานที่ตั้งภายในเมือง

ที่มา : <https://www.archdaily.com/791294/architects-for-urbanitys-urban-womb-is-a-new-women-and-family-complex-facility-in-seoul-korea>

โครงการนี้ถูกคิดวิเคราะห์ภายใต้การส่งเสริมทั้งคุณงามความดีของผู้หญิงในประเทศเกาหลีที่มีปัญหาเรื่องการถูกกดขี่ทางด้านสังคม สาเหตุที่หยิบยกกรณีศึกษานี้ด้วยเหตุผล ที่ว่า การหลบหลีกหนีหาที่พึ่งทั้งทางกายและทางใจของผู้ที่ได้รับความกดดันจนเกิดความเครียด จนเกิดเป็นสถานที่ที่มอบความปลอดภัยและอบอุ่นทางใจ เป็นสถานที่พักพิงชั่วคราว



ภาพที่ 56 แสดงทัศนียภาพภายในโครงการที่สื่อให้เห็นถึงการทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันทางสายมองเห็นการเคลื่อนไหวในแนวตั้งและแนวนอน

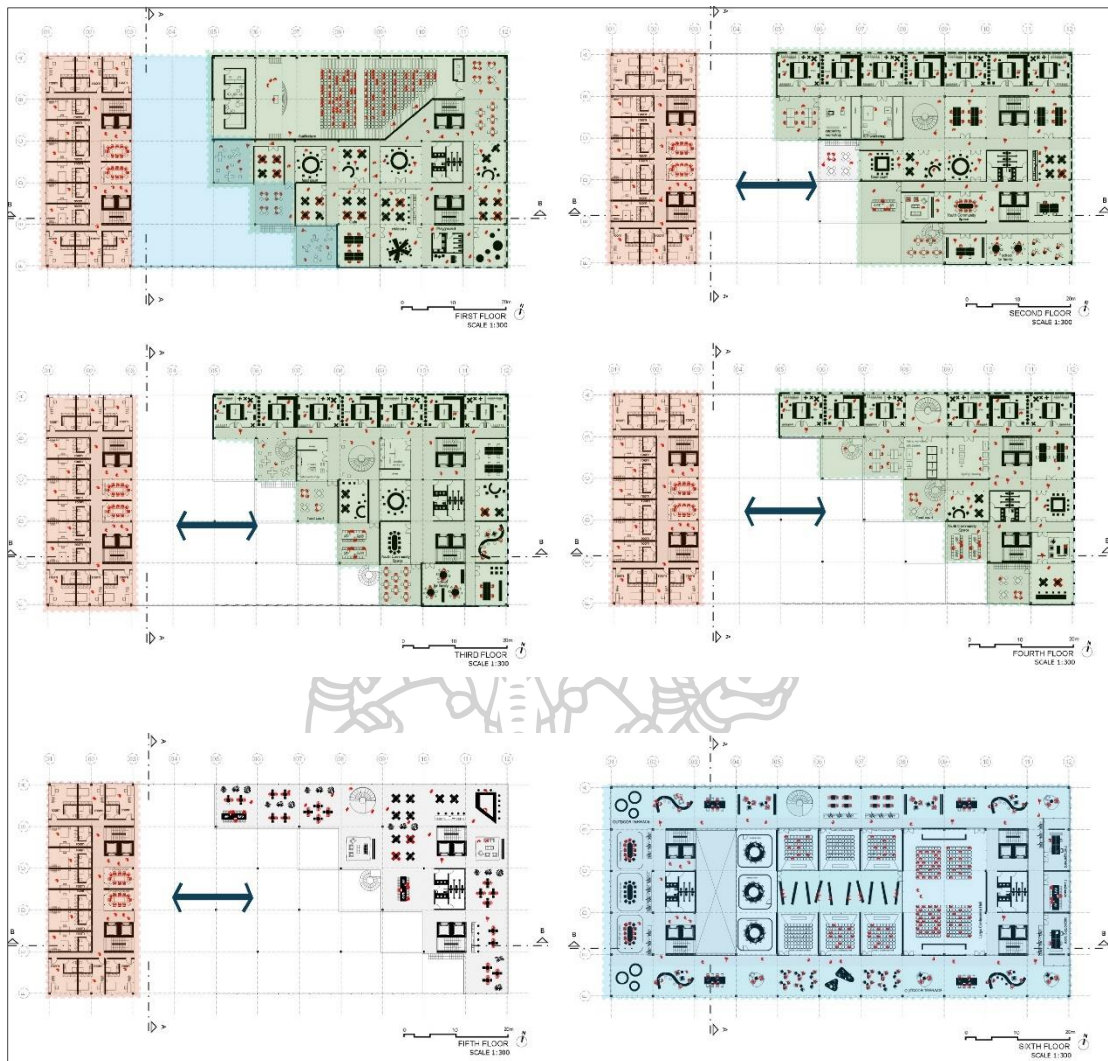
ที่มา : <https://www.archdaily.com/791294/architects-for-urbanitys-urban-womb-is-a-new-women-and-family-complex-facility-in-seoul-korea>



ภาพที่ 57 แสดงผังพื้นที่ชั้นล่าง **Urban womb**

ที่มา : <https://www.archdaily.com/791294/architects-for-urbanitys-urban-womb-is-a-new-women-and-family-complex-facility-in-seoul-korea>

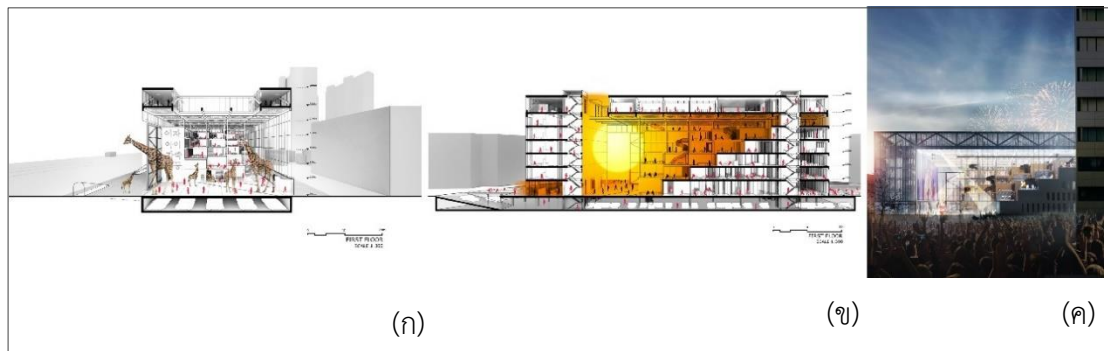
จากผังสามารถชี้ชัดได้ว่าการแบ่งสัดส่วนและแยกส่วนที่พักคล้ายโรงแรม ออกจากส่วนพื้นที่ทำกิจกรรมอย่างเด็ดขาด โดยใช้ส่วนของพื้นที่สวนเป็นตัวแบ่งขอบเขต ซึ่งความเป็นพื้นที่ที่มีความน่าสนใจในการศึกษานั้นคือ การแบ่งส่วนที่พักซึ่งเป็นส่วนที่ต้องการความเป็นส่วนตัวมากที่สุด แต่อยู่ในอาณาบริเวณเดียวกับพื้นที่ที่มีความพลุกพล่านแบบพื้นที่สาธารณะในส่วนทำกิจกรรม



ภาพที่ 58 แสดงผังพื้น 7 ชั้นที่บ่งบอกว่าพื้นที่ทั้งหมดถูกลดหล่นชั้นไปเพื่อการเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์
เรื่องมุมมอง

ที่มา : <https://www.archdaily.com/791294/architects-for-urbanitys-urban-womb-is-a-new-women-and-family-complex-facility-in-seoul-korea>

จากภาพที่ 58 ชี้ให้เห็นว่าความเป็นส่วนตัวนั้นนอกจากการจัดการพื้นที่ในแนวราบ
แล้วนั้น ยังสามารถจัดระบบให้อยู่ในแนวตั้งได้อีกด้วย

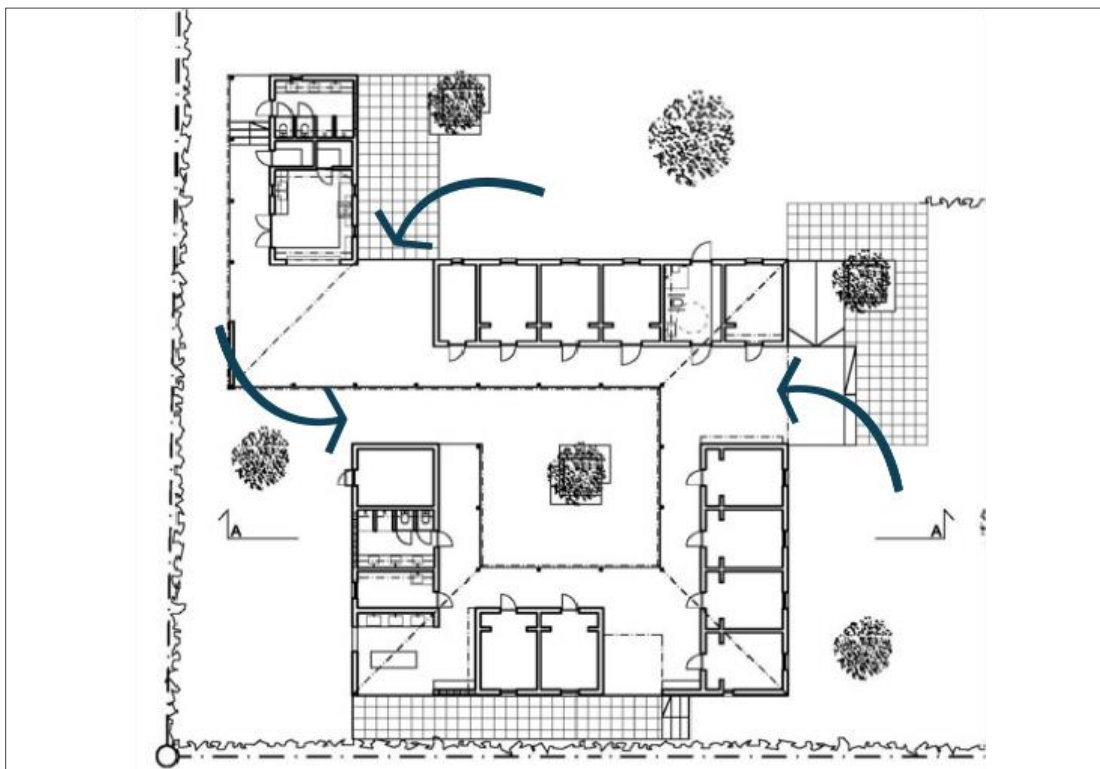


ภาพที่ 59 แสดงภาพตัดแนวขวาง (ก) และแนวยาว (ข) สื่อถึงการใช้งานภายในโครงการที่มีการเชื่อมต่อ พร้อมทั้งมีการปกป้องเพื่อสร้างความเป็นส่วนตัว ภาพ (ค) เป็นภาพกิจกรรมที่เพิ่มความสาธารณะในระดับเมือง แต่ยังมีแสดงขอบเขตที่ชัดเจนของโครงการที่มองเข้ามาจากภายนอก ขอบเขตนี้กำลังสื่อถึงการปกป้อง

กรณีศึกษา I. KWIECO Shelter House / Hollmén Reuter Sandman Architects (2015)



ภาพที่ 60 แสดงทัศนียภาพภายนอกของ KWIECO Shelter House กับบริบทที่ตั้งอยู่ในย่านชนบทที่หนา : https://www.archdaily.com/634100/kwieco-shelter-house-hollmen-reuter-sandman-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab



ภาพที่ 61 แสดงผังของ KWIECO Shelter House ที่สื่อถึงการโอบล้อมที่ยังสามารถเข้าถึงลานโล่งได้รอบด้านหรือเป็นการปกป้องในระดับที่ 3

ที่มา : https://www.archdaily.com/634100/kwieco-shelter-house-hollmen-reuter-sandman-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab



ภาพที่ 62 แสดงทัศนียภาพของ KWIECO Shelter House ที่สร้างความรู้สึกถูกโอบล้อมไว้

ที่มา : https://www.archdaily.com/634100/kwieco-shelter-house-hollmen-reuter-sandman-architects?ad_source=search&ad_medium=projects_tab

บทที่ 4

หลักการและแนวทางการจัดระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมประเภทที่พักพิงชั่วคราว

เนื้อหาของบทนี้จะเป็นการแสดงวิธีคิดอย่างเป็นกระบวนการเพื่อหาระบบพื้นที่ที่มีความเฉพาะเจาะจงของแต่ละโรคร่วมกับความเฉพาะของที่รองรับความต้องการของพื้นที่และประโยชน์ใช้สอย ซึ่งมีเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานร่วมกันกับคนปกติได้

โรคทางจิตเวชกับแนวความคิดการสร้างระบบพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง

โปรแกรม

1. พื้นที่พักผ่อน ได้แก่ พื้นที่นอน พื้นที่นั่งเล่น
2. พื้นที่กิน ได้แก่ รับประทาน กับครัว
3. พื้นที่ให้คำปรึกษา
4. พื้นที่สนทนาการ
5. พื้นที่กิจกรรมบำบัด

กำหนดให้แต่ละโรครมีการแยกโรคออกจากกันแบ่งเป็น 3 หน่วยใหญ่ตามโรคและมีโปรแกรมใช้งานดัง 5 ข้อด้านบนดังนี้

1.แนวความคิดการสร้างระบบพื้นที่ของโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวลตามตารางที่ 4 ต้องใช้วิธีการควบคุมพื้นที่เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมเป็นหลัก ได้แก่ การควบคุมข้อที่ 1.1-1.4 ในบทที่ 2 แต่ขณะเดียวกันต้องให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกเคลื่อนไหวและเลือกใช้พื้นที่

2.แนวความคิดการสร้างระบบพื้นที่ของโรคไบโพลาร์

โรคไบโพลาร์ตามตารางที่ 5 ต้องใช้วิธีการปกป้องผู้ป่วยเพื่อลดการถูกกระตุ้นจากสภาพแวดล้อมเป็นหลัก

3.แนวความคิดการสร้างระบบพื้นที่ของโรคซึมเศร้า

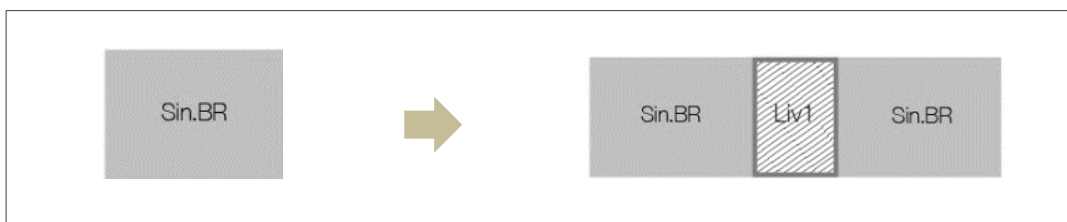
ผู้ป่วยที่มีอาการเครียดก่อนการเข้าสู่โรคซึมเศร้า การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นเป็นวิธีที่ทำให้อาการเครียดบรรเทาลง ไม่ว่าจะด้วยทางสายตา การสัมผัส หรือได้ยิน ทั้งกับคนและธรรมชาติ

แนวทางการออกแบบสถานที่พักพิงชั่วคราว

จากกรณีศึกษาทำให้ได้โปรแกรมที่จำเพาะเจาะจง ได้แก่
พื้นที่พักผ่อน นอน รับแขก / พื้นที่ครัว สนทนาการ พื้นที่ให้คำปรึกษา / พื้นที่กิน
จึงต้องทำการวิเคราะห์ในแต่ละส่วนของแต่ละโปรแกรกดังนี้

พื้นที่พักผ่อน ได้แก่ ห้องนอนกลุ่ม ห้องนอนเดี่ยว พื้นที่นั่งเล่น
มีการจัดระบบพื้นที่ดังนี้

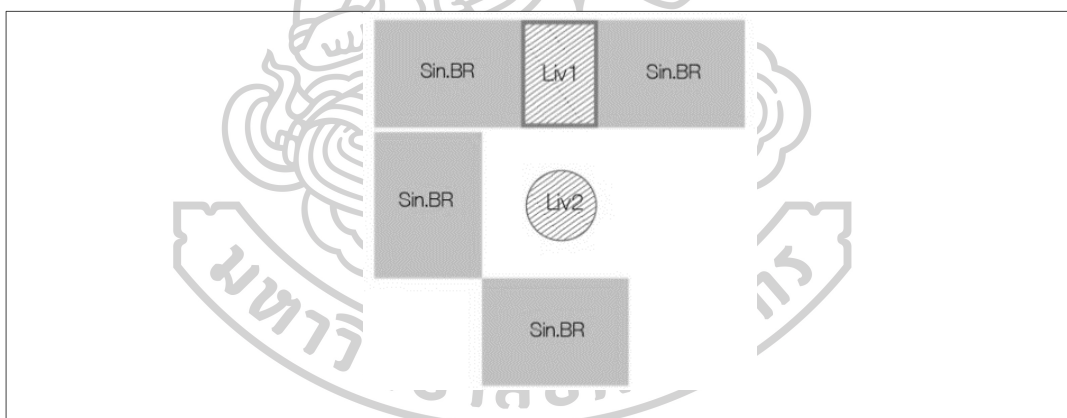
1 ห้องนอนเดี่ยว + พื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1 (Rabbit hole)



ภาพที่ 63 แสดงตำแหน่งของห้องนอนเดี่ยว 2 ห้องที่มีการเว้นระยะห่างเพื่อสร้างพื้นที่ส่วนตัวใน
ระดับที่ 1

เมื่อตำแหน่งของห้องนอนเดี่ยวในบริเวณใกล้กัน จะมีพื้นที่ที่ต้องสร้างพื้นที่ส่วนขนาดเล็กให้
นับเป็นพื้นที่นั่งเล่น ระดับที่ 1 มีขนาด 1.2 x 3 ม. เป็นระบบพื้นที่และการทำงานร่วมกันของพื้นที่
นั่งเล่นและห้องนอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้งานในลักษณะการปลีกวิเวกแต่ยังสามารถเห็นพื้นที่
ข้างเคียงนอกห้องนอนเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างเช่น ธรรมชาติที่เป็นพื้นที่สีเขียวได้

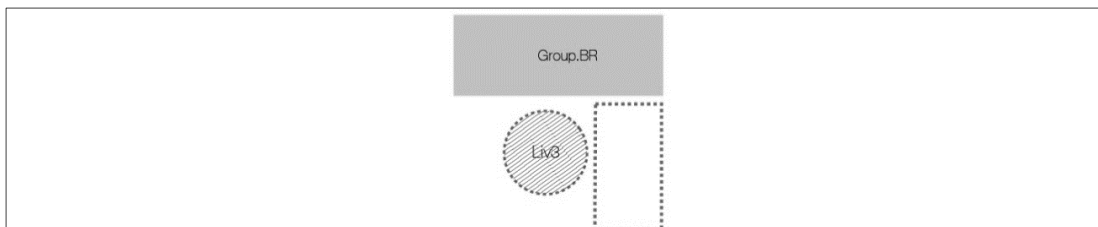
2 ห้องนอนเดี่ยว+พื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2



ภาพที่ 64 แสดงระบบการทำงานร่วมกันของห้องนอนกับพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1 และ 2

ในระบบของพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 นี้จะเพิ่มความสาธารณะมากกว่าระดับที่ 1 กล่าวคือเป็น
การเพิ่มการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยกัน เป็นพื้นที่ที่ทุกคนในบริเวณนี้รับรู้ได้ด้วยการมองเห็น และผู้ป่วย
ได้รับอิสระจากการเลือกใช้พื้นที่ได้ตามต้องการ

3 ห้องนอนกลุ่มและพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3

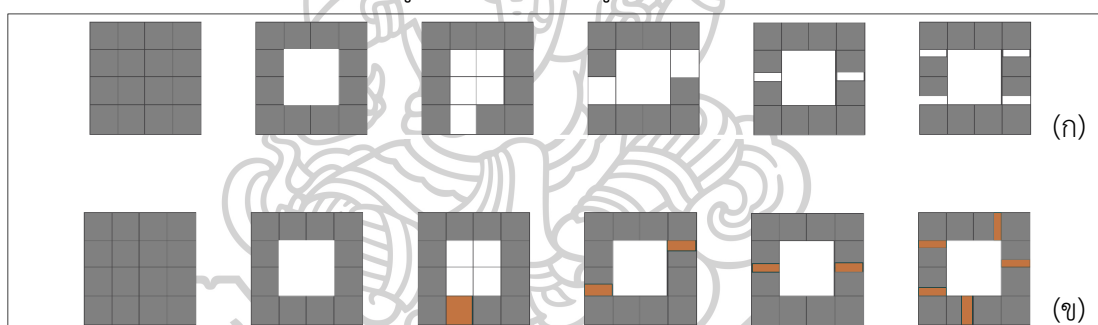


ภาพที่ 65 แสดงระบบการทำงานร่วมกันของห้องนอนกลุ่มกับพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3

ในส่วนนี้จะเห็นได้ว่าระบบการทำงานร่วมกันของห้องนอนกลุ่มกับพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3 จะให้ความสำคัญในการสร้างสังคมโดยการนอนแบบกลุ่มในแบบที่มีการจัดแยก อย่างปลอดภัย และพื้นที่นั่งเล่นจะเอื้อให้มีคนกลุ่มใหญ่ได้มีอิสระและตัดสินใจใช้งาน ซึ่งจะแบ่งแยกไปตามกลุ่มโรคดังนี้

4 ห้องนอนของผู้ป่วยกับการสร้างระบบพื้นที่ตามกลุ่มโรค

4.1 ระบบพื้นที่ห้องนอนผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ใช้วิธีการควบคุมสภาพแวดล้อมในลักษณะการโอบล้อมพื้นที่ เพราะผู้ป่วยต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

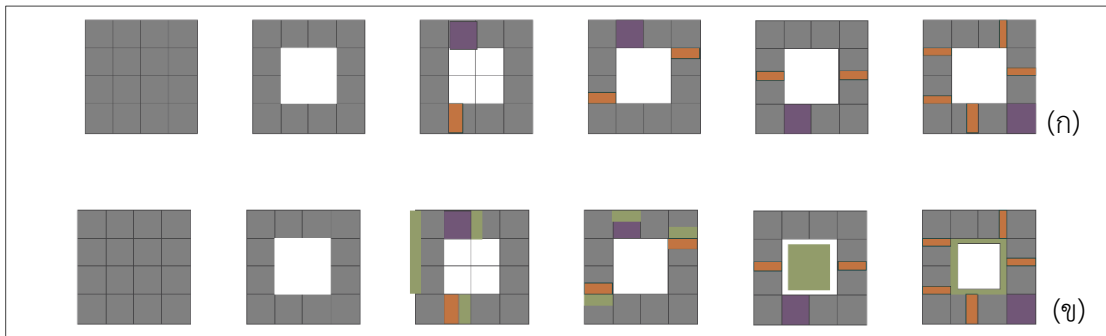


ภาพที่ 66 แสดงระบบลำดับการก่อตัวของพื้นที่ห้องนอน

(ก) แสดงระบบลำดับการก่อตัวของพื้นที่ห้องนอน ใช้ระดับของการปกป้องในรูปแบบของพื้นที่มีสิ่งปกคลุม (Enclosure) ระดับที่ 1

(ข) ระบบพื้นที่ส่วนตัวระดับบุคคลเกิดจากการรักษาระยะห่างของพื้นที่แต่ละหน่วยในพื้นที่นอน และเชื่อเชียวให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรวมกลุ่ม กลายเป็นพื้นที่ในระดับบุคคล (Rabbit hole)

พื้นที่ส่วนห้องนอนเป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยใช้งานยาวนานที่สุด การสร้างระบบพื้นที่ใช้งานสำหรับตัวบุคคล 1 คน (สี่สั้ม) ให้เป็นพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1 เมื่อระบบพื้นที่เขื่อนก่อดำเนินขึ้นจะมีพื้นที่นั่งเล่นตามมาในระดับที่ 1 เนื่องจากการผ่อนคลายและได้เชื่อมต่อกับธรรมชาติแล้ว ผู้ป่วยสามารถเลือกการปลดปล่อยระบายอารมณ์ในรูปแบบของการได้รับคำปรึกษาจากนักจิตวิทยา ซึ่งพื้นที่ให้คำปรึกษาจะมอบความเป็นส่วนตัวทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรู้สึกกลัวหรือเคอะเขินที่จะเดินเข้าไป ดังภาพที่ 66 (ก) ระบบของพื้นที่ให้คำปรึกษา (สี่ม่วง) กับพื้นที่สีเขียวเกิดขึ้นในที่นี่จะใช้ธรรมชาติที่มีความเฉพาะกับพื้นที่เข้ามาเชื่อมต่อในลักษณะมนุษย์กับธรรมชาติดังแผนภาพ 66

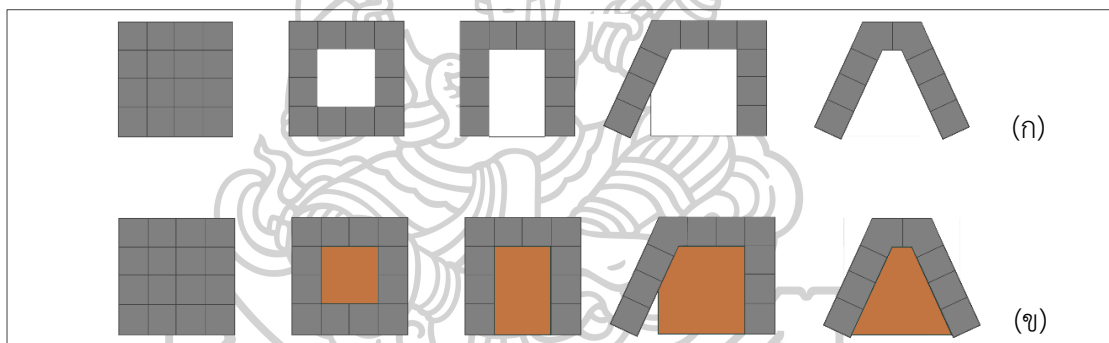


ภาพที่ 67 แสดงระบบของพื้นที่ให้คำปรึกษา

(ก) แสดงการสร้างระบบพื้นที่ควบคุมให้คำปรึกษา (สีม่วง)

(ข) แสดงพื้นที่สีเขียวที่ถูกควบคุมและเชื่อมต่อแบบเฉพาะเจาะจงแก่ผู้ป่วย

4.2 ระบบพื้นที่ห้องนอนผู้ป่วยไบโพลาร์ ที่ใช้การปกป้องแบบโอบล้อมแต่ขณะเดียวกันยังมีปฏิสัมพันธ์



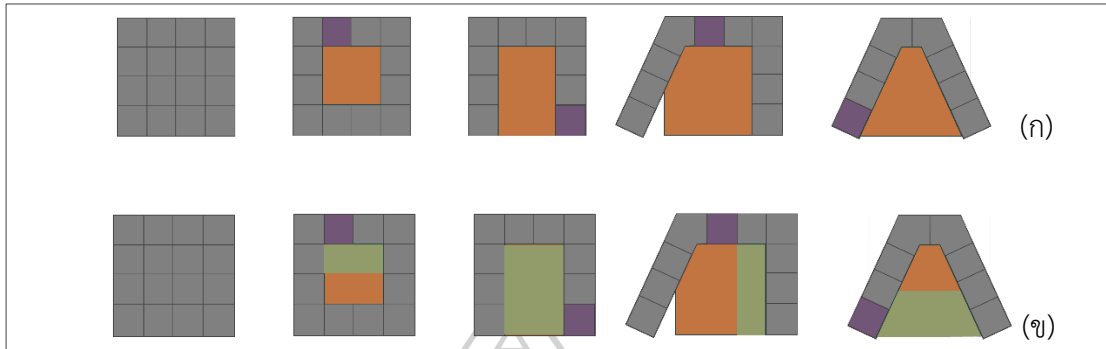
ภาพที่ 68 แสดงระบบพื้นที่ห้องนอนผู้ป่วยไบโพลาร์

(ก) แสดงระบบการก่อดวงของพื้นที่นอนโดยใช้การโอบล้อมด้วยสิ่งปกคลุม (Enclosure) ในระดับที่ 2 และการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างพื้นที่เพื่อให้เกิดมุมมองต่อเนื่องของผู้ใช้งานที่มีพื้นที่เล็กและพื้นที่ใหญ่เชื่อมต่อกัน

(ข) แสดงระบบการสร้างพื้นที่ส่วนตัวระดับบุคคล (สีส้ม) ในพื้นที่สังครมรวมกลุ่มบริเวณห้องนอน ความหนาแน่นของการรวมกลุ่มกลายเป็นพื้นที่นั่งเล่นที่ขยายใหญ่ขึ้นมาเป็นระดับที่ 2 เพื่อเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์มากขึ้นเป็นลำดับที่ 2 จากโรคนข้อ 4.1 ใช้เป็นพื้นที่สร้างกิจกรรมบำบัด

การสร้างระบบพื้นที่ที่มีมุมแคบและป้านแสดงถึงการหลบหลีกแต่ขณะเดียวกันยังมีการกระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับบริบทซึ่งถูกควบคุมด้วยระดับการปกป้องด้วยสิ่งปกคลุมระดับที่ 2

เมื่อระบบพื้นที่ใช้นอนก่อตัวขึ้นจะมีพื้นที่นั่งเล่นตามมาในระดับที่ 2 จะก่อให้เกิดระบบของพื้นที่ให้คำปรึกษา (สีม่วง) ที่ยังให้ความเป็นส่วนตัว กับพื้นที่สีเขียวเกิดขึ้น ในที่นี้จะใช้ธรรมชาติที่มีความเฉพาะน้อยลงมาจากพื้นที่ควบคุมของโรคติดกั่วงวล

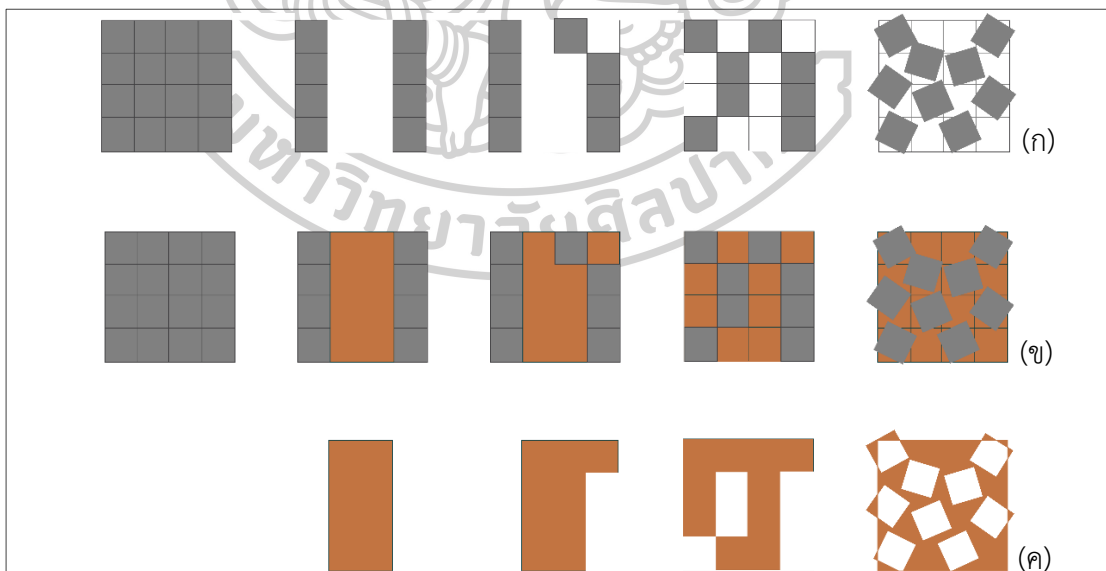


ภาพที่ 69 แสดงการสร้างระบบพื้นที่ให้คำปรึกษา

(ก) แสดงการสร้างระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาจะมีจำนวนที่ลดหลั่นลงมาจากโรคในข้อ 4.1

(ข) แสดงการสร้างระบบของพื้นที่สีเขียวที่มีความผ่อนคลายลดความเฉพาะเจาะจง และกระตุ้นผู้ป่วยโดยสร้างความสนใจไปยังสิ่งแวดล้อม และใช้การเชื่อมต่อในลักษณะของมนุษย์-ธรรมชาติ-มนุษย์

4.3 ระบบพื้นที่ห้องนอนผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า เมื่อความเครียดกดดันต้องได้รับการปลดปล่อยจึงใช้หลักการสร้างปฏิสัมพันธ์และการมีอิสระในการเลือกใช้พื้นที่และเคลื่อนไหวแบบ เข้า-ออก ได้รอบด้าน

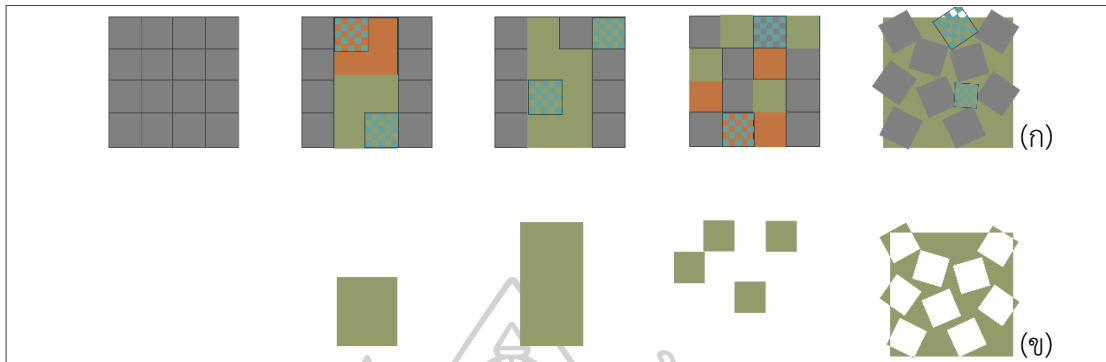


ภาพที่ 70 แสดงระบบพื้นที่ห้องนอนผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า

(ก) การสร้างระบบพื้นที่นอนให้มีการอิสระในการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างการเชื่อมต่อกับบริบท

(ข) ,(ค) แสดงระบบสังคมรวมกลุ่มโดยจัดพื้นที่แบบการกระจาย (Cluster) ทำให้เกิดพื้นที่ส่วนตัว

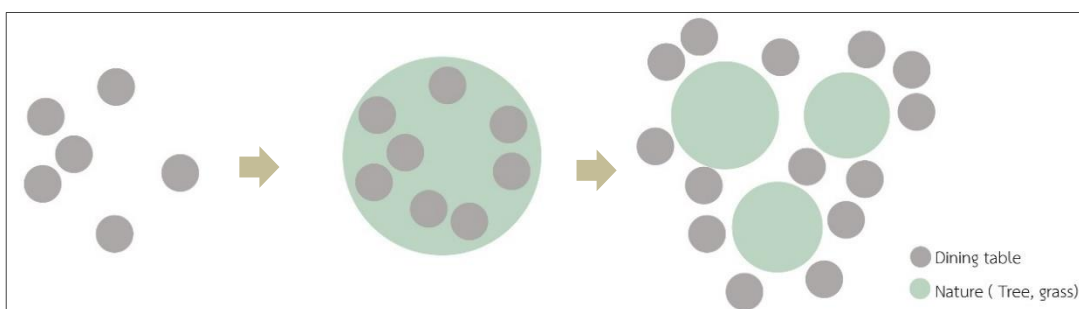
การให้อิสระในการเลือกใช้พื้นที่เพื่อสร้างสัมพันธ์ (สีส้ม) ระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มจะเกิดในพื้นที่ที่มอบความเป็นกันเองในระดับสาธารณะ



ภาพที่ 71 แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาห้องนอนผู้ป่วยอยู่ในภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า
 (ก) แสดงการแทรกตัวของพื้นที่ส่วนตัวในระดับบุคคลอยู่ในพื้นที่สังคมรวมกลุ่ม การเชื่อมต่อด้วยของสองพื้นที่นี้จึงเรียกร่องพื้นที่ทางธรรมชาติเพื่อมาเป็นส่วนเติมเต็ม
 (ข) แสดงรูปร่างพื้นที่สีเขียวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ส่วนตัวทำงานร่วมกับพื้นที่สังคมรวมกลุ่ม โดยพื้นที่สีเขียวจะทำหน้าที่โอบล้อมพื้นที่เหล่านี้เอาไว้

พื้นที่กิน

หนึ่งในกิจกรรมประจำวันของโครงการคือการกิน จะประกอบด้วยส่วนหลักคือ ส่วนนั่งรับประทาน และส่วนพื้นที่ปรุงหรือครัวที่ใช้งานได้เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น พื้นที่กินเป็นส่วนที่มีการใช้งานร่วมกันทั้งบุคคลทั่วไปและผู้ป่วย เป็นพื้นที่ที่มีความสาธารณะมากที่สุดไม่เพียงแต่ส่วนพื้นที่กินและครัวเท่านั้นยังมีพื้นที่สำหรับซื้อขายเครื่องดื่มทั้งนี้จากกรณีศึกษา E ที่ได้มีพื้นที่ร้านอาหารของนักจิตวิทยาใช้พื้นที่นี้ในการให้คำปรึกษา ดังนั้นแนวคิดในการจัดการระบบพื้นที่กินตามภาพที่ 66

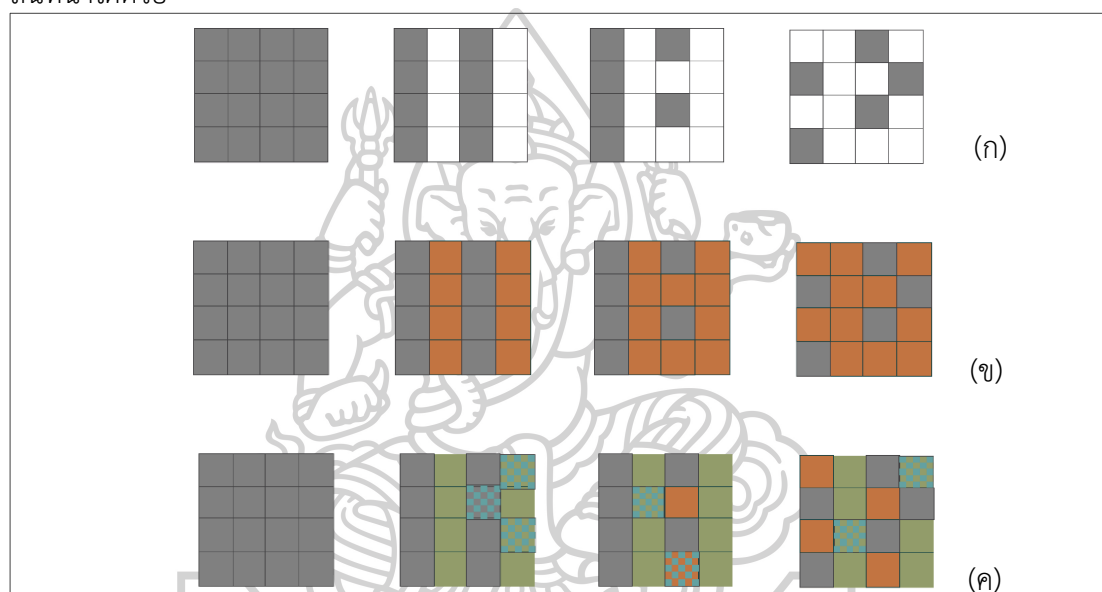


ภาพที่ 72 แสดงผังแนวคิดการจัดการระบบพื้นที่กินแบบสังคมรวมกลุ่ม

และจำนวนกลุ่มที่เพิ่มมากขึ้นมาจัดระบบเข้าด้วยกันโดยพื้นที่สีเขียวเป็นตัวกำหนดและแบ่งขอบเขตพื้นที่โดยที่ผู้ใช้งานยังรู้สึกถึงความกลมกลืนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับพื้นที่ ไม่รู้สึกถึงการแบ่งขอบเขต

พื้นที่รับประทานอาหารจะอยู่ในลักษณะ Positive space และ Negative space ซึ่งมีธรรมชาติเป็นตัวเต็มเต็มและห้อมล้อมพื้นที่กินที่ประกอบกันขึ้นในลักษณะกระจายตัว (Cluster)

1 ระบบพื้นที่นั่งกิน ใช้การควบคุมแบบอิสระ แต่ขณะเดียวกันก็ยังสามารถเลือกใช้พื้นที่ส่วนตัวหรือแบบกลุ่มใหญ่ได้เช่นกัน และยังเป็นเช่นเดียวกับพื้นที่สำหรับนั่งดื่มเครื่องดื่มเพื่อเน้นการสนทนาได้ด้วย



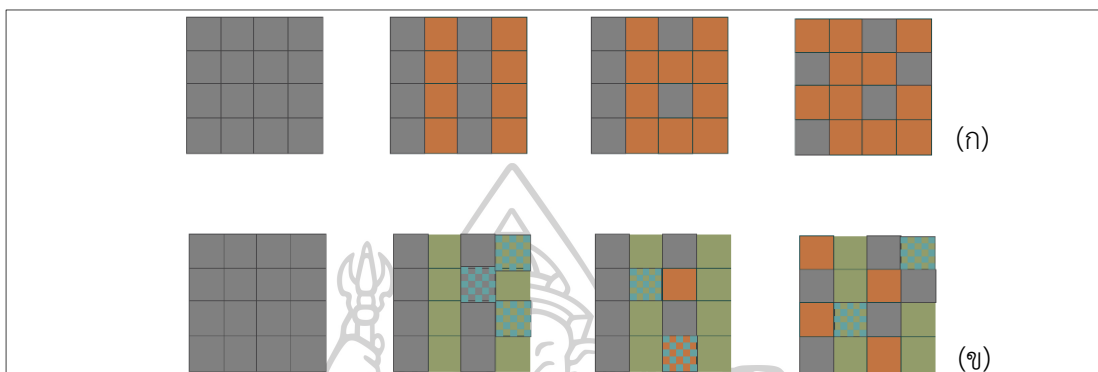
ภาพที่ 73 แสดงระบบพื้นที่นั่งกินแบบส่วนตัวและสังคัมรวมกลุ่ม

(ก)-(ค) แสดงลำดับการเปลี่ยนแปลงพื้นที่กินที่เริ่มจากการกระจายตัวของตำแหน่งที่นั่ง และลำดับถัดมาพื้นที่สีส้มเป็นพื้นที่ที่ต้องการความเป็นส่วนตัวระดับ 1-2 คน ตามเงื่อนไขคือระดับความเป็นส่วนตัวจะเบาบางลงเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะที่มีความเข้มข้น จึงได้รูปแบบพื้นที่ส่วนตัวตามภาพ (ค) ดังนั้นจึงเกิดพื้นที่สีเขียว (ลายจุด) ทำหน้าที่แทรกตัวเพื่อสร้างขอบเขตให้แก่พื้นที่ส่วนตัวและแบบสังคัมรวมกลุ่ม

พื้นที่ส่วนนี้ไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ใช้โครงการได้มีพื้นที่กิน แต่ยังเป็นพื้นที่ใช้บำบัดได้แก่ การได้พูดคุยแลกเปลี่ยน หรือแม้แต่คนนอกโครงการที่เข้ามาใช้งานยังสามารถเข้ามาร่วมใช้งานพื้นที่ส่วนนี้ได้ ทั้งนี้นักจิตวิทยายังใช้พื้นที่ส่วนนี้ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มได้อีกด้วย เป็นข้อดีของการตระหนักคุณค่าในการพาตัวเองไปเข้าทำการรักษาของบุคคลทั่วไปที่ไม่รู้ตัวว่ากำลังเจ็บป่วย เป็นทางเลือกหนึ่งของการริเริ่มในการเข้ามาดูแลสุขภาพจิตของตัวเอง

พื้นที่นั่งกินจึงเป็นประตูด่านแรกที่น่าพาผู้ใช้งานโครงการไปยังส่วนอื่นๆ และเป็นพื้นที่ที่ให้น้ำหนักไปในการเชื่อมต่อระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับธรรมชาติ หรือการทำงานร่วมกันแบบกลับไปกลับมา

2 ครีว ส่วนจัดเตรียมและปรุงอาหาร



ภาพที่ 74 แสดงรูปแบบระบบพื้นที่ใช้งานส่วนปรุงและส่วนขายอาหาร สื่อให้เห็นว่ากระบวนการคิดเริ่มจากพื้นที่ในรูป

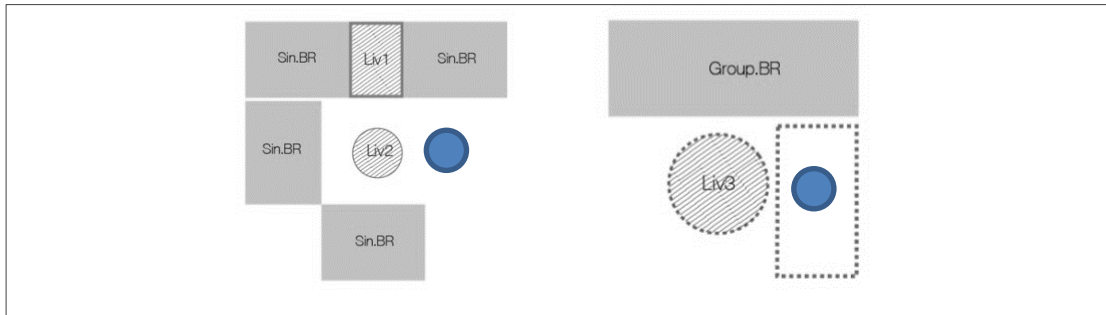
(ก) เป็นพื้นที่ส่วนตัวอยู่ในหน่วยพื้นที่ครัว แต่เงื่อนไขคือพื้นที่นี้มีการใช้งานร่วมกันแบบสาธารณะจึงเกิดพื้นที่สำหรับ 1-2 คนสามารถเข้าไปใช้งานได้ตามภาพ

(ข) และพื้นที่สีเขียวรายล้อมพื้นที่ส่วนของห้องครัว หรืออีกนัยยะหนึ่งคือเป็นพืชผักสวนครัวเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้ผลิตอาหารได้

ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้โครงการจะมีกิจกรรมที่เน้นการเชื่อมต่อกับบริบทของคนและธรรมชาติ กิจกรรม การปรุงอาหารตามการทบทวนวรรณกรรมความเป็นอยู่ที่ดีในบทที่ 2 ได้ถูกนำมาคิดวิเคราะห์ร่วมกัน การได้ประโยชน์ของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมเมื่อถูกบรรเทาและเติมเต็มดีแล้วผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้และเรียนรู้ความจริงของการใช้ชีวิตสังคมแห่งการเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วนี้ด้วย

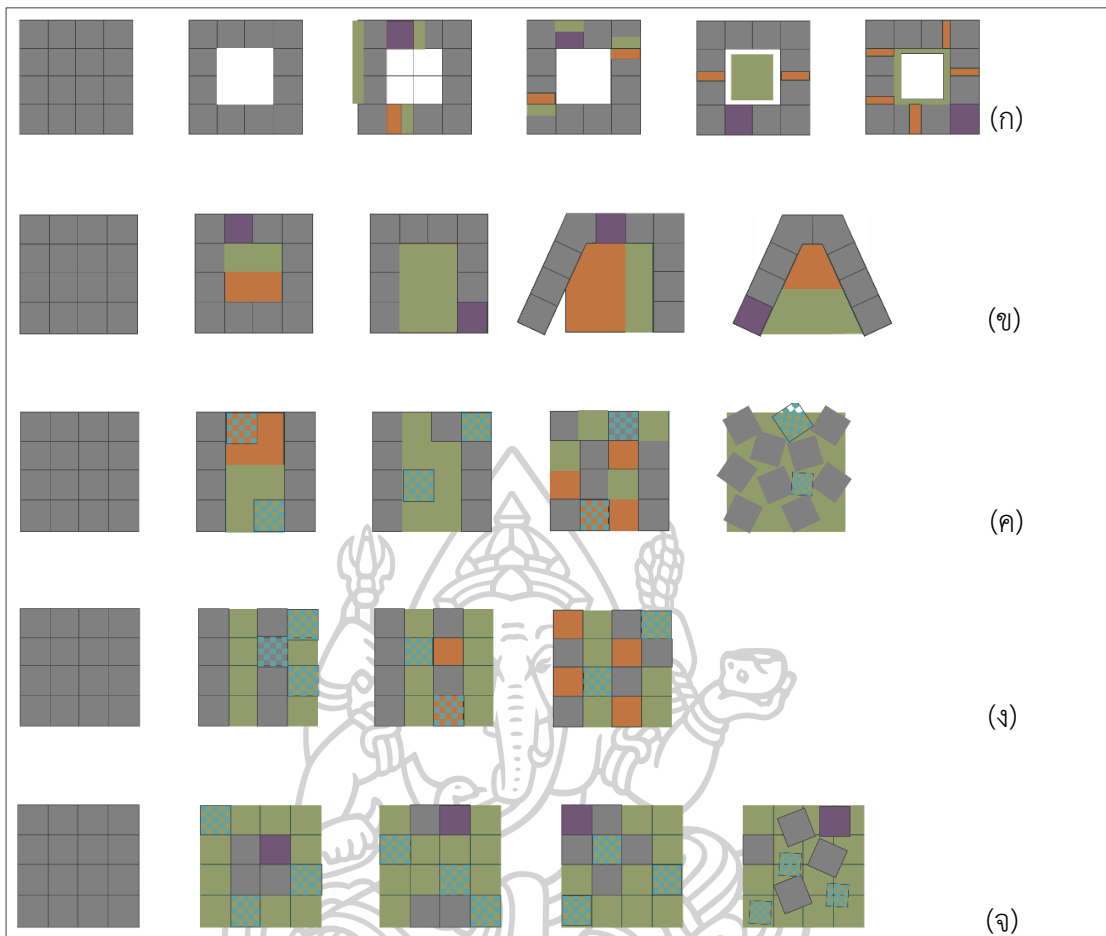
พื้นที่สำหรับอาหารที่ปรุงสำเร็จสำหรับคนนอกโครงการก็ใช้พื้นที่แยกออกมาต่างหากการแบ่งขอบเขตที่ชัดเจนด้วยธรรมชาติทำให้เกิดอาการสงสัยลดน้อยลง และไม่ลังเลที่จะใช้พื้นที่นี้

พื้นที่รับคำปรึกษาโดยนักจิตวิทยาและจิตแพทย์



ภาพที่ 75 แสดงระบบของพื้นที่ให้คำปรึกษา (สิ้นน้ำเงิน) ทำงานร่วมกับพื้นที่สีเขียว ระบบพื้นที่การให้คำปรึกษาก่อร่างมาจากพื้นที่นอน กิน ที่มีความเป็นส่วนตัวเข้มข้น และเมื่อเกิดเป็นสังคมรวมกลุ่มทำให้เกิดการแยกตัวของพื้นที่ส่วนตัว ดังนั้นภาพที่ 70 จึงเป็นการสรุปเอาพื้นที่ทั้ง 5 มาไว้ด้วยกัน





ภาพที่ 76 แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาในพื้นที่ใช้การควบคุม ปกป้อง เชื่อมต่อและให้อิสระ

(ก) แสดงระบบของพื้นที่ให้คำปรึกษาของพื้นที่นอนของโรคจิตกึ่งवलและโรคซึมเศร้าในพื้นที่แบบการใช้การควบคุม

(ข) แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาของพื้นที่นอนของโรคไบโพลาร์อยู่ในพื้นที่ที่ใช้วิธีการปกป้อง

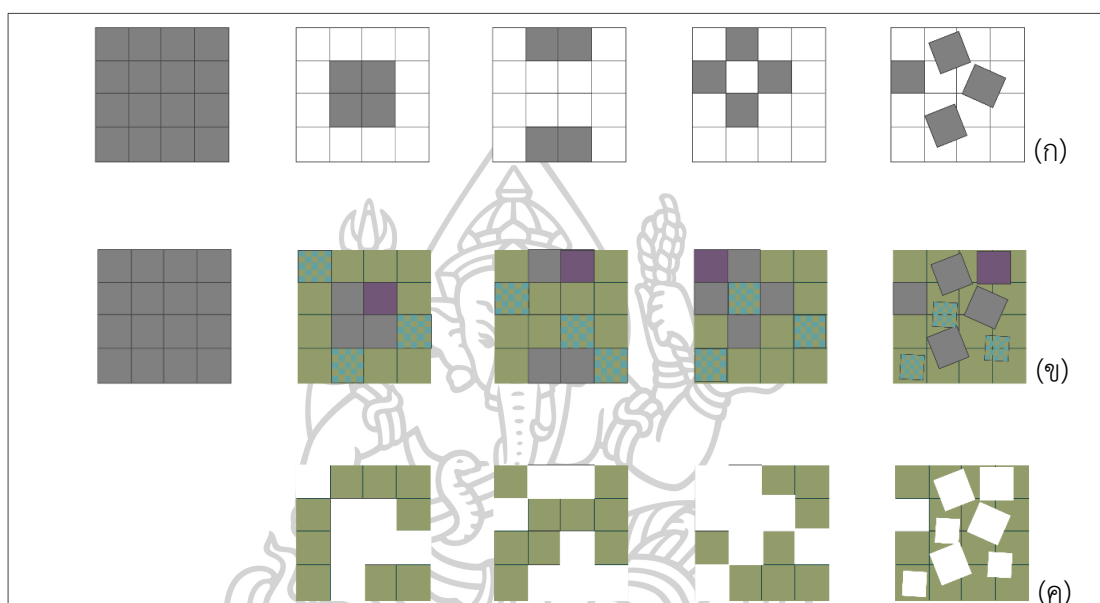
(ค) แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาของพื้นที่นอนโรคซึมเศร้าที่อยู่ในภาวะเครียดในพื้นที่ใช้วิธีการเชื่อมต่อกับบุคคล

(ง) แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาของพื้นที่กินและครัวเป็นพื้นที่ที่ใช้วิธีการเชื่อมต่อแสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาของพื้นที่สันตนาการและพื้นที่บำบัด

(จ) แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาของพื้นที่สันตนาการและกิจกรรมบำบัด

พื้นที่สหนาการ

เนื่องจากพื้นที่ที่มีการใช้งานในรูปแบบสาธารณะและยังคงเว้นช่องว่างให้พื้นที่ส่วนตัวเข้าไปแทรกได้บ้าง นั่นคือหลักการแนวคิดแบบการให้อิสระและเชื่อมต่อกับธรรมชาติ ดังนั้นเงื่อนไขของพื้นที่สหนาการเป็นพื้นที่ที่อาศัยธรรมชาติ พื้นที่สีเขียวเข้ามาห่อหุ้มพื้นที่การใช้งานไม่ว่าจะเป็นภายในและภายนอกอาคาร



ภาพที่ 77 แสดงระบบพื้นที่สหนาการที่แสดงการเชื่อมต่อกับพื้นที่ทางธรรมชาติ

(ก) แสดงขั้นตอนการสร้างระบบพื้นที่สหนาการซึ่งเป็นพื้นที่แบบสังคมรวมกลุ่ม ให้นำหนักไปที่การให้อิสระและการเชื่อมต่อ

(ข) แสดงการห่อหุ้มของพื้นที่ทางธรรมชาติกับพื้นที่สหนาการจะเห็นว่าพื้นที่ให้คำปรึกษาเข้ามาแทรกตัวในบริเวณนี้ด้วย และการใช้งานแบบสังคมรวมกลุ่ม (ลายจุด) จะเกิดขึ้นตามพื้นที่ที่ให้ความรู้สึกห่อหุ้มของหน่วยอาคาร

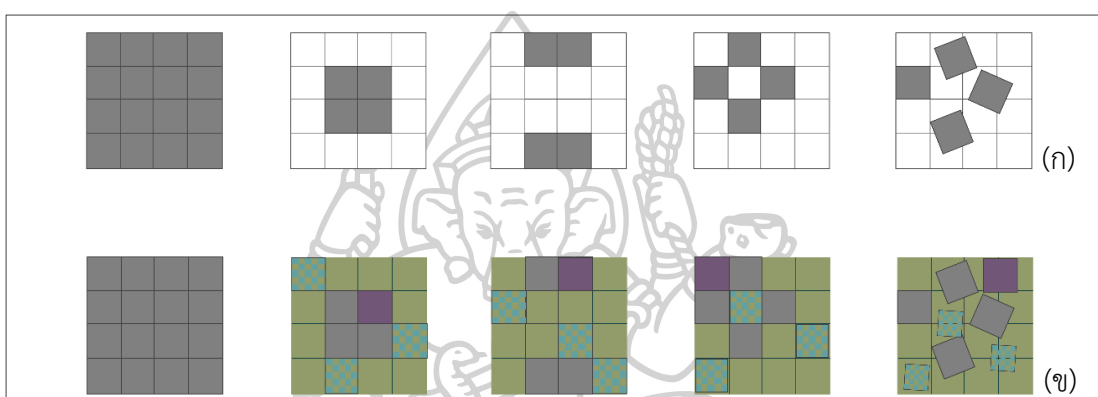
(ค) แสดงรูปแบบพื้นที่ทางธรรมชาติทำงานในรูปแบบห้อมล้อมกับระบบพื้นที่สาธารณะแบบการเชื่อมต่อและให้อิสระ

พื้นที่สำหรับให้คำปรึกษาในพื้นที่สหนาการยังคงมีอยู่ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ป่วยที่เข้ามาใช้งานอาจมีพฤติกรรมที่ผิดปกติในการเข้าสังคม จึงเป็นพื้นที่ที่ต้องได้รับการสอดส่องดูแล ทั้งนี้การให้ผู้ป่วยได้มีอิสระในการเลือกใช้พื้นที่ให้คำปรึกษาและสามารถเลือกที่ใช้พื้นที่สหนาการแบบปรึกษาเดี่ยวหรือแบบกลุ่ม หรือใช้พื้นที่ให้คำปรึกษาเฉพาะที่ผู้ป่วยสามารถเข้าไปปรึกษาได้ทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม

พื้นที่บำบัดด้วยกิจกรรม

รูปแบบของพื้นที่บำบัดกิจกรรมมีความคล้ายกับพื้นที่สันทนาการ แต่พื้นที่บำบัดถูกกำหนดให้อยู่ในพื้นที่นั่งเล่นในบริเวณพื้นที่นอนของทั้ง 3 ซึ่งใช้งานได้เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น จึงเป็นเหตุของความต่างกับพื้นที่สันทนาการ

การจัดการระบบพื้นที่ด้วยการใช้พื้นที่เล็กเป็นพื้นที่ส่วนตัวและค่อยๆ ขยายอย่างค่อยเป็นค่อยไป เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้าสังคมก็สามารถไปใช้งานพื้นที่ที่กว้างขึ้นได้ จะเห็นได้ว่าอิสระของทางเลือกใช้งานพื้นที่ที่อยู่ภายใต้การควบคุมนั้นจะรู้สึกอึดอัดหรือโดนบีบบังคับจนเกินไป



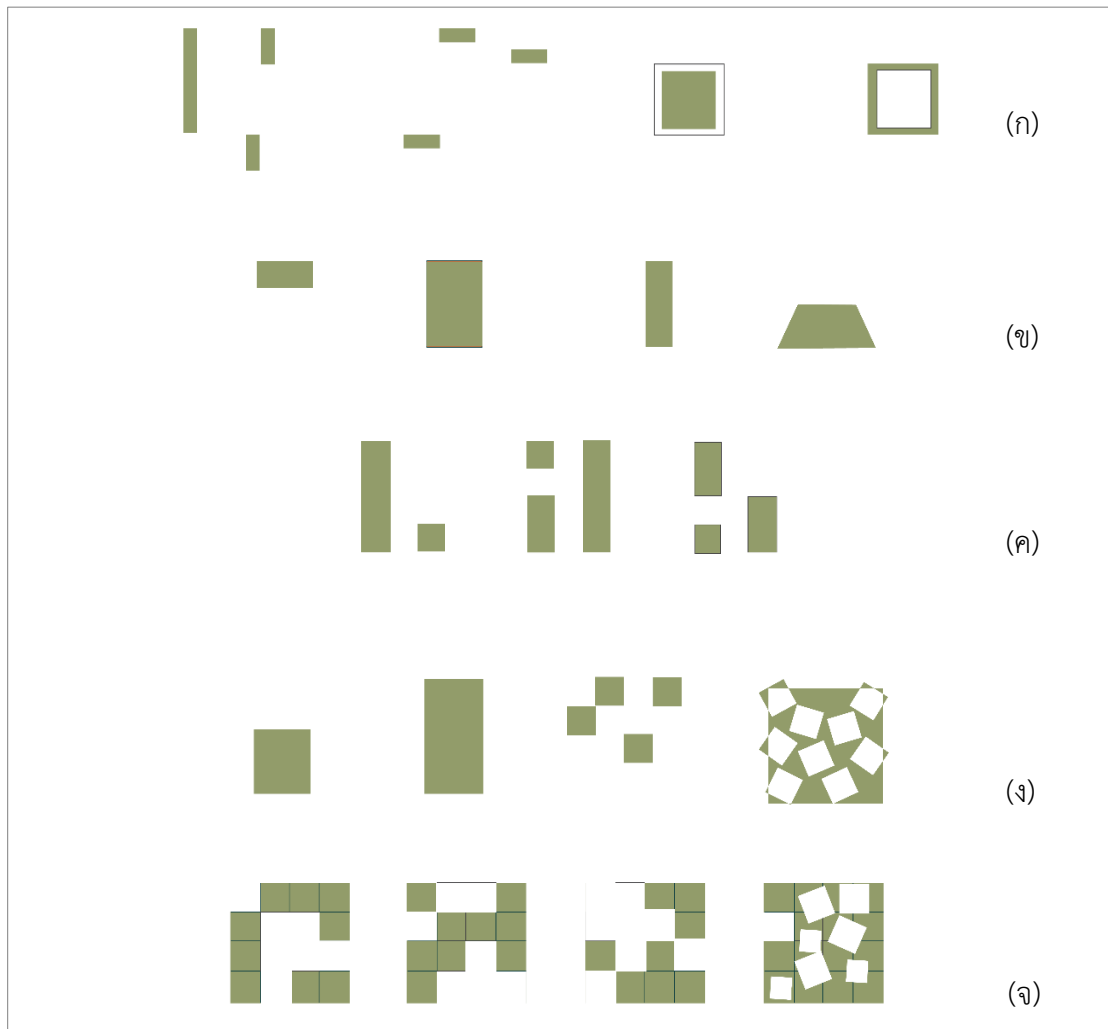
ภาพที่ 78 แสดงขั้นตอนการสร้างระบบพื้นที่กิจกรรมบำบัดที่ให้อิสระแก่ผู้ป่วย

(ก) และ (ข) แสดงขั้นตอนการสร้างระบบพื้นที่กิจกรรมบำบัดที่ให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกใช้พื้นที่และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อมต่อกับสิ่งแวดล้อม

การกระตุ้นอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยวิธีกิจกรรมบำบัดในหัวข้อความเป็นอยู่ที่ดีของบทที่ 2 ได้แก่ ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด และธรรมชาติบำบัด จะช่วยส่งเสริมให้พื้นที่นอนได้มีกิจกรรมแตกต่างและหมุนเวียนปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วย เช่น ในวันเสาร์เวลาเดียวกัน มีกิจกรรมศิลปะบำบัดด้วยวิธีวาดภาพสีน้ำในพื้นที่โรคจิตกักขัง มีกิจกรรมดนตรีเล่นเคาะร้องเพลงตามจังหวะ ในพื้นที่โบโพลาร์ และกิจกรรมปลูกผักในพื้นที่โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ตามความสมัครใจและพร้อมใจที่จะเข้าไปร่วมกิจกรรม แสดงให้เห็นถึงการให้อิสระแต่อยู่ภายใต้การควบคุมให้มีการบำบัด

พื้นที่ทางธรรมชาติ

รูปแบบของการจัดการพื้นที่ธรรมชาติในพื้นที่ที่ถูกควบคุม ปกป้อง เชื่อมต่อและให้อิสระ นั้น มีรูปแบบของการจัดการดังภาพที่ 79 ด้านล่างนี้



ภาพที่ 79 รูปแบบของการจัดการพื้นที่ธรรมชาติในพื้นที่ที่ถูกควบคุม ปกป้อง เชื่อมต่อและให้อิสระ

(ก) แสดงพื้นที่สีเขียวในพื้นที่ที่ถูกควบคุมของโรคควิดกังวล ธรรมชาติจึงถูกควบคุมให้มีความเฉพาะและ แทรกตัวกับพื้นที่นั้น

(ข) แสดงพื้นที่สีเขียวในพื้นที่แบบปกป้อง ให้มีการเชื่อมต่อกับพื้นที่สีเขียวที่กว้างขึ้น

(ค), (ง) และ (จ) แสดงพื้นที่สีเขียวในรูปแบบการให้อิสระและเชื่อมต่อ การโอบอุ้ม ห่อหุ้มพื้นที่ของ สันหนากการและพื้นที่กิน เพื่อให้เกิดบรรยากาศผ่อนคลาย

บทที่ 5

วิเคราะห์การจัดระบบพื้นที่และที่ตั้งโครงการ

เนื้อหาในบทนี้เป็นการทดลองใช้งานเครื่องมือผ่านการออกแบบสถาปัตยกรรมที่พักพิง (Shelter House) ชั่วคราวในสถานที่จริงเพื่อยืนยันและพิสูจน์ว่าเครื่องมือที่ได้มาเป็นองค์ความรู้สามารถนำไปทดลองกับพื้นที่จริงอื่นๆ ที่มีรูปร่าง ขนาดและทำเล ใกล้เคียงกันโดยมีลำดับเนื้อหาจากการอ้างอิงโปรแกรมจากกรณีศึกษา หาขนาดพื้นที่โครงการ วิเคราะห์พื้นที่ตั้งในเขตเมือง พิจารณา รูปร่างที่ดินในเมือง และเลือกสถานที่ตั้งโดยพิจารณาจากเกณฑ์ วิเคราะห์บริบทข้างเคียง โดยคำนึงถึง ข้อจำกัดของอาคารทางจิตทั้ง 3 เป็นหลัก แล้วจึงนำไปสู่ขั้นตอนการออกแบบและพิสูจน์ว่าชุด แนวความคิดนี้สามารถทำงานร่วมกับพื้นที่เมืองและสามารถสร้างความเป็นส่วนตัวไว้ในที่เดียวกัน อย่างมีระบบตามวัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์

รูปแบบโครงการและแนวคิดการจัดการระบบพื้นที่โดยแบ่งตามกลุ่มโรค

1 พื้นที่นอน สัดส่วนและขนาด

พื้นที่นอนเป็นพื้นที่แบ่งตามลำดับความเป็นส่วนตัวไปหาพื้นที่ใหญ่ที่เป็นระดับสังคม ได้แก่ พื้นที่ส่วนตัวในระดับบุคคล (Personal space) หรือห้องนอนเดี่ยว และเป็นพื้นที่ในระดับรวมกลุ่ม



ภาพที่ 80 แสดงความสัมพันธ์ของจำนวนของพื้นที่นอนเหมาะสมของแต่ละกลุ่มโรค

1.1 ห้องนอนเดี่ยว จากภาพ 80 ทั้ง 3 โรคต้องใช้วิธีการควบคุมที่แตกต่างกันคือ โรควิตกกังวล และซึมเศร้าจะใช้สัดส่วนของจำนวนห้องเดี่ยวมากกว่ากลุ่มเนื่องจาก มีอาการของโรคมีความแปรปรวนและอ่อนไหวกับสิ่งเร้าภายนอกได้ง่ายที่สุด ภายในห้องนอนจึงใช้วิธีการควบคุมตาม หัวข้อ

การควบคุมในบทที่ 2 การใช้งานพื้นที่ภายในห้องนอนเดี่ยวนั้นมิกิจกรรม การนอน นั่งอ่านหนังสือ และห้องน้ำ



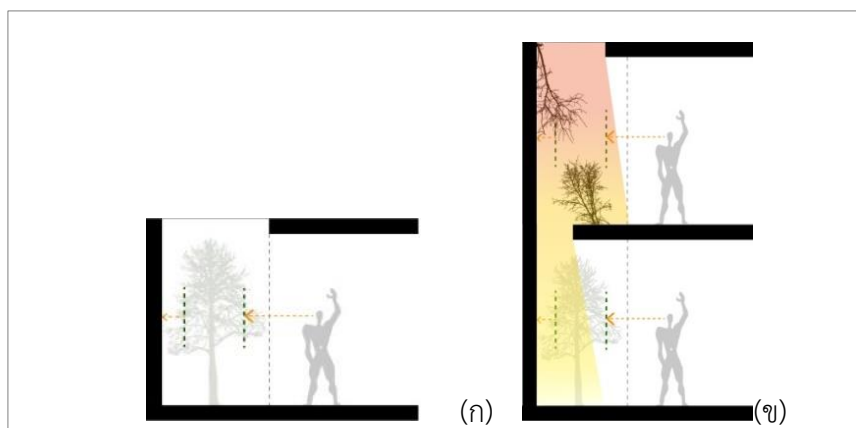
ภาพที่ 81 แสดงแผนภาพการใช้งานพื้นที่ภายในห้องนอนเดี่ยว

มิกิจกรรม การนอน นั่งอ่านหนังสือ และห้องน้ำของโรคทั้ง 3 ขณะเดียวกันนั้นเมื่อห้องนอนเดี่ยวถูกควบคุมให้มีขนาดของห้องที่เท่ากัน ช่องเปิดที่ทั้งแสดงการควบคุมมุมมองที่อย่างน้อยต้องมีช่องเปิดแบบปิดตาย แต่ยังสามารถให้ผู้ป่วยได้เชื่อมต่อกับสิ่งแวดล้อมที่มีความเฉพาะเจาะจงและเชื่อมต่อกับแสง ตามภาพที่ 81 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์พื้นที่ที่บริบทข้างเคียงของสถานที่ตั้งของโครงการ



ภาพที่ 82 แสดงผังห้องนอนโรคติดกังวลและซึมเศร้าที่มีการควบคุมช่องเปิดเพื่อให้เชื่อมต่อกับพื้นที่ธรรมชาติกับแสง

จากภาพที่ 82 จะเห็นว่าไม่เพียงแต่มีการควบคุมเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อกับธรรมชาติแล้ว แต่ภายในห้องยังรับรู้ได้ถึงความเป็นอิสระจากการหลีกเลี่ยงการใช้มุมมองจาก ภาพ (ก) เปลี่ยนไปเป็น ภาพ (ข) และภาพ (ค) แสดงมุมมองและการควบคุมแสงแบบตกรกระทบ (Indirect light) จากด้านข้าง จะสังเกตเห็นว่าภายในห้องนอนไม่มีตู้เสื้อผ้าหรือราวแขวนหรือมือจับประตู ทั้งนี้ป้องกันความปลอดภัยไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง



ภาพที่ 83 แสดงภาพตัดการควบคุมช่องเปิดห้องนอนเดี่ยวโรควิดกักขังและซีมเคร้าให้มีมุมมองหลบ หลีกจากสิ่งรบกวนภายนอกและเชื่อมต่อกับพื้นที่ธรรมชาติและแสงธรรมชาติ

(ก) - (ข) แสดงภาพการควบคุมมุมมองและการเชื่อมต่อกับธรรมชาติสำหรับพื้นที่นอนที่มีความสูง 1 ชั้น และ 2 ชั้น ตามลำดับ ให้ดูตารางที่ 3-4 ของบทที่ 2

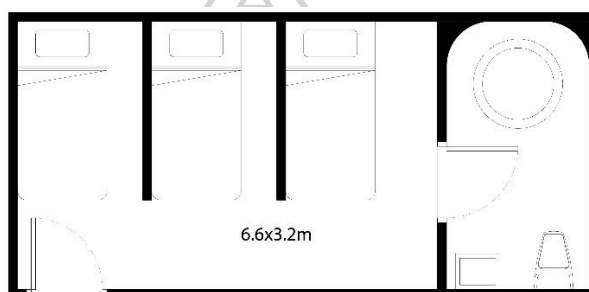
จากภาพที่ 83 แสดงให้เห็นว่าการควบคุมแสงธรรมชาติให้เข้ามาภายในห้องนอนต้องคำนึงถึง ทิศทางและการปรับเปลี่ยนขนาดช่องเปิดให้สอดคล้องกับปริมาณแสง มุมมอง แม้กระทั่งการวางอาคาร ในแนวตั้งเองก็ตาม แสงสามารถส่องลงมายังบริเวณชั้นล่างได้ทั่วถึง



ภาพที่ 84 แสดงการทดลองการนำแสงธรรมชาติแบบตกรกระทบแบบด้านข้างเข้ามาในพื้นที่นอนส่วน ควบคุม

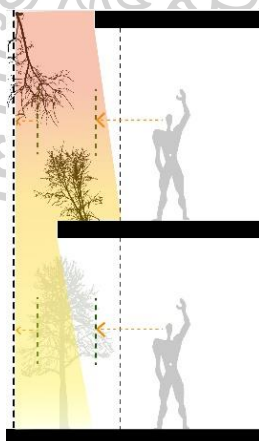
ส่วนสรุปของพื้นที่นอนของโรคทั้ง 3 คือ มีการควบคุมที่ใช้เหมือนกัน ได้แก่ แสงธรรมชาติที่ใช้แบบการตกกระทบ (indirect light) ขนาดของห้องนอนทั้งห้องนอนเดี่ยวและแบบห้องนอนกลุ่ม แต่มีความแตกต่างกันคือจำนวนห้องที่ทั้ง 3 โรค ด้วยเหตุผลข้างต้น

1.2 ห้องนอนกลุ่ม เป็นห้องที่ลดการควบคุมของระดับความเป็นส่วนตัวลง เพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อแบบการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น สัดส่วนตามภาพที่ 80 ดังนั้นความต้องการใช้สอยพื้นที่จึงมีพื้นที่นอน เก้าอี้ของ และห้องน้ำที่ใช้ด้วยกัน การเชื่อมต่อกับธรรมชาติกระทำได้โดยเพิ่มมุมมองกับบริบทรอบข้างได้หรือการใช้ขอบเขตที่บังสายตาที่เบาบางลง ผู้ป่วยจึงถูกควบคุมจำนวนได้ ไม่เกินห้องละ 3-5 คน



ภาพที่ 85 แสดงผังแนวคิดของห้องนอนกลุ่มของทั้ง 3 โรคซึ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น

จากภาพที่ 85 การนอนแบบรวมกลุ่มแต่ยังมีการควบคุมมุมมองสายตาแต่เพิ่มความเป็นส่วนตัวระหว่างนอนจึงใช้ผนังกัน (Partition)



ภาพที่ 86 แสดงภาพตัดของห้องนอนแบบรวมกลุ่มในโรคโปลิโอและอาการเกร็งก่อนเป็นซึมเศร้า

จากภาพที่ 86 จะเห็นว่าผู้ป่วยสามารถเชื่อมต่อกับบริบทภายนอกได้ในระดับที่ยังไม่ชัดเจนมากนัก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ยังให้เชื่อมต่อกับคนและพื้นที่ภายในเป็นหลัก แม้กระทั่งในระดับแนวตั้ง ผู้ป่วยสามารถเชื่อมต่อกับแสงธรรมชาติได้เช่นเดียวกับห้องนอนเดี่ยว

2 พื้นที่นั่งเล่น สัดส่วนและขนาด

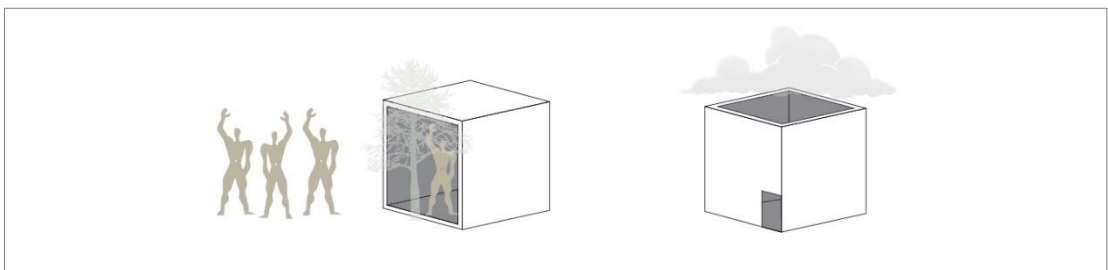
พื้นที่นั่งเล่นเป็นพื้นที่ในระดับที่ใช้รูปแบบสังคมรวมกลุ่มใช้การเชื่อมต่อกับบุคคลอื่นและมีความเป็นสาธารณะมากขึ้น ทั้งนี้ระดับความเป็นสาธารณะยังต้องให้ผู้ป่วยมีอิสระและสามารถเลือกใช้พื้นที่ส่วนตัวได้เช่นกัน ตามภาพที่ 87



ภาพที่ 87 แสดงความสัมพันธ์และสัดส่วนจำนวนของพื้นที่ห้องนอนและการสร้างระบบพื้นที่นั่งเล่น

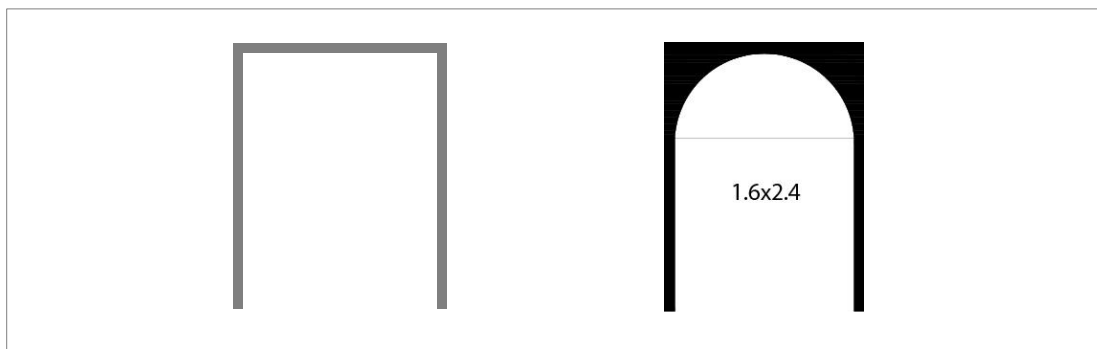
2.1 พื้นที่นั่งเล่นแบบส่วนตัวหรือพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1

เนื่องจากพื้นที่ส่วนนี้จะถูกนำมาเป็นส่วนหนึ่งในระบบพื้นที่นอน ซึ่งจะมีจำนวนการใช้ลดหลั่นกันไปตามภาพที่ 87 พื้นที่ส่วนที่ต้องการความเป็นส่วนตัวมากที่สุดคือส่วนควบคุมวิตกกังวลและซึมเศร้า ในส่วนนี้ผู้ป่วยที่ต้องการริเริ่มเข้ามาสู่พื้นที่สาธารณะแบบกลุ่มย่อย แต่ยังต้องการพื้นที่ส่วนตัวด้วยในเวลาเดียวกัน ซึ่งเป็นหลักการจากการทบทวนวรรณกรรมจากบทที่ 2 ที่ได้กล่าวไว้



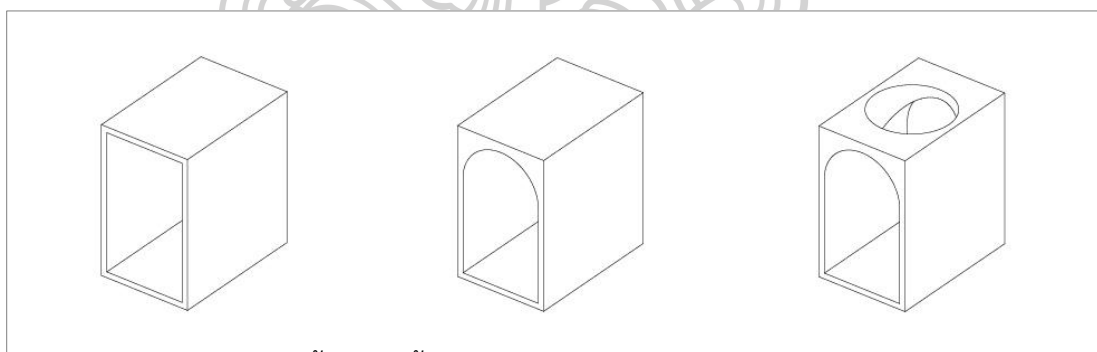
ภาพที่ 88 แสดงแนวคิดของการสร้างระบบพื้นที่นั่งเล่นแบบส่วนตัวหรือพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1

จากภาพที่ 88 เป็นแนวคิดของการสร้างพื้นที่นั่งเล่นแบบส่วนตัวดังนั้นการที่ผู้ป่วยใช้งานพื้นที่ส่วนนี้ จะใช้วิธีเชื่อมต่อกับธรรมชาติเป็นหลักแต่ยังเชื่อมต่อกับบุคคลแบบกลุ่มด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงใช้พื้นที่ที่ปิดรอบด้านหรือมีการเปิดด้านบนเพื่อให้เชื่อมต่อกับพื้นที่สีเขียวและท้องฟ้าด้านบน



ภาพที่ 89 แสดงผังและขนาดของพื้นที่นั่งเล่นแบบส่วนตัว

จากภาพที่ 89 ภาพด้านซ้ายเป็นขนาดพื้นที่ ขนาด 1.6×2.4 ม. เป็นขนาดที่คน 1 คนเข้าไปใช้งานในลักษณะการซ่อนตัวแต่ไม่รู้สึกรออด ภาพขวาเป็นการเพิ่มความอิสระในการรับรู้พื้นที่ ที่ใช้การหลีกเลี่ยงมุมฉากทำให้ผู้ปวยได้มีจินตนาการและสงบนิ่งกับสิ่งที่อยู่ตรงหน้า นั่นคือ ธรรมชาติที่เป็นต้นไม้และท้องฟ้า

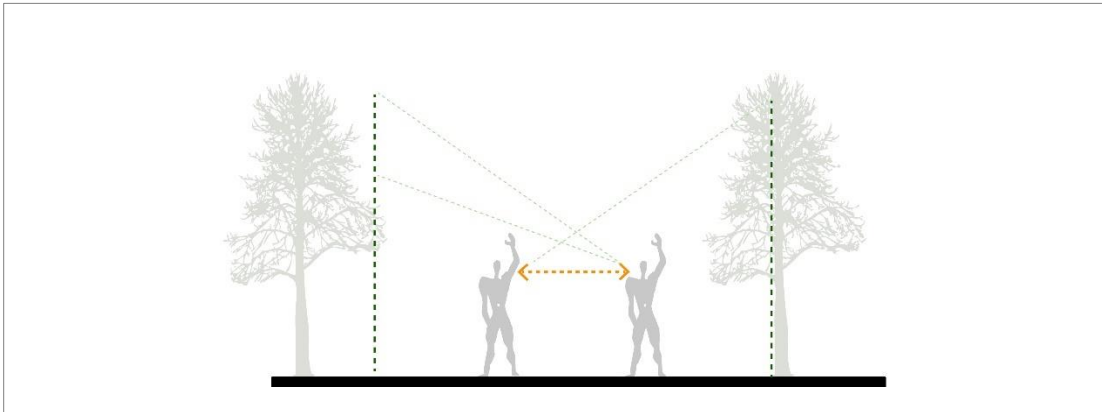


ภาพที่ 90 แสดงรูปร่างและพื้นที่ของพื้นที่ส่วนตัวระดับที่ 1

จากภาพที่ 89 เห็นได้ว่าผู้ปวยมีการถูกควบคุมเพื่อให้เชื่อมต่อกับพื้นที่ธรรมชาติ โดยปิดกั้นสิ่งเร้าจากรอบด้าน เป็นการส่งเสริมให้ผู้ปวยเริ่มออกมาเข้าสังคมและสร้างความคุ้นชินเพื่อจะได้ออกไปใช้งานในพื้นที่ที่เป็นสาธารณะได้ พื้นที่ส่วนนี้จึงเปรียบเสมือนที่หลบภัยท่ามกลางความจอบจากพื้นที่ที่มีการรวมกลุ่ม พื้นที่ส่วนนี้จึงถูกเรียกว่า “โพรงกระต่าย” (Rabbit Hole)

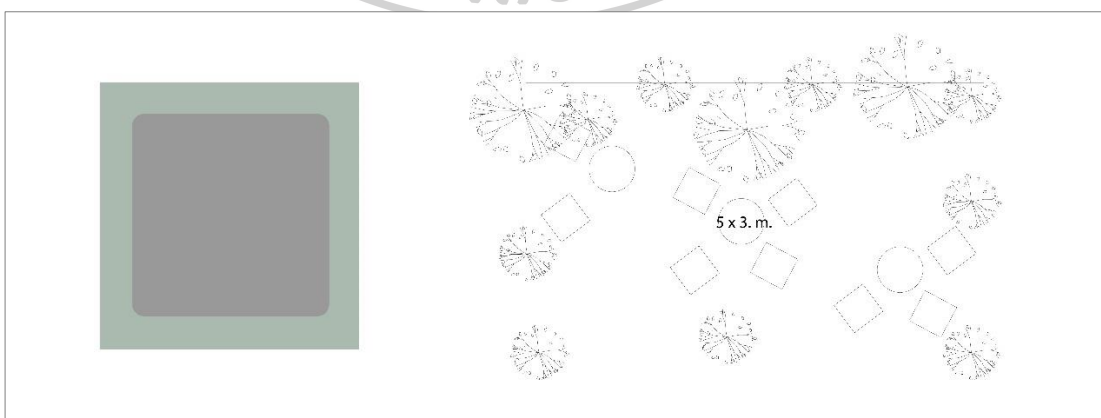
2.2 พื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2

ถัดจากพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1 หรือโพรงกระต่ายจะเป็นพื้นที่สังคมรวมกลุ่มในภาพที่ 86 จะมีขนาดสัดส่วนของทั้ง 3 โโรคที่แตกต่างกัน จะใช้ความความสัมพันธ์แบบเชื่อมต่อกับบุคคลมากขึ้น และพื้นที่ส่วนนี้จึงใช้เป็นพื้นที่ในการสร้างกิจกรรมบำบัดขนาดย่อมได้ เช่น ดนตรีและศิลปะบำบัด



ภาพที่ 91 แสดงแนวคิดพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 ด้วยหลักการเชื่อมต่อกับบุคคลโดยใช้พื้นที่ธรรมชาติ ช่วยสร้างบรรยากาศการรวมกลุ่ม

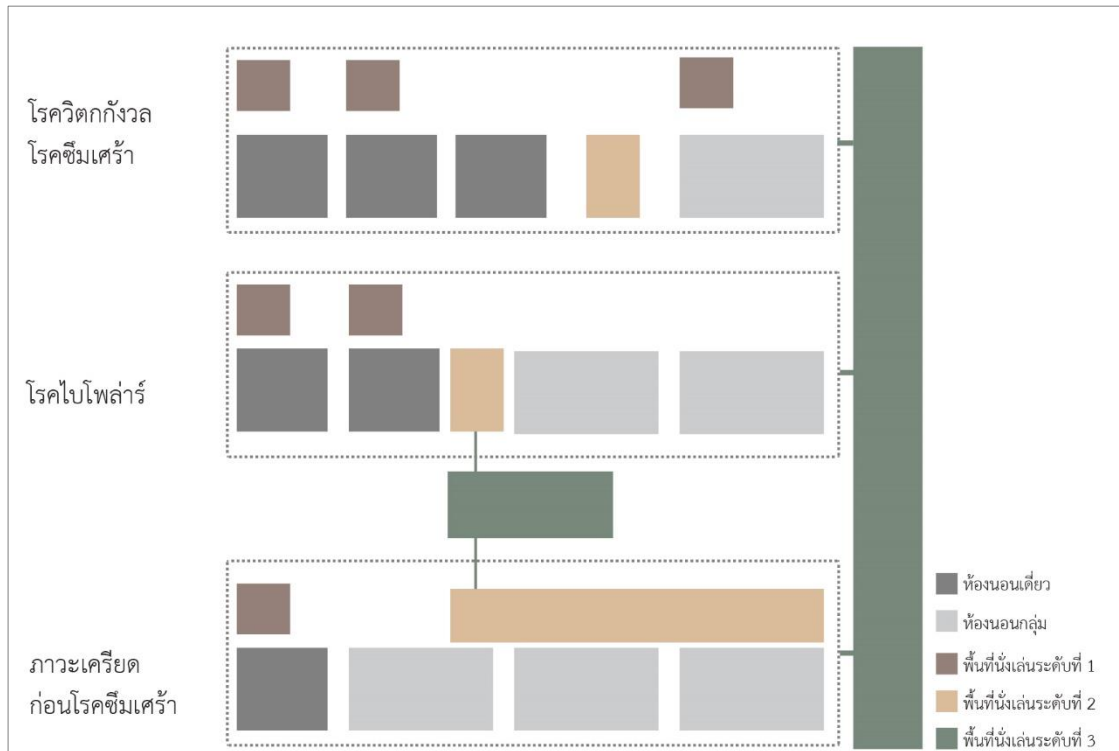
พื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 แบบสังคมรวมกลุ่มจะอยู่ในระบบพื้นที่นอนของโรคติดกังวล ซึมเศร้า และไบโพลาร์ ตามสัดส่วนจากน้อยไปมากตามลำดับ ทั้งนี้เพื่อมอบความอิสระในการเลือกใช้พื้นที่ให้แก่ผู้ป่วย จากภาพที่ 90 พื้นที่ส่วนนี้จึงเป็นการมุ่งเน้นไปที่การเชื่อมต่อของกลุ่มคนซึ่งรวมกลุ่มกัน ตั้งแต่ 3-7 คน จะอยู่ในพื้นที่นอนของแต่ละโรคดังที่กล่าวไว้ ทั้งนี้จึงเปรียบเทียบกับพื้นที่ส่วนนี้ เป็นเสมือนห้องรับแขกของบ้าน



ภาพที่ 92 แสดงแนวคิดการห้องล้อมพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 ด้วยพื้นที่ธรรมชาติเพื่อสร้างขอบเขตของสังคมรวมกลุ่ม

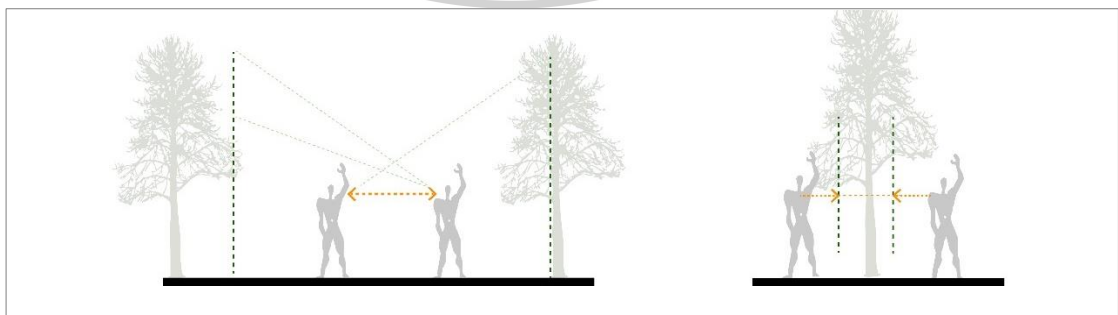
2.3 พื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3 สัดส่วนและขนาด

พื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3 จะใช้ส่วนนี้เป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างพื้นที่ควบคุมของโรคใบโพลาร์และโรคเครียดที่เกิดจากซิมเซร่าเข้าด้วยกัน และเป็นพื้นที่ที่รวมเอาบุคคลภายนอกเข้ามาใช้พื้นที่ด้วย



ภาพที่ 93 แสดงความสัมพันธ์และสัดส่วนจำนวนของการสร้างระบบพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3

พื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3 ใช้การเชื่อมต่อกับบุคคลและมีความอิสระในการเลือกใช้พื้นที่ การเคลื่อนไหว ซึ่งพื้นที่ส่วนนี้จะอยู่ในส่วนของพื้นที่ที่มีความเป็นสาธารณะมากที่สุด คือ พื้นที่กิน สันทนาการ และกิจกรรมบำบัด



ภาพที่ 94 แสดงแนวความคิดการเชื่อมต่อพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3 เน้นที่ตัวบุคคลเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ พื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 3 เปรียบเสมือนส่วนต้อนรับบริเวณหน้าบ้าน เป็นลานโล่ง (Courtyard) ที่ทุกคนสามารถเข้ามาใช้งาน เดินผ่านหรือการรวมกลุ่มกันเพื่อจัดกิจกรรม จากภาพ 94 จะเห็นได้ว่า

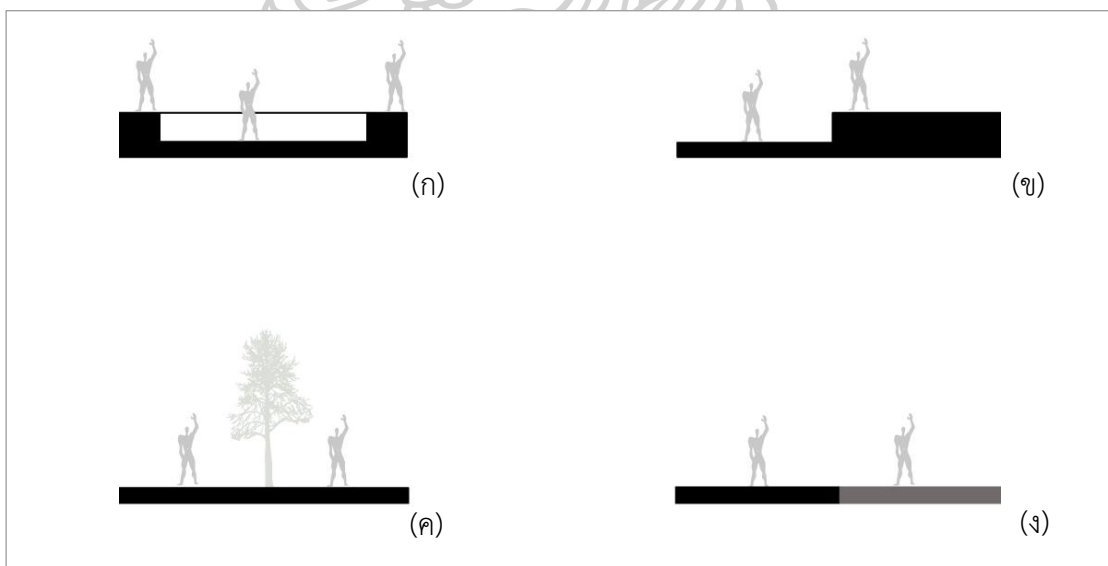
เมื่อคนสร้างปฏิสัมพันธ์กัน ธรรมชาติเป็นเพียงส่วนที่รองลงมาจะมีประโยชน์ในแง่ของการสร้างบรรยากาศ หรือ ภาพด้านขวา ใช้ธรรมชาติที่เป็นต้นไม้ช่วยชะลอความเร็วการเคลื่อนไหวของคน และมีประโยชน์ในแง่ของการสร้างขอบเขตภายใต้ความสาธารณะ

ส่วนสรุปของพื้นที่นั่งเล่นคือระบบการควบคุมพื้นที่เพื่อทำให้มีความอิสระของการเลือกใช้งาน ถึง 3 ระดับ หรือแม้แต่พื้นที่ภายนอกที่สามารถเลือกใช้งาน นอกเหนือจากพื้นที่นั่งเล่น 3 ระดับ ดังภาพที่ 27

3 พื้นที่กิน ลัดส่วนและขนาด

พื้นที่กินประกอบด้วย พื้นที่นั่งกินและพื้นที่ครัว ทั้งสองส่วนนี้เป็นพื้นที่ที่ใช้หลักการให้อิสระและการเชื่อมต่อ การมีปฏิสัมพันธ์ ซึ่งมีรายละเอียดและขนาดพื้นที่ดังนี้

3.1 พื้นที่นั่งกิน ตามแนวคิดของการเชื่อมต่อ การมีอิสระ นั่นคือ การให้ผู้ช่วยสามารถนั่งกินอาหารตามบริเวณที่กำหนด หรือนำไปกินยังพื้นที่อื่น ๆ ที่เป็นพื้นที่สำหรับให้อิสระที่เป็นสาธารณะในโครงการนี้มีการจัดการพื้นที่และช่วยส่งเสริมผู้ปวยให้เข้าใช้งานแบบสาธารณะไม่นั่งกินเดี่ยว ซึ่งมีขนาดของการใช้พื้นที่ แนวคิดการใช้พื้นที่ให้ดูภาพที่ 71 กับภาพที่ 72 และการแบ่งขอบเขตระหว่างผู้ใช้งานหลักกับบุคคลภายนอกได้ดังต่อไปนี้

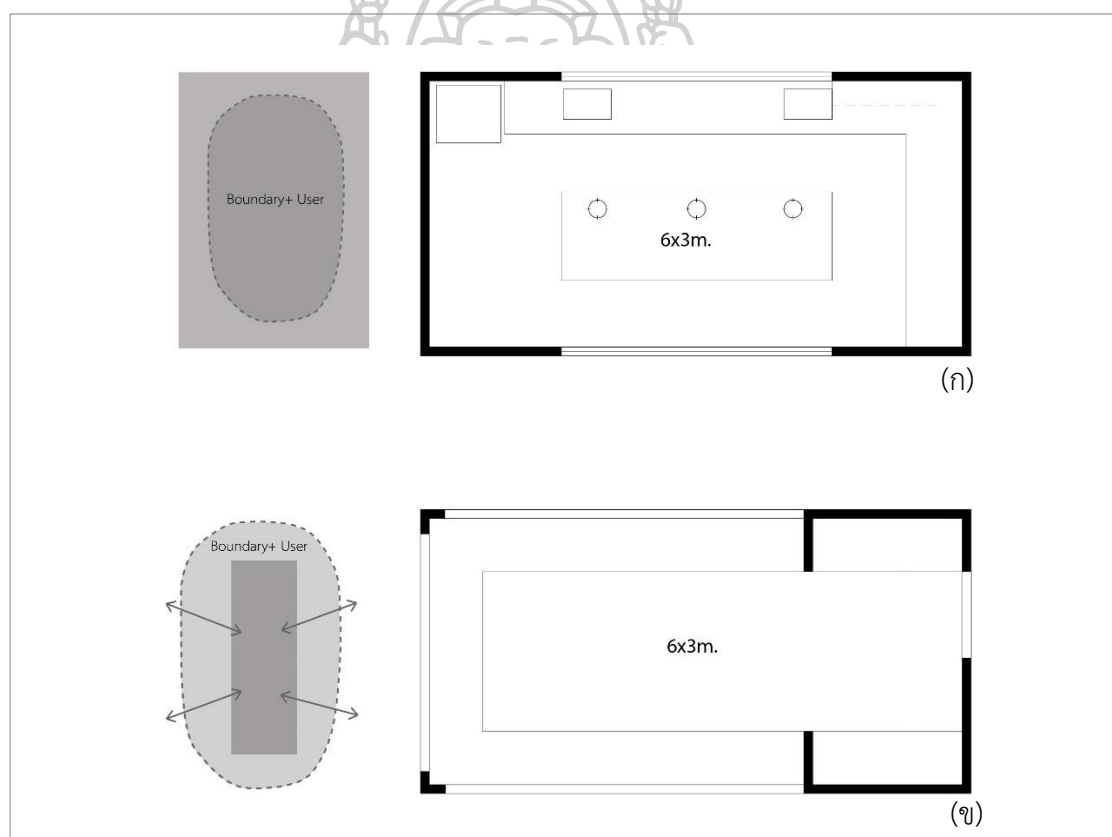


ภาพที่ 95 แสดงวิธีการแบ่งขอบเขตเพื่อทำให้เกิดความเป็นส่วนตัวในพื้นที่สาธารณะ

- (ก) แสดงการใช้พื้นที่ต่างระดับ ใช้น้ำ ดิน หรือพื้นไม้เป็นธรรมชาติแบ่งขอบเขต (ข) แสดงพื้นที่ต่างระดับ (ค) แสดงวิธีการแบ่งขอบเขตแนวตั้งโดยใช้ผนังกัน (Partition) จากธรรมชาติ (ง) แสดงการแบ่งขอบเขตโดยใช้ความต่างของวัสดุเนื่องจากให้ผิวสัมผัส (Texture) ต่างกัน

พื้นที่นั่งกิน ใช้พื้นที่แบบนั่งกลุ่ม ตั้งแต่ 2 – 5 คน รวมกันเป็นพื้นที่เล็กและค่อยๆขยายไปยังลานโล่งที่ล้อมรอบไปด้วยพื้นที่สีเขียว พื้นที่กินในที่นี้รวมถึงพื้นที่ที่เป็นร้านอาหารและร้านขายเครื่องดื่มที่ทำหน้าที่เสมือนส่วนต้อนรับ ซึ่งเป็นส่วนที่กำลังพิสูจน์ว่าการเชื่อมต่อส่วนนี้เป็นส่วนแรก และเป็นส่วนที่กำลังเชื่อมต่อไปยังส่วนอื่นๆของโครงการ

3.2 พื้นที่ครัว เป็นส่วนที่ประกอบด้วยส่วนครัวเป็นส่วนกลางที่ให้ผู้ป่วยเข้ามาทำกิจกรรมปรุงอาหารตามหลักการความเป็นอยู่ที่ดีจากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 กับส่วนที่ใช้ขายอาหารสำเร็จรูปที่ปรุงจากสัดส่วนความต้องการจากโรคของผู้ป่วย ใช้แนวคิดตามภาพที่ 73 โดยใช้หลักการของความอิสระในการเลือกใช้พื้นที่ และการเชื่อมต่อ



ภาพที่ 96 แสดงผังแนวทางการออกแบบครัวส่วนปรุงกับส่วนขายอาหาร

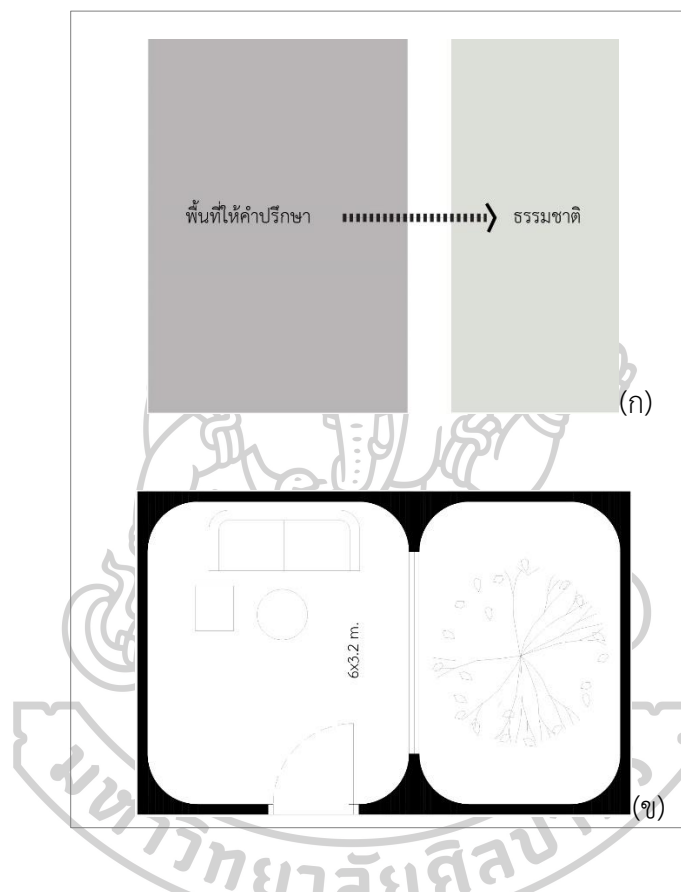
(ก) แสดงผังส่วนครัวที่เป็นพื้นที่ส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยเนื่องจากการใช้พื้นที่ปรุงร่วมกัน เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์จึงใช้พื้นที่ส่วนกลางครัวด้วยกัน

(ข) แสดงผังส่วนขายอาหาร เนื่องจากเป็นพื้นที่สาธารณะที่ใช้ร่วมกับบุคคลภายนอก จึงต้องออกแบบให้พื้นที่เชื่อมต่อรอบด้าน

4 พื้นที่ให้คำปรึกษา

ระดับพื้นที่ให้คำปรึกษาในภาพที่ 97 แสดงระบบพื้นที่ให้คำปรึกษาในพื้นที่ใช้การควบคุม ปกป้อง เชื่อมต่อและให้อิสระมีพื้นที่ที่ให้ความเป็นส่วนตัวและในระดับสาธารณะ ดังนั้นแนวทางการ ออกแบบพื้นที่ให้คำปรึกษาซึ่งแบ่งตามลำดับดังต่อไปนี้

4.1 การออกแบบพื้นที่ให้คำปรึกษาแบบส่วนตัวในพื้นที่ควบคุม



ภาพที่ 97 แสดงผังการออกแบบพื้นที่ธรรมชาติแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ควบคุม

(ก) แสดงแนวคิดการออกแบบพื้นที่ธรรมชาติแบบเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ควบคุม

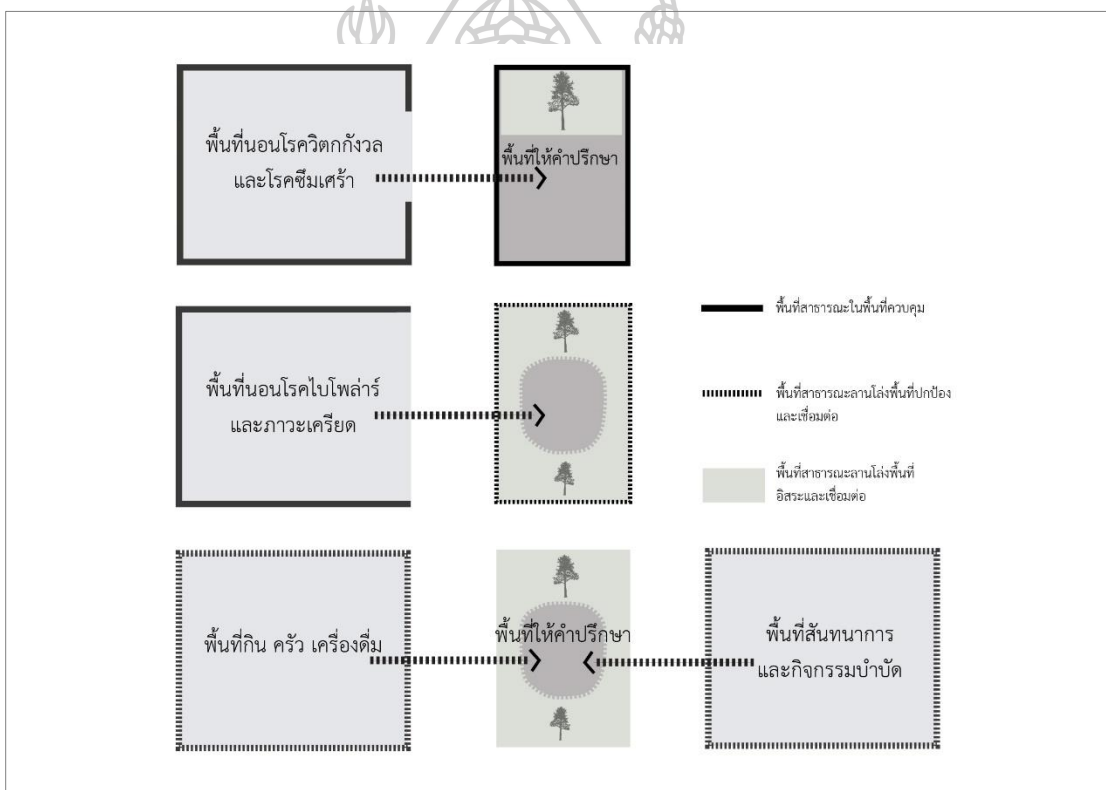
(ข) แสดงแนวคิดผังการออกแบบและขนาดพื้นที่ให้คำปรึกษาแบบเป็นส่วนตัว

แนวทางการออกแบบพื้นที่ให้คำปรึกษาแบบควบคุมธรรมชาติตามอาการของโรค จากภาพ 96 และ 97 เป็นพื้นที่ให้ความเป็นส่วนตัวที่อยู่ในพื้นที่นอนของโรควิกฤตกังวลและซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ป่วย ไม่รู้สึกต้องลงเลหรือตัดสินใจในการเข้าไปรับการปรึกษา พื้นที่รอบด้านจึงเป็นพื้นที่ปิดใช้ระดับการ ปกป้องที่ 1 และใช้ธรรมชาติต้นไม้ หิน และน้ำ มาจัดตกแต่งสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย ผู้ป่วย สามารถเชื่อมต่อกับธรรมชาติเพื่อสร้างความสงบนิ่ง ได้ด้วยวิธีการแช่เท้าในน้ำได้อีกด้วย

ไม่เพียงแต่การเชื่อมต่อกับธรรมชาติที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้สึกผ่อนคลาย แต่ยังเป็นการลบมุมห้อง ทำให้พื้นในห้องไร้มุม หลักการมอบความอิสระให้แก่พื้นที่ด้วยวิธีการหลบหลีกความเป็นมุมฉาก (Anti-parallel)

4.2 การออกแบบพื้นที่ให้คำปรึกษาในพื้นที่สาธารณะ

ในพื้นที่นี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะเผชิญสังคมภายนอกที่มีความเป็นสาธารณะ ซึ่งแบ่งระดับความสาธารณะเอาไว้ 3 ระดับเรียงกันจากน้อยไปมาก ตามภาพที่ 77 ได้แก่ ระดับรวมกลุ่มในพื้นที่ควบคุม (พื้นที่นอนโรควิดกักขังและซิมเศร่า) ระดับรวมกลุ่มในพื้นที่ปกป้องและเชื่อมต่อ (พื้นที่ลานโล่งระหว่างโรคไปโพลาร์และภาวะเครียดก่อนโรคซิมเศร่า) และระดับที่มีความสาธารณะที่สุดคือ บริเวณพื้นที่อิสระและเชื่อมต่อ (พื้นที่กิน)



ภาพที่ 98 แสดงผังการออกแบบพื้นที่ให้คำปรึกษาในพื้นที่แบ่งตามความสาธารณะ

จากภาพที่ 98 แสดงถึงพื้นที่สาธารณะแบบรวมกลุ่มย่อยระหว่างพื้นที่ของโรควิดกักขังและซิมเศร่าซึ่งอยู่ในพื้นที่ควบคุม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกมาเข้าสังคมในระดับที่ 2 จากพื้นที่ปรึกษาที่ให้ความเป็นส่วนตัวจากข้อ 1.4.1

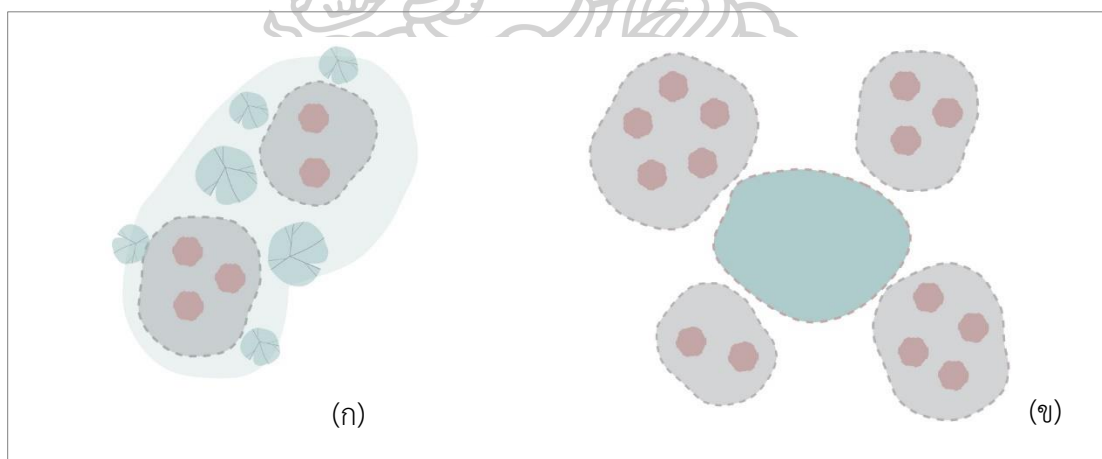
พื้นที่ที่ให้ความสะอาดซึ่งอยู่บริเวณลานโล่ง ซึ่งจะมีความเปิดเผยพร้อมกับถูกห้อมล้อมด้วยหลักการปกป้อง จากธรรมชาติทั้งพื้นที่สีเขียวที่ให้ความเป็นป่า หรือเป็นน้ำในรูปแบบสระน้ำ เพื่อสร้างบรรยากาศสงบนิ่ง

พื้นที่ให้คำปรึกษาที่มีความสะอาดที่สุดคือการให้อิสระ พื้นที่กิน ทั้งพื้นที่นั่งกินอาหาร พื้นที่เครื่องดื่มซึ่งเป็นด่านแรกที่ทำหน้าที่ต้อนรับบุคคลภายนอกซึ่งเป็นส่วนแรก

5 พื้นที่สนทนาและกิจกรรมบำบัด

พื้นที่สนทนาการเป็นพื้นที่แบบสังครมกลุ่มของผู้ป่วย เพื่อมารวมกลุ่มย่อย 3-5 คนในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเชื่อมต่อระหว่างตัวบุคคลด้วยกัน ซึ่งเป็นพื้นที่ในระบบเดียวกันกับพื้นที่ให้คำปรึกษา นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมหมุนเวียนจากนักจิตวิทยาเข้ามาให้ความรู้ ให้คำปรึกษาในการใช้ชีวิต แนะนำแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ถูกต้องทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

พื้นที่กิจกรรมบำบัด ทางโครงการได้กำหนดกิจกรรมเอาไว้ดังนี้ กิจกรรมฟัง-เล่นดนตรี กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมการเรียนรู้ ฟัง-อ่าน ในรูปแบบห้องหนังสือ และมีกิจกรรมรวมกลุ่มขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้แสดงความสามารถ บริเวณพื้นที่ลานโล่งที่ความสะอาดมากที่สุด ตามภาพที่ 99 และเรียงตามลำดับตามวาระโอกาสในหัวข้อ ที่ 3 กิจกรรมและผู้ใช้งาน



ภาพที่ 99 แสดงการจัดระบบพื้นที่สนทนาการและพื้นที่กิจกรรมบำบัดที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ

(ก) แสดงระบบพื้นที่นั่งรวมกลุ่ม 2-3 คน โดยมีธรรมชาติห้อมล้อม (Negative space)

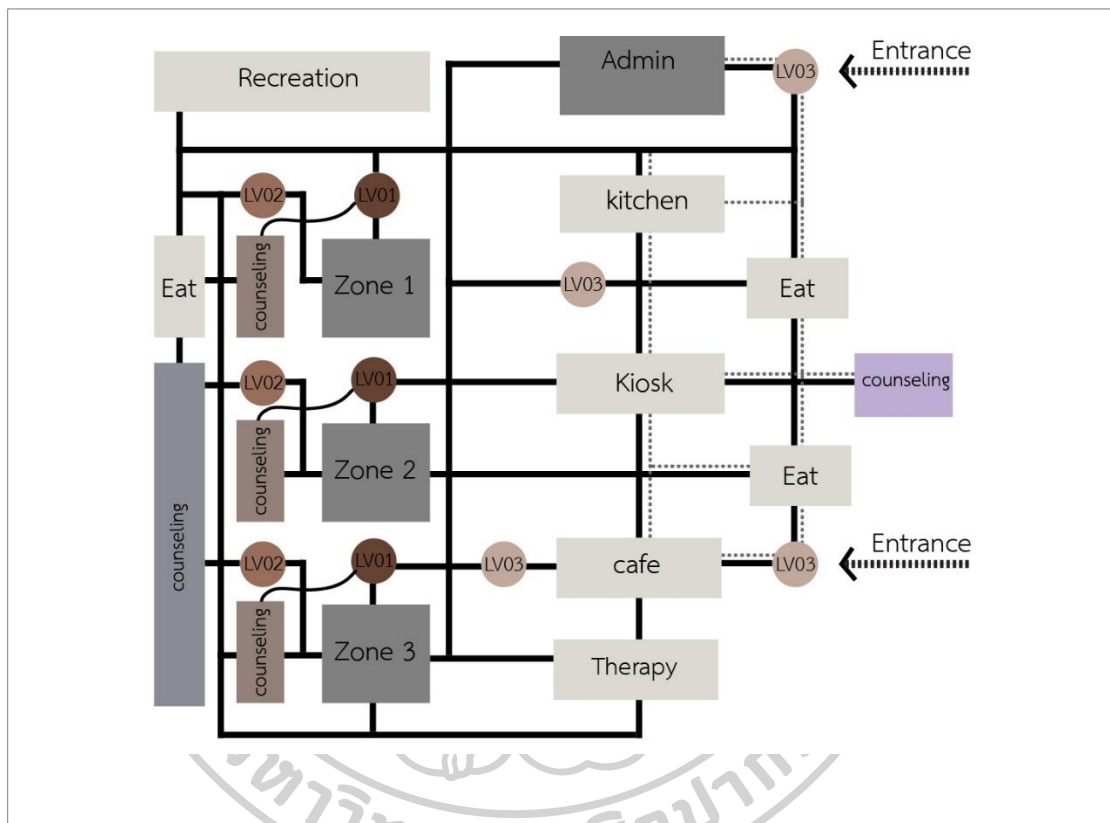
(ข) แสดงระบบพื้นที่นั่งรวมกลุ่ม 2-5 คนโดยนั่งล้อมรอบพื้นที่ธรรมชาติ (น้ำ) (Positive space)

พื้นที่ในลักษณะนี้เป็นพื้นที่การทำงานแบบการสลับพื้นที่ระหว่างพื้นที่เชิงบวกและพื้นที่เชิงลบ (Positive - Negative space) มีขนาดพื้นที่โดยประมาณดังนี้ โดยคิดจากจำนวนคนรวมกันมากที่สุดในวันมีกิจกรรมประจำสัปดาห์ 60 คน

6 พื้นที่สำหรับสำนักงาน

พื้นที่สำนักงานจะประกอบด้วยพื้นที่ส่วนสำนักงานของพนักงาน ส่วนประชุม ห้องพักแพทย์ และนักจิตวิทยา

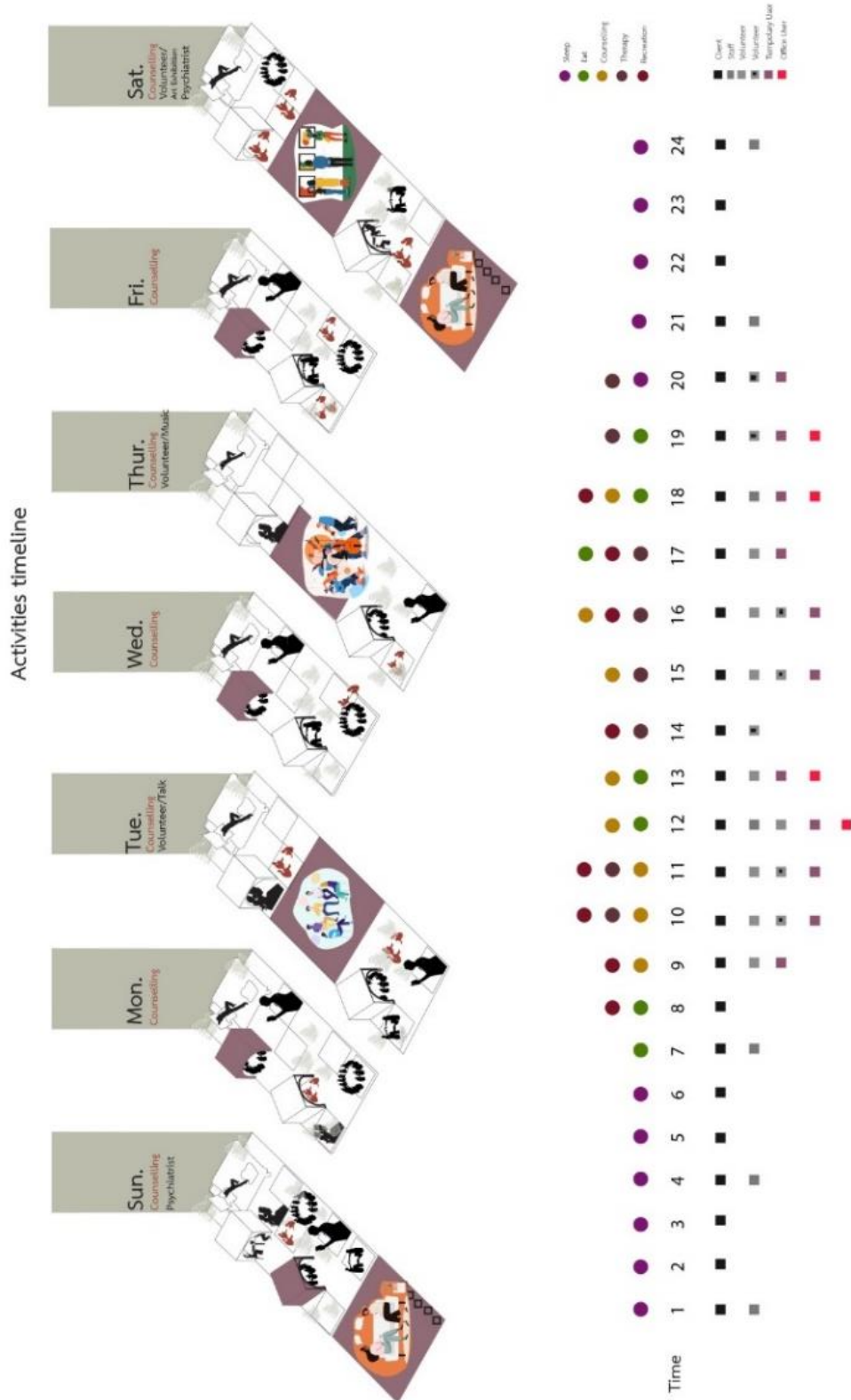
ระบบความสัมพันธ์ของพื้นที่



ภาพที่ 100 แสดงความสัมพันธ์ของพื้นที่ระหว่างผู้ใช้งานหลักและผู้ใช้งานรอง

ระบบความสัมพันธ์โดยเรียงลำดับจากทางเข้าหลักซึ่งมี 2 ทางด้วยกัน เข้าสู่พื้นที่กินของทั้งอาหารและเครื่องดื่มเป็นพื้นที่อิสระและเชื่อมต่อเป็นส่วนที่ใช้งานได้ทั้งผู้ป่วยและคนนอก ถัดมาเป็นพื้นที่ปกป้อง เชื่อมต่อและควบคุม ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้ใช้งานหลักคือผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ แพทย์และนักจิตวิทยา

กิจกรรมในโครงการประจำสัปดาห์แบ่งตามประเภทผู้ใช้งาน



ภาพที่ 101 แสดงกิจกรรมและเวลาสถานที่แบ่งตามประเภทของผู้ใช้งาน

ขนาดพื้นที่โครงการ

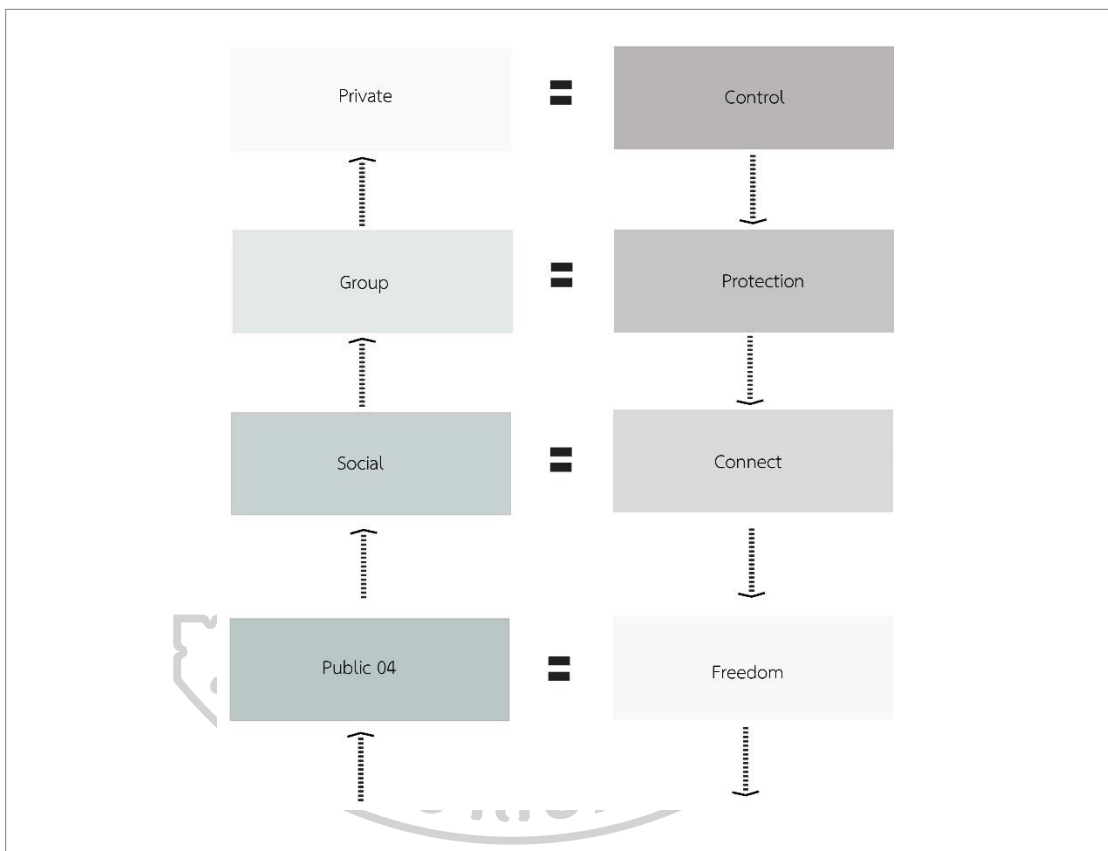
Program	Area/1 Unit	QTY.	Area	User
Rest				
<u>Private</u>				
1. Single Bedroom	14	18	252	18
2. Double Bedroom	23	2	46	4
3. Group Bedroom (3 Beds)	20.5	4	82	12
4. Group Bedroom (4 Beds)	42	2	84	8
<u>Public</u>				
1. Living lv1			22	
Living lv2			54	
Living lv3			50	
2. Staff	13.5	3	40.5	3
Counselling				
1. Personal	12.5	2	25	
2. Group	18	1	18	
Eat				
1. Dining คนใน			100	
2. Dining คนนอก			80	
3. Kitchen			33	
Recreation				
1. Stage			60	
2. Court				
1) ดนตรี	10	1	10	
2) ร้องเพลง	10	1	10	
3) หูด	10	1	10	
4) ศิลปะ	10	1	10	
3. Library			15	
Office				
1. Reception			10	
2. Staff			10	
3. Officer			55	
4. w/c			100	
			1176.5	
รวม circulation			1530	

ตารางที่ 6 แสดงขนาดพื้นที่โดยรวมของโครงการ

เมื่อวิเคราะห์หาโปรแกรม ขนาดและระบบความสัมพันธ์ของพื้นที่ ขั้นตอนต่อไปเป็นการจัดลำดับและแบ่งขอบเขต (Zoning)

การแบ่งขอบเขตตามประเภทพื้นที่และวิธีการของระบบความสัมพันธ์ของพื้นที่

การแบ่งขอบเขตโดยยึดตามระบบพื้นที่ของการควบคุม การปกป้อง เชื่อมต่อ และอิสระ โดยมีน้ำหนักของความเป็นส่วนตัว ความเป็นสาธารณะ ตามลำดับได้ดังนี้



ภาพที่ 102 แสดงการแบ่งขอบเขตพื้นที่ตามความสัมพันธ์ของวิธีการกับความเป็นส่วนตัวและสาธารณะ

จากภาพที่ 102 แสดงความสัมพันธ์ของพื้นที่ ควบคุมอยู่ในระดับความเป็นส่วนตัวมากที่สุด การป้องกันอยู่ในระดับความสัมพันธ์แบบสังคมรวมกลุ่ม การเชื่อมต่ออยู่ในระดับความสัมพันธ์แบบสังคมใหญ่ และความอิสระอยู่ในระดับความสัมพันธ์แบบสังคมสาธารณะ

ดังนั้นการแบ่งขอบเขตพื้นที่ควรมีลักษณะของพื้นที่ดินมีลักษณะที่ควรจะเป็น โดยคิดจากสี่เหลี่ยมจัตุรัส สี่เหลี่ยมผืนผ้า โดยวิเคราะห์ได้จากการวิเคราะห์พื้นที่ที่ตั้งดังต่อไปนี้

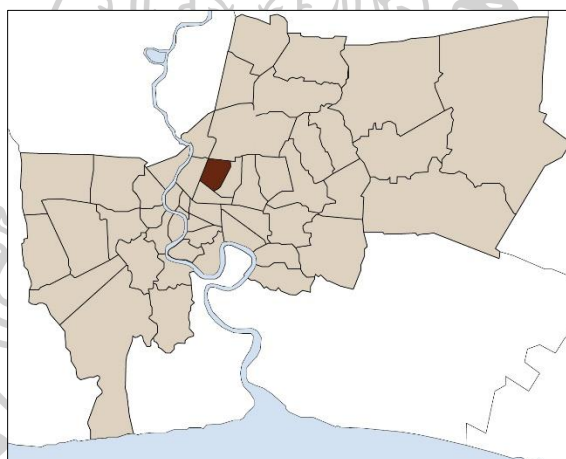
การคัดเลือกที่ตั้งโครงการเพื่อทำการศึกษาและวิเคราะห์

การคัดเลือกพื้นที่ตั้งในเมืองที่มีความหนาแน่นและมีความหลากหลายของประเภทอาคาร ทั้งที่อยู่อาศัย อาคารสำนักงาน ห้างสรรพสินค้า ซึ่งเป็นที่ที่ผู้คนเข้ามาใช้งานได้ทุกเพศ ทุกวัย และมีการสัญจรที่คับคั่งทั้งขนส่งสาธารณะและรถส่วนตัว ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวแบ่งได้ดังต่อไปนี้

1 ขั้นตอนการเลือกย่านที่ตั้งโครงการ

การเลือกย่านในเมืองที่มีความหลากหลายของกิจกรรม ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความเครียดในย่านทำงาน ต้องการหลบหลีกและพักผ่อนโดยใช้พื้นที่โครงการ และเชื่อมต่อกับธรรมชาติที่นับวันความแห้งแล้งขาดแคลนพื้นที่สีเขียวในเมืองมากขึ้นทุกที

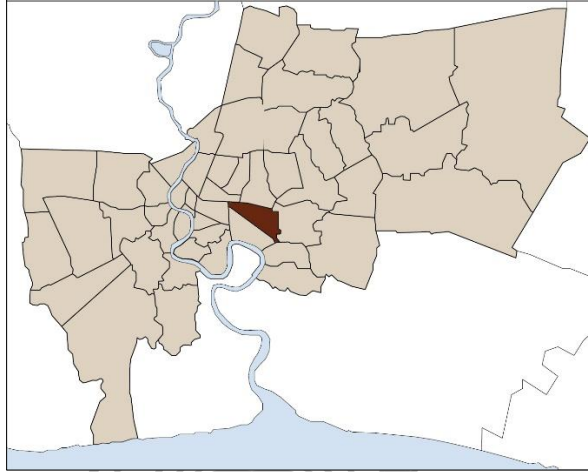
1.1 เขตพญาไท



ภาพที่ 103 แสดงผังกรุงเทพมหานคร เขตพญาไท

หนึ่งในเขตของกรุงเทพมหานคร เป็นที่อยู่อาศัยหนาแน่น ซึ่งย่านนี้มีทำเลการค้า สำนักงาน ที่อยู่อาศัย แหล่งสถานบันเทิงที่มอบความศิวิไลซ์ เช่นย่านทอริย์ สะพานควาย ผู้คนหลากหลายเชื้อชาติ และเป็นแหล่งรวมร้านอาหารและคาเฟ่ ซึ่งเป็นย่านที่มีกิจกรรมหลากหลาย ผู้ใช้งานหลากหลายเพศ หลายวัย

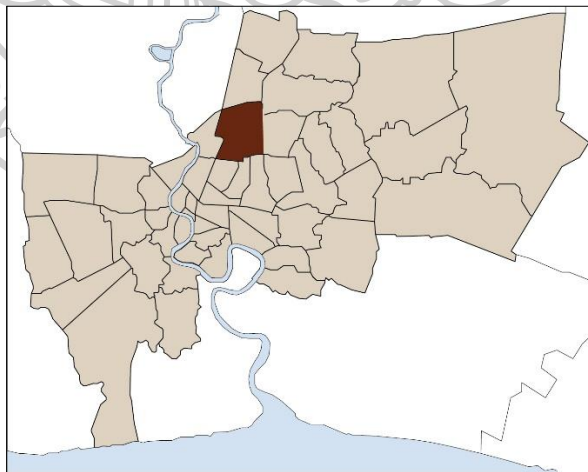
1.2 เขตวัฒนา



ภาพที่ 104 แสดงผังกรุงเทพมหานคร เขตวัฒนา

หนึ่งในเขตของกรุงเทพมหานคร เป็นที่อยู่อาศัยหนาแน่น ซึ่งย่านนี้มีทำเลการค้า สำนักงาน ที่อยู่อาศัย แหล่งสถานบันเทิงที่มอบความศิวิไลซ์ เช่นย่านทองหล่อ สุขุมวิท ผู้คนหลากหลายเชื้อชาติ

1.1.3 เขตจตุจักร



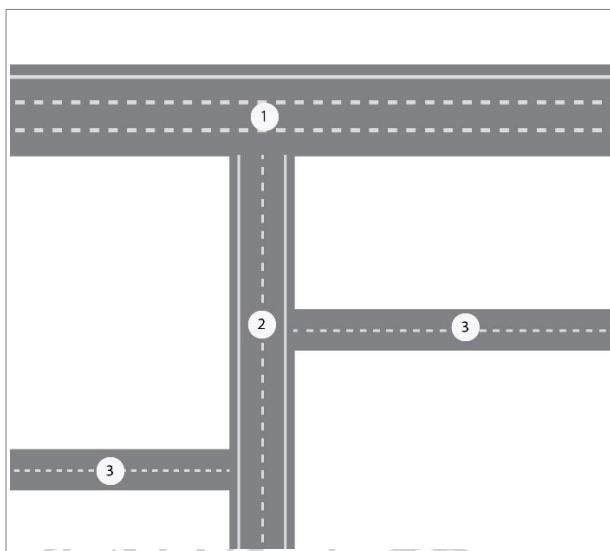
ภาพที่ 105 แสดงผังกรุงเทพมหานคร เขตจตุจักร

หนึ่งในเขตของกรุงเทพมหานคร เป็นที่อยู่อาศัยหนาแน่น ซึ่งย่านนี้มีทำเลการค้า สำนักงาน ที่อยู่อาศัย แหล่งสถานบันเทิงที่มอบความศิวิไลซ์ เช่นย่านรัชโยธิน จตุจักร เป็นแหล่งการค้า

2 เกณฑ์การเลือกย่านที่ตั้งโครงการ

2.1 ขนาดของทางสัญจรสาธารณะ

เป็นเกณฑ์ในการใช้วัดความเป็นสาธารณะโดยมีลำดับดังนี้ ถนนหลัก ถนนรอง ถนนขนาด เล็กหรือถนนในซอย กล่าวคือความพลุกพล่านและความเร็วของรถที่สัญจรบนถนน 3 ระดับที่กล่าวมา การชะลอตัวของรถมีผลกับการเข้าถึงพื้นที่ตั้ง



ภาพที่ 106 แสดงลำดับของการสัญจรที่พลุกพล่านเรียงตามลำดับ

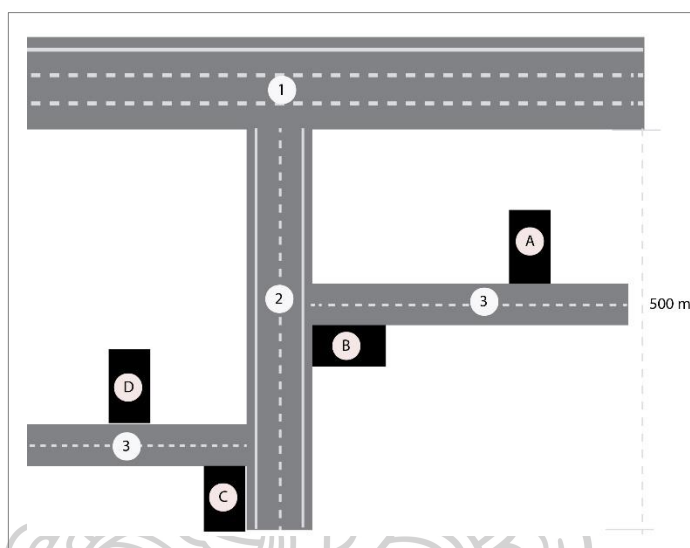
ถนนหมายเลข 1 เป็นถนนหลักซึ่งมีความเร็วรถและพื้นที่ติดถนนเป็นทำเลที่มีความสาธารณะมากที่สุด การสัญจรด้วยขนส่งสาธารณะและความเร็วจึงไม่เหมาะที่จะใช้เป็นที่ตั้ง เพื่อการทำความเข้าใจในการเรียงลำดับความพลุกพล่านในภาพรวม ผู้ศึกษาจำเป็นต้องกำหนดหมายเลขถนนเรียงลำดับ

ถนนหมายเลข 2 เป็นถนนเส้นรองซึ่งเป็นถนนที่มีความเร็วและความหนาแน่นของรถช้าลงมาจากหมายเลข 1 แต่ยังคงเต็มไปด้วยความสาธารณะที่ยากต่อการจัดพื้นที่ส่วนที่ควบคุมซึ่งเป็นพื้นที่ที่ต้องการความสงบ

ถนนหมายเลข 3 เป็นถนนในซอย เส้นรองลงมา มีความเร็วไม่เกิน 40 กม./ชม. มีการสัญจรหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การเดินเท้า รถส่วนตัว รถสาธารณะ มีความเงียบสงบในระดับหนึ่ง เพราะความห่างลึกเข้ามาเมื่อนับจากถนนเส้นหลักหมายเลข 1 ที่มีความพลุกพล่าน ถนนหมายเลข 3 จึงเหมาะแก่การใช้เป็นที่ตั้งโครงการ

2.2 ลำดับการเข้าถึงพื้นที่ตั้งโครงการ

ถัดจากเกณฑ์การเลือกขนาดถนนเป็นข้อกำหนดให้มีการเข้าถึงพื้นที่ ดังนั้นการเข้าถึงที่เหมาะสมแก่การเข้ามาใช้งานคือ การชะลอความเร็วไม่เกิน 40 กม/ชม.เนื่องจากด้านหน้าพื้นที่ควรเป็นพื้นที่ที่ให้กับบุคคลภายนอกใช้เวลาในการพินิจและรับรู้ถึงบรรยากาศแล้วตัดสินใจเข้าไปใช้งาน และหนึ่งด้านหรือ 2 ด้านเปิดให้เป็นทางเข้าหลัก แต่สำหรับโครงการนี้เหมาะกับการเปิดทางเข้าด้านหน้าเพียงด้านเดียวเพราะง่ายต่อการควบคุมและการดูแลคนเข้า-ออกได้อย่างทั่วถึงกว่า



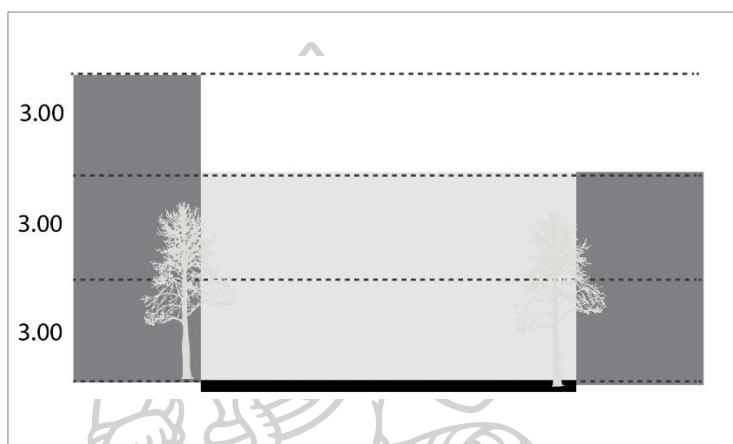
ภาพที่ 107 แสดงลำดับการเข้าถึงที่ตั้งโครงการ

ในย่านที่ประกอบด้วยพื้นที่ว่างที่มีลำดับการเข้าถึงตามลำดับความสาธารณะของถนน ในข้อ 1.2.1 สิ่งที่สำคัญของการเดินเท้ามีระยะที่วัดจากถนนหลัก เป็นระยะที่สามารถเดินได้โดยไม่เหนื่อย อยู่ที่ 500-700 เมตร เพราะเป็นระยะที่เดินได้จากขนส่งสาธารณะ เช่น เดินทางโดยรถเมล์ หรือเดินทางด้วยรถไฟฟ้า

เพราะฉะนั้นตำแหน่งที่เหมาะสมแก่การเป็นพื้นที่ในย่านนี้จะต้องประกอบด้วยขนส่งสาธารณะ รถเมล์ รถไฟฟ้า และสามารถเดินเท้าได้ และพื้นที่ดินสามารถเป็นทางเข้าโครงการได้ 1-2 ด้าน เช่นที่ดิน C เป็นที่ดินที่ด้านกว้างติดกับถนนหมายเลข 2 ด้านแคบ ติดกับถนนหมายเลข 3 เมื่อพิจารณาด้วยความสงบจึงมีประสิทธิภาพน้อยกว่าที่ดิน D เป็นด้านที่หน้าแคบติดกับถนนหมายเลข 2 ด้านยาวติดกับถนนหมายเลข 3 ซึ่งการควบคุมพื้นที่ที่มีความสงบทำได้ดีกว่า

2.3 บริบท : ความสูงและประเภทอาคารของพื้นที่ข้างเคียง

เนื่องจากบริบทของพื้นที่ในเมืองมีความหนาแน่นรอบข้างจึงเต็มไปด้วยอาคารหลากหลายประเภท จึงต้องคำนึงบริบทในส่วนที่เป็นความสูงของอาคารมีผลกับการแบ่งขอบเขต (Zoning) ของอาคาร เนื่องจากอาคารข้างเคียงที่เหมาะสมแก่พื้นที่ที่ต้องการความสงบ ซึ่งอยู่ด้านลึกสุดคือที่อยู่อาศัยที่มีความสูงของอาคารไม่เกิน 3 ชั้น ด้านข้างมีความสูงได้ตั้งแต่ 1 ชั้นถึง 4 ชั้น เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ไม่ได้ควบคุมความเงียบสงบมากนัก



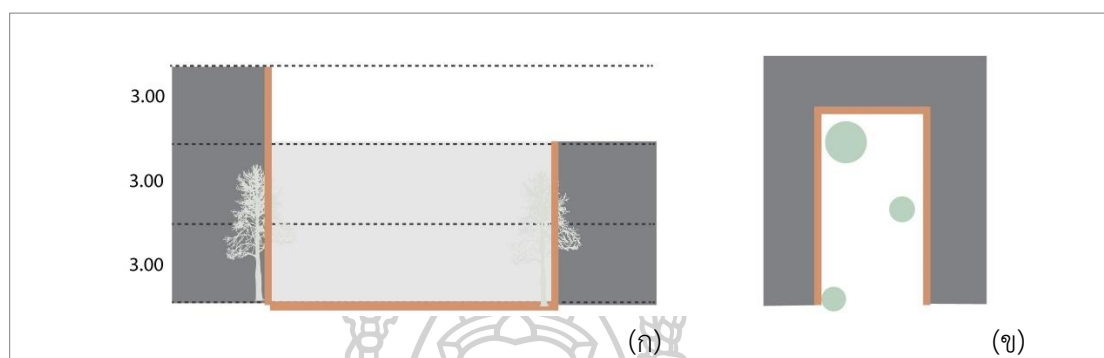
ภาพที่ 108 แสดงความสูงของอาคารในย่านนั้น

จากภาพที่ 107 แสดงการเลือกย่านที่มีความสูงอาคารรอบทิศทางของพื้นที่ดินไม่เกิน 3 ชั้น ด้วยเหตุผลพื้นที่โครงการส่วนที่ควบคุมเพื่อให้เกิดความเงียบสงบและมุมมองจากบริบทมองเข้ามา และจากโครงการมองออกไป ถ้าหากมีอาคารที่สูงเกินไปอย่างเช่น คอนโดสูง จะสูญเสียความรู้สึกที่โดนปกป้องจากการออกแบบพื้นที่โดยสิ้นเชิง

ดังนั้นพื้นที่ข้างเคียงควรเป็นอาคารประเภทร้านค้า ที่อยู่อาศัย และสำนักงาน มีการสัญจรโดยทางเท้า ขนส่งสาธารณะขนาดย่อม เป็นการรวมความหลากหลายของกิจกรรมและเรื่องช่วงเวลาพักกลางวัน หรือเลิกงาน ความต้องการพัก โดยที่ระบบพื้นที่ได้วางให้มีการเชื่อมต่อกับความสาธารณะ ทั้งพื้นที่สีเขียว ร่มเงาจากต้นไม้ หรือหลังจากหมดเวลากับการใช้อาคารข้างเคียง โครงการนี้จึงเหมาะสำหรับการเข้ามานั่งพูดคุยจับกลุ่ม ซื่อเครื่องดื่ม หรือรับประทานอาหาร ยังมีนักจิตวิทยาประจำพื้นที่แห่งนี้อีกด้วย

2.4 ลักษณะการปิดล้อมพื้นที่ตั้งด้วยบริบท

พื้นที่ว่างในเมืองส่วนใหญ่ถูกรายล้อมด้วยอาคารที่มีความสูงแตกต่างกัน แต่ทั้งนี้ต้องพิจารณา ลักษณะการถูกโอบล้อมไม่ว่าทั้งตัวอาคารและพื้นที่ธรรมชาติที่มีอยู่เดิม เพื่อทำให้อาคารมีลักษณะ ที่ว่าการหลบซ่อนตัวอยู่และพร้อมทำหน้าที่เป็นพื้นที่สีเขียวแทรกตัวอยู่ในเมืองได้ด้วย



ภาพที่ 109 แสดงลักษณะการปิดล้อมพื้นที่ตั้งด้วยบริบท

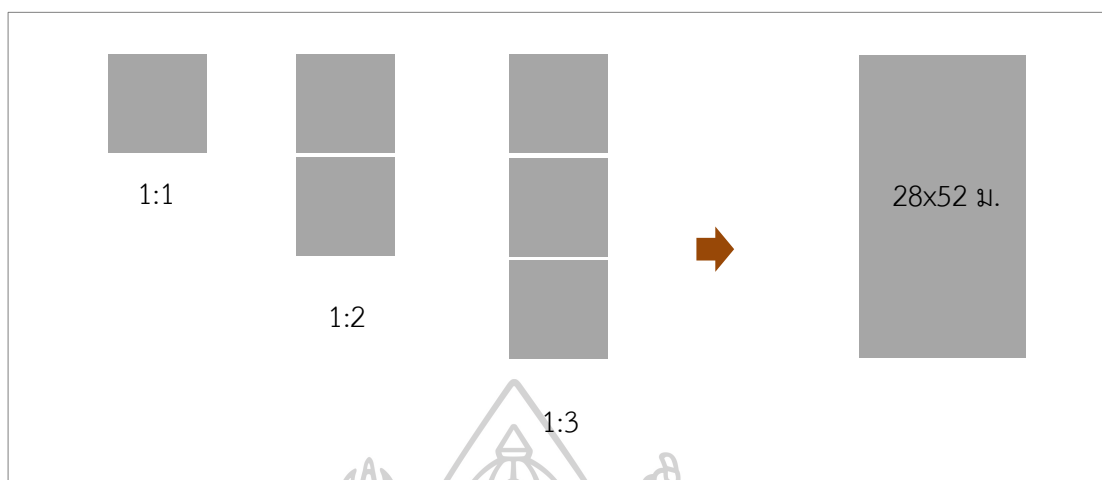
จากภาพที่ 108 (ก) พื้นที่ตั้งในย่านนั้นมีลักษณะของการปกป้อง ด้วยการปิดล้อมจากอาคาร ด้านข้างอย่างน้อย 2-3 ด้าน ความสูงของอาคารที่ทำให้พื้นที่โครงการได้รับการห่อหุ้มระดับที่ 2 (Enclosure) ภาพ (ข) เป็นผังที่แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ในย่านมีลักษณะอาคารแวดล้อมในรูปแบบการ ปกป้องรอบด้านเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวจากบริบทรอบนอก

ประเภทอาคารในย่านที่เหมาะสมแก่การเลือกคือ การเรียงลำดับความหลากหลายของประเภท ตามความสาธารณะ ได้แก่ ร้านค้า ร้านอาหาร ที่อยู่อาศัยประเภทบ้าน ไม่ใช่ตึกสูง หรืออาคารที่ใช้ สำหรับการเรียนการสอน การศึกษา

2.5 รูปร่างที่ดิน

การเลือกรูปร่างที่ดินเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นส่วนตัวและความเป็นสาธารณะของ โครงการ การวิเคราะห์การเลือกรูปร่างที่ดินและขนาดที่ดิน มาจากการวิเคราะห์ขนาดพื้นที่โครงการ ที่ได้คือ 1,530 ตารางเมตร การเรียงลำดับให้สอดคล้องกับความเป็นส่วนตัวตามภาพที่ 101 จะได้พื้นที่ ตามแนวลิ้นหน้าแคบ

จุดประสงค์ของวิทยานิพนธ์คือการหาวิธีบรรเทาผู้ป่วยทางจิตโดยใช้พื้นที่ในเมือง เมื่อสำรวจ พื้นที่ในเมืองพบว่าที่ดินส่วนใหญ่มีรูปร่างเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้า แนวลิ้นหน้าแคบและเป็นจัตุรัส ลักษณะ ที่ดินนี้จะช่วยให้ความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัวอยู่ด้านในสุดตามแนวราบตามภาพการเปรียบเทียบที่ 102 ซึ่งขนาดที่ดินที่วิเคราะห์ตามขนาดโครงการ ขนาด 1: 3 คือ 28x52 เมตร เป็น 1300 ตร.ม.



ภาพที่ 110 แสดงรูปร่างที่ดินที่สอดคล้องกับความเป็นส่วนตัวและสาธารณะของการใช้งานพื้นที่

เมื่อพิจารณาพื้นที่แบบจัดสรร พบว่าความสามารถของการจัดการพื้นที่ส่วนตัวแยกจากพื้นที่สาธารณะโดยการวางอาคารในแนวตั้งซึ่งจะมีจำนวนชั้นที่สูง ด้วยข้อจำกัดการออกแบบอาคารเรื่องความปลอดภัยการหลีกเลี่ยงจากการทำร้ายตัวเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชถือว่าไม่เหมาะสม

พื้นที่แบบสี่เหลี่ยมผืนผ้าพบว่าความสามารถของการวางขอบเขตพื้นที่ส่วนตัวนั้นย่อมทำได้ โดยพื้นที่ที่อยู่ส่วนลึกที่สุดจะเป็นส่วนที่มีความสงบที่สุด ทั้งนี้ต้องใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาบริบทและประเภทของอาคารข้างเคียงด้วย

แนวคิดของรูปร่างที่ดินที่สอดคล้องกับความต้องการความสงบในพื้นที่ควบคุม และความสามารถของความอิสระที่อยู่ด้านหน้าแล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นการหาพื้นที่ตั้งโครงการในเขตเมืองที่เหมาะสมทั้ง สิ่งแวดล้อม บริบท การสัญจรของคน รถ

ลักษณะเด่นและมีความเฉพาะของพื้นที่ตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 4 ข้อ

- User ความหลากหลายและความหนาแน่นของประชากร
- Context บริบทรอบด้านมีลักษณะห่อหุ้มความสูงไม่เกิน 3 ชั้น
- Shape of area รูปร่างที่ดินเป็นแนวลึก
- Access ลำดับการเข้าถึง ขนาดถนน

ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์และให้คะแนนดังตาราง ที่ 7

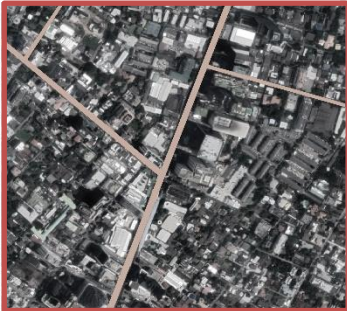
เกณฑ์การเลือก	ย่านอารีย์	ย่านทองหล่อ	ย่านจตุจักร
User	4	4.5	4
Context	5	4	3
Shape of area	4.5	4	4
Access	5	3	3
รวม	18.5	15.5	14

ตารางที่ 7 แสดงผลการเลือกย่านจาก 3 ย่านในกรุงเทพมหานคร

ย่านอารีย์

ย่านทองหล่อ

ย่านจตุจักร

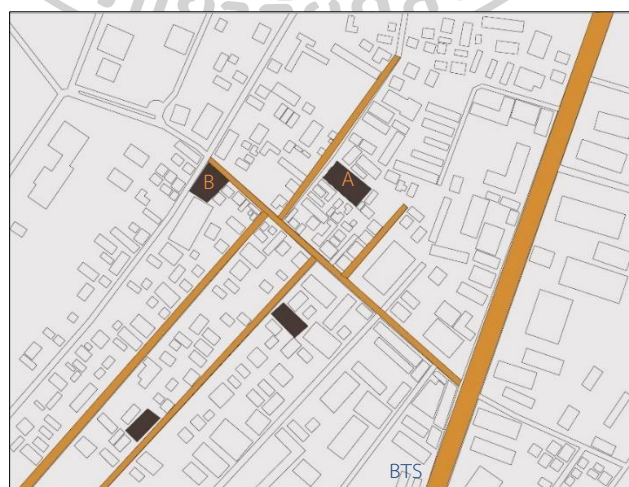


ภาพที่ 111 แสดงผังย่านทั้ง 3 จากการคัดเลือกตามเกณฑ์

3 การเลือกที่ตั้งเฉพาะโครงการ ที่ตั้งโครงการย่านอารีย์

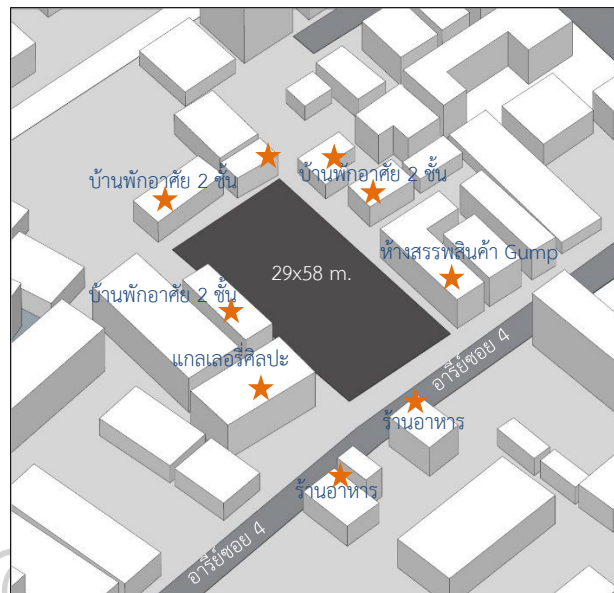


ภาพที่ 112 แสดงที่ตั้งโครงการย่านอารีย์คัดเลือกมาสองที่

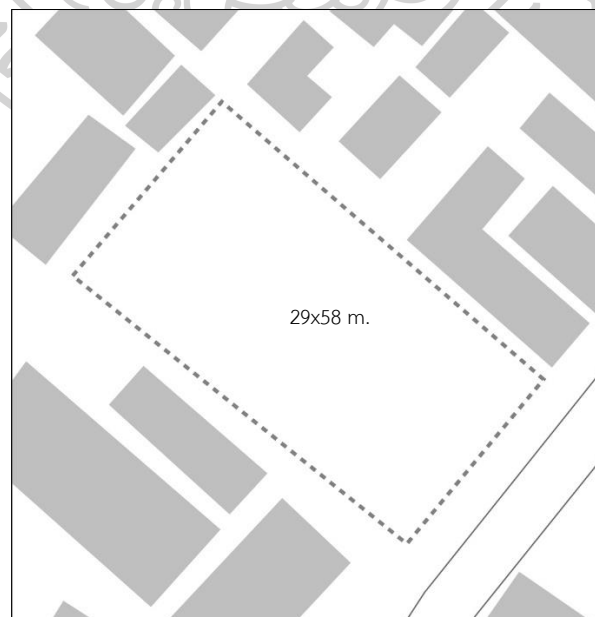


ภาพที่ 113 แสดงผังที่ตั้งโครงการที่ต้องคัดเลือก

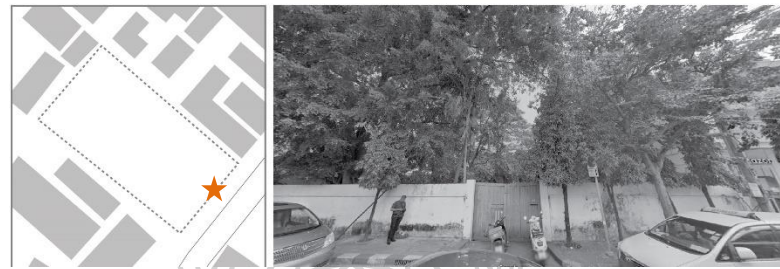
เมื่อนำเกณฑ์การคัดเลือกจากหัวข้อ 1.2 มาพิจารณาร่วมกับลักษณะเด่นพบว่า พื้นที่ที่เหมาะสมกับโครงการคือ พื้นที่ A ปัจจัยที่นำมาพิจารณาเป็นอันดับแรกคือ ระยะการเดินทางจากถนนหลักอยู่ในระยะทาง 500 เมตร และพื้นที่อาคารข้างเคียง อยู่ในลักษณะโอบล้อมแต่ยังมอบความเป็นสาธารณะอยู่ด้านหน้าสุด และบริบทอาคารด้านหลังเป็นบ้านพักอาศัย เนื่องจากโครงการต้องใช้งบประมาณเพื่อสร้างความเรียบง่ายและเป็นส่วนตัว



ภาพที่ 114 แสดงผังบริบทของพื้นที่ตั้งโครงการ



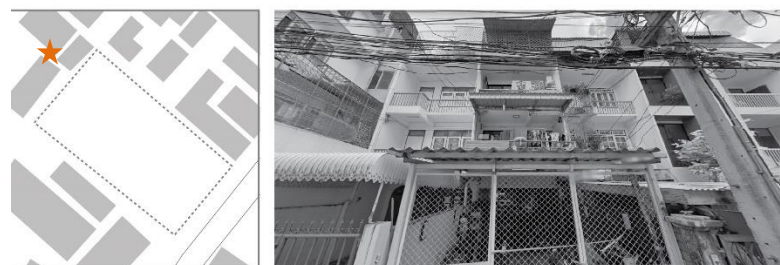
ภาพที่ 115 แสดงขนาดพื้นที่ตั้งโครงการ



ภาพที่ 116 แสดงบริบทผังซ้ายของพื้นที่ตั้งโครงการ

จากบริบททางผังซ้ายจะเห็นได้ว่าเป็นประเภทอาคารที่มีการใช้งานเป็นสตูดิโอเผยแพร่งานศิลปะและมีการจัดกิจกรรมเป็นประจำทุกสัปดาห์ และเปิดพื้นที่ให้ศิลปินเข้ามาเช่าพื้นที่ได้ ซึ่งจะเป็นการดีที่พื้นที่ตั้งโครงการ สามารถนำความสาธารณะนี้มาอยู่ข้างเคียงพื้นที่และมีการไหลเวียนของผู้คนผ่านกิจกรรม

ด้านล่างเป็นภาพหน้าโครงการ จะเห็นได้ว่ามีธรรมชาติที่มีอยู่เดิมห้อมล้อมในลักษณะป่า ให้ความสงบรวมเย็นและดูเชื่อเชิญให้เข้ามาใช้งาน

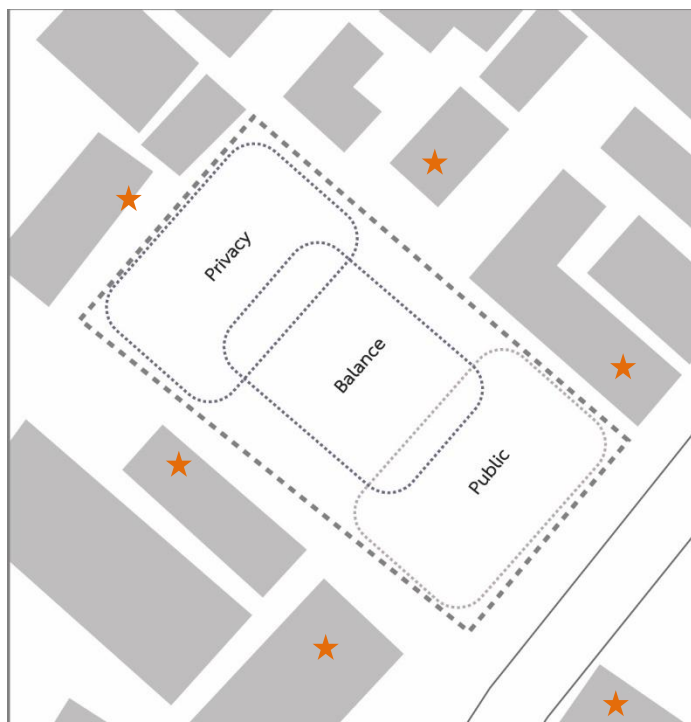


ภาพที่ 117 แสดงบริบทผังขวาและด้านหลังโครงการ

ด้านขวาเป็นห้างสรรพสินค้าที่มีความวุ่นวาย พอสมควรเป็นข้อดีคือ กิจกรรมของผู้คนจะไหลต่อเนื่องจากฝั่งแกลเลอรีด้านซ้ายผ่านหน้าโครงการและไปยังห้าง ส่วนด้านหลังเป็นบ้านพักอาศัย

4 สรุปการเลือกที่ตั้งโครงการ

ที่ตั้งโครงการอยู่บนทำเลซอยอารีย์ 4 ฝั่งเหนือ เป็นที่ดินว่างเปล่าขนาด 29x58 ม. มีห้างสรรพสินค้าเป็นลักษณะคอมมูนิตี้ขนาดย่อม กับแกลเลอรีศิลปะขนาดข้างทั้งสอง ส่วนด้านหลังเป็นบ้านพักอาศัยมีบรรยากาศเงียบสงบซึ่งตรงตามแนวคิดที่ได้วางไว้



ภาพที่ 118 แสดงบทสรุปของสถานที่ตั้งโครงการ

- 4.1 ขนาดของทางสัญจรสาธารณะ : ความกว้างของถนนที่ 6 เมตรมีทางเท้าคนสัญจรผ่านไปมาตลอดทั้งวัน
- 4.2 ลำดับการเข้าถึงพื้นที่ตั้งโครงการ : อยู่บนถนนซอยเป็นลำดับที่ 3 นับจากถนนหลัก หมายเลข 1 การชะลอตัวของรถและความเร็วที่ไม่มากนัก
- 4.3 บริบท : ความสูงและประเภทอาคารของพื้นที่ข้างเคียง : อาคารข้างเคียงมีความสูงไม่เกิน 2-3 ชั้น
- 4.4 ลักษณะการปิดล้อมพื้นที่ตั้งด้วยบริบท : ลักษณะการปิดล้อมแบบห่อหุ้มรอบด้าน แต่ยังมีระยะการเว้นห่างทำให้โครงการสามารถสร้างพื้นที่ส่วนตัวได้ดี
- 4.5 รูปร่างที่ดิน : เป็นไปในลักษณะสี่เหลี่ยมผืนผ้า สัดส่วน 1: 3 แนวหน้าแคบ แนวลึก

บทที่ 6

การออกแบบสถาปัตยกรรม

วิเคราะห์ระบบพื้นที่ร่วมกับบริบท

ระบบพื้นที่แบบควบคุม

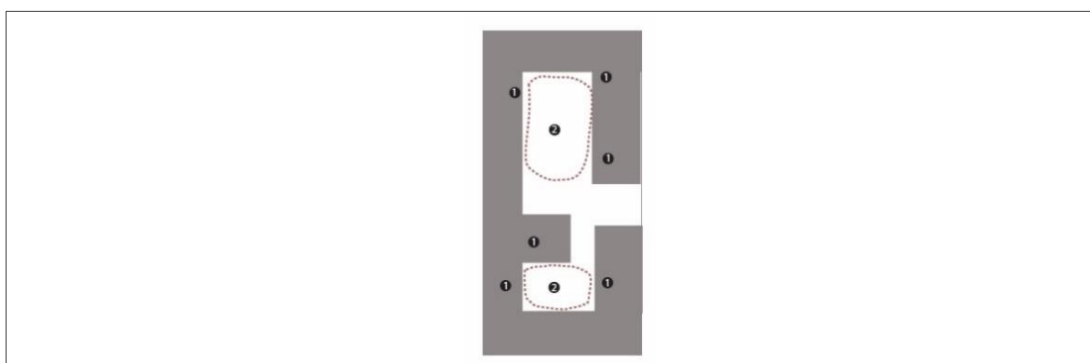
ระบบพื้นที่ส่วนควบคุมเป็นพื้นที่ที่ต้องการความเงียบสงบและความเป็นส่วนตัวมากที่สุดดังที่ได้วิเคราะห์มาแล้วในบทที่ 5 พื้นที่ส่วนนี้ได้แก่ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า จะประกอบไปด้วยพื้นที่นอน นั่งเล่นระดับ 1,2 และ พื้นที่ให้คำปรึกษาแบบส่วนตัว



ภาพที่ 119 แสดงผังการควบคุมพื้นที่นอนของโรควิตกกังวลและซึมเศร้า



ภาพที่ 120 แสดงรูปแบบการวางอาคารตามวิธีการควบคุมเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างพื้นที่นอนวิตกกังวลกับซึมเศร้า



ภาพที่ 121 แสดงแนวทางรูปแบบผังการวางระบบพื้นที่นอนแบบควบคุม

จากภาพที่ 121 เป็นพื้นที่นอนที่เชื่อมต่อและเกิดระบบลานโล่งซึ่งเกิดเป็นพื้นที่นั่งเล่นในระดับที่ 2 และความเป็นพื้นที่ส่วนตัวจะอยู่ที่หมายเลข 1

ระบบพื้นที่แบบปกป้อง

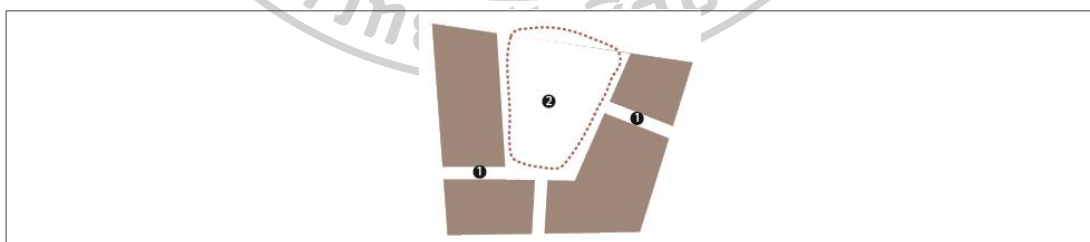
ระบบพื้นที่ส่วนควบคุมเป็นพื้นที่ที่ต้องการความเงียบสงบและความเป็นส่วนตัวมากที่สุดดังที่ได้วิเคราะห์มาแล้วในบทที่ 5 พื้นที่ส่วนนี้ได้แก่ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า จะประกอบไปด้วยพื้นที่นอน นั่งเล่นระดับ 1,2 และ พื้นที่ให้คำปรึกษาแบบส่วนตัว



ภาพที่ 122 แสดงผังวิธีการปกป้องในพื้นที่นอนของโรคไบโพลาร์



ภาพที่ 123 แสดงรูปแบบของการให้ความหมายและความรู้สึกถึงการปกป้องด้วยสิ่งปกคลุม

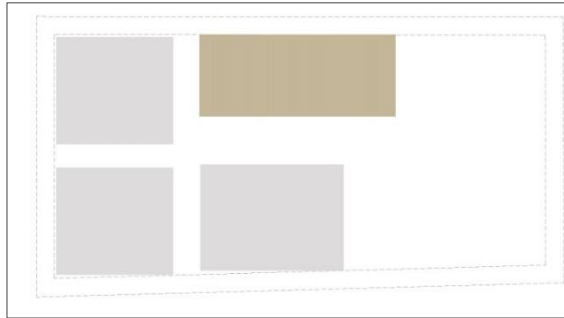


ภาพที่ 124 แสดงแนวทางรูปแบบผังการวางระบบพื้นที่นอนของโรคไบโพลาร์

จากภาพแสดงระบบพื้นที่แบบโอบล้อมหรือการใช้ระดับสิ่งปกคลุมของอาคารโดยรวมด้วยระดับสิ่งปกคลุมที่ 2 เกิดเป็นลานโล่งหรือระบบพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 เป็นระดับสังคมรวมกลุ่ม และเป็นพื้นที่ที่มีที่ท่าว่าจะไปเชื่อมต่อกับพื้นที่อื่นๆหรือให้ความหมายในเชิงการเปิดต้อนรับพร้อมที่จะมี

ปฏิสัมพันธ์ ในขณะเดียวกันนั้น รูปร่างอาคารที่เป็นตัวยู มีช่องทางเดินและเป็นพื้นที่ส่วนตัวระดับที่ 1 ได้

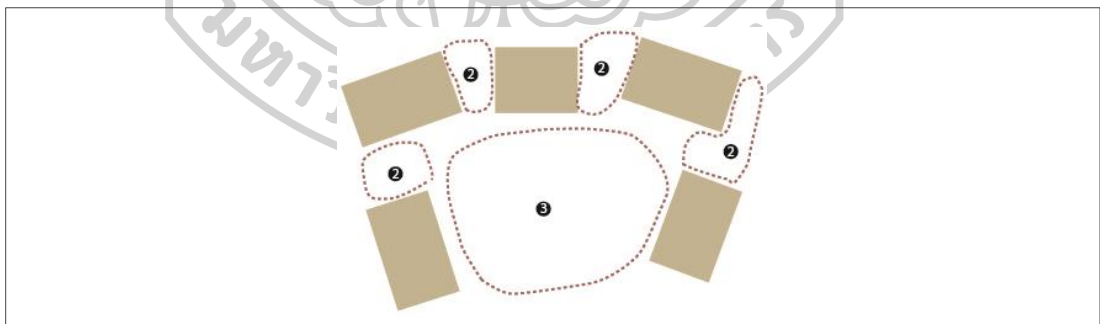
ระบบพื้นที่แบบเชื่อมต่อ



ภาพที่ 125 แสดงผังการควบคุมพื้นที่นอนของภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า



ภาพที่ 126 แสดงผังรูปแบบของการให้ความหมายและความรู้สึกถึงการเชื่อมต่อ

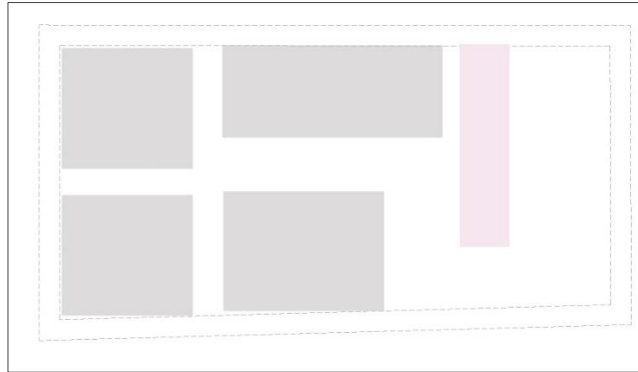


ภาพที่ 127 แสดงผังแนวทางรูปแบบผังการวางระบบพื้นที่นอนของภาวะเครียดก่อนเข้าสู่โรคซึมเศร้า

จากภาพกระบวนการหาวิธีการของรูปแบบของการเชื่อมต่อจากการวิเคราะห์ร่วมกับอาการของโรค การวางผังของอาคารทำให้เกิดระบบพื้นที่นั่งเล่นแบบส่วนตัวและพื้นที่ระบบลานโล่งสำหรับสังคมรวมกลุ่มเป็นพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 จึงจะเห็นได้ว่าพื้นที่ว่างรอบตัวอาคารยังมีที่ท่าว่าจะเปิดให้ผู้ป่วยเคลื่อนที่ผ่าน หรือเป็นที่นั่ง 1-2 คน ที่ให้ความเป็นส่วนตัว

ระบบพื้นที่แบบให้อิสระ

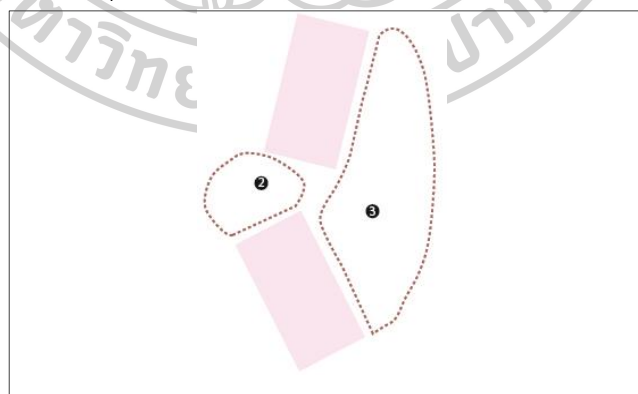
1 พื้นที่กิน ห้องครัว ร้านอาหาร



ภาพที่ 128 แสดงผังการสร้างระบบพื้นที่สาธารณะแบบให้อิสระของพื้นที่ครัวและร้านอาหาร

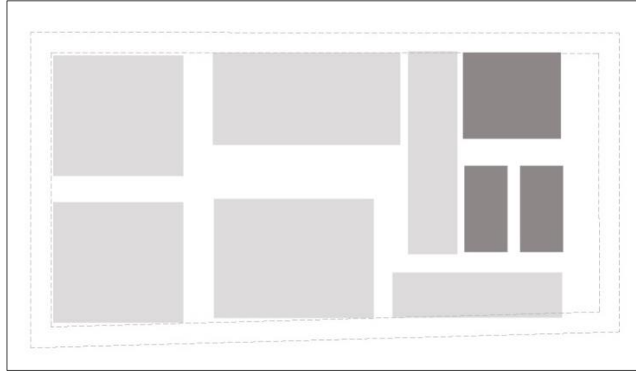


ภาพที่ 129 แสดงผังรูปแบบของการเปลี่ยนแกนอาคารเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อรอบๆอาคาร
จากภาพเป็นการควบคุมอาคารให้มีขนาดที่ใกล้เคียงกันทั้งโครงการและไม่อยู่ในระบบกริด



ภาพที่ 130 แสดงผังแนวทางรูปแบบของการวางผังระบบพื้นที่ครัวและร้านอาหาร

2 พื้นที่คาเฟ่และสำนักงาน



ภาพที่ 131 แสดงผังการสร้างระบบพื้นที่สาธารณะแบบให้อิสระของพื้นที่คาเฟ่และสำนักงาน



ภาพที่ 132 แสดงรูปแบบผังที่บิดแกนทำมุมเพื่อสร้างพื้นที่อิสระในการเคลื่อนไหวของคนของและเชื่อมต่อ

จะเห็นได้ว่าการสร้างพื้นที่คาเฟ่และสำนักงานด้วยวิธีการให้อิสระด้วยการทำให้ระบบตารางสลายไป และพื้นที่ที่เกิดจากการบิดแกนทำให้เกิดมองใหม่และเกิดระบบพื้นที่ที่เชื่อมโยงกันระหว่างพื้นที่แคบและพื้นที่กว้าง



(1) โรคซิมเศร้า (2)โรควิตกกังวล (3) โรคโปโพล่า (4) โรคเครียต (5) ครัว (6) กิจกรรรมบำบัด

(7) คาเฟ่และสำนักงาน

ภาพที่ 133 แสดงกระบวนการวางผังเพื่อนำไปสู่รูปแบบการบรรเทาด้วยระบบพื้นที่

จากภาพที่ 133 จะเห็นได้ว่าการคลี่คลายของผังโดยเริ่มวิเคราะห์ขอบเขตตำแหน่งร่วมกับบริบทแล้ว วางบนระบบกริด และการเปลี่ยนแปลงดังนี้

(ก) ผังที่วิเคราะห์ร่วมกับบริบทเพื่อวางตำแหน่งอาคารซึ่งเริ่มต้นด้วยระบบตาราง (Grid)

(ข) ผังที่เอาแนวคิดการควบคุมแต่ให้เชื่อมต่อหมายเลข (1) กับ (2) การรู้สึกปกป้องโดยวางเป็นรูปตัวยูของโรคโปโพล่าแต่มาสามารถเชื่อมต่อกับหมายเลข (4) ได้

- (ค) พื้นที่หมายเลข (1)กับ (2) มีการเชื่อมต่อและเกิดระบบคอร์ตที่ทำให้เกิดพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2 ขนาดใหญ่ หมายเลข (3) กับ (4) มีการแยกตัวอาคารออกจากกันเพื่อสร้างระยะให้เกิดพื้นที่ส่วนตัวในระดับที่ (1) รวมถึงการให้ความอิสระของผู้ป่วยการเคลื่อนไหวได้รอบอาคาร
- (ง) หมายเลข (1.)กับ (2) อยู่ในระบบตารางเนื่องจากมีการควบคุมที่เข้มข้น หมายเลข (3) – (7) มีการให้อิสระในผังอาคารให้หลีกเลี่ยงระบบตาราง จะเห็นได้ว่า การปิดแกนด้วยการค่อยๆ คลี่คลายการทำมุมของอาคารจากแนวระนาบค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ การปกป้อง การเชื่อมต่อ และการให้อิสระจะมุมปิดแกนมากที่สุด

การออกแบบสถาปัตยกรรมที่פקพง

การวางผังพื้นที่ทั้งหมดตามหลักการที่ได้วิเคราะห์การออกแบบโดย มีขั้นตอนดังนี้ คือ การนำพื้นที่แต่ละโปรแกรม ที่วิเคราะห์ได้ตามการใช้งานมากำหนดขอบเขตลงบนพื้นที่โครงการ และได้ทำการปรับและเปลี่ยนตามหลักการที่มีความเฉพาะของแต่ละโปรแกรมหรือกลุ่มอาคาร จากผังพื้นที่ 1 ด้านล่างนี้



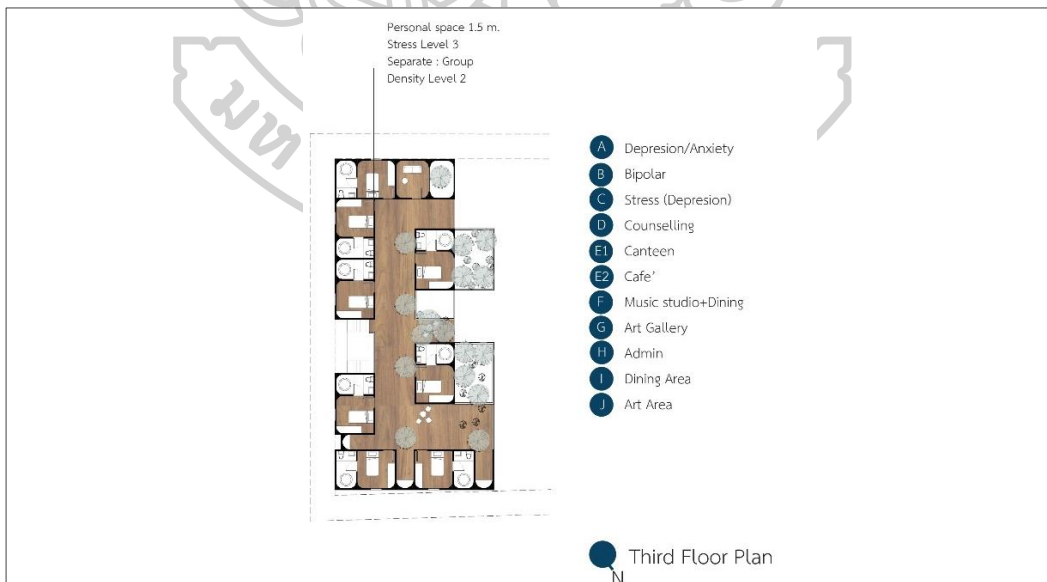
ภาพที่ 134 แสดงผังพื้นที่ 1 ของโครงการสถาปัตยกรรมפקพง

จากผังพื้นที่จะให้ได้ว่า เมื่อมีการวางอาคารตามระบบของแนวคิด จะเกิดพื้นที่ว่างให้ธรรมชาติ อย่างเช่นพื้นที่สีเขียว ต้นไม้ หญ้า น้ำ เข้าไปทำงานกับพื้นที่ได้ในรูปแบบพื้นที่บวก (Positive Space) และพื้นที่ลบ (Negative space) ที่ทำหน้าที่ที่กลับไปกลับมา คือ พื้นที่ควบคุมของโรคจะโดนอาคาร

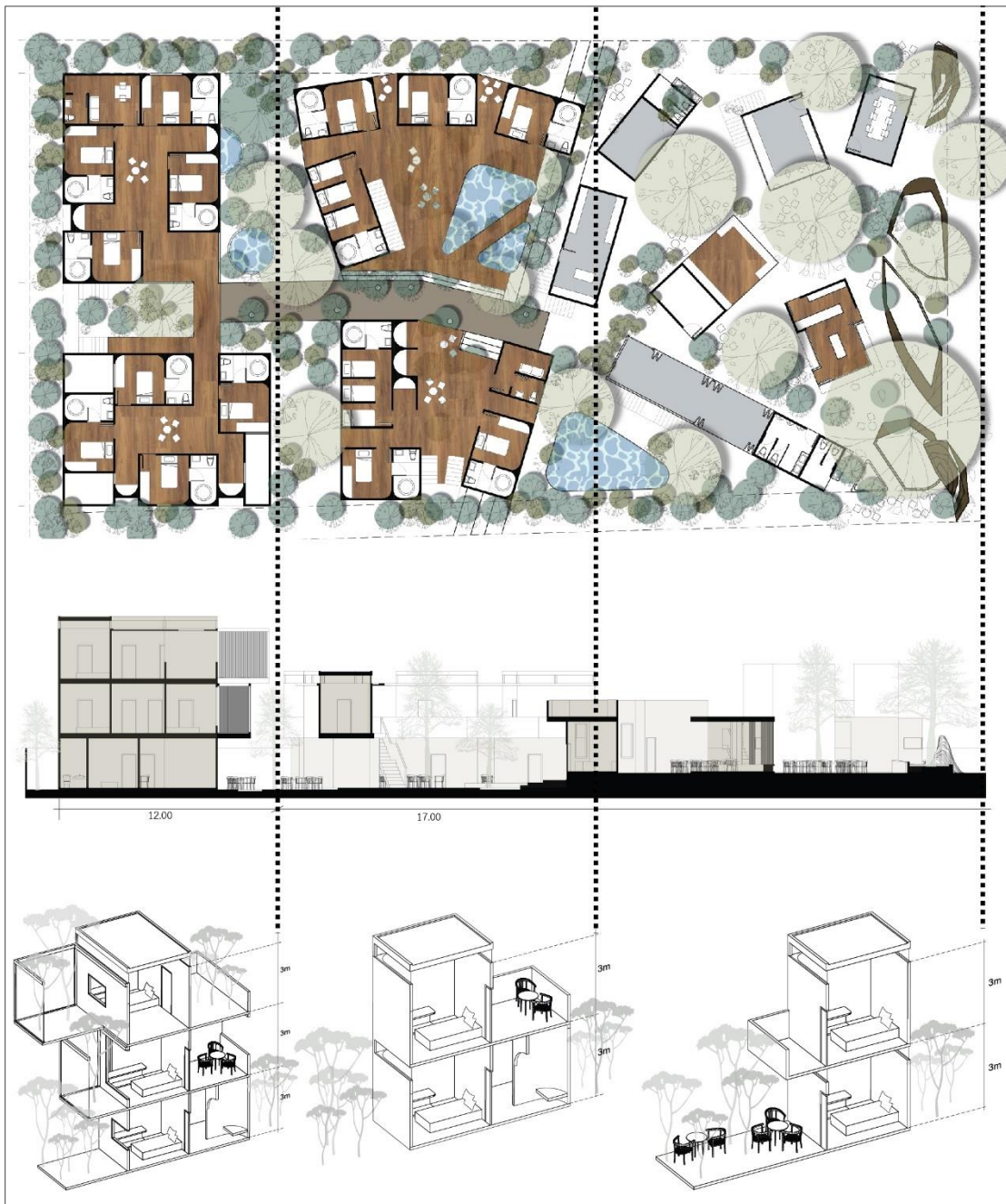
ห้องหุ้มธรรมชาติ ลำดับถัดมาเป็นพื้นที่ปกป้องและเชื่อมต่อ จะให้ธรรมชาติเข้ามาอยู่ในอาคารและธรรมชาติห้อมล้อมอาคาร และพื้นที่ที่ถูกวางระบบด้วยการให้อิสระจะให้ธรรมชาติเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่และตัวอาคารได้ทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติเช่นกัน



ภาพที่ 135 แสดงผังพื้นชั้น 2 ของโครงการสถาปัตยกรรมพักฟื้น



ภาพที่ 136 แสดงผังพื้นชั้น 3 ของโครงการสถาปัตยกรรมพักฟื้น



ภาพที่ 137 แสดงผังพื้น ภาพตัดและส่วนขยายของพื้นที่นอนของแต่ละกลุ่มโรค

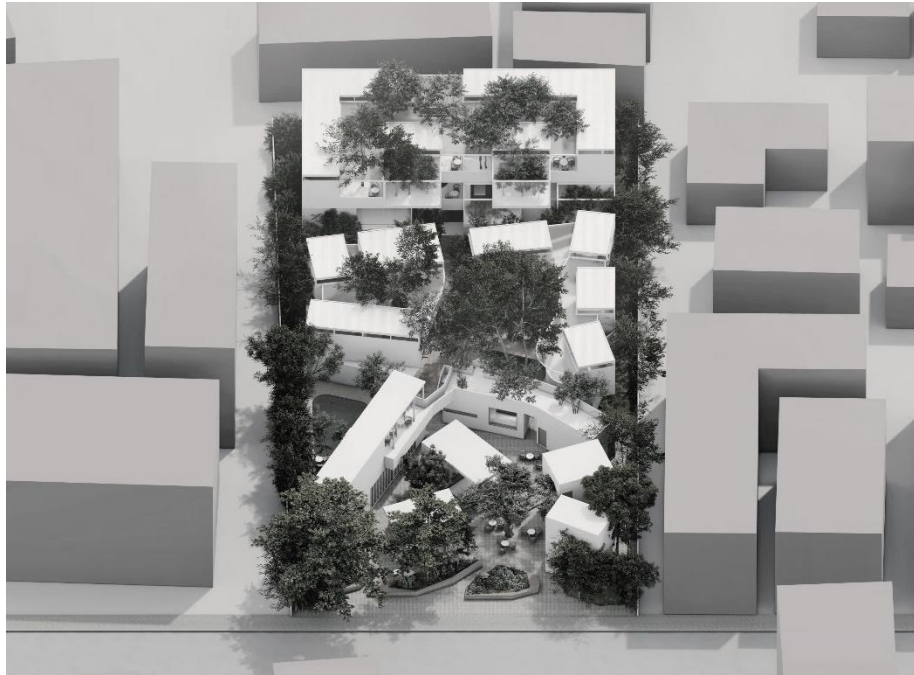
จากภาพอธิบายได้ว่าห้องนอนซึ่งเป็นส่วนสำคัญของโครงการมีการจัดพื้นที่แบบควบคุมโดยการออกแบบธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจงโดยการใช้วัสดุที่มีลักษณะปิดตายแต่ยังมองเห็นด้านนอกได้ไม่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการมองเข้ามาจากภายนอก

ห้องนอนพื้นที่ระบบป้องกันโรคโปลิโอได้มีการใช้การเชื่อมต่อและลดการใช้พื้นที่การออกแบบธรรมชาติภายในอาคารลดน้อยลงเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกไปใช้พื้นที่หรือมีปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติภายนอกมากขึ้น และส่วนห้องระบบเชื่อมต่อ จะมีพื้นที่ที่ให้ความสำคัญการเชื่อมต่อคน

ทัศนียภาพภายในโครงการ

ภาพรวมมุมมองด้านบนของโครงการ

ภาพมุมมองของโครงการเมื่อทำงานกับบริบทในพื้นที่ตั้ง จะเห็นได้ว่ากลางเมืองใหญ่ที่หนาแน่นไปด้วยอาคารบ้านเรือนที่กำลังแห้งแล้งขาดแคลนธรรมชาติ โครงการสถาปัตยกรรมสำหรับใช้เป็นที่พักพิงชั่วคราวยังสามารถทำหน้าที่เป็นพื้นที่สีเขียวให้กับเมืองได้ด้วย



ภาพที่ 138 แสดงภาพมุมมองของโครงการเมื่อทำงานกับบริบทในพื้นที่ตั้ง



ภาพที่ 139 แสดงภาพมุมมองของพื้นที่ควบคุมของโครงการเมื่อทำงานกับบริบทในพื้นที่ตั้ง



ภาพที่ 140 แสดงภาพมุมมองของพื้นที่อิสระของโครงการบริเวณทางเข้า

จากภาพมุมมองจะเห็นได้ชัดเจนว่าโครงการสถาปัตยกรรมที่พักพิงชั่วคราวสามารถทำหน้าที่เป็นพื้นที่สีเขียวให้กับเมืองได้ดีไม่เพียงแค่นั้น ความเป็นธรรมชาติจะช่วยส่งเสริมดึงดูดผู้คนให้เข้ามาเพื่อบำบัดเยียวยาจิตใจตัวเอง

ทัศนียภาพด้านหน้าส่วนทางเข้า



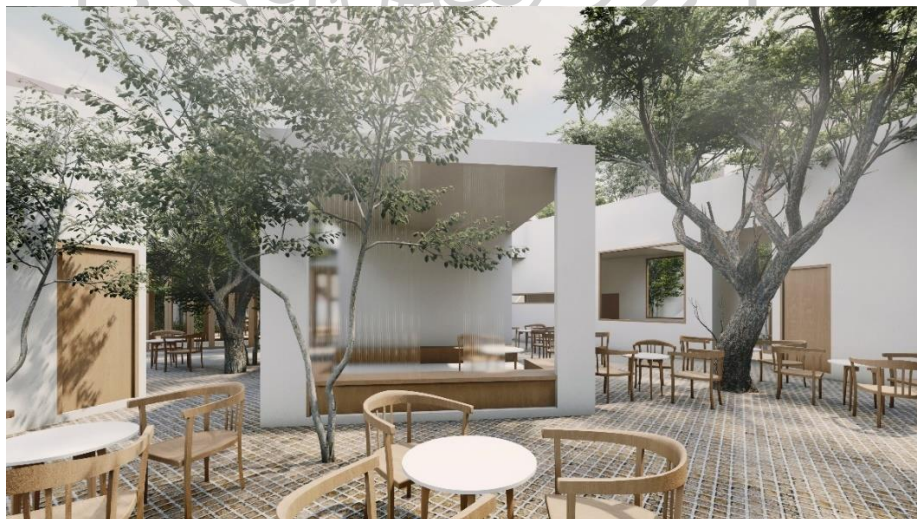
ภาพที่ 141 แสดงทางเข้าด้านหน้าโครงการ



ภาพที่ 142 แสดงทางเข้าที่ถูกกำหนดทิศทางเดิน

การออกแบบพื้นที่ทางเข้าจากภาพ เป็นการออกแบบทางเดินที่ใช้ความสมดุล (Balance) ระหว่างการบังคับทิศทาง (Direction) และการให้อิสระในการเลือกทางเข้า วัสดุที่ใช้จะเป็นพื้นบล็อก มีหญ้ากับดิน สื่อให้เห็นถึงความมิตรและธรรมชาติทำให้เกิดอาการง่วงลงเมื่อมีผู้ใช้งานเข้าไปในครั้งแรก

ทัศนียภาพพื้นที่กิน



ภาพที่ 143 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ลานโล่งของพื้นที่เล่นดนตรีเชื่อมต่อกับพื้นที่ขายเครื่องดื่ม



ภาพที่ 144 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ลานโล่งของพื้นที่นั่งกินเชื่อมต่อกับลานเล่นดนตรี



ภาพที่ 145 แสดงทัศนียภาพบริเวณพื้นที่ขายเครื่องดื่มเชื่อมต่อกับลานโล่งส่วนต้อนรับ



ภาพที่ 146 แสดงทัศนียภาพพื้นที่กินบนดาดฟ้าของร้านอาหารและครัว

ลานโล่งบริเวณด้านหน้าเป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างทางเข้าโครงการ คาเฟ่ และสำนักงานเข้าด้วยกัน เพื่อไม่ให้เป็นลานที่กว้างเกินไปกับหลักแนวคิดการเชื่อมต่อและให้อิสระ สามารถกระทำโดยการใช้ต้นไม้ใหญ่เพื่อสร้างพื้นที่ให้มีร่มเงาอยู่กึ่งกลางลาน ทำให้เกิดระบบของการแบ่ง พื้นที่ลานกว้าง ออกเป็นสองส่วน และการเลือกใช้เฟอร์นิเจอร์ที่เชื่อเชิญให้นั่งที่ทำมาจากวัสดุไม้

ทัศนียภาพพื้นที่กิจกรรมบำบัด



ภาพที่ 147 แสดงทัศนียภาพลานศิลปะบำบัดล้อมรอบสระน้ำ



ภาพที่ 148 แสดงทัศนียภาพทางขึ้นส่วนดนตรีบำบัดเชื่อมต่อกับสระน้ำ

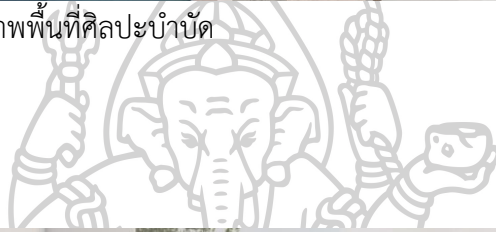
พื้นที่ตรงกลางเป็นสระน้ำ ความเย็นทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ รูปแบบการใช้พื้นที่เป็นแบบแบ่งกลุ่ม นั่งล้อมรอบสระ พื้นที่ส่วนนี้เป็นการใช้พื้นที่ขอบของพื้นที่ตั้งโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปิดตัวอาคารให้เกิดพื้นที่แคบสอและอีกด้านเป็นมุมบ้านทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้พื้นที่ได้



ภาพที่ 149 แสดงทัศนียภาพมุมมองจากด้านบนของห้องครัวเชื่อมต่อกับพื้นที่ศิลปะบำบัด



ภาพที่ 150 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ศิลปะบำบัด



ภาพที่ 151 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ระหว่างอาคารกิจกรรมบำบัดและคาเฟ่

พื้นที่ที่เกิดจากการวางผังให้ในรูปแบบบิตแกนหรือการหลีกเลี่ยงระบบตาราง ทำให้เกิดระบบลานโล่งแบบลานใหญ่และลานเล็ก เป็นพื้นที่ที่สามารถเลือกใช้งานระหว่างพื้นที่ที่ใช้สังคมรวมกลุ่มขนาด 3-5 คนได้

ทัศนียภาพพื้นที่นอกระเบียงก่อนภาวะซึมเศร้า



ภาพที่ 152 แสดงทัศนียภาพขอบเขตของพื้นที่นอกระเบียงกับพื้นที่สาธารณะ

จากภาพเป็นการเลือกใช้วัสดุแบ่งขอบเขตที่ให้ความรู้สึกต่างกันคือไม้และบล็อกทางเดิน ไม้ จะช่วยให้รู้สึกเป็นมิตรเนื่องจากเป็นส่วนที่ควบคุมเฉพาะผู้ใช้งานหลักและมอบความเป็นส่วนตัวให้มากกว่า



ภาพที่ 153 แสดงทัศนียภาพลานโล่งพื้นที่นั่งเล่นในส่วนนอกระเบียงก่อนเป็นซึมเศร้า



ภาพที่ 154 แสดงทัศนียภาพการเชื่อมต่อห้องครัวกับลานพื้นที่นั่งเล่น

การทำงานในระบบการเชื่อมต่อห้องครัวพื้นที่นั่งเล่นและส่วนนั่งเล่นฝั่งไปโพล่าเข้าด้วยกัน
ยังมีธรรมชาติที่เป็นสระน้ำและต้นไม้ ท้องฟ้าเข้ามาเติมเต็มบรรยากาศให้ดูมีชีวิตชีวา



ภาพที่ 155 แสดงทัศนียภาพการแยกส่วนห้องนอนเพื่อให้เกิดพื้นที่ว่างระหว่างกัน



ภาพที่ 156 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ว่างระหว่างห้องนอนให้เป็นพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 2

ระบบการเชื่อมต่อได้พิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนแล้วว่า พื้นที่เชื่อมต่อระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติก่อให้เกิดบรรยากาศตามภาพ ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเป็นส่วนตัวโดยที่ยังเชื่อมต่อกับพื้นที่สีเขียว



ภาพที่ 157 แสดงทัศนียภาพชั้นบนของพื้นที่นอนที่ถูกห้อมล้อมด้วยธรรมชาติ



ภาพที่ 158 แสดงทัศนียภาพพื้นที่นอนชั้นบนเชื่อมต่อกับส่วนควบคุมได้อย่างแยบยล



ทัศนียภาพพื้นที่นอนโรคไปโพลาร์



ภาพที่ 159 แสดงทัศนียภาพการเชื่อมลานโล่งเข้าด้วยกันระหว่างโรคเครียดก่อนเป็นซึมเศร้าและไปโพลาร์



ภาพที่ 160 แสดงทัศนียภาพพื้นที่นั่งเล่นระดับที่ 1 (Rabbit hole) ในพื้นที่นอนของโรคโบโพลาร์

พื้นที่นอนของโรคโบโพลาร์ใช้วิธีการโดยรวมคือ การปกป้อง จากผังที่มีรูปร่างเป็นตัวยูและเปิดทางเข้าเป็นช่องเล็กๆพื้นที่ส่วนนี้กำลังสื่อสารว่าไม่ต้องการเปิดรับให้คนพื้นที่ข้างเคียงเข้ามาเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว การเข้ามาในลานโล่งจึงถูกเชื่อมต่อแบบสาธารณะตรงพื้นที่ด้านหน้าของลาน



ภาพที่ 161 แสดงทัศนียภาพมองจากพื้นที่ส่วนตัวระดับที่ 1 (Rabbit hole)

พื้นที่สำหรับคน 1 คนเข้าไปใช้งานแต่ไม่โดนตัดขาดจากโลกภายนอก ยังสามารถเชื่อมต่อกับสิ่งแวดล้อมบริบทรอบด้านได้

ทัศนียภาพพื้นที่นอนโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า



ภาพที่ 162 แสดงทางเข้าพื้นที่นอนโรควิตกกังวลและซึมเศร้า

พื้นที่ว่างระหว่างอาคารถูกนำมาใช้เป็นลานนั่งเล่น โดยมีพื้นที่ให้ความรู้สึกนุ่มนวลเป็นมิตร และพร้อมลงปะนั้นสัมผัสได้ เหตุผลเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ถูกควบคุมเข้มงวด จึงต้องให้อิสระและให้ผู้ป่วยได้เชื่อมต่อกับธรรมชาติได้



ภาพที่ 163 แสดงทัศนียภาพพื้นที่ว่างระหว่างอาคารโรควิตกกังวลและโรคเครียดก่อนซึมเศร้า



ภาพที่ 164 แสดงทัศนียภาพทางเดินเชื่อมต่อระหว่างพื้นที่นอนของทั้ง 3 โโรค

ทางเดินใช้วัสดุไม้ช่วยให้รู้สึกเป็นมิตรแต่เป็นวิธีการหนึ่งที่มีการควบคุมทิศทางเดินให้เลือกเดินบนทางหลักได้ทางเดียว



ภาพที่ 165 แสดงทัศนียภาพด้านหน้าของพื้นที่นอนโรควิดกักตัว

จากภาพจะเห็นว่า การใช้วัสดุที่มีความหม่นโปร่งแสงช่วยให้การมองมาจากทั้งด้านในและด้านนอกอาคารมีความไม่ชัดเจนไม่สื่อถึงเรื่องราวกัน เพื่อป้องกันการรับรู้ทางสายตา



ภาพที่ 166 แสดงทัศนียภาพชั้น 2 ของพื้นที่นั่งเล่นโรคจิตกึ่งวง



ภาพที่ 167 แสดงทัศนียภาพพื้นที่นั่งเล่น 2 ระดับในพื้นที่เดียวกัน



ภาพที่ 168 แสดงทัศนียภาพการเชื่อมต่อมุมมองของพื้นที่นั่งเล่นไปยังหน้าโครงการ

พื้นที่ส่วนนี้แม้จะมองออกไปแต่ยังมีการบดบังสายตาจากพุ่มใบของต้นไม้ใหญ่ ทั้งนี้ความต้องการของระบบการเชื่อมต่อกับธรรมชาติได้ทำงานกับพื้นที่ส่วนนี้

ภาพทัศนียภาพภายใน



ภาพที่ 169 แสดงทัศนียภาพห้องนอนเดี่ยวของโรควิตกกังวลและซึมเศร้า

จากภาพจะเห็นได้ว่าวัสดุที่ได้กล่าวไปข้างต้นกับการตัดขาดการเชื่อมต่อเรื่องราวภายนอก



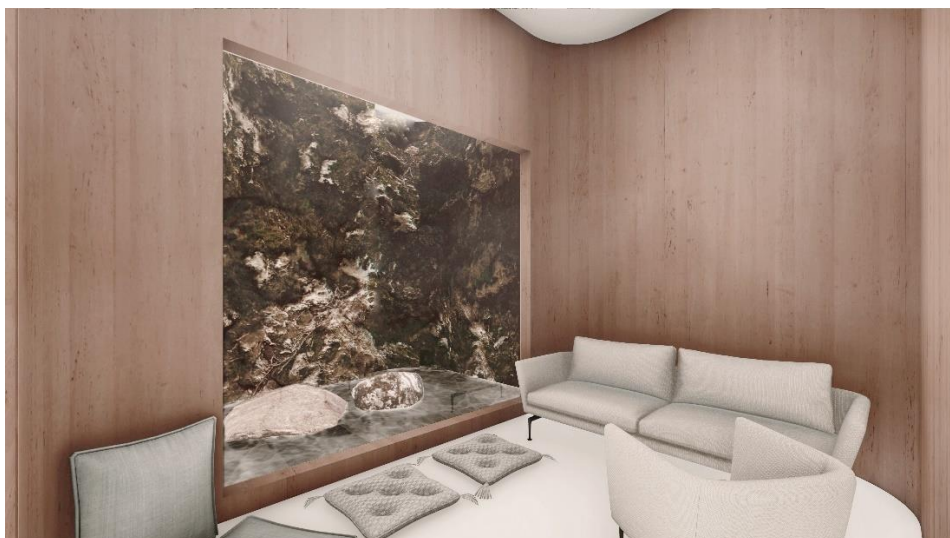
ภาพที่ 170 แสดงทัศนียภาพห้องนอนโรคโบทโพลาร์

จะเห็นได้ว่าการควบคุมแสงที่ให้มีการตกกระทบในพื้นที่ปิดและยังมีการให้ผู้ป่วยได้เชื่อมต่อกับธรรมชาติด้วยวัสดุไม้



ภาพที่ 171 แสดงทัศนียภาพห้องนอนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล

จากภาพแสดงให้เห็นว่าการสร้างบรรยากาศแบบเฉพาะเจาะจงและการใช้แสงธรรมชาติแบบตกกระทบช่วยให้มีความสว่างคงที่ตลอดทั้งวัน



ภาพที่ 172 แสดงทัศนียภาพห้องให้คำปรึกษาแบบส่วนตัว

จากภาพจะเห็นว่าห้องให้คำปรึกษามีการสร้างพื้นที่แบบปิดล้อมในระดับที่ 1 เพื่อป้องกันการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เมื่อมีการควบคุมสิ่งแวดล้อมแล้วผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเชื่อมต่อกับธรรมชาติเพื่อสร้างความผ่อนคลายและความสงบ ดังนั้นธรรมชาติหรือพื้นที่สีเขียวที่ถูกออกแบบต้องมีความเฉพาะเจาะจง รวมไปถึงการใส่ใจในการเลือกพันธุ์ไม้ด้วย

หุ่นจำลอง



ภาพที่ 173 แสดงหุ่นจำลองมาตราส่วน 1: 75



ภาพที่ 174 แสดงหุ่นจำลองมาตราส่วน 1: 75



ภาพที่ 175 แสดงหุ่นจำลองมาตราส่วน 1: 75



ภาพที่ 176 แสดงหุ่นจำลองมาตราส่วน 1: 75

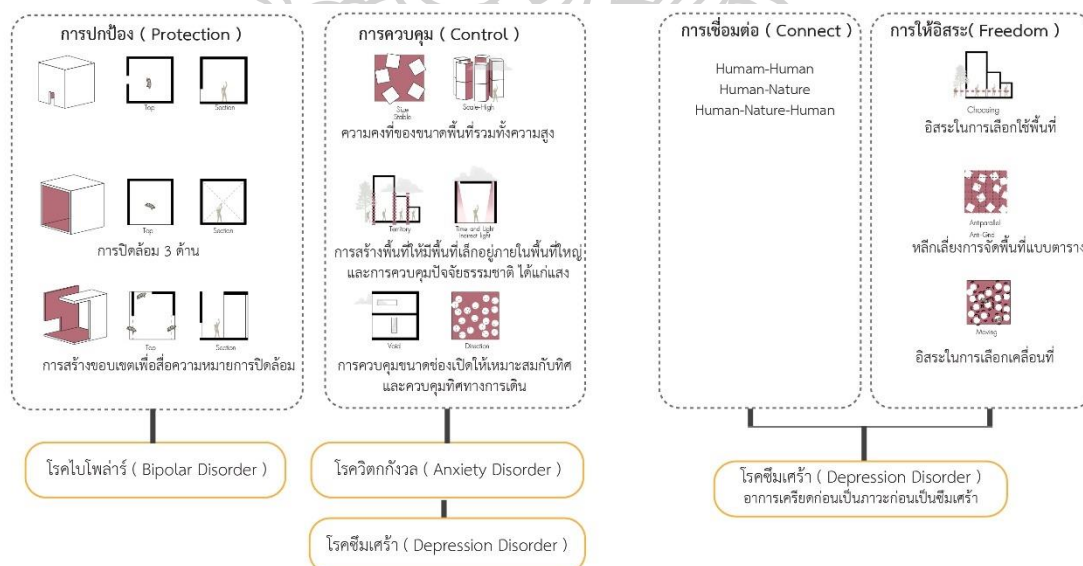
สื่อภาพเคลื่อนไหวแสดงบรรยากาศโดยรวมของสถาปัตยกรรมที่พักพิงชั่วคราว



<https://youtu.be/oqiyWmMYGYU>

สรุปผลการออกแบบ

สถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต ที่ได้ศึกษากระบวนการแล้ววิถีคิดการจัดระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมสำหรับผู้ป่วยโรค 3 โรค ซึ่งได้มีการตั้งสมมุติฐานไว้ว่า จากการพัฒนาวรรณกรรมและกรณีศึกษา พบว่าการทำงานแบบควบคุม ปกป้อง เชื่อมต่อ และอิสระในสถาปัตยกรรมโรงพยาบาล พบว่า มีระบบพื้นที่ที่มีการทำงานร่วมกัน ดังนี้



ภาพที่ 177 แสดงแผนภาพสรุปวิธีการของเครื่องมือการจัดระบบพื้นที่

วิธีการการจัดระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรมทั้ง 4 ระบบ มีความสัมพันธ์กันดังต่อไปนี้

2.1. การควบคุม ซึ่งถูกใช้สร้างเงื่อนไขในการสร้างระบบพื้นที่โรคซึมเศร้ากับโรควิตกกังวล เพื่อลดการกระตุ้นอาการจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการไม่โดนควบคุมที่เข้มข้นเกินไป กับสถานที่ตั้งในเมืองที่ต้องควบคุมทั้งเรื่อง แสงแดด เสียงรบกวน โดยวิธีการสร้างพื้นที่ปิด จึงต้องให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยคือการใช้การควบคุมควบคุมไปกับการให้อิสระ ทั้งในเรื่องการเคลื่อนไหว การเลือกใช้พื้นที่ที่เกิดจากการควบคุมในรูปแบบพื้นที่เล็กไปยังพื้นที่ใหญ่ ส่วนสถานที่ตั้งแบบชนบทจะให้อิสระผู้ป่วย ในพื้นที่นอกเมืองจะสร้างพื้นที่สำหรับให้ผู้ป่วยสัมผัสธรรมชาติที่มากกว่าได้แก่ การมองเห็นบริบทรอบนอกเพียงเล็กน้อย ซึ่งทำได้โดยการควบคุมการออกแบบขนาดช่องเปิด

2.2 การปกป้อง จะถูกใช้สร้างเงื่อนไขในการสร้างระบบพื้นที่กลุ่มอาการไบโพลาร์ โดยการสร้างพื้นที่แบบมีขอบเขต ด้วยพื้นที่ที่แสดงถึงการโอบล้อม ด้วยพื้นที่ปิด (Enclosure) เนื่องจากต้องการลดสิ่งกระตุ้นทางสายตาจากโลกภายนอก และสื่อถึงความปลอดภัยแต่การปกป้องผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ลักษณะนี้ จึงต้องทำงานควบคู่ไปพร้อมกับการเชื่อมต่อหรือปฏิสัมพันธ์กับธรรมชาติ โดยให้ผู้ป่วยสามารถสัมผัสธรรมชาติทั้ง ท้องฟ้า ต้นไม้ ซึ่งจะแบ่งเป็นธรรมชาติแบบจำลองในสถานที่ตั้งในเขตเมือง และธรรมชาติแบบป่าในพื้นที่ป่าหรือนอกเมือง

2.3 การเชื่อมต่อ จะถูกใช้สร้างเงื่อนไขในการสร้างระบบพื้นที่อาการซึมเศร้าชนิดตึงเครียด และมีภาวะก่อนเข้าสู่ซึมเศร้า ด้วยข้อบังคับของอาการที่ต้องการการกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน และเชื่อมต่อกับธรรมชาติ การเชื่อมต่อจะถูกทำงานร่วมกับการสร้างระบบพื้นที่แบบการปกป้อง และการควบคุมในกรณีที่ต้องการสร้างขอบเขตพื้นที่และสร้างปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยในพื้นที่เล็กกับพื้นที่ใหญ่ การเชื่อมต่องานไปถึงการใช้สีและวัสดุที่เป็นธรรมชาติเพื่อกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วยมีชีวิตชีวามากขึ้น

2.4 การให้อิสระ เป็นเงื่อนไขการสร้างระบบพื้นที่ที่ทำงานร่วมกับกลุ่มโรคทั้ง 3 กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเวชนอกจากต้องการอิสระทางด้านจิตใจแล้ว รวมไปถึงพฤติกรรมความต้องการตลอดจนการแสดงออก ได้แก่ การให้อิสระในการเคลื่อนไหวไปยังพื้นที่ที่ไม่เป็นพื้นที่ต้องห้าม การเลือกทำกิจกรรม ให้ทางเลือกเพื่อสัมผัสธรรมชาติโดยการเชื่อมต่อกับประสาทสัมผัส ทั้งการมองเห็น ท้องฟ้า มองผืนน้ำที่นิ่ง การสูดกลิ่นพืชพรรณธรรมชาติ การได้ยินเสียง เช่น เสียงลมพัดใบไม้กระทบกัน การหยิบ หยิบพื้นหญ้า ผิวดิน จึงสรุปได้ว่าการให้อิสระจึงเป็นเงื่อนไขของการสร้างระบบพื้นที่หนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทางเลือกในเรื่องของอิริยาบถเพื่อกระตุ้นและฟื้นฟูจิตใจให้กลับมามีชีวิตชีวามากขึ้น

บทที่ 7

บทสรุปและข้อเสนอแนะในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต

บทสรุปในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต

จากการศึกษาวิทยานิพนธ์หัวข้อสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิตนั้น ได้ พิสูจน์และตอบตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. จากวัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์ที่ว่าด้วยการศึกษาหาวิธีการจัดระบบพื้นที่ทางสถาปัตยกรรม บรรเทาและเติมเต็มจิตใจ ที่มุ่งความสนใจไปที่ผู้เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นพบวิธีการจากการ ทบทวนวรรณกรรมและการศึกษารณศึกษา ที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมด้วยระบบพื้นที่ด้วยกัน 4 วิธีการ คือ การควบคุม การปกป้อง การเชื่อมต่อ และการให้อิสระ แต่ละวิธีการได้ทำการพิสูจน์การออกแบบ ด้วยโครงการสถาปัตยกรรมที่พักพิงชั่วคราว ในหลายระบบของพื้นที่และรูปแบบความสัมพันธ์ที่ได้ วิเคราะห์หามานั้นตอบโจทย์ได้ดี และได้พิสูจน์ให้เห็นถึงการใช้งานได้จริงนั้นคือ เกิดการบรรเทาและเติม เต็มด้วยสถาปัตยกรรมได้ หากแต่ขาดแค่การนำไปทดลองยังบริบทและพื้นที่อื่นๆ เช่น ขอบเมือง ในป่า ชนบท ผู้ศึกษาคาดว่าจะค้นพบรูปแบบความสัมพันธ์ได้อีกหลายวิธี

2. จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาระบบพื้นที่การทำงานร่วมกันของธรรมชาติที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง กับพื้นที่ผู้ป่วยทางจิตและคนปกติ เพื่อให้เกิดภาวะสมดุล ผู้ศึกษาได้ค้นพบและทำการพิสูจน์ผ่านการ ออกแบบโครงการสถาปัตยกรรมที่พักพิงชั่วคราว ว่าด้วยพื้นที่ธรรมชาติได้ทำงานร่วมกับพื้นที่ที่มี ความเฉพาะเจาะจงได้ คือ พื้นที่ส่วนควบคุมธรรมชาติที่นำมาใช้ก็ได้รับวิธีการเช่นเดียวกัน การ จัดระบบธรรมชาติให้อยู่ในพื้นที่แบบลบ (Negative) เมื่อธรรมชาติเข้าไปอยู่ในพื้นที่ที่มีการคลี่คลาย เรื่องการควบคุม ความผ่อนคลายจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วยดังนั้นธรรมชาติจะเป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ใน พื้นที่เชิงบวก (Positive) จะเห็นได้ว่าธรรมชาติทำงานรวมกับการจัดระบบพื้นที่ในรูปแบบเชิงลบ-เชิง บวก และสามารถพิสูจน์ได้ว่าเกิดภาวะสมดุลจริง

3. กระบวนการศึกษาหาวิธีเพื่อช่วยบรรเทาและเติมเต็มได้ค้นพบแนวคิดของการสร้างระบบพื้นที่ด้วย การจัดลำดับความเข้มข้นของสิ่งเร้าทางกายภาพและอาการเจ็บป่วยจากมากไปน้อย แล้วหาวิธีการลด ความรุนแรงของสิ่งเร้าด้วยเครื่องมือ ทั้ง 4 รูปแบบ ทั้งนี้ในการเลือกใช้เครื่องมือที่เฉพาะกับสิ่งเร้า ผู้ ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์แยกตามความเข้มข้นของความหมายของคำกริยา เรียงลำดับตามความ เข้มข้นเช่นกัน การควบคุม การปกป้อง การเชื่อมต่อ และการให้อิสระ ทั้งนี้หลักการทำงานร่วมกันคือ ความรู้ที่ผู้ศึกษาค้นพบ ว่าการจับคู่การทำงาน ความเป็นตรงกันข้ามและคำข้างเคียงจะขึ้นอยู่กับ ประเภทของพื้นที่

4. ผู้ศึกษาค้นพบว่าการประมวลผลร่วมกันระหว่างศาสตร์ของสถาปัตยกรรมกับศาสตร์ของอาการและการรักษาที่เป็นวิทยาศาสตร์ สามารถบรรจบกันได้แล้วยังค้นพบวิธีการหาเครื่องมือการออกแบบสถาปัตยกรรมได้โดย การหยิบยกประเด็นของกายภาพที่เป็นวิทยาศาสตร์ขึ้นมาตั้งคำถาม จากนั้นหาชุดความรู้ที่คาดว่าเป็นคำตอบซึ่งหาได้จากการทดลองงานจริงในการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำมาร้อยเรียงตามสมมุติฐานทางสถาปัตยกรรมที่ได้ตั้งไว้ตอนแรก

ข้อค้นพบจากการศึกษา

จากประเด็นที่ว่า สถาปัตยกรรมนั้นมีขีดจำกัดในการเข้ามาช่วยเยียวยาจิตใจมนุษย์ และผู้ศึกษาได้พิสูจน์แล้วว่า สถาปัตยกรรมนั้นไร้ขีดจำกัดในการช่วยบรรเทาและมีส่วนช่วยอย่างมากในการเติมเต็มจิตใจมนุษย์ เพราะมนุษย์มีความปรารถนาในการพาตัวเองไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี การมีสุขภาพทางกายภาพที่ดี บรรยากาศที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้มนุษย์มีการรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 นั่นคือจะส่งผลไปประมวลผลที่สมองและส่งผ่านเป็นพฤติกรรม ที่สำคัญมนุษย์ สถาปัตยกรรม และธรรมชาติคือสิ่งเดียวกัน และหัวข้อวิทยานิพนธ์นี้ได้จัดระบบการเลือกใช้ สถาปัตยกรรมกับธรรมชาติด้วยวิธีการและปริมาณที่พอเหมาะพอควรกับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต

ไม่เพียงแค่นั้นการตอบคำถามของสมมุติฐานที่ได้ตั้งไว้คือ การค้นพบวิธีการจัดการระบบพื้นที่จากการทดลอง คือผู้ป่วยกับคนปกติเข้ามาใช้งานร่วมกันนั้น จากแนวคิดที่ว่า ไม่มีมนุษย์คนไหนชอบการถูกบังคับ ควบคุม แต่การศึกษานี้ทำให้เห็นว่าการจัดระบบให้มนุษย์รับรู้ได้ถึงการไม่โดนบังคับ ควบคุมด้วยวิธีการทำในสิ่งตรงกันข้าม ตามวิธีการที่ได้วิเคราะห์ไป

จากโปรแกรมทั้ง 5 นั้น ได้รวบรวมมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตของมนุษย์ปกติใน 1 วัน จนถึงตลอดปี กับการค้นคว้าความรู้การรักษาบำบัดทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นกิจกรรมและเป็นกิจวัตรที่คนทั่วไปไม่ทำกัน ดังนั้นความพิเศษในส่วนนี้เป็นจุดเริ่มต้นในการสืบค้นข้อมูลเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคยคุ้นชินที่สุด นั่นคือ ความเป็นบ้าน จะส่งผลต่อความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น สงบ ร่มเย็น ภูมิใจ และการมีกิจวัตรที่ใกล้เคียงกับการอยู่อาศัยในบ้าน และเป็นประเด็นให้สืบค้นต่อไปถึงปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อมที่มีความเป็นบ้าน ได้แก่ การรับรู้ของมนุษย์ ทำให้ได้ชุดความรู้เรื่องของวัสดุที่มีทั้งช่วยส่งเสริม บรรเทาใจให้ดีขึ้นด้วยผิวสัมผัส วัสดุที่ช่วยป้องกันผู้ป่วยจากเสียง การมองเห็น และข้อห้ามข้อจำกัดในการเลือกใช้อุปกรณ์ประกอบทางสถาปัตยกรรมอีกด้วย ผู้ศึกษา

ข้อเสนอแนะในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อการบรรเทาและเติมเต็มทางจิต

1. สำหรับการออกแบบสถาปัตยกรรมเมื่อนำไปปรับใช้กับสถานที่ตั้งอื่นๆ เช่นกลางป่า ชายขอบเมือง หรือชนบท ควรระบุเรื่องรายละเอียดของ ทิศทางที่ใช้ควบคุมแสง ซึ่งเป็นปัจจัยในการกระตุ้นโรคได้ หรือการเสนอแนะแนวทางการปรับเปลี่ยนผังปลักรูปแบบให้เป็นหมวดหมู่
2. ควรเพิ่มพื้นที่ให้ความรู้สึกนุ่มนวล (Soft scape) ประเภทพื้นหญ้าหรือพื้นน้ำ ให้แก่พื้นที่ส่วนอื่นๆ ด้วย เพื่อให้เนื้องานหรือพื้นที่ดูกลมกลืนไม่แบ่งแยกออกจากกันจนเกินไป
3. เรื่องการใช้วัสดุไม้กับงานภายในที่ยังสามารถเพิ่มปริมาณเข้าไปเพื่อให้สัมผัสกับธรรมชาติและ การสร้างบรรยากาศได้มากขึ้น



รายการอ้างอิง

- Edward Osborne Wilson. (1978). E.O. Wilson | Biography, Facts, & Writings | Britannica In.
- Edward Twitchell Hall. Personal space. Retrieved from
<https://en.wikipedia.org/wiki/Proxemics>. from Wikipedia
<https://en.wikipedia.org/wiki/Proxemics>
- Foucault, M. (1988). *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Vintage %@ 978-0-679-72110-9.
- hmong.wiki. DSM-5 การเปลี่ยนแปลงจาก DSM-IVและเงื่อนไขการศึกษาต่อ %U
https://hmong.in.th/wiki/DSM_5. In.
- Humphry, O. (1957). A REVIEW OF THE CLINICAL EFFECTS OF PSYCHOTOMIMETIC AGENTS. *The Pharmacology of Psychotomimetic and Psychotherapeutic Drugs*, 66(3), 141.
- Leonard, S. E. (2015). The Benefits of Recreational Fishing in Adolescence. 39.
- Lowden, T. A. (2021). Title The Right Light at the Right Time for Bipolar Patients An exploratory study of light environments for patients with bipolar disease in behavioral health clinics. 55.
- Michalak, E. E., Yatham, L. N., Maxwell, V., Hale, S., & Lam, R. W. (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), 126-143
- Pérez-Fernández, F., & López-Muñoz, F. (2019). The Kirkbride buildings in contemporary culture (1850–2015): from ‘moral management’ to horror films. *History of Psychiatry*, 30(3), 336-351
- Qing Li. (2019). *Forest Bathing: How Trees Can Help You Find Health and Happiness*: Penguin Life (GB).
- Ramsden, E. (2019a). Designing for Mental Health: Psychiatry, Psychology and the Architectural Study Project. In D. Kritsotaki, V. Long, & M. Smith (Eds.), *Preventing Mental Illness* (pp. 209-235 %@ 978-203-319-98698-98692 98978-98693-98319-98699-98699 %U http://link.springer.com/98610.91007/98978-98693-98319-98699-98699_98610). Cham: Springer International Publishing.

- Ramsden, E. (2019b). Designing for Mental Health: Psychiatry, Psychology and the Architectural Study Project. In D. Kritsotaki, V. Long, & M. Smith (Eds.), *Preventing Mental Illness: Past, Present and Future*. Cham (CH): Palgrave Macmillan %*
Copyright 2019, The Author(s). %L NBK538043 %U
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538043/>.
- Svanberg, M. (2021). *The Right Light at the Right Time for Bipolar Patients*. KTH School of Architecture and the built environment, Retrieved from www.kth.se
- Themomentum. (2017). รูปแบบของกำแพง : กำแพงระหว่างความศิวิไลซ์และความบ้า (1). Retrieved from <https://themomentum.co/madness-and-civilization/?fbclid=IwAR2SGk-2VVKdC0uEZXD0vwSa0Z9U2MOuGKRATZ4nUEUJhfwWL7ojyTOTM>
- Wallace J Nichols. Blue Mind Healing Waves - Ocean Therapy. In *Healing Waves - Ocean Therapy*.
- กรมสุขภาพจิต. (2564a). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/reds.asp>
- กรมสุขภาพจิต. (2564b). แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและตติยาเสพติดสำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ภ. ชวาลกุล Ed.). กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี 11000: กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- กิติกร มีทรัพย์. (2559). ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ฉบับรวบรัด. กรุงเทพมหานคร: สมิต.
- คริสโตเฟอร์ เดย์. (2562). สถานพำนักจิตวิญญาน (ส. ชันติวรงค์, Trans.). กรุงเทพมหานคร: สวนเงินมีมา.
- จิตเวชโคราช. (2562). จิตเวชโคราชออกแบบเมนูอาหารเฉพาะ 3 โรคทางจิตเวช *banmuang.co.th*. Retrieved from <https://www.banmuang.co.th/news/bangkok/161717>
- โชคชัย คงบวรเกียรติ. (2563). กลไกการป้องกันตนเอง (Defense Mechanisms) - GotoKnow In.
- ดุขฎี ตันเจริญ. (2562). คุยเรื่อง Well-being กับ คุณมด-ดุขฎี ตันเจริญ - Mission To The Moon Media In.
- ทฤษฎีบุคลิกภาพของคาร์ลจุง. (2010). ทฤษฎีบุคลิกภาพของคาร์ล จี จุง (Carl G. Jung Theory) In *Lotus's Blog*.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (ม.ป.ป.). แนวคิดในการบำบัดรักษาทางจิตเวช.

มาโนช หล่อตระกูล, & ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2555). การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ไร้เหตุผลเลยเป็นคนบ้า. (2020). ไร้เหตุผลเลยเป็นคนบ้า? : เมื่อความบ้าถูกใช้เพื่อรักษาความเรียบร้อยของสังคม %U https://thematter.co/social/madness_and_civilize_thailand/117842.

In *The MATTER*.

หล่อตระกูล, ม., & ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2555). การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

เอกพล เสี่ยงพงษ์. (2560). การพัฒนาอารมณ์โดยดนตรี. ดนตรีและการแสดง, 3(1), 22.





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	สุนันทา ทองเลี่ยมนาค
วัน เดือน ปี เกิด	8 พฤศจิกายน 2531
สถานที่เกิด	นครศรีธรรมราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	2 ม.5 ต.นาบอน อ.นาบอน จ.นครศรีธรรมราช 80220

