

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย หรือ ต้นทุน

1. ค่าใช้จ่าย หรือ ต้นทุน (Costs) ของโครงการ หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรต่างๆ ที่นำมาใช้กับโครงการ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือค่าสินค้าและบริการที่ใช้สำหรับการผลิต ค่าใช้จ่ายของโครงการจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1.) ค่าใช้จ่ายโดยตรงของโครงการ (Direct Cost) บางครั้งเรียกว่า ค่าใช้จ่ายขั้นต้น (Primary Cost) หมายถึง มูลค่าของสิ่งของหรือทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตของโครงการตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในโครงการ ซึ่งประกอบด้วย

(1) ค่าวิจัยพัฒนา มักรู้จักกันในชื่อของ “ต้นทุนจม” (Sunk Cost)

(2) ค่าใช้จ่ายในการลงทุน (Investment Cost) หมายถึง มูลค่าของการใช้ทรัพยากรไปเพื่อสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกหรือเป็นทุนการผลิต ประกอบด้วยรายการต่างๆ ดังนี้

- ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง รวมถึงค่าที่ดิน ค่าพัฒนาที่ดิน ค่าทำถนนและรั้ว

- ค่าอาคารและงานโยธา เช่น อาคารผลิต โกดัง ค่าติดตั้งไฟฟ้า

น้ำประปา โทรศัพท์ เฟอร์นิเจอร์และเครื่องใช้สำนักงาน

- ค่าเครื่องจักรและอุปกรณ์ เช่น เครื่องจักรเครื่องมือการผลิต ห้องทดลอง

อุปกรณ์บำรุงรักษา อะไหล่ ค่าเครื่องมือขนย้ายต่างๆ

- ค่าวิชาชีพวิศวกรและที่ปรึกษาทางด้านการบริหารและการวางแผน

(3) ค่าดำเนินการ (Operation Cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในขณะที่โครงการมีการผลิตเกิดขึ้น ประกอบด้วย

- ค่าใช้จ่ายในการผลิต ได้แก่ ค่าวัตถุดิบ ค่าเช่าที่ดินที่ตั้งโรงงาน ค่าพลังงานเชื้อเพลิง ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าบรรจุหีบห่อ และค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ดต่างๆ

- ค่าใช้จ่ายในการบริหารดำเนินการ เช่น ค่าจ้างผู้อำนวยการ ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่ทั่วไป ค่าเช่าสำนักงาน ค่าโฆษณาและประชาสัมพันธ์ ค่าฝึกอบรมพนักงาน ค่าที่ปรึกษา เป็นต้น

- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าภาษี ค่าประกัน ค่าเสื่อมราคา

(4) ค่าบำรุงรักษา (Maintenance Cost)

2) ค่าใช้จ่ายโดยอ้อมของโครงการ (Indirect Cost) หรือบางครั้งเรียกว่า ค่าใช้จ่ายขึ้นรอง (Secondary Cost) หมายถึง รายการค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการมีโครงการ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่อยู่ภายนอกโครงการ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อโครงการมีผลกระทบในทางลบต่อสภาพแวดล้อมเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม

ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อมของโครงการที่กล่าวมา จะเป็นค่าใช้จ่ายที่สามารถวัดเป็นตัวเงินได้ เรียกว่า Tangible Cost แต่บางครั้งโครงการบางประเภทต้องพบกับค่าใช้จ่ายที่วัดออกมาเป็นตัวเงินไม่ได้ เรียกว่า Intangible Cost เช่น ค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่เกิดขึ้นถ้าโครงการนั้นมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามวิถีดั้งเดิมของประชาชน ต้นทุนที่เกิดขึ้นเมื่อโครงการทำให้เกิดมลภาวะเพิ่มขึ้น เป็นต้น

การวิเคราะห์โครงการทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Analysis) เป็นการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของโครงการที่แตกต่างจากการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางการเงิน เพราะการวิเคราะห์ทางการเงินเป็นการวิเคราะห์การเงินแบบธุรกิจที่มุ่งกำไรสูงสุด แต่การตีค่าทางเศรษฐกิจนั้นจะต้องทราบถึงประสิทธิภาพที่แท้จริงของการใช้ทรัพยากรในโครงการ

การกำหนดค่าใช้จ่ายของโครงการในเชิงเศรษฐกิจจะใช้แนวคิดของการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รายการที่มีไม่เกิดจากการนำทรัพยากรมาใช้ในโครงการจะไม่ถูกนำมาคิดรวมเป็นค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายการเงินโอนประเภทต่างๆ (transfer payments) ซึ่งเป็นการโอนทางด้านกระแสการเงินในทางบัญชีเท่านั้น แม้ว่าค่าใช้จ่ายประเภทนี้จะเป็นค่าใช้จ่ายทางการเงินหรือตามทัศนยะของเอกชนก็ตาม

รายการค่าใช้จ่ายที่ไม่ถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าภาษี ค่าชำระหนี้ (Dept Service) ค่าดอกเบี้ย ค่าเสื่อมราคา ต้นทุนจม และเงินสำรองจ่าย เนื่องจากไม่ใช่ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของโครงการที่มีผลต่อการใช้ทรัพยากร

2. ต้นทุนการผลิตในระยะสั้นและระยะยาว

การผลิตระยะสั้นประกอบด้วยปัจจัยคงที่ (คือปัจจัยที่มีปริมาณคงที่ ไม่แปรผันไปตามปริมาณผลผลิตเช่นอาคารโรงงาน เครื่องจักร ที่ดิน ค่าเช่าที่ดิน ดอกเบี้ย) และปัจจัยแปรผัน (คือปัจจัยที่มีปริมาณการใช้แปรผันไปตามผลผลิต เป็นปัจจัยที่ผู้ผลิตสามารถปรับเปลี่ยนจำนวนความต้องการได้ตลอดเวลา) ฉะนั้นต้นทุนระยะสั้นจึง ประกอบด้วยต้นทุนคงที่ และต้นทุนแปรผัน

1) **ต้นทุนคงที่ (fixed cost)** เป็นค่าตอบแทนที่จ่ายให้ปัจจัยคงที่ ต้นทุนคงที่จึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามปริมาณผลผลิต เนื่องจากปัจจัยการผลิตทุกอย่างอาจเป็นปัจจัยคงที่ได้ครบเท่าที่มีจำนวนเท่าเดิมไม่แปรผันไปตามปริมาณการผลิต

2) **ต้นทุนแปรผัน (variable cost)** คือ ค่าตอบแทนที่จ่ายให้ปัจจัยแปรผัน จะแปรผันตามปริมาณผลผลิต ได้แก่ เงินเดือนและค่าจ้างพนักงาน ค่าวัตถุดิบ ค่าซ่อมเครื่องจักรค่าน้ำ ไฟ โทรศัพท์

โดยต้นทุนการผลิตสามารถจำแนกได้เป็นต้นทุนรวม ต้นทุนรวมเฉลี่ย และต้นทุนส่วนเพิ่ม ดังนี้

1) **ต้นทุนรวม (Total Cost - TC)** หมายถึง ต้นทุนที่ประกอบด้วยต้นทุนคงที่รวมและต้นทุนแปรผันรวม

2) **ต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อผลผลิต 1 หน่วย (Average Total Cost-ATC)** ได้แก่ ต้นทุนรวมหารด้วยจำนวนผลผลิตหรือเท่ากับ ผลรวมของต้นทุนคงที่เฉลี่ยและต้นทุนแปรผันเฉลี่ย

3) **ต้นทุนเพิ่มหรือต้นทุนส่วนเพิ่ม (Marginal Cost - MC)** คือ ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง อันเนื่องมาจากผลผลิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง 1 หน่วย

ทั้งนี้ ต้นทุนส่วนเพิ่มถือเป็นสิ่งสำคัญของการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งคำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นระหว่างหน่วยต่อหน่วยของผลผลิตหรือปัจจัยการผลิตเป็นสำคัญ โดยในระยะสั้นถ้าจะให้ได้กำไรสูงสุด ผู้ผลิตอาจต้องผลิต ณ ต้นทุนเฉลี่ยไม่ใช่จุดต่ำสุดเป็นการชั่วคราว

การผลิตระยะยาวผู้ผลิตสามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยการผลิตทุกอย่างตามต้องการตามขนาดของโรงงานหรือกิจการ ปัจจัยทุกอย่างจึงเป็นปัจจัยแปรผัน ไม่เป็นปัจจัยคงที่เพราะปัจจัยคงที่กลายสภาพเป็นปัจจัยแปรผันไปทันทีเมื่อเปลี่ยนแปลงจำนวนหรือขนาด ผู้ผลิตสามารถปรับปรุงขนาดของโรงงานให้เหมาะสมกับระดับผลผลิต ผู้ผลิตจึงสามารถเลือกขนาดของโรงงานที่เสียต้นทุนเฉลี่ยต่ำสุดได้

ในการศึกษานี้จะวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของศูนย์แสงอรุณ โดยจำแนกค่าใช้จ่ายเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการลงทุน และค่าดำเนินการ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและนำไปเปรียบเทียบกับกรบ่าบัดในรูปแบบอื่นๆ ได้ และวิเคราะห์ต้นทุนในการผลิตทั้งต้นทุนรวม ต้นทุนรวมเฉลี่ย และต้นทุนส่วนเพิ่ม

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาของผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด หมายถึง การดำเนินการเพื่อแก้ไขสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้เลิกจากการเสพและสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การรักษาการเสพทางกาย เป็นจุดเริ่มต้นของการบำบัดรักษา แต่ไม่ได้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดและแก้ไขคนที่ตกเป็นทาสของยาเสพติดได้อย่างถาวร

ดังนั้น การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด คือการดำเนินการให้การบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วยวิธีการต่าง ๆ แก่ผู้ติดยาเสพติด โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถเลิกเสพติดได้และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การรักษาการติดยาเสพติดที่ประสบความสำเร็จ จะต้องเป็นการบำบัดรักษาโดยองค์รวม เพื่อช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดให้มีการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน

1. ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย

รูปแบบการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดสามารถแบ่งได้ 3 รูปแบบ คือ การบำบัดรักษาทางด้านร่างกาย การบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบค่าย ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดอยู่ 3 ระบบ ดังนี้

1.1 ระบบสมัครใจ (Voluntary System)

เป็นการให้โอกาสผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกยาเสพติดแบบสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่เปิดบริการบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้ผู้เข้าบำบัดรักษาต้องปฏิบัติตามระเบียบของสถานพยาบาลนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบคือ สถานพยาบาลต่าง ๆ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร และสถานพยาบาลเอกชนที่มีหน้าที่ในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

1.2 ระบบบังคับ (Compulsory System)

ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพ จะถูกบังคับให้เข้ารับการบำบัดในระบอบนี้ และผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ก็จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี ปัจจุบันมีสถานที่ควบคุมตัวเพื่อการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด จำนวน 106 แห่ง แบ่งเป็นกรมราชทัณฑ์ จำนวน 76 แห่งและกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน จำนวน 30 แห่ง มีศูนย์ฟื้นฟูฯ จำนวน 84 แห่ง แบ่งเป็นแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวด จำนวน 70 แห่ง แบบควบคุมตัวเข้มงวด จำนวน 14 แห่ง โดยกรมควบคุมความประพฤติมีหน่วยงานเพียงหน่วยงานเดียวที่จะดำเนินการตามกฎหมาย คือ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

1.3 ระบบต้องโทษ (Correctional System)

เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด และถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมราชทัณฑ์ (ทัณฑสถานบำบัดพิเศษชาย และทัณฑสถานหญิง) และ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม

การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้น ผู้บำบัดจะต้องให้การบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยจะใช้รูปแบบวิธีการต่างๆ แต่การบำบัดรักษานั้นไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นจากการบำบัดรักษาทางร่างกายก่อนแล้วจึงให้การบำบัดรักษาทางจิตใจ เนื่องจากยาเสพติดบางประเภทไม่ก่อให้เกิดอาการถอนพิษอย่างรุนแรง จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทนทรมานได้ ผู้ป่วยจะสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจได้ทันที แต่บางครั้งผู้ป่วยบางคนที่เข้ารับการบำบัดทางจิตใจ แต่ยังมีอาการพิษยาอยู่ สถานพยาบาลบางแห่งอาจจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาทางด้านร่างกายควบคู่กันไปด้วย โดยให้ยารักษาตามอาการที่เกิดขึ้น การติดยาเสพติดซ้ำถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเลิกยาเสพติด เป็นธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดทุกคนที่อาจจะหวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะช่วยประคับประคองผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีความเข้มแข็ง สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข และลดอัตราการเสพยาเสพติดซ้ำ

2. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนบำบัด

การรักษาแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community หรือ T.C) เป็นวิธีการหนึ่งในระบบการบำบัดแบบสมัครใจ โดยประเทศไทยได้นำมาใช้เป็นเวลากว่า 20 ปีแล้ว ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ทำให้ผู้ติดยาเสพติดหรือสมาชิกได้ฝึกพัฒนาตนเอง โดยการสร้างครอบครัวจำลองขนาดใหญ่ ให้ผู้ติดยาเสพติดได้มีโอกาสปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและฝึกฝนตนเองในชุมชนเล็กๆ เป็นสถานที่ๆ มีความปลอดภัย ปลอดภัยจากยาเสพติด และมีสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความอบอุ่นที่ดี ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมากเหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน จำเป็นต้องมีกฎเกณฑ์ อดทนอดกลั้นและปรัชญากำกับ เพื่อให้การอยู่ร่วมกันดำเนินไปด้วยดีปราศจากอุปสรรค

ชุมชนบำบัดจะเน้นแก้ไขปัญหาด้านจิตใจเป็นสำคัญ ด้วยหลัก 3 ประการ คือ

1) การเลียนแบบพฤติกรรมที่ดี ด้วยความเชื่อว่า ทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นไปในทางที่ดี เมื่อได้เห็นว่ามีผู้ที่อยู่ในสภาพเดียวกัน และเคยติดยาเสพติดมาก่อนทำได้ ก็จะเป็นแรงบันดาลใจให้มีความเข้มแข็งและก้าวไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเช่นกัน

2) การอยู่ร่วมกันเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน อันจะสร้างความรัก ความผูกพัน นำไปสู่การรักตนเองและผู้อื่น

3) การใช้อิทธิพลกลุ่ม เพื่อเป็นแรงเสริมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ไปในทางที่เหมาะสม โดยกลุ่มเพื่อนจะเป็นผู้สร้างความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เช่น การเข้ากลุ่มบำบัด กลุ่มปรับความเข้าใจกัน กลุ่มประชุมเช้า เป็นต้น

นอกจากนี้ ชุมชนบำบัดยังได้กำหนดให้มีกฎที่สำคัญ 3 ข้อ ซึ่งถือเป็นกฎข้อห้ามของศูนย์ ได้แก่

กฎข้อที่ 1 ไม่มียาเสพติด ในที่นี้รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประเด็นแรกที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติด และเป็นหนทางนำไปสู่การใช้ยาเสพติดประเภทอื่นได้ง่าย โดยเฉพาะกับผู้ที่มีประสบการณ์การใช้ยาเสพติดมาก่อน

กฎข้อที่ 2 ไม่ก่อเรื่องวิวาท (No Violent) ซึ่งการรวมตัวข่มขู่ หรือการกระทำอื่นๆ ที่อาจก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทได้ เนื่องจากบุคคลจะเกิดการเรียนรู้และกล้าแสดงพฤติกรรมใหม่ๆ ได้ เมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ตัวอย่างเช่น หากเราสอนให้บุคคลมีความซื่อสัตย์แต่มีบุคคลหนึ่งข่มขู่ว่าจะกระทำการรุนแรงถ้าพูดความจริง สมาชิกก็จะไม่กล้าพูดความจริงเป็นต้น

กฎข้อที่ 3 ไม่มีเพศสัมพันธ์ (No sex) ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงการมีความรู้สึกรัก ไม่ว่าจะเป็นเพศเดียวกัน หรือต่างเพศ เนื่องจากเมื่อคนมีความรักชอบแล้ว มักจะไม่สนใจเรียนรู้ในสิ่งใหม่ แต่จะให้ความสนใจฝ่ายตรงข้าม และขาดการเรียนรู้ตนเอง

นอกจากกฎที่กล่าวมานี้ สมาชิกจะต้องยึดในอุดมการณ์ อันใดแก่ ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ มีความรักความห่วงใย การทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี การทำงานคือชีวิต จงเข้าใจผู้อื่นมากกว่าให้ผู้อื่นเข้าใจเราเป็นต้น

ในการฟื้นฟูด้วยสมรรถภาพด้วยวิธีชุมชนบำบัดนี้จะใช้งานเป็นกลไกในการเรียนรู้ สังคม เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ดี และสร้างความรับผิดชอบ โดยจัดระบบสายการบังคับบัญชา เพื่อเป็นตัวชี้วัดความก้าวหน้าหรือความถดถอยในการเรียนรู้ของบุคคล เมื่อบุคคลเข้ามาเป็นสมาชิกใหม่ในชุมชนทุกคนจะต้องมีงาน มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ทุกคนเริ่มตั้งแต่งานง่ายๆ ไม่ซับซ้อน เมื่อสามารถทำงานได้คืออย่างสม่ำเสมอจึงสามารถเลื่อนตำแหน่งงานที่มีความยากและซับซ้อนมากขึ้น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ใช้การทำงานเป็นกลไกในการขับเคลื่อนนี้จะใช้การให้รางวัลและการลงโทษ เป็นเครื่องมือที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการลงโทษจะมีระดับความรุนแรงต่างๆ จากน้อยไปหามาก ได้แก่ การสอน การเตือน การคาดโทษ การเรียนรู้ ประสบการณ์การนั่งเก้าอี้ใช้ความคิด การห้าม การลงโทษจะเป็นการหยุดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพียงชั่วคราว การที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างถาวรนั้น การให้รางวัลจะเป็น

การกระตุ้น ในทางบวกมากกว่าวิธีการให้รางวัลนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นวัตถุประสงค์ของ แต่อาจเป็นคำชมเชยการเลื่อนตำแหน่ง โดยเฉพาะการชมเชยนั้นถ้าเป็นการชมต่อหน้าคนกลุ่มใหญ่แล้ว จะทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจ และไม่กล้าที่จะทำผิด เพราะกลัวว่าผู้อื่นจะตำหนิในระยะแรก เมื่อบุคคลทำความดีใหม่ๆ ควรจะต้องมีการให้รางวัลทุกครั้ง เมื่อผ่านไปจนถึงจุดหนึ่งที่บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเองแล้ว การได้รับรางวัลจากภายนอกหรือไม่ก็ไม่一定有ผลต่อบุคคลมากนัก

ในแต่ละวันสมาชิกจะต้องปฏิบัติตามตารางประจำวันของศูนย์ซึ่งออกแบบให้สมาชิกได้มี การพัฒนาและเปลี่ยนแปลงใน 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านพฤติกรรม
- 2) ด้านอารมณ์ และจิตใจ
- 3) ด้านสติปัญญา และ คุณธรรม
- 4) ด้านทัศนคติ ทักษะในการทำงาน และทักษะในการดำรงชีวิตโดยจะใช้

กระบวนการกลุ่มต่างๆ เช่นการประชุมเข้า กลุ่มสัมมนา กลุ่มปรับความเข้าใจ เป็นเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนการดำเนินงานชุมชนบำบัด สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะจูงใจ ใช้เวลาไม่เกิน 30 วัน ในระยะนี้จะเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับสมาชิกที่ต้องการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ โดยเจ้าหน้าที่จะให้การปฐมนิเทศเกี่ยวกับการเป็นสมาชิก กฎระเบียบต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว

ระยะที่ 2 ระยะบำบัดรักษา ใช้เวลาประมาณ 1 - 1 ½ ปี ในระยะนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความพร้อมที่จะไปประกอบอาชีพ หรือใช้ชีวิตเข้ากับสังคมภายนอก โดยพัฒนาสมาชิกให้มีการเปลี่ยนแปลงใน 4 ด้าน ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ในระยะนี้จะมีการใช้กฎระเบียบ และตารางกิจวัตรประจำวันควบคุมอย่างรัดกุมเคร่งครัด สมาชิกจะต้องทำตัวเป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งกาย วาจา ใจ เป็นสังคมในอุดมคติที่ สมาชิกทุกคนต้องประพฤติดี ทำดีแต่เพียงอย่างเดียว หากมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์จะมีการลงโทษ โดยทางศูนย์เรียกว่า การเรียนรู้ประสบการณ์ เนื่องจาก การลงโทษที่เกิดขึ้น มีวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้สมาชิกได้เรียนรู้ความผิด และหาทางแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสม มากกว่าที่จะต้องการลงโทษเพื่อให้เกิดความเจ็บด้านร่างกายหรือจิตใจเท่านั้น

ระยะที่ 3 ระยะกลับสู่สังคม ใช้เวลา 3 - 5 ปี ระยะนี้จะเป็นระยะที่เปิดโอกาสให้สมาชิก ได้ทดลองกลับไปใช้ชีวิตสู่สังคมจริง เป็นระยะที่ให้สมาชิกค่อยๆ ปรับตัว ให้เข้ากับสังคมภายนอกศูนย์ เนื่องจากชีวิตที่อยู่ในศูนย์นั้นเป็นสังคมจำลอง เป็นโรงเรียนที่ใช้ฝึกปฏิบัติวิถีทางใน

การดำรงชีวิต เป็นสถานที่ปลอดภัย มีความรักความอบอุ่น และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เมื่อต้องออกมาเผชิญกับสังคมจริง สมาชิกอาจไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เป็นจริงได้ ดังนั้น ระยะเวลาเข้าสู่สังคมจึงเป็นระยะที่จะฝึกให้สมาชิกได้ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ที่ละน้อย อย่างค่อยเป็นค่อยไป ในขั้นตอนนี้แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ทำงานในศูนย์ พักค้างในศูนย์ เป็นระยะที่สมาชิกจากศูนย์บำบัดเข้ามาอยู่ในศูนย์ใหม่ เพื่อเป็นการปรับตัวให้เข้ากับศูนย์ใหม่ กฎระเบียบใหม่ จัดเตรียมเอกสารต่างๆ ให้พร้อมที่จะไปติดต่อสมัครงาน หรือสอบเข้าเรียนต่อโดยสมาชิกยังคงค้างอยู่ในศูนย์

2) ทำงานนอกศูนย์ พักค้างในศูนย์ เป็นระยะที่สมาชิกต้องออกไปทำงานหรือไปศึกษาต่อ แต่ต้องกลับมาพักค้างในศูนย์และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์ในตอนเย็น สมาชิกสามารถลาออกไปพักที่บ้านได้ เพื่อไปสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและฝึกทดลองกลับไปใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมเดิมโดยไม่ใช้ยาเสพติด นอกจากนี้ สมาชิกจะต้องรู้จักบริหารการใช้จ่ายของตนเองอย่างเหมาะสมโดยเจ้าหน้าที่จะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ให้ความร่วมมือตามที่สมาชิกร้องขอ

3) ทำงานนอกศูนย์ พักค้างนอกศูนย์ เมื่อสมาชิกมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถใช้ชีวิตตามลำพังภายนอกศูนย์ได้ เจ้าหน้าที่จะให้สมาชิกกลับไปสู่ครอบครัว หรือออกไปหาที่อยู่เองภายนอกศูนย์แต่สมาชิกยังต้องกลับเข้ามาร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ศูนย์ อาทิตย์ละ 1 - 2 ครั้ง เมื่อสมาชิกสามารถดำรงชีวิตอยู่โดยไม่ใช้ยาเสพติดได้ ก็จะถือว่าการบำบัดสิ้นสุดลง

ตลอดการบำบัดรักษา จะมีการตรวจสอบอยู่ตลอดเวลาว่าสมาชิกเป็นผู้ที่เจริญในวุฒิภาวะ หรือมีความมั่นคงในพฤติกรรมหรือไม่ หากสมาชิกยังไม่มีความพร้อม ไม่มั่นคงพอ เจ้าหน้าที่จะให้สมาชิกทยอยกลับไปสู่ขั้นตอนบำบัดขั้นตอนใดก็ได้ จนกว่าสมาชิกจะแสดงให้เห็นว่ามีความพร้อมแล้วเจ้าหน้าที่จึงจะเลื่อนตำแหน่งให้

2.1.3 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นทัศนคติที่เป็นนามธรรมไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน จึงเป็นการยากที่จะวัดความพึงพอใจโดยตรง แต่สามารถวัดได้โดยทางอ้อม โดยการวัดความคิดเห็นของบุคคลเหล่านั้น และการแสดงความคิดเห็นนั้นจะต้องตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงจึงสามารถวัดความพึงพอใจนั้นได้

ความพึงพอใจในบริการ หมายความว่า ภาวการณ์แสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกของบุคคลอันเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบ การรับรู้สิ่งที่ได้รับจากการบริการ ไม่ว่าจะเป็นการรับ

บริการหรือการให้บริการในระดับที่ตรงกับความรู้สึที่คาดหวังเกี่ยวกับการบริการนั้น ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการและความพึงพอใจในงานของผู้ให้บริการ

ปัจจัยกำหนดคุณภาพของการบริการ

ผลการศึกษาวิจัยของพาราสุรามัน และคณะ (Parasuraman et al., 1985) เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการบริการ ทำให้ทราบว่าผู้บริโภคได้ใช้ปัจจัย 10 ประการ ในการประเมินคุณภาพของการบริการ ปัจจัยทั้ง 10 ประการนี้ ได้แก่ (พิมพ์ชนก สันสนีย์, 2540)

1. ความสะดวก (access) หมายถึง ความสะดวกในการเข้าพบหรือติดต่อกับผู้ให้บริการ ซึ่งครอบคลุมทั้งเวลาที่เปิดดำเนินการ สถานที่ตั้ง และวิธีการที่จะสามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้บริโภคในการเข้าพบหรือติดต่อกับผู้ให้บริการ เช่น สถานที่ให้บริการตั้งอยู่ในที่ที่สะดวกแก่การไปติดต่อ เป็นต้น

2. การติดต่อสื่อสาร (communication) หมายถึง การสื่อสารและให้ข้อมูลแก่ลูกค้าด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจและการรับฟังความคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะ หรือคำติชมของลูกค้าในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการขององค์กร

3. ความสามารถ (competence) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถและทักษะที่จะปฏิบัติงานบริการได้เป็นอย่างดี เช่น ความรู้และทักษะในการรักษาโรคของแพทย์ เป็นต้น

4. ความสุภาพ (courtesy) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีความสุภาพเรียบร้อย มีความนับถือในตัวเอง รอบคอบ และเป็นมิตรต่อผู้บริโภค เช่น การให้บริการด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส และการสื่อสารด้วยความสุภาพ เป็นต้น

5. ความน่าเชื่อถือ (credibility) หมายถึง ความเชื่อถือได้ และความซื่อสัตย์ขององค์กรที่ให้บริการและตัวผู้ให้บริการเอง เช่น องค์กรมีชื่อเสียงหรือภาพลักษณ์ที่ดี เป็นต้น

6. ความคงเส้นคงวา (reliability) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานที่ได้สัญญาไว้ อย่างแน่นอนและแม่นยำ เช่น การให้บริการตามที่ได้แจ้งไว้กับลูกค้า เป็นต้น

7. การตอบสนองอย่างรวดเร็ว (responsiveness) หมายถึง ความเต็มใจของผู้ให้บริการที่จะให้บริการอย่างรวดเร็ว เช่น การให้บริการแก่ผู้รับบริการ ณ เคาน์เตอร์ฝาก-ถอนเงินของธนาคาร ได้ทันทีทันใด เป็นต้น

จากแนวคิด ความหมายและการประเมินความพึงพอใจที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจะได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา และผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดังกล่าว

2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัชร มีศิลป์ (2543) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับการบำบัดรักษาในระยะถอนพิษของผู้เสพยาโรอิน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมรับการบำบัดรักษา จากการศึกษาพบว่า ด้านความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับการบำบัดรักษา ความเชื่อในความสามารถของตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามระเบียบการบำบัดรักษา ด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบการร่วมกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย ด้านการศึกษา ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกาย ด้านระยะเวลาที่เสพยาโรอินและการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการร่วมกิจกรรมสวดมนต์

อำไพ อินทร์จันทร์ (2546) ได้ศึกษาการประเมินต้นทุนและผลได้ทางเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส : กรณีศึกษาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยได้ประเมินค่าใช้จ่าย (1) ต้นทุนทางตรง ได้แก่ ต้นทุนทางการแพทย์ (ค่าตรวจวินิจฉัย ค่ายา ค่าห้องปฏิบัติการ ค่าผ่าตัด เป็นต้น) รวมทั้งค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร ในกระบวนการดูแลสุขภาพ (2) ต้นทุนทางอ้อม จำนวนจากจำนวนวันที่ขาดงานคู่กับรายได้เฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วยและผู้ดูแล และผลได้หลังการรักษาในรูปผลได้ด้านคุณภาพชีวิต โดยการศึกษาได้แยกผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ตามประเภทการรักษา คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผลการศึกษาต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98,282.13 บาทต่อคนต่อปี และ 23,379.61 บาทต่อคนต่อปี ตามลำดับ รวมต้นทุนทั้งสิ้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 121,661.74 บาทต่อคนต่อปี ด้านผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยเท่ากับ 12,545.86 บาทต่อคนต่อปี และ 24,938.40 บาทต่อคนต่อปีตามลำดับ รวมต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านเชื้อฉวยโอกาสเฉลี่ยเท่ากับ 37,484.26 บาทต่อคนต่อปี ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าต้นทุนการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จะมีค่าสูงกว่าต้นทุนการรักษาด้วยยาต้านเชื้อฉวยโอกาส แต่มีประสิทธิภาพมากกว่า

นุชริธา บุญนะ (2550) ได้ทำการประเมินต้นทุนและผลได้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลลำปาง เพื่อประเมินต้นทุนและศึกษาองค์ประกอบต้นทุนที่สำคัญก่อนและหลังการรับยาต้านไวรัสจีพีโอเวียร์ และเพื่อประเมินผลได้ในการรักษาหลังได้รับยาต้านไวรัสจีพีโอเวียร์ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล และสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสจีพีโอเวียร์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2545 – มิถุนายน 2548

จำนวน 100 ตัวอย่าง ในการศึกษาได้แบ่งองค์ประกอบต้นทุนเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ ต้นทุนค่าตรวจห้องปฏิบัติการ และต้นทุนการนอนโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับยาต้านไวรัส มีต้นทุนในการดูแลรักษาต่อปีเป็น 8,614 บาท โดยเป็นต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ ต้นทุนค่าตรวจห้องปฏิบัติการ และต้นทุนการนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 25.80 30.37 และ 43.83 ตามลำดับ และหลังได้รับยาต้านไวรัส มีต้นทุนในการดูแลรักษาต่อปีเป็น 26,612.84 บาท โดยเป็นต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ ต้นทุนค่าตรวจห้องปฏิบัติการ และต้นทุนการนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 80.08 8.54 และ 3.38 ตามลำดับ จะเห็นว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีต้นทุนที่สูงกว่า เนื่องจากค่ายาที่มีราคาสูง แต่จะทำให้ต้นทุนการนอนโรงพยาบาลลดลง ซึ่งถือเป็นผลได้ของการรักษาด้วยการใช้ยาต้านไวรัสทีโอเวียร์ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภูมิคุ้มกันที่สูงขึ้น

บุรณี กาญจนถวัลย์ และคณะ (2550) ได้ทำการศึกษาด้านต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติด (Unit Cost Analysis) เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนแบบ Cost Analysis ประกอบด้วย ต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย ต้นทุนรวมต่อครั้งเฉลี่ย ต้นทุนผันแปรต่อคนเฉลี่ย ต้นทุนผันแปรต่อครั้งเฉลี่ย ในมุมมองของผู้ให้บริการการบำบัดรักษาเสพติดในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาเสพติดในปีงบประมาณ 2549 (1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 กันยายน 2549) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่ม (Randomization) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 40 แห่ง จากผลการศึกษา พบว่า ผู้วิจัยได้สรุปผลวิเคราะห์ต้นทุน ดังนี้

ระบบสมัครใจ ขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู (กรณีผู้ป่วยนอก) มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 1,137,000.28 บาท/หน่วยมีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 31.86 ครั้ง/คน มีค่าต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 8,199.52 บาท และค่าต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อครั้งเฉลี่ย 257.40 บาท ส่วนขั้นตอนบำบัดฟื้นฟู (กรณีผู้ป่วยใน) พบว่า มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 8,960,373.46 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 30.02 วันนอน/คน มีค่าต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 41,419.29 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อวันนอนเฉลี่ย 1,379.58 บาท สำหรับขั้นตอนติดตามผล มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 697,472.71 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 2.72 ครั้ง/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย 1,234.46 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อครั้งเฉลี่ย 453.20 บาท

ระบบบังคับบำบัด ขั้นตอนตรวจพิสูจน์มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 2,939,678.42 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 2.67 ครั้ง/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย 2,105.28 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อครั้งเฉลี่ย 788.61 บาท ขั้นตอนควบคุมตัวเพื่อตรวจพิสูจน์ มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 2,423,192.36 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 23.43 วันนอน/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย 3,246.51 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อวันนอนเฉลี่ย 138.56 บาท ขั้นตอนฟื้นฟูฯ ไม่ควบคุมตัว มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 1,492,259.04 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 4.27 ครั้ง/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อ

คนเฉลี่ย 2,628.95 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อครั้งเฉลี่ย 615.71 บาท ส่วนขั้นตอนฟื้นฟูไม่ควบคุมตัว (กรณีผู้ป่วยใน) มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 4,333,261.54 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 66.74 วันนอน/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย 29,884.56 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อวันนอนเฉลี่ย 447.78 บาท ขั้นตอนฟื้นฟูควบคุมตัวมีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 19,650,348.60 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 101.01 วันนอน/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย 65,190.73 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อวันนอนเฉลี่ย 645.38 บาท ขั้นตอนฟื้นฟูโดยคุมประพฤติ (2 เดือน) มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 266,467.33 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 1.86 ครั้ง/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย 2,172.29 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อครั้งเฉลี่ย 1,170.43 บาท ขั้นตอนติดตามผลมีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 746,872 บาท/หน่วย มีการให้บริการต่อปีโดยเฉลี่ย 2.23 ครั้ง/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย 3,419.79 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อครั้งเฉลี่ย 1,532.99 บาท

ระบบต้องโทษ มีต้นทุนรวมโดยเฉลี่ย 17,350,616.77 บาท/หน่วย มีการให้บริการเฉลี่ยต่อปีโดยเฉลี่ย 244.52 วันนอน/คน มีค่าต้นทุนรวมต่อคนเฉลี่ย 19,058.23 บาท และค่าต้นทุนรวมต่อวันนอนเฉลี่ย 77.94 บาท

สมภพ ห่วงทอง; และ รัก สมพงษ์เจริญ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธกับการหวนกลับมา ดิคาเสพติดของผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดซ้ำ : ศึกษากรณีอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2550 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเหตุผลที่ผู้ป่วยที่ดิคาเสพติดที่มารับการบำบัดรักษาในปัจจุบัน และเพื่อศึกษาปัจจัยทางครอบครัวที่สัมพันธกับการที่ผู้ป่วยที่เคยดิคาเสพติดหวนกลับมา ดิคาเสพติดของผู้ป่วยอีก จากผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการบำบัดรักษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่อยากเลิกยาให้ได้ และทางบ้านขอร้อง โดยระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างหวนกลับไปเสพยาบ้าในระยะเวลา 0-3 เดือน มีมากที่สุดถึงร้อยละ 71.7 สิ่งจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้ามากที่สุด มีสาเหตุมาจากเพื่อนชักชวน

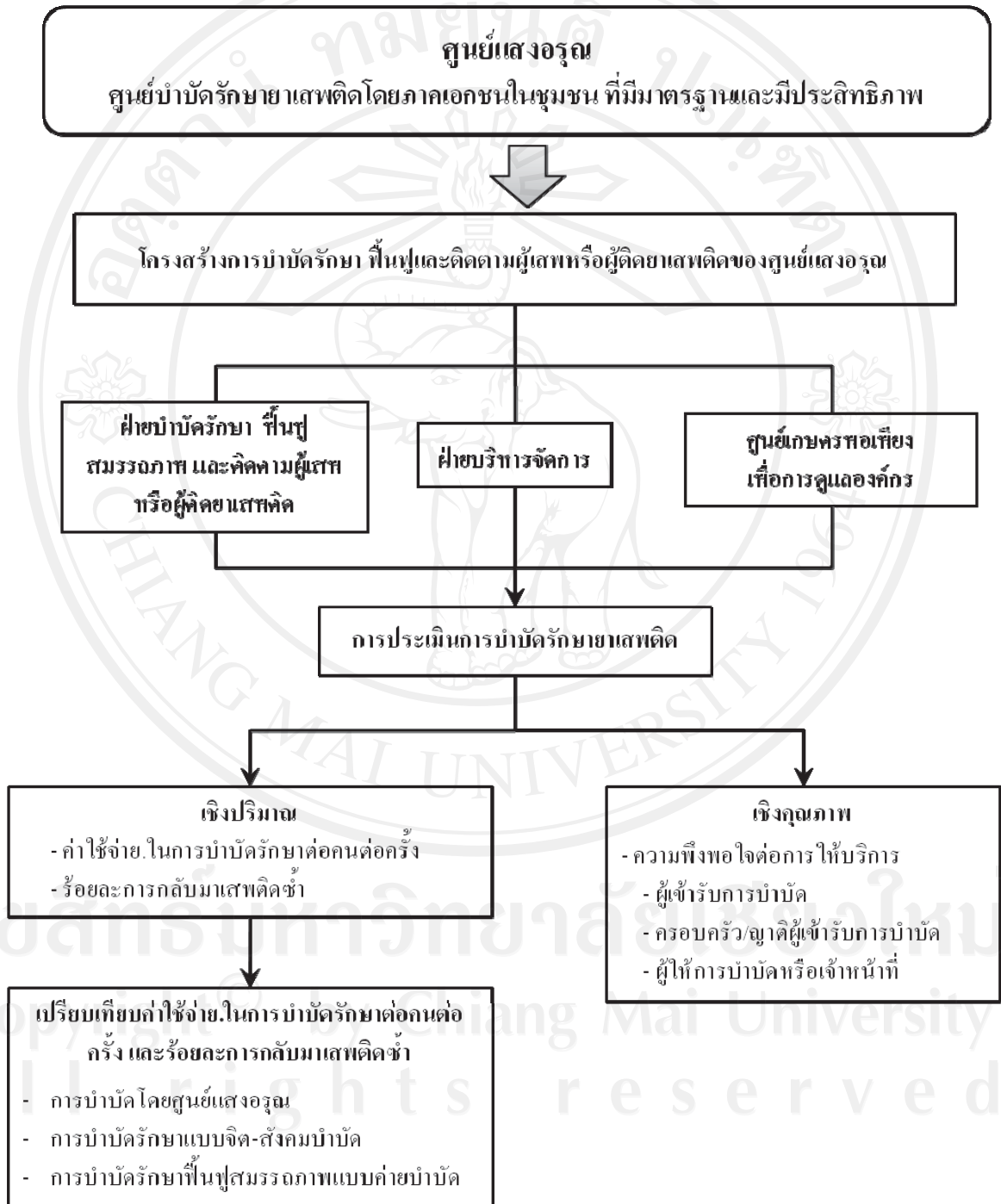
ปฐมพงษ์ บูรณวุฒิ (2552) ได้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษาของผู้ดิคาเสพติด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษาของผู้ดิคาเสพติด ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด เชียงใหม่ ประกอบด้วย (1) ต้นทุนทางตรง ได้แก่ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าถ่ายภาพเอ็กซเรย์ทั่วไป ค่าอบสมุนไพร และค่าตรวจหาสารเสพติด (2) ต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ค่าขนมและเครื่องดื่ม ค่าของใช้ส่วนตัว ค่าใช้จ่ายในการเดินทางต่อครั้ง (ไป-กลับ) และ (3) ต้นทุนค่าเสียโอกาส ได้แก่ รายได้จากอาชีพหลัก รายได้จากอาชีพเสริม และรายได้จากอัตราดอกเบี้ย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพติดแบบผู้ป่วยใน จำนวน 49 คน และผู้ป่วยนอก จำนวน 14 คน การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการวิเคราะห์ต้นทุนทาง

เศรษฐศาสตร์ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษาการเสพติดแบบผู้ป่วยในต่อคนต่อระยะเวลาบำบัด (16 สัปดาห์) เท่ากับ 34,644.59 บาท เป็นต้นทุนค่าเสียโอกาสถึงร้อยละ 83.13 - 99.06 ที่เหลือเป็นต้นทุนที่เป็นตัวเงินประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงร้อยละ 1.95- 9.96 และต้นทุนทางอ้อม คิดเป็นร้อยละ 0.94 - 6.91 ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ป่วยนอกต่อคนต่อระยะเวลาบำบัด (48 ครั้ง หรือ 16 สัปดาห์) เท่ากับ 21,204.48 บาท และต่อระยะเวลาบำบัด (12 ครั้ง หรือ 4 สัปดาห์) เท่ากับ 5,301.12 บาท ทั้งนี้โดยมีต้นทุนค่าเสียโอกาสน้อยกว่าต้นทุนที่เป็นตัวเงิน

ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ (2552) ได้ศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของระบบบำบัดรักษายาเสพติด เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนแยกตามประเภทกิจกรรมของระบบบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด วิเคราะห์ผลการดำเนินการของระบบบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด และศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการดำเนินการภายใต้ระบบบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดใน 3 ระบบได้แก่ ระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยการวิเคราะห์ต้นทุนประกอบด้วย (1) ต้นทุนค่าลงทุนทั้งหมด คือ ต้นทุนค่าลงทุนรวมกับต้นทุนค่าแรงทางตรง และ (2) ต้นทุนการดำเนินการทั้งหมด ประกอบด้วย ต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ ต้นทุนค่าสาธารณูปโภค ต้นทุนค่าเดินทาง และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนในการบำบัดรักษายาเสพติด พบว่า ต้นทุนทั้งหมดต่อหน่วยคิดเป็น 15,597.12 บาท และต้นทุนดำเนินการต่อหน่วยคิดเป็น 3,519.59 บาท และผลการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนรายกิจกรรม ในขั้นตอนการเตรียมการ/การตรวจพิสูจน์ ขั้นตอนการถอนพิษยา ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล และขั้นตอนอื่น ๆ คิดเป็น 0.2651: 0.0600: 0.5364: 0.0900: 0.0486 และการวิเคราะห์ต้นทุนต่อประสิทธิผลโดยการใช้ภาพจำลอง (Scenario) ของร้อยละของผู้ไม่กลับมาเสพยาซ้ำใน 1 ปี พบว่า ต้นทุนดำเนินการต่อประสิทธิผลของการไม่กลับมาเสพยาซ้ำใน 1 ปี จากตัวอย่างการศึกษาทั้งหมดคิดเป็น ร้อยละ 10 เท่ากับ 35,196 บาท ร้อยละ 15 เท่ากับ 23,464 บาท ร้อยละ 30 เท่ากับ 11,732 บาท ร้อยละ 50 เท่ากับ 7,039 บาท และร้อยละ 70 เท่ากับ 5,028 บาท

2.3 กรอบแนวคิด / แบบจำลอง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินการบำบัดรักษาผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดของศูนย์แสงอรุณ ตำบลแม่ธิ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีกรอบแนวคิด ดังนี้



รูปที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการประเมินการบำบัดรักษาผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติดของศูนย์แสงอรุณ