

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
Developing of addressing non-communicable diseases (NCDs) model by artificial
intelligence for the District Health Board (DHB)
in Udon Thani Province.

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

สุพัตน์ กองศรีมา¹ สราวุธ ริดเขียว²ประภัสสร งานรุ่งเรือง³
Supat Kongsrima¹ Sarawut Ridkheaw² Prapassorn Nganrungruang²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) ศึกษากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานีและศึกษาการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา จำนวน 24 เดือนแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567 รวม 12 เดือน และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับ อำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 อำเภอๆละ 25 คน รวม 500 คน เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี การประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE (UCCARE Assessment) และแบบประเมินความพร้อมตนเองของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F – test ด้วยเทคนิค Two way MANOVA Dependent t - test F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurmentและการเปรียบเทียบรายคู่ของ Duncan

ผลการศึกษา ภายหลังการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผลการดำเนินงานตาม UCCARE อำเภอที่มีค่า คะแนนระดับ 5 มี 5 อำเภอ ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหา สุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยรวมและราย อำเภออยู่ในระดับมากที่สุดและความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและพบว่า ก่อน (2566) ระหว่าง(2567) และหลัง (2568) การดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2568) การดำเนินงาน ดีวก่อน (2566) และระหว่าง(2567)

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.), กระบวนการขับเคลื่อน, ปัญหาสุขภาพ, ปัญญาประดิษฐ์

Abstract

This study aimed to examine the situation of non-communicable diseases (NCDs), the process of driving the District Health Board (DHB) in Udon Thani Province, and to study the development of a model for solving

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี

³ นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

NCDs using artificial intelligence for the DHS in Udon Thani Province. This is a research and development (R&D) project spanning 24 months, divided into two phases: Phase 1 (research phase, October 2023 to September 2024, 12 months) and Phase 2 (development phase, October 2024 to September 2025, 12 months). The sample group consists of 500 members from each of the 20 District Health Board (DHB) in Udon Thani Province, with 25 members per district. The tools used in the activities include the development of a model for solving NCDs using artificial intelligence for the DQDCs in Udon Thani Province, and the existing model for solving NCDs using artificial intelligence. The District Health Board (DHB) of Udon Thani Province used the following tools for data collection: a record form for the implementation of the DQDC's processes in addressing health problems in the area; an evaluation of performance using the UCCARE criteria (UCCARE Assessment); and a self-assessment form for the DQDC's readiness in addressing health problems in the area. Data was analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, F-test with two-way MANOVA, dependent t-test, F-test with repeated measurement, and Duncan's pairwise comparisons.

The results of the study, following the development of a model for solving non-communicable diseases (NCDs) using artificial intelligence for the District Health Board (DHB) in Udon Thani Province, showed that the UCCARE implementation results in 5 districts had a score of 5. The readiness of the District Health Board (DHB) in solving health problems in the area of Udon Thani Province, both overall and in specific aspects, was at the highest level. The readiness to implement the UCCARE model was also at the highest level overall and in specific aspects. It was found that there was a statistically significant difference ($p < .05$) between the implementation periods of before (2023), during (2024), and after (2025), with the implementation after (2025) being better than before (2023) and during (2024).

Keywords: District Health Board (DHB), Driving Process, Health Problems, artificial intelligence

บทนำ

ในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ยังคงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และการพัฒนาชุมชน การเข้าใจสถานการณ์และแนวโน้มการเจ็บป่วยในแต่ละพื้นที่ที่จะช่วยให้สามารถวางแผนและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพล้วนส่งผลต่อสุขภาพของประชากรในพื้นที่ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศไทยยังคงเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัญหาสุขภาพภาวะอื่น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในประชากรไทย โดยในปี 2568 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ในประเทศไทยประมาณ 190,000 ราย ซึ่งโรคมะเร็งที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่ แม้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง

เหล่านี้จะลดลงในบางชนิดเนื่องจากการตรวจพบและรักษาที่ดีขึ้น แต่ยังคงมีความท้าทายในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการป้องกันโรคในพื้นที่ห่างไกล ส่วนโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ และภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ พื้นที่ชนบทและชุมชนที่มีรายได้น้อยยังเผชิญกับความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ทำให้แนวโน้มการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพภาวะอื่น ๆ ในกลุ่มนี้ยังคงสูงและต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน¹

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ พชอ. ประกอบด้วยกรรมการจาก 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ (เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานราชการต่าง ๆ) ภาคเอกชน (เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ร้านยา) และภาคประชาชน (เช่น อสม. ผู้สูงอายุ สตรีแม่บ้าน ชมรมต่าง ๆ) โดยมีจำนวนกรรมการไม่เกิน 21 คน² บทบาทของ พชอ. คือการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภออย่างบูรณาการ โดยเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคม รวมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พชอ. ยังมีหน้าที่ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อสนับสนุนการทำงานตามเป้าหมาย^{2,3,4}

กระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการทำงานที่มุ่งเน้นการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ โดยเริ่มจากการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยนายอำเภอเป็นประธาน พร้อมด้วยกรรมการจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนในอำเภอ จากนั้น พชอ. จะประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่อย่างน้อย 2 เรื่องตามบริบทของอำเภอ และแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะประเด็นเพื่อรับผิดชอบดำเนินงานและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยมีการระดมและบูรณาการทรัพยากรจากทุกภาคส่วนทั้งในและนอกพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนงานและยุทธศาสตร์ที่วางไว้ นอกจากนี้ พชอ. ยังมีหน้าที่ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมและสามารถปรับปรุงแผนงานได้ตามสถานการณ์จริง รวมทั้งมีการรายงานผลและเสนอข้อเสนอแนะต่อผู้ว่าราชการจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอการสนับสนุนและแก้ไขปัญหาที่

พบ กระบวนการขับเคลื่อนนี้เน้นการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งใช้ข้อมูลและหลักฐานที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อประกอบการวางแผนและตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภออย่างยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม^{3,9} ผลการศึกษาการดำเนินงานของ พชอ. ในหลายพื้นที่พบว่า การขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพมาจากการประชุมแบบมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมคิดร่วมวางแผนและร่วมแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง มีการกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน เช่น การมุ่งสู่เมืองสุขภาพดี (Healthy City) และการเลือกประเด็นพัฒนาที่ตรงกับความต้องการของชุมชน เช่น การลดขยะ ลดโรค ส่งเสริมความปลอดภัย และการส่งเสริมการออกกำลังกาย นอกจากนี้ การเชื่อมโยงข้อมูลและทรัพยากรในระดับจังหวัดและอำเภอยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานของงาน พชอ. ให้ประสบความสำเร็จ^{5,6,7}

ปัญญาประดิษฐ์คือระบบหรือเทคโนโลยีที่ถูกพัฒนาให้สามารถเลียนแบบความสามารถของมนุษย์ในการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจ โดยอาศัยอัลกอริทึมและการประมวลผลข้อมูลจำนวนมาก⁸ ในบริบทของภาครัฐและระบบสาธารณสุข ปัญญาประดิษฐ์ไม่ได้ทำหน้าที่แทนมนุษย์โดยสมบูรณ์ แต่ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการสนับสนุนการตัดสินใจที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้การกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการมีความแม่นยำ โปร่งใส และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น²² แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับบทบาทของ พชอ. ที่มุ่งเน้นการใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่และความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ โดยเฉพาะการเรียนรู้ของเครื่อง (Machine Learning) และการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ ได้

เปิดโอกาสให้หน่วยงานภาครัฐสามารถนำข้อมูลจากหลายแหล่งมาบูรณาการและวิเคราะห์ร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ ในระบบสุขภาพ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยสนับสนุนการเฝ้าระวังโรค การคาดการณ์แนวโน้มปัญหาสุขภาพ และการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ สำหรับการดำเนินงานของ พชอ. การนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้สามารถช่วยให้การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและสังคมในระดับอำเภอมีความครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลประชากร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการขับเคลื่อนงานของ พชอ. สามารถสนับสนุนกระบวนการทำงานในหลายมิติ ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไข ไปจนถึงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยให้การตัดสินใจของคณะกรรมการ พชอ. มีความเป็นระบบ ลดการพึ่งพาประสบการณ์หรือดุลยพินิจส่วนบุคคล และเพิ่มความน่าเชื่อถือของกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมสร้างการบูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เนื่องจากทุกภาคส่วนสามารถใช้ข้อมูลชุดเดียวกันเป็นฐานในการวางแผนและดำเนินงานร่วมกัน⁹

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในจังหวัดประมาณ 76,652 คน แต่ในจำนวนนี้มีเพียง 12,157 คน หรือร้อยละ 15.86 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานีก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยประมาณ 147,077 ราย เพิ่มขึ้นจาก 129,013 รายในปี พ.ศ.

2563 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ ส่วนโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต 10 อันดับแรกของจังหวัด ปัญหาที่พบในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยยังต่ำ ผู้ป่วยจำนวนมากขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพในสัดส่วนน้อย นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่ดี ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคเรื้อรังเหล่านี้ การเข้าถึงและการติดตามดูแลผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนห่างไกล ที่อาจขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ขณะเดียวกัน การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวยังไม่เต็มที่ ส่งผลต่อการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ทำให้การจัดการโรคเรื้อรังยังไม่เกิดผลอย่างยั่งยืน รวมถึงทรัพยากรบุคคลและงบประมาณยังมีจำกัดในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างครอบคลุมในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ ยังพบว่าหลายพื้นที่ยังไม่ได้ใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่ง พชอ. เป็นกลไกสำคัญที่สามารถบูรณาการเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ การนำกลไก พชอ. มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดจึงเป็นแนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วย และเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ เพื่อให้การจัดการโรคเรื้อรังเป็นไปอย่างยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติ¹⁰

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ดำเนินการศึกษา เพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการ แก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยมี วัตถุประสงค์หลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษา สถานการณ์การขับเคลื่อน พชอ. ในการแก้ไข ปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี 2) เพื่อ ศึกษากระบวนการขับเคลื่อน พชอ. ในการแก้ไข ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 3) เพื่อศึกษาการพัฒนา กระบวนการขับเคลื่อน พชอ. ในการแก้ไขปัญหา สุขภาพ และ 4) เพื่อศึกษาผลการพัฒนา กระบวนการขับเคลื่อน พชอ. ซึ่งจะนำไปสู่การได้ รูปแบบและแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญห สุขภาพในระดับพื้นที่จังหวัดอุดรธานีที่มี ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและ บริบทของพื้นที่ ซึ่งจะช่วยสร้างกลไกการทำงานที่ เข้มแข็งและเหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
4. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
5. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี

ประโยชน์ของงานวิจัย

1. ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) จังหวัดอุดรธานี
2. ทราบถึง กระบวนการขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
3. มีรูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี
4. มีการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยและ พัฒนา (Research and Development) มี ระยะเวลาในการศึกษา จำนวน 24 เดือนแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือนกันยายน 2567 รวม 3 เดือน และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2567 ถึง เดือนกันยายน 2568 รวม 12 เดือน ดังภาพประกอบ 3.1 และ 3.2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญห สุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไข ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 อำเภอๆละ 25 คน รวม 500 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. ผู้แทนหน่วยงานภาครัฐ ไม่เกิน 6 คน
2. ผู้แทนภาคเอกชน ไม่เกิน 6 คน

3. ผู้แทนภาคประชาชน ไม่เกิน 7 คน
4. ให้แล้วเสร็จภายใน 60 วัน นับแต่วันที
ระเบียนนี้มีผลบังคับใช้ คือ วันที่ 8 พฤษภาคม
2561

5. วาระเริ่มแรก หากมีการแต่งตั้งผู้แทน
ภาครัฐได้ครบ 6 คน ให้สาธารณสุขอำเภอเป็น
กรรมการและเลขานุการปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อน
จนกว่าจะมีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์
สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี โดยมีกิจกรรมของ
การศึกษา การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์
สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี แบ่งเป็น 2 ระยะ
ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์
สถานการณ์การขับเคลื่อน พชอ. การกำหนด
กิจกรรม การกำหนดบทบาท การสื่อสาร/ถ่ายทอด
แนวทางในการดำเนินงาน การกำหนดแนวทางใน
การติดตามประเมินผล การสรุปถอดบทเรียนและ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การ
วิเคราะห์การขับเคลื่อน พชอ. ทบทวนกิจกรรมใน
การทบทวนบทบาท การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การ
กำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตาม
กระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไข
ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

1.2 รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง (NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) จังหวัดอุดรธานี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกผลการดำเนินงานการ
พัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไข
ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

2.2 การประเมินผลการดำเนินงานตาม
เกณฑ์ UCCARE (UCCARE Assessment)

2.3 แบบประเมินความพร้อมตนเองของ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ
(พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัด
อุดรธานี เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์
ในการแปลผลคะแนน ดังนี้¹¹

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความพร้อมมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความพร้อมมาก
2.61 – 3.40	มีความพร้อมปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความพร้อมน้อย
1.00 - 1.80	มีความพร้อมน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบ
ความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้
ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและ
แก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและ
ข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้
เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่
ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไข
ความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลอง
คุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไป
ทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน
30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ
แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่า
ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach
method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .966

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหา
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์
สำหรับ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
อำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี ได้รับการรับรอง

จริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ รูปแบบการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้ปัญญาประดิษฐ์สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี และผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย (Research)

สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปี 2566

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สุดของประเทศไทยและจังหวัดอุดรธานี ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โลกที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก สำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดอุดรธานี ข้อมูลในปี 2566 สะท้อนปัญหาที่น่าเป็นห่วง เนื่องจากความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศ ข้อมูลจาก HDC จังหวัดอุดรธานี ปี 2566 แสดงให้เห็นว่า ความชุกของโรคเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 8.07 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.34

ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบความชุกของทั้งสองโรคมามากที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลระดับเขตสุขภาพที่ 8 ที่พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยในปี 2566 เขตสุขภาพที่ 8 มีร้อยละ 7.06 ของประชากรที่มีความดันโลหิตสูงจากกลุ่มเสี่ยง ปัญหาที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือภาวะแทรกซ้อนจาก NCDs โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง ในปี 2566 จังหวัดอุดรธานีพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสัมพันธ์กับการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย โดยปี 2566 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ($HbA1C < 7\%$) ร้อยละ 34.31 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ($BP < 140/90$ mmHg) ร้อยละ 60.68 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

สาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกในจังหวัดอุดรธานีปี 2566 ล้วนเกี่ยวข้องกับ NCDs โดยมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดครองอันดับ 1 ตามด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง การเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ก็เพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย NCDs ที่มีภูมิคุ้มกัน

1) โครงสร้างการบริหารจัดการภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี มีความหลากหลาย ได้แก่ การขับเคลื่อนโดยประธาน การขับเคลื่อนโดยเลขา การขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการและการขับเคลื่อนโดยเจ้าภาพหลัก

2) ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี พบว่าโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกัน

3) ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกัน

2. กระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2567 ได้แก่ การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพของพื้นที่ บทบาทของ พชอ. ในการแก้ไขปัญหสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการขับเคลื่อน พชอ. การกำหนดปัญหสุขภาพในพื้นที่

3. ผลของกระบวนการขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2567

3.1 โครงสร้างการบริหารจัดการภายใน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี โดยการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.)

3.2 ผลการดำเนินงานตาม UCCARE พบว่า อำเภอที่มีค่าคะแนนมากที่สุด ได้แก่ อำเภอประจักษ์ศิลปาคม รองลงมาคือ อำเภอกุดจับกับนา ยุงและบ้านผือกับภูแก้ว ตามลำดับ ส่วนอำเภอที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ เมืองอุดรธานี รองลงมา ได้แก่ โนนสะอาด ทุ่งฝน วังสามหมอ น้ำโสม และพิบูลย์รักษ์ ตามลำดับ

3.3 ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากและไม่มี ความแตกต่างกัน

3.4 ความพร้อมในบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากและไม่มี ความแตกต่างกัน

3.5 ความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับ มากและไม่มี ความแตกต่างกัน

3.6 การเปรียบเทียบระดับความพร้อมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ก่อน (2566) และหลัง (2567) การ ดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2567) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา (Development) (ปี 2568)

4. การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568

4.1 สถานการณ์การขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ในปี 2568 จังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมายชีวิตระดับ อำเภอ โดยสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้สามารถขับเคลื่อนและ พัฒนาแก้ไขปัญหตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ใน แต่ละอำเภอ (ตามความสำคัญใน 2 อันดับแรกของ อำเภอ) ที่ผ่านมา ข้อมูลจากระบบ CL UCCARE

4.2 การทบทวนกระบวนการขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 ได้จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการฯ ได้แก่ การพัฒนาแนวคิดในการ บริหารจัดการ กระบวนการขับเคลื่อน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 การค้นหาปัญหาในพื้นที่

กระบวนการแก้ไขปัญหในพื้นที่ และการกำหนดยุทธศาสตร์

4.3 การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตามกิจกรรมในกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) โดยแนวทางการบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ (AI) ร่วมกับบุคคลเพื่อเสริมศักยภาพ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาระบาดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประกอบด้วย การคาดการณ์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญ การสนับสนุนการตัดสินใจ การประสานงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับต่างๆ และการติดตามประเมินผล

5. ผลการพัฒนาระบบการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568

5.1 ผลการดำเนินงานตาม UCCARE พบว่าอำเภอที่มีค่าคะแนนระดับ 5 ได้แก่ อำเภอหนองวัวซอ พุ่งฝน ศรีธาตุ สร้างคอม และประจักษ์ศิลปาคม

5.2 ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน

5.3 ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน

5.4 ความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดและไม่มีความแตกต่างกัน

5.5 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตาม UCCARE ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับความพร้อมใน

การขับเคลื่อนตาม UCCARE ก่อน (2566) ระหว่าง (2567) และหลัง (2568) การดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2568) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อน (2566) และระหว่าง(2567)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า

1. สถานการณ์การขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2566 มีโครงสร้างการบริหารจัดการภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี มีความหลากหลาย ได้แก่ การขับเคลื่อนโดยประธาน การขับเคลื่อนโดยเลขา การขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการและการขับเคลื่อนโดยเจ้าภาพหลัก สอดคล้องกันกับการศึกษาของคมกริช ฤทธิ์บุรี¹² ที่ชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างการบริหารจัดการที่หลากหลายและขาดเอกภาพจะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ไม่มีทิศทางชัดเจนเนื่องจากขาดความสอดคล้องในการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ภายในอำเภอส่งผลให้ ประเด็นในการแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี รายอำเภอ ปี 2566 มีความหลากหลายตามความต้องการของคณะกรรมการ และ ผลการดำเนินงานตาม UCCARE มีความแตกต่างกันมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ไพโรจิตร์ ศิริมงคล⁵ ที่พบว่าการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหามลพิษในพื้นที่ที่ไม่เป็นระบบ และขาดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามบริบทอำเภอ ทำให้การดำเนินงานไม่ตรงจุดและเกิดการทับซ้อนในการทำงานระหว่างหน่วยงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี บทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ การ

ขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และ การเปรียบเทียบระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมหมาย ชาน้อย⁷ ที่ชี้ให้เห็นว่าความพร้อมในการดำเนินงานของ พชอ. ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการมีแนวทางการขับเคลื่อนที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ที่เน้นการบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนส่งผลให้ประเด็นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี รายอำเภอ ปี 2566 มีความหลากหลายตามความต้องการของคณะกรรมการ และผลการดำเนินงานตาม UCCARE มีความแตกต่างกันมาก

สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ¹³ ที่ระบุว่า การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพในพื้นที่ต้องทำอย่างเป็นระบบ และใช้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาได้ตรงจุด นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี บทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และการเปรียบเทียบระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี บทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และการเปรียบเทียบ ระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน

พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ และคณะ¹⁴ ที่ชี้ว่าความพร้อมของคณะกรรมการ พชอ. ขึ้นอยู่กับการพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และไพโรจน์ ศิริมงคล⁵ ที่พบว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่ไม่เป็นระบบ และขาดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามบริบทอำเภอ ทำให้การดำเนินงานไม่ตรงจุดและเกิดการทับซ้อนในการทำงานระหว่างหน่วยงาน และสมหมาย ชาน้อย⁷ ที่ชี้ให้เห็นว่าความพร้อมในการดำเนินงานของ พชอ. ขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการมีแนวทางการขับเคลื่อนที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ที่เน้นการบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2567 ได้แก่ การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก¹⁵ ที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered health system) โดยการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างเป็นระบบ และการมีกลไกในการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ บทบาทของ พชอ. ในการแก้ไขปัญหา ตามแนวคิดของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁶ ที่เสนอว่า พชอ. ต้องมีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภออย่างบูรณาการ โดยเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคม บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการขับเคลื่อน พชอ. ตามแนวคิดของ คมกริช ฤทธิ์บุรี¹² ที่

ชี้ให้เห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางการสื่อสารสองทางระหว่างส่วนกลางกับระดับพื้นที่ และเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการให้กับ พชอ. ในระดับอำเภอ รวมทั้งติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การกำหนดปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ตามแนวคิดของ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย กระทรวงสาธารณสุข¹⁷ ที่เน้นการกำหนดปัญหาสุขภาพจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในพื้นที่ ทำให้การแก้ไขปัญหามีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด

ส่งผลให้ โครงสร้างการบริหารจัดการภายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ได้มีการการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างเดียว และมีประเด็นในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดอุดรธานี รายอำเภอ ปี 2567 แคลง ประกอบด้วย การป้องกันอุบัติเหตุ การจราจรทางถนน,ยาเสพติดและจิตเวช,การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, การจัดการขยะมูล ฝอยในชุมชนเพื่อป้องกันโรค ใช้เลือดออก,การจัดการด้านผู้สูงอายุ,การคัดกรองค้นหา มะเร็งกระบังลม,การแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม (ฝุ่น PM2.5)และการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือดออก ทำให้ผลการดำเนินงานตาม UCCARE พบว่า อำเภอที่มีค่าคะแนนใกล้เคียงกันมากขึ้น ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก ความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE พบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และความแตกต่างระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน โดยรวมและรายด้าน ไม่มีความ

แตกต่างกัน ส่วนการเปรียบเทียบระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ก่อน (2566) และหลัง (2567) การดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2567) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อนการดำเนินงาน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วีระยุทธ ชาทะกาญจน์ และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านชุดการเรียนรู้ที่เหมาะสมจะส่งผลต่อการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ มีการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 โดยการทบทวนกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 ได้จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการฯ ได้แก่ การพัฒนาแนวคิดในการบริหารจัดการกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ปี 2568 การค้นหาปัญหาในพื้นที่ โดยการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 20 โดยองค์การเพื่อความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ได้ให้คำนิยามว่า ปัญญาประดิษฐ์หมายถึงระบบที่ใช้เครื่องจักรซึ่งสามารถทำการประมวลผลข้อมูล ทำนายผล ให้คำแนะนำ หรือตัดสินใจที่ส่งผลต่อสภาพแวดล้อมจริงหรือเสมือนจริงได้ โดยระบบดังกล่าวได้รับการ

ออกแบบให้ทำงานด้วยระดับความเป็นอิสระที่แตกต่างกันไป ในทำนองเดียวกัน Russell และ Norvig⁸ ได้อธิบายว่า ปัญญาประดิษฐ์คือการศึกษาและพัฒนาตัวแทนอัจฉริยะ (intelligent agents) ที่สามารถรับรู้สภาพแวดล้อมและดำเนินการเพื่อเพิ่มโอกาสในการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้สำหรับบริบทของการบริหารภาครัฐและระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลก⁹ ได้ให้นิยามปัญญาประดิษฐ์ในงานด้านสุขภาพว่า เป็นเทคโนโลยีที่สามารถเลียนแบบความสามารถทางสติปัญญาของมนุษย์ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อน ตีความข้อมูลทางคลินิก และสนับสนุนการตัดสินใจทางการแพทย์และสาธารณสุขธนาการโลก เสริมว่า ปัญญาประดิษฐ์ในภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณะ ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน และส่งเสริมความโปร่งใสในการบริหารจัดการภาครัฐหลักการทำงานของปัญญาประดิษฐ์ที่เกี่ยวข้องกับ พขอ. เริ่มจากการรวบรวมข้อมูลจากหลายภาคส่วนในพื้นที่ เช่น ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม จากนั้นนำข้อมูลดังกล่าวมาประมวลผล วิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงพื้นที่ การใช้ AI ในลักษณะนี้ช่วยให้คณะกรรมการ พขอ. สามารถมองเห็นภาพรวมของปัญหาเชิงระบบ เข้าใจความเชื่อมโยงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) และใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบการกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้อย่างเหมาะสม การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์กับการขับเคลื่อน พขอ. การประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการดำเนินงานของ พขอ. สามารถนำมาใช้ในหลายมิติ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priority setting) เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแผน พขอ. การ

สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของคณะกรรมการ พขอ. โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์แนวทางดังกล่าวช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ พขอ. และเสริมสร้างการบูรณาการการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ ประโยชน์ของปัญญาประดิษฐ์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้สนับสนุนการขับเคลื่อน พขอ. ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ข้อมูล ลดความซับซ้อนของการดำเนินงาน และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมสร้างความโปร่งใสและความต่อเนื่องของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ¹⁸

ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก¹⁵ ที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people-centered health system) โดยการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน การกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างเป็นระบบ และการมีกลไกในการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ¹³ ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการวิเคราะห์บริบทชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บและการเสียชีวิต และการคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่ายผ่านเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กระบวนการแก้ไขปัญหในพื้นที่ ตามแนวคิดของ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย กระทรวงสาธารณสุข¹⁷ ที่เน้นการกำหนดปัญหาสุขภาพจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในพื้นที่ ทำให้การแก้ไขปัญหา มีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด และสมหมาย ชาน้อย⁷ ที่พัฒนารูปแบบ "BANPHAI MODEL" ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ Board, Activity, Network, Participation, Health Literacy and Entertainment, Awareness และ Integration ซึ่งนำมาใช้เป็นกรอบการทำงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ บทบาทของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อการขับเคลื่อน พขอ. ตามแนวคิดของ คมกริช ฤทธิ์บุรี¹² ที่ชี้ให้เห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางการสื่อสารสองทางระหว่างส่วนกลางกับระดับพื้นที่ และเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการให้กับ พขอ. ในระดับอำเภอ รวมทั้งติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การกำหนดยุทธศาสตร์ ตามแนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เสนอว่า พขอ. ต้องมีบทบาทหลักในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่อำเภออย่างบูรณาการ โดยเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและสังคม และกำหนดหลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพ ระดับอำเภอออกเป็น 5 ประการ ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย และชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น¹⁶

ทำให้ สถานการณ์การขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ในปี 2568 จังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ให้สามารถขับเคลื่อนและพัฒนาแก้ไขปัญหาตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ในแต่ละอำเภอ (ตามความสำคัญใน 2 อันดับแรกของอำเภอ) ที่ผ่านมา ข้อมูลจากระบบ CL UCCARE ความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ในระดับอำเภอ (พขอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี โดยรวมและรายด้านระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน ระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ระหว่างอำเภอและที่มาของกรรมการที่แตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกัน และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตาม UCCARE ระดับความพร้อมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ระดับความพร้อมในบทบาทหน้าที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และระดับความพร้อมในการขับเคลื่อนตาม UCCARE ก่อน (2566) ระหว่าง (2567) และหลัง (2568) การดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง (2566) การดำเนินงาน ดีกว่าก่อน (2564) และระหว่าง(2565) และพบว่าการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่ชัดเจน จะส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจ ความมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของคณะกรรมการ และพขอ.⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลองชัย สิทธิวิง และคณะ ที่พบว่าการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายสามารถลดการบาดเจ็บและความเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นวัตกรรมป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การพัฒนาศูนย์ "NCD Care" ที่บูรณาการกิจกรรมคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี¹³ นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดนวัตกรรม R8 NCDs Coach, NCDs Remission Clinic, ศูนย์นวัตกรรมชุมชน, กิจกรรม "3อ 2ส 1น", Application และ Dashboard สำหรับการจัดการข้อมูลและการติดตามผล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ควรแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์การขับเคลื่อน พชอ. การกำหนดกิจกรรม การกำหนดบทบาท การสื่อสาร/ถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงาน การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผล การสรุปถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการ

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ได้แก่ การวิเคราะห์การขับเคลื่อน พชอ. ทบทวนกิจกรรมในการทบทวนบทบาท การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตามกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี

2. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้นวัตกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การจัดตั้ง "ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs" และ "ศูนย์ NCD Care" ในทุกอำเภอ เพื่อเป็นศูนย์เรียนรู้และให้บริการประชาชนแบบใกล้บ้าน โดยบูรณาการงบประมาณจากกองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ (กพท.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย อสม. ในการคัดกรองเชิงรุกและปรับ

สภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีอื่นๆ และขยายผล "โมเดลศูนย์ NCD Care Community Hub" โดยจัดตั้งจุดให้บริการคัดกรองและดูแลในชุมชนทุกตำบล พร้อมระบบ Teleconsultation เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และใช้แอปพลิเคชันติดตามพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยมีแรงจูงใจผ่านระบบคะแนนสะสมเพื่อแลกของรางวัลในชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

3. การกำหนดแนวทางในการติดตามประเมินผลตามกิจกรรมในกระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) โดยแนวทางการบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ (AI) ร่วมกับบุคคลเพื่อเสริมศักยภาพ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประกอบด้วย การคาดการณ์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญ การสนับสนุนการตัดสินใจ การประสานงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับต่างๆ และการติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษากระบวนการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.) โดยแนวทางการบูรณาการปัญญาประดิษฐ์ (AI) ร่วมกับบุคคลเพื่อเสริมศักยภาพ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนและจัดการปัญหาที่มีความซับซ้อนในพื้นที่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักข่าว Hfocus. (2567). สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่: ความท้าทายที่ต้องเร่งแก้ไข. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org>
- 2.สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. (2561). แนวทางการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ
3. กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, และศิริโชค วรรณวิจิตร. (2564). คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความท้าทายและการพัฒนา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุดรดิษฐ์, 13(2), 275–286.
- 4.ณัด ไบยา, และยุพิน แต่งอ่อน. (2565). การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 18(1), 59–68.
- 5.ไพจิตร ศิริมงคล. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของอำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 26(2), 1-13.

- 6.ปัญญา พลศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 40–53.
- 7.สมหมาย ชาน้อย. (2567). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 6(3), e271030.
8. Russell, S., & Norvig, P. (2021). Artificial intelligence: A modern approach (4th ed.). Pearson.
9. World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health. WHO.
18. world Health Organization. (2023). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2023–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240079283>
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2566). สถานการณ์โรค NCDs. ศูนย์ข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
11. Best J. W.(1981), Research in Education, 4th Edition , New Delhi, Prentice Hall Of India Pvt. Ltd.
12. คมกริช ฤทธิ์บุรี. (2566). ประสิทธิภาพของการนำกลไก “พขอ.” มาขับเคลื่อนงานด้านการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 9(1), 160-174.
13. ฉลองชัย สิทธิวัง, นิยม สุนทร, กรภัทร ชันไชย, ชาญชัย มหาวัน, นิคม อุทุมพร, เกษร ไชยวุฒิ, และกันจน เตชนันท. (2564). การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอในร่อง จังหวัดน่าน [รายงานการวิจัย]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
14. วีระยุทธ ขาตะกาญจน์, พณกฤษ บุญพบ, นฤกร อิติประเสริฐ, พัฒนพงษ์ ปรีชา, วิณา อิติประเสริฐ, จุฑากิจ นวลมั่งสอ, และเสาวลักษณ์ วงศ์นาค. (2567). การพัฒนาตัวแบบในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่ขับเคลื่อนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในวัยรุ่น: กรณีจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารร้อยแก่นสาร, 9(2), 435-457.
- อำเภอ (พขอ.). นนทบุรี: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข.
15. .World Health Organization. (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557 เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
17. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.