

สรุปการประชุมผู้เชี่ยวชาญการประเมินผลเชิงเศรษฐศาสตร์ :

การศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของชุดกิจกรรมบริการ

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง

วันอังคารที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2554 เวลา 14.30 - 17.30 น.

ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1. ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกทิน  | มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย  |
| 2. พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย   | กลุ่มงานวิจัยทางคลินิกกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  |
| 3. นางวิภาดา มหรัตน์วิโรจน์     | กลุ่มงานพัฒนารูปแบบการควบคุมโรค   |
| 4. ผศ.ดร. สุคนธา คงศีล          | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<br>ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล<br>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. นางลาวัลย์ สาโรวาท           | มูลนิธิพีเอสไอ (ไทยแลนด์)   |
| 6. ผศ.เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร      | มูลนิธิพีเอสไอ (ไทยแลนด์)   |
| 7. นายโกศล ชื่นชมสกุลชัย        | สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย   |
| 8. น.ส.ลัดดา จิตวัฒนแพทย์       | สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย  |
| 9. นางฉวีวรรณ ปัญญบุตรย์        | สถาบันธัญญารักษ์  |
| 10. น.ส.ชลลดา นันทวิสัย         | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข   |
| 11. นางเพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง | สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  |
| 12. น.ส.ชนัดดา ลีรุ่งศัพท์      | สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  |
| 13. นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม          | ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ   |
| 14. น.ส.พรทิพย์ เข้มเงิน        | ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ   |
| 16. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์      | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  |
| 17. ภาณุ.ปฤษฎาพร กิ่งแก้ว       | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  |
| 18. Dr. Chan Yin Myint          | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  |
| 19. ภาณุ.คัคณางค์ โตสงวน        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  |

ผู้ไม่ได้เข้าร่วมประชุม

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. นพ.เจวดสรร นามวาท         | สำนักกระบาดวิทยา                            |
| 2. น.ส.ต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์ | มูลนิธิรักษ์ไทย                             |
| 3. พญ.จิตรลดา อุทัยพิบูลย์   | ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข     |
| 4. พญ.เพชรศรี ศิริรินทร์     | ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ |

1 เริ่มประชุมเวลา 14.30 น.

2

3  ภญ.ปฤษฎัฏพร กิ่งแก้ว ได้แนะนำหน่วยงาน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ  
4 (HITAP) และชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการประชุมผู้เชี่ยวชาญให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบ ซึ่งวัตถุประสงค์  
5 ของการประชุมผู้เชี่ยวชาญในคราวนี้ คือ เพื่อให้ทราบถึงความเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย  
6 ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ สามารถตอบคำถามให้กับผู้บริหารได้มากน้อยเพียงใด การศึกษานี้จะสามารถช่วย  
7 พัฒนาการดำเนินงานของผู้ดำเนินโครงการได้หรือไม่ และข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการศึกษาวิจัยนี้มีอะไรบ้าง จากนั้น  
8 ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้กล่าวถึงที่มาและเหตุผลของการศึกษาวิจัย สืบเนื่องมาจากศูนย์อำนวยการ  
9 บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติโดย พญ.เพชรศรี ศิริรินทร์ ต้องการให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการ  
10 ประเมินความคุ้มค่าของโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อนำเสนอผล  
11 การศึกษาความคุ้มค่าของโครงการดังกล่าวต่อกองทุนโลกและอีกทั้งยังสามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูล  
12 ประกอบการพิจารณาของผู้บริหารในการตัดสินใจให้งบประมาณสนับสนุนโครงการฯ ภายหลังจากที่กองทุน  
13 โลกรอบ 8 สิ้นสุดลงหรือไม่ หรือควรจะสนับสนุนงบประมาณให้กับกลุ่มใดหากรัฐบาลไม่สามารถสนับสนุน  
14 งบประมาณได้ทุกกลุ่ม

15

16  จากนั้น ภญ.คัตนางค์ ไตสงวน และ ภญ.ปฤษฎัฏพร กิ่งแก้ว ได้นำเสนอโครงร่างการศึกษา โดยมีหัวข้อ  
17 ดังนี้ 1) วัตถุประสงค์ของการประชุม 2) ที่มาและความสำคัญ 3) คำถามและวัตถุประสงค์ของการวิจัย 4)  
18 ระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การศึกษาการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ซึ่งใช้แบบจำลอง  
19 Asian Epidemic Model (AEM) ร่วมกับแบบจำลอง Markov และการศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาปัจจัยที่  
20 ส่งผลต่อความคุ้มค่าหรือไม่คุ้มค่าในการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรมและ 5) ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย โดย  
21 สรุปที่ประชุมมีข้อสงสัยและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยดังนี้

22

### 23 1) การศึกษาการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์

24

#### 25 แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

26  นางลาวัลย์ สาโรราท แนะนำนักวิจัยว่ากลุ่มประชากรชายทั่วไป (general male) น่าจะอยู่ใน  
27 แบบจำลอง AEM ด้วย เนื่องจากกลุ่มประชากรชายทั่วไปสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มอื่นๆ ได้เช่นเดียวกับ  
28 ประชากรหญิงทั่วไป (general female) ซึ่ง ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกคิน ได้ชี้แจงเพิ่มเติมว่าประชากรชาย  
29 ทั่วไปที่ใช้ในแบบจำลอง AEM ได้รวมชายที่มีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราว (casual sex) และชายที่มีเพศสัมพันธ์  
30 กับคู่ของตน (spouses or regular partners) อยู่แล้ว ดังนั้นโดยสรุป นักวิจัยจะไปปรับแก้รูปภาพแบบจำลอง  
31 AEM ที่นำเสนอเพื่อให้สอดคล้องกับการคำนวณในแบบจำลองเดิม

32

33  ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าแบบจำลอง AEM มีประโยชน์มากในการนำมา  
34 ประยุกต์ใช้ในงานของโครงการฯ เนื่องจากผลลัพธ์ของกิจกรรมในโครงการเป็นการวัดการเปลี่ยนแปลง

1 พหุติกรรมในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง (MARPs) การนำแบบจำลอง AEM มาใช้ นอกจากจะสามารถ  
2 ประเมินค่าการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ยังทราบประโยชน์ทางอ้อมว่าประชากรกลุ่มอื่นมี  
3 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เท่าไร ดังนั้น ทำให้สามารถทราบความเสี่ยงของกลุ่มประชากรชายทั่วไปและหญิง  
4 ทั่วไปว่าลดลงเท่าไรเมื่อมีโครงการกองทุนโลกรอบ 8 นอกจากนี้ยังสามารถคำนวณหาได้ว่าจำเป็นต้องใช้  
5 จำนวนเงินเท่าไรในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 1 คน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันผู้บริหารนิยมใช้ผลลัพธ์เป็น  
6 หน่วยปีสุขภาวะ (ปีที่มีคุณภาพดีและมีชีวิตยืนยาว) ในการเปรียบเทียบความคุ้มค่าของกิจกรรม (intervention)  
7 กับโรคชนิดอื่นๆ เพื่อใช้ในการตัดสินใจลงทุนทางสุขภาพ ฉะนั้นการศึกษานี้จึงใช้แบบจำลอง Markov เพิ่มเติม  
8 เพื่อวัดผลลัพธ์ระยะยาวที่อยู่รูปของปีสุขภาวะอีกด้วย

### 9 10 ข้อมูลที่ใช้เป็นตัวเปรียบเทียบกับการดำเนินโครงการฯ

11 น.ส.พรทิพย์ เข้มเงิน สอบถามถึงตัวเปรียบเทียบของการดำเนินโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใน  
12 กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง (การไม่ดำเนินโครงการฯ) ว่าเป็นเช่นไร ซึ่ง ภญ.ปฤษฎฐพร กิ่งแก้ว ได้ชี้แจงว่า  
13 จะนำข้อมูลจากการคาดการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่ ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกคิน ได้เคยศึกษาไว้จาก  
14 แบบจำลอง AEM เป็นข้อมูลพื้นฐาน (baseline) เพื่อใช้เปรียบเทียบกับแบบจำลอง AEM ที่รับข้อมูลพื้นฐาน  
15 ด้วยข้อมูลจากการสำรวจของ IBBS (Integrated Biological Behavioral surveillance) เนื่องจากการเก็บข้อมูล  
16 ของ IBBS ในปัจจุบันไม่มีการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ที่ดำเนินกิจกรรมโครงการกองทุนโลก  
17 รอบ 8 กับพื้นที่ที่ไม่ได้ดำเนินกิจกรรม

18  
19 ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกคิน ได้เสนอแนะว่าข้อมูล AEM และ IBBS อาจจะไม่สามารถเปรียบเทียบ  
20 กันได้ เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในแบบจำลอง AEM เป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนของทั้งประเทศ แต่ข้อมูลที่ได้จาก IBBS  
21 เป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจไม่กี่จังหวัดซึ่งขนาดตัวอย่างน้อยกว่ามาก อาจจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลง  
22 พหุติกรรม ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เสนอแนวทางการแก้ไข 2 รูปแบบ คือ 1) ใช้ข้อมูลจากแบบจำลอง  
23 AEM เป็นฐานในการเปรียบเทียบ (baseline) เนื่องจากเหตุการณ์ในแบบจำลองช่วงนั้นยังไม่มียบประมาณจาก  
24 กองทุนโลกรอบ 8 และใช้ข้อมูลที่ได้จาก IBBS ปี ค.ศ. 2010 เป็นผลลัพธ์ (outcome) ที่เกิดขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้  
25 อาจจะไม่เปลี่ยนแปลงเท่าไรนักเพราะเป็นช่วงที่กำลังพัฒนาระบบ 2) ใช้ข้อมูลจาก IBBS ปี ค.ศ. 2010 เป็น  
26 ฐานเปรียบเทียบกับข้อมูลจาก IBBS ปี ค.ศ. 2012 ซึ่งการประเมินโดยใช้แนวทางที่สองจะน่าเชื่อถือมากกว่า  
27 เนื่องจากเป็นข้อมูล IBBS เหมือนกัน อย่างไรก็ตามที่มิจัยมีความเห็นว่าจะทำทั้งสองวิธีเพื่อหาว่าวิธีใดมีความ  
28 เหมาะสมมากกว่ากัน ทั้งนี้ ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกคิน เสนอให้ข้อมูลของ IBBS ในรอบหน้ามีการ  
29 เปรียบเทียบพหุติกรรมระหว่างกลุ่มที่ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มที่ไม่ได้ดำเนินกิจกรรมด้วย

### 30 31 ต้นทุนการดำเนินกิจกรรม

32 นางลาลักษณ์ สาโรวาท มีข้อสงสัยว่าเหตุใดการศึกษานี้จึงเลือกคำนวณเฉพาะต้นทุนจากการดำเนิน  
33 กิจกรรมในวัตถุประสงค์ข้อแรกเท่านั้น ทั้งที่วัตถุประสงค์กองทุนโลกมีทั้งหมด 3 วัตถุประสงค์ ได้แก่ 1) การ  
34 ขยายบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการในกลุ่ม MARPs 2) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการ

1 บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้กลุ่ม MARPs เข้ารับบริการได้ และ 3) การพัฒนาระบบข้อมูลและ  
2 ระบบติดตามประเมินผล ซึ่งค่าใช้จ่ายจากการดำเนินกิจกรรมทั้งสามวัตถุประสงค์ต่างมีความเชื่อมโยงกัน และ  
3 บางกิจกรรมโดยเฉพาะกิจกรรมในวัตถุประสงค์ข้อ 2 เป็นปัจจัยที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมประสบความสำเร็จ  
4 แต่ใช้งบประมาณจากกองทุนโลกไม่มาก เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่รัฐบาลรับผิดชอบและบริหาร  
5 จัดการงบประมาณอยู่แล้ว ทั้งนี้ น.ส. พรทิพย์ เข้มเงิน เสริมว่าการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 มี  
6 ความสำคัญมากในกลุ่ม MARPs ซึ่งหากเป็นประชากรกลุ่มอื่นอาจจะไม่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้มากนัก  
7 ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้เสนอแนวทางการจัดการดังนี้ คือ 1) ใช้วิธีการเดิม คือ กำหนดเฉพาะต้นทุนราย  
8 กิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 (intervention cost) เนื่องจากวัตถุประสงค์ข้อ 2 และ 3 ไม่ใช่กิจกรรมที่ทำกับ  
9 กลุ่ม MARPs โดยตรง 2) ใช้การคิด trial driven cost ซึ่งปกติจะใช้ในการศึกษาวิจัยทางคลินิก (clinical trial)  
10 ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาวิจัยโดยการให้คนไข้รับประทานยาเพื่อดูประสิทธิผลของยา และได้มีการโทรศัพท์  
11 ตามคนไข้เพื่อให้คนไข้มีความร่วมมือในการรับประทานยา (compliance) ที่ดี จะเห็นได้ว่าการโทรศัพท์ตาม  
12 คนไข้ไม่ใช่ intervention โดยตรง แต่เป็นแรงจูงใจที่ให้คนไข้มีความร่วมมือในการรักษา สรุปคือ ส่วนที่เป็น  
13 ต้นทุนในการโทรศัพท์จะเรียกว่า trial driven cost ซึ่งในการศึกษานี้จะหมายถึง กิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อ 2  
14 และ 3 ดังนั้น การรายงานผลการศึกษาจะแสดงผลลัพธ์สองรูปแบบคือ แบบที่เพิ่ม trial driven cost และแบบที่  
15 ไม่เพิ่ม trial driven cost นอกจากนี้ จะสามารถบอกได้ว่าหากไม่มีกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 และ 3  
16 ประสิทธิภาพ (effectiveness) จะลดลงกี่เปอร์เซ็นต์ และสถานการณ์จะเป็นเช่นไร

17  
18 จากนั้น ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒน์ โภคิน ได้สอบถามว่าการคิดต้นทุนกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 และ  
19 3 จะคิดเป็นต้นทุนค่าลงทุน (capital cost) หรือไม่ อีกทั้งโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructures) จำนวนมากที่  
20 ไม่ได้งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก ทางทีมวิจัยจะมีวิธีการคิดต้นทุนอย่างไร ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนา  
21 นนท์ ชี้แจงว่าสามารถคิดรวมได้ แต่วัตถุประสงค์ที่ต้องการแยกต้นทุนออกจากกันนั้น เพื่อต้องการทราบ  
22 ผลลัพธ์หากมีกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 และ 3 ส่วนวิธีการหาต้นทุนกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ข้อ 2 และ  
23 3 ทีมวิจัยจะคิดแบบสัดส่วน เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ จะใช้การสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานด้าน  
24 เทคโนโลยีสารสนเทศว่าใช้เวลาในการพัฒนาข้อมูลเท่าไร ใช้เวลาในการบำรุงรักษา (maintenance) เท่าไร  
25 เพื่อนำข้อมูลมาแบ่งสัดส่วนที่ใช้ตามความเป็นจริง

26  
27 นางลาลีลา สารโรวาท สอบถามว่ากิจกรรมการให้สารทดแทนเมทาโดน (Methadone Maintenance  
28 Therapy: MMT) จะนำมารวมในการคิดต้นทุนด้วยหรือไม่ และ พญ.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย ได้สอบถามว่า  
29 กิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งไม่ได้ใช้งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกรอบ 8 จะ  
30 นำมาคิดต้นทุนด้วยหรือไม่ ซึ่ง ภญ. คัดนางค์ โตสงวน ตอบว่ามีการนำมาคิดต้นทุนด้วย ทั้งนี้รายละเอียด  
31 เกี่ยวกับรายการกิจกรรมที่ดำเนินการนั้นได้ชี้แจงไว้ในโครงร่างงานวิจัย ดังนั้น ภญ.ปณฐพร กิ่งแก้ว จึงได้ขอ  
32 ความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมประชุมในการแก้ไขหรือเพิ่มเติมรายการกิจกรรมต่างๆ จากโครงร่างงานวิจัย ซึ่งทาง  
33 ทีมวิจัยจะจัดส่งรายละเอียดกิจกรรมดำเนินการโดยจำแนกตามประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สนใจเพื่อให้ผู้เข้าร่วม  
34 ประชุมช่วยตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งทางอีเมลล์

1 ประสิทธิผลของโครงการฯ

2 ผศ. สุคนธา คงศีล เสนอว่าควรหาสิ่งที่เพิ่มขึ้นภายหลังจากที่มีกองทุนโลกรอบ 8 (additional cost  
3 effectiveness) ซึ่ง ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เห็นว่าการรายงานผลของการศึกษานี้จะรายงานว่ากิจกรรม  
4 โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MARPs ที่มีกองทุนโลกรอบ 8 และงบประมาณจากแหล่งอื่นๆ จะ  
5 สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้เท่าไร และกิจกรรมที่ดำเนินการมีความคุ้มค่าหรือไม่คุ้มค่า เช่น บาง  
6 กิจกรรมใช้เงินกองทุนโลก 90% ของกิจกรรมทั้งหมด ซึ่งผู้บริหารจะเป็นผู้พิจารณาเองว่ากองทุนโลกมีส่วนร่วม  
7 ในโครงการ (contribute) มากน้อยแค่ไหน สรุปคือ ทีมวิจัยจะไม่หาว่าประโยชน์ของกองทุนโลกที่เป็นส่วนเพิ่ม  
8 จากแหล่งทุนอื่นๆ (attributable fraction) เป็นเท่าใด เนื่องจากยาก เป็นนามธรรม และมีข้อโต้เถียงได้  
9 (controversy)

10  
11 ผศ.ดร.สุคนธา คงศีล สอบถามว่ากลุ่มประชากร MARPs เป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก ฉะนั้นทีม  
12 วิจัยจะมีวิธีการในการวัดค่าอรรถประโยชน์ (utility) เพื่อหาคุณภาพชีวิต (quality of life) อย่างไร ซึ่ง ดร.นพ.  
13 ยศ ตีระวัฒนานนท์ ตอบว่าค่าอรรถประโยชน์และค่าคุณภาพชีวิตจะนำมาจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ HITAP  
14 ซึ่งมีการเก็บในกลุ่มคนไข้เอชไอวีที่ไม่มีอาการ มีอาการและคนไข้เอชไอวี (Asymptomatic HIV infection,  
15 Symptomatic HIV infection และ AIDS) แต่ไม่ได้จำแนกว่าเป็นประชากร MARPs กลุ่มใด โดยทีมวิจัยเห็นว่า  
16 ค่าอรรถประโยชน์ของกลุ่ม MARPs ไม่น่าจะแตกต่างจากการศึกษาเดิม จึงไม่ได้วางแผนเก็บข้อมูลในส่วนนี้  
17 หากจะทำก็สามารถทำได้ แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการศึกษาและการขึ้นตอนการขอจริยธรรม  
18 เนื่องจากการสัมภาษณ์กับกลุ่ม MARPs โดยตรง จึงอาจทำให้การศึกษาล่าช้าไม่ทันกำหนด อย่างไรก็ตาม  
19 แนวทางการแก้ไขคืออาจจะเพิ่มคำถามเพื่อหาคุณภาพชีวิตในการทำ IBBS รอบหน้าได้

20  
21 **2) การศึกษาปัจจัยเชิงคุณภาพ**

22  
23 ผศ.เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร ให้ความเห็นที่ควรทบทวนวรรณกรรมข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลการ  
24 ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง ซึ่งทำโดยทีมประเมินผลที่มาจากภายนอก  
25 (external evaluation) มาใช้ในการศึกษาส่วนที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพด้วย นอกจากนี้ ได้แนะนำให้ทบทวน  
26 วรรณกรรมงานวิจัยคุณภาพของกลุ่ม IDU โดยมูลนิธิพีเอสไอ (ไทยแลนด์) ซึ่งมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้  
27 ค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ยังได้ชี้แจงในที่ประชุมว่ามูลนิธิพีเอสไอกำลังพัฒนาฐานระบบข้อมูลเองเช่นกัน

28  
29 ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒนโกศล เห็นว่าจากกรอบแนวคิดตาม CIPP model ส่วนที่เป็นผลผลิตของ  
30 โครงการ (output) ที่นำเสนอยังไม่สามารถวัดความสำเร็จของการดำเนินโครงการฯ ได้ ควรเพิ่มบางอย่างเข้า  
31 ไป เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย ส่วนผลลัพธ์ของโครงการ (outcome) ในเรื่องจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี  
32 ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง น่าจะแก้ไขเป็นจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ น.ส. พรทิพย์ เข็มเงิน เห็น  
33 ว่า อยากให้เพิ่มเรื่องสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น ชุมชน สังคม รวมถึงทัศนคติ ในบริบท (context) ด้วย ซึ่ง

