

คู่มือการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับ
คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. 2569



ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทร. 036-211-852 ต่อ 312-313



สารบัญ

หน้า

- หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุนงบประมาณการปรับสภาพแวดล้อม
ที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลันและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๑ - ๓
- แบบคำขอการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ๔ - ๑๔
- หลักการออกแบบห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ๑๕ - ๓๔

หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุน
งบประมาณการปรับสภาพแวดล้อม
ที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน
และผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง



หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุนงบประมาณการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. แบบคำขอการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

- ๑) ดาวน์โหลดหน้าเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี <https://www.saraburipao.go.th>
- ๒) รับเอกสารด้วยตนเอง ที่กองสาธารณสุข ชั้น ๓ องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี
- ๓) ดาวน์โหลดเอกสารแบบคำขอตาม QR code ที่แนบมาพร้อมนี้

๒. ผู้ขอรับการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

- ๑) ผู้พิการ
- ๒) ผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ๓) ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

๓. สิ่งที่ต้องดำเนินการต้องสอดคล้องกับผู้ยื่นคำขอและเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น โดยผู้ยื่นจะต้องมีลักษณะดังนี้

- ๑) ลักษณะความพิการ หรือรูปลักษณะ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ให้ถ่ายรูปคู่กับเตียง เป็นผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเช่น ขาลีบ ให้ถ่ายรูปกับอุปกรณ์ในการช่วยเดิน
- ๒) ลักษณะของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น หลังค่อม ข้อเข่าเสื่อม เข้าโค้ง หรือถ้าวินิจฉัย ๑๐ วินาที เพื่อบ่งบอกอาการเจ็บป่วยประกอบการพิจารณา

๔. แบบประมาณการค่าใช้จ่าย ต้องแนบ แบบ ปร.๔/ปร.๕ (ส่งมาพร้อมกับแบบฟอร์มการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ)

๕. แบบ ปร.๔/ปร.๕ ประกอบด้วย ดังนี้

- ๑) งบประมาณที่ขอรับการสนับสนุน ไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท
- ๒) ราคาครุภัณฑ์ตามมาตรฐานสำนักงบประมาณหรือราคาท้องตลาด
- ๓) แบบประมาณการค่าใช้จ่าย หรือ แบบ ปร.๔/ปร.๕ ไม่มีค่า Factor F
- ๔) สามารถคิดค่าแรงไม่เกิน ๒๐% ของราคาค่าวัสดุอุปกรณ์ตามแบบประมาณราคา

๖. รูปถ่าย

- ๑) รูปถ่ายก่อนปรับปรุง (รับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๒) รูปถ่ายสถานที่ที่ต้องการปรับปรุง ถ่ายรูปตามใบประมาณราคา เช่น ห้องน้ำ สภาพห้องน้ำ พื้นห้องน้ำ สุขภัณฑ์ ผนังห้องน้ำ ทางลาดระหว่างตัวบ้านไปห้องน้ำ ทางลาดพื้นที่ต่างระดับ หรือปรับปรุงพื้นบ้าน ให้เรียบ โดยการเทพื้น (รับรองสำเนาถูกต้อง)

๗. รูปถ่ายผู้ป่วย หากมีความพิการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินสภาพประกอบพร้อมค่า ADL - Activities of Daily Living หรือการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

๘. หนังสือยินยอมในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ปรับปรุง และซ่อมแซม ต้องเป็นเจ้าของบ้าน หรือเจ้าของกรรมสิทธิ์เท่านั้น พร้อมแนบเอกสารสำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของกรรมสิทธิ์

/๙. เอกสารที่...

๙. เอกสารที่ใช้ประกอบแบบคำขอการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

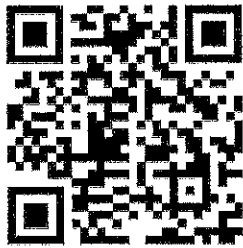
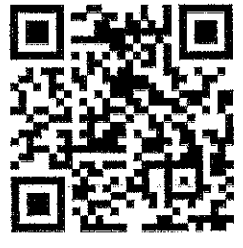
๑) สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ป่วยและผู้ยื่นแบบคำขอ (รับรองสำเนาถูกต้อง)

๒) สำเนาบัตรคนพิการ (ถ้ามี) ของผู้ป่วย (รับรองสำเนาถูกต้อง)

๓) สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้ป่วย (รับรองสำเนาถูกต้อง)

๑๐. ผู้ประเมินของหน่วยงานสาธารณสุข ต้องใส่เลขที่ใบประกอบวิชาชีพของตนทุกครั้งที่ทำการประเมินผู้ป่วย

๑๑. หลักการออกแบบห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ

	QR code สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร
หน้าเว็บไซต์องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี https://www.saraburipao.go.th	
แบบคำขอการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ กึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	
หลักการออกแบบห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุและ ผู้พิการ	
หลักเกณฑ์การขอรับการสนับสนุนงบประมาณการ ปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่ง เฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	

แบบคำขอการปรับสภาพแวดล้อม
ที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และ
ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง





แบบคำขอให้มีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี

ประวัติบุคคล

๑. คำนำหน้าชื่อ (ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

๒. เลขที่บัตรประชาชนกรณีไม่มีเนื่องจาก.....

๓. วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

๔. สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแยกกันอยู่
☐ หย่าร้าง ☐ ไม่ได้สมรสอยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)

๕. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

ชื่อสถานที่..... รหัสประจำบ้าน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์ต่อ..... โทรสาร.....

๖. ที่อยู่ปัจจุบัน

ที่อยู่ปัจจุบัน เป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียน จำนวนผู้อยู่อาศัย.....คน

(กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ให้ทำเครื่องหมาย / ใน ☐ และข้ามไปกรอกข้อ ๗)

ชื่อสถานที่/ชื่ออาคาร/ชื่อหมู่บ้าน..... รหัสประจำบ้าน
บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... อบต./เทศบาล.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๗. สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

ที่	ชื่อ - สกุล	อายุ (ปี)	เกี่ยวข้องเป็น	อาชีพ	รายได้ (บ/ด)	หมายเหตุ

๘. ลักษณะที่อยู่อาศัย ☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยผู้อื่นอยู่ ☐ บ้านเช่า ☐ อยู่กับผู้จ้าง ☐ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง

สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

๙. ประเภทผู้ประสบปัญหา

☐ ผู้พิการ ประเภทของความพิการ.....

☐ จดทะเบียนคนพิการ เลขบัตรประจำตัวคนพิการ.....ระดับความพิการ.....

☐ ไม่ได้จดทะเบียนคนพิการ

☐ ผู้สูงอายุ ☐ คะแนน ADL.....

ลักษณะของผู้สูงอายุ.....

๑๐. โรคประจำตัว.....

๑๑. ความต้องการซ่อมแซม/ปรับปรุง

☐ พื้นบ้าน / บันได รวบบันได /

☐ ฝ้าบ้าน / ห้องนอน / ประตู / หน้าต่าง / ระบบไฟฟ้า (สวิตซ์ไฟฟ้า / ปลั๊กไฟ / สายไฟ)

☐ ห้องน้ำ / ห้องสุขา (เปลี่ยนสุขภัณฑ์ ติดตั้งราวจับในห้องน้ำ พื้นห้องน้ำ ประตูห้องน้ำ)

☐ ระเบียง / ชานบ้าน

☐ อื่นๆ ระบุ.....

๑๒. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้รับการศึกษา/ไม่จบชั้นประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา

☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช./เทียบเท่า

☐ ปวส. / อนุปริญญา / เทียบเท่า ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

อื่น (ระบุ).....

๑๓. อาชีพ

☐ ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ฤๅ ฤๅสามเณร/แม่ชี

☐ เกษตรกร (ทำไร่/นา/สวน/เลี้ยงสัตว์/ประมง) ☐ รับจ้าง ☐ ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆระบุ.....

๑๔. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท ที่มาของรายได้ ด้วยตนเอง ผู้อื่นให้

๑๕. ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้.....ความเกี่ยวข้อง.....เบอร์โทรศัพท์.....

๑๖. การได้รับความช่วยเหลือ/สวัสดิการ/อุปกรณ์/เครื่องช่วยที่เคยได้รับ

๑.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น

๒.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น

๓.จาก.....พ.ศ.....จำนวน.....ชิ้น

๑๗. สภาพปัญหาความเดือดร้อนที่พบ

สำหรับประเภทผู้ขอรับบริการ เลือกตอบได้ (ตอบได้มากกว่า ๑ รายการ)

- ☐ ไม่มีที่อยู่อาศัย
- ☐ รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
- ☐ ครอบครัวหรือผู้อุปการะมีฐานะยากจน
- ☐ ไม่มีเครื่องช่วยความพิการ
- ☐ ไม่ได้รับการฝึกอาชีพ
- ☐ มีความลำบากเมื่อออกนอกบ้าน
- ☐ ไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- ☐ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนหรือการปรับตัวที่เหมาะสม
- ☐ ไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน
- ☐ ไม่มีคนอุปการะ/ไร้ที่พึ่ง
- ☐ ไม่มีงานทำ
- ☐ ที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง
- ☐ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในชีวิตประจำวัน

๑๘. ความคิดเห็นเจ้าหน้าที่

ความคิดเห็นของ <u>หน่วยงานสาธารณสุข</u> ☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ..... ☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก ลงชื่อผู้ประเมิน..... (.....) ใบประกอบวิชาชีพ เลขที่..... ตำแหน่ง.....	ความคิดเห็นของ <u>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</u> ☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลือ..... ☐ เห็นควรให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เนื่องจาก ลงชื่อผู้ประเมิน..... (.....) ตำแหน่ง..... /...../.....
---	--



หนังสือให้ความยินยอมในการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เป็น () เจ้าของบ้าน หรือ () สมาชิกในครอบครัวที่ได้มอบหมายจากเจ้าของบ้านพักอาศัยเลขที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ซึ่งเกี่ยวพันเป็น () บิดา () มารดา () สามี () ภรรยา () บุตร () หลาน () อื่นๆ (ระบุ).....

ของคนพิการ ชื่อนั้น

ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

๑. ข้าพเจ้าและครอบครัวได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ของการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัย ให้แก่คนพิการ ตามโครงการฯ ของกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ

๒. ข้าพเจ้าและครอบครัวมีความประสงค์และยินยอมให้มีการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้ ตามรายการและระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนดทุกประการ

๓. เพื่อให้การดำเนินการซ่อมแซม / ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยด้วยดี ข้าพเจ้าและบริวารหรือตัวแทนของข้าพเจ้า ชื่อ.....จะอยู่ร่วมมือร่วมแรงและช่วยอำนวยความสะดวกทุกด้านอย่างเต็มที่กำลังความสามารถแก่คณะทำงานฯ ตลอดระยะเวลาของการซ่อมแซม/ ปรับปรุง บ้านพักอาศัยหลังนี้ โดยไม่เรียกร้องค่าตอบแทนใดๆทั้งสิ้น

๔. ในกรณีที่มิสาเหตุสุดวิสัยหรือความเสียหายใดๆเกิดขึ้น ในระหว่างการซ่อมแซม/ปรับปรุงบ้านพักอาศัยหลังนี้โดย ข้าพเจ้าหรือตัวแทนของข้าพเจ้าได้รับรู้ด้วยแล้ว ข้าพเจ้าและครอบครัวจะไม่เรียกร้อง ค่าเสียหายและสิทธิใดๆ ทั้งสิ้นจากกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่อย่างใด

เพื่อเป็นหลักฐานในการนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ แนวนเอกสารประกอบได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนากรรมสิทธิ์ที่ดินของเจ้าของบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ



แบบประมาณการค่าใช้จ่าย
กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี

แบบประเมินการปรับสภาพแวดล้อม/ค่าซ่อมแซม/ปรับปรุง.....

ชื่อเจ้าบ้าน/สถานที่จัดกิจกรรม.....

สถานที่ดำเนินงานบ้านเลขที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้ประมาณการชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน (อบต./เทศบาล).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	รายการ	จำนวน	ค่าวัสดุ		หมายเหตุ
			หน่วยละ(บาท)	รวม(บาท)	

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ระยะเวลาดำเนินงาน.....วัน (โดยคำนวณจากปริมาณงาน)

ลงชื่อ.....ผู้ประเมินราคา

(.....)

ตำแหน่ง.....

**หมายเหตุ : แบบประมาณราคาค่าใช้จ่าย ต้องแนบแบบ ปร.๔ และ แบบ ปร.๕ ทุกครั้ง

(ตัวอย่าง)
แบบสรุปค่าก่อสร้าง

ปร.5

กลุ่มงาน/งาน

โครงการ/งานก่อสร้าง :

สถานที่ก่อสร้าง :

แบบเลขที่

คำนวณราคากลางโดย

แบบ ปร.4 ที่แนบ มีจำนวน หน้า

คำนวณราคากลางเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

หน่วย : บาท

ลำดับที่	รายการ	ค่างานต้นทุน	Factor F	ค่าก่อสร้าง	หมายเหตุ
	ส่วนงานที่ 1 หมวดงานก่อสร้าง 1.1 เตรียมงาน 1.2 งานโครงสร้าง 1.3 งานประตู-หน้าต่าง 1.4 งานผนัง 1.5 งานพื้น 1.6 งานฝ้าเพดาน 1.7 งานตกแต่ง 1.8 งานระบบประปาและสุขาภิบาล 1.9 งานระบบไฟฟ้า				
	เงื่อนไขการใช้ตาราง Factor F เงื่อนไขส่วนลดหน้าจ่าย.....% เงินประกันผลงานหัก.....% ดอกเบี้ยเงินกู้.....% ภาษีมูลค่าเพิ่ม.....%				
		-	รวมค่าก่อสร้าง	-	

ลงชื่อ.....ประธานการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเลข : บก

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ค่าวัสดุ		ค่าแรงงาน		รวม	หมายเหตุ
				ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน		
รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น									

ตำหน่ง.....

ตำราแห่ง.....



ภาพถ่ายที่ต้องการปรับสภาพแวดล้อม/ปรับปรุง/ซ่อมแซม
ประกอบการพิจารณาการขอรับการสนับสนุน

** หมายเหตุ : รับรองสำเนาถูกต้อง พร้อมลงชื่อ - สกุล และตำแหน่ง

ขั้นตอนการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

บุคลากรสาธารณสุขประเมิน
นักกายภาพบำบัด,เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช./รพ.,หรือนักพัฒนาชุมชน



แจ้งความจำนงค์ ที่ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล



ส่งแบบคำขอมาทึ กองสาธารณสุข อบจ.สระบุรี



กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี ลงพื้นที่ติดตามผลการดำเนินงานตามโครงการ



คณะทำงานปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะกึ่งเฉียบพลัน และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประชุมเพื่อพิจารณา



แจ้งผลการพิจารณา ไปยัง อบต./เทศบาล



กองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี โอนงบประมาณ



อบต./เทศบาล ดำเนินการตามขั้นตอน และรายงานผลการดำเนินการมายังกองสาธารณสุข

วัตถุประสงค์โครงการ

- เพื่อดำเนินการปรับสภาพบ้านและที่อยู่อาศัยสำหรับคนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถดำรงชีวิตประจำวัน ได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นหรือเป็นภาระน้อยที่สุด
- เพื่อให้คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในระยะที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตระหนักถึงความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้คุณค่าของตนเอง

ติดต่อสอบถาม ประสานงาน ให้คำปรึกษาแนะนำ

กองสาธารณสุข(สำนักเลขาธิการกองทุนหลักประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี)
องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี เลขที่ ๗๙๗ ถนนพหลโยธิน ตำบลดาวเรือง อำเภอเมืองสระบุรี
จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐ โทร./โทรสาร ๐๓๖-๒๑๒๑๘๘

หลักการออกแบบห้องน้ำสำหรับ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยหรือผู้พิการ



ขนาดห้องน้ำ CARE

หากเป็นห้องที่ต้องใช้รถเข็นควรมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 150 cm.
เพื่อความสะดวกในการหมุนรถเข็น

ความกว้างของห้องน้ำที่เหมาะสม
สำหรับผู้ใช้งานรถเข็น

รถเข็นมาตรฐาน

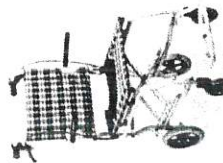
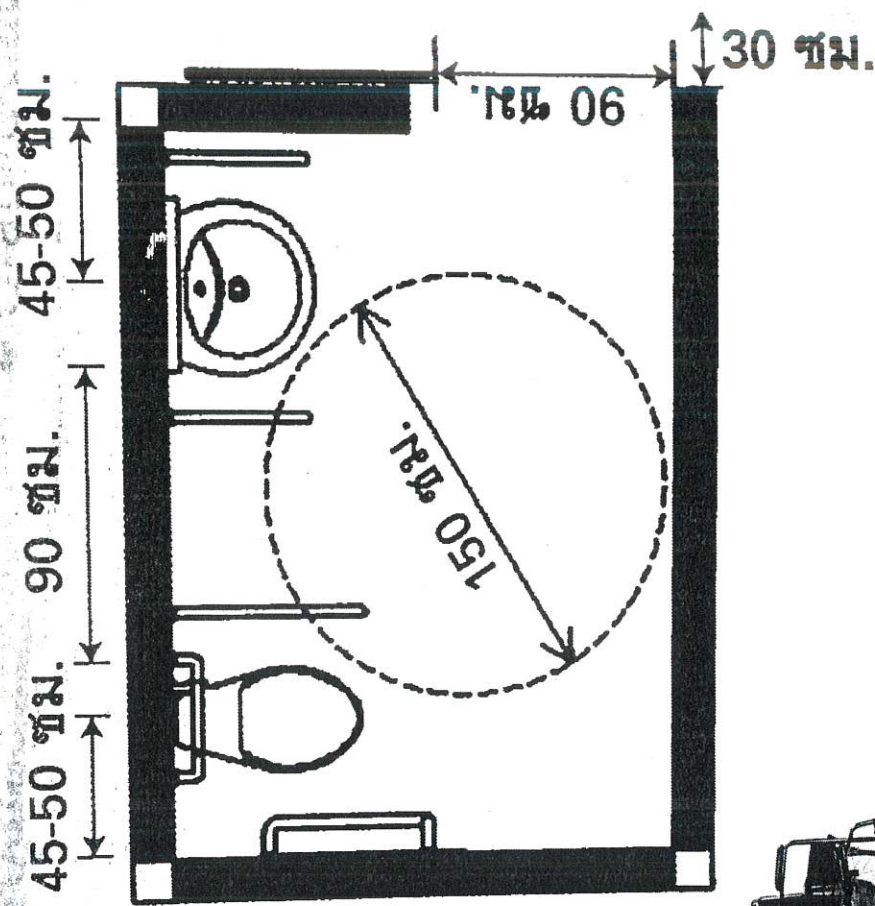
ต้องใช้เส้นผ่านศูนย์กลาง = 150 cm.

ขนาดประมาณ

รถเข็นคนเล็ก

ต้องใช้เส้นผ่านศูนย์กลาง = 120 cm

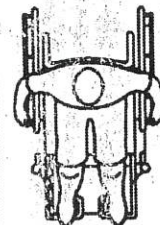
ขนาดประมาณ



ภาพรถเข็นขนาดเล็ก

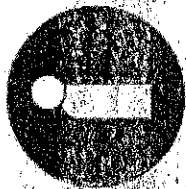


ภาพรถเข็นขนาดมาตรฐาน

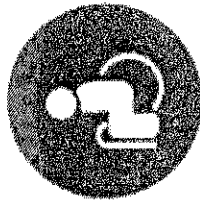
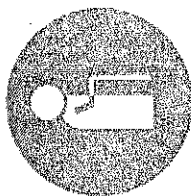


90 ซม.





ทางเข้า/ทางลาดและระดับ



อุปกรณ์เปิดปิด

- ชนิดก้านโยก / แกนหลัก
(ไม่ควรใช้แบบลูกบิด)

ที่ติด

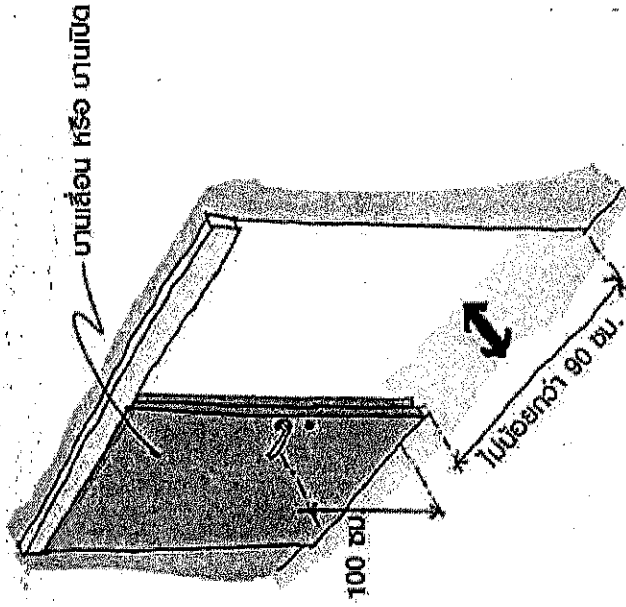
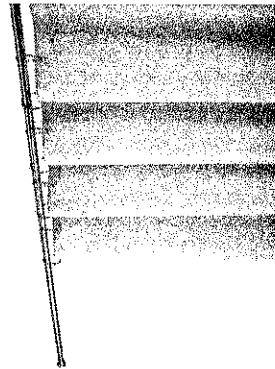
- ควรเป็นแบบขดลัด
(ปลดล็อคได้กรณีฉุกเฉิน)

กรณีประตู

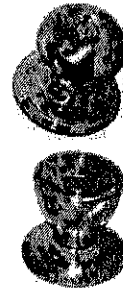
- ควรสูงไม่เกิน 2 cm.

ประตู

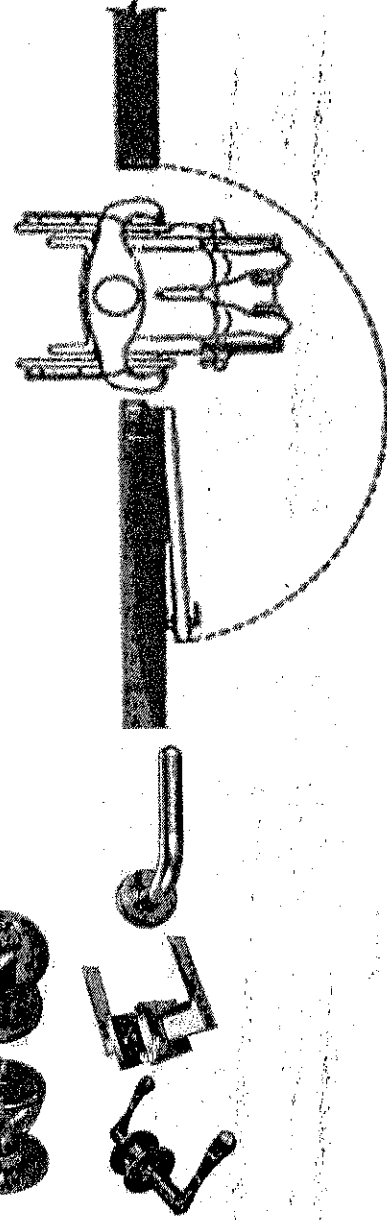
- ความกว้างไม่น้อยกว่า 90 ซม.
- ประตูแบบบานเลื่อน / เปิด
- ไม่มีสิ่งกีดขวาง

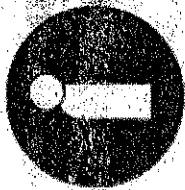


X

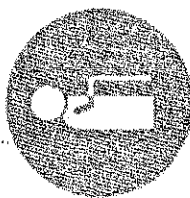


OK



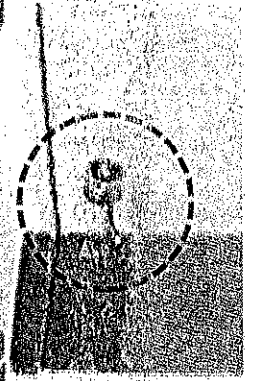
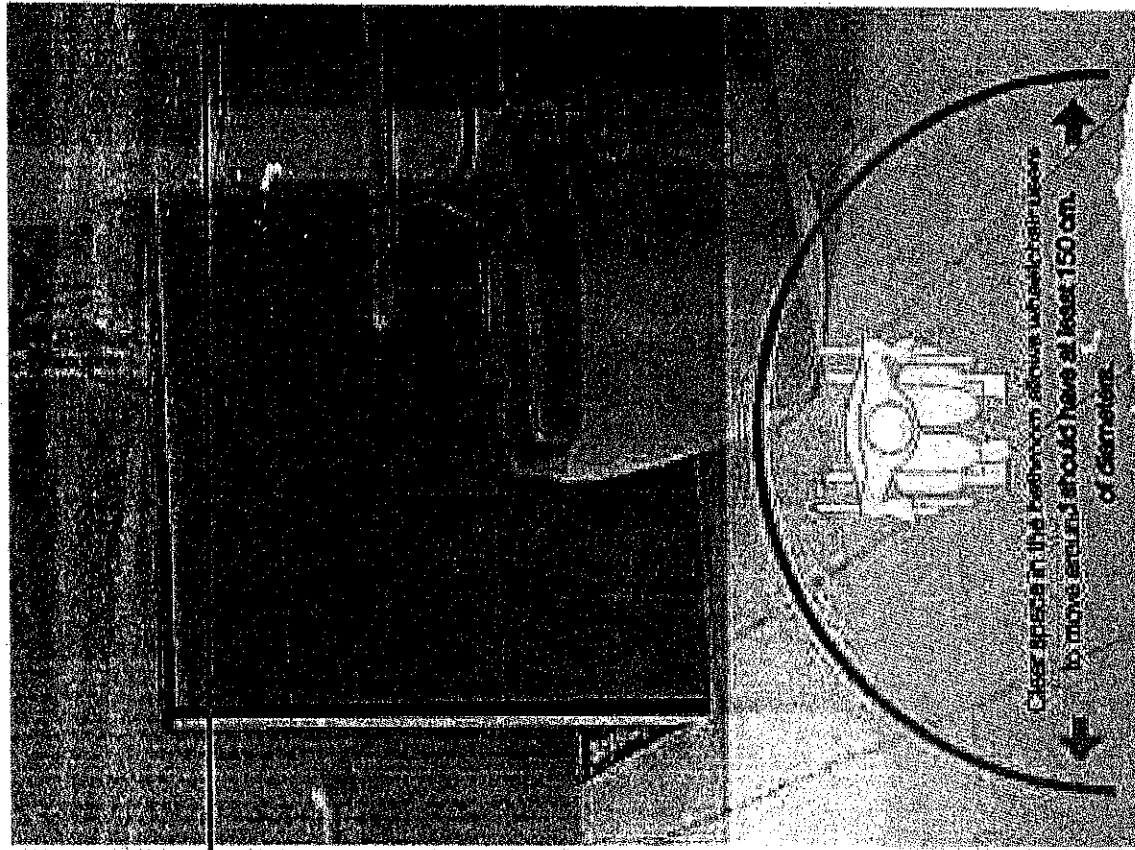
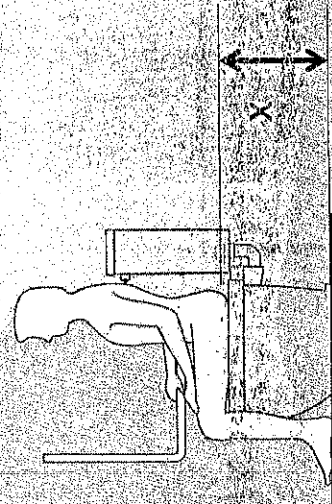
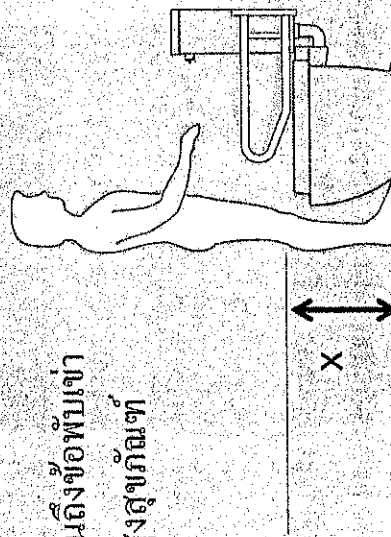


โถสุขภัณฑ์



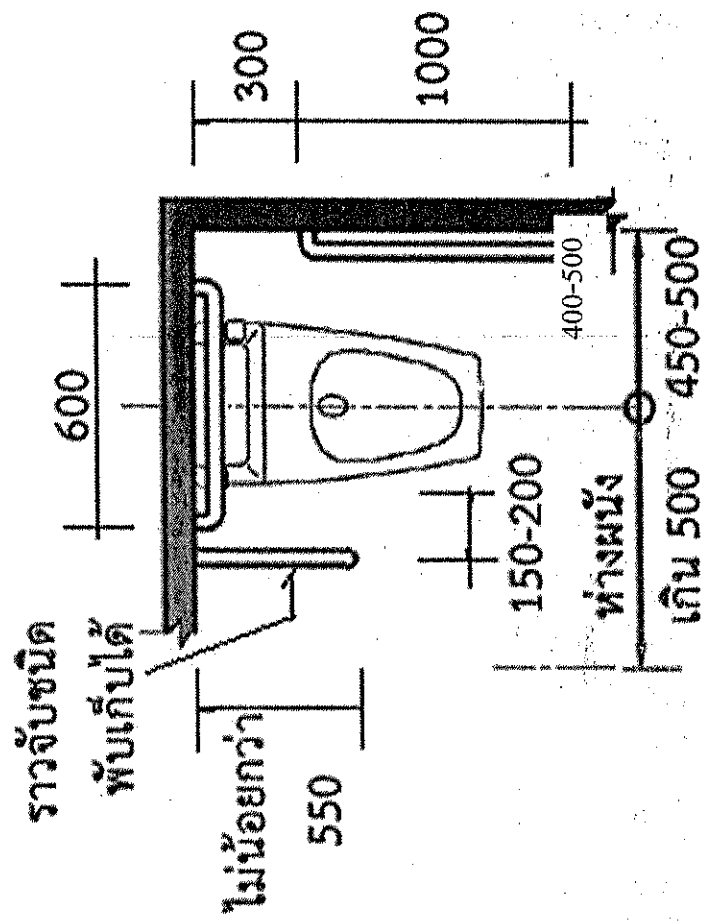
1. กำหนดระยะในท่าที่นั่งสบาย ถูกสุขลักษณะ

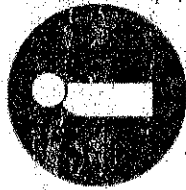
X = ระยะจากพื้นถึงข้อพับเข่า
= ระยะความสูงสุขภัณฑ์



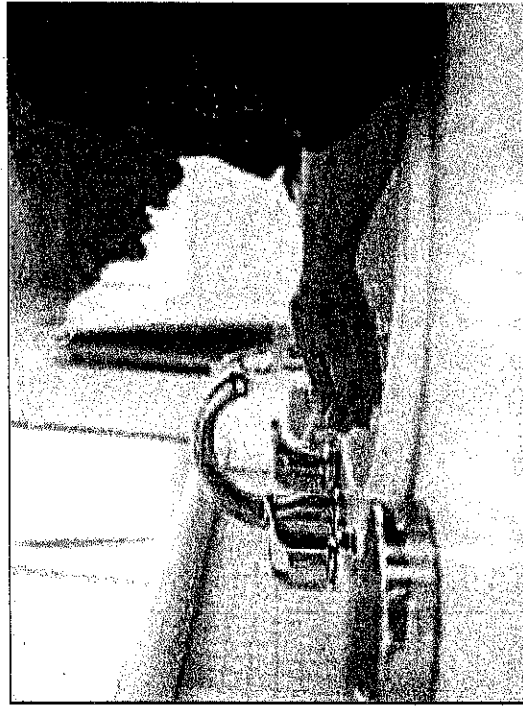


-



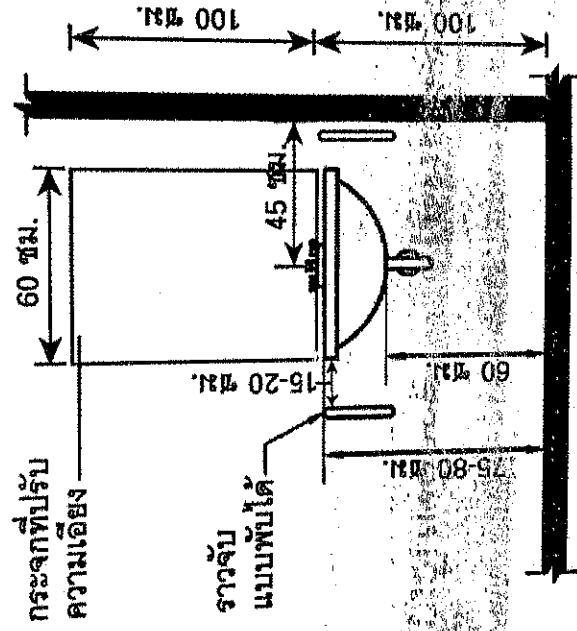


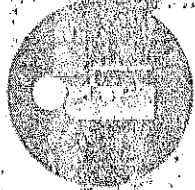
อ่างล้างหน้า



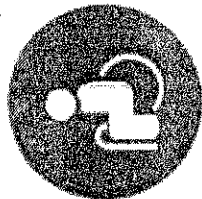
1. ระยะการติดตั้งอ่างล้างมือ ท้าวไป อยู่ที่ระดับ 0.85 ม. หรือ ระยะที่ผู้สูงอายุ ไม่ต้องก้มจนเกินไป
2. ผู้สูงอายุ ที่ไม่จำเป็นต้องนั่งเก้าอี้เพื่อใช้งานอ่างล้างมือ หรือ สุขภาพยังแข็งแรงอยู่จึงนิยมใช้ระยะการติดตั้งแบบนี้
3. ถ้ากรณีห้องน้ำเล็ก ต้องติดตั้งใกล้ผนัง ควรเลือกอ่างล้างหน้ารุ่นเข้ามุม หรือ ตำแหน่งที่ตั้งของอ่างล้างมือ ติดตั้งขอบอ่างล้างมือ ให้มีระยะห่างออกมาจากกำแพงได้ ในระยะระหว่าง 15-20 เซนติเมตร

ก็กล่าว: ควรเลือกแบบก้านโยก /
ก้านบิด / แบบอัตโนมัติ (ลดการใช้
แรง)

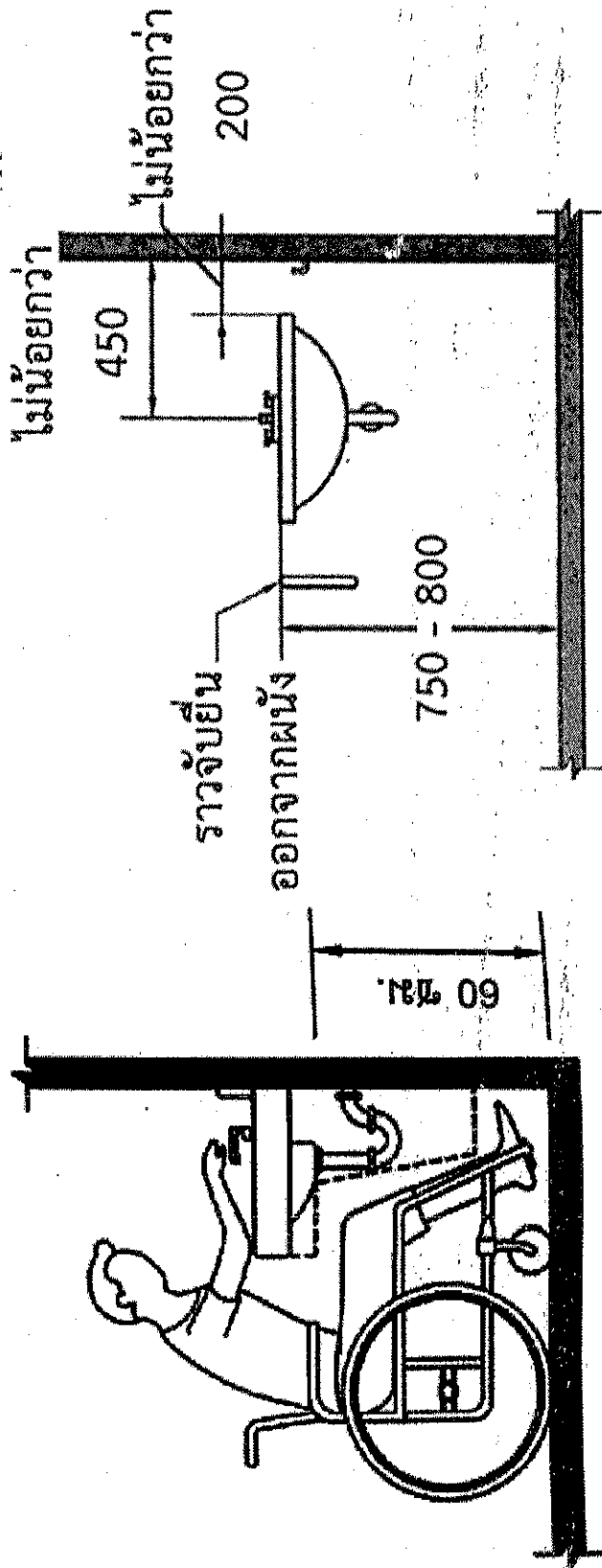
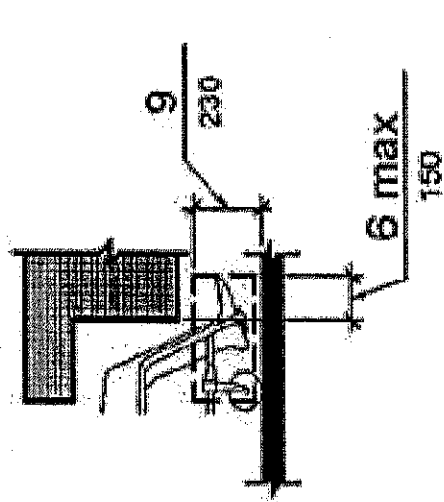


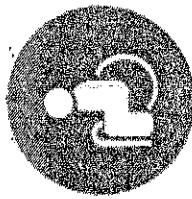


อ้างอิงหน้า



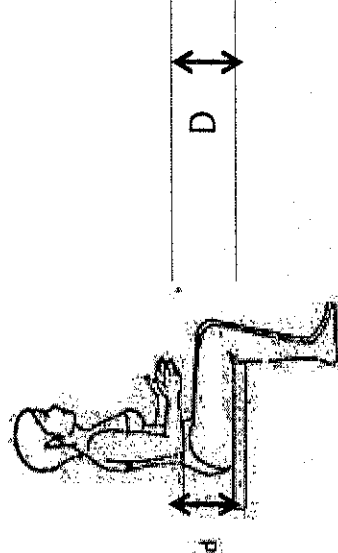
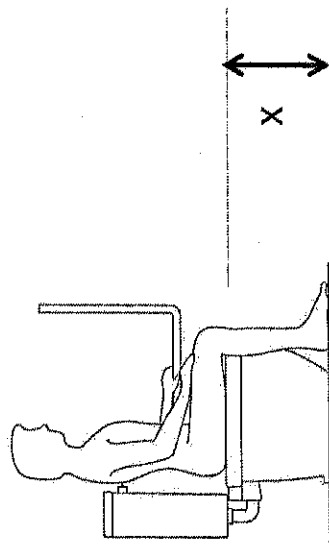
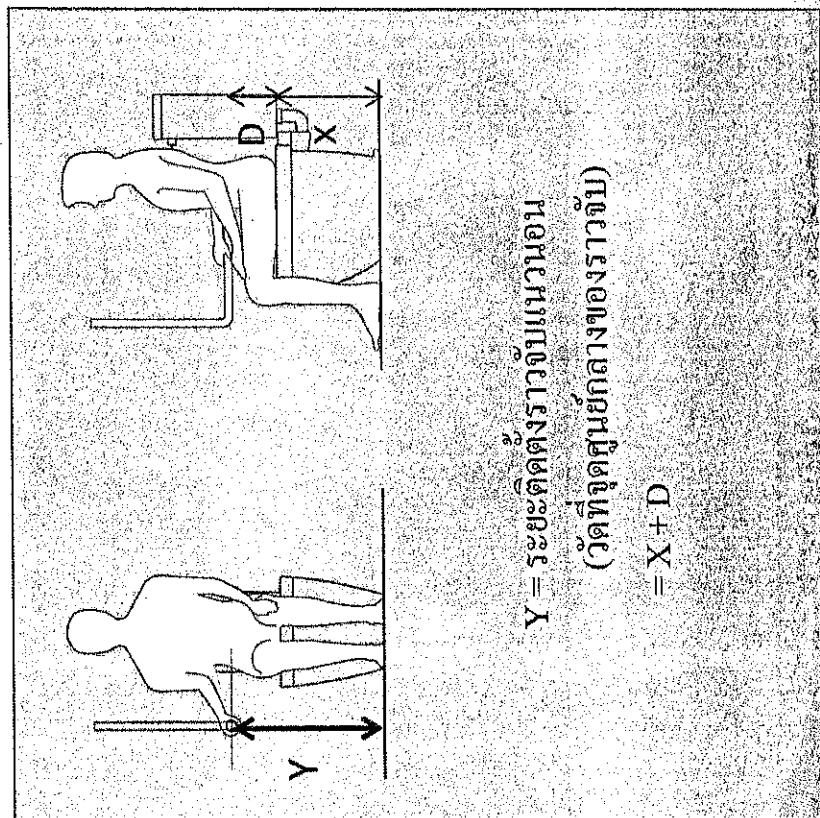
1. ควรมีพื้นที่หน้าอวล้างมือ อย่างน้อย 0.90×1.20 m. เพื่อการเข้าถึง
2. อวล้างมือ มีความสูงจากพื้นถึงขอบบนของอ่าง $0.75 - 0.80$ m. และมีช่องว่างสำหรับเท้าและเข่า โดยคำนึงถึงแนวท่อสำหรับระบายน้ำด้วย
3. ได้อ่างควรเป็นที่ว่าง
(Knee Clearance) สูงอย่างน้อย 0.60 m.





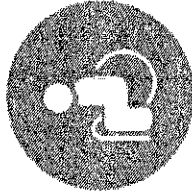
ราวจับบริเวณโถสุขภัณฑ์ (L-Shape)

1. คำนึงถึงระยะ ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในระยะที่จับถนัดมือ

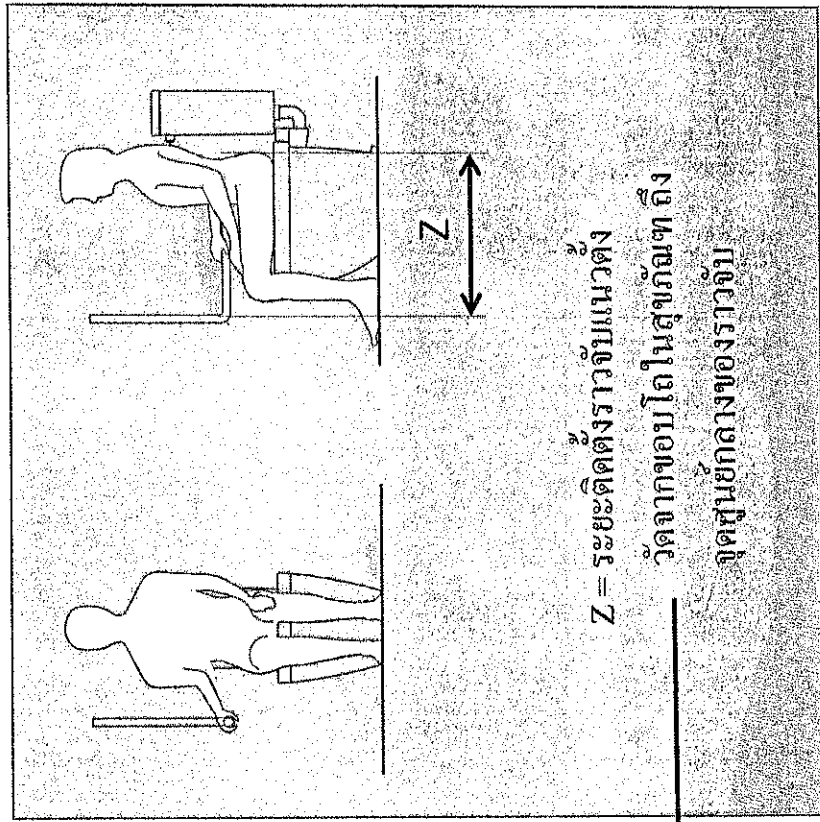




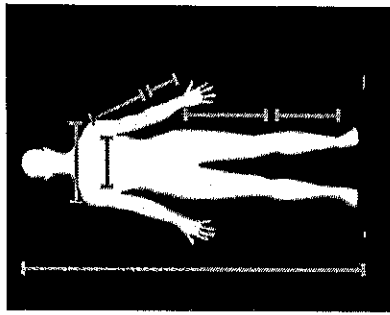
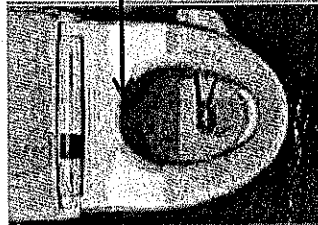
การจับบริเวณไหล่ (L-Shape)



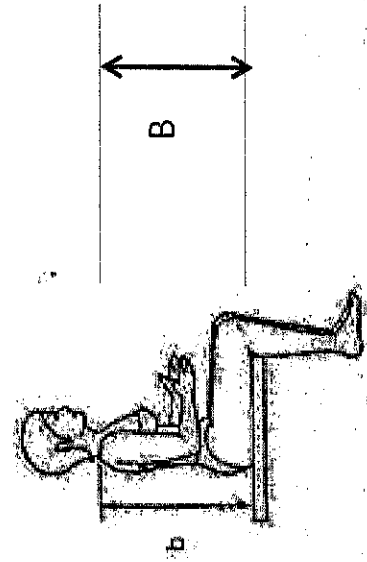
1. คำนึงถึงระยะ ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในระยะที่จับถนัดมือ



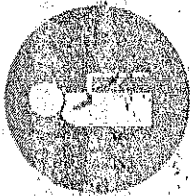
Z = ระยะติดตั้งราวจับแนวตั้ง
วัดจากขอบโต๊ะในลักษณะถึง
จุดศูนย์กลางของราวจับ



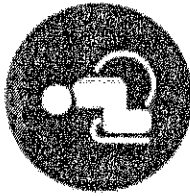
C = ระยะจากหัวไหล่
ถึงกึ่งกลางก้น



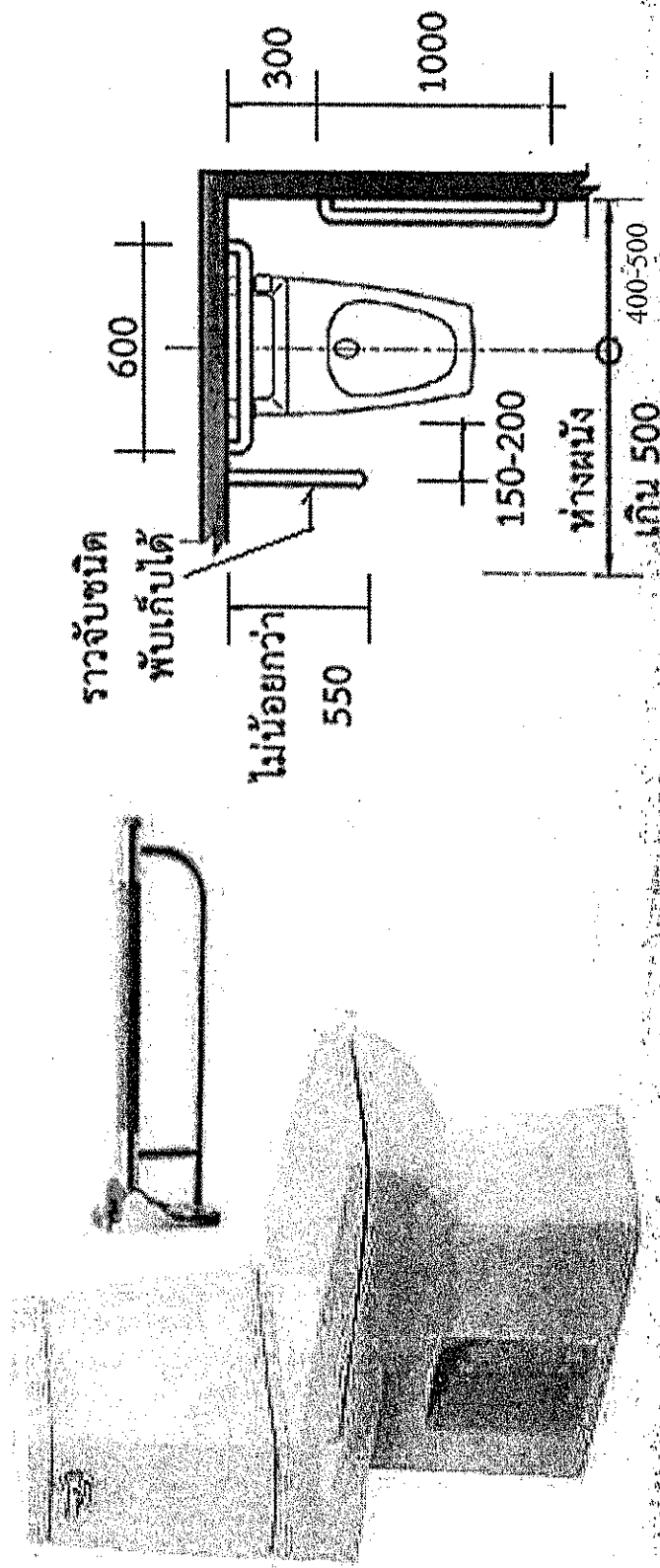
B = ระยะจากเก้าอี้ถึงหัวไหล่

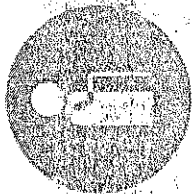


ราวจับบริเวณโถสุขภัณฑ์ (Swing Up)

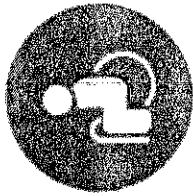


1. ราวจับพับเก็บได้ ติดที่ด้านข้างโถส้วมด้านที่ไม่ติดผนัง มีระยะห่างจากขอบของโถส้วม 0.15 – 0.20 ม.



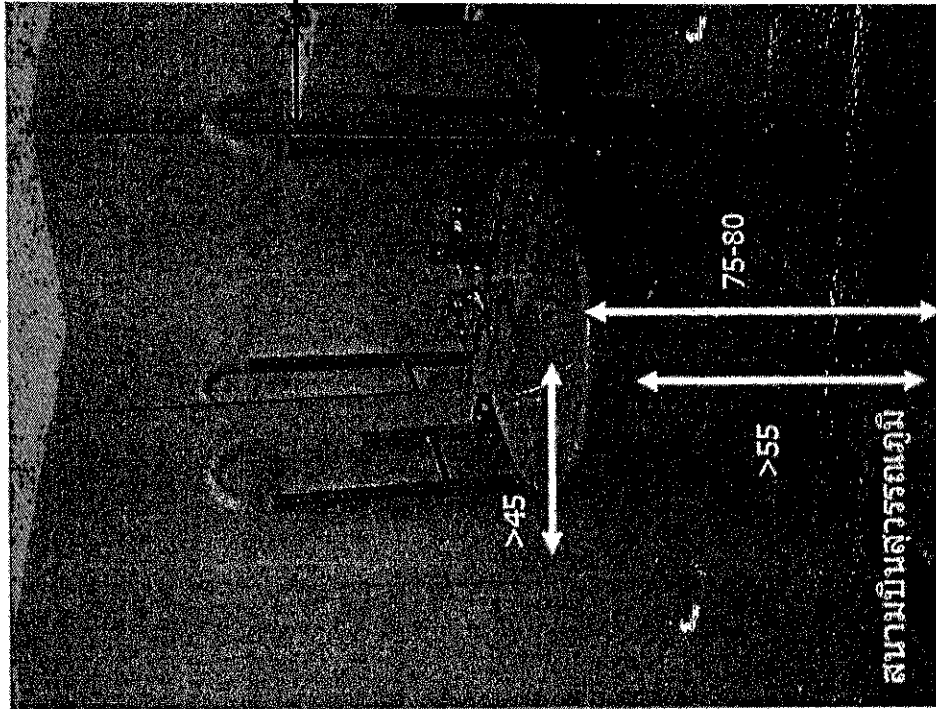


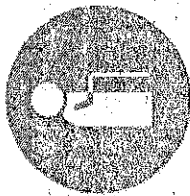
ราวจับบริเวณอ่างล้างหน้า



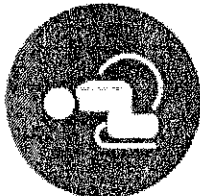
1. มีราวจับในแนวนอนแบบพับเก็บได้ในแนวตั้งทั้งสองข้างของอ่าง ← Universal Design, สำหรับให้ผู้สูงอายุ, สำหรับผู้พิการ,

ผู้สูงอายุใช้พุงตัว
ในข้างที่ถนัด,
กล้ามเนื้อแข็งแรง

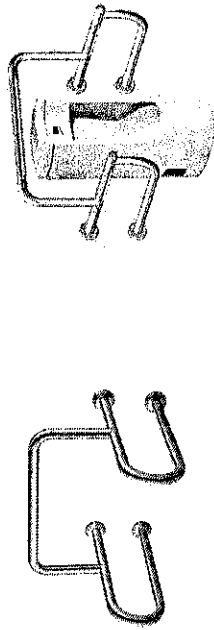




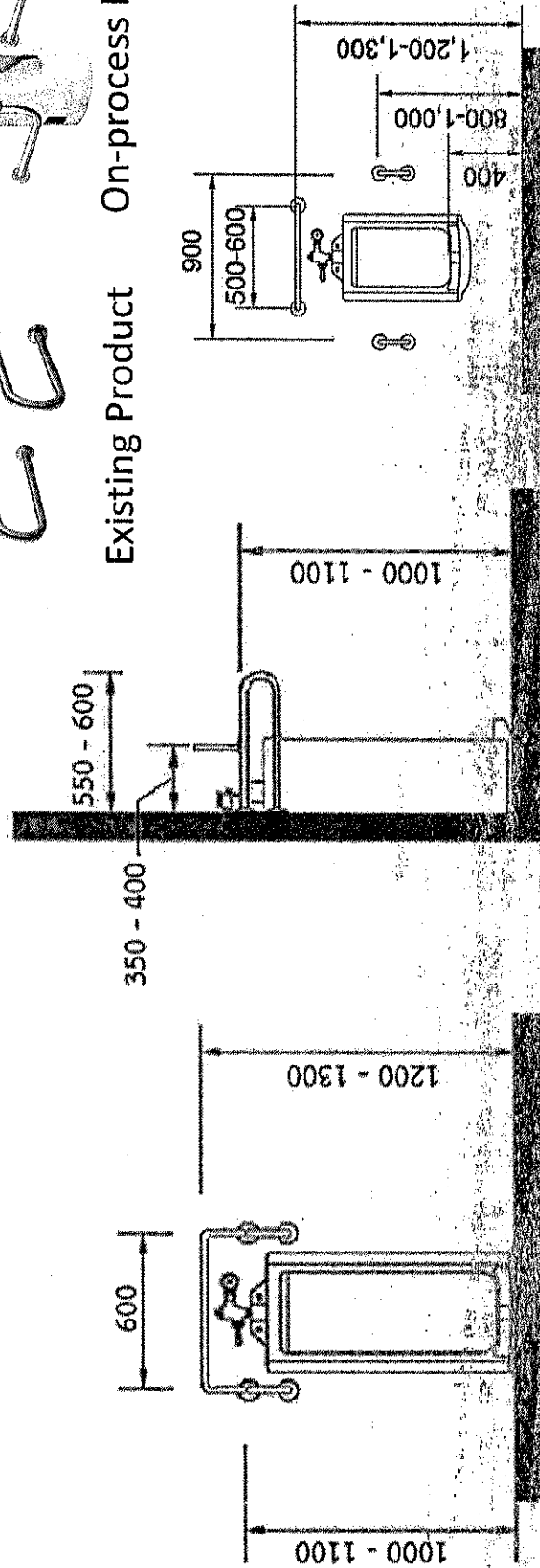
โถปัสสาวะชาย

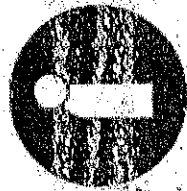


1. พื้นหน้าโถปัสสาวะควรมีอย่างน้อย 0.90 – 1.20 m.
2. มีราวจับทั้งในแนวนอนและด้านข้าง สำหรับให้ผู้อ่อนแรงหรือคนชราใช้พยุงตัว
2. ราวจับด้านบน มีเพื่อใช้จับหรือใช้กพิง
ถ้าในกรณีไม่ถึงพื้น ควรติดตั้งโดยมีขอบอยู่ในระดับความสูง 0.40 m. คั่นกดชักน้ำอยู่ที่ 1.10 m.

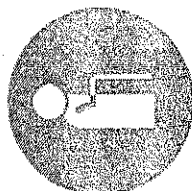


Existing Product On-process R&D

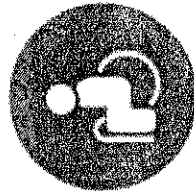




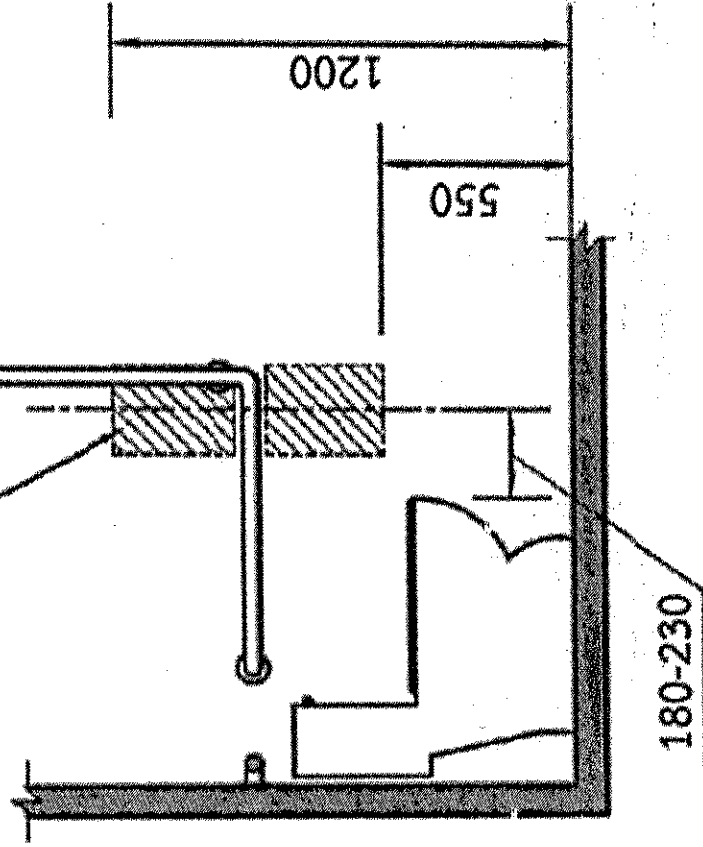
สายฉีดชำระ และ ที่ใส่กระดานพิชชู

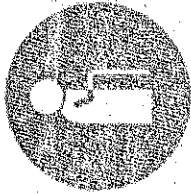


1. ที่แขวนกระดานชำระ หรือ สายฉีดชำระ ควรติดตั้งอยู่ในระดับความสูง ระหว่าง 0.55 – 1.20 ม. โดยห่างจากแนวขอบด้านหน้าของโถส้วมระหว่าง 0.18 – 0.23 ม.



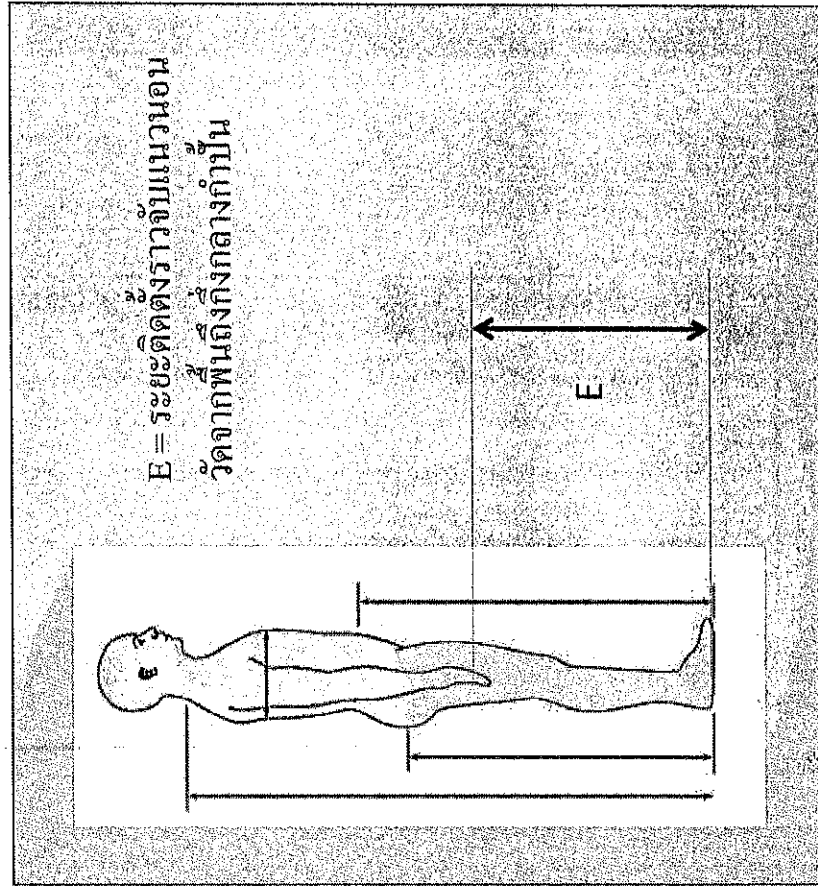
บริเวณติดตั้งแขวน กระดานชำระหรือสายฉีดชำระ



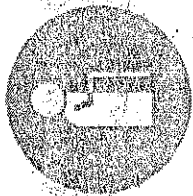


ราวจับบริเวณทางเดิน

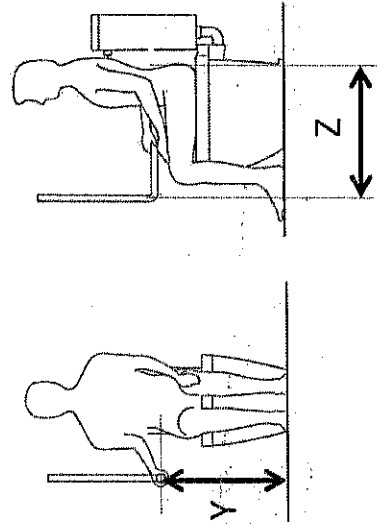
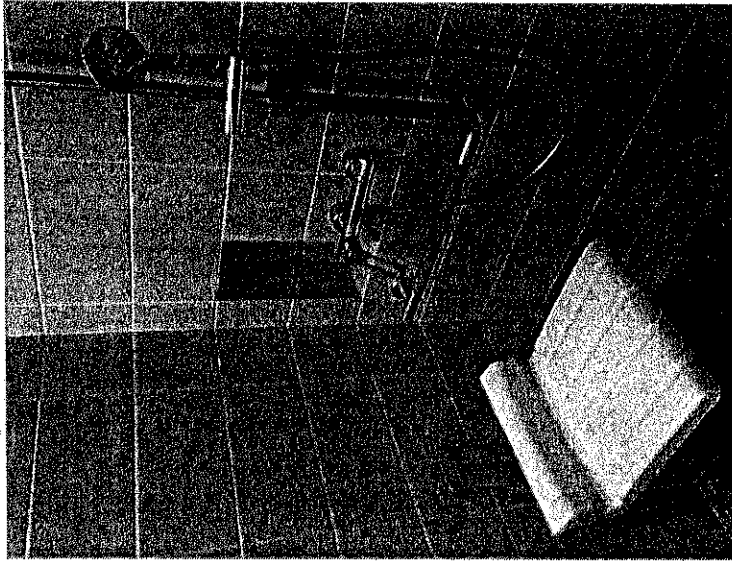
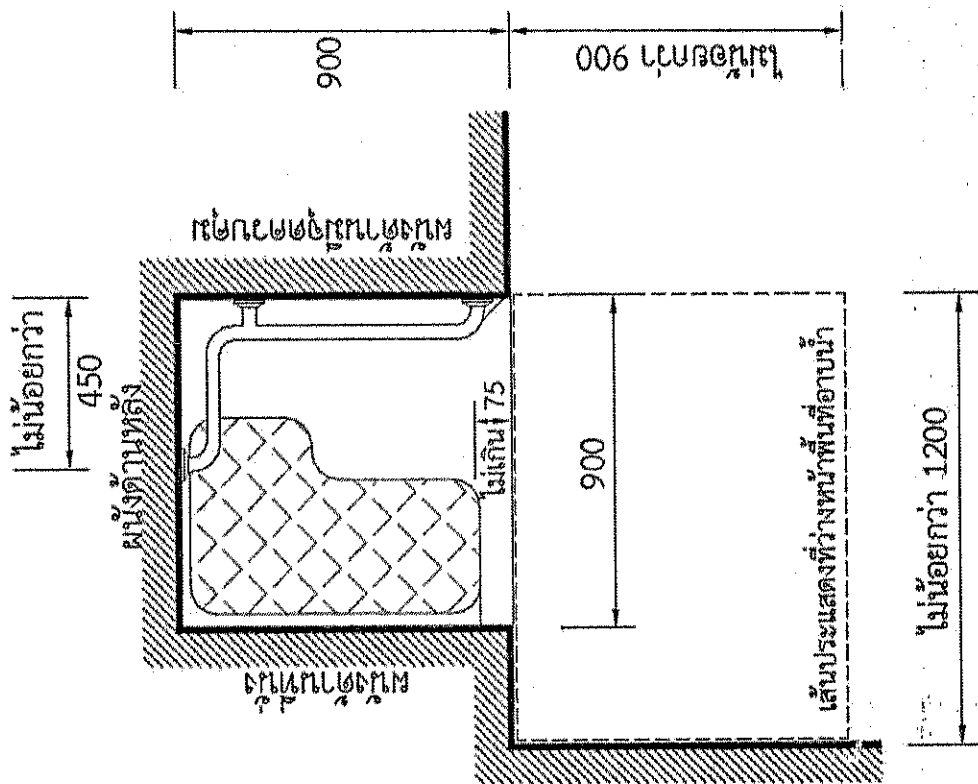
1. คำนึงถึงระยะ ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสม อยู่ในระยะที่จับถนัดมือ

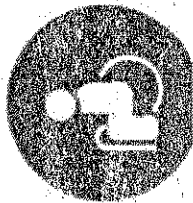


2. หรือติดตั้ง ในระยะ
วัดจากพื้นถึงศูนย์กลางราวจับ
0.80 – 0.90 ม.
เกิดจาก E + ค่ายกขึ้นมาในมุมที่ถนัด

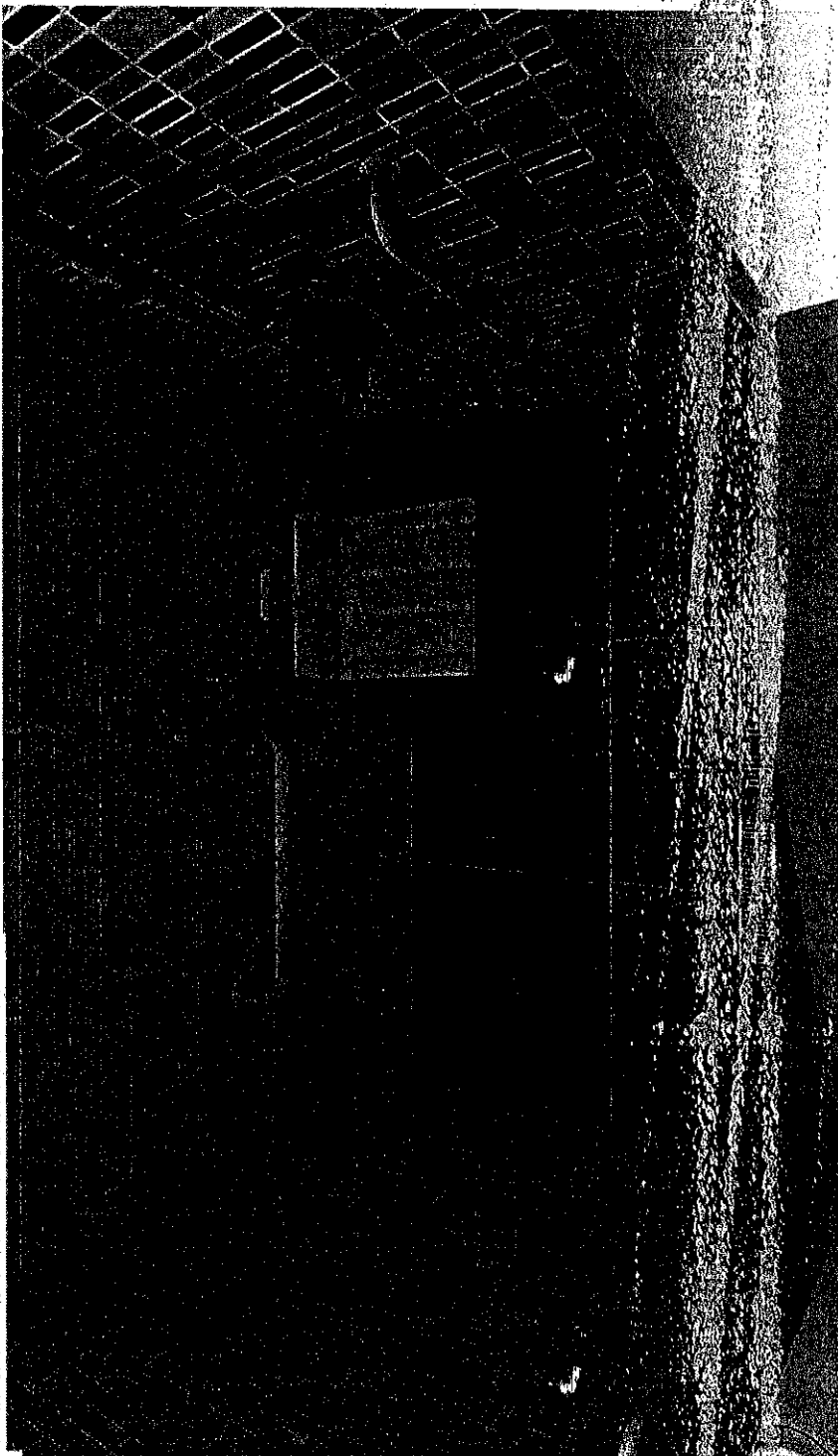
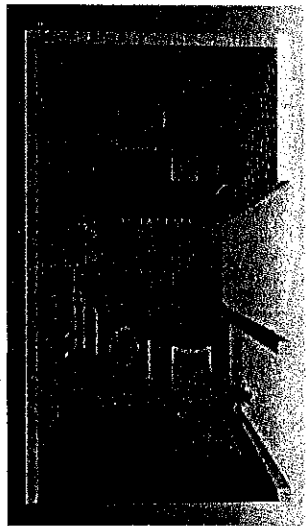
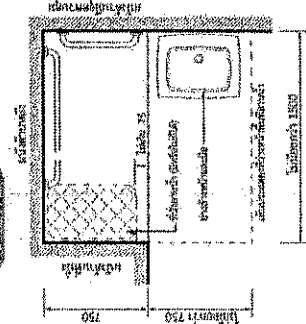


พื้นที่บริเวณอาบนํ้า





พื้นที่บริเวณอาบน้ำ



การแนะนำการเลือกใช้สินค้าผลิตภัณฑ์

การเลือกโดยสุกัญณ์

ควรแนะนำให้ระดับความสูงของฝารองนั่ง เวลาที่นั่งใช้งานแล้ว
เท้าไม่ลอยจากพื้น

S

C15007
GOOGAI

M

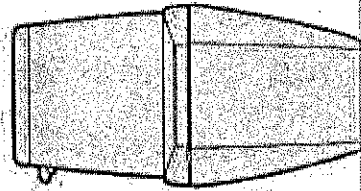
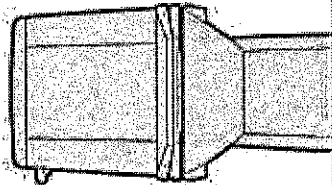
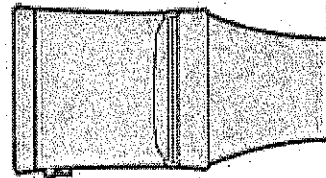
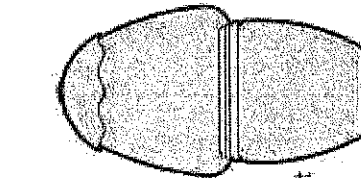
C12607
OPERA

L

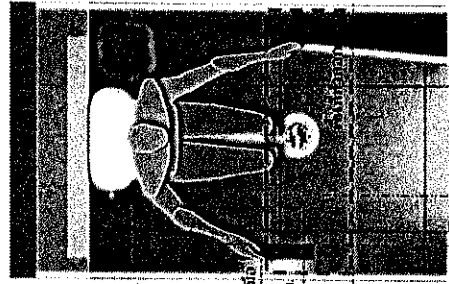
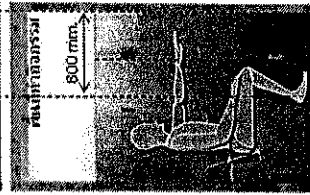
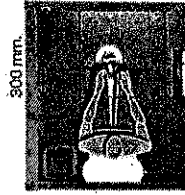
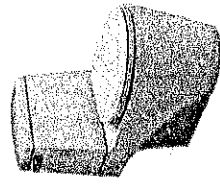
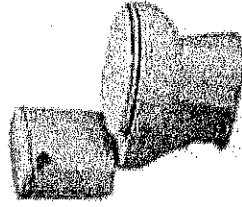
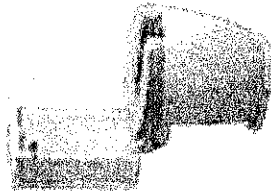
C1341
GIANT

XL

C13507
HERGULES



height



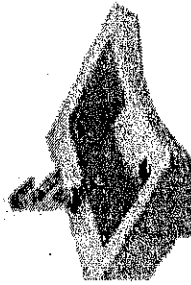
ระยะกว้างมือ
300 mm.
800 mm.

ระยะกว้างมือ
300 mm.

300 mm. ระยะกว้างมือ

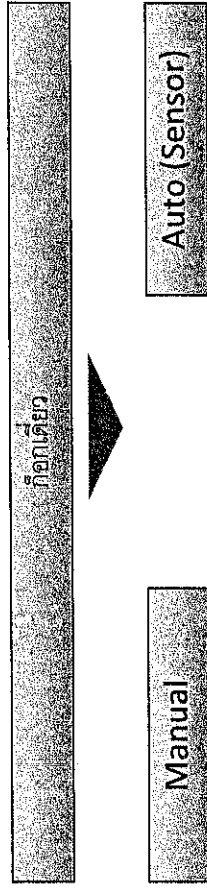
การเลือกอ่างล้างหน้า

ควรแนะนำให้ระดับความสูงและการใช้งานสำหรับปรกเ็น
ควรแนะนำ เป็นแบบก้านบิดเปิด-ปิดน้ำ เพื่อการใช้งานที่ง่ายขึ้น



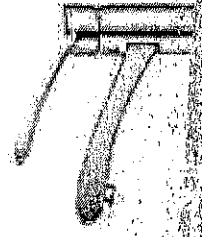
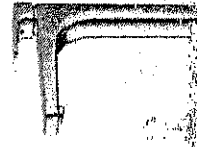
การแนะนำการเลือกใช้สินค้าผลิตภัณฑ์

ก๊อกรน้ำ



- ✓ เปิดปิดง่าย ใช้มีดเปิด โยก ไม่ต้องใช้มือ
- ✓ ออกแรงน้อย

- ✓ ไม่ต้องสัมผัส

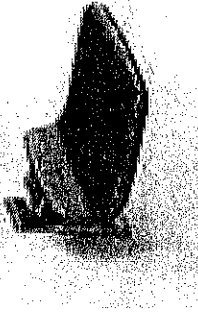


- ✓ เปิดปิดง่าย ใช้มีดเปิด โยก ไม่ต้องใช้มือ
- ✓ ออกแรงน้อย

พื้นที่อาบน้ำ - พื้นอ่างอาบน้ำ



adjustable
Height



Fixed
Height

สำหรับสว.ที่

- 1 มีความเสี่ยงในการล้ม จากสาเหตุต่างๆ
- 2 ยืนนานๆไม่ได้ ปวดเข่า (เข่าเสื่อม) หรือ ปวดเท้า

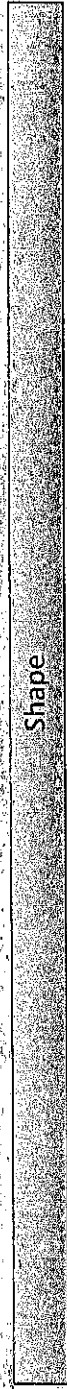
รุ่นที่แนะนำ

เก้าอี้อาบน้ำยัดผืนพับเก็บได้ของ Pressalit

- ✓ ขนาดที่นั่งกว้าง นั่งสบาย
- ✓ รับน้ำหนักได้ 135 kg
- ✓ พื้นผิวเก้าอี้ผลิตจาก Polyurethane
- ✓ พนักพิง ทำจากโครงทรง Aluminium Alloy
- ✓ ไม่ลื่น
- ✓ ปลอดภัยสูง

การแบ่งประเภทการใช้งานตู้ลิ้นชักผลิตกันดั้ม

ตู้ลิ้นชักผลิตกันดั้ม



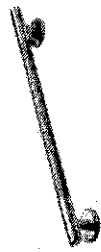
Linear



ใช้พวงตัวในการเดิน

NATURA

ไม้สน + Stainless Steel
35 mm.

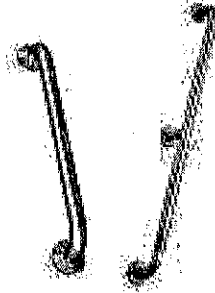


PRESSALIT

Powder-lacquered
aluminium
32 mm.



Stainless Steel
32/35/38 mm.



Style Series

On-process R&D



Support Arm



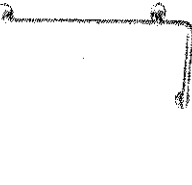
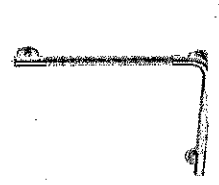
ใช้พวงตัว ลูกหรือไม้
ใช้เท้าแขนค้ำยันตัว



L-shape



ใช้ดึงตัว ค้ำยัน ลูก หรือ ไม้



Special



ใช้ดึงตัว ค้ำยัน ลูก หรือ ไม้

