

การเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า
ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ของสถาบันยาเสพติดัดัญญารักษ์

ปริญญานิพนธ์
ของ
พรณิตา จันทรทัตวงษ์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การศึกษา

ตุลาคม 2546

การเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า
ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ของสถาบันยาเสพติดติดยาพิษ

บทคัดย่อ

ของ

พรณิดา จันทร์ตะวงษ์

12 ต.ค. 2547

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การศึกษา

ตุลาคม 2546

๒ ๕๕๕๕๕ จ.๓

พรณิตา จันทรตะวงษ์. (2546). การเปรียบเทียบต้นทุน - ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา
ผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ของสถานยาเสพติดธัญญารักษ์. ปรินญาณินพนธ์ ศ.ม. (เศรษฐศาสตร์การศึกษา)
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม :
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐกา ตันสกุล, อาจารย์ไมตรี อภิพัฒนะมนตรี

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน - ประสิทธิภาพ ของการบำบัด
รักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของ
สถานยาเสพติดธัญญารักษ์ โดยศึกษาต้นทุน และต้นทุน - ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษา
ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ (ต้นทุนภายในองค์กร) และผู้รับบริการ (ต้นทุนภายนอกองค์กร) โดย
ใช้แบบสำรวจในการเก็บข้อมูลด้านต้นทุนของผู้ให้บริการ และแบบสอบถามในการเก็บข้อมูล
ด้านต้นทุนของผู้รับบริการ มีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยในจำนวน 13 คน และผู้ป่วยนอกจำนวน
4 คน ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนผู้ให้บริการ และต้นทุนรวม
เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน สูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยต้นทุนผู้ให้บริการ และ
ต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 26,541.56 บาท และ 38,324.53 บาท
ตามลำดับ ส่วนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีต้นทุนผู้ให้บริการ เท่ากับ 4,637.17 บาท และ
ต้นทุนรวม เท่ากับ 18,848.17 บาท

จากการพิจารณาต้นทุนผู้รับบริการ เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน พบว่าการบำบัดรักษาแบบ
ผู้ป่วยในมีต้นทุนผู้รับบริการ ต่ำกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยต้นทุนผู้รับบริการ
ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 11,782.97 บาท และต้นทุนผู้รับบริการของการบำบัด
รักษาแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 14,211.00 บาท

การศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา วัดจากจำนวนผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัด
รักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับมาติดยาซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า การบำบัดรักษา
แบบผู้ป่วยใน มีประสิทธิภาพ 10 คน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีประสิทธิภาพ 4 คน

เมื่อทำการวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า พบว่า
ต้นทุนผู้ให้บริการ - ประสิทธิภาพ ต้นทุนผู้รับบริการ - ประสิทธิภาพ และต้นทุนรวม - ประสิทธิภาพ
ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน สูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก แสดงว่า การบำบัด
รักษาผู้ติดยาบ้า 1 คน ให้ผ่านการบำบัดรักษาชั้นฟื้นฟูและไม่กลับมาติดยาซ้ำในระยะเวลา 3
เดือน การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนสูงกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

COMPARISON OF COST – EFFECTIVENESS OF TREATMENT
FOR AMPHETAMINE ADDICTS BETWEEN INPATIENT TREATMENT
AND OUTPATIENT TREATMENT OF THANYARAK INSTITUTE

AN ABSTRACT
BY
PONNITA CHANTAWONG

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Economics degree in Economics of Education
at Srinakharinwirot University
October 2003

Ponnita Chantawong. (2003). *Comparison of Cost - Effectiveness of Treatment for Amphetamine Addicts Between Inpatient Treatment and Outpatient Treatment of Thanyarak Institute*. Master Thesis M.Econ. (Economics of Education). Bangkok : Graduate School Srinakharinwirot. Advisor Committee : Assist. Prof. Nathaga Tanskul, Mr. Maitri Abhibhatanamontri.

This research aimed to compare cost - effectiveness of treatment for amphetamine addicts between inpatient treatment and outpatient treatment of Thanyarak Institute by studying the cost and cost-effectiveness of the person who served (internal cost) and took the treatment (external cost). The observational form and questionnaire were employed for data collecting. The target groups were 13 addictive inpatients and 4 addictive outpatients. Arithmetic mean and cost-effectiveness analysis were used in this research for data analysis.

The results of the research showed that service cost and total cost per patient of inpatient treatment was higher than outpatient treatment. The service cost and total cost of inpatient treatment were 26,541.56 and 38,324.53 Bahts respectively. The service cost of outpatient treatment was 4,637.17 Bahts and the total cost was 18,848.17 Bahts.

The analysis of the cost of addict per patient found that the cost of inpatient treatment was lower than outpatient treatment, the cost of inpatient treatment was 11,782.97 Bahts and the cost of outpatient treatment was 14,211.00 Bahts.

The effectiveness of treatment indicated by the number of addicts who passed the treatment in the rehabilitation and did not relapse in 3 months. The effectiveness of inpatient treatment was 10 patients, and outpatient treatment was 4 patients.

The analysis of cost-effectiveness of treatment for amphetamine addicts found that the service cost-effectiveness, addict cost-effectiveness, and total cost-effectiveness of inpatient treatment was higher than outpatient treatment. This implied that the treatment for one patient to pass the rehabilitation and did not relapse during 3 months, thus the inpatient treatment had higher cost than outpatient treatment.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า
ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ของสถาบันยาเสพติดติดยาบำบัดรักษา

ของ
นางสาวพรณิตา จันทระวัชร

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพร หะวานนท์)
วันที่...17...เดือน ...พฤษภาคม...พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัชฎา ทันสกุล)
..... กรรมการ
(อาจารย์ ไมตรี อภิพัฒนะมนตรี)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์วิพรรณ สาลีผล)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธำรงค์ อุดมไพจิตรกุล)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จเป็นรูปเล่มสมบูรณ์ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ฐิตา ตันสกุล ประธานควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ อาจารย์ไมตรี อภิพัฒน์มนตรี กรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งท่านทั้งสองได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์กับผู้วิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในความกรุณาเป็นอย่างสูง นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ที่แต่งตั้งเพิ่ม และกรรมการสอบเค้าโครงปริญญานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เกิดความชัดเจนในรายละเอียดมากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยในการศึกษาตามหลักสูตรเศรษฐศาสตร์การศึกษา ตลอดจนให้แนวคิดรวมถึงจุดประกายการรับผิดชอบ ร่วมสร้างสรรค์สังคม ซึ่งทำให้ผู้วิจัยรู้ว่าหลักของเศรษฐศาสตร์มิได้เป็นการมุ่งหวังกำไร หรือผลประโยชน์สูงสุดของตนแต่ฝ่ายเดียว แต่เป็นการสร้างประโยชน์สูงสุดต่อสังคม ต่อเพื่อนมนุษย์ ภายใต้ความจำกัดของทรัพยากร อันเป็นวัตถุประสงค์หนึ่งของการพัฒนาที่ยั่งยืน

ขอขอบพระคุณอาจารย์อุ๋นกัง แซ่ลี้ม อาจารย์คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ อาจารย์วิพรรณ สาลีผล อาจารย์คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และนางสาวสุกมา แสงเดือนฉาย พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. สถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำปรึกษาตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำปริญญานิพนธ์นี้

ขอขอบพระคุณ น.ต.นพ. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์ และเจ้าหน้าที่สถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณในน้ำใจของผู้ป่วย ในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามอันเป็นประโยชน์ต่อการทำปริญญานิพนธ์นี้

เหนือสิ่งอื่นใดคือกำลังใจอันดีเยี่ยมของคุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยดูแลให้ความรัก ความเอาใจใส่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี นอกจากนี้ยังมีแรงใจจาก พี่ น้อง และเพื่อน ๆ ทุกคนที่มีให้กันเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบุพการี ครูอาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้โอกาส ความเมตตากรุณา จนผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษา

พรณิดา จันท์ตะวงษ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตงานวิจัย.....	6
แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย.....	6
กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย.....	6
กรอบเวลาในการวิจัย.....	6
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ข้อดกมลเบื้องต้นในการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
กรอบแนวคิด.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับยาบ้า.....	14
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดรักษา.....	23
ประวัติสถาบันยาเสพติดตัญญูรักษ์.....	34
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับต้นทุน	35
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวประสิทธิผล.....	42
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับต้นทุน – ประสิทธิผล.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของต้นทุน.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของต้นทุน – ประสิทธิผล.....	46
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย.....	49
กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย	49
กรอบเวลาในการวิจัย.....	49
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	50

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3 (ต่อ)	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
	เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
	ข้อสมมติในการคำนวณต้นทุน.....	52
	การวิเคราะห์ต้นทุน.....	52
	การวิเคราะห์ประสิทธิผล	59
	การวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพ.....	59
4	ผลการวิเคราะห์.....	61
	คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย.....	62
	การเปรียบเทียบต้นทุนของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า.....	66
	การเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพ	
	ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า.....	76
5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	80
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	80
	แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย.....	80
	กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย.....	80
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	80
	การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
	สรุปผลการวิจัย.....	82
	อภิปรายผล.....	85
	ข้อเสนอแนะ.....	90
	บรรณานุกรม.....	96
	ภาคผนวก.....	103
	ประวัติย่อผู้วิจัย.....	133

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 อาการของผู้ติดยาบ้าที่เกิดจากการถอนพิษยา และข้อปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแล.....	26
2 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย.....	62
3 ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และการเสพยาบ้า.....	64
4 จำนวนวัน และจำนวนครั้ง ของการบำบัดรักษา.....	65
5 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนผู้ให้บริการ จำแนกตาม กิจกรรมบริการ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก.....	66
6 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนผู้รับบริการ จำแนกตาม กิจกรรมบริการ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก.....	69
7 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนรวม จำแนกตาม กิจกรรมบริการ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก.....	72
8 แสดงอัตราส่วนของต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ที่ใช้ในการบำบัดรักษา ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก.....	75
9 แสดงประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า.....	76
10 ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิผล ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า.....	77
11 ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิผล ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า.....	78
12 ต้นทุนรวม – ประสิทธิผล ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า.....	79
13 แสดงรายละเอียดของต้นทุนผู้ให้บริการ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า.....	128

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กลไกการติดยาบ้า ระยะเริ่มต้นใช้ยา.....	17
2 กลไกการติดยาบ้า ระยะคงใช้ยา.....	18
3 กลไกการติดยาบ้า ระยะหมดฤทธิ์.....	19
4 กลไกการติดยาบ้า ระยะวิกฤต.....	20
5 องค์ประกอบการดำเนินการของการบำบัด	
แบบเข้มข้นทางสายไหม.....	28
6 กระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด	
ของสถาบันยาเสพติดธัญารักษ์.....	33
7 การจัดกลุ่มต้นทุน.....	38

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การพัฒนาประเทศนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) เป็นต้นมา ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด ทิศทางและกระบวนการพัฒนาใหม่ จากเดิมที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นการเน้นที่ “คนเป็นศูนย์กลาง” เพราะคนเป็นปัจจัยชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง คนเป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนา และคนก็เป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ และผลกระทบจากการพัฒนานั้น (สถาบันพระบรมราชชนก. 2543 : 18) ซึ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในระยะต้นมุ่งพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจเป็นสำคัญ มีการขยายฐานการผลิตเพื่อส่งออก โดยเริ่มจากภาคเกษตร ไปสู่ภาคอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดความต้องการแรงงานมากขึ้น และเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว จนบางครั้งร่างกายไม่สามารถทนต่อความอ่อนล้าได้ จึงทำให้กลุ่มผู้ใช้แรงงานทั้งในภาคเกษตรกรรม และภาคอุตสาหกรรม ต้องหันไปพึ่งยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้าเพื่อช่วยให้มีกำลังทำงานต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2543 : 6, อาภาศิริ สุวรรณานนท์. 2538 : 1) ส่งผลกระทบอย่างมากมายทั้งต่อประชากรและสังคมไทย และผลที่เกิดขึ้นต่อประชากรไทยโดยตรงคือ ด้านสุขภาพ (สถาบันพระบรมราชชนก. 2543 : 1) นอกจากนี้ยังทำให้สถาบันครอบครัวเกิดความอ่อนแอ เป็นช่องว่างให้การแพร่ระบาดของยาบ้าเข้าสู่กลุ่มเยาวชนอย่างรวดเร็ว และกว้างขวางขึ้น (อุไรวรรณ วงศ์พรประทีป. 2544 : 1) ผลกระทบดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งอันแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาที่มีได้เน้นคนเป็นสำคัญ อันสอดคล้องกับทฤษฎีของพระธรรมปิฎก ที่ว่าสังคมไทยปัจจุบันได้เสื่อมมาจนถึงจุดที่ว่าคนส่วนใหญ่เป็นเพียงผลผลิตของสังคม ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง การพัฒนาคนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำพาสังคมไปสู่ความเจริญรุ่งเรือง เพราะคนกับสังคมเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน คนเป็นปัจจัยในการสร้างสรรค์สังคมและสังคมก็เป็นปัจจัยปรุงแต่งคน การพัฒนาคนจึงเป็นรากฐานของการพัฒนาสังคม ถ้าหากขาดการพัฒนาคนแล้ว เราก็จะได้ประชากรที่เป็นเพียงผลผลิตของสังคมเท่านั้น (ทวีวัฒน์ ปุณฺทริกวิวัฒน์. 2546 : 79)

จากการพัฒนาประเทศที่เน้นเศรษฐกิจเป็นสำคัญ ส่งผลให้ปัจจุบันการแพร่ระบาดของยาบ้าเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง อันเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งซึ่งมิใช่ปัญหาเฉพาะส่วนบุคคลเท่านั้น (สุจินต์ ปริชามารถ. 2535 : 400) แต่เป็นปัญหาระดับชาติที่บ่อนทำลายความมั่นคงทั้งระดับภูมิภาค และนานาชาติ อีกทั้งยังทำลายมวลมนุษยชาติ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สติปัญญา เกิดความสูญเสียด้านกำลังคน ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนา

ประเทศ (มาริสา หะสาเมาะ. 2540 : 1, อุทัย แผ้วผลสง. 2542 : 1 และเมธาพงษ์ บุญศรี. 2544 : 1) ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณเพื่อดำเนินการควบคุมปราบปราม ตลอดจนการป้องกันและบำบัดรักษา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า จากสถิติในปี พ.ศ. 2537 ของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ทำการสำรวจพบว่ายาบ้ามีการแพร่ระบาดเป็นลำดับที่ 3 รองจากสารระเหย และกัญชา แต่ยาบ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยที่สัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.1 ในขณะที่ปัญหาสารระเหย และกัญชาลดลงร้อยละ 33.1 และ 31.9 (อรอนพ วิสุทธิมรรค. 2541 : 3) สำหรับสถิติการจับกุมยาบ้าพบว่าในปี พ.ศ. 2536 มีจำนวน 7 ล้านเม็ด และในปี พ.ศ. 2543 มีการจับกุมยาบ้าได้ถึง 80 ล้านเม็ด และคาดว่าจะมีการผลิตและจำหน่ายเพิ่มมากขึ้นในปีต่อไป (กระทรวงศึกษาธิการ. 2543 : 29)

ผลเสียของยาบ้านอกจากจะมีผลต่อตัวผู้เสพเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศอย่างเล็งไม่ได้ ดังที่สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจจุ (2525 : 167) ได้กล่าวไว้ว่าการที่คนส่วนใหญ่ในสังคมรู้สึกเดือดร้อนในปัญหายาเสพติดนั้น เพราะยาเสพติดได้ทำลายทรัพยากรมนุษย์ผู้ซึ่งมีคุณค่าทางเศรษฐกิจ ให้มีคุณภาพต่ำลงเรื่อยๆ ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต เปรียบได้กับทรัพยากรที่เสื่อมคุณภาพลง จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ให้ครบถ้วนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังที่ สุชาติ เลาบริพัตร (2544 : 89 – 91) ได้กล่าวว่า โรคติดยาไม่รักษาไม่หาย เนื่องจากการเสพยาบ้ามีส่วนเกี่ยวข้องกับสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนคิดหาเหตุผล และสมองส่วนอยาก ซึ่งเกี่ยวข้องในด้านการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก เมื่อเสพยาบ้าบ่อยๆ จะส่งผลให้สมองส่วนคิดหาเหตุผลถูกทำลาย ผู้เสพยาบ้าจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีอาการก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ จึงใช้ยาเสพติดบ่มยาขึ้น (โรงพยาบาลธัญญารักษ์. 2544? : 1) ดังนั้นเมื่อการติดยาบ้าเป็นโรคทางสมองอย่างหนึ่ง ผู้ติดยาจึงไม่สามารถช่วยตัวเองให้หายได้ จำเป็นต้องพึ่งบุคลากรทางการแพทย์ และความช่วยเหลือของ พ่อแม่ พี่ น้อง รวมทั้งต้องการระยะเวลาของการบำบัดรักษาที่นานพอสมควร เพื่อให้สมองปรับตัวเป็นปกติอีกครั้งหนึ่ง (สุชาติ เลาบริพัตร. 2544 : 26) เห็นได้ว่ายาบ้านอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อตัวผู้เสพแล้ว ยังส่งผลเสียและก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ดังกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่พระราชทานในวันที่ 4 ธ.ค. 2545 ความว่า (สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์. แผ่นพับ. 2546)

ยาเสพติดมันทำให้เกิดความเดือดร้อนหลายอย่างโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ ทางราชการ โดยตำรวจ โดยโรงพยาบาล โดยเอกชนต่างๆ เดือดร้อนหมด และสิ้นเปลือง และคนทั่วประเทศก็สิ้นเปลือง แทนที่จะมีเงิน มีทอง มีทุนมาสร้างบ้านเมืองให้สบายให้เจริญ มัวแต่ต้องมาปราบยาเสพติด มัวแต่ต้องมาเสียเงินค่ารักษา ทั้งผู้เสพยา ทั้งผู้คนที่เดือดร้อน เสียทั้งเงิน เสียทั้งชื่อเสียง

จากกระแสพระราชดำริดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยของพระองค์ต่อเหล่าพลชนิกกร ที่ปัจจุบันกำลังได้รับความทุกข์ร้อนจากปัญหายาเสพติด จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น และจากการศึกษาแนวพระราชดำริทางด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ของไกรยุทธ ธีรตยาคีนันท์ (2531 : 2 – 3) ได้สรุปว่า องค์ประกอบในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพที่ดี มี 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านทักษะ มิติด้านทัศนคติ และมิติด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ ไพศาล ไกรสิทธิ์ (2541 : 63) ที่กล่าวว่า การพัฒนามนุษย์จะต้องให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาว สุขภาพดี มีการศึกษาและสามารถเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการมีมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีกว่า นั่นคือ นอกจากในเรื่องของความรู้ ความสามารถแล้ว สุขภาพอนามัยที่ดีก็เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ยิ่งสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์มากเพียงใด ก็ย่อมเพิ่มคุณภาพของปัจเจกบุคคลมากขึ้นเพียงนั้น (ไกรยุทธ ธีรตยาคีนันท์. 2531 : 9) เพราะกำลังคนด้านสุขภาพเป็นทรัพยากรหลักและมีความสำคัญระดับสูงต่อการพัฒนาประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข. 2543 : 16) ดังพระบรมราโชวาทในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร ของมหาวิทยาลัยมหิดล วันที่ 22 ตุลาคม 2522 ณ สวนอัมพร (มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2539 : 266)

การรักษาความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเป็นปัจจัยของเศรษฐกิจที่ดีและสังคม ที่มั่นคง เพราะร่างกายที่แข็งแรงนั้น โดยปรกติจะอำนวยผลให้สุขภาพจิตใจ สมบูรณ์ด้วย และเมื่อมีสุขภาพสมบูรณ์ดีพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจแล้วย่อมมี กำลังทำประโยชน์ สร้างสรรค์ เศรษฐกิจ และสังคมของบ้านเมืองได้เต็มที่ ทั้งไม่เป็นภาระแก่สังคมด้วย คือ เป็นแต่ผู้สร้าง มิใช่ผู้ถ่วงความเจริญ

เห็นได้ว่าพระองค์ทรงให้ความสำคัญต่อสุขภาพร่างกาย อันเป็นส่วนประกอบในการเพิ่มคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ เพราะสุขภาพที่ดีย่อมส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ และพฤติกรรม ใครก็ตามที่มีสุขภาพอนามัยดี ร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคภัย ก็สามารถทำกิจการใดๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ ถ้าสุขภาพของประชาชนดี จะลดการสูญเสียทรัพยากร หรือค่าใช้จ่ายในการรักษา และสามารถทำการผลิตได้เต็มที่ หรือในเด็กก็สามารถเข้าศึกษาเล่าเรียนได้ในอัตราที่สูงขึ้น และทำให้สามารถเล่าเรียนได้ดีอีกด้วย (บุญคง หันจางสิทธิ์. 2540 : 307 – 308) ซึ่งสอดคล้องกับ สุกิจ โจรนพันธ์ (พจนา อินทรพรหม. 2525 : 1 ; อ้างอิงจาก สุกิจ โจรนพันธ์. 2515. การวางแผนด้านสาธารณสุขของประเทศไทย) ที่กล่าวว่า สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ของประชาชนเป็นเป้าหมายอันสำคัญในการพัฒนากำลังคนซึ่งเป็นรากฐานอันสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่เป็นเครื่องส่งเสริมกำลังกายและสมองก็คือ การสาธารณสุข เพราะฉะนั้นการสาธารณสุขจึงเกี่ยวพันอยู่กับเศรษฐกิจของประเทศอย่างใกล้ชิด โรคภัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นอันกระทบกระเทือน

ต่อสุขภาพอนามัย ย่อมกระทบกระเทือนมาถึงระบบเศรษฐกิจและระบบสังคมของประเทศโดยตรงด้วย

สถาบันยาเสพติดติดยาผู้รักษาสังเกตการณ์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ในการวิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด แก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และเปิดให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท (กระทรวงสาธารณสุข. 2545 : 43) มีหลักปรัชญาว่า “เราจะคืนคนดีสู่สังคม” ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาของสถาบันยาเสพติดติดยาผู้รักษาสังเกตการณ์การแพทย์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นเตรียมการ 2. ขั้นถอนพิษยา 3. ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4. ขั้นติดตามผล โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ติดยา มีรูปแบบการดำเนินงานในรูปของกิจกรรมกลุ่ม ที่ให้ความรู้ และส่งเสริมทักษะ มีกระบวนการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความคิด และทัศนคติให้เห็นคุณค่าในตนเอง โดยให้การรักษาทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ป้องกันการหวนกลับไปติดยาซ้ำ (วรารณ สยนาทน. 2530 : 12) จึงกล่าวได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนา โดยให้ความรู้ ปลุกฝังทักษะ ทัศนคติ ให้รู้เท่าทันอารมณ์ตนเองเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะไม่กลับไปติดยาซ้ำ เพื่อพัฒนาคนให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศ เสริมสร้างความคิด ทักษะ และทัศนคติ ให้รู้จักพัฒนาตัวเอง สังคม และประเทศชาติ สามารถนำความรู้ ความเข้าใจ ที่ได้รับการพัฒนามาแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้หลุดพ้นจากการเป็นทาสยาเสพติด และดำรงตนอยู่ในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ได้อย่างเป็นปกติสุข

ในประเทศไทยการบำบัดรักษาผู้ติดยาถือว่าการลงทุนทางสาธารณสุข เป็นโครงการบริการสังคม ที่มีความสำคัญไม่น้อยในการเอื้ออำนวยต่อการแก้ไขปัญหาเสพติดให้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (บังอร บุญรักษา สัตย์. 2533 : 3) ซึ่งเป็นการพัฒนาทรัพยากร มนุษย์ด้านสุขภาพอนามัย โดยมีลักษณะที่จำเป็นต้องจัดดำเนินการและลงทุนโดยทันทีและ อย่างต่อเนื่องชั่วระยะเวลาหนึ่ง (เทียนฉาย กิระนันท์. 2537 : 4) และเมื่อมีการลงทุนเกิดขึ้น สิ่ง ที่ต้องคำนึงถึงคือทรัพยากรที่ต้องใช้ในการลงทุน เนื่องจากทรัพยากรมีจำนวนจำกัด ไม่ว่าจะเป็น บุคลากร งบประมาณ อาคารสถานที่ จำเป็นต้องใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สูงสุด โดยในการวิเคราะห์ประเมินผลโครงการบริการสังคม สามารถใช้เครื่องมือทางเศรษฐ ศาสตร์เข้ามาช่วยประเมินได้หลายรูปแบบ เช่น ต้นทุน – ผลตอบแทน ต้นทุน – ประสิทธิภาพ ต้นทุน – อรรถประโยชน์ โครงการบริการสังคมไม่สามารถคำนวณผลออกมาในรูปตัวเงินได้ ชัดเจน (เยาดี วิบูลย์ศรี. 2538 : 147, เยาวเรศ ทับพันธุ์. 2541 : 151) การวิเคราะห์ประเมินผล โครงการบริการทางสังคมส่วนใหญ่ จึงใช้การวิเคราะห์ ต้นทุน – ประสิทธิภาพ

จากปัญหาการแพร่ระบาดของยาบ้า ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าของสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้ แก่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยในฐานะนักเศรษฐศาสตร์การศึกษา จึงสนใจศึกษาต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพราะถึงแม้ว่าขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ทั้ง 2 รูปแบบจะมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การรักษาเพื่อให้หายขาดจากการติดยาบ้า แต่ก็มี ความแตกต่างกันในเรื่องของค่าใช้จ่าย ต้นทุน ตลอดจนทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ในการบำบัด รักษา ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่า ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าของทั้ง 2 รูปแบบจะต้องเสียค่า ใช้จ่าย หรือต้นทุนอะไรบ้างต่อการบรรลุเป้าหมายของการบำบัดรักษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบต้นทุน และต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการรับทราบข้อมูลด้านต้นทุนที่ใช้ในการลงทุน ต่อการบรรลุเป้าหมายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและปรับปรุงการดำเนินงานตลอดจนทรัพยากรต่างๆ ที่ใช้ในการบำบัดรักษา ให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด และเนื่องจากสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ เป็นสถาบันยาเสพติดของชาติที่เป็นศูนย์กลางในการพัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้ทางด้านยาเสพติด และการบำบัดรักษา จึงสามารถนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ไปสร้างทางเลือกที่สอดคล้อง และเหมาะสมในการจัดสรรงบประมาณ รวมถึงทรัพยากรที่ใช้สำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าให้กับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป และยังเป็นประโยชน์แก่ผู้เข้ารับบริการ เพื่อช่วยในการประกอบการตัดสินใจเลือกรูปแบบในการบำบัดรักษาตามสภาพของแต่ละบุคคลและครอบครัว

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะต้นทุน และต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ในรูปแบบการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของสถานบำบัดยาเสพติดธัญญารักษ์ โดยศึกษาต้นทุนผู้ให้บริการ และต้นทุนของผู้รับบริการ ทั้งนี้ต้นทุนผู้ให้บริการประกอบด้วย ต้นทุนลงทุน และต้นทุนดำเนินการ ส่วนต้นทุนผู้รับบริการประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยต้นทุนผู้ให้บริการ ได้แก่ กลุ่มงานในชั้นเตรียมการ กลุ่มงานรังสี กลุ่มงานพยาธิวิทยา องค์กรแพทย์ กลุ่มงานบำบัดด้วยยา กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์และติดตามผลการรักษา กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานโภชนาการ และกลุ่มงานซักฟอก ของสถานบำบัดยาเสพติดธัญญารักษ์

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยต้นทุนผู้รับบริการ และประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ได้แก่ ผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเกณฑ์การประเมิน ในช่วงตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546 โดยเป็นผู้ที่มีที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ประกอบด้วยผู้ป่วยในจำนวน 13 คน และผู้ป่วยนอกจำนวน 4 คน

กรอบเวลาในการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ผู้วิจัยแบ่งระยะเวลาการวิจัยดังนี้

1. ต้นทุนผู้ให้บริการ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546
2. ต้นทุนผู้รับบริการ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาย้อนหลังไปตั้งแต่ผู้ติดยาบ้าเริ่มเข้ามารับการบำบัดรักษาในชั้นเตรียมการ จนกระทั่งอยู่ในชั้นติดตามผล 3 เดือน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาต้นทุน - ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

1. ต้นทุนผู้ให้บริการ ประกอบด้วย ต้นทุนลงทุน ได้แก่ ต้นทุนค่าอาคาร ครัวภัณฑ์ทางการแพทย์ ครัวภัณฑ์สำนักงาน ครัวภัณฑ์งานบ้าน - งานครัว ต้นทุนดำเนินการ ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่ายา และค่าสาธารณูปโภค

2. ต้นทุนผู้รับบริการ ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดของผู้ป่วย ค่าเดินทางของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ค่าอาหารของผู้ป่วยและผู้ปกครองที่มาเข้าร่วมการบำบัดรักษา ต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครองที่สูญเสียไปเนื่องจากมาเข้ารับการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย

3. ประสิทธิภาพ คือ จำนวนผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับไปติดซ้ำอีกในระยะเวลา 3 เดือน

ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิจัย

1. การคิดต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้รับบริการ จะคิดเฉพาะค่าเสียโอกาสของผู้ปกครอง โดยไม่คิดค่าเสียโอกาสของผู้เข้ารับบำบัดรักษา เนื่องจากผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นนักเรียน และผู้ว่างงาน ถึงร้อยละ 84.62 (จากตาราง 2)

2. การเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ว่าเป็นแบบผู้ป่วยใน หรือแบบผู้ป่วยนอก ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจและความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นหลัก

นิยามศัพท์เฉพาะ

ต้นทุนผู้ให้บริการ (ต้นทุนภายในองค์กร)

หมายถึง มูลค่าของทรัพยากรที่สถาบันยาเสพติดติดยาพิษใช้ไปในการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ประกอบด้วย ต้นทุนลงทุน และต้นทุนดำเนินการ

ต้นทุนลงทุน

หมายถึง ต้นทุนค่าเสื่อมราคาของอาคาร และครัวภัณฑ์ ที่ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยคิดค่าเสื่อมราคาตามวิธีเส้นตรง

ค่าเสื่อมราคาอาคาร

หมายถึง ต้นทุนจากการใช้อาคารของสถาบันยาเสพติดติดยาพิษ โดยคิดค่าเสื่อมราคาประจำปี ส่วนอาคารที่หมดอายุแต่ยังนำมาใช้ไม่คิดค่าเสื่อมราคา

ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์

หมายถึง ต้นทุนจากการใช้ครุภัณฑ์ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยแบ่งเป็นครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน และครุภัณฑ์งานบ้าน - งานครัว ได้แก่ เครื่องตรวจปัสสาวะ เครื่อง x-ray โต๊ะ เก้าอี้ เตียง เป็นต้น ส่วนครุภัณฑ์ที่หมดอายุแล้วแต่ยังนำมาใช้ไม่คิดค่าเสื่อมราคา

ต้นทุนดำเนินการ

หมายถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อมีการดำเนินการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ประกอบด้วย ค่าแรง ค่ายา ค่าวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค

ค่าแรง

หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่สถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์จ่ายให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย เงินเดือน ค่ารักษาพยาบาล ค่าช่วยเหลือบุตร ค่าล่วงเวลา เป็นต้น

ค่ายา

หมายถึง ค่าใช้จ่ายของยา หรือสารที่นำเข้าสู่ร่างกาย ทั้งโดยวิธีรับประทาน ฉีด หรือทา เพื่อใช้ในการบำบัดโรค หรือบรรเทาความเจ็บปวด จากการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ทั้งที่เกิดขึ้นในขั้นตอนพิษยา และ ขึ้นฟื้นฟูสมรรถภาพ

ค่าวัสดุ

หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการซื้อวัสดุทางการแพทย์และเวชภัณฑ์มีใช้ยา เช่น फिल्म x-ray ก๊อส สำลี ไม้พันสำลี เป็นต้น และวัสดุสำนักงาน วัสดุงานบ้าน - งานครัว เช่น กระดาษ เอกสาร ดินสอ น้ำยาทำความสะอาด เป็นต้น

ค่าสาธารณูปโภค

หมายถึง ค่าไฟฟ้า และค่าน้ำประปาของสถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

ต้นทุนผู้รับบริการ (ต้นทุนภายนอกองค์กร)

หมายถึง ต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วย และผู้ปกครอง ในการมารับการบำบัดรักษา แบ่งเป็นต้นทุนทางตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา ค่าเดินทาง ค่าอาหารของผู้ป่วย และผู้ปกครอง และต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ ค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองที่เข้ารับการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย

ค่าเสียโอกาส

หมายถึง รายได้ที่สูญเสียไปของผู้ปกครองเนื่องจากการมาเข้ารับการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย

ต้นทุนรวม

หมายถึง มูลค่าของทรัพยากร และปัจจัยการผลิต ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า เกิดจากการนำต้นทุนผู้ให้บริการ และต้นทุนผู้รับบริการ มารวมกัน

ประสิทธิผล

หมายถึง จำนวนผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับไปติดซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน ตรวจสอบได้จากผลตรวจปัสสาวะ และการไต่ถามอาการผู้ป่วย จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่

ต้นทุน – ประสิทธิผล

หมายถึง ต้นทุนที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า หาดด้วยจำนวนผู้ผ่านการบำบัดรักษา ที่ไม่กลับมาติดซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน

การบำบัดรักษา

หมายถึง วิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าให้สามารถเลิกหรือหยุดใช้ยาเสพติดได้ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป โดยมี 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นเตรียมการ 2. ขั้นถอนพิษยา 3. ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4. ชั้นติดตามผล

การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ

หมายถึง การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยไม่มีการหน่วงเหนี่ยว กักขัง ทุบตี หรือล่ามโซ่ หากผู้เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ยินยอมจะได้รับการรักษา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ก็ไม่สามารถกักขังให้อยู่ในสถานบำบัดรักษาได้ ถึงแม้ผู้ปกครองจะยินยอมก็ตาม

งานขั้นเตรียมการ

หมายถึง กิจกรรมที่เตรียมความพร้อมให้กับผู้ติดยาบ้า รวมทั้งครอบครัว ญาติ และผู้ใกล้ชิด ให้รับทราบ และเข้าใจวิธีการบำบัดรักษา เพื่อให้เกิดการร่วมมือ สร้างความเชื่อมั่น การยอมรับ และสร้างแรงจูงใจในการที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา

งานถอนพิษยา

หมายถึง กิจกรรมที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ที่ยังไม่สามารถหยุดเสพยาบ้าได้ โดยรักษาอาการทางร่างกาย และจิตใจที่เกิดจากการขาดยา โดยในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะทำกิจกรรม และนอนภายในตึก ดังนั้นค่าห้องของผู้ป่วยจึงรวมอยู่กับค่าเสื่อมราคาของตึกถอนพิษยา

งานฟื้นฟูสมรรถภาพ

หมายถึง กิจกรรมที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าทั้งทางร่างกาย และจิตใจ หลังจากผู้ติดยาบ้าสามารถเลิกเสพยาได้แล้ว อันเป็นขั้นตอนต่อเนื่องจากขั้นถอนพิษยา โดยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะทำกิจกรรม และนอนภายในตึก ดังนั้นค่าห้องของผู้ป่วยจึงรวมอยู่กับค่าเสื่อมราคาของตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ

กลุ่มสังคมบำบัด

หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่นักสังคมสงเคราะห์ได้ลงไปให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ความรู้ สุขศึกษากับผู้ป่วยใน ภายในตึกที่ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดรักษา โดยมุ่งที่จะให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติเมื่อถูกจำหน่ายออกจากสถาบันแล้ว อันเป็นการป้องกันการหวนกลับไปติดยาบ้าซ้ำ

กลุ่ม Matrix

หมายถึง กิจกรรมกลุ่มบำบัดที่เกิดกับผู้ป่วยนอก โดยเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ความรู้ ทักทายกับผู้ป่วยนอก ภายในห้องทำงานกลุ่มที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอก เพื่อป้องกันการกลับไปติดยาบ้าซ้ำ

กลุ่มจิตบำบัด

หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่นักจิตวิทยาได้ลงไปให้การรักษาความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์ และบุคลิกภาพ ด้วยวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ความรู้ สุขศึกษา แก่ผู้ป่วยใน ภายในตึกที่ผู้ป่วยอยู่รับการบำบัดรักษา เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ลดความรุนแรงของอาการ หรือเปลี่ยนรูปลักษณะของอาการหรือทำให้อาการต่างๆ หายไป เป็นการป้องกันการหวนกลับไปติดยาบ้าซ้ำ

สังคมสงเคราะห์

หมายถึง ค่าใช้จ่ายจากการบำบัดรักษา ที่ผู้ติดยาบ้าไม่สามารถจ่ายให้กับสถานพยาบาลติดัตถ์ญญารักษ์ได้ และทำการขออนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายกับทางสถานพยาบาลติดัตถ์ญญารักษ์ ทั้งนี้รวมค่าใช้จ่ายค้างจ่ายของผู้ป่วยด้วย

ผู้ป่วยใน

หมายถึง ผู้ติดยาบ้าที่ตัดสินใจและสมัครใจ เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาลติดัตถ์ญญารักษ์ตามระบบ วิธีการ และระยะเวลาที่สถาบันกำหนด

ผู้ป่วยนอก

หมายถึง ผู้ติดยาบ้าที่ตัดสินใจและสมัครใจ รับการบำบัดรักษาแบบไป – กลับ โดยไม่นอนค้างในสถานพยาบาลติดัตถ์ญญารักษ์ แต่มารับการบำบัดรักษาตามระบบ วิธีการ และระยะเวลาที่สถาบันกำหนด

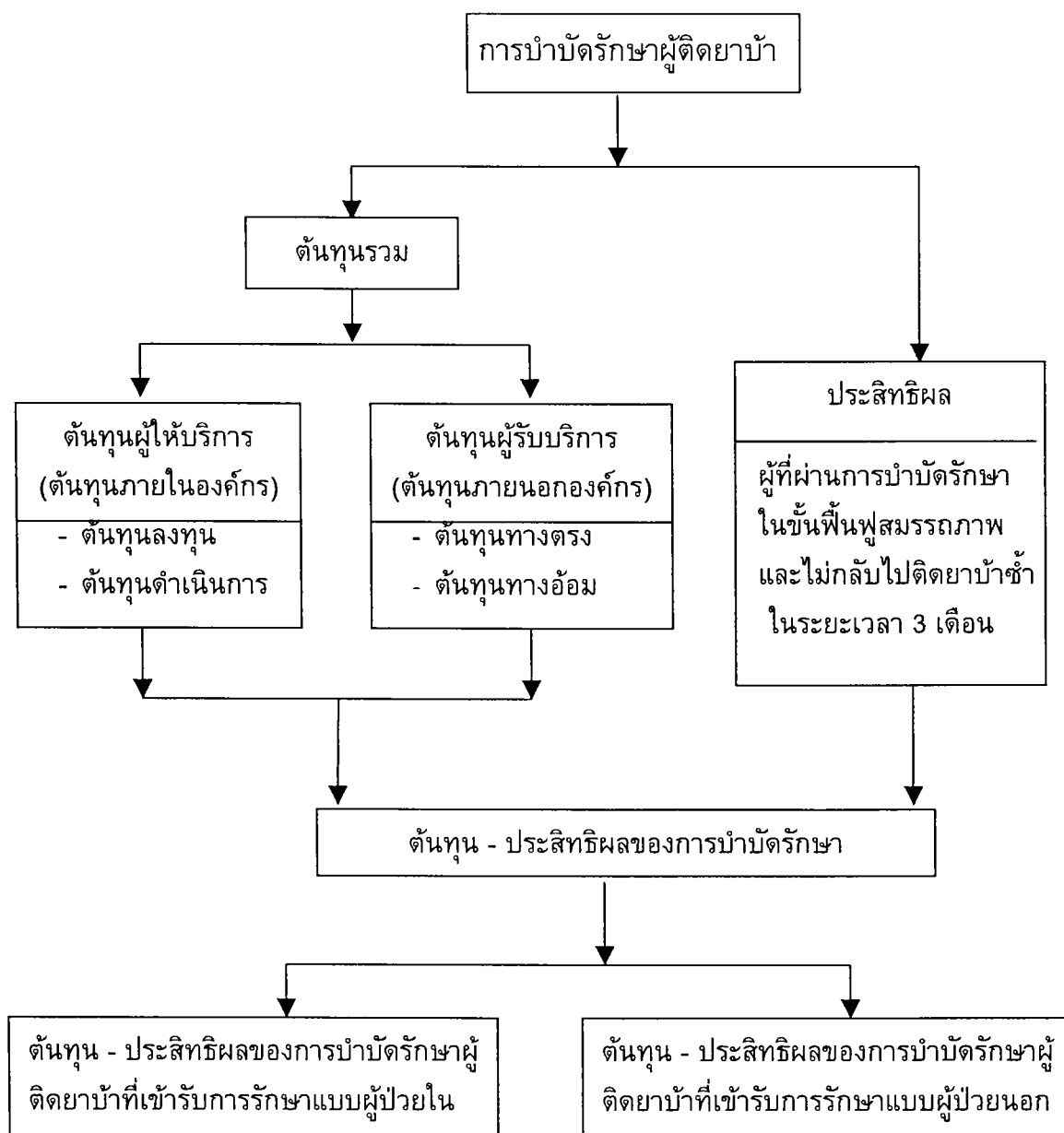
ผู้ปกครอง

หมายถึง พ่อ แม่ หรือญาติ ที่รับภาระในการดูแล และมาเข้ารับการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วยที่ติดยาบ้า

การติดยาซ้ำ

หมายถึง สภาวะของผู้ติดยาบ้า ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากสถานยาเสพติด
รัฐรักษแล้วหันกลับไปใช้ยาบ้าอีก โดยตรวจสอบได้จากผลการตรวจปัสสาวะ และการไต่ร
ถามอาการผู้ป่วย จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่

กรอบแนวคิด



บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุน และ การเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกของ สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ จะพิจารณาถึงเอกสาร แนวคิด ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะมีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับยาบ้า
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดรักษา
3. ประวัติสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์
4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับต้นทุน
5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิภาพ
6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับต้นทุน – ประสิทธิภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากสภาพการณ์การระบาดของยาบ้าในปัจจุบัน ที่เกิดจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ได้ส่งผลกระทบต่อประชากรในประเทศ เกิดความเสื่อมโทรมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างต่อเนื่องที่จะต้องจัดให้มีการป้องกัน ปรามปราม และการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นโครงการบริการสังคม โดยมีวัตถุประสงค์หลักที่จะให้บริการแก่ประชาชนโดยทั่วไปในสังคม ทั้งนี้เพื่อต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตตลอดจนเพื่อช่วยเหลือทางแก้ไข หรือขจัดปัญหาต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ในสังคมให้ลดน้อยลง (เยาวดี วิบูลย์ศรี. 2539 : 51 - 52) การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาบ้า จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและทันที่ เพราะเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต (เยาวดี วิบูลย์ศรี. 2539 : 55 - 56) ซึ่งสอดคล้องกับไพศาล ไกรสิทธิ์ (2541 : 63) ที่กล่าวว่าการพัฒนามนุษย์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความเป็นอยู่นั้น เป็นการสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เพราะหากมนุษย์ขาดสิ่งจำเป็นพื้นฐานแล้ว จะทำให้ทรัพยากรมนุษย์ หรือประชากรของประเทศด้อยคุณภาพลง ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา อันเป็นการป้องกันการหวนกลับไปติดยาซ้ำ โดยขั้นตอนของการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาบ้านั้น มีลักษณะเป็นกิจกรรมกลุ่มที่ให้ความรู้ในเรื่องของยาเสพติด การสร้างทักษะ และความเชื่อมั่นให้กับตนเอง เป็นการปลูกฝังทัศนคติ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกยาบ้า

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับยาบ้า

1.1 ความหมายของยาบ้า

ยาบ้า หรือ แอมเฟตามีน (Amphetamine) เป็นยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท โดยมีสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง ไซสัณหลัง และระบบประสาทส่วนปลายในการกระตุ้นให้มีการหลั่งของสารเคมีในร่างกาย มีผลให้เกิดการตื่นตัว มีกำลังวังชา อารมณ์สนุกสนาน ความคิดว่องไว แต่เมื่อใช้ไประยะหนึ่งร่างกายจะเริ่มคุ้นเคยและปรับสภาพให้ทนทานกับยา จึงต้องมีการเพิ่มปริมาณยาบ้ามากขึ้น เมื่อปริมาณยามากขึ้น และยังคงใช้ซ้ำๆ ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน พฤติกรรมของผู้เสพมีการเปลี่ยนแปลงไป ถูกครอบงำด้วยยาบ้า มีผลทำให้ร่างกายทรุดโทรม และมีปัญหาทางจิตใจ (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์. 2544ก : 180) โดยลักษณะของการติดยาบ้า จะทำให้เกิดลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ (โกศล วงศ์สวรรค์ และสถิต วงศ์สวรรค์. 2543 : 169)

1. เกิดความต้องการเสพอย่างสุดจะกลั่นได้
2. จะต้องเพิ่มปริมาณของยาที่ใช้อยู่เรื่อยๆ
3. ตกเป็นทาสของยาทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ถ้าหมดยาจะมีอาการขาดยา เช่น ทุรนทุราย อาเจียน ปวดท้อง
4. ทำให้เกิดผลร้ายต่อผู้เสพและสังคม

1.2 สาเหตุของการติดยาบ้า

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการติดยาบ้ามีหลายประการ ซึ่งสาเหตุต่างๆ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน จากการศึกษาสามารถสรุปสาเหตุของการติดยาบ้าได้ 3 ประการ คือ 1. ยา และฤทธิ์ของยา (Agent) 2. ตัวผู้เสพ (Host) 3. สิ่งแวดล้อม (Environment) (อุไรวรรณ วงศ์ประทีป และคณะ. 2544 : 8 – 11, สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. 2533 : 84 – 95, บังอร บุญรักษาสัตย์. 2533 : 15 – 16)

1.2.1 ยาและฤทธิ์ของยา (Agent)

ชื่อของยาเสพติดย่อมแสดงความหมายให้เห็นชัดเจนแล้วว่า ถ้าเสพหรือใช้แล้วจะเกิดการติด เนื่องจากฤทธิ์ของยาหรือสารเสพติดมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายและจิตใจ สารที่มีฤทธิ์ดังกล่าวนี้ หากมีฤทธิ์อ่อน และเป็นที่ยอมรับของสังคมให้ใช้ได้ ก็ไม่นับเป็นปัญหาหรือยาเสพติด เช่น ชา กาแฟ บุหรี่ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งความจริงแล้ว บางอย่างก็มีอันตรายต่อสุขภาพไม่น้อย ส่วนสารบางชนิดที่มีฤทธิ์สร้างความอยากได้มาก หรือทำให้บุคลิกของคนเสียไป สังคมจึงไม่ยอมรับและถือว่าเป็นของไม่ดี ของต้องห้าม และมีกฎหมายควบคุมไว้ ซึ่งฤทธิ์ของยาหรือสารเสพติดที่ว่านี้จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอีกรูปหนึ่ง ซึ่งถ้าหากใช้ยานี้ไม่บ่อยหรือนานๆ ครั้ง ร่างกายก็จะไม่ได้รับผลกระทบกระเทือนมากนัก แต่ถ้าใช้โดยสม่ำเสมอจนเข้าขั้นติดแล้ว ร่างกายจะเกิดสภาพของความเคยชินต่อการ

ทำงานในรูปแบบนั้น ซึ่งถ้าขาดยาจะทำให้การทำงานของร่างกายพยายามคืนตัวเข้าสู่สภาพปกติ และการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายโดยกระทันหัน ทำให้ร่างกายของผู้เสพยาเกิดอาการผิดปกติ ซึ่งมีความรุนแรงจนผู้นั้นไม่สามารถทนได้ จึงทำให้เสาะแสวงหายามาเสพเพื่อใช้ระงับอาการที่เกิดขึ้น และเพื่อให้ร่างกายทำงานอยู่ในระบบเดิมต่อไป จึงทำให้ต้องเสพยาอยู่เรื่อย ๆ จนกลายเป็นผู้ติดยาในที่สุด

1.2.2 ตัวผู้เสพ (Host)

องค์ประกอบสำคัญของการติดยา ก็คือตัวผู้เสพเอง ซึ่งปัจจัยในบุคคลที่เป็นสาเหตุให้ติดยาบ้านั้นอาจเกิดขึ้นจากความผิดปกติหรือความบกพร่องทางด้านร่างกาย และจิตใจ

1.2.2.1 สภาพทางด้านร่างกาย ในการที่มีโรคประจำตัว เช่น เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้ยาอยู่เสมอ จะมีโอกาสใช้ยาเสพติดสูงกว่าพวกที่มีสุขภาพร่างกายดี หรือในกลุ่มกำลังคนที่ต้องใช้แรงงานในการประกอบอาชีพ เช่น คนขับรถบรรทุก คนงานรับจ้างที่ต้องทำงานหนัก จะมีสภาพร่างกายที่อ่อนเพลียจากการตรากตรำทำงาน จึงหันมาใช้ยาบ้า เพราะเชื่อว่ายาบ้าจะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง มีกำลังเพิ่มขึ้น ในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาที่ต้องดูหนังสือสอบจะมีสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ง่วงนอนจึงใช้ยาบ้าเพื่อช่วยให้ไม่ง่วงนอน และสามารถดูหนังสือเป็นเวลานานๆ ได้ แต่ปัจจุบันการใช้ยาบ้าเป็นไปเพื่อความบันเทิง สนุกสนาน และการลอกเลียนแบบมากขึ้น (อรรถนพ วิสุทธิมรรค. 2541 : 26)

1.2.2.2 สภาพทางจิตใจ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นสภาพจิตผิดปกติ และบุคลิกผิดปกติ แต่ในส่วนของผู้ติดยาบ้า สาเหตุสำคัญทางด้านจิตใจที่ชักนำให้ติดยา คือ ด้านบุคลิกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวและพันธุกรรม ทำให้มีแนวโน้มในการที่จะใช้ยาบ้าได้ง่ายกว่าคนอื่น ๆ บุคลิกภาพผิดปกติและมีแนวโน้มในการใช้ยาบ้า มีหลายลักษณะ ได้แก่ 1. ผู้มีบุคลิกภาพอ่อนแอในทุกด้าน เช่น มีอารมณ์ไม่มั่นคง สติปัญญาต่ำ 2. ผู้ที่มีอารมณ์วู่วาม ไม่มีความยั้งคิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว เป็นคนที่ขาดความมั่นใจ มีจิตใจไม่อบอุ่น จึงใช้ยาบ้าเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง 3. ผู้ที่มีสุขภาพจิตรวนเร มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา จึงใช้ยาบ้าเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจ 4. ผู้ที่มีปัญหาต่างๆ เช่น หนีโรงเรียน หนีออกจากบ้าน จะใช้ยาบ้าเป็นเครื่องปลอบใจดับความวุ่นวายทางจิตให้น้อยลง (ธงชัย อุ่นเอกลาภ. 2540 ; อ้างอิงจาก อุไรวรรณ วงศ์พรประทีป และคณะ. 2544 : 9)

1.2.3 สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลที่ผลักดันให้ติดยาเสพติด เช่น สถานที่อยู่อาศัยเต็มไปด้วยแหล่งหรืออยู่ใกล้ชิดกับการค้ายาบ้า อยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม มีเพื่อนฝูงชักชวนไปในทางที่เสื่อมเสีย สิ่งแวดล้อมภายในบ้านขาดความอบอุ่น ไม่มีความสุขในบ้าน รวมไปถึงฐานะทางเศรษฐกิจและปัญหาชีวิต สิ่งแวดล้อมที่เลวร้ายไม่เพียงแต่ช่วยเร่งให้ใช้ยาบ้าแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังมี

เป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้เลิกใช้ยา แม้จะได้รับการบำบัดรักษาแล้ว เพราะสิ่งแวดล้อมเก่าจะกดดันให้ผู้ติดยาต้องกลับไปใช้ชีวิตแบบเดิม อันเป็นมูลเหตุให้หวนกลับไปใช้ยาบ้าอีก

1.3 กลไกการติดยาบ้า

การติดยาบ้านั้นเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เริ่มต้นจากการใช้ยาเป็นครั้งคราวจนสู่การใช้ยาที่ถี่ขึ้น จนต้องใช้ทุกวัน และวันละหลายๆ ครั้ง การใช้ยาบ้าจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ สมองส่วนนอกที่เป็นส่วนคิด (Cerebral cortex) และสมองส่วนที่อยู่ชั้นใน (Limbic system) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ และความอยาก สมองส่วนคิดทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญาใช้ความคิดแบบมีเหตุผล ขณะที่สมองส่วนนอกเป็นศูนย์ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก ยาบ้าจะกระตุ้นปลายประสาทในสมองให้ส่งโดปามีนซึ่งเป็นสารเคมีชนิดหนึ่งออกมาเป็นปริมาณมาก สารนี้ทำให้เกิดความรู้สึกสบาย สมองจึงมีการปรับตัวด้วยการลดการหลั่งสารเคมีนั้นลง เมื่อหมดฤทธิ์ยาบ้า จึงเสมือนว่าร่างกายมีอาการขาดสารโดปามีน ทำให้มีอาการหงุดหงิด หรือซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้เสพพยายามแสวงหายามาใช้ซ้ำ ในขณะเดียวกันเมื่อใช้ยาบ้าบ่อยๆ จะทำให้สมองส่วนคิดถูกทำลาย การใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลเสียไป ผู้ใช้ยาจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีอาการก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ จึงทำให้มีการใช้ยาบ้าบ่อยขึ้น ผลสุดท้ายจะเกิดความสูญเสียอย่างรุนแรง ผู้ติดยาบ้าไม่สามารถควบคุมตนเองได้ด้วยสติปัญญา หรือความคิด และทำให้มีอาการทางจิตและสามารถเป็นโรคจิตเต็มขั้นได้ในที่สุด ขั้นตอนการติดยา แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ (กรมสุขภาพจิต. 2545 : 34 – 39)

1.3.1 ระยะเริ่มต้นการใช้ยา

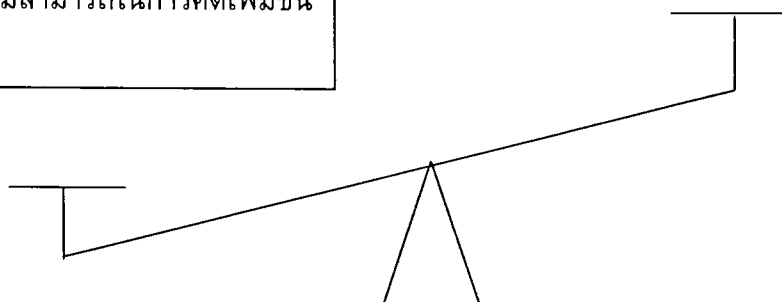
อาจเริ่มใช้ยาเป็นครั้งคราว ในโอกาสพิเศษ เช่น มีกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อน หรือใช้เพราะเหตุผลบางประการ เช่น เพื่อลดน้ำหนัก ลดอาการเศร้า เพิ่มกำลัง เป็นต้น ในระยะนี้สมองที่ใช้เหตุผลยังคงตัดสินใจให้ใช้ยา เพื่อตอบสนองเหตุผลบางอย่างที่ตนคิด โดยมีความคิดว่าก่อให้เกิดผลทางบวกมากกว่าผลทางลบ ดังภาพประกอบ 1

ผลทางบวก

- ลดอาการซึมเศร้า
- ครีมีใจ
- เพิ่มกำลัง
- ความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น
- ทำงานได้มากขึ้น
- ความสามารถในการคิดเพิ่มขึ้น

ผลทางลบ

- ผิดกฎหมาย
- เสียเงิน



ภาพประกอบ 1 กลไกการติดยาบ้า ระยะเริ่มต้นใช้ยา

1.3.2 ระยะคงใช้ยา

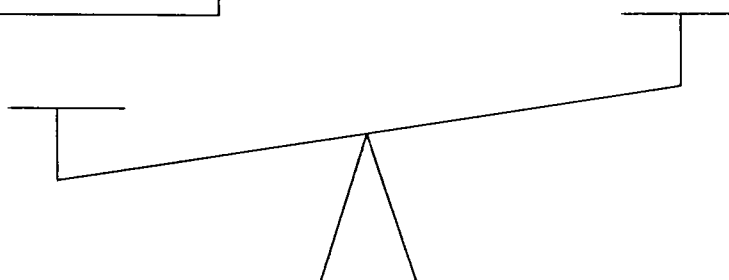
ผู้เสพยาจะมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นและเริ่มใช้เป็นประจำ เช่นใช้ทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือน ในระยะนี้สมองส่วนนอกยังคงควบคุมความคิดได้ พฤติกรรมยังถูกควบคุมโดยเหตุผล แต่สมองส่วนคิดเริ่มบังคับตนเองได้น้อยลงในขณะที่สมองส่วนควบคุมความอยากมีพลังมากขึ้น ทำให้การตัดสินใจเริ่มโอนเอียงไปในทางใช้ยาต่อไป แม้จะมีผลเสียจากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังมีความคิดว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย ดังภาพประกอบ 2

ผลทางบวก

- ลดอาการซึมเศร้า
- สร้างความมั่นใจ
- ลดความเบื่อหน่าย
- เพิ่มพลังทางเพศ

ผลทางลบ

- เสียหน้าที่การงาน
- เสียความสัมพันธ์
- ปัญหาการเงิน



ภาพประกอบ 2 กลไกการติดยาบ้า ระยะคงใช้ยา

1.3.3 ระยะหมกมุ่น

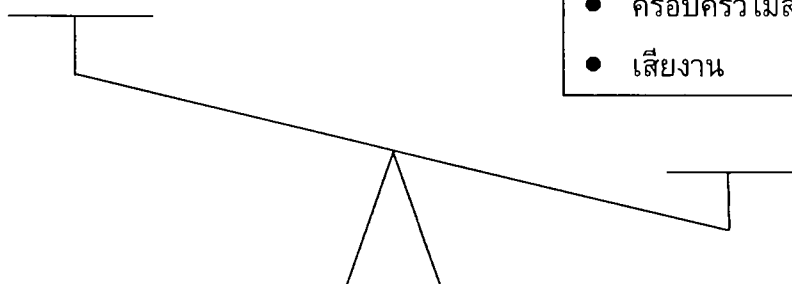
ระยะนี้จะมีผลทางลบกระทบต่อชีวิตผู้ใช้อย่างมากขึ้น เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสัมพันธภาพ หรือกฎหมาย จะมีผลต่อผู้เสพยาอย่างชัดเจน ถึงจุดนี้ผู้เสพบางคนสามารถ หยุดยาได้โดยใช้เหตุผล แต่บางคนจะทำได้ไม่ได้เพราะสมองส่วนอยากมีอำนาจเหนือสมองส่วนคิดจึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงก้าวเข้าสู่สภาพของการเสพติดก่อให้เกิดผล ดังภาพประกอบ 3

ผลทางบวก

- กระแสสังคม
- ลดอาการซึมเศร้า
- ลดความอ่อนเพลีย

ผลทางลบ

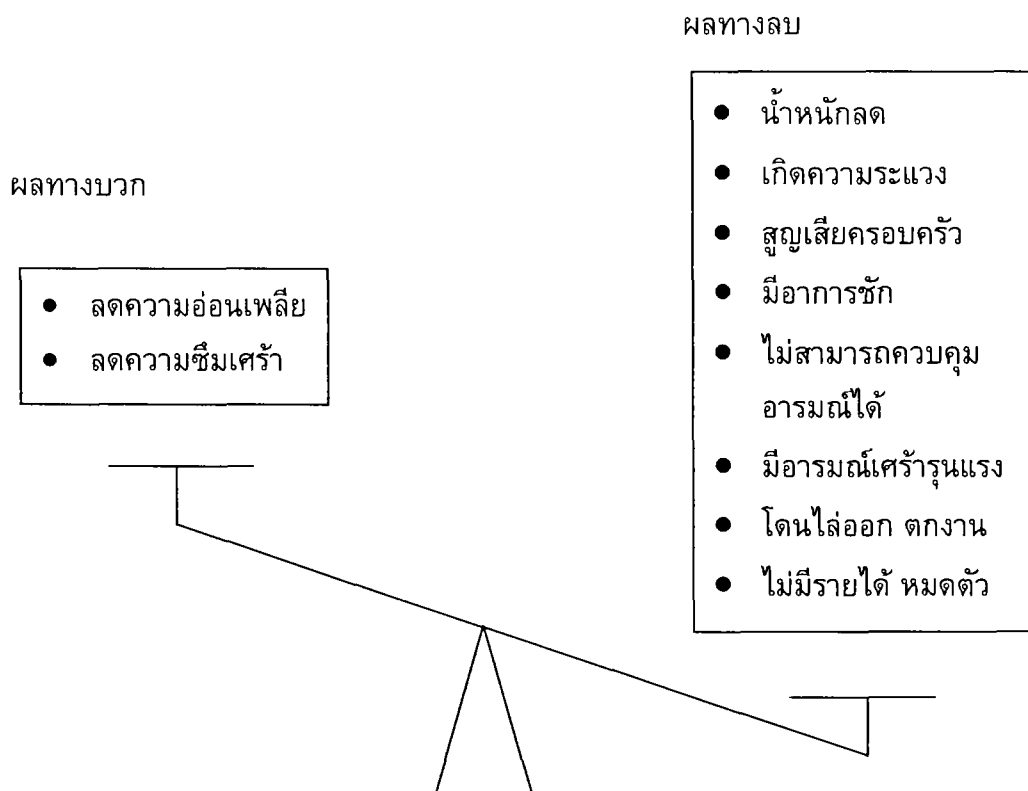
- เสียเงิน
- เสียความสัมพันธ์
- ครอบครัวไม่สบายใจ
- เสียงาน



ภาพประกอบ 3 กลไกการติดยาบ้า ระยะหมกมุ่น

1.3.4 ระยะวิกฤต

แม้ในระยะนี้ผลเสียจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นกับผู้เสพยาจะรุนแรงชัดเจน แต่ผู้เสพก็ยังคงการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพราะการตัดสินใจที่ใช้เหตุผลและสติจากสมองส่วนควบคุมความคิด ความอ่านไม่เพียงพอที่จะขัดขวางความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสมองส่วนอยาก จึงทำให้หมกมุ่นกับการเสพติดอย่างรุนแรง ซึ่งมีผลทางลบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และส่งผลต่อปัญหาสังคมตามมา ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กลไกการติดยาบ้า ระยะวิกฤต

จะเห็นได้ว่าการติดยาบ้านั้นจะมีพัฒนาการในการใช้ยาอย่างเป็นขั้นเป็นตอน และเมื่อผู้เสพเข้าสู่ระยะวิกฤตแล้ว เป็นการยากที่ผู้เสพยาจะสามารถเลิกเสพยาได้ด้วยตัวเอง ผู้ติดยาบ้านั้นต้องการความช่วยเหลือจากสถาบันทางการแพทย์ และสังคมเพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถเลิกเสพยาได้อย่างถาวร และกลับมาใช้ชีวิตอย่างเช่นคนปกติทั่วไป

1.4 ผลกระทบจากการเสพยาบ้า

ยาบ้าจัดเป็นวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาทประเภท 1 มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลาง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษร้ายแรงประเภทที่ 1 มีบทลงโทษรุนแรงที่สุด (โกศล วงศ์สวรรค์ และสถิต วงศ์สวรรค์. 2543 : 201)ผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาบ้าทำให้เกิดความสูญเสียหลายด้าน ซึ่งเป็นผลทำให้ทรัพยากรมนุษย์ของประเทศมีคุณภาพต่ำลงเรื่อยๆ (กระทรวงศึกษาธิการ. 2543 : 17 – 20, สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. 2533 : 77 - 83)

1.4.1 ผลกระทบต่อตัวผู้เสพ

ยาบ้า นั้นส่งผลเสียอย่างมากต่อตัวผู้เสพ ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จนทำให้ผู้เสพยากลายเป็นคนขาดความน่าเชื่อถือ มีความสามารถและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1.4.1.1 ด้านร่างกาย ยาบ้าจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หลอดเลือดขยายตัว หลอดลมขยายตัว ปากแห้ง ท้องไส้ปั่นป่วน น้ำหนักลด เนื่องจากฤทธิ์ของยาบ้าไปกดศูนย์ความรู้สึกในสมองทำให้ไม่รู้สึกหิว การที่ได้รับยาเกินขนาดจะทำให้เกิดอาการมึนงง สับสน สั่นตามมือตามเท้าและร่างกาย ประสาทหลอน มีอาการตื่นกลัว หัวใจเต้นผิดปกติ และอาจหมดสติได้

1.4.1.2 ด้านจิตใจ ยาบ้าจะทำให้ผู้ใช้มีความรู้สึกดี และอารมณ์ดี รู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้านั้นหายไป มีความกระตือรือร้นมากขึ้น สมองแจ่มใส มีความรู้สึกอยากให้งานเสร็จ หากใช้ขนาดสูงโดยการฉีดหรือสูดดมจะทำให้เกิดความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม มีความสุข และมีความพึงพอใจมาก ทำให้ความต้องการทางเพศเพิ่มมากขึ้น การได้รับยาบ้าในปริมาณมาก อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตได้ โดยมีอาการหลอนทางหู มีภาพหลอน มีอาการหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย บางครั้งก้าวร้าว และสามารถทำร้ายผู้อื่นได้ อาการทางจิตเนื่องจากยาบ้านี้จะเกิดได้โดยไม่จำเป็นว่าผู้นั้นจะมีประวัติเป็นโรคจิตมาก่อน (กรมสุขภาพจิต. 2545 : 13 – 14)

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้เสพ

ผลกระทบในประเด็นนี้ จะเป็นผลต่อเนื่องจากผลกระทบของการใช้ยาบ้าที่มีต่อผู้เสพ เพราะหากหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้ใช้ยาบ้าย่อมมีผลไปถึงครอบครัวด้วย เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดจะขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว โดยมุ่งเพียงแต่จะหายาเสพติดมาเสพให้ได้เท่านั้น ทำงานไม่ได้เนื่องจากนายจ้าง หรือหน่วยงานหมดความไว้วางใจ ทำให้รายได้หรือเศรษฐกิจของครอบครัวประสบกับภาวะฝืดเคือง สมาชิกในครอบครัวต้องประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต บุตรธิดาขาดการดูแลจากบิดา อาจเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางที่ผิดหรือหันไปพึ่งยาเสพติดได้ หรือหากผู้เสพยาบ้าเกิดอุบัติเหตุสูญเสียอวัยวะร่างกายพิการ หรือทุพพลภาพ ย่อมต้องเพิ่มภาระให้ครอบครัวในการเลี้ยงดูรักษาพยาบาล เป็นการบั่นทอนเศรษฐกิจภายในครอบครัว นอกจากนี้บุตรธิดาอาจขาดโอกาสในการศึกษา โดยไม่อาจศึกษาต่อได้เพราะต้องหันมาทำงานเพื่อช่วยเหลือครอบครัวแทน สูญเสียสมรรถภาพในการเลี้ยงดูครอบครัว และยังเป็นภาระต่อครอบครัวในทุกๆ ด้าน อีกด้วย ญาติพี่น้องรังเกียจ เพราะทำให้เสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล

1.4.3 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ

หากพิจารณาผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อตนเองหรือครอบครัว ที่ชัดเจนก็คือ ผลที่ได้รับจากความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นสูงกว่ารายได้ที่คาดว่าจะได้รับอย่างมหาศาล การเสพยาบ้าอาจจะช่วยให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้นไม่มากเท่าใดนัก แต่หากเกิดอุบัติเหตุหรือความผิดพลาด

แล้วจะก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ทั้งต่อชีวิตตนเอง ต่อชีวิตผู้อื่น ต่อทรัพย์สินของตนเอง และต่อทรัพย์สินของผู้อื่น ซึ่งเมื่อประเมินค่าทางเศรษฐกิจแล้วเป็นเงินจำนวนมาก

นอกจากนี้อุบัติเหตุสร้างความสูญเสียแก่ชีวิตและทรัพย์สิน คือ อุบัติเหตุบนท้องถนน ที่มีตัวเลขความสูญเสียสูงมาก ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียเงินงบประมาณในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดยาบ้า เช่น งบประมาณของภาครัฐที่ต้องจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา ป้องกัน และปราบปรามการผลิตและจำหน่าย แทนที่จะนำทรัพยากรเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาประเทศด้านอื่น ซึ่งเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจทางตรง ส่วนความสูญเสียทางเศรษฐกิจทางอ้อม เช่น การสูญเสียโอกาสในการหารายได้ในช่วงรับการรักษาหรือตลอดไปหากผู้เสพยาบ้าได้รับอุบัติเหตุจนพิการ รายได้ในอนาคตที่ลดลงจากการต้องออกจากระบบการศึกษา อันเนื่องมาจากเสพยาบ้า รายได้ของญาติที่สูญเสียไปจากการไม่ได้ไปทำงานในช่วงการดูแลผู้ติดยา ทำให้สังคมต้องสูญเสียมูลค่าผลิตผลในระบบเศรษฐกิจที่ควรจะเกิดขึ้น แต่ไม่เกิด เพราะแรงงานขาดประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากปัญหายาบ้า

จากสถิติการบาดเจ็บและการตายจากอุบัติเหตุโดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยร่วมกับกองระบาดวิทยาประมาณว่า การสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรง และทางอ้อมของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2536 มีมูลค่าประมาณ 92,000 ล้านบาท ในจำนวนนี้ไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งมีสาเหตุจากการใช้สิ่งเสพติด เช่น ยาบ้า และสุรา (อรณพ วิสุทธีมรรค. 2541 : 53) ซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจนี้จะช่วยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา และความจำเป็นในการกำหนดแนวทางแก้ไข ปรับปรุงได้อย่างเด่นชัดและเป็นรูปธรรมมากขึ้น (แกมทอง อันทรรัตน์. 2537 : 15)

1.4.4 ผลกระทบต่อสังคม

ยาบ้าก่อให้เกิดปัญหาในหลายด้านทั้งกับตัวผู้เสพและสังคมส่วนรวม จึงจำเป็นต้องป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดของยาบ้าให้หมดสิ้นไป จึงจะสามารถลดผลกระทบที่มีต่อสังคมได้ โดยปัญหาที่เกิดขึ้นกับสังคมจากการแพร่ระบาดของยาบ้า ได้แก่

ปัญหาอาชญากรรม โดยตัวของยาบ้าเองแล้วถือว่าเป็นส่วนประกอบของอาชญากรรมชนิดหนึ่ง คือผู้ที่ครอบครอง ผู้ผลิต ผู้ค้า ถือว่ามีความผิดทางกฎหมาย

ปัญหาการว่างงาน การใช้ยาบ้าจนเป็นผลให้ก่ออุบัติเหตุ หรือก่ออาชญากรรมต่างๆ ย่อมทำให้ศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคคลนั้นสูญเสียไป ไม่ได้รับความร่วมมือ หรือความไว้วางใจจากผู้อื่น ผลคือ ภาวะการว่างงานที่ตามมา

ปัญหาครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น อันเนื่องมาจากการสูญเสียบิดา บิดาพิกลพิการ หรือบิดาว่างงานไร้อาชีพ ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว อันส่งผลถึงบุตรธิดา โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นทำให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปในทางลบ อันเป็นปัญหาหนึ่งของสังคมที่สำคัญยิ่ง

จากผลกระทบดังกล่าวนับว่าเป็นการสูญเสียอนามัยของพลเมือง และเป็นการถ่วงความเจริญของระบบสาธารณสุขและประเทศเป็นอย่างยิ่ง เพราะต้องสูญเสียงบประมาณ และ

ทรัพยากรต่าง ๆ ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก แทนที่จะนำเงินนั้นไปทำนุบำรุงประเทศในด้านอื่นๆ ได้ (สุวัฒน์ วีระเวชเจริญชัย. 2533 : 78)

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดรักษา

การติดยาเสพติดจัดเป็นโรคเรื้อรัง (Chronic disease) ที่ต้องการการบำบัดรักษาในระยะเวลายาวและยังเป็นโรคที่เกิดซ้ำซาก (Relapsing disease) (สุชาติ เลขาภิพัตร. 2542 : 4) การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้นไม่เหมือนโรคอื่น ซึ่งเพียงแพทย์จ่ายยาแล้วผู้ป่วยกินยาตามแพทย์สั่ง โรคก็อาจทุเลาลงหรือหายได้ แต่การรักษาผู้ติดยาเสพติดนั้นผู้ป่วยจะต้องร่วมมือกับผู้บำบัดในการปฏิบัติตนตลอดระยะเวลาการรักษา อีกทั้งผู้ปกครอง ครอบครัวก็ต้องให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ติดยาระหว่างรับการรักษาด้วย (แพรวพิมพ์ ประโชนเทพ. 2542 : 9)

การบำบัดผู้ติดยาเสพติด เป็นมาตรการหนึ่งในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนผู้ติดยาเสพติดลดลง หรือหมดไปในที่สุด (บังอร บุญรักษาสัตย์. 2533 : 14) การบำบัดรักษาในแต่ละประเทศทั่วโลก มุ่งที่จะแก้ไขพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดยาเสพติดที่สมัครใจเข้ามาขอรับการบำบัดในสถานพยาบาลต่างๆ จะถูกมองและปฏิบัติในลักษณะของผู้ป่วย มากกว่าที่จะมองเป็นอาชญากร ด้วยแนวคิดดังกล่าวนี้ ทำให้วิธีการให้การบำบัดแก่ผู้ติดยาเสพติดของประเทศต่างๆ ทั่วโลก มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน แตกต่างกันในขั้นตอน วิธีการ และระบบเท่านั้น (จารุวรรณ ธรรมวิทย์. 2534 : 14)

2.1 ความหมายของการบำบัดรักษา

จารุวรรณ ธรรมวิทย์ (2534 : 11 – 12) กล่าวว่า การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด หมายความว่า ความรวมถึง วิธีการใดๆ ที่นำมาใช้กับผู้ติดยาเสพติดให้สามารถเลิกหรือหยุดใช้ยาเสพติดได้ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป โดยมีจุดมุ่งหมายอันเดียวกันคือ ทำลายล้างพิษของยาเสพติดออกจากร่างกาย แล้วในขณะเดียวกันก็ปรับสภาพฟื้นฟูร่างกาย และจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้กลับคืนสู่ความสมบูรณ์พูนสุขเป็นปกติ สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้

ประเทือง ธนิยผล (2530 : 6) ให้ความหมายของการบำบัดรักษาว่า เป็นการรักษาผู้ติดยาเสพติดทุกชนิดให้หายขาดจากการเสพติด โดยมีการบำบัดทั้งทางกาย และทางใจ พร้อมทั้งมีการอบรมความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ติดยาเสพติด

2.2 การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า จะเริ่มตั้งแต่การวินิจฉัย การให้ความช่วยเหลือ การบำบัดรักษา ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยงด หรือหยุดเสพ และลดอัตราการเจ็บป่วยหรือตาย ที่มีผลมาจากการใช้ยาบ้า สำหรับผู้ป่วยติดยาบ้านั้น แพทย์มักจะรักษา

ตามอาการในรายที่ไม่มีอาการทางจิต ถ้ามีอาการทางจิต แพทย์ให้ยาตามลักษณะอาการที่ปรากฏ (กัญญา ภูระหงษ์. 2545 : 33)

ระบบของการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด โดยหลักสากลทั่วๆ ไป จะมีหลักการหรือวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่คล้ายคลึงกัน จะแตกต่างกันบ้างก็เฉพาะในข้อปลีกย่อยในการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลต่างๆ ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาของสถาบันยาเสพติด รัษฎารักษ์ ได้กำหนดให้มีการบำบัด แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาตามแบบมาตรฐาน (Classical method) (อภิรดี พุกษานาชาติ และวิไลรัตน์ สิริฤกษ์สกุล. 2543 : 13 – 19) คือ

2.2.1 ขั้นเตรียมการ (Pre-Admission) เป็นการเตรียมตัวผู้ติดยาให้พร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา รวมทั้งให้ครอบครัว ญาติ พี่น้อง และผู้ใกล้ชิดได้ทราบและเข้าใจวิธีบำบัด ข้อสำคัญทั้งผู้ติดยาและญาติจะต้องให้ความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นอย่างดี ไม่ควรปล่อยให้เป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลอย่างเดียว ความเข้าใจในเรื่องการบำบัดรักษา และความตั้งใจในเบื้องต้นจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจ เกิดความเชื่อมั่น ยอมรับวิธีการบำบัดรักษา ซึ่งทำให้การบำบัดครั้งต่อไปประสบความสำเร็จได้อย่างมาก ในขั้นนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 วัน โดยมีกิจกรรมต่างๆ ที่ทำในขั้นเตรียมการก่อนรักษานี้ ได้แก่

1. การตรวจหลักฐานประจำตัวของผู้ป่วย เป็นการยืนยันว่าเป็นบุคคลนั้นจริงๆ
2. ค้นประวัติเก่าทุกราย เพื่อให้การรักษาได้อย่างต่อเนื่อง
3. ให้รายละเอียดวิธีการบำบัดรักษา ขั้นตอนต่างๆ และผลการรักษาที่ควรจะได้รับ
4. ชักประวัติ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของการเสพติดของผู้ป่วย เช่น ใช้ปริมาณเท่าใด เสพสารเสพติดอื่นๆ ด้วยหรือไม่ อายุที่เริ่มใช้ยา สาเหตุของการติดยา ความสัมพันธ์ของครอบครัว
5. ตรวจร่างกาย ดูสภาพร่างกายว่าทรุดโทรม หรือมีร่องรอยการเสพยาหรือไม่ มีโรคแทรกซ้อนอะไรบ้าง
6. ตรวจสภาพจิตว่าปกติดี หรือมีอาการทางจิต บุคลิกภาพเป็นแบบใด
7. ตรวจค้นหาสารเสพติดที่อาจมีการชักซ้อน
8. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด เอกซเรย์ปอด
9. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาประมวล วิเคราะห์เพื่อให้การวินิจฉัยวางแผนในการรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

10. ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และผู้ปกครองหรือญาติถึงวิธีการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงชักจูงแนะนำให้ผู้ป่วยตั้งใจรักษาจริง และให้ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา

2.2.2 ขั้นตอนพิษยา (Detoxification) คือการรักษากลุ่มอาการทางร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจากการขาดยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเสถียรหยุดยาได้ ใช้เวลาประมาณ 7 - 10 วัน ปัจจุบันสถาบันยาเสพติดศูนย์รณรงค์การบำบัดรักษาอยู่ 2 แบบ คือ การรักษาแบบผู้ป่วยใน และ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในนั้นต้องแยกผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน ไม่ควรปะปนกับผู้ป่วยทั่วไป โดยจัดอยู่ในสถานที่ปลอดภัยห่างไกลจากสารเสพติดหรือสิ่งยั่วยุ ที่อาจจะทำให้นักถึงการเสพยา บุคลากรที่ให้การดูแลควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย ในขั้นนั้นนอกจากให้การถอนพิษยาแล้ว ยังต้องจัดให้มีกิจกรรมอื่นรวมไปด้วย ได้แก่

1. การนิเทศ แนะนำกิจกรรมต่างๆ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
2. การประชุมเช้า Morning meeting
3. ให้สุศึกษา คำแนะนำเกี่ยวกับยาเสพติด โรคแทรกซ้อน โรคเอดส์ โรคอื่นๆ
4. การออกกำลังกาย กลางแจ้ง - ในร่ม
5. จัดให้มีการทำจิตบำบัด กลุ่มบำบัด
6. จัดให้มีนันทนาการต่างๆ เป็นการผ่อนคลาย
7. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา คอยช่วยให้กำลังใจ
8. ทำการตรวจร่างกาย วิเคราะห์สภาพจิต ระบบประสาท
9. ชักประวัติ สัมภาษณ์เพิ่มเติม
10. ถอนพิษยาโดยให้ยาตามอาการ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย
11. ตรวจปัสสาวะโดยไม่แจ้งให้ทราบเพื่อป้องกันการลักลอบนำยาเสพติดเข้ามา

ส่วนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้เข้ารับการรักษา ไม่ต้องค้างคืนในสถานพยาบาล เพียงแค่มารับยา ตามระยะเวลาและขนาดที่กำหนด การบำบัดรักษาแบบนี้ อาจจะต้องทำการรักษาโรคแทรกซ้อน และนิยมทำกิจกรรมกลุ่มไปพร้อมๆ กันด้วย โดยผลสำเร็จของการรักษาแบบผู้ป่วยนอกนี้ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ การให้การรักษาดังกล่าวต้องใช้การให้คำปรึกษาแนะนำ เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วย และครอบครัวในการเลิกเสพยาบ้าได้ มีกิจกรรมที่ให้การรักษา ได้แก่

1. การถอนพิษยา
2. การรักษาโรคแทรกซ้อน
3. การชักจูงแนะนำให้ตั้งใจรักษา และให้คำแนะนำแก่ครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา

4. การทำกลุ่มบำบัด

5. การตรวจร่างกาย วิเคราะห์สภาพจิต และระบบประสาทเป็นระยะๆ

การบำบัดรักษาในชั้นถอนพิษยาประกอบด้วย การหักดิบ วิธีการบำบัดรักษาโดยไม่ใช้ยาช่วย และการใช้ยาทดแทน โดยอาการที่เกิดจากการถอนพิษยานั้น จะมีอาการอยู่ไม่เกิน 7 – 10 วัน ดังตาราง 1 (กระทรวงสาธารณสุข. 2546? : 16)

ตาราง 1 อาการของผู้ติดยาบ้าที่เกิดจากการถอนพิษยา และข้อปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแล

ลักษณะอาการ	ข้อควรปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแล
วันที่ 1 – 3 นอนมาก รับประทานมาก หิวบ่อย ซึม เบื่อ หงุดหงิดเมื่อรู้สึก อยากยา	- ให้นอนพักผ่อน อย่ารบกวน ให้รับประทานอาหารตามความต้องการ ดื่มน้ำผลไม้โดยเฉพาะที่มีรสเปรี้ยว - กรณีหงุดหงิดมาก ให้ไปปรึกษาสถานบริการสาธารณสุข
วันที่ 4 – 7 เริ่มมีแรง อาจซึม เบื่อ รู้สึก เศร้า หงุดหงิด ก้าวร้าวได้	- ให้ออกกำลังกายเบาๆ สังเกตอาการ ซึม เบื่อ และความก้าวร้าว - กรณีนอนไม่หลับ ซึม เบื่อมาก หงุดหงิด ก้าวร้าวมาก ให้ไปปรึกษาสถานบริการสาธารณสุข
หลังวันที่ 7 เป็นต้นไป อาการต่างๆ ควรลดลงหรือ หายไปมากแล้ว	- หากยังมีอาการโดยเฉพาะนอนไม่หลับ เศร้า เบื่อหน่าย หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว ให้นำส่งแพทย์

2.2.3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ผู้ติดยาบ้าจัดเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาเฉพาะอาการในช่วงถอนพิษยาอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย (สุชาติ เลาบริพัตร. 2542 : 7) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาบ้า คือ การรักษาส่วนที่พิการ หรือส่วนที่เสื่อมจากการเสพยาโดยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางกาย และจิตใจ ในการบำบัดรักษาขั้นตอนนี้ถือว่ามีความสำคัญมาก เป็นระยะของการพัฒนาทางด้านร่างกายและจิตใจเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการปรับปรุงตนเองหลังจากที่เลิกยาบ้าแล้ว ขั้นตอนนี้มีขบวนการต่อเนื่อง ต้องใช้ระยะเวลายาวนาน และต้อง

ใช้เจ้าหน้าที่ผู้บำบัดรักษาหลายๆ ฝ่ายร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา วัตถุประสงค์ของขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ

1. เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย จากยาเสพติด และจากโรคแทรกซ้อนอันต่อเนื่องมาจากการเสพยาเสพติด
2. เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด หมายถึง การพัฒนาสุขภาพอนามัย การพัฒนาจิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา
3. เพื่อพัฒนาทางด้านการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลและสังคมที่แวดล้อม
4. เพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพให้แก่ผู้ติดยาเสพติด การทำงานร่วมกับผู้ติดยาเสพติดอื่นๆ และเจ้าหน้าที่
5. เพื่อป้องกันการหวนกลับไปเสพยาซ้ำ
6. เพื่อเป็นการลดและป้องกันปัญหาสังคม ด้านอาชญากรรมและด้านอื่นๆ

ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาในสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ ได้มีรูปแบบการดำเนินการในลักษณะของกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันของสมาชิกกลุ่มทุกคน โดยมีการรวมพลังทั้งความคิดจากการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และใช้ในการพัฒนาดตนเองในด้านต่างๆ ตามจุดหมายที่ได้ตั้งไว้ (สุคนธ์ พรหมรักษา.2544 : 47) โดยครอบคลุมทั้งเนื้อหา เรื่องพฤติกรรม การแก้ปัญหา การตัดสินใจ ตลอดจนการพัฒนาความเข้าใจตนเองและผู้อื่น ซึ่งในกระบวนการนี้จะส่งเสริมในด้านจิตใจมาก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ทางความรู้สึก มีการตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองและผู้อื่นมากขึ้น การเรียนรู้ที่เกิดจากกิจกรรมกลุ่ม ช่วยให้ผู้ใช้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้พัฒนาดตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ มีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพนี้เมื่อผู้ป่วยได้ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว ผู้ป่วยจะต้องวางแผนการดำเนินชีวิตว่าจะทำอะไร อย่างไรต่อไปในอนาคต อันเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบตัวเองมากขึ้น และสามารถเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ได้ เพราะได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าในระดับหนึ่งแล้ว ซึ่งตรงกับหลักการทำงานทั่วไปที่จะต้องมีการวางแผนก่อนอยู่เสมอ

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาในสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ มีด้วยกัน 2 รูปแบบ คือ 1. การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) สำหรับผู้ป่วยใน และ 2. การบำบัดฟื้นฟูแบบจิต สังคมบำบัด (FRESH Model) สำหรับผู้ป่วยนอก

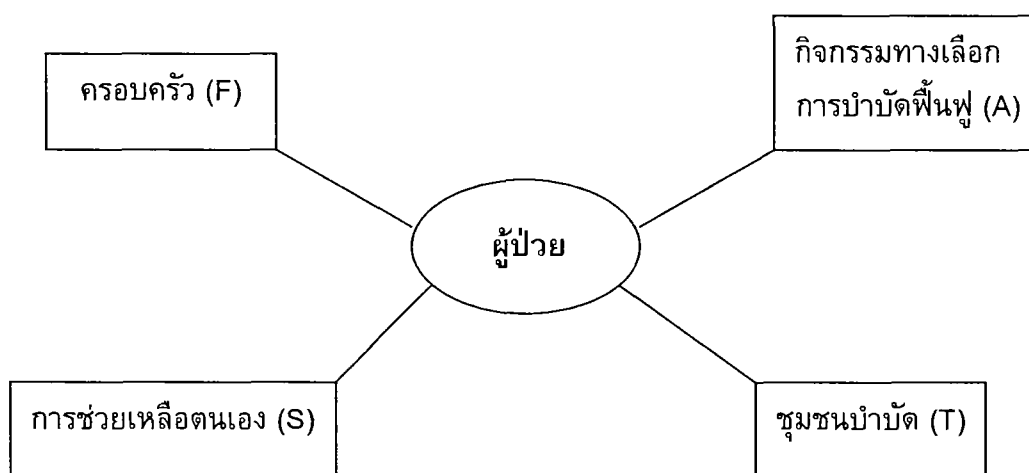
2.2.3.1 การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model)

เป็นกระบวนการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลประโยชน์จากการเรียนรู้ที่มีกระบวนการบำบัดรักษาที่เข้มข้น ในรูปแบบชุมชนบำบัดเป็นฐานหลัก และมีครอบครัวเป็นแกนหลักที่มาร่วมการบำบัดรักษาตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งการบำบัดรักษาที่มีกิจกรรมทางเลือกให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวที่เหมาะสมและเป็นไปได้

ในการนำไปปฏิบัติดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง กระบวนการติดตามการรักษาจะเป็นผลอย่างดียิ่งเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้ว สามารถนำกระบวนการช่วยเหลือตนเองไปดำเนินการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

แนวความคิด (Concept) การบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่เน้นการใช้กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาบ้าให้สามารถกลับคืนสภาพร่างกาย และสภาพจิตใจที่เข้มแข็งและมั่นคง โดยมีครอบครัวเป็นหลักสำคัญที่นำมาให้มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่บำบัดฟื้นฟูเป็นผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปปฏิบัติตน ดำรงชีวิตประจำวันอย่างปกติสุข และทำตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม

การดำเนินการนั้นได้นำองค์ประกอบ 4 ด้านด้วยกันมาดำเนินการ ได้แก่ ครอบครัว (F = Family) กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดรักษา (A = Alternative Treatment Activity) การช่วยเหลือตนเอง (S = Self – Help) และชุมชนบำบัด (T = Therapeutic Community)



ภาพประกอบ 5 องค์ประกอบของการดำเนินการของการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่

F = Family ครอบครัวที่มีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรับผิดชอบดูแลควบคู่ไปกับการอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนตามสภาพที่เป็นอยู่จริง เพราะการแก้ปัญหาเสพติดให้ได้ผลอย่างแท้จริงนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างครอบครัว การให้ความรักความอบอุ่นจากครอบครัว เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ (รุ่งอนันต์ เดชผ่อง. 2543 : 7)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวได้มีความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบการบำบัดรักษา
2. เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยตลอดการบำบัดรักษา
3. เพื่อให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

A = Alternative treatment activity ใช้กิจกรรมทางเลือกในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ
2. เพื่อแสดงออกซึ่งสิ่งที่ตนสนใจในด้านต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

S = Self help ใช้กระบวนการให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย จิต สังคม สามารถมีพลังจิตใจอย่างเข้มแข็ง โดยการปรับสภาพทั้งพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึก การสร้างสัมพันธภาพ และปลดปล่อยเสียดสี จนสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิเสธ ทักษะการควบคุมตัวเอง ทักษะการสร้างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการสื่อสาร
2. เพื่อให้เกิดการสร้างวินัยให้ตนเอง ตั้งเป้าหมายในชีวิต

T = Therapeutic community มีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าทางสังคม โดยใช้กระบวนการกลุ่มชุมชนบำบัด ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดรักษาที่สำคัญในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่ใช้สมาธิฝึกการพัฒนาตนเอง โดยการมาอยู่ร่วมกันเหมือนเป็นสมาชิกในครอบครัวขนาดใหญ่ เพื่อให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลง และพัฒนาตนเอง มีการเรียนรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังอยู่ในสถานที่ปลอดภัยปลอดยาเสพติด และสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความอบอุ่น ทำให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สมบูรณ์ทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจ

2.2.3.2 การบำบัดฟื้นฟูแบบจิต สังคมบำบัด (FRESH Model)

เป็นกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาแบบผู้ป่วยนอก ด้วยกระบวนการบำบัดรักษาทางด้านร่างกาย และปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยประยุกต์มาจากโปรแกรมแมทริกซ์ (Matrix Program) ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ติดยาต้องมาเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (จันทร์ พุธ ศุกร์) ครอบครัวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (พุธ) ใช้เวลาทั้งหมด 16 สัปดาห์ โดยผู้ติดยาจะได้รับ การถ่ายทอดความรู้ ทักษะ รับคำปรึกษา คำแนะนำจากพยาบาล เจ้าหน้าที่ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก และจากเจ้าหน้าที่กลุ่ม Matrix

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงสาเหตุของการติดยาเสพติด
2. เป็นการฝึกทักษะสำคัญๆ ที่นำไปสู่การเลิกยาเสพติดและป้องกันการติดยาซ้ำ
3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแผนการดำเนินชีวิตใหม่ให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น
4. ให้ความรู้แก่ครอบครัว และญาติในเรื่องของยา และสารเสพติดทุกชนิด เพื่อจะได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างถาวร

กิจกรรมของ จิต สังคมบำบัด

F = Family education group เป็นการให้ความรู้ คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว กิจกรรมนี้ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องเข้าร่วมกิจกรรม ตั้งแต่เริ่มต้น แนะนำครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อเรียนรู้ขั้นตอนของการติดยาเสพติดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 ครั้ง ซึ่งจะส่งเสริมการบำบัดรักษาให้ได้ผลยิ่งขึ้น

R = Relapse prevention group เป็นกลุ่มป้องกันการติดยา ซึ่งเป็นหัวใจของการรักษาแบบจิต สังคมบำบัด โดยจะสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงขั้นตอนต่างๆ ที่จะป้องกันไม่ให้ตัวเองกลับไปใช้ยาเสพติดอีก เช่น สอนวิธีจัดการกับอารมณ์ของตนเอง สอนการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยผู้ป่วยจะมาร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 32 ครั้ง

E = Early recover group เป็นกลุ่มฝึกทักษะ ในการเลิกยาเสพติดระยะต้น โดยจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใหม่ได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการหยุดเสพยาระยะแรกและกลุ่มพึ่งตนเอง รวมทั้งปูพื้นฐานให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้าร่วมป้องกันการติดยาซ้ำ ผู้ป่วยมาร่วมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 8 ครั้ง

SH = Self – help group เป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมเรียนรู้ถึงการใช้ชีวิตในสังคม จะนัดให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายหลังจากครบโปรแกรม 16 สัปดาห์ จนถึง 52 สัปดาห์ เพื่อเป็นการติดตามหลังการรักษา

พร้อมกันนี้ มีการให้คำปรึกษารายบุคคลพร้อมครอบครัวไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง ตลอดการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และติดตามผลการรักษา หลังครบ 4 เดือน อีก 3 ครั้ง จนครบ 1 ปี

ผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะต้องผ่านการประเมินของแพทย์ ใน 10 ด้าน คือ (โรงพยาบาลธัญญารักษ์. 2544ข : 217 – 218)

1. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย
2. ความรับผิดชอบ
3. มนุษยสัมพันธ์

4. การควบคุมอารมณ์
5. การดูแลความสะอาด
6. การไม่ใช้ยาเสพติด
7. ความเชื่อมั่นในตนเอง
8. การรู้จักแก้ปัญหา
9. สัมพันธภาพภายในครอบครัว
10. ครอบครัวมีความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตภายนอก

เกณฑ์การประเมิน

1. โดยต้องผ่านข้อบังคับ 2, 4, 6, 8, 10
2. ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างน้อย 70% คัดจากค่าเฉลี่ยผู้ประเมินทุกราย
3. ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์การประเมินทุกเดือน

แม้ว่าขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเป็นขั้นที่มีการดำเนินงานที่ละเอียดอ่อน สลับซับซ้อน และต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ตลอดจนต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ ในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้ติดยาเสพติด ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก และเป็นการลงทุนที่สูง แต่ถ้ามองผลในระยะยาวการดำเนินงานในขั้นตอนนี้อย่างจริงจัง จะช่วยให้ผู้ติดยาเบาเสพยาได้อย่างเด็ดขาด สามารถกลับไปมีชีวิตใหม่ได้ (กนกพร กัลยาณสูตร. 2532 : 31) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1999 โดยการแบ่งผู้ติดยาที่ต้องโทษในเรือนจำออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกให้หยุดยาเอง (หักดิบ) และมีกิจกรรมต่างๆ เหมือนนักโทษอื่นๆ โดยไม่มีการบำบัด ส่วนกลุ่มที่สอง มีการบำบัดโดยใช้วิธีชุมชนบำบัด และมีการติดตามผลหลังการบำบัด จากผลการบำบัดรักษาพบว่า ผู้บำบัดที่ไม่ได้รับการบำบัดในรูปแบบชุมชนบำบัด ร้อยละ 95 กลับไปติดยาซ้ำ ส่วนกลุ่มที่ใช้ชุมชนบำบัด มีร้อยละ 65 ที่กลับไปติดยาซ้ำอีก (สุชาติ เลขาธิพัตร. 2544 : 91)

2.2.4 ขั้นตอนการติดตาม (After-Care) หลังการบำบัดรักษา หรือการดูแลผู้ติดยาเสพติดให้โทษภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ การติดตามผลถือว่าการรักษาขั้นสุดท้าย และเป็นขั้นที่จะช่วยให้การบำบัดรักษาที่เคยใช้ยาเสพติดมาแล้วให้ได้ผล และอดยาได้ตลอดไป การดูแลภายหลังการบำบัดนี้มีได้หมายความว่าเฉพาะการติดตามผลของการรักษาว่าสามารถอดได้หรือไม่เท่านั้น (สุชาติ น้อยอินทร์. 2543 : 35) เพราะการเลิกยาได้หรือไม่ ไม่ใช่ดูกันแต่เพียงระยะที่ทำการบำบัดมีพฤติกรรมดีขึ้น แต่จะต้องติดตามประเมินผลไปอย่างน้อยหนึ่งหรือสองปี (สุชาติ เลขาธิพัตร. 2544 : 90) ในการติดตามผลนั้นนอกจากจะมีการติดตามให้ความช่วยเหลือแล้ว ยังมีการให้คำแนะนำ เสริมสร้างกำลังใจ และการปฏิบัติอื่นๆ ทุกวิถีทางที่จะทำให้ผู้ติดยา

เสพติดที่รักษาหายแล้ว สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมทั่วไปได้ตามปกติโดยไม่ต้องพึ่งยาเสพติดอีก จากเหตุผลที่กล่าวว่า การเลิกยาได้หรือไม่ นั้น ไม่ได้ดูแต่เพียงระยะที่ทำการบำบัดรักษา แต่จำเป็นต้องมีการติดตามผล ประเมินผลต่อไปอีกระยะหนึ่ง ผู้วิจัยจึงกำหนดประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยมีการติดตามผลต่อไปอีกเป็นระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งทำให้เห็นถึงความสามารถในการดำเนินการบำบัดรักษา ดังนั้นประสิทธิผลของการบำบัดรักษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษา ในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ แล้วไม่กลับมาติดยาซ้ำ ในระยะเวลา 3 เดือน

3. ประวัติสถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์

ปัญหาเรื่องยาเสพติดให้โทษไม่ใช่เป็นปัญหาเฉพาะประเทศ แต่กลายเป็นปัญหาเกือบทุกประเทศในโลก เพราะอันตรายร้ายแรงมิใช่เกิดแต่เฉพาะผู้ติดยาเสพติดเท่านั้น แต่ยังเป็นอันตรายต่อความสงบสุขของสังคม และความมั่นคงของประเทศชาติอีกด้วย องค์การสหประชาชาติมองเห็นอันตรายดังกล่าว จึงให้ทุกประเทศในเครือสมาชิกทำการปราบปรามป้องกันและให้การรักษา บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในแต่ละประเทศให้ได้ผล โดยลงนามในสนธิสัญญาร่วมกันสำหรับประเทศไทยโดยประกาศของคณะปฏิวัติฉบับที่ 37 ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2501 ประกาศห้ามการขายฝิ่น และสูบฝิ่นโดยเด็ดขาด ในวันที่ 1 มกราคม 2502 จึงได้จัดตั้งสถานพยาบาลและสถานพักฟื้นให้การรักษาแก่ผู้ติดยาขึ้นเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่คลอง 5 ตำบลรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ให้ชื่อว่า “สถานสงเคราะห์คนติดยา” ของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2507 กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย โอนการดำเนินงานการรักษา บำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทั้งชั้นถอนพิษยา และชั้นฟื้นฟูจิตใจ มาอยู่ในความรับผิดชอบของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขแต่ฝ่ายเดียว เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการตามที่ต่างประเทศปฏิบัติกัน

ปี พ.ศ. 2509 คณะกรรมการกลางปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (ก.ป.ส.) ในขณะนั้นได้ขออนุมัติต่อคณะรัฐมนตรี จัดสร้างโรงพยาบาลเพื่อให้เป็นสถานพยาบาลยาเสพติดถาวรสำหรับภาคกลางขึ้นเป็นแห่งแรก สร้างเสร็จเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2509 และมอบให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยได้รับพระราชทานนามโรงพยาบาลจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวว่า “โรงพยาบาลธัญญารักษ์” และได้เปิดดำเนินการรักษา บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2510 เป็นต้นมา ตั้งอยู่เลขที่ 504/1 หมู่ที่ 1 ถ.วิภาวดีรังสิต ต.ประชาธิปัตย์ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี มีเนื้อที่ 210 ไร่ โดยเปิดให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา และสารเสพติดทุกประเภท นอกจากนี้ยังเปิดให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป และเปิดบริการคลินิกพิเศษ เช่น คลินิกจิตเวช คลินิกนิรนาม (HIV) คลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric clinic) เป็นต้น เปิดให้บริการวันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 8.30 น. – 16.30 น. จุกเงินบริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีหลักปรัชญาที่ว่า “เราจะดูแลผู้ป่วยด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ และวิชาการที่ถูกต้องเพื่อคืนคนดีสู่สังคม” (โรงพยาบาลธัญญารักษ์ รายงานประจำปี 2544. 2544 : 2 – 3)

ปัจจุบันโรงพยาบาลธัญญารักษ์ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์” ซึ่งเป็นสถาบันยาเสพติดของชาติ โดยเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม 2545 เป็นต้นมา มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ (กองนิติกร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2545 : 43)

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด แก่สถานบริการสุขภาพทั้งทางภาครัฐและภาคเอกชน
3. จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิในกลุ่มผู้ติดยา และสารเสพติด
4. ให้การเพิ่มพูนความรู้ทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด แก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
5. พัฒนาระบบและกลไกในการดำเนินงานบำบัดรักษาตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
6. ตรวจสอบ อนุญาต และควบคุมการดำเนินงานของสถานพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด
7. กำกับและดูแลการดำเนินงานของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดในส่วนภูมิภาค
8. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

4. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับต้นทุน

4.1 ความหมายของต้นทุน

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534 : 139 –140) กล่าวว่าต้นทุนในทัศนะของนักเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินรวมทั้งผลพวงทางด้านลบ (Negative consequence) ซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้นและนับรวมเข้าเป็นต้นทุนด้วย ส่วนต้นทุนทางบัญชีนั้นจะนับเฉพาะรายการที่เป็นตัวเงินซึ่งได้จ่ายไปจริง และมองเห็นเท่านั้น

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2537 : 242) แบ่งต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์เป็น 2 ประเภท คือ ต้นทุนที่จ่ายเป็นตัวเงิน (Monetary cost) หมายถึง ต้นทุนที่จ่ายในรูปของตัวเงิน เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าเช่า และต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายเป็นตัวเงิน (Non - Monetary cost) หมายถึง ต้นทุนที่ไม่ได้จ่ายเป็นรูปตัวเงินให้แก่ใคร เช่น ค่าเสื่อมราคา และยังรวมไปถึงค่าเสียโอกาส (Opportunity cost)

นฤมล สิงห์ดัง (2539 : 29) ให้ความหมายของต้นทุนว่า หมายถึงค่าใช้จ่าย หรือทรัพยากรที่มีหน่วยวัดเป็นตัวเงินที่จ่ายออกไป เพื่อให้ได้ผลผลิตเกิดขึ้น หรือได้รับการตอบแทน และรวมถึงค่าเสียโอกาส (Opportunity cost) ผลพวงด้านลบ (Negative consequence) ที่ไม่สามารถมองเห็นได้ (Implicit cost) เข้าไปในต้นทุนของการลงทุนด้วย

ฉวีวรรณ กิตติศักดิ์สุนทร (2536 : 15) ได้ให้ความหมายของต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ว่า หมายถึงทรัพยากรที่ใช้ไปทั้งที่เป็นตัวเงิน และไม่เป็นตัวเงิน รวมทั้งผลพวงทางด้านลบ ซึ่งไม่ได้เป็นค่าใช้จ่ายและมองไม่เห็น แต่จะมีการกำหนดค่าประเมินขึ้นและนับรวมเข้าเป็นต้นทุนด้วย

สรุปได้ว่าต้นทุน หมายถึง ทรัพยากร และค่าใช้จ่ายที่จ่ายออกไปเพื่อให้ได้มาซึ่งผลผลิตหรือบริการตามที่กิจกรรมหรือโครงการนั้นต้องการ มีทั้งต้นทุนที่เป็นตัวเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าสาธารณูปโภค ค่าใช้จ่ายต่างๆ และต้นทุนที่ไม่เป็นตัวเงิน แต่ได้มีการคิดเปรียบเทียบค่าให้ออกมาในรูปของตัวเงิน หรือราคา ได้แก่ ค่าเสียโอกาส ผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้น

4.2 มุมมองในการวิเคราะห์ต้นทุน

ในการวิเคราะห์ต้นทุน ผู้ประเมินจะต้องพยายามระบุต้นทุนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นว่ามีต้นทุนอะไรบ้าง เมื่อระบุต้นทุนต่างๆ อันเกิดจากโครงการนั้นๆ ครบถ้วนแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การวัดและคิดมูลค่าของต้นทุนแต่ละชนิด ต้นทุนของโครงการสาธารณสุขอาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ (ยาวเรศ ทับพันธุ์. 2541 : 159)

4.2.1 ต้นทุนที่เกิดแก่หน่วยงานที่ให้บริการหรือบริหารโครงการนั้นๆ ซึ่งมักประกอบด้วยต้นทุนสิ่งก่อสร้าง ต้นทุนเกี่ยวกับเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ต้นทุนด้านการจัดการและการดำเนินงาน ตลอดจนต้นทุนด้านบุคลากรของหน่วยงานนั้นๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าอุปกรณ์เครื่องมือ เวลาของบุคลากร วัสดุสิ้นเปลือง

4.2.2 ต้นทุนที่เกิดกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย เช่น ต้นทุนเกิดในรูปของการขาดงานหรือทำงานได้น้อยลงของตัวผู้ป่วยเอง และของญาติที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย ต้นทุนในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลทั้งของตัวผู้ป่วยและญาติที่อาจต้องติดตามไปด้วย ต้นทุนทั้งหมดของผู้รับบริการนี้ จะมีบทบาทที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าต้นทุนของผู้ให้บริการ เพราะการผลิตบริการสาธารณสุข มีความแตกต่างกับการผลิตสินค้าและบริการทั่วไป ที่ผู้ผลิตสามารถผลิตสินค้าจนสำเร็จได้โดยไม่จำเป็นต้องพบกับผู้บริโภค (กมลชนก เทพสิทธิ. 2542 : 17)

4.2.3 ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นหรือส่วนอื่นที่นอกเหนือจากหน่วยงาน ตลอดจนมูลค่าของทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการที่ให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย เช่น เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร

4.3 การจัดกลุ่มต้นทุน

ต้นทุนสามารถจัดกลุ่มได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเกณฑ์ที่ผู้วิจัยแต่ละคนเห็นว่าเหมาะสม เกณฑ์ในการจัดกลุ่มต้นทุนทางด้านเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ เกณฑ์ผู้รับภาระต้นทุน เกณฑ์การดำเนินกิจกรรม เกณฑ์การจ่าย เกณฑ์ทางการแพทย์ เกณฑ์ความสัมพันธ์กับผลผลิต เกณฑ์ประเภทของค่าใช้จ่าย เกณฑ์ในเรื่องของระยะเวลา ในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดกลุ่มต้นทุนออกเป็นดังนี้ (สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2534 : 140 - 142, ฉวีวรรณ กิตติศักดิ์สุนทร. 2536 : 18 - 20, อرنัย วรรณสุคำ. 2536 : 30 - 34)

4.3.1 ต้นทุนที่จัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ “ผู้รับภาระต้นทุน” แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

4.3.1.1 ต้นทุนภายในองค์กร (Internal cost) หมายถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นภายในองค์กรที่จัดบริการ หรือต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ในงานวิจัยนี้ คือ ต้นทุนที่เกิดขึ้นในสถาบันยาเสพติดทัณฑ์วนาภิบาล จากการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

4.3.1.2 ต้นทุนภายนอกองค์กร (External cost) หมายถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กรที่จัดบริการหรือ ต้นทุนที่เกิดจากผู้รับบริการ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะศึกษาต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้ปกครองหรือญาติ เนื่องจากการบำบัดได้มีกิจกรรมที่ต้องให้ครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือ ญาติ มามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาของผู้ป่วย

การจำแนกต้นทุนในลักษณะนี้ ทำให้เห็นภาพชัดเจนว่าใครเป็นผู้รับภาระต้นทุนส่วนใหญ่เพื่อให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม เนื่องจากโรคบางชนิดเป็นโรคติดต่อ ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นในชุมชนหรือสังคมได้ด้วย การที่จะให้ผู้ป่วยมารับบริการทั้งในด้านการป้องกันหรือการรักษา นั้น สังคมน่าจะต้องรับภาระร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากสังคมก็ได้รับประโยชน์จากการที่ผู้ป่วยมารับบริการ หากผู้ให้บริการเลือกจัดบริการที่ต้นทุนภายในต่ำ แต่ต้นทุนภายนอกสูง คือให้ผู้ป่วยเป็นผู้รับภาระส่วนใหญ่ จะทำให้มีผู้มารับบริการน้อย ซึ่งก็จะส่งผลเสียต่อสังคมส่วนรวม เพราะหากมีการระบาด หรือผลเสียหายอันมาจากบุคคลที่ป่วยเป็นโรค สังคมส่วนรวมก็จะเสียประโยชน์ (สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2534 : 141)

4.3.2 ต้นทุนที่จัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ “ประเภทของค่าใช้จ่าย” แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

4.3.2.1 ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) หมายถึง ต้นทุนของการนำทรัพยากรประเภททุนมาใช้ในกิจกรรม เพื่อเป็นการลงทุนระยะยาว อันได้แก่ การลงทุนในครุภัณฑ์ และสิ่งปลูกสร้าง โดยคำนวณมูลค่าของต้นทุนจากค่าเสื่อมราคาของสิ่งนั้น

4.3.2.2 ต้นทุนดำเนินการ (Operating cost) ประกอบด้วย

ต้นทุนค่าแรง หมายถึง ต้นทุนค่าจ้างแรงงานบุคลากรในการผลิตหรือให้บริการ ได้แก่ ต้นทุนหมวดเงินเดือน ค่าชดเชย ค่าเลี้ยงดูบุตร ค่าสวัสดิการอื่นๆ ของเจ้าหน้าที่ ค่าวัสดุ หมายถึง ต้นทุนค่าวัสดุทุกประเภท ที่ใช้ในการบำบัดรักษา

ค่าสาธารณูปโภค หมายถึง ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา

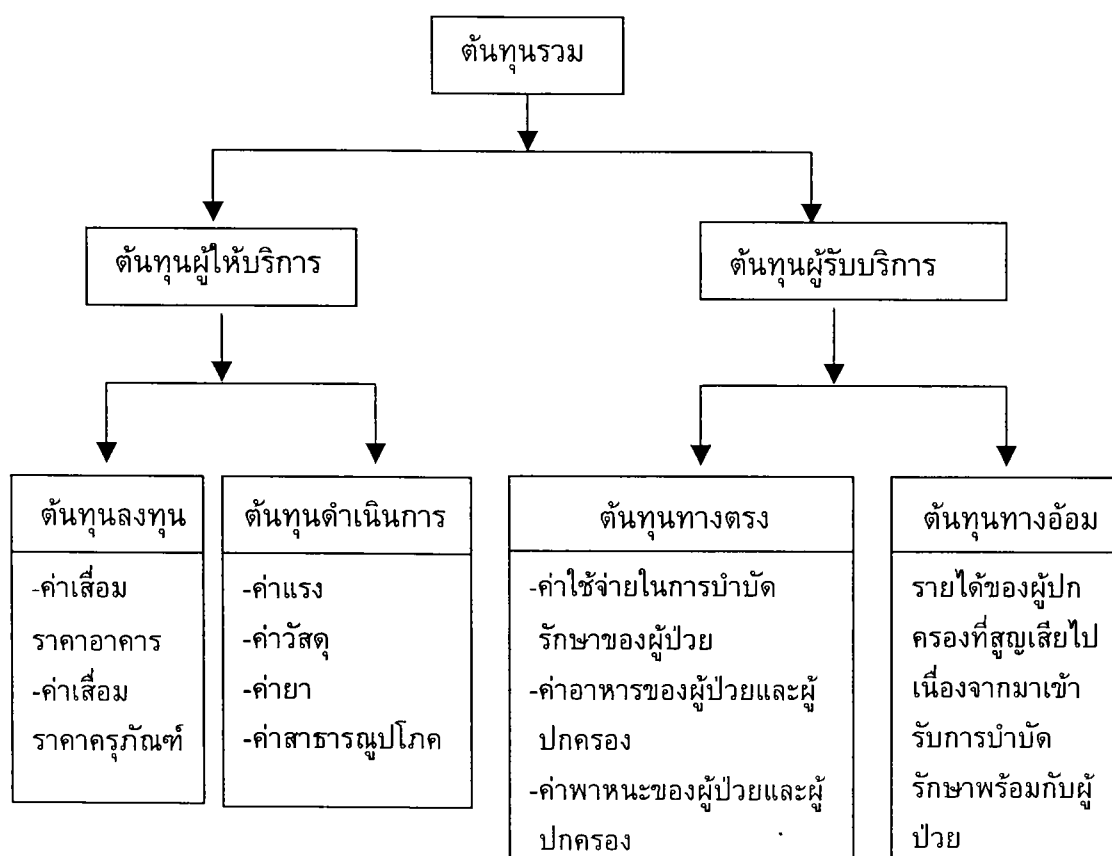
ค่ายา หมายถึง ค่าใช้จ่ายในการซื้อยามาให้บริการผู้รับบำบัดรักษา ในงานวิจัยนี้มีต้นทุนในด้านค่ายา เช่น น้ำยาตรวจปัสสาวะ ยาเมธาโดน ยารักษาตามอาการเช่น ยาแก้ปวด ยาแก้ไอ

4.3.3 ต้นทุนที่จัดกลุ่มโดยใช้เกณฑ์ “การดำเนินงาน” แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

4.3.3.1 ต้นทุนทางตรง (Direct cost) เป็นตัวเงินค่าใช้จ่ายโดยตรงที่เกิดขึ้นกับการดำเนินงานนั้นๆ ทั้งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และผู้ปกครองหรือญาติ

4.3.3.2 ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) เป็นค่าใช้จ่ายที่มีได้เกิดจากสิ่งที่ใช้ไปในการดำเนินงานนั้นๆ หรืออาจเรียกว่า ค่าเสียโอกาส โดยในงานวิจัยครั้งนี้จะคิดค่าเสียโอกาสเฉพาะผู้ปกครองหรือญาติที่จะต้องมาเข้ารับการบำบัดรักษาพร้อมผู้ป่วยเท่านั้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้จัดแบ่งต้นทุนโดยใช้เกณฑ์ของผู้รับภาระต้นทุนก่อนในขั้นต่อมา ได้ใช้เกณฑ์ประเภทของค่าใช้จ่ายสำหรับต้นทุนที่เกิดขึ้นภายใน และเกณฑ์การดำเนินงานสำหรับต้นทุนที่เกิดขึ้นภายนอก ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 การจัดกลุ่มต้นทุน

4.4 ลักษณะของต้นทุน

โดยทั่วไปการคำนวณต้นทุนในทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ จะจำแนกต้นทุนตามความสัมพันธ์กับผลผลิต โดยจำแนกต้นทุนออกเป็นดังนี้

4.4.1 ต้นทุนคงที่ (Fixed cost) หมายถึง ต้นทุนส่วนที่ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนการผลิต ได้แก่ ค่าเสื่อมราคา และค่าเสียโอกาสในการนำทรัพยากรส่วนหนึ่งมาลงทุนในโครงสร้างที่มีลักษณะการใช้งานในระยะยาว เช่น ต้นทุนตึกอาคาร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องตรวจปัสสาวะ

4.4.2 ต้นทุนกึ่งคงที่ (Semi fixed cost) หมายถึง ต้นทุนส่วนที่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนผลผลิตโดยตรง แต่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนผลผลิตได้ ได้แก่ รายจ่ายที่จ่ายให้กับเจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา โดยจะครอบคลุมถึงค่าสวัสดิการต่างๆ ที่จ่ายให้ในรูปของตัวเงิน ไม่ว่าจะเป็นเงินช่วยเหลือบุตร เงินค่าเล่าเรียนบุตร ค่าสวัสดิการรักษาพยาบาล

4.4.3 ต้นทุนเปลี่ยนแปลง (Variable cost) หมายถึง ต้นทุนส่วนที่ผันแปรตามจำนวนผลผลิต คือ เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามจำนวนผลผลิตที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ ค่าวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในสำนักงาน ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทุกประเภทในช่วงเวลาที่ศึกษา เช่น วัสดุสำนักงาน งานบ้าน งานครัว ยา เวชภัณฑ์ อาหาร วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ งานช่าง น้ำมันเชื้อเพลิง ค่าซ่อมบำรุง ค่าสาธารณูปโภคต่างๆ

4.4.4 ต้นทุนทั้งหมด (Total cost) หมายถึงต้นทุนรวม ทั้งต้นทุนคงที่ กึ่งคงที่ และต้นทุนเปลี่ยนแปลง ต้นทุนทั้งหมดจะเพิ่มขึ้นเมื่อผลผลิตเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเพิ่มจะไม่คงเดิม คือจะเพิ่มขึ้นช้าในตอนแรกๆที่เพิ่มผลผลิต เพราะเกิดการประหยัด

4.4.5 ต้นทุนเฉลี่ย (Average cost) หมายถึงต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อผลผลิต 1 หน่วย คือนำเอาต้นทุนทั้งหมดหารด้วยจำนวนหน่วยผลิต ต้นทุนเฉลี่ยจะลดลงในตอนแรกและจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผลผลิตเกิดระดับหนึ่ง

$$ATC = TC / Q$$

เมื่อ	ATC	=	ต้นทุนเฉลี่ย
	TC	=	ต้นทุนทั้งหมด
	Q	=	จำนวนผลผลิต

4.4.6 ต้นทุนหน่วยสุดท้าย (Marginal cost) หมายถึงต้นทุนส่วนที่เพิ่มขึ้น เมื่อผลิตเพิ่มขึ้น 1 หน่วย วิธีการคิดคือ การนำเอาต้นทุนทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นหารด้วยผลผลิตที่เพิ่มขึ้น ต้นทุนหน่วยสุดท้ายจะลดลง และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเมื่อผลผลิตเพิ่มขึ้นจนถึงระดับหนึ่ง

$$MC = \Delta TC / \Delta Q$$

เมื่อ	MC	=	ต้นทุนหน่วยสุดท้าย
	ΔTC	=	ต้นทุนทั้งหมดที่เพิ่มขึ้น
	ΔQ	=	จำนวนผลผลิตที่เพิ่มขึ้น

4.5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนในเวลาที่ต่างกัน

ต้นทุนที่ต้องการวิเคราะห์/เปรียบเทียบกันนั้นเป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ต่างกัน ซึ่งปัจจัยแวดล้อมต่างๆ เปลี่ยนไปเช่น ราคาปัจจัยการผลิตในงวดเวลาที่ประเมินต้นทุนนั้นไม่ใช่เวลาเดียวกัน ภาวะค่าของเงินเปลี่ยนในแต่ละปี การประเมินต้นทุนที่ใช้ราคาตลาดเป็นหลัก จำเป็นต้องปรับให้ต้นทุนเป็นราคาฐานเดียวกัน จึงจะทำให้ผลเปรียบเทียบแสดงความแตกต่างของต้นทุนที่แท้จริง โดยมีวิธีการปรับมูลค่าต้นทุน 2 วิธี (สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2534 : 152 – 155)

4.5.1 วิธีปรับมูลค่าต้นทุนปีต่างๆ ให้เป็นมูลค่าในปีฐาน (Constant) โดยการใช้ดัชนีราคา (Price index) ของแต่ละปีปรับมูลค่าต้นทุนซึ่งประเมินตามราคาตลาดของแต่ละปีนั้น ให้เป็นราคาคงที่ในปีฐาน (Constant Price) โดยเอามูลค่าต้นทุนแต่ละปีหารด้วยดัชนีราคา

$$Cb_i = Cm_i / P_i$$

เมื่อ	Cb_i	=	มูลค่าต้นทุนปีที่ i ตามราคาคงที่ในปีฐาน
	Cm_i	=	ต้นทุนปีที่ i มูลค่าตามราคาตลาด
	P_i	=	ดัชนีราคาปีที่ i

4.5.2 วิธีปรับมูลค่าของต้นทุนมาเป็นค่าปัจจุบัน (Present value) มูลค่าของเงินจะแตกต่างกันเมื่อระยะเวลาต่างกัน คือ เงินในอดีต 100 บาท จะมีค่าแตกต่างกับเงิน 100 บาทในปัจจุบัน ดังนั้นการเปรียบเทียบต้นทุนตามมูลค่าเงินในอดีต กับต้นทุนตามมูลค่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน หรือการเปรียบเทียบกับต้นทุนตามมูลค่าเงินในอนาคต กับต้นทุนตามมูลค่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จึงจะต้องเทียบมูลค่าต้นทุนนั้นมาเป็นมูลค่าเงินในปัจจุบันก่อน อัตราที่นำมาปรับมูลค่า

ต้นทุนในอดีต หรือในอนาคต มาเป็นค่าปัจจุบันนั้นเรียกว่า อัตราลด ซึ่งโดยทั่วไปมักจะใช้อัตราดอกเบี้ยเป็นอัตราลดเพื่อการเทียบค่าของเงิน

สูตรที่ใช้ในการคำนวณมูลค่าปัจจุบัน

$$C_0 = C_n / (1 + r)^n$$

เมื่อ	C_0	=	ต้นทุนตามมูลค่าในปีปัจจุบัน
	C_n	=	ต้นทุนมูลค่าในปีที่ n (อนาคต)
	r	=	อัตราลด

4.6 การคิดค่าเสื่อมราคา

ค่าเสื่อมราคา หมายถึง มูลค่าของทรัพย์สินที่มีการเสื่อมสภาพ จึงตัดเป็นค่าใช้จ่ายในแต่ละรอบระยะเวลาบัญชีตลอดอายุการใช้งานที่ได้ประมาณไว้ (สุพรรณ อุปกษิต และชัยสิทธิ์ ตราชูธรรม.2535 : 39 – 40)การคิดค่าเสื่อมราคามีทั้งในทางบัญชี และทางเศรษฐศาสตร์

การคิดค่าเสื่อมราคาในทางบัญชีที่นิยมใช้มากที่สุดคือการคิดตามวิธีเส้นตรง (Straight – line method)เป็นวิธีที่กระจายค่าเสื่อมราคาทั้งหมดให้กับปีบัญชีอย่างเท่าๆ กันตลอดอายุการใช้งานของสินทรัพย์ เว้นแต่จะมีการปรับปรุงค่าเสื่อมราคาของปีนั้นเนื่องจากการดำเนินงานต่างไปจากปกติ (วิวัฒน์ พัฒนพูนสิน. 2539 : 293 – 296) โดยมีวิธีคิดดังนี้

$$D = \frac{C - S}{n}$$

เมื่อ	D	=	ค่าเสื่อมราคาต่อปี
	C	=	ราคาทุน
	S	=	ราคาซาก
	n	=	อายุการใช้งานโดยประมาณการ

4.7 การวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้บริหาร

การวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้บริหารนั้น ไม่ยุ่งยากหลายขั้นตอนเหมือนกับการวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้บริหารนั้น การเก็บข้อมูลย้อนหลังทำได้ยากเพราะมักจะไม่มีระบบบันทึกไว้อย่างเป็นทางการ จึงมักจะต้องทำโดยการสำรวจข้อมูลปฐมภูมิ วิธีการอาจใช้วิธีการเก็บข้อมูลครั้งเดียว หรือติดตามเก็บข้อมูลหลายครั้งก็ได้ อาจใช้การสัมภาษณ์โดยอาศัยแบบสอบถาม ใช้การสังเกต หรือใช้การเข้าไปมีส่วนร่วม

ก็ได้ ข้อควรตระหนักในการวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการก็คือ ความแตกต่างของต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการแต่ละคน เช่น บางคนไม่มีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการหรือน้อยมาก แต่บางคนต้นทุนสูงมาก ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สูงมากทำให้ค่าเฉลี่ยของต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการมีความหมายน้อย นอกจากนั้นการกระจายของต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการก็อาจไม่ใช้การกระจายในลักษณะปกติ (Normal curve) ดังนั้นการใช้สถิติในการวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ จึงต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษและควรที่จะวิเคราะห์ในหลายๆ แบบให้เห็นความหลากหลาย นอกจากนั้นควรต้องระวังในเรื่องของการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วย (สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล. 2534 : 159) ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดให้ผู้รับบริการ คือผู้ที่มาเข้ารับการรักษาเป็นผู้ติดเชื้อยาบ้าเพียงชนิดเดียว และมีที่อยู่ปัจจุบันตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล เพื่อลดค่าความแปรปรวนในการหาค่าใช้จ่าย ที่ใช้ในการบำบัดรักษา

5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิผล

ความหมายของการวิเคราะห์ประสิทธิผล

พิตร ทองชั้น (2541 : 93 – 94) กล่าวว่า การหาประสิทธิผลแตกต่างจากการหาประสิทธิภาพ เนื่องจากประสิทธิภาพนั้นมองผลตอบแทนในรูปของตัวเงิน แต่โครงการที่เกี่ยวข้องกับบริการสังคม การศึกษา สาธารณสุข การจะวัดผลคุณภาพต่างๆ ของสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความสุนทรีย์ของชีวิต ยากที่จะกำหนดเป็นมาตราเงิน ค่าตอบแทนที่หาจึงมักใช้การหาประสิทธิผล โดยนำผลได้มาเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ว่าบรรลุเป้าหมายได้มากน้อยอย่างไร

อุทัย หิรัญโต (2525 : 120 – 124) กล่าวว่า ประสิทธิผล มีความหมายใกล้เคียงกับประสิทธิภาพ จนบางครั้งดูว่ามีความหมายเหมือนกัน แต่ถ้าพิจารณาอย่างลึกซึ้งแล้วมีความหมายต่างกัน ประสิทธิภาพนั้นหมายถึงผลสำเร็จของโครงการที่บรรลุถึงเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยไม่ได้มองเรื่องของกำไร - ขาดทุน ส่วนประสิทธิภาพจะมองผลสำเร็จในเรื่องของกำไร - ขาดทุน ซึ่งในโครงการของรัฐบาล ไม่ได้มุ่งกอบโกยกำไร โครงการบางอย่างแม้จะขาดทุนรัฐบาลก็ต้องทำ ถ้าหากว่าทำแล้วช่วยเหลือประชาชนส่วนรวมไม่ให้เกิดความเดือดร้อน

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534 : 173) กล่าวว่า ในการวิเคราะห์ด้านประสิทธิผล (Effectiveness) คือการประเมินความสำเร็จของงาน/โครงการเทียบกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ก่อน โดยเป็นการประเมินที่ใช้เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของโครงการ เป็นเกณฑ์ประเมินชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงาน การพิจารณาชี้วัดความสำเร็จของโครงการต่างๆ เพียงลำพังโดยไม่พิจารณา รวมไปถึงระดับของวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้นย่อมจะไม่มีมีความหมายมากนัก

ไกรยุทธ ชีรตยาคีนันท์ (2533 : 65) ให้ความหมายของการวิเคราะห์ประสิทธิผลว่า หมายถึง การประเมินขีดความสำเร็จของโครงการเทียบกับวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ก่อนการดำเนินโครงการ

ในงานวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ประสิทธิผล คือ ผู้ติดตามที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับมาติดซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน ตรวจสอบได้จากผลการตรวจปัสสาวะ และการไต่ถามอาการของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ จากบทความในวารสารฟ้าใส กล่าวว่าการตรวจปัสสาวะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยควบคุมการใช้น้ำ และ เป็นประโยชน์มากที่จะช่วยไม่ให้กลับไปใช้น้ำซ้ำ โดยหลักในการตรวจเป็นเพียงแค่การควบคุมพฤติกรรมในกระบวนการเลิกยา ไม่ใช่ตรวจเพื่อจับผิดว่าผู้ป่วยไม่ซื่อสัตย์ (“การตรวจปัสสาวะ.” 2544 : 23)

6. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิผล

ความหมายของการวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิผล

เวสบอร์ด. (Weisbrod. 1983 : 57) กล่าวว่า การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิผล เป็นการเปรียบเทียบต้นทุน (Cost) กับผลที่ได้ออกมา (Output) โดยเป็นการเปรียบเทียบต้นทุนจากหลายๆ ทางเลือก แต่มีผลได้ที่มีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่เป็นไปในทำนองเดียวกัน (Same output) และผลที่ได้นั้นไม่สามารถหาได้ในรูปตัวเงินที่ชัดเจน เช่น การมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

บิคแมน และ ร็อก. (Bickman & Rog. 1998 : 286 - 287) ได้ให้ความหมายของคำว่า ต้นทุน – ประสิทธิผลว่า เป็นวิธีหนึ่งในการวัด และวิเคราะห์โครงการซึ่งมีหลายทางเลือก แต่มีจุดหมายเดียวกัน โดยเป็นการเปรียบเทียบต้นทุน (Cost) และ ผลได้ที่ตามมา (Outcome) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการเลือกโครงการ หรือกิจกรรมโดยเฉพาะในโครงการที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางสังคมที่ไม่สามารถวิเคราะห์ผลได้ออกมาในรูปของตัวเงิน เช่น ต้นทุนต่อการยืดอายุของผู้ป่วย ต้นทุนต่อการป้องกันการติดยาเสพติด

ดรัมมอนด์ และคณะ. (Drummond and others. 1997 : 96) กล่าวว่า การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิผล เป็นรูปแบบหนึ่งในการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ ที่จะต้องวิเคราะห์ให้ครบทั้ง 2 ด้านคือ ด้านต้นทุน (Cost) และผลได้ที่ตามมา (Consequence) โดยผลได้ที่ตามมานั้นต้องบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เยาเวเรศ ทับพันธุ์ (2541 : 156) ได้กล่าวว่า การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิผล เป็นการวิเคราะห์ต้นทุน และผลที่ได้ออกมา โดยผลที่ได้นั้น ต่างก็มีเป้าหมายร่วมกัน (Single common effect) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการช่วยตัดสินใจ เนื่องจากเราไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงเพราะว่าวิธีนั้นให้ต้นทุนต่ำที่สุด เพราะต้นทุนที่สูงอาจมีผลที่ได้ออกมา หรือประสิทธิผลที่สูงด้วยเช่นกัน

วีระพล สุวรรณนันต์ (2524 : 68) ได้กล่าวถึงการหาต้นทุน – ประสิทธิภาพว่า ในการพิจารณาโครงการถ้านำเฉพาะประสิทธิผลมาพิจารณา อาจมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย หรือต้นทุน เพราะงานบางอย่างให้ประสิทธิผลสูง แต่ก็เสียค่าใช้จ่ายสูง งานอีกอย่างแม้จะได้ประสิทธิผล แต่ก็เสียค่าใช้จ่ายต่ำด้วยเช่นกัน ในกรณีเหล่านี้ทั้งค่าใช้จ่าย และประสิทธิผลควรนำมาพิจารณาพร้อมๆ กัน

สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534 : 12 – 13) ได้กล่าวว่าการวิเคราะห์ทางด้านเศรษฐศาสตร์ เป็นการจำแนกแยกแยะ โดยมีจุดหมายเพื่อทำความเข้าใจระบบบริการ องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ระหว่างจุดมุ่งหมายสิ่งที่เข้าไป (Input) กับผลผลิตหรือสิ่งที่ได้ออกมา (Output/Outcome) ของกิจกรรมหรือระบบบริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดว่า ควรจะปรับปรุง เปลี่ยนแปลง กิจกรรมหรือการจัดบริการที่ไหน อย่างไร เพื่อเป็นการลดต้นทุน ปรับปรุงคุณภาพ เพิ่มประสิทธิภาพ เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายของการสาธารณสุขได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งแตกต่างกับการประเมินผล ที่เป็นกระบวนการของการตัดสินใจเกี่ยวกับผลประโยชน์ และ/หรือความสำคัญ และ/หรือความเหมาะสมของกิจกรรมหรือโครงการ โดยการตัดสินใจนี้จะเป็นการทำเพื่อตัดสินใจในทางเลือกหลายทาง ว่าเป็นที่ต้องการแตกต่างกันอย่างไร

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิภาพ เป็นการวิเคราะห์ เปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ใส่เข้าไป กับผลได้ที่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งผลที่ได้ออกมานั้นไม่สามารถตีค่าออกมาในรูปของตัวเงินได้ชัดเจน ส่วนใหญ่จะเป็นโครงการของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับสังคม โดยไม่ได้ทำเพื่อหวังผลกำไร เช่น การเพิ่มคุณภาพชีวิต การยืดอายุของผู้ป่วย การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของกิจกรรมหรือโครงการนั้นให้ดียิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ ต้นทุน – ประสิทธิภาพ มีวิธีการคิดดังนี้

$$\text{ต้นทุน - ประสิทธิภาพ} = \frac{\text{ต้นทุน}}{\text{ประสิทธิผลในการบำบัดรักษาผู้ติดยา}}$$

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยขอเสนอโดยแบ่งเป็น 1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของต้นทุน และ 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของต้นทุน – ประสิทธิภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของต้นทุน

เพ็ญศรี สุโรจน์ (2538) ทำการศึกษาต้นทุนในการรักษาโรคไข้เลือดออก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีกลุ่มประชากร 70 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเด็ก โดยจำแนกต้นทุนของผู้ให้บริการเป็น ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม ดังนี้ ต้นทุนทางตรงของผู้ให้บริการ จำแนกเป็น ต้นทุนค่าแรงงาน ค่าวัสดุ ค่าเครื่องมือ ค่าอาคารสถานที่ ค่าสาธารณูปโภค และค่าควบคุมมาตรฐานของเครื่องมือ ส่วนต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ได้จำแนกเหมือนต้นทุนทางตรง ยกเว้นต้นทุนการควบคุมมาตรฐานของเครื่องมือ ต้นทุนของผู้รับบริการ จำแนกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นค่ายานพาหนะ ค่าอาหาร ค่าเครื่องดื่ม ค่าของเล่นเด็ก ค่าเสียโอกาสของผู้ปกครอง อีกส่วนหนึ่งเป็นค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าห้องพักที่ได้จ่ายโรงพยาบาล พบว่า ต้นทุนรวมเฉลี่ยของผู้ให้บริการต่อผู้ป่วย 1 ราย เท่ากับ 1,650.34 บาท ต้นทุนรวมเฉลี่ยของผู้รับบริการ เท่ากับ 3,367.49 บาท

นฤมล สิงห์ดัง (2539) ได้ทำการศึกษาต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต ในมุมมองของผู้ให้บริการได้เก็บข้อมูลต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ในช่วงเดือน มกราคม ถึง กันยายน 2539 และใช้การจัดสรรต้นทุนแบบสมการเส้นตรง พบว่าต้นทุนต่อครั้งของการตรวจรักษาผู้ป่วย เป็น 1,069.89 บาท การเอกซเรย์ปอดเป็น 253.7 บาท การตรวจเสมหะเป็น 157.37 บาท และการจ่ายยาเป็น 180.84 บาท โดยมีต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีการดำเนินโรคตามปกติเป็น 12,498.30 บาท ผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเอชไอวี เป็น 15,615.46 บาท ผู้ป่วยวัณโรคที่กลับมาเป็นซ้ำ เป็น 16,2536.50 บาท อัตราส่วนต้นทุนค่าวัสดุ ต่อค่าลงทุน ต่อค่าแรง เป็น 1 : 2.52 : 3.09

สรัญญา ลิ้มสายพรหม (2543) ได้ทำการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการงานห้องคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปีงบประมาณ 2541 ได้ทำการแบ่งต้นทุนของหน่วยบริการเป็นต้นทุนลงทุน และต้นทุนดำเนินการ ต้นทุนลงทุน ประกอบด้วย ค่าที่ดิน ค่าสิ่งก่อสร้าง ค่าครุภัณฑ์ ค่าวัสดุที่เตรียมไว้ ส่วนต้นทุนดำเนินการ แบ่งเป็นค่าดำเนินการพื้นฐาน ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ค่าสาธารณูปโภค และค่าดำเนินการแปรผัน ประกอบด้วย ค่าวัสดุ ค่าใช้อื่นๆ พบว่า ห้องคลอดมีต้นทุนรวมเป็นเงิน 5,183,742.46 บาท ส่วนมากเป็นเงินค่าดำเนินการพื้นฐาน คิดเป็น ร้อยละ 77.49 รองลงมาเป็นค่าลงทุน และค่าดำเนินการแปรผัน คิดเป็น ร้อยละ 14.29 และร้อยละ 8.22 ตามลำดับ

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของต้นทุน - ประสิทธิภาพ

อรณีย์ วรรณสุคำ (2536) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนของการผ่าตัดรักษาด้วยแสงคาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์เปรียบเทียบกับ การผ่าตัดรักษาด้วยวิธีธรรมดา : กรณีศึกษาการผ่าตัดรักษาริดสีดวงทวาร ได้แบ่งต้นทุนออกเป็น ต้นทุนภายในองค์กร และภายนอกองค์กร โดยต้นทุนภายในองค์กรแบ่งเป็น ต้นทุนลงทุน ได้แก่ ต้นทุนค่าเสื่อมราคา อาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์การแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน และต้นทุนดำเนินการ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่ายา ต้นทุนค่าสาธารณูปโภค ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ต้นทุนที่เกี่ยวกับการแพทย์ ส่วนต้นทุนภายนอกองค์กรแบ่งเป็น ต้นทุนที่เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่ ค่าผ่าตัด ค่าเอกซเรย์ปอด ค่าตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า ค่าให้ยาระงับความรู้สึก ค่าตรวจชันสูตร ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจโรคฉี่หนู และค่ายา ต้นทุนที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาผ่าตัดของผู้ป่วย รายได้ที่ยูเสียเนื่องมาจากการมาผ่าตัดของผู้ป่วย ค่าอาหารของญาติในการเดินทางมาอยู่กับผู้ป่วย รายได้ของญาติที่ยูเสียเนื่องจากการมาอยู่กับผู้ป่วย ค่าของเยี่ยมที่ญาตินำมาเยี่ยมผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการให้ผู้อื่นเลี้ยงดูบุตร มีสูตรในการคำนวณหาต้นทุน - ประสิทธิภาพ ดังนี้

$$\text{ต้นทุน - ประสิทธิภาพ} = \frac{\text{ต้นทุนการผ่าตัดรักษาริดสีดวงทวารเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน}}{\text{สัดส่วนของผู้ป่วยที่หายจากการผ่าตัด โดยไม่โรคแทรกซ้อน}}$$

พบว่าต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ของการผ่าตัดรักษาด้วยแสงคาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์ เท่ากับ 5,129.83 บาท ซึ่งมีมูลค่าสูงกว่าต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ของการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีธรรมดา โดยมีต้นทุนรวมเท่ากับ 4,587.84 บาท

ฉวีวรรณ กิตติศักดิ์สุนทร (2536) ศึกษาการวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุน - ประสิทธิภาพการวินิจฉัยโรคมาลาเรียชนิด พี.ฟัลซิพารัม ด้วยวิธีตรวจฟิล์มโลหิตชนิดหนา (TBF) อีไลซ่า (ELISA) และคิวบิซี (QBC) ได้แบ่งต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเป็นทางตรงและทางอ้อม ต้นทุนทางตรงที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ได้แก่ ต้นทุนในการตรวจโลหิต ค่าแรงงาน ค่าวัสดุเคมีภัณฑ์ ค่าเสื่อมราคาอุปกรณ์และครุภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภค ต้นทุนทางอ้อมของผู้ให้บริการ ได้แก่ ค่ายารักษามาลาเรียที่สูญเสียไป ค่าตรวจโลหิตตามนัด ค่าตรวจโลหิตเพื่อหาเชื้อมาลาเรียใหม่ ส่วนต้นทุนทางตรงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ คือ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการตรวจโลหิตตามนัด ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติเพื่อตรวจหาเชื้อมาลาเรียใหม่ ต้นทุนทางอ้อมของผู้รับบริการ คือ ค่าเสียโอกาสที่หยุดพักรักษามาลาเรีย และค่าเสียโอกาสที่ควรได้รับการรักษามาลาเรีย โดยมีสูตรในการคำนวณหาต้นทุน - ประสิทธิภาพ ดังนี้

$$\text{ต้นทุน - ประสิทธิผลรวมเชื้อทุกชนิด} = \frac{\text{ต้นทุนรวม}}{\text{ประสิทธิผลรวมเชื้อทุกชนิด}}$$

$$\text{ต้นทุน - ประสิทธิภาพต่อเชื้อพี.ฟัลซิพารัม} = \frac{\text{ต้นทุนรวม}}{\text{ประสิทธิผลต่อเชื้อพี.ฟัลซิพารัม}}$$

พบว่าในการศึกษาต้นทุน - ประสิทธิภาพ วิธีตรวจฟิล์มโลหิตชนิดหนา มีต้นทุนต่ออัตราประสิทธิผลการพบเชื้อมาลาเรียรวมทุกชนิดต่ำสุด เท่ากับ 129.63 บาท วิธีคิวบิซี และวิธีอีไลซ่ามีต้นทุนต่ออัตราประสิทธิผลสูงขึ้นตามลำดับ คือ 780.18 บาท และ 1,052.63 บาท

อุทัย ม่วงศรีเมืองดี (2537) ได้ทำการวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพของการใช้ยา Zidovudine ในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ได้แบ่งจำนวนประชากรออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มศึกษา หรือกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาจำนวน 66 ราย และกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยตัวยาจำนวน 44 ราย ได้แบ่งต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการเป็นต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ และไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์ ส่วนต้นทุนของผู้รับภาระได้แบ่งเป็น ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม โดยต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ได้แก่ ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เงินเดือนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย ต้นทุนที่ไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์ได้แก่ ค่าสาธารณูปโภค เงินเดือนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสนับสนุน ค่าวัสดุอุปกรณ์ใช้งานทั่วไป ต้นทุนทางตรงได้แก่ ค่ายาที่ผู้ป่วยจ่ายเอง ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าอาหารผู้ป่วย ค่าเดินทางของผู้ป่วย ต้นทุนทางอ้อมได้แก่ ค่าอาหารญาติผู้ป่วย ค่าเดินทางของญาติผู้ป่วย ค่าเสียโอกาสการทำงานของผู้ป่วยและญาติ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ โดยมีสูตรในการคำนวณหาต้นทุน - ประสิทธิภาพของการใช้ยา Zidovudine ดังนี้

$$\text{ต้นทุนต่อประสิทธิผล} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด}}{\text{ประสิทธิผลในการรักษาพยาบาล}}$$

พบว่าต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยาในระยะเวลา 1 ปี เท่ากับ 111,729.52 บาท ในส่วนของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา Zidovudine นั้น ต้นทุนในการรักษา เท่ากับ 52,105.37 บาทต่อปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยา Zidovudine แล้วต่ำกว่า 2.19 เท่า

ฉวีวรรณ ทิมา (2536) ทำการศึกษาต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาไข้มาลาเรียในสถานอนามัย มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบการจัดบริการของสถานอนามัยที่มีกล้องจุลทรรศน์ในการตรวจหาเชื้อ กับสถานอนามัยที่ไม่มีกล้องจุลทรรศน์ โดยศึกษาต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ต้นทุนผู้ให้บริการได้จัดแบ่งไว้ 3 ด้าน คือ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ส่วนต้นทุนของผู้รับบริการ ศึกษาต้นทุนทางตรง และค่าเสียโอกาสในการมาเข้ารับการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อ 1 ราย ของรูปแบบการบำบัดรักษาในสถานอนามัยที่มีกล้องจุลทรรศน์ ต่ำกว่ารูปแบบการบำบัดในสถานอนามัยที่ไม่มีกล้องจุลทรรศน์ มีต้นทุนเท่ากับ 1,209 บาท และ 1,657 บาท ตามลำดับ โดยต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการในสถานอนามัยที่มีกล้องจุลทรรศน์ จะสูงกว่า สถานอนามัยที่ไม่มีกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นต้นทุนทางตรงของค่าลงทุนเกี่ยวกับครุภัณฑ์กล้องจุลทรรศน์ และครุภัณฑ์สำนักงาน แต่ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการในสถานอนามัยที่ไม่มีกล้องจุลทรรศน์ สูงกว่าต้นทุนของผู้รับบริการในสถานอนามัยที่มีกล้องจุลทรรศน์ เนื่องจากการรับบริการที่สถานอนามัยที่ไม่มีกล้องจุลทรรศน์มีค่าเสียโอกาสที่เกิดจากการหยุดงานเพื่อรอรับยารักษาชั้นหายขาดเป็นเวลา 7 วัน ในการคำนวณหาต้นทุน – ประสิทธิภาพมีวิธีคิดดังนี้

$$\text{ต้นทุนต่อผู้รับบริการ 1 ราย} = \frac{\text{ต้นทุนรวม}}{\text{จำนวนผู้รับบริการ}}$$

$$\text{ต้นทุนต่อผู้ป่วยพบเชื้อ 1 ราย} = \frac{\text{ต้นทุนรวม}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ}}$$

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน และเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในกับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการรักษาในสถานยาเสพติดธัญญารักษ์ โดยศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ (Quantitative method) เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิภาพ (Cost – effectiveness analysis) ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยต้นทุนผู้ให้บริการ ได้แก่ กลุ่มงานในชั้นเตรียมการ กลุ่มงานรังสี กลุ่มงานพยาธิวิทยา องค์กรแพทย์ กลุ่มงานบำบัดด้วยยา กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์และติดตามผลการรักษา กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานโภชนาการ และกลุ่มงานซักฟอก ของสถานยาเสพติดธัญญารักษ์

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ได้แก่ ผู้ติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเกณฑ์การประเมิน ในช่วงตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546 โดยเป็นผู้ที่มีที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ประกอบด้วยผู้ป่วยในจำนวน 13 คน และผู้ป่วยนอกจำนวน 4 คน

กรอบเวลาในการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ผู้วิจัยแบ่งระยะเวลาการวิจัยดังนี้

1. ต้นทุนผู้ให้บริการ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ผู้วิจัยได้ทำการศึกษตั้งแต่เดือนมีนาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546
2. ต้นทุนผู้รับบริการ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาย้อนหลังไปตั้งแต่ผู้ติดยาบ้าเริ่มเข้ามารับการบำบัดรักษาในชั้นเตรียมการ จนกระทั่งอยู่ในขั้นติดตามผล 3 เดือน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาต้นทุน - ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

1. ต้นทุนผู้ให้บริการ ประกอบด้วยต้นทุนลงทุน ได้แก่ ต้นทุนค่าอาคาร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน ครุภัณฑ์งานบ้านงานครัว ต้นทุนดำเนินการ ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่ายา และค่าสาธารณูปโภค

2. ต้นทุนผู้รับบริการ ประกอบด้วยต้นทุนทางตรง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดของผู้ป่วย ค่าเดินทางของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ค่าอาหารของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ต้นทุนทางอ้อม ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครองที่สูญเสียไปเนื่องจากมาเข้ารับการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย

3. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา คือ จำนวนผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับไปติดซ้ำอีกในระยะเวลา 3 เดือน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมข้อมูล กำหนดขอบเขต เนื้อหา ในการสร้างเครื่องมือให้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด

2. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย หลังจากที่ได้ศึกษาค้นคว้า โดยแบ่งเป็น 1. แบบสำรวจต้นทุน ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ของสถาบันยาเสพติดติดยากรรม และแบบสำรวจจำนวนผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ 2. แบบสอบถาม ค่าใช้จ่ายของผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดความชัดเจน และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสำรวจและแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย

1. แบบสำรวจค่าใช้จ่ายของสถาบันยาเสพติดติดยากรรม สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาต้นทุนของสถาบันยาเสพติดติดยากรรมที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยเป็นการสำรวจข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546

2. แบบสำรวจจำนวนผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ตั้งแต่ วันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546 ทั้งผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และแบบผู้ป่วยนอก

3. แบบสอบถามค่าใช้จ่ายของผู้ติดยาบ้า ที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถาบันยาเสพติดติดยาพิษ ตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546 ทั้งผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยตัวเอง แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) คือที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่งานต่างๆ และสัมภาษณ์ผู้ติดยาบ้า ที่มาเข้ารับการบำบัดรักษา โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และผู้ปกครองในการมาเข้ารับการบำบัดรักษา ณ สถาบันยาเสพติดติดยาพิษ

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) คือข้อมูลจากสถิติรายงานของกลุ่มงานต่างๆ ได้แก่

2.1 ข้อมูลต้นทุนลงทุน ประกอบด้วย

2.1.1 ต้นทุนค่าเสื่อมราคาอาคาร เก็บข้อมูลได้จากฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา ซึ่งอาคารที่ใช้สำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าได้แก่ ตึกอำนวยการ ตึกถอนพิษยา และตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.1.2 ต้นทุนค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ แบ่งเป็นครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และครุภัณฑ์สำนักงานและงานบ้าน - งานครัว เก็บข้อมูลจากฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา และทะเบียนครุภัณฑ์ของแต่ละแผนก เช่น เครื่องตรวจปัสสาวะ เครื่อง x-ray เตียงผู้ป่วย เป็นต้น

2.2 ข้อมูลต้นทุนดำเนินการ ประกอบด้วย

2.2.1 ต้นทุนค่าแรง คือ ค่าตอบแทนของแรงงานแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า เช่น เงินเดือน ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าเช่าบ้าน ค่าล่วงเวลา เก็บข้อมูลได้จากกลุ่มงานนโยบายและแผน

2.2.2 ต้นทุนค่าวัสดุ คือ ค่าวัสดุทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์มีไชยา เช่น ก๊อส สำลี ไม้พันสำลี ฟิล์ม x-ray น้ำยาล้างฟิล์ม x-ray เป็นต้น และค่าวัสดุสำนักงาน และงานบ้าน - งานครัว เช่น ดินสอ กระดาษ เอกสาร ปากกา น้ำยาทำความสะอาด เป็นต้น เก็บข้อมูลจากบัญชีวัสดุแต่ละแผนก

2.2.3 ต้นทุนค่าสาธารณูปโภค คือ ค่าไฟฟ้า และค่าน้ำประปา เก็บข้อมูลจากฝ่ายการเงินและบัญชี และฝ่ายซ่อมบำรุง

2.2.4 ต้นทุนค่ายา คือ ค่าใช้จ่ายของยา หรือสารที่นำเข้าสู่ร่างกาย ทั้งโดยวิธีรับประทาน ฉีด หรือทา เพื่อใช้ในการบำบัดโรค หรือบรรเทาความเจ็บปวด จากการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ทั้งที่เกิดในชั้นถอนพิษยา และ ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพเก็บข้อมูลได้จากงานเภสัชกรรม

ข้อสมมติในการคำนวณต้นทุน

1. ค่ายา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า จะใช้ราคาตลาด (Market price) ของสิ่งนั้นๆ ที่ทางสถาบันยาเสพติดติดยาบ้าทำการจัดซื้อ

2. ค่าเสื่อมราคา ของเครื่องมือครุภัณฑ์ และอาคารสิ่งก่อสร้าง คิดอายุการใช้งาน ตามที่สถาบันยาเสพติดติดยาบ้าได้มีกำหนดไว้ ดังนี้ (สถาบันยาเสพติดติดยาบ้า. ซีดี. 2546)

อาคารถาวร	กำหนดอายุการใช้งาน 30 ปี
ครุภัณฑ์การแพทย์	กำหนดอายุการใช้งาน 5 ปี
ครุภัณฑ์สำนักงาน	กำหนดอายุการใช้งาน 8 ปี
ครุภัณฑ์งานบ้าน งานครัว	กำหนดอายุการใช้งาน 5 ปี

3. ค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ ค่าน้ำประปา และค่าไฟฟ้า คิดตามอาคารที่ใช้ในการบำบัด โดยนำค่าน้ำประปา และค่าไฟฟ้า ทั้งหมดของสถาบันยาเสพติดติดยาบ้าหารด้วย จำนวนอาคารหลัก 22 อาคาร เนื่องจากสถาบันยาเสพติดติดยาบ้าไม่มีมาตรวัดการใช้น้ำประปา และไฟฟ้า แยกตามแต่ละอาคาร

4. ระยะเวลาที่นำมาศึกษาต้นทุนของผู้ให้บริการ เป็นเวลา 12 เดือน คือเดือนมีนาคม 2545 – เดือนกุมภาพันธ์ 2546

5. จำนวนวันของผู้ป่วย หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการบำบัดรักษาในสถาบันยาเสพติดติดยาบ้า กล่าวคือ หากผู้ป่วยเข้ารับบริการ 1 วัน ถือว่าเป็น 1 ครั้ง หรือผู้ป่วยคนเดียวกันเข้ารับบริการ 10 วัน ถือว่าเป็น 10 ครั้ง

การวิเคราะห์ต้นทุน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาต้นทุนของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ ของสถาบันยาเสพติดติดยาบ้า โดยได้พิจารณาถึงต้นทุนผู้ให้บริการ และต้นทุนผู้รับบริการ โดยต้นทุนผู้ให้บริการจะเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนลงทุน และต้นทุนดำเนินการ ทั้งนี้ต้นทุนลงทุนได้กำหนดให้อาคารสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์มีอายุการใช้งานตามเกณฑ์ของสถาบันยาเสพติดติดยาบ้า โดยคิดเฉพาะค่าเสื่อมราคา ไม่ได้รวมค่าเสียโอกาสของต้นทุนลงทุน หรือสินทรัพย์นั้นๆ และไม่นำมูลค่าที่ดินมาคำนวณหาต้นทุนลงทุน ส่วนต้นทุนผู้รับบริการเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม

เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost – effectiveness analysis)

1. วิเคราะห์ต้นทุนผู้ให้บริการ จะทำการวิเคราะห์ทั้งต้นทุนของหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าโดยตรง และหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนโดยตรง มีรายละเอียดดังนี้

หน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาโดยตรง แบ่งออกเป็น 6 หน่วยงาน

1. กลุ่มงานในชั้นเตรียมการ
2. กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ
3. องค์กรแพทย์
4. ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก
5. บำบัดด้วยยา
6. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

หน่วยงานสนับสนุนโดยตรงในการบำบัดรักษา แบ่งออกเป็น 6 หน่วยงาน

1. พยาธิวิทยา
2. งานรังสี
3. สังคมสงเคราะห์
4. จิตวิทยา
5. โภชนาการ
6. งานซักฟอก

1.1 วิเคราะห์ต้นทุนลงทุน ประกอบด้วย ค่าเสื่อมราคาของอาคาร สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ทางการโดยคิดค่าเสื่อมราคาตามวิธีเส้นตรง (Straight – line method) มีวิธีคิดดังนี้

$$D = \frac{C - S}{n}$$

เมื่อ	D	=	ค่าเสื่อมราคาต่อปี
	C	=	ราคาทุน
	S	=	ราคาซาก
	n	=	อายุการใช้งานโดยประมาณการ

1.1.1 ต้นทุนอาคารสิ่งก่อสร้างเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน มีวิธีคิดดังนี้

นำค่าเสื่อมราคาอาคาร ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าใน 12 เดือนหารด้วยจำนวนวันผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการทั้งหมดใน 12 เดือนของอาคารนั้นๆ

ต้นทุนค่าเสื่อมราคาอาคารเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

$$\frac{\text{ค่าเสื่อมราคาของอาคารที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาใน 12 เดือน}}{\text{จำนวนวันผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมดใน 12 เดือน}}$$

วิธีการคิดต้นทุนอาคารสิ่งก่อสร้างข้างต้น เป็นการคิดค่าเสื่อมราคาของอาคารที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า แบบผู้ป่วยใน ยกเว้นการคิดต้นทุนของตึกอำนวยการ จะเป็นการคิดค่าเสื่อมราคาอาคารตามสัดส่วนการใช้พื้นที่ของแต่ละกลุ่มงาน (ตึกอำนวยการมีหลายกลุ่มงานนอกเหนือจากกลุ่มงานที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าอย่างเดียว) แล้วนำมาหารด้วยจำนวนวันผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการของแต่ละกลุ่มงาน

ส่วนการคิดต้นทุนของอาคารสิ่งก่อสร้าง ที่ใช้ในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก จะเป็นการคิดค่าเสื่อมราคาของสัดส่วนการใช้พื้นที่ ตามการคิดต้นทุนของตึกอำนวยการที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากผู้ป่วยนอกมารับการบำบัดรักษาในกลุ่มงานที่อยู่ในตึกอำนวยการเพียงตึกเดียว

1.1.2 ต้นทุนครุภัณฑ์เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน มีวิธีคิดดังนี้

นำผลรวมของค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าใน 12 เดือนหารด้วยจำนวนวันผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการทั้งหมดใน 12 เดือนของแต่ละอาคาร

ต้นทุนค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

$$\frac{\text{ผลรวมค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ใน 12 เดือน}}{\text{จำนวนวันผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมดใน 12 เดือน}}$$

เมื่อได้ต้นทุนลงทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวันแล้ว นำต้นทุนดังกล่าวไปคูณกับจำนวนวันที่เข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละคนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย แล้วหารด้วยจำนวนผู้ป่วย จะได้ต้นทุนลงทุนที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน

1.2 วิธีวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการ ประกอบด้วย

1.2.1 ต้นทุนค่าแรง ได้แก่ เงินเดือน ค่าเล่าเรียนบุตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าล่วงเวลา เป็นต้น

1.2.1.1 การคิดต้นทุนค่าแรงแพทย์ นำค่าแรงรวมของแพทย์ใน 12 เดือนหารด้วยจำนวนแพทย์ คูณ 365 วัน คูณ 7 ชั่วโมง จะได้ต้นทุนค่าแรงแพทย์เฉลี่ยต่อชั่วโมง

ต้นทุนค่าแรงแพทย์เฉลี่ยต่อชั่วโมง

ค่าแรงรวมของแพทย์ใน 12 เดือน

จำนวนแพทย์ x 365 x 7

เมื่อได้ต้นทุนค่าแรงแพทย์เฉลี่ยต่อชั่วโมงแล้ว นำมาคูณด้วยชั่วโมงการปฏิบัติใน 12 เดือนของแพทย์ทั้งหมด หารด้วยจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับบริการการบำบัดรักษา จะได้ต้นทุนค่าแรงแพทย์เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

ต้นทุนค่าแรงแพทย์เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

ต้นทุนค่าแรงแพทย์เฉลี่ยต่อชั่วโมง x ชั่วโมงการปฏิบัติงานรวมของแพทย์ใน 12 เดือน

จำนวนวันผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาเดียวกัน

1.2.1.2 การคิดต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า แบ่งเป็น 1. การคิดต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ในตึก 2. การคิดต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่ประจำอยู่ในกลุ่มงาน

ต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่ประจำอยู่ในตึก มีวิธีคิด คือ นำค่าแรงรวมของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในแต่ละตึก หารด้วย 365 วัน คูณกับจำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของตึกนั้น จะได้ต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยต่อวัน

ต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำตึกเฉลี่ยต่อวัน

ค่าแรงรวมของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในแต่ละตึก

จำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ x 365

เมื่อได้ต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำเตียงเฉลี่ยต่อวันแล้ว นำไปหารกับจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน จะได้ต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน โดยจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันมีวิธีคิด ดังนี้

จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน

$$\frac{\text{จำนวนวันนอนของผู้ป่วยทั้งหมดใน 12 เดือน}}{365 \text{ วัน}}$$

ต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่ประจำอยู่ในกลุ่มงาน มีวิธีคิด คือ นำค่าแรงรวมของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ใน 12 เดือน หารด้วย จำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ คูณ 230 วัน คูณ 7 ชั่วโมง จะได้ต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยต่อชั่วโมง

ต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานเฉลี่ยต่อชั่วโมง

$$\frac{\text{ค่าแรงรวม 12 เดือนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา}}{\text{จำนวนพยาบาลและเจ้าหน้าที่} \times 230 \times 7}$$

เมื่อได้ต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานเฉลี่ยต่อชั่วโมงแล้ว นำไปคูณกับชั่วโมงการปฏิบัติงานใน 12 เดือนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทั้งหมด แล้วหารด้วยจำนวนวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการการบำบัดรักษาใน 12 เดือน จะได้ต้นทุนค่าแรงของพยาบาลและเจ้าหน้าที่เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

ต้นทุนค่าแรงของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

$$\frac{\text{ต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยต่อชั่วโมง} \times \text{ชั่วโมงการปฏิบัติงานใน 12 เดือน}}{\text{จำนวนวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการการบำบัดรักษาใน 12 เดือน}}$$

เวลาทำงานของแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ในตึกใช้ 365 วัน เป็นตัวหารเนื่องจากผู้ป่วยจะต้องอยู่ในสถานบันตลอดระยะเวลาของการบำบัดรักษา จึงจำเป็นต้องมีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำทั้ง 365 วัน เพื่อดูแลผู้ป่วย

ส่วนเวลาทำงานใน 1 ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ในกลุ่มงาน ใช้ 230 วันเป็นตัวหารเนื่องจากปฏิบัติงานตามวัน และเวลาราชการ และผู้ป่วยมารับบริการ เฉพาะวันจันทร์ – ศุกร์ โดย ใน 1 ปี ปฏิบัติงานทั้งหมด 230 วัน และทำงานวันละ 7 ชั่วโมง พัก รับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง (อรทัย วรรณสุคำ : 38 ; อ้างอิงจาก การจัดโครงสร้างส่วนราชการ. 2535.)

ต้นทุนค่าแรงของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานโภชนาการ และกลุ่มงาน ชักฟอก จะกำหนดให้คิดเป็นต้นทุนค่าแรงที่เกิดกับผู้ป่วยในเพียงอย่างเดียว มีวิธีคิดค่าแรงดังนี้

ต้นทุนค่าแรงของเจ้าหน้าที่เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

$$\frac{\text{ค่าแรงรวมของเจ้าหน้าที่ทุกคน ใน 12 เดือน ของแต่ละกลุ่มงาน}}{\text{จำนวนวันผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาเดียวกัน ของแต่ละกลุ่มงาน}}$$

1.2.2 ต้นทุนค่าวัสดุ ประกอบด้วยวัสดุทางแพทย์ เวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุสำนักงาน งานบ้าน จะคิดโดยดูตามการเบิก - จ่ายพัสดุของแต่ละหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษา ผู้ติดยาบ้าในรอบ 12 เดือน โดยใช้ราคาตลาดของวัสดุ ส่วนในตึกบำบัดรักษาผู้ป่วยใน การคิด ต้นทุนค่าวัสดุจะดูตามการเบิกจ่ายของตึกบำบัดนั้นๆ มีวิธีคิด ดังนี้

ต้นทุนค่าวัสดุเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

$$\frac{\text{ค่าใช้จ่ายรวมของวัสดุ ใน 12 เดือน}}{\text{จำนวนวันผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมดใน 12 เดือน}}$$

1.2.3 ต้นทุนค่ายา หมายถึง ค่าใช้จ่ายของยา หรือสารที่นำเข้าสู่ร่างกาย ทั้งโดยวิธีรับประทาน ฉีด หรือทา เพื่อใช้ในการบำบัดโรค หรือบรรเทาความเจ็บปวด จากการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ทั้งที่เกิดในชั้นถอนพิษยา และชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคิดตาม ปริมาณการใช้จริง แล้วนำมาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน โดยราคาตลาดของยา สอบถามจากกลุ่มงานเภสัชกรรม

1.2.4 ต้นทุนค่าน้ำประปา มีวิธีคำนวณต้นทุนเฉลี่ยค่าน้ำประปาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษา 1 คน โดยนำต้นทุนค่าน้ำประปาของสถาบันใน 12 เดือน มาหารอาคารหลัก 22 อาคาร ของสถาบัน จะได้ต้นทุนค่าน้ำประปาของแต่ละอาคาร แล้วนำเฉพาะอาคารที่เกี่ยวข้องในการให้การบำบัดรักษา มาคำนวณหาต้นทุนค่าน้ำประปาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย มีวิธีคิด ดังนี้

ต้นทุนค่าน้ำประปาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

ต้นทุนค่าน้ำประปาของอาคารที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย ใน 12 เดือน

จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการทั้งหมดใน 12 เดือน

ส่วนต้นทุนค่าน้ำประปาของตึกอำนวยการเมื่อคำนวณออกมาแล้ว นำไปหารกับจำนวนชั้นของตึกอำนวยการ (5 ชั้น) จะได้ต้นทุนค่าน้ำประปาของแต่ละชั้น แล้วนำไปหารด้วยจำนวนกลุ่มงานของแต่ละชั้น จะได้ต้นทุนของกลุ่มงาน (เนื่องจากการไม่สะดวกที่จะประเมินต้นทุนค่าน้ำประปาโดยละเอียด เพราะไม่สามารถบันทึกได้ว่าในแต่ละวันกลุ่มงานในใช้น้ำไปกี่ยูนิต) แล้วเลือกเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ทั้งหน่วยงานโดยตรงและหน่วยงานที่สนับสนุนโดยตรง มาคำนวณหาต้นทุนค่าน้ำประปา มีวิธีคิด ดังนี้

ต้นทุนค่าน้ำประปาของแต่ละกลุ่มงานในตึกอำนวยการเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

ต้นทุนค่าน้ำประปาของกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษา ใน 12 เดือน

จำนวนวันผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทั้งหมดในแต่ละกลุ่มงาน ในช่วงเวลาเดียวกัน

1.2.5 ต้นทุนค่าไฟฟ้า มีวิธีคำนวณต้นทุนค่าไฟฟ้าเฉลี่ยต่อผู้เข้ารับการรักษา 1 คน ต่อวัน โดยคำนวณวิธีเดียวกับค่าน้ำประปา (สถาบันยาเสพติดติดยาพิษมีเครื่องวัดมาตรการใช้น้ำประปา และการใช้ไฟฟ้าอย่างละ 1 เครื่อง)

เมื่อได้ต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวันแล้ว นำต้นทุนดังกล่าวไปคูณกับจำนวนวันที่เข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละคนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย แล้วหารด้วยจำนวนผู้ป่วย จะได้ต้นทุนดำเนินการที่ใช้ในการบำบัดรักษาเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน

2. วิธีวิเคราะห์ต้นทุนผู้รับบริการ

2.1 วิธีวิเคราะห์ต้นทุนทางตรงที่เกิดกับผู้รับบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการบำบัดที่ต้องจ่ายให้สถาบันยาเสพติดติดยาพิษ ค่าพาหนะ และค่าอาหาร โดยมีวิธีคิดดังนี้

นำค่าใช้จ่ายทางตรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาสามารถรวมกันจะได้ต้นทุนทางตรงของผู้มารับบริการทั้งหมด แล้วนำมาหารด้วยจำนวนผู้ป่วย จะได้ต้นทุนทางตรงเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน

2.2 วิธีวิเคราะห์ต้นทุนทางอ้อมที่เกิดกับผู้รับบริการ ได้แก่ รายได้ของผู้ปกครองที่ต้องสูญเสียไปเนื่องจากมากับผู้ป่วย โดยนำค่าเสียโอกาสเฉลี่ยต่อวันของผู้ปกครอง คูณด้วยจำนวนวันที่ผู้ปกครองมาเข้ารับการรักษาพร้อมกับผู้ป่วย จะได้ต้นทุนค่าเสียโอกาสในการบำบัดรักษา แล้วนำต้นทุนทางอ้อมของผู้ป่วยมารวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนผู้ป่วย จะได้ต้นทุนทางอ้อมเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน

3. วิธีวิเคราะห์ต้นทุนรวม

คำนวณโดยนำต้นทุนผู้ให้บริการ กับต้นทุนผู้รับบริการ มารวมกัน

การวิเคราะห์ประสิทธิผล

การวิเคราะห์ประสิทธิผล หมายถึง การประเมินชี้วัดความสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดประเภทยาบ้า เทียบกับวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย โดยในงานวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลของการบำบัดรักษา คือ จำนวนผู้ติดยาบ้า ที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับไปติดยาซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน โดยตรวจสอบได้จากผลการตรวจปัสสาวะ และการไต่ถามอาการจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ของสถาบันยาเสพติด ราชัญญารักษ์

การวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิผล

หมายถึง การเปรียบเทียบต้นทุน ต่อหน่วยของเป้าหมาย(ประสิทธิผล)ที่ได้กำหนดไว้ในงานวิจัยนี้ทำการวิเคราะห์ ต้นทุน – ประสิทธิผล ใน 3 ลักษณะ ดังนี้

ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิผล หาโดยวิธี

ต้นทุนผู้ให้บริการที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

จำนวนผู้ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับไปติดยาซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน

ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิผล หาโดยวิธี

ต้นทุนผู้รับบริการที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

จำนวนผู้ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับไปติดยาซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน

ต้นทุนรวม – ประสิทธิภาพ หาโดยวิธี

ต้นทุนรวมที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

จำนวนผู้ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับไปติดยาในระยะเวลา 3 เดือน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. เปรียบเทียบต้นทุนของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2. เปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก การนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย
 - 1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
 - 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการเสพยาบ้าของผู้ป่วย
2. การเปรียบเทียบต้นทุนของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า จำแนกตามกิจกรรมบริการ ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก แบ่งตามประเภทของต้นทุนดังนี้
 - 2.1 ต้นทุนผู้ให้บริการ หรือต้นทุนภายในองค์กร
 - 2.2 ต้นทุนผู้รับบริการ หรือต้นทุนภายนอกองค์กร
 - 2.3 ต้นทุนรวม
3. การเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
 - 3.1 การวิเคราะห์ประสิทธิผล
 - 3.2 ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ
 - 3.3 ต้นทุนผู้รับบริการ - ประสิทธิภาพ
 - 3.4 ต้นทุนรวม – ประสิทธิภาพ

1. คุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้ป่วยที่ติดยาบ้า ซึ่งผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ระหว่างวันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546 โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยใน 13 คน และผู้ป่วยนอก 4 คน

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ตาราง 2 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	หน่วย : คน					
	ผู้ป่วยใน		ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	12	92.37	4	100	16	94.12
หญิง	1	7.63	-	-	1	5.88
รวม	13	100	4	100	17	100
อายุ						
0 – 14	-	-	1	25	1	5.88
15 – 19	2	15.38	2	50	4	23.53
20 – 24	5	38.46	1	25	6	35.29
25 – 29	3	23.08	-	-	3	17.65
30 – 34	2	15.38	-	-	2	11.77
35 – 39	1	7.69	-	-	1	5.88
รวม	13	100	4	100	17	100
สถานภาพ						
โสด	11	84.62	4	100	15	88.23
สมรส	2	15.38	-	-	2	11.77
รวม	13	100	4	100	17	100
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	53.85	-	-	7	41.18
นักเรียน	4	30.77	4	100	8	47.06
รับจ้างทั่วไป	1	7.69	-	-	1	5.88
เจ้าของกิจการ(ค้าขาย)	1	7.69	-	-	1	5.88
รวม	13	100	4	100	17	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	หน่วย : คน					
	ผู้ป่วยใน		ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด						
(ของผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน)						
ประถมศึกษาตอนปลาย	-	0	2	50	2	11.77
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	23.08	2	50	5	29.40
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	7.69	-	-	1	5.88
ระดับการศึกษาสูงสุด (ของ						
ผู้ป่วยที่ไม่เป็นนักเรียน)						
ประถมศึกษาตอนปลาย	2	15.38	-	-	2	11.77
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	30.77	-	-	4	23.53
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	23.08	-	-	3	17.65
รวม	13	100	4	100	17	100
ที่อยู่ปัจจุบัน						
กรุงเทพฯ	9	69.24	2	50	11	64.71
นนทบุรี	-	-	1	25	1	5.88
ปทุมธานี	1	7.69	-	-	1	5.88
สมุทรปราการ	2	15.38	1	25	3	17.65
ฉะเชิงเทรา	-	-	-	-	-	-
นครปฐม	1	7.69	-	-	1	5.88
รวม	13	100	4	100	17	100

จากตาราง 2 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย (92.37) และมีสถานภาพโสด (84.62) ด้านอายุ มีการกระจายอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 15 – 39 ปี โดยช่วงอายุที่มีความถี่ของผู้ป่วยมากที่สุด คือ 20 – 24 ปี มีจำนวน 5 คน (38.46) อายุน้อยสุดอยู่ในช่วง 15 – 19 ปี มีจำนวน 2 คน (15.38) (ผู้ป่วยในมีอายุน้อยสุด 18 ปี) อายุมากที่สุดของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 35 – 39 ปี (7.69) ผู้ป่วยจำนวนกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (53.85) รองลงมาเป็น นักเรียน (30.77) สำหรับระดับการศึกษา ได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน มีจำนวน 4 คน จบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 3 คน (23.08) และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 1 คน (7.69) 2. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เป็นนักเรียน มีจำนวน 9 คน

จบระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (30.77) รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (23.08) กรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่ ผู้ป่วยในอาศัยอยู่มากที่สุด (69.24) รองลงมาจังหวัดสมุทรปราการ (15.38) จังหวัดปทุมธานี (7.69) และจังหวัดนครปฐม (7.69) ตามลำดับ

ส่วนผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยนอกทั้งหมดเป็นเพศชาย มีสถานภาพโสด และเป็นนักเรียน มีอายุน้อยสุดอยู่ในช่วงไม่เกิน 14 ปี (25.00) (ผู้ป่วยนอกมีอายุน้อยสุด 13 ปี) ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 15 – 19 ปี (50.00) ผู้ป่วยจบระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50 เท่ากัน ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (50.00) จังหวัดนนทบุรี (25.00) และจังหวัดสมุทรปราการ (25.00)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการเสพยาบ้าของผู้ป่วย

ตาราง 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และการเสพยาบ้า

ข้อมูล	หน่วย : คน					
	ผู้ป่วยใน		ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ปกครองที่ร่วมการบำบัด						
บิดา	2	15.38	3	75	5	29.41
มารดา	7	53.85	1	25	8	47.06
พี่	3	23.08	-	-	3	17.65
น้อง	1	7.69	-	-	1	5.88
รวม	13	100	4	100	17	100
ปริมาณการเสพยาบ้าต่อวัน						
น้อยกว่า 2 เม็ด	5	38.46	3	75	8	47.06
3 – 5	4	30.77	-	-	4	23.53
6 – 8	3	23.08	1	25	4	23.53
9 เม็ดขึ้นไป	1	7.69	-	-	1	5.88
รวม	13	100	4	100	17	100

จากตาราง 3 พบว่า มารดาของผู้ป่วยในมีส่วนร่วมในการเข้ารับการรักษาพร้อมกับผู้ป่วยมากที่สุด (53.85) รองลงมาเป็นพี่ (23.08) และบิดา (15.38) ปริมาณการเสพยาบ้าของผู้ป่วยอยู่ในช่วงไม่เกิน 2 เม็ด ต่อวัน มีมากที่สุด (38.46) รองลงมาเสพยา 3 – 5 เม็ด ต่อวัน (30.77) ผู้ป่วยที่เสพยาบ้ามากที่สุด มีจำนวน 1 คน (7.69) โดยเสพยาบ้ามากกว่า 9 เม็ด ต่อวัน

และเมื่อคิดค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้า พบว่า มีค่าใช้จ่ายประมาณ วันละ 342.97 บาท ต่อคน (ราคายาบ้าที่ผู้ป่วยในซื้อ มีราคาตั้งแต่ 40 – 120 บาท ต่อเม็ด)

ส่วนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า มีเฉพาะบิดา (75.00) และมารดา (25.00) ที่มาเข้าร่วมการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย ด้านปริมาณการเสพยาบ้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เสพยาบ้าไม่เกิน 2 เม็ด ต่อวัน (75.00) มีปริมาณยาบ้าที่เสพมากที่สุดอยู่ในช่วง 6 – 8 เม็ด ต่อวัน เมื่อคิดค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้า พบว่า มีค่าใช้จ่ายประมาณ วันละ 191.07 บาท ต่อคน (ราคายาบ้าที่ผู้ป่วยนอกซื้อ มีราคาตั้งแต่ 60 – 90 บาท ต่อเม็ด)

ตาราง 4 จำนวนวัน และจำนวนครั้ง ของการบำบัดรักษา

จำนวนวัน/ครั้งของการบำบัดรักษา	ผู้ป่วยใน (วัน)	ผู้ป่วยนอก	
		(วัน)	(ครั้ง)
จำนวนวัน/ครั้ง เฉลี่ย	180.92	116.25	27
จำนวนวัน/ครั้ง ต่ำสุด	125	93	18
จำนวนวัน/ครั้ง สูงสุด	356	144	37

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการบำบัดรักษา โดยผู้ป่วยในมีจำนวนวันที่เข้ารับการบำบัดรักษาตั้งแต่ขั้นเตรียมการ จนถึงขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ เฉลี่ย 180.92 วัน โดยมีจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในสถาบันนานที่สุด 356 วัน (ประมาณ 12 เดือน) และน้อยที่สุด 125 วัน (ประมาณ 4 เดือน) ส่วนผู้ป่วยนอกจะพิจารณา 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือจำนวนครั้งที่มาเข้ารับการบำบัดรักษา มีจำนวนครั้งเฉลี่ย 27 ครั้ง จำนวนครั้งที่มาสูงสุด 37 ครั้ง ส่วนที่ 2 คือ จำนวนวันที่ผู้ป่วยเริ่มมาขอรับการบำบัดรักษาจนผ่านการบำบัดรักษาในขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีจำนวนวันเฉลี่ย 116.25 วัน

เมื่อนำจำนวนวันเฉลี่ยของการบำบัดรักษาไปหารต้นทุนรวมของการบำบัดรักษา จะได้ต้นทุนของการบำบัดรักษาเฉลี่ยต่อวัน โดยผู้ป่วยในมีต้นทุนเฉลี่ยต่อวัน คนละ 211.80 บาท ผู้ป่วยนอกมีต้นทุนเฉลี่ยต่อวัน คนละ 162.13 บาท (ต้นทุนรวม แสดงดังตาราง 7)

2. การเปรียบเทียบต้นทุนของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า จำแนกตามกิจกรรมบริการ ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2.1 ต้นทุนผู้ให้บริการ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า เกิดจากการนำต้นทุนลงทุนรวมกับต้นทุนดำเนินการ โดยต้นทุนลงทุน ได้แก่ ค่าเสื่อมราคาอาคาร และค่าเสื่อมครุภัณฑ์ ต้นทุนดำเนินการ ได้แก่ ค่าแรง ค่าวัสดุ – เวชภัณฑ์ ค่ายา และค่าสาธารณูปโภค (ในส่วนต้นทุนค่าห้องของผู้ป่วยนั้นได้รวมอยู่ในงานถอนพิษยา และงานฟื้นฟูสมรรถภาพแล้ว กล่าวคือ ในขณะที่ผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาในชั้นถอนพิษยาและชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจะนอนรวมกันภายในตึกแต่แยกเตียงนอน ค่าห้องจึงเป็นค่าเสื่อมของตึกที่ผู้ป่วยนอน) แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนผู้ให้บริการ จำแนกตามกิจกรรมบริการ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

กิจกรรมบริการ	หน่วย : บาท/คน (ร้อยละ)					
	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน			การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก		
	ต้นทุนลงทุน	ต้นทุนดำเนินการ	ต้นทุนผู้ให้บริการ	ต้นทุนลงทุน	ต้นทุนดำเนินการ	ต้นทุนผู้ให้บริการ
- ชั้นเตรียมการ	29.19	218.95	248.14	29.19	218.95	248.14
			(0.93)			(5.35)
- งานรังสี	243.30	205.41	448.71	-	-	-
			(1.69)			
- งานตรวจหาสารเสพติด	24.08	208.93	233.01	-	-	-
ก่อนการบำบัด			(0.88)			
- ค่าบริการทางการแพทย์	-	2,055.29	2,055.29	-	31.24	31.24
			(7.74)			(0.67)
- งานถอนพิษยา	71.99	916.08	988.07	-	-	-
			(3.72)			
- งานฟื้นฟูสมรรถภาพ	3,475.41	5,834.19	9,309.60	-	-	-
			(35.07)			
- งานโภชนาการ	28.95	9,482.18	9,511.13	-	-	-
			(35.84)			

ตาราง 5 (ต่อ)

กิจกรรมบริการ	หน่วย : บาท/คน (ร้อยละ)					
	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน			การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก		
	ต้นทุน ลงทุน	ต้นทุน ดำเนินการ	ต้นทุน ผู้ให้บริการ	ต้นทุน ลงทุน	ต้นทุน ดำเนินการ	ต้นทุน ผู้ให้บริการ
- งานซักฟอก	14.56	277.27	291.83 (1.10)	-	-	-
- กลุ่มสังคม บำบัด	-	578.95	578.95 (2.18)	-	-	-
- กลุ่มจิตบำบัด	-	899.19	899.19 (3.39)	-	-	-
- กลุ่ม Matrix	-	-	-	-	548.46	548.46 (11.83)
- ศูนย์ฟื้นฟู ผู้ป่วยนอก	-	-	-	698.45	1,284.50	1,982.95 (42.76)
- ค่ายา	-	60.42	60.42 (0.22)	-	233.33	233.33 (5.03)
- งานตรวจหาสาร เสพติดระหว่าง การบำบัด	-	-	-	270.88	1,056.71	1,327.59 (28.63)
- งานตรวจหา สารเสพติด ขั้นติดตามผล	36.09	140.90	176.99 (0.67)	54.19	211.27	265.46 (5.73)
- สังคม สงเคราะห์	-	1,740.23	1,740.23 (6.65)	-	-	-
รวม	3,923.57 (14.78)	22,617.99 (85.23)	26,541.56 (100)	1,052.71 (22.70)	3,584.46 (77.30)	4,637.17 (100)

จากตาราง 5 พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนผู้ให้บริการ สูงกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยต้นทุนผู้ให้บริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 26,541.56 บาท แบ่งเป็นต้นทุนลงทุน ร้อยละ 14.78 และต้นทุนดำเนินการ ร้อยละ 85.23 ส่วนต้นทุนผู้ให้บริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 4,637.17 บาท แบ่งเป็นต้นทุนลงทุน ร้อยละ 22.70 และต้นทุนดำเนินการ ร้อยละ 77.30 เห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าทั้ง 2 รูปแบบ มีต้นทุนดำเนินการสูงกว่าต้นทุนลงทุนเช่นเดียวกัน

หากทำการเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนลงทุน กับต้นทุนดำเนินการ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าทั้ง 2 วิธี พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนลงทุน และต้นทุนในการสูงกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น

เมื่อทำการวิเคราะห์ตามรายการกิจกรรม โดยกิจกรรมบริการที่เกิดกับผู้ป่วยใน มี 13 กิจกรรม และกิจกรรมที่เกิดกับผู้ป่วยนอก มี 7 กิจกรรม พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก มีต้นทุนผู้ให้บริการเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ของงานขึ้นเตรียมการ เป็นจำนวน 248.14 บาท เท่ากัน ค่าบริการทางการแพทย์ ของผู้ป่วยใน มากกว่าผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยใน มีค่าบริการทางการแพทย์ 2,055.29 บาท ผู้ป่วยนอกมีค่าบริการทางการแพทย์ 31.24 บาท เนื่องจากผู้ป่วยในจำเป็นต้องได้รับการดูแลขณะที่อยู่ในสถานพยาบาลติดรั้วรัศดลจรระยะ เวลาการบำบัดรักษา ส่วนค่ายา และ ค่าตรวจสอบสารเสพติดในชั้นติดตามผล ของผู้ป่วยนอก มากกว่าผู้ป่วยใน

ทั้งนี้งานรังสี งานตรวจหาสารเสพติดก่อนการบำบัด งานถอนพิษยา งานฟื้นฟูสมรรถภาพ งานโภชนาการ งานซักฟอก กลุ่มสังคมบำบัด กลุ่มจิตบำบัด และงานสังคมสงเคราะห์ ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยใน โดยงานโภชนาการมีต้นทุนผู้ให้บริการมากที่สุด เป็นจำนวน 9,511.13 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.84 รองลงมางานฟื้นฟูสมรรถภาพ 9,309.60 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.07 ส่วนกลุ่ม Matrix ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก และงานตรวจหาสารเสพติดระหว่างการบำบัด ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอก โดยศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก มีต้นทุนผู้ให้บริการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.76 เนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องในการให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยนอกโดยตรง รองลงมาเป็นงานตรวจหาสารเสพติดระหว่างการบำบัด สาเหตุที่งานตรวจหาสารเสพติดระหว่างการบำบัดมีต้นทุนสูงรองลงมา เพราะการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก มีรูปแบบการรักษาแบบไป - กลับ จึงต้องมีการตรวจหาสารเสพติดให้แก่ผู้ป่วยทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการยืนยันและทราบผลของการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2 ต้นทุนผู้รับบริการ เกิดจากการนำต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม ในการมาเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยมารวมกัน ผลการวิเคราะห์ต้นทุนผู้รับบริการพบว่า ต้นทุนผู้รับบริการเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยใน ต่ำกว่าต้นทุนผู้รับบริการของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก แสดงดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนผู้รับบริการ จำแนกตามกิจกรรมบริการ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

หน่วย : บาท/คน (ร้อยละ)

กิจกรรมบริการ	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน			การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก		
	ต้นทุนทางตรง	ต้นทุนทางอ้อม	ต้นทุนผู้รับบริการ	ต้นทุนทางตรง	ต้นทุนทางอ้อม	ต้นทุนผู้รับบริการ
- ชั้นเตรียมการ	10.00	-	10.00 (0.08)	-	-	-
- งานรังสี	120.00	-	120.00 (1.02)	-	-	-
- งานตรวจหาสารเสพติดก่อนการบำบัด	240.00	-	240.00 (2.04)	-	-	-
- ค่าบริการทางการแพทย์	40.00	-	40.00 (0.34)	-	-	-
- งานโภชนาการ	4,571.31	-	4,571.31 (38.80)	-	-	-
- ค่าของใช้ประจำวัน	4,200.00	-	4,200.00 (35.64)	-	-	-
- ค่าอาหารของผู้ป่วยและผู้ปกครอง	113.46	-	113.46 (0.96)	470.00	-	470.00 (3.31)

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรมบริการ	หน่วย : บาท/คน (ร้อยละ)					
	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน			การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก		
	ต้นทุน ทางตรง	ต้นทุน ทางอ้อม	ต้นทุน ผู้ให้บริการ	ต้นทุน ทางตรง	ต้นทุน ทางอ้อม	ต้นทุน ผู้ให้บริการ
- ค่าเดินทางของผู้ป่วย และผู้ปกครอง	744.69	-	744.69 (6.32)	4,246.00	-	4,246.00 (29.88)
- ค่ายา	93.25	-	93.25 (0.79)	303.33	-	303.33 (2.13)
- ค่าเสียโอกาสของ ผู้ปกครอง	-	1,650.26	1,650.26 (14.01)	-	9,191.67	9,191.67 (64.68)
รวม	10,132.71 (85.99)	1,650.26 (14.01)	11,782.97 (100)	5,019.33 (35.32)	9,191.67 (64.68)	14,211.00 (100)

จากตาราง 6 พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนผู้ให้บริการ ต่ำกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยต้นทุนผู้ให้บริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 11,782.97 บาท แบ่งเป็นต้นทุนทางตรง ร้อยละ 85.99 และต้นทุนทางอ้อม ร้อยละ 14.01 ส่วนต้นทุนผู้ให้บริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 14,211.00 บาท แบ่งเป็นต้นทุนทางตรง ร้อยละ 35.32 และต้นทุนทางอ้อม ร้อยละ 64.68

เห็นได้ว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนทางตรงมากกว่าต้นทุนทางอ้อม โดยมีต้นทุนของงานโภชนาการสูงสุด เป็นจำนวน 4,571.37 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.80 ของต้นทุนผู้ให้บริการ รองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายของใช้ประจำวัน เป็นจำนวน 4,200.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.64 ส่วนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีต้นทุนทางอ้อมมากกว่าต้นทุนทางตรง ซึ่งเป็นค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองจากการมาเข้าร่วมการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 64.68 ของทั้งหมด รองลงมาคือต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นจำนวน 4,246.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.88

หากทำการเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนทางตรง กับต้นทุนทางอ้อม ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าทั้ง 2 วิธี พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนทางตรงสูงกว่า แต่มีต้นทุนทางอ้อมที่ต่ำกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

เมื่อทำการวิเคราะห์ตามรายการกิจกรรม โดยกิจกรรมบริการที่เกิดกับผู้ป่วยใน มี 10 กิจกรรม และกิจกรรมที่เกิดกับผู้ป่วยนอก มี 4 กิจกรรม พบว่า ค่าอาหารของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ค่าเดินทางของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ค่ายา และค่าเสียโอกาสของผู้ปกครอง ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีต้นทุนผู้รับบริการสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนกิจกรรมอื่นๆ จะเกิดกับเฉพาะผู้ป่วยใน ทั้งนี้ในส่วนผู้ป่วยนอกนั้น บางกิจกรรมทางสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ให้บริการแต่ไม่ได้เรียกเก็บ ได้แก่ งานขึ้นเตรียมการ และค่าบริการทางการแพทย์

2.3 ต้นทุนรวม (Total cost) เป็นต้นทุนทั้งหมดที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยนำต้นทุนผู้ให้บริการ มารวมกับต้นทุนผู้รับบริการ พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนรวม มากกว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก แสดงดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนรวม จำแนกตามกิจกรรมบริการ ของการบำบัดรักษา
แบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

หน่วย : บาท/คน (ร้อยละ)

กิจกรรมบริการ	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน			การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก		
	ต้นทุน ผู้ให้บริการ	ต้นทุน ผู้รับบริการ	ต้นทุน รวม	ต้นทุน ผู้ให้บริการ	ต้นทุน ผู้รับบริการ	ต้นทุน รวม
- ชั้นเตรียมการ	248.14	10.00	258.14 (0.67)	248.14	-	248.14 (1.31)
- งานรังสี	448.71	120.00	568.71 (1.48)	-	-	-
- งานตรวจหา สารเสพติด ก่อนการบำบัด	233.01	240.00	473.01 (1.23)	-	-	-
- ค่าบริการทาง การแพทย์	2,055.29	40.00	2,095.29 (5.47)	31.24	-	31.24 (0.17)
- งานถอนพิษยา	988.07	-	988.07 (2.58)	-	-	-
- งานฟื้นฟู สมรรถภาพ	9,309.60	-	9,309.60 (24.29)	-	-	-
- งานโภชนาการ	9,511.13	4,571.31	14,082.44 (36.75)	-	-	-
- งานซักฟอก	291.83	-	291.83 (0.76)	-	-	-
- กลุ่มสังคมบำบัด	578.95	-	578.95 (1.51)	-	-	-
- กลุ่มจิตบำบัด	899.19	-	899.19 (2.35)	-	-	-
- กลุ่ม Matrix	-	-	-	548.46	-	548.46 (2.91)
- ศูนย์ฟื้นฟู ผู้ป่วยนอก	-	-	-	1,982.95	-	1,982.95 (10.52)

ตาราง 7 (ต่อ)

กิจกรรมบริการ	หน่วย : บาท/คน (ร้อยละ)					
	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน			การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก		
	ต้นทุน ผู้ให้บริการ	ต้นทุน ผู้รับบริการ	ต้นทุน รวม	ต้นทุน ผู้ให้บริการ	ต้นทุน ผู้รับบริการ	ต้นทุน รวม
- ค่ายา	60.42	93.25	153.67 (0.40)	233.33	303.33	536.66 (2.85)
- งานตรวจหาสาร เสพติดระหว่าง การบำบัด	-	-	-	1,327.59	-	1,327.59 (7.04)
- งานตรวจหา สารเสพติดขั้น ติดตามผล	176.99	-	176.99 (0.46)	265.46	-	265.46 (1.41)
- สังคมสงเคราะห์	1,740.23	-	1,740.23 (4.54)	-	-	-
- ค่าของใช้ ประจำวัน	-	4,200.00	4,200.00 (10.96)	-	-	-
- ค่าอาหารของ ผู้ป่วยและ ผู้ปกครอง	-	113.46	113.46 (0.30)	-	470.00	470.00 (2.49)
- ค่าเดินทาง ของผู้ป่วย และผู้ปกครอง	-	744.69	744.69 (1.94)	-	4,246.00	4,246.00 (22.53)
- ค่าเสียโอกาส ของผู้ปกครอง	-	1,650.26	1,650.26 (4.31)	-	9,191.67	9,191.67 (48.77)
รวม	26,541.56 (69.25)	11,782.97 (30.75)	38,324.53 (100)	4,637.17 (24.60)	14,211.00 (75.40)	18,848.17 (100)

จากตาราง 7 พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนรวมมากกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นจำนวน 38,324.53 บาท แบ่งเป็นต้นทุนผู้ให้บริการ ร้อยละ 69.25 และต้นทุนผู้รับบริการ ร้อยละ 30.75 ส่วนต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นจำนวน 18,848.17 บาท แบ่งเป็นต้นทุนผู้ให้บริการ ร้อยละ 24.60 และต้นทุนผู้รับบริการ ร้อยละ 75.40

เห็นได้ว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนผู้ให้บริการมากกว่า ต้นทุนผู้รับบริการ โดยงานโภชนาการมีต้นทุนสูงสุด ถึงร้อยละ 36.75 ของต้นทุนรวมทั้งหมด รองลงมา คือ งานฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ 24.29 และค่าของใช้ประจำวัน ร้อยละ 10.96 ตามลำดับ ส่วนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีต้นทุนผู้รับบริการ สูงกว่าต้นทุนผู้ให้บริการ มีต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองสูงสุด ถึงร้อยละ 48.77 ของต้นทุนรวมทั้งหมด รองลงมาเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และผู้ปกครอง ร้อยละ 22.53

หากทำการเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนผู้ให้บริการ กับต้นทุนผู้รับบริการ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าทั้ง 2 วิธี พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนผู้ให้บริการสูงกว่า แต่มี ต้นทุนผู้รับบริการที่ต่ำกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ตาราง 8 แสดงอัตราส่วนของต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ที่ใช้ในการบำบัดรักษา ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

หน่วย : บาท

ประเภทของต้นทุน	ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ของการบำบัดรักษาแบบ ผู้ป่วยนอก	:	ต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ของการบำบัดรักษาแบบ ผู้ป่วยใน
ต้นทุนผู้ให้บริการ	1	:	5.72
ต้นทุนผู้รับบริการ	1	:	0.83
ต้นทุนรวม	1	:	2.03

จากตาราง 8 พบว่า อัตราส่วนของต้นทุนผู้ให้บริการ และต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ประมาณ 5.72 และ 2.03 เท่า ตามลำดับ หมายความว่า หากการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนผู้ให้บริการ 1 บาท และต้นทุนรวม 1 บาท การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยใน จะมีต้นทุนผู้ให้บริการ 5.72 บาท และต้นทุนรวม 2.03 บาท ตามลำดับ ส่วนต้นทุนผู้รับบริการ พบว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีอัตราของต้นทุนที่ต่ำกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกประมาณ 0.83 เท่า หมายความว่า หากการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนผู้รับบริการ 1 บาท การบำบัดรักษาแบบผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยใน จะมีต้นทุนผู้รับบริการ 0.83 บาท

3. การเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

3.1 การวิเคราะห์ประสิทธิผล โดยประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า คือ จำนวนผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับไปติดซ้ำเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยใน มีจำนวนผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดซ้ำเป็นจำนวน 10 คน จาก 13 คน คิดเป็นอัตราส่วนประสิทธิผลเท่ากับ ร้อยละ 76.92 ส่วนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ไม่มีผู้ป่วยคนใดกลับไปติดซ้ำอีก คิดเป็นอัตราประสิทธิผลร้อยละ 100 แสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

หน่วย : คน (ร้อยละ)

ผลการบำบัดรักษา	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน		การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่ไม่กลับไปติดซ้ำ ในระยะเวลา 3 เดือน	10	76.92	4	100
ผู้ป่วยที่กลับไปติดซ้ำ	1	7.69	-	-
ผู้ป่วยที่ไม่กลับมาติดตามผล	2	15.38	-	-

3.2 การเปรียบเทียบต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ เป็นการแสดงให้เห็นว่าหากต้องการให้ผู้ป่วย 1 คน ผ่านการบำบัดรักษา และไม่กลับมาติดซ้ำในระยะเวลา 3 เดือน ทางผู้ให้บริการต้องใช้ต้นทุนเท่าใดในการให้การบำบัดรักษา แสดงดังตาราง 10

ตาราง 10 ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

หน่วย : บาท/คน

ต้นทุน - ประสิทธิภาพ	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ต้นทุนผู้ให้บริการ	345,040.28	18,548.68
ประสิทธิภาพ	10	4
ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ	34,504.03	4,637.17

จากตาราง 10 พบว่า ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน สูงกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีค่าเท่ากับ 34,504.03 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยใน 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนผู้ให้บริการ เป็นจำนวน 34,504.03 บาท ส่วนต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีค่าเท่ากับ 4,637.17 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยนอก 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนผู้ให้บริการ เป็นจำนวน 4,637.17 บาท

กล่าวได้ว่าต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน สูงกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

3.3 การเปรียบเทียบต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพ เป็นการแสดงให้เห็นว่าหากต้องการให้ผู้ป่วย 1 คน ผ่านการบำบัดรักษา และไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยต้องใช้ต้นทุนเท่าใดในการมารับการบำบัดรักษา แสดงดังตาราง 11

ตาราง 11 ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

หน่วย : บาท/คน

ต้นทุน - ประสิทธิภาพ	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ต้นทุนผู้รับบริการ	153,178.61	56,844.00
ประสิทธิภาพ	10	4
ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพ	15,317.86	14,211.00

จากตาราง 11 พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับผู้ป่วยนอก มีต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพ ที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นจำนวน 15,317.86 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยใน 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนผู้รับบริการ เป็นจำนวน 15,317.86 บาท ส่วนต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีค่าเท่ากับ 14,211.00 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยนอก 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนผู้รับบริการ เป็นจำนวน 14,211.00 บาท

เห็นได้ว่าแม้ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก จะไม่แตกต่างกันมากนัก แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่า ต้นทุนภายนอกองค์กร – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน สูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

3.4 การเปรียบเทียบต้นทุนรวม – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยการนำต้นทุนรวมทั้งหมดในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยทั้ง 13 คน หาดด้วยประสิทธิภาพ คือ จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน แสดงดัง ตาราง 12

ตาราง 12 ต้นทุนรวม - ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

หน่วย : บาท/คน

ต้นทุน - ประสิทธิภาพ	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
ต้นทุนรวมทั้งหมด	498,218.89	75,392.68
ประสิทธิภาพ	10	4
ต้นทุนรวม - ประสิทธิภาพ	49,821.89	18,848.17

จากตาราง 12 พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนรวม - ประสิทธิภาพสูงกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ต้นทุนรวม - ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีค่าเท่ากับ 49,821.89 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยใน 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนรวม เป็นจำนวน 49,821.89 บาท ส่วนต้นทุนรวม - ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีค่าเท่ากับ 18,848.17 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยนอก 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนรวม เป็นจำนวน 18,848.17 บาท

กล่าวได้ว่าต้นทุนรวม - ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน สูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในและ การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันยาเสพติดติดยาบ้า
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของสถาบันยาเสพติดติดยาบ้า

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยต้นทุนผู้ให้บริการ ได้แก่ กลุ่มงานในชั้นเตรียมการ กลุ่มงานรังสี กลุ่มงานพยาธิวิทยา องค์กรแพทย์ กลุ่มงานบำบัดด้วยยา กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์และติดตามผลการรักษา กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานโภชนาการ และกลุ่มงานซักฟอก ของสถาบันยาเสพติดติดยาบ้า

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ และประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ได้แก่ ผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเกณฑ์การประเมิน ในช่วงตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546 โดยเป็นผู้ที่มีที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ประกอบด้วยผู้ป่วยในจำนวน 13 คน และผู้ป่วยนอกจำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสำรวจและแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย

1. แบบสำรวจค่าใช้จ่ายของสถาบันยาเสพติดติดยาบ้า สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการหาต้นทุนของสถาบันยาเสพติดติดยาบ้าที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยเป็นการสำรวจข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่เดือนมีนาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546

2. แบบสำรวจจำนวนผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามเกณฑ์การประเมินของสถาบันยาเสพติดติดยาวัณโรค และไม่กลับมาติดยาบ้าซ้ำเป็นเวลา 3 เดือน ทั้งผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

3. แบบสอบถามค่าใช้จ่ายของผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษา ในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถาบันยาเสพติดติดยาวัณโรค และผ่านเกณฑ์การประเมินของสถาบัน ทั้งผู้เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากผู้บริหารสถาบันยาเสพติดติดยาวัณโรค ทำการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง

1. ต้นทุนผู้ให้บริการ ใช้แบบสำรวจในการเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าโดยตรง และหน่วยงานสนับสนุนโดยตรง

2. ต้นทุนผู้รับบริการ ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวมข้อมูล โดยเก็บจากผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ในช่วงวันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546 โดยมีผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน และผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านประสิทธิผล ผู้วิจัยได้สอบถามข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ของสถาบันยาเสพติดติดยาวัณโรค ถึงผลการบำบัดรักษาว่า ผู้ป่วยคนใดกลับไปติดยาบ้าซ้ำ และผู้ป่วยคนใดไม่กลับมาติดตามผล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษา ใช้จำนวนและค่าร้อยละ
2. การวิเคราะห์ต้นทุน และต้นทุน - ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า คิดเป็นต้นทุนเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน (หน่วย : บาท/คน)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในงานวิจัย

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ทั้ง 17 คน พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย (94.12) และมีสถานภาพโสด (88.23) มีอายุในช่วง 20 – 24 ปี มากที่สุด รองลงมาอยู่ในช่วง 15 – 19 ปี โดยช่วงอายุน้อยที่สุดของผู้ป่วยที่พบ คือ ไม่เกิน 14 ปี (5.88) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยนอกจะมีอายุโดยเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยใน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่มีรายได้ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน (47.06) และ ผู้ป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (41.18) ทั้งนี้ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่ได้เป็นนักเรียน จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (23.53) รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (17.65) และประถมศึกษาตอนปลาย (11.77) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด (29.40) รองลงมาชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (11.77) เห็นได้ว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดสำเร็จการศึกษาภาคบังคับ คือระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (52.94) ผู้ป่วยกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (64.71) รองลงมาอยู่ในจังหวัดสมุทรปราการ (17.65)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และการเสพยาบ้า ของผู้ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก พบว่า มารดาจะเป็นผู้เข้าร่วมการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วยมากที่สุด (47.06) รองลงมาเป็นบิดา (29.41) และพี่ (17.65) ปริมาณการเสพยาบ้า ผู้ป่วยเกือบครึ่งเสพยาบ้าไม่เกิน 2 เม็ดต่อวัน (47.06) ส่วนปริมาณการเสพยาบ้าสูงสุด คือ เสพ 9 เม็ดขึ้นไปต่อวัน (5.88) โดยผู้ป่วยในมีปริมาณการเสพยาบ้า และค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้าเฉลี่ยต่อวัน สูงกว่าผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้าเฉลี่ยวันละ 342.97 บาท ส่วนผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้าเฉลี่ยวันละ 191.07 บาท

2. ต้นทุนที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

2.1 ต้นทุนผู้ให้บริการ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ประกอบด้วยต้นทุนลงทุน และต้นทุนดำเนินการ สรุปได้ดังนี้

ต้นทุนลงทุนของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 3,923.57 บาท ส่วนต้นทุนลงทุนของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 1,052.71 บาท

สรุปได้ว่าต้นทุนลงทุนของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ต้นทุนดำเนินการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 22,617.99 บาท ส่วนต้นทุนดำเนินการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 3,584.46 บาท

สรุปได้ว่าต้นทุนดำเนินการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ต้นทุนผู้ให้บริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 26,541.56 บาท ส่วนต้นทุนผู้ให้บริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 4,637.17 บาท

สรุปได้ว่าต้นทุนผู้ให้บริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2.2 ต้นทุนผู้รับบริการ ของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ประกอบด้วยต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม สรุปได้ดังนี้

ต้นทุนทางตรงของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 10,132.71 บาท ส่วนต้นทุนทางตรงของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 5,019.33 บาท

สรุปได้ว่าต้นทุนทางตรงของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ต้นทุนทางอ้อมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 1,650.26 บาท ส่วนต้นทุนทางอ้อมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 9,191.67 บาท

สรุปได้ว่าต้นทุนทางอ้อมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าต่ำกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ต้นทุนผู้รับบริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 11,782.97 บาท ส่วนต้นทุนผู้รับบริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 14,211.00 บาท

สรุปได้ว่าต้นทุนผู้รับบริการของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าต่ำกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2.3 ต้นทุนรวมของการบำบัดรักษา เกิดจากการนำต้นทุนผู้ให้บริการ และต้นทุนผู้รับบริการ มารวมกัน พบว่า ต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 38,324.53 บาท ส่วนต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน เท่ากับ 18,848.17 บาท

สรุปได้ว่าต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

3. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า คือจำนวนผู้ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีผู้ที่ไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน 10 คน จาก 13 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 ส่วนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่าไม่มีผู้ใดกลับไปติดยาในระยะเวลา 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 100

4. ต้นทุน – ประสิทธิภาพ หมายถึง การเปรียบเทียบต้นทุนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการที่ได้ตั้งไว้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เป็น 3 ส่วน ดังนี้

4.1 ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพ คือ การนำเฉพาะต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการมาพิจารณาว่าหากต้องการให้ผู้ป่วย 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ผู้ให้บริการต้องใช้ต้นทุนเป็นจำนวนเท่าใดในการให้การบำบัดรักษา พบว่า ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 34,504.03 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยใน 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนผู้ให้บริการ เป็นจำนวน 34,504.03 บาท ส่วนต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 4,637.17 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยนอก 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนผู้ให้บริการ เป็นจำนวน 4,637.17 บาท

สรุปได้ว่า ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

4.2 ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพ คือ การนำเฉพาะต้นทุนที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการมาพิจารณาว่าหากต้องการให้ผู้ป่วย 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยต้องใช้ต้นทุนเป็นจำนวนเท่าใดในการมารับการบำบัดรักษา พบว่า ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 15,317.86 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยใน 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนผู้รับบริการ เป็นจำนวน 15,317.86 บาท ส่วน ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 14,211.00 บาท หมายความว่า หากต้องการให้ผู้ป่วยนอก 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนผู้รับบริการ เป็นจำนวน 14,211.00 บาท

สรุปได้ว่า ต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

4.3 ต้นทุนรวม – ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า เกิดจากการนำต้นทุนรวมทั้งหมดของการบำบัดรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หารด้วยจำนวนผู้ป่วยที่ไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนรวม – ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน เท่ากับ 49,821.89 บาท หมายความว่าหากต้องการให้ผู้ป่วยใน 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนรวม เป็นจำนวน 49,821.89 บาท ส่วนต้นทุนรวม – ประสิทธิผล ของการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก เท่ากับ 18,848.17 บาท หมายความว่าหากต้องการให้ผู้ป่วยนอก 1 คน ผ่านการบำบัดรักษาและไม่กลับมาติดยาในระยะเวลา 3 เดือน ต้องใช้ต้นทุนรวม เป็นจำนวน 18,848.17 บาท

สรุปได้ว่า ต้นทุนรวม – ประสิทธิผลของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมูลค่าสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

อภิปรายผล

การระบาดของยาบ้า เป็นปัญหาสำคัญและส่งผลกระทบอย่างร้ายแรง ไม่แต่เฉพาะตัวผู้เสพ แต่ยังกระทบถึงครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลของผู้ป่วยที่ใช้ในงานวิจัย

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย จากผลการวิเคราะห์ เห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยเยาวชน และวัยทำงาน มีอายุกระจายอยู่ในช่วง 15 – 29 ปี และเป็นผู้ที่ไม่มียาได้ คือเป็นนักเรียน และเป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของกฤษมา แสงเดือนฉาย (2542) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อป้องกันการติดยาของผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ พบว่า ผู้เสพแอมเฟตามีน มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 18 – 19 ปี มีสถานภาพโสด ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเป็นนักเรียน จึงไม่มีรายได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนิตา สุวรรณศรี (2542) ศึกษาเรื่องผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเยาวชนผู้ติดยาเสพติด พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 16 – 25 ปี และคำกล่าวของ อัมพร โอตระกูล (2538) ที่กล่าวว่าผู้ติดยาเสพติดนั้นมีทุกกลุ่มอายุ แต่ที่พบมากที่สุดคือกลุ่มเยาวชน และวัยรุ่น ช่วงอายุระหว่าง 16 – 25 ปี และส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีโอกาสเที่ยวเตร่ คบเพื่อนฝูงนอกบ้านได้มากกว่าเพศหญิง จึงมีโอกาสได้ลองใช้ยามากกว่า ประกอบกับเพศชายมีนิสัยกล้าลองกล้าเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา สอดคล้องกับ หนึ่งหทัย กอปรศรีสวัสดิ์ (2542) ทำการศึกษาสาเหตุของการติดสารเสพติดและความคาดหวังในการเข้ารับการรักษา ของเยาวชนที่เข้ารับ

การบำบัดในคลินิกยาเสพติด กรุงเทพมหานคร และชนิดา สุวรรณศรี (2542) พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการเสพยาบ้าของผู้ป่วย เห็นได้ว่าผู้ปกครองที่มาเข้าร่วมการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบิดา และมารดา และจากผลการบำบัดรักษา พบว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอกมีอัตราประสิทธิผลสูงกว่าผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ปกครองของผู้ป่วยนอกมาเข้าร่วมการบำบัดรักษาบ่อยกว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยใน แสดงให้เห็นว่าครอบครัว โดยเฉพาะบิดา และมารดา เป็นปัจจัยหนึ่งในการช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้ สอดคล้องกับ นพพร พานิชสุข (2528) ศึกษาถึงอิทธิพลของครอบครัวต่อการใช้ยากระตุ้นประสาทแอมเฟตามีนของเด็กวัยรุ่น โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มนักเรียนชายมัธยมสาธิตรามคำแหง และกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ปัจจุบันเป็นสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์) พบว่าการอบรม เลี้ยงดู การเอาใจใส่ของบิดา มารดาของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน คือในกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล บิดา มารดาให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่บุตรธิดาของตนน้อยมาก เมื่อเทียบกับผู้ป่วยนอก

จากคุณลักษณะของผู้ป่วยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียน และเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานตอนต้น ในส่วนของนักเรียนซึ่งจะเป็นกำลังแรงงานของประเทศในอนาคต เป็นวัยที่ต้องเรียนหนังสือ กลับต้องมาติดยาบ้า ทำให้เสียเงินทองในการซื้อยามาเสพทั้งที่ตนเองไม่มีรายได้ นอกจากนี้หากเสพยาบ้าเข้าไปมากจนร่างกายทรุดโทรม จิตใจไม่ปกติ สติปัญญาเสื่อม เพราะฤทธิ์ของยาจนเป็นเหตุให้ขาดเรียน หรือต้องออกจากสถานศึกษาก่อนเวลาอันควร ทำให้เสียเวลา และค่าใช้จ่ายทางการศึกษา โดยที่ไม่สามารถสร้างผลตอบแทนให้กับตนเอง และสร้างผลผลิตให้กับประเทศได้ สำหรับผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน นอกจากค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปกับการซื้อยามาเสพแล้ว อาจทำให้รายได้ในอนาคตลดลงตลอดจนเป็นผู้ไม่มีงานทำเนื่องจากเกิดความเสื่อมสภาพของร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ซึ่งความสูญเสียเหล่านี้ทำให้สังคมต้องเสียมูลค่าผลิตผลในระบบเศรษฐกิจที่ควรจะมีแต่ไม่เกิด เพราะแรงงานขาดประสิทธิภาพ เห็นได้ว่านอกจากความสูญเสียที่เกิดโดยตรงต่อตัวผู้ติดยา และผลกระทบต่อระบบสังคมแล้ว ยังมีผลต่อบรรยากาศ ค่าใช้จ่าย และทรัพยากรของภาครัฐที่จำเป็นต้องจัดสรรเพื่อใช้ในการบำบัดรักษา แทนที่จะนำทรัพยากรเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และประเทศในด้านอื่นๆ ต่อไป

2. ต้นทุนการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

2.1 ต้นทุนผู้ให้บริการ พบว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนผู้ให้บริการมากกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งในส่วนต้นทุนลงทุน และต้นทุนดำเนินการ เนื่องจากกิจกรรมที่ทางสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ ต้องรับผิดชอบในการจัดกิจกรรมบริการแก่ผู้ป่วยใน มีมากกว่ากิจกรรมบริการของผู้ป่วยนอก โดยที่ต้นทุนส่วนใหญ่ของผู้ป่วยในจะเกิดในงานโภชนาการ และงานฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมกันถึงร้อยละ 70.91 ของต้นทุนผู้ให้บริการ

หนึ่งเมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบของต้นทุนผู้ให้บริการ ในแต่ละรูปแบบการบำบัดรักษา คือ ต้นทุนลงทุน และต้นทุนดำเนินการ พบว่า การบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ มีมูลค่าของต้นทุนลงทุน น้อยกว่าต้นทุนดำเนินการ สาเหตุที่ทำให้ต้นทุนลงทุนมีมูลค่าต่ำกว่า เนื่องจากสถาบันยาเสพติดติดยุทธวิธีเป็นสถาบันที่เปิดให้บริการมานาน จึงทำให้มูลค่าของอาคาร และครุภัณฑ์บางชนิดหมดไปแล้ว แต่ทางสถาบันยังสามารถใช้ประโยชน์จากอาคาร และครุภัณฑ์ได้อยู่ และในงานวิจัยครั้งนี้ก็ไม่นำค่าเสื่อมราคาของอาคาร และครุภัณฑ์ที่หมดอายุแล้วมาคิดหาต้นทุน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุทัย ม่วงศรีเมืองดี (2537) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิภาพ ของการใช้ยา Zidovudine ในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ พบว่าต้นทุนลงทุนของการรักษามีมูลค่าต่ำกว่า ต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุ โดยต้นทุนลงทุนคิดเป็นร้อยละ 29.67 ส่วนต้นทุนค่าแรง และต้นทุนค่าวัสดุ คิดเป็นร้อยละ 52.53 และ 25.33 ตามลำดับ และสอดคล้องกับ อรณีย์ วรรณสุคำ (2536) ทำการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนของการผ่าตัดรักษาด้วยแสงคาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์ เปรียบเทียบกับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีธรรมดา : กรณีศึกษาการผ่าตัดรักษาริดสีดวงทวาร พบว่า ต้นทุนลงทุนของการผ่าตัดริดสีดวงทวารทั้ง 2 วิธี มีต้นทุนลงทุนต่ำกว่า ต้นทุนดำเนินการ

2.2 ต้นทุนผู้รับบริการ พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนผู้รับบริการ น้อยกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่เมื่อเปรียบเทียบองค์ประกอบของต้นทุนผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่า ต้นทุนทางตรง ที่เกิดกับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มากกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยต้นทุนส่วนใหญ่ของผู้ป่วยใน คืองานโภชนาการ (ค่าอาหาร) และค่าใช้จ่ายของใช้ประจำวัน เป็นเพราะว่าผู้ป่วยในต้องอยู่ในสถาบันยาเสพติดติดยุทธวิธีตลอดเวลาของการบำบัดรักษา สำหรับผู้ป่วยนอกไม่มีต้นทุนงานโภชนาการ และค่าของใช้ประจำวัน (แต่มีค่าอาหารของผู้ป่วยและผู้ปกครองแทน) เป็นเพราะว่าผู้ป่วยนอกรับการบำบัดรักษาแบบไป – กลับ และเมื่อศึกษาถึงค่าอาหารของผู้ป่วยนอกแล้ว พบว่าค่าอาหารที่เกิดกับผู้ป่วยนอกมีต้นทุนที่ไม่สูง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยนอกจะมาเข้ารับการบำบัดรักษา ทางสถาบันจะนัดผู้ป่วยเป็นช่วงเวลา เช่น ช่วงเช้า ช่วงบ่าย จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายรับประทานอาหารมาจากที่บ้าน หรือกลับไปรับประทานอาหาร เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย จึงทำให้ค่าอาหารของผู้ป่วยนอกมีมูลค่าไม่สูงมาก ส่วนต้นทุนทางอ้อม คือต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองเนื่องจากการมาเข้ารับการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีต้นทุนค่าเสียโอกาสมากกว่าผู้ป่วยใน และหากพิจารณาลักษณะของผู้ป่วยนอกแล้ว ส่วนใหญ่เป็นเด็กนักเรียน (อายุที่น้อยสุดของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้ คืออายุ 13 ปี) จึงทำให้ผู้ปกครองต้องดูแล และมาพร้อมกับผู้ป่วยอยู่เสมอ จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองของผู้ป่วยนอกมีมูลค่าสูง

หากพิจารณาถึงองค์ประกอบของต้นทุนผู้รับบริการ ในแต่ละรูปแบบการบำบัดรักษา คือ ต้นทุนทางตรง และต้นทุนทางอ้อม พบว่า ต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่จะเป็นต้นทุนทางตรง มากกว่าต้นทุนทางอ้อม โดยต้นทุนที่สูงสุดเกิดกับงานโภชนาการ (ค่าอาหาร) และค่า

ของใช้ประจำวัน ส่วนต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยนอก เป็นต้นทุนทางอ้อม มากกว่าต้นทุนทางตรง ซึ่งต้นทุนที่มีมูลค่าสูงสุด คือต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ปกครอง

2.3 ต้นทุนรวม เป็นการแสดงให้เห็นถึงการรับภาระต้นทุนว่า ผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการ เป็นผู้รับภาระต้นทุน จากการวิเคราะห์พบว่าต้นทุนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ทางสถาบันจะเป็นฝ่ายรับภาระต้นทุนเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 69.25 ส่วนต้นทุนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายรับภาระต้นทุนเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง โดยคิดเป็นร้อยละ 75.40 และหากพิจารณาเฉพาะต้นทุนที่มีค่าใช้จ่ายเป็นตัวเงิน คือไม่รวมต้นทุนค่าเสียโอกาส พบว่า ทางสถาบันยาเสพติด วิทยุรักษ์ ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐ เป็นผู้รับภาระต้นทุนส่วนใหญ่ หรือในส่วนของผู้ป่วยจะต้องจ่าย มากกว่าต้นทุนที่ทางสถาบันจ่าย ก็เป็นจำนวนเงินที่มีมูลค่าไม่สูงมากนัก โดยจากตาราง 7 มีเพียงงานตรวจสอบสารเสพติดก่อนการบำบัด และค่ายา ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายมากกว่าต้นทุนที่สถาบันจ่าย สอดคล้องกับคำกล่าวของ สมคิด แก้วสนธิ และภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534) ที่กล่าวว่า การจัดการทางสาธารณสุข อันเป็นโครงการบริการสังคม หากผู้จัดเลือกจัดการที่มีต้นทุนของผู้จัดการต่ำ และให้ต้นทุนที่เกิดกับผู้รับบริการสูง จะมีผลทำให้ผู้รับบริการมีน้อย ซึ่งหากโรคนั้นเป็นโรคที่มีการแพร่ระบาด หรือมีผลกระทบต่อสังคมส่วนรวม ก็จะทำให้เกิดผู้ป่วยมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็จะมากขึ้น และจากการที่ทางสถาบันเป็นผู้รับภาระต้นทุนเป็นส่วนใหญ่ โดยมีได้มุ่งหวังผลกำไรในการบำบัดรักษา เนื่องจากสถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์เป็นองค์กรของรัฐ มีหน้าที่ให้บริการประชาชนและสังคม สอดคล้องกับคำกล่าวของอุทัย หิรัญโต (2525) และพิตร ทองชั้น (2541) ที่กล่าวว่า งานหรือโครงการของราชการ มิได้จัดมาเพื่อมุ่งหวังผลกำไร งานราชการบางอย่างแม้จะขาดทุนรัฐบาลก็ต้องทำ ถ้าหากว่าทำแล้วช่วยเหลือประชาชนไม่ให้ได้รับความเดือดร้อน และสอดคล้องกับคำกล่าวของ แกมทอง อินทรรัตน์ (2537) ที่ว่าการบริการทางสาธารณสุข มีคุณสมบัติบางอย่างที่คล้ายกับสินค้าสาธารณะ อันเป็นบริการเพื่อสวัสดิการของประชาชน การให้บริการด้านนี้จึงเป็นบริการที่ไม่ได้จัดเพื่อหารายได้ ดังนั้นค่าบริการจึงได้รับการช่วยเหลือจากงบประมาณของรัฐค่อนข้างมาก

ในการนี้หากพิจารณาเฉพาะต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่พบว่า มีต้นทุนสูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก อาจเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมีระยะเวลาการรักษาที่นานกว่า ผู้ป่วยในมีอาหารหนักกว่าผู้ป่วยนอก และอีกทั้งการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมีกิจกรรมบำบัดหลายกิจกรรม แต่ถ้าหากนำต้นทุนรวมของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในมาหารเฉลี่ยต่อเดือน (การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในใช้เวลาการบำบัดรักษาประมาณ 6 เดือน ตามตาราง 4) พบว่ามีต้นทุนรวมประมาณ 6,300 ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับการที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในสถาบันตลอดเวลา มีกิจกรรมบำบัด มีอาหาร ของใช้ประจำวัน สาธารณูปโภค และมีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่คอยดูแลตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา

3. ด้านประสิทธิผล จากการวิเคราะห์ พบว่า อัตราประสิทธิผลของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก สูงกว่าอัตราประสิทธิผลของผู้ป่วยใน ซึ่งผลที่ได้นี้มีข้อสังเกตที่ว่าอาจเนื่องมาจากคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยนอก จะมีอายุโดยเฉลี่ยแล้วน้อยกว่าผู้ป่วยใน และยังเป็นเด็กนักเรียน ส่วนปริมาณการเสพยาบ้า ผู้ป่วยนอกก็มีปริมาณการเสพที่น้อยกว่าผู้ป่วยใน สอดคล้องกับ วราภรณ์ สยนาหนท์ (2530) ที่พบว่า ในการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ยิ่งให้การบำบัดได้ตั้งแต่ระยะต้นๆ ของการเสพยาได้มากเพียงใด จะทำให้เกิดประสิทธิผลมากเพียงนั้น ส่วนการมาเข้าร่วมการบำบัดรักษาของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยนอก มาเข้ารับการบำบัดรักษาน้อยกว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยใน สอดคล้องกับคำกล่าว กนกพร เมืองชนะ (2543 : 6) ที่กล่าวว่า ผลของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นสำคัญ พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองจะต้องรับฟัง และช่วยเหลือผู้ป่วยให้หลุดพ้นจากยาเสพติด อีกทั้งข้อดีของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ ถ้าผู้ป่วยสามารถเลิกเสพยาได้ทั้งๆ ที่ยังอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม แสดงว่าผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง หักห้ามใจตนเองได้ สำหรับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จะเป็นการบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีสภาวะ หรือมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ซึ่งอาจทำอันตรายต่อตนเอง และบุคคลอื่น ในบางรายไม่สามารถหยุดยาได้เอง หรือขาดที่พึ่งในครอบครัว ไม่สามารถเข้าถึงสังคมได้ ก็จำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งจะมีกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ จึงเห็นได้ว่าทั้งการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และแบบผู้ป่วยนอก ต่างก็มีจุดเด่น และจุดด้อยในตัวเอง จะกล่าวว่าอะไรดีกว่ากันไม่ได้ เพราะสาเหตุที่จัดการบำบัดรักษาว่าควรจะบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกนั้น ใช้เกณฑ์คุณลักษณะ และพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจที่จะเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจและความสมัครใจของผู้ป่วยว่าจะเลือกเข้ารับการบำบัดในรูปแบบใด ดังนั้นการบำบัดรักษาทั้ง 2 รูปแบบ จึงอยู่ที่ว่าเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเลือกรูปแบบการบำบัดรักษาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก การบำบัดรักษาในแต่ละรูปแบบนั้นควรจะต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด ตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละคน

4. ต้นทุนรวม – ประสิทธิผล ต้นทุนผู้ให้บริการ – ประสิทธิผล และต้นทุนผู้รับบริการ – ประสิทธิผล จากผลการศึกษา พบว่า ต้นทุน – ประสิทธิผล ทั้ง 3 วิธี ดังกล่าว มีต้นทุน – ประสิทธิผล ของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มากกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั้งสิ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของ กนกพร เมืองชนะ (2543 : 5) ที่กล่าวว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีความสิ้นเปลืองมากกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ทั้งงบประมาณ และบุคลากร

5. ต้นทุน (ค่าใช้จ่าย) จากการเข้ารับการรักษา เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้ามาเสพ จากการวิเคราะห์พบว่า ต้นทุนทั้งหมดของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน พบว่า ผู้ป่วยในมีต้นทุนของการบำบัดรักษาเฉลี่ยต่อวัน คนละ 211.83 บาท ส่วนผู้ป่วยนอก มีต้นทุนเฉลี่ยต่อวัน คนละ 162.13 บาท (โดยจำนวนวันที่นำมาหารต้นทุนทั้งหมดของการบำบัดรักษา คือจำนวนวันเฉลี่ยของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในชั้นเตรียมการ จนถึงวันที่ทางสถาบันยาเสพติดจัดอนุญาตให้จำหน่ายออก โดยผู้ป่วยในมีจำนวนวันเฉลี่ย เท่ากับ 180.92 วัน ส่วนผู้ป่วยนอกมีจำนวนวันเฉลี่ย เท่ากับ 116.25 วัน) ส่วนค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้ามาเสพ พบว่าผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้ามาเสพคิดเป็นเงิน 342.97 บาท ต่อ 1 คน ต่อวัน ส่วนผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้ามาเสพ 191.07 บาท ต่อ 1 คน ต่อวัน เมื่อนำต้นทุน (ค่าใช้จ่าย) ในการบำบัดรักษา กับค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้ามาเสพมาเปรียบเทียบกัน เห็นได้ว่าการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้ามีต้นทุนที่ต่ำกว่า ค่าใช้จ่ายในการซื้อยาบ้ามาเสพ นอกจากการบำบัดรักษามีต้นทุนที่ต่ำกว่าแล้ว ผลที่ได้จากการเลิกเสพยาบ้า คือ ตัวผู้เสพกลับมามีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ไม่มีโรคภัย สามารถทำกิจกรรมต่างได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความเข้าใจกันมากขึ้นเป็นการลดปัญหาครอบครัว นอกจากนี้การบำบัดรักษายังเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีค่า คือ บุคคลในวัยแรงงาน ก็สามารถทำการผลิตได้เต็มที่ หรือในเด็กวัยเรียนก็สามารถเข้าศึกษาได้ในอัตราที่สูงขึ้น (บุญคง หันจางสิทธิ์. 2540 : 307 – 308) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติต่อไป สอดคล้องกับคำกล่าวของ ชาร์ลส์ อุดมไพจิตรกุล และคณะ (2545) ที่กล่าวว่าความสำคัญของสุขภาพเป็นคุณสมบัติประการหนึ่งของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และสอดคล้องกับคำกล่าว อัมพร วิจิตรพันธ์ (2520) ที่กล่าวว่า ผลตอบแทนจากการลงทุนโดยรัฐเป็นผู้ลงทุนส่วนใหญ่จะได้ผลตอบแทนในรูปของคุณภาพของประชากร ลดปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสังคม ลดปัญหาเด็กเกเร ซึ่งเป็นประโยชน์ทางอ้อมที่เป็นพื้นฐานให้ประเทศเป็นปึกแผ่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่ติดยาบ้ายังเป็นกลุ่มเยาวชน และเกือบครึ่งอยู่ในวัยเรียนหนังสือ อันเป็นกำลังแรงงานในอนาคตของประเทศ ทางโรงเรียน สถานศึกษา ควรเพิ่มหลักสูตรให้เยาวชนมีทักษะในการดำรงชีวิตให้ห่างไกลจากเสพติด รู้จักการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวน การใช้เวลาว่างในทางที่เหมาะสม อีกทั้งควรส่งเสริม สนับสนุน ให้สถานศึกษา สถานบำบัดรักษาเสพติด ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการป้องกันการเสพยาเสพติด เช่น โรงเรียนอาจจัดกิจกรรมพานักเรียนไปสถานบำบัดรักษา เพื่อให้เห็นตัวอย่างของผู้ติดยาเสพติด และให้มีการซักถาม พูดคุยอันเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ คือเด็กได้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ส่วนผู้ป่วยได้แรงกระตุ้นทางด้านจิตใจ ว่าตนเองมีความสำคัญสามารถถ่ายทอดความรู้เป็นผู้ชี้แนะแนวทางแก่เด็กนักเรียนได้ หรือทางโรงเรียนอาจเชิญ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่

จากสถานบำบัด ให้มาเป็นวิทยากร ในการอบรม หรือสัมมนาเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เด็กนักเรียนเห็นโทษภัยจากยาเสพติดอยู่ตลอดเวลา (โดยกระบวนการบำบัดรักษามีความคล้ายคลึงกับการศึกษา คือ ทั้งการบำบัดรักษา และการศึกษา จำเป็นต้องมีการให้ความรู้ หรือให้การกระตุ้นอยู่เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง) ทั้งนี้อาจเชิญชวนให้ผู้ปกครอง หรือผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพราะปัญหายาเสพติดต้องได้รับการป้องกัน แกะไขร่วมกัน มิใช่เพียงฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า อัตราประสิทธิผลของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ต่ำกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยนอกกับผู้ปกครองมีมากกว่าความใกล้ชิดระหว่างผู้ป่วยในกับผู้ปกครอง ทางสถาบันยาเสพติด วิทยุรักษ์ อาจจะมีการชักจูง ชี้แจงถึงความสำคัญของครอบครัวให้แก่ผู้ปกครอง หรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม เพื่อให้ผู้ปกครองมาเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้อัตราประสิทธิผลของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ทางสถาบันควรให้ความเข้าใจ พุดคุย ชักจูงให้ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นถอนพิษยา เข้ารับการรักษาต่อในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นถอนพิษยาแล้ว มีจำนวนมากที่ไม่เข้ารับการรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้การบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ถือว่ามีความสำคัญมาก เป็นระยะของการพัฒนาทางด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังจากที่หยุดยาได้แล้ว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากการติดยาบา้เพิ่มมากขึ้น อันเป็นการเพิ่มประสิทธิผลของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และยังเป็นการช่วยลดอัตราการออกกลางคันของผู้ป่วยในด้วย โดยทั้งนี้เมื่ออัตราประสิทธิผลของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้น ก็จะสามารถช่วยลดต้นทุน - ประสิทธิผลที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบา้แบบผู้ป่วยในได้ทางหนึ่ง

3. จากผลการวิจัยที่พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกมี ต้นทุน - ประสิทธิผล ที่ต่ำกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และในส่วนของประสิทธิผลของการบำบัดรักษา พบว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีอัตราประสิทธิผล สูงกว่า การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งผลที่ได้ทั้ง 2 ด้านนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับองค์กร โรงพยาบาล สถานบำบัด หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ และเอกชน ที่มีความต้องการจะให้บริการการบำบัดรักษาผู้ติดยาบา้ โดยสามารถเลือกให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพราะมีต้นทุน - ประสิทธิผล ที่ต่ำกว่า และมีอัตราประสิทธิผล สูงกว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน อันเป็นการช่วยลดต้นทุน ค่าใช้จ่าย ทรัพยากรที่ใช้ในการบำบัด ทั้งที่เกิดกับผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยทั้งนี้ทางผู้ให้บริการจำเป็นต้องให้รายละเอียด และเชิญชวนให้ผู้ปกครอง พ่อ แม่ ผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดให้มากที่สุด อีกทั้งต้องให้สังคม ชุมชน มามีส่วนร่วมด้วย และหากทางผู้ให้บริการสามารถเปิดให้การบำบัดรักษาในสถานที่อยู่ใกล้ชุมชนได้มากเพียงใด จะเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดกับผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็นค่าเดินทาง ค่าอาหาร หรือในด้านของระยะเวลาใน

การเดินทาง ทำให้ไม่เป็นการแก่ผู้มารับบริการมากนัก ในด้านของต้นทุนค่าเสียโอกาสของผู้ปกครองเนื่องจากการมาเข้าร่วมการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย ที่พบว่าการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีต้นทุนค่าเสียโอกาสที่สูง (ร้อยละ 64.68 ของต้นทุนผู้ให้บริการ หรือ ร้อยละ 48.77 ของต้นทุนรวมทั้งหมด) หากการบำบัดรักษาสามารถให้บริการใกล้เขตชุมชนได้ ยิ่งเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานที่ติดยาบ้า หรือมีความเสี่ยงในการติดยาบ้า มาเข้ารับการบำบัดรักษา และอยู่เข้าร่วมการบำบัดรักษาพร้อมกับผู้ป่วย เนื่องจากเวลาที่ใช้ในการบำบัดในแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง ผู้ปกครองจึงสามารถที่จะขอลาพักโดยไม่ต้องเสียเวลาในการทำงานทั้งวัน อันเป็นการช่วยลดต้นทุนค่าเสียโอกาสในการบำบัดรักษา ในขณะเดียวกัน นอกจากทางผู้ให้บริการจะให้การบำบัดรักษาแล้ว ยังสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ปลุกฝังทัศนคติไม่ให้พึ่งยาเสพติด สอนทักษะการปฏิเสธหากถูกชวนให้ลองเสพ แก่บุคคลทั่วไป นักเรียน หรือกลุ่มเสี่ยงในเขตชุมชนได้อีกด้วย อันเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดบุคคล หรือนักเรียนในชุมชนเหล่านั้นไปพึ่งพายาเสพติด นับว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ คือที่ตัวบุคคล อันนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

4. จากผลการวิจัยที่พบว่า ต้นทุนของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน มีต้นทุนด้านงานโภชนาการที่สูง ทางสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์อาจลดต้นทุนด้านนี้ได้ จากการให้ผู้ป่วยร่วมกันปลูกพืชผักสวนครัว เลี้ยงสัตว์ รับประทานอาหารเอง (กิจกรรมลักษณะนี้ทางสถาบันมีจัดอยู่แล้ว แต่เป็นการผลิตเพื่อขาย) อันเป็นการลดต้นทุนด้านวัตถุดิบในการประกอบอาหาร และยังช่วยเสริมสร้างความสามัคคี ฝึกความรับผิดชอบให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยในอนาคตด้วย นอกจากนี้ในเรื่องต้นทุนของกิจกรรมบริการที่ได้มีการแยกแยะรายละเอียดตามขั้นตอนการบำบัดรักษา อันเป็นประโยชน์สำหรับองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีความต้องการจะให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าใช้เป็นข้อมูลว่า การบำบัดรักษาต้องมีกิจกรรมบริการอะไรบ้าง ใช้ต้นทุนในการบำบัดประมาณเท่าใด แต่ละงานมีสัดส่วนของต้นทุนอย่างไร เพื่อองค์กรหรือหน่วยงานเหล่านั้นนำไปกำหนด และวิเคราะห์วางแผนรูปแบบก่อนการดำเนินการบำบัดรักษาได้

5. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว แต่ไม่กลับมาติดตามผลคิดเป็นร้อยละ 15.38 ทำให้ไม่ทราบว่าการบำบัดรักษานั้นได้ผลเพียงไร ซึ่งขั้นตอนการติดตามผลนี้ก็เป็นหนึ่งในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ทางสถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์ จำเป็นต้องกำชับกับผู้ป่วยให้กลับมาติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะให้เห็นผลของการบำบัดรักษา และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากได้กลับมาปรึกษา รับคำแนะนำต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการป้องกันการหวนกลับมาติดซ้ำ แต่สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมา ทางสถาบันอาจต้องติดต่อประสานงานกับชุมชน หรือหน่วยงานของรัฐที่ผู้ป่วยอยู่ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปรายงานตัวติดตามผลในสถานที่ใกล้บ้านได้

6. จากผลการวิจัยที่พบว่า ต้นทุนของการบำบัดรักษามีต้นทุนที่ถูกกว่า ค่าใช้จ่ายในการซื้อยามาเสฟ ทางสถาบันยาเสพติดศูนย์วิจัยที่แจ้งให้ผู้ปกครอง และผู้ป่วยทราบว่าการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษามีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการซื้อยามา ซึ่งในระยะยาวหากผู้ป่วยไม่สามารถเลิกเสพยาได้ ก็ยังจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการซื้อยามาเสฟมีมูลค่าที่สูงขึ้น นอกจากนี้ปัญหาต่างๆ ก็จะมาตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพ การเรียน การประกอบอาชีพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และสังคม

7. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายในการซื้อยามาเสฟ ประมาณวันละ 342.97 บาท และ 191.07 บาท ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยที่เป็นนักเรียนอยู่ เป็นผู้ที่ยังไม่มีรายได้ ได้รับเงินจากพ่อ แม่ หรือผู้ปกครองเท่านั้น ดังนั้นในกรณีของผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน หากพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง สามารถพูดคุยกับเด็กในเรื่องของค่าใช้จ่ายประจำวัน ว่ามีอะไรบ้าง หรือให้เด็กแจกแจงค่าใช้จ่ายในการไปโรงเรียน ค่าขนม หรือค่าใช้จ่ายที่ต้องซื้ออุปกรณ์การเรียน ก็จะสามารถทำให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองกำหนดค่าใช้จ่ายประจำวันของเด็กได้ โดยที่ไม่จำเป็นต้องให้เงินเด็กไปโรงเรียนมากเกินไปจนความจำเป็น เป็นการป้องกันเด็กใช้เงินในทางที่ไม่ควร แต่ทั้งนี้พ่อ แม่ ผู้ปกครอง จำเป็นต้อง อบรมสั่งสอน ให้ความรัก ความดูแลเอาใจใส่แก่เด็ก รับฟังปัญหาของเด็กไปพร้อมๆ กันด้วย ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้แน่นแฟ้นขึ้น และเป็นการป้องกันการลักเล็กขโมยน้อย หรือการก่ออาชญากรรม จากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของเด็กเพื่อนำเงินไปซื้อยาเสพติด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพของงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ซึ่งหากการศึกษาครั้งต่อไปสามารถทำการศึกษาไปข้างหน้าได้ จะทำให้ศึกษาได้อย่างครอบคลุม และเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากสามารถควบคุมตัวแปร และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ได้ เช่น ลักษณะอาการของผู้ป่วย พาหนะในการเดินทางมารักษา ปริมาณการเสพยาบ้าของผู้ป่วย เป็นต้น

2. จากการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนผู้ติดยาบ้าเพียง 17 คน เท่านั้น เนื่องจากกำหนดกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ในช่วง 1 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 26 มกราคม – 25 กุมภาพันธ์ 2546 หากวิจัยครั้งต่อไปสามารถขยายระยะเวลาให้มากกว่านี้ จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีจำนวน และมีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งในเรื่องคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย และต้นทุนที่เกิดกับผู้รับบริการ

3. จากการวิจัยครั้งนี้ที่ทำการเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา ระหว่างการบำบัดแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ที่เข้ามารับบริการทั้ง 2 รูปแบบนี้ เป็นผู้ป่วยที่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษา หากวิจัยครั้งต่อไป โดยการเปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาระหว่างระบบสมัครใจ กับระบบบังคับรักษา เช่น การ

ใช้ศาสนาบำบัด การใช้กฎระเบียบทางทหาร จะทำให้เห็นถึงรูปแบบของการบำบัดว่ารูปแบบใดให้ต้นทุน – ประสิทธิภาพที่ดีกว่า ซึ่งอาจนำมาสร้างวิธีการ มาตรการในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าได้

4. จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยไม่ได้ศึกษาถึงผลของการบำบัดในเชิงคุณภาพที่มีต่อผู้ป่วย เช่น ความสุขทางจิตใจของผู้ป่วย ของครอบครัว ด้านสุขภาพศักยภาพในการทำงาน และการกลับคืนสู่สังคม ดังนั้นหากงานวิจัยครั้งต่อไปสามารถศึกษาในเชิงคุณภาพที่ผู้ป่วยได้รับหลังการบำบัดรักษา จะทำให้สามารถสรุปประสิทธิผลของการบำบัดรักษาได้ชัดเจนขึ้น

5. ประสิทธิภาพในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะจำนวนผู้ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และไม่กลับมาติดซ้ำในระยะเวลา 3 เดือนเท่านั้น โดยไม่ได้ศึกษาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้เสพยาสามารถเลิกเสพยาได้ และไม่หวนกลับมาติดยาซ้ำ และจากที่ผู้วิจัยทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ มีเพียงไม่กี่งานที่กล่าวว่าการบำบัด และตัวผู้เสพยาเป็นปัจจัยในการเลิกเสพยา ซึ่งในความเป็นจริงน่าจะมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย โดยทั้งนี้เอกสารหรืองานวิจัยเกือบทั้งหมดจะเป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้คนเสพยาเสพติด โดยหากงานวิจัยครั้งต่อไปสามารถศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถเลิกเสพยา และไม่หวนกลับมาติดซ้ำได้ หรือศึกษาถึงปัจจัยใดที่ทำให้คนหวนกลับมาติดซ้ำอีก จะทำให้เกิดประโยชน์ในการสร้างหลักสูตร โครงสร้าง หรือกำหนดมาตรการต่างๆ ที่จะช่วยให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะทำให้เป็นการประหยัดงบประมาณต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณในการป้องกัน ปราบปราม และการแก้ไข(บำบัดรักษา) นอกจากนี้คุณภาพของประชากรอันเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาประเทศก็จะสามารถสร้างความเจริญรุ่งเรืองให้ทั้งกับตนเอง เศรษฐกิจ และสังคมด้วย และยังช่วยลดปัญหาสังคมต่างๆ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาอุบัติเหตุ และปัญหาโสเภณี

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร เมืองชนะ. (2543, ตุลาคม). “เตรียมตัวอย่างไรเมื่อไปบำบัดรักษายาเสพติด,” *ฟ้าใส*. 3 (5) : 5 - 6.
- กนกพรรณ กัลยาณสูตร. (2532). *การวิเคราะห์แนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษในระบบคุมประพฤติผู้ใหญ่*. ปรินญานิพนธ์ (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- กมลชนก เทพสิทธิ์า. (2542). *การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอช ไอ วี ณ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2542*. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กรมสุขภาพจิต. (2545). *ความรู้เรื่องยาบ้า*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงศึกษาธิการ. (2543). *รายงานผลการวิจัย การศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาบ้าในสถานศึกษา*. กรุงเทพฯ : กระทรวงฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546?). *ครอบครัวสุขใจปลอดภัยยาเสพติด*. นนทบุรี : กระทรวงฯ.
- กองนิติกร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). *กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 และกฎกระทรวง ว่าด้วยกลุ่มภารกิจ พ.ศ. 2545*. นนทบุรี : สำนักงานฯ.
- กัญญา ภูระหงษ์. (2545). *การใช้วิธีเจริญสติตามหลักการพระพุทธศาสนา ในผู้ป่วยหญิงติดยาแอมเฟตามีน โรงพยาบาลธัญญารักษ์*. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (เกษตรศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- “การตรวจปัสสาวะ.” (2544, กุมภาพันธ์). *ฟ้าใส*. 3 (ฉบับพิเศษ) : 23.
- กุสุมา แสงเดือนฉาย. (2542). *ประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อป้องกันการติดยาของผู้เสพยาแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์*. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- แกมทอง อินทร์ดี. (2537) *ระบาดวิทยาสำหรับนักเศรษฐศาสตร์*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โกศล วงศ์สวรรค์ และสถิต วงศ์สวรรค์. (2543). *ปัญหาสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : รวมสาส์น (1977) จำกัด.
- ไกรยุทธ วีระยาตীনันท์. (2531). *แนวพระราชดำริด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว*. กรุงเทพฯ : สถาบันไทยศึกษาและฝ่ายวิจัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จารุวรรณ ธรรมวิทย์. (2534). การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย : ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดรักษาแบบแผนปัจจุบันและแผนโบราณ. วิทยานิพนธ์ (สาขาอาชญากรรมและงานยุติธรรม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ฉวีวรรณ กิตติศักดิ์สุนทร. (2536). วิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุน – ประสิทธิภาพการวินิจฉัยโรคมาลาเรียชนิด พี. ฟัลซิพารัม ด้วยวิธีตรวจฟิล์มโลหิตชนิดหนา (TBF) อีไลซ่า (ELISA) และคิวบิซี (QBC). วิทยานิพนธ์ ศ.ม. (วิชาเศรษฐศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ฉวีวรรณ ทิมา. (2536). การศึกษาด้านทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาไข้มาลาเรียในสถานเอนามัย. วิทยานิพนธ์ ศม. (วิชาเศรษฐศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชนิดา สุวรรณศรี. (2542) ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ของเยาวชนผู้ติดยาเสพติด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- ธิดารัตน์ อนุรัตน์. (2544). การประเมินโครงการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบโปรแกรมแมทริกซ์ ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิชาสุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ธำรงค์ อุดมไพจิตรกุล และคณะ. (2545). รายงานผลวิจัย เศรษฐศาสตร์การพัฒนารักษาพยาบาลมนุษย์ : ตามแนวพระราชดำริ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทวีวัฒน์ ปุณฺทริกวิวัฒน์. (2546). เมืองไทยในความใฝ่ฝันของพระธรรมปิฎก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมิก จำกัด.
- เทียนฉาย กีระนันท์. (2537). เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ : การพัฒนาสุขภาพอนามัยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล สิงห์คง. (2539). การวิเคราะห์ต้นทุนของการรักษาวินโรคปอด ณ ศูนย์วินโรคเขต. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- นพพร พานิชสุข. (2523). อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการใช้จ่ายกระตุ้นประสาทประเภทแอมเฟตามีนของเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- บังอร บุญรักษาสัตย์. (2533). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่เข้ารับการบำบัดรักษาชั้น
ฟื้นฟูสมรรถภาพ ของผู้ป่วยยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี.
วิทยานิพนธ์ (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
ถ่ายเอกสาร.
- บุญคง หันจางสิทธิ์. (2540). เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์ : ประชากร แรงงาน การศึกษา
ฝึกอบรม ศาสนธรรม จริยธรรม สุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : โอ เอส พริ้น
ติ้ง เฮ้าส์.
- ประเทือง ธนิยผล. (2530). การใช้วิธีการบำบัดรักษาและอบรมแก้ไขฟื้นฟูจิตใจแทนการใช้เรือน
จำต่อผู้กระทำผิดฐานเสพยาเสพติด. วิทยานิพนธ์ (สาขาอาชญวิทยา และงานยุติ
ธรรม). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พจนา อินทรพรหม. (2525). รายงานการวิจัย เรื่องการศึกษาต้นทุนของคนไข้ในการรับบริการ
การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลอำเภอ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พิตร ทองชั้น. (2541). การประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพ็ญศรี สุโรจน์. (2538). การวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษาโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาโรง
พยาบาลเด็ก. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. (วิชาเศรษฐศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- แพรวพิมพ์ ประโชนเทพ. (2542, พฤศจิกายน). "ผ้าทางตัน," ผ้าใส. 2 (11) : 9.
- ไพศาล ไกรสิทธิ์. (2541). การศึกษาเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ : คณะครุ
ศาสตร์สถาบันราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- มารีสา หะสาเมาะ. (2540). ประสิทธิภาพของการจัดโครงการป้องกันการใช้ยาและสารเสพติด
สำหรับนักเรียนวัยรุ่น ในเขตกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิชาพยาบาล
สาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. (2539). ประมวลพระบรมราโชวาทพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิ
พลอดุลยเดช ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตร ตั้งแต่พุทธศักราช 2493 – 2537.
นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยฯ.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2537) เอกสารการสอน ชุดวิชา 60120 หลักเศรษฐศาสตร์
เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 17. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยฯ.
- เมธพงษ์ บุญศรี. (2544). ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสพยาแอมเฟตามีน
(ยาบ้า) ของนักศึกษาวิชาชีพเพศชาย ในเขตอำเภอเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์
ศศ.ม. (สังคมวิทยาประยุกต์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- ยุพา วงศ์ไชย และคณะ. (2538). รายงานการประเมินผล เรื่อง การประเมินผลการควบคุม ป้องกันและแก้ไขการแพร่ระบาดของวัตถุเสพติด (ยาบ้า). กรุงเทพฯ : สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2539). การประเมินโครงการ แนวคิดและปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวเรศ ทับพันธุ์. (2541). การประเมินโครงการตามแนวทางเศรษฐศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รุ่งอนันต์ เดชผ่อง. (2543, มกราคม). "ยาบ้าสถานการณ์ที่ยังน่าเป็นห่วง," ฟาไซ. 3 (1) : 7.
- โรงพยาบาลธัญญารักษ์. (2544). รายงานประจำปี 2544. ปทุมธานี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์.
- (2544ก). ดำเนินการพยาบาลยาเสพติด. ปทุมธานี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์.
- (2544ข). คู่มือการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST MODEL). ปทุมธานี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์.
- (2544?). คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบบผู้ป่วยนอก ในชุมชน ตามรูปแบบ กาย - จิต - สังคมบำบัด. ปทุมธานี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์.
- วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ. (2536). เศรษฐศาสตร์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิวัฒน์ พัฒนาพูนสิน. (2539). การบัญชีทรัพย์สิน. กรุงเทพฯ : คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสยาม.
- วีระพล สุวรรณนันต์. (2524). ความรู้เบื้องต้นในการจัดเตรียมแผนและโครงการ ตอน การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแผนและโครงการ. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วรภรณ์ สยนาทนนท์. (2530). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้โทษ : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. ปริญญาโท (สังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ศักดิ์นา บุญเปี่ยม. (2534). ทศนคติของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีต่อการเปิดรับข่าวสารในเรื่องการบำบัดรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลธัญญารักษ์ กระทรวงสาธารณสุข. ปริญญาโท (สื่อสารมวลชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สมคิด แก้วสนธิ, ภิรมย์ กมลรัตนกุล. (2534). การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และ นิภาพ มนูญปัจจุ. (2525). ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สถาบันยาเสพติดติดยาพิษ. (2546). สถิติค่าเสื่อมราคา. (ซีดี). ปทุมธานี : สถาบันฯ.
- (2545). สถิติผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด. (ซีดี). ปทุมธานี : สถาบันฯ.
- (2546). สถาบันยาพิษ. (แผ่นพับ). ปทุมธานี : สถาบันฯ.
- สถาบันพระบรมราชชนก.(2543). แนวทางการปฏิรูปการจัดการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข
ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. นนทบุรี : สถาบันฯ.
- สร้อยญา ลิมสาพรหม. (2543). ต้นทุนต่อหน่วยบริการงานห้องคลอดโรงพยาบาลสวรรค์
ประชารักษ์ปีงบประมาณ 2541. ปริญญาโท วท.ม. (วิชาการบริหารสาธารณสุข
ศาสตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สาธิต มลิณทงกูร. (2543). พฤติกรรมค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลของผู้ติดยาเสพติด ประเภท
ยาบ้า. ปริญญาโท วท.ม. (สาขาเศรษฐศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุคนธ์ พรหมรักษา. (2544). ผลของกิจกรรมกลุ่มต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาบ้า.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- สุจินต์ ปริชามารถ. (2535). สุขภาพส่วนบุคคล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-
วิโรฒ.
- สุชาติ เลาบริพัตร. (2544). ทางรอด วิกฤตและทางออกของปัญหาการระบาดของยาบ้า.
พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- (2542, มิถุนายน). "ต่อสู้กับปัญหายาเสพติดอย่างไร," ฟ้าใส. 2 (6) : 4.
- (2542, มีนาคม). "รักษาผู้ติดยาบ้าอย่างไรถึงได้ผล," ฟ้าใส. 2 (3) : 7.
- สุธาสนี น้อยอินทร์. (2543). วิธีการบำบัดฟื้นฟูเด็ก – เยาวชนผู้ติดยาเสพติดโดยกระบวนการ
จิตวิทยา : กรณีศึกษามูลนิธิเพื่อเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่งในจังหวัดยโสธร.
ภาคินพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนสังคม). กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์.
ถ่ายเอกสาร.
- สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย. (2533). ยาและสิ่งเสพติดให้โทษ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรง
พิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- หนึ่งหทัย กอปรศรีสวัสดิ์. (2542). การศึกษาสาเหตุของการติดสารเสพติดและความคาดหวัง
ในการเข้ารับการรักษาของเยาวชนที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติด
กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (วิชาจิตวิทยาการแนะแนว). ถ่ายเอกสาร.
- อรนัย วรรณสุภา. (2536). การวิเคราะห์ต้นทุนของการผ่าตัดรักษาด้วยแสงคาร์บอนได
ออกไซด์เลเซอร์ เปรียบเทียบกับ การผ่าตัดรักษาด้วยวิธีธรรมดา : กรณี ศึกษาการ
ผ่าตัดรักษาริดสีดวงทวาร. ปริญญาโท ศ.ม. (วิชาเศรษฐศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- อรรถนพ วิสุทธีมรรค. (2541). พฤติกรรมการบริโภคสารเสพติด. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุขกรมการแพทย์.
- อภิรดี พุกกะพนาชาติ และวิไลรัตน์ สิริฤกษ์สกุล. (2543). รายงานการวิจัย เรื่องการศึกษาแรงสนับสนุนของญาติของผู้ป่วยเสพติดสารแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ครบกำหนด. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์. ถ่ายเอกสาร.
- อภาศิริ สุวรรณานนท์. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบชุมชนบำบัด ศึกษาเฉพาะกรณีความพร้อมของศูนย์ชุมชนบำบัดธัญญารักษ์. ปรินุญานินท์ ศศ.ม. (วิชาเทคโนโลยีสังคม). มหาวิทยาลัยเกริก. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพร วิจิตรพันธ์. (2520). เศรษฐศาสตร์การศึกษาและการวางแผนกำลังคน. กรุงเทพฯ : คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อัมพร โอตระกูล. (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์.
- อุทัย แผ้วพลสง. (2542). สาเหตุการติดยาเสพติดของผู้ต้องขัง ในทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง. ปรินุญานินท์ ศศ.ม. (วิชาการศึกษาคณะใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- อุทัย ม่วงศรีเมืองดี. (2537). การวิเคราะห์ต้นทุน – ประสิทธิภาพของการใช้ยา Zidovudine ในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์. ปรินุญานินท์ ศศ.ม. (วิชาเศรษฐศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อุทัย หิรัญโต. (2525). เทคนิคการบริหาร. กรุงเทพฯ : ทิพย์อักษรการพิมพ์.
- อุไรวรรณ วงศ์พรประทีป และคณะ. (2544). การรับรู้และการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวให้ผู้เสพติดยาบ้าสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์. ถ่ายเอกสาร.
- Bickman, Leonard and Rog, Debra J. (1998). *Handbook of Applied Social Research Methods*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Drummond, Michael F. and Others. (1997). *Methods for The Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd ed. Newyork : Oxford University Press.
- Friedman, Lawrence S. and Others. (1996). *Source Book of Substance Abuse and Addiction*. Maryland : Victor Graphics.
- Weisbrod, Burton A. (1983). *Economics and Medical Research*. Whashington : American Enterprise Institute for Public Policy.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
และจดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. อาจารย์อุ๋นกัง แซ่ลี้ม อาจารย์คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
2. อาจารย์วิพรรณ สาลีผล อาจารย์ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. นางสาวสุกมา แสงเดือนฉาย พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. สถาบันยาเสพติดติดยุญารักษ์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ทบ 1012/3492

วันที่ ๑๔ มีนาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะสังคมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวพรณิศา จันทร์ดีวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกเศรษฐศาสตร์การศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "การเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าระหว่างการบำบัดแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันธัญญารักษ์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐกา ตันสกุล และ อาจารย์ไมตรี อภิพัฒน์มนตรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์วิพรรณ สาลีผล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาบ้า และ แบบสำรวจค่าใช้จ่ายของสถาบันธัญญารักษ์ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ และแบบสำรวจให้ นางสาวพรณิศา จันทร์ดีวงษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(รองศาสตราจารย์ณภัทรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ 3494



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๕ มีนาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะคณิศาสตร์มหาวิทาลัยเกษตรศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแบบสำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวพรณิศา จันทร์ตะวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกเศรษฐศาสตร์การศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "การเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าระหว่างการบำบัดแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันธัญญารักษ์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉัฐภา ตันสกุล และ อาจารย์ไมตรี อภิพัฒน์มนตรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์อุ๋นกัง แซ่ลิ้ม เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาบ้า และแบบสำรวจค่าใช้จ่ายของสถาบันธัญญารักษ์ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และแบบสำรวจ ให้ นางสาวพรณิศา จันทร์ตะวงษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ภาภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

ที่ ทม 1012/3493



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๘ มีนาคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยดาราศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแบบสำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวพรณิศา จันทร์ดีวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกเศรษฐศาสตร์การศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "การเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าระหว่างการบำบัดแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันวิจัยดาราศาสตร์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐภา ดันสกุล และ อาจารย์ไมตรี อภิพัฒน์มนตรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาวสุกมา แสงเดือนฉาย พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาบ้า และแบบสำรวจค่าใช้จ่ายของสถาบันวิจัยดาราศาสตร์ ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และแบบสำรวจ ให้ นางสาวพรณิศา จันทร์ดีวงษ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภาพร หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

ที่ ทม 1012/ 4079



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

6 พฤษภาคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันฯเสพติคธัญญารักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแบบสำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวพรณิศา จันทร์ตะวงษ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกเศรษฐศาสตร์การศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "การเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าระหว่างการบำบัดแบบผู้ป่วยใน กับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันธัญญารักษ์" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐกา ตันสกุล และ อาจารย์ไมตรี อภิพัฒนะมนตรี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ ตอบแบบสอบถามค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาบ้า และขอให้เจ้าหน้าที่สถาบันในตึกถอนพิษยา ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ หน่วยงานบำบัดรักษาโดยตรง และหน่วยงานสนับสนุนโดยตรง ตอบแบบสำรวจค่าใช้จ่ายของสถาบันธัญญารักษ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2546

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวพรณิศา จันทร์ตะวงษ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นภภรณ์ หะวานนท์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

ภาคผนวก ข

แบบสำรวจ

ต้นทุน / ค่าใช้จ่าย ของสถาบันยาเสพติดติดยาบำบัดที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยา
และจำนวนผู้ติดยาบำบัด ที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ

แบบสอบถาม

ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาบำบัด ที่เข้ารับการบำบัดรักษา
ในสถาบันยาเสพติดติดยาบำบัด

แบบสำรวจต้นทุน / ค่าใช้จ่าย ของสถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์ที่ใช้ในการ
บำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

คำชี้แจง

แบบสำรวจฉบับนี้ใช้เพื่อศึกษาต้นทุน / ค่าใช้จ่าย ของสถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์
จากการลงทุนให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2545 –
กุมภาพันธ์ 2546 ซึ่งแบบสำรวจแบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุน / ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า ของ
สถาบันยาเสพติดวิทยุรักษ์

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ติดยาบ้าที่ผ่านการบำบัดรักษาในชั้นฟื้นฟู
สมรรถภาพ

ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บ เป็นความลับ และจะนำมาทำการ
ประมวลผลในภาพรวม จึงไม่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของท่าน หากแต่จะเป็นประโยชน์ต่อการ
ศึกษา ต้นทุน – ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลของ
สถาบันได้

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดีในการตอบแบบสำรวจจากท่าน
และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

นางสาวพรณิศา จันทรตะวงษ์
นิสิตปริญญาโทสาขาเศรษฐศาสตร์การศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสำรวจจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า
รหัสประจำตัว.....

เดือน	จำนวนวัน ที่ปฏิบัติงานใน 1 เดือน	หมายเหตุ
มีนาคม 2545		
เมษายน 2545		
พฤษภาคม 2545		
มิถุนายน 2545		
กรกฎาคม 2545		
สิงหาคม 2545		
กันยายน 2545		
ตุลาคม 2545		
พฤศจิกายน 2545		
ธันวาคม 2545		
มกราคม 2546		
กุมภาพันธ์ 2546		
รวม		

แบบสำรวจรายการค้าของผู้ป่วย ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

ลำดับ	รายการยา	จำนวน	ต้นทุน / หน่วย (บาท)	ราคาขาย / หน่วย (บาท)	หมายเหตุ

ค่าใช้กระแสไฟฟ้า

แบบสำรวจการใช้สาธารณูปโภค ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

เดือน	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
มีนาคม 2545		
เมษายน 2545		
พฤษภาคม 2545		
มิถุนายน 2545		
กรกฎาคม 2545		
สิงหาคม 2545		
กันยายน 2545		
ตุลาคม 2545		
พฤศจิกายน 2545		
ธันวาคม 2545		
มกราคม 2546		
กุมภาพันธ์ 2546		
รวม		

ค่าใช้น้ำประปา

แบบสำรวจการใช้สาธารณูปโภค ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า (ต่อ)

เดือน	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
มีนาคม 2545		
เมษายน 2545		
พฤษภาคม 2545		
มิถุนายน 2545		
กรกฎาคม 2545		
สิงหาคม 2545		
กันยายน 2545		
ตุลาคม 2545		
พฤศจิกายน 2545		
ธันวาคม 2545		
มกราคม 2546		
กุมภาพันธ์ 2546		
รวม		

แบบสอบถามค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาบ้า ที่เข้ารับการบำบัด
ในสถาบันยาเสพติดตัญญารักษ์

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ใช้เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาบ้า ซึ่งค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงไม่คำตอบใดถูกหรือผิด

ข้อมูลต่างๆ ของท่านจะถูกเก็บ เป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการนำมาวิเคราะห์จัดทำปริญญานิพนธ์

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

นางสาวพรณิดา จันทรดีวงษ์
นิสิตปริญญาโทสาขาเศรษฐศาสตร์การศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**แบบสอบถามค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของผู้ติดยาเสพติด ประเภทยาบ้า
ที่เข้ารับการบำบัดในสถานยาเสพติดธัญญารักษ์**

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

☐

ผู้ป่วยใน

☐

ผู้ป่วยนอก

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ - นามสกุล อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า / แยกกันอยู่ ☐ หม้าย
3. ระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบ
☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษาตอนต้น ☐ ประถมศึกษาตอนปลาย
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ ปวช./ปวส./อนุปริญญา
☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพหลักที่ทำอยู่ปัจจุบัน
☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ☐ เจ้าของกิจการ
☐ พนักงานเอกชน ☐ รับจ้างทั่วไป ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ อื่นๆ ระบุ.....
5. ที่อยู่ปัจจุบัน อาศัยอยู่ในจังหวัด
☐ กรุงเทพฯ ☐ นนทบุรี ☐ ปทุมธานี
☐ ฉะเชิงเทรา ☐ สมุทรปราการ ☐ นครปฐม
☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. ปริมาณการเสพยาบ้า ก่อน เข้ารับการบำบัดรักษา โดยเฉลี่ย.....เม็ด / วัน/สัปดาห์/เดือน
รวมเป็นเงิน.....บาท / วัน/สัปดาห์/เดือน
7. ผู้ปกครองที่มาเข้ากิจกรรมกลุ่มกับท่าน เกี่ยวข้องเป็น.....
8. รายได้ของผู้ปกครองที่พาท่านมาเข้ารับการบำบัดรักษา โดยเฉลี่ย / เดือน.....บาท

ตอนที่ 2 ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการบำบัดรักษา

1. ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา เช่น ค่าเอกซเรย์ ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตรวจเลือด ค่าเตียง ฯลฯ

ครั้งที่	วันที่จ่าย	ขั้นเตรียมการ		จำนวนเงิน
		เหมาจ่าย	ผ่อนจ่าย	
1				
2				
3				
			รวม	

ครั้งที่	วันที่จ่าย	ขั้นถอนพิษยา		จำนวนเงิน
		เหมาจ่าย	ผ่อนจ่าย	
1				
2				
3				
4				
			รวม	

ครั้งที่	วันที่จ่าย	ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ		จำนวนเงิน
		เหมาจ่าย	ผ่อนจ่าย	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
			รวม	

2. ค่าใช้จ่ายของใช้ประจำวัน (สบู่ ยาสีฟัน แชมพู ฯลฯ) ค่าขนม และอื่นๆ นอกเหนือจากค่าบำบัดรักษาที่ท่านใช้ระหว่างอยู่ในสถานพยาบาลจิตตปัญญารักษ์ เป็นจำนวนเงินเท่าใดต่อเดือน (เฉพาะผู้ป่วยใน)

เดือนที่ 1.....บาท	เดือนที่ 2.....บาท
เดือนที่ 3.....บาท	เดือนที่ 4.....บาท
เดือนที่ 5.....บาท	เดือนที่ 6.....บาท
เดือนที่ 7.....บาท	เดือนที่ 8.....บาท
เดือนที่ 9.....บาท	เดือนที่ 10.....บาท
เดือนที่ 11.....บาท	เดือนที่ 12.....บาท

3. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าอาหารของท่าน ในการมาเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นจำนวนเงินเท่าใด (ผู้ป่วยในจะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางใน วันเข้า และวันจำหน่ายออก และวันมาติดตามผล)

- ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมไป – กลับ..... บาท / ครั้ง
- ค่าอาหาร..... บาท / ครั้ง

4. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าอาหารของผู้ปกครอง ในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดพร้อมกับท่าน

- ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมไป – กลับ.....บาท / ครั้ง
- ค่าอาหาร.....บาท / ครั้ง

5. จำนวนครั้งที่ผู้ปกครองมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดพร้อมกับท่าน

(ผู้ปกครองของผู้ป่วยใน จะไม่นับวันที่ผู้ปกครองมาเยี่ยม)

- ชั้นเตรียมการ (ชั้นที่ 1).....ครั้ง
- ชั้นถอนพิษยา (ชั้นที่ 2).....ครั้ง
- ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ (ชั้นที่ 3).....ครั้ง

6. ท่านมีค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาบางส่วนที่ฝ่ายสังคมสงเคราะห์บริการจ่ายให้หรือไม่

☐ มี ☐ ไม่มี

ถ้ามีเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ภาคผนวก ค

รายละเอียดของต้นทุนผู้ให้บริการที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

ตาราง 13 แสดงรายละเอียดของต้นทุนผู้ให้บริการที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

หน่วย : บาท

กิจกรรมบริการ	ค่าเสื่อม อาคาร	ค่าเสื่อม ครุภัณฑ์	ค่าแรง	ค่าวัสดุ	ค่า สาธารณูปโภค
- ขึ้นเตรียมการ	250,134.00	27,758.75	1,935,100.00	66,647.00	12,389.40
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	26.27	2.92	210.65	7	1.3
- งานรังสี	250,134.00	1,431,579.00	889,610.00	228,000.00	12,389.40
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	36.19	207.11	133.63	69.99	1.79
- งานพยาธิ	416,890.00	949,760.00	1,519,090.00	14,520.00	103,245.02
- ตรวจสอบสารเสพติดก่อน การบำบัด (ต้นทุนน้ำ ยาตรวจ 185 บาท/คน) เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	7.34	16.72	21.85	185.26	1.82
				(185 + 0.26)	
- ตรวจสอบสารเสพติด ระหว่างและก่อนการ บำบัดต้นทุนน้ำยา ตรวจ 70 บาท/คน) เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	7.34	16.72	21.85	70.26	1.82
				(70 + 0.26)	
- ค่าบริการทางการแพทย์	-	-	3,177,760.00	-	-
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	-	-	11.36	-	-
- งานถอนพิษยา					
- ตึกโกเมน	-	38,388.45	1,695,660.00	75,749.33	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	-	3.19	11.75	6.3	25.75
- ตึกมุก	-	41,156.25	2,151,282.00	62,427.99	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	-	3.74	17.77	5.67	28.14
- ตึกเพทาย	57,466.67	30,769.50	1,002,532.00	36,025.50	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	5.24	2.81	10.43	3.29	28.28

หน่วย : บาท					
กิจกรรมบริการ	ค่าเสื่อม อาคาร	ค่าเสื่อม ครุภัณฑ์	ค่าแรง	ค่าวัสดุ	ค่า สาธารณูปโภค
- งานฟื้นฟูสมรรถภาพ					
- ตีกทองเนื้อเก้า	686,666.67	12,086.00	1,505,460.00	104,353.43	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	39.98	0.7	7.97	6.08	18.03
- ตีกพลอยร่วง	146,833.33	13,229.85	1,782,520.00	36,707.00	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	11.17	1.01	12.33	2.79	23.58
- ตีกโอปอ	383,333.33	28,425.40	1,719,340	50,694.56	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	20.33	1.51	9.12	2.69	16.43
- ตีกอัญมณี	419,000.00	16,028.00	1,707,690.00	77,272.16	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	36.29	1.39	16.44	6.69	26.83
- งานโภชนาการ	16,000.00	10,625.00	1,664,300.00	6,961,050	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	0.09	0.07	9.76	40.83	1.82
- งานซักฟอก	-	51,030.00	634,560.00	28,800.00	309,735.05
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	-	0.75	9.31	0.42	4.55
- กลุ่มสังคมบำบัด	-	-	443,440.00	-	-
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	-	-	3.2	-	-
- กลุ่มจิตบำบัด	-	-	692,860.00	-	-
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	-	-	4.97	-	-
- กลุ่ม Matrix	-	-	362,480.00	-	-
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	-	-	24.93	-	-
- ศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วยนอก	416,890.00	3,468.00	597,390.00	55,860.00	103,245.02
เฉลี่ยต่อคน ต่อวัน	27.99	0.23	41.22	3.75	6.93

ตัวอย่างวิธีการคำนวณหาต้นทุนผู้ให้บริการ

งานรังสี

1. จำนวนผู้เข้ารับบริการใน 1 ปี	6,912	คน	----- (1)
2. ต้นทุนลงทุน			
- ค่าเสื่อมราคาอาคารต่อปี	250,134.00	บาท	----- (2)
เฉลี่ยต่อคนต่อวัน	36.19	บาท	----- (2)/(1)=(3)
- ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ต่อปี	1,431,579.00	บาท	----- (4)
เฉลี่ยต่อคนต่อวัน	207.11	บาท	----- (4)/(1)=(5)
รวมต้นทุนลงทุนเฉลี่ยต่อคนต่อวัน	243.30	บาท	----- (3)+(5)

เมื่อได้ต้นทุนลงทุนเฉลี่ยต่อคนต่อวันของงานรังสีแล้ว นำไปคูณกับจำนวนวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วหารด้วยจำนวนผู้ป่วย จะได้ต้นทุนลงทุนของงานรังสีเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน (ผู้ป่วย 1 คน เข้ารับบริการ 1 ครั้ง) ผู้ป่วยใน จำนวน 13 คน

$$\frac{(243.30 \times 1)_1 + (243.30 \times 1)_2 + \dots + (243.30 \times 1)_{13}}{13} = 243.30 \text{ บาท/คน}$$

3. ต้นทุนดำเนินการ

- ค่าวัสดุใน 1 ปี	483,744.00	บาท	----- (6)
เฉลี่ยต่อคนต่อวัน	69.99	บาท	----- (6)/(1)=(7)
- ค่าสาธารณูปโภคใน 1 ปี	12,389.40	บาท	----- (8)
เฉลี่ยต่อคนต่อวัน	1.79	บาท	----- (8)/(1)=(9)
- ค่าแรงใน 1 ปี	889,610.00	บาท (จากวิธีการคำนวณค่าแรง)	
เฉลี่ยต่อคนต่อวัน	133.63	บาท	----- (10)
รวมต้นทุนดำเนินการ			
เฉลี่ยต่อคนต่อวัน	205.41	บาท	----- (7)+(9)+(10)

เมื่อได้ต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยต่อคนต่อวันของงานรังสีแล้ว นำไปคูณกับจำนวนวันที่ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วหารด้วยจำนวนผู้ป่วย จะได้ต้นทุนดำเนินการของงานรังสีเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน

$$\frac{(205.41 \times 1)_1 + (205.41 \times 1)_2 + \dots + (205.41 \times 1)_{13}}{13} = 205.41 \text{ บาท/คน}$$

วิธีการคำนวณค่าแรงของเจ้าหน้าที่งานรังสี

ต้นทุนค่าแรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงานเฉลี่ยต่อชั่วโมง

$$\frac{\text{ค่าแรงรวมเจ้าหน้าที่งานรังสีใน 12 เดือน}}{\text{จำนวนแพทย์} \times 230 \times 7} = \frac{889,610}{5 \times 230 \times 7} = 110.50 \text{ บาท/ชั่วโมง}$$

ต้นทุนค่าแรงของเจ้าหน้าที่งานรังสีเฉลี่ยต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อวัน

$$\begin{aligned} & \frac{\text{ต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยต่อชั่วโมง} \times \text{ชั่วโมงการปฏิบัติงานใน 12 เดือน}}{\text{จำนวนวันผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาเดียวกัน}} \\ &= \frac{110.50 \times 8,358}{6,912} = 133.63 \text{ บาท /คน /วัน} \end{aligned}$$

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	น.ส.พรณิดา จันทรดีวงษ์
วันเดือนปีเกิด	23 มกราคม 2522
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	21 รังสิต – ปทุมธานี 12 ซอย 15 ต.ประชาธิปัตย์ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 12130
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะทำงานสังเคราะห์ยุทธศาสตร์ฯ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2543	กศ.บ.(การศึกษามัธยมศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2546	ศ.ม.(เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ