Sirinate sukdee. (2017). **Development of the Health Behavior Modification Model For Non-Communicable Chronic Diseases Risks using Participatory Approach in the Community**. Dissertation Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University.Advisor committee: Assoc.Prof. Dr. Ungsinan Intarakamhang. Assist. Prof. Dr. Patcharee Duangchan

The purposes of this research were 1) to study the context, situation, the causes and guidelines for solving the health problems specifically the risk of non-communicable chronic diseases by translating experience into health management, including best practices or healthy elders, 2) to build health behavior, with modifications of the leader of community participation, 3) to study the effects of behavioral change and 4) to develop health behavior modification models of non-communicable chronic diseases risks using participatory processes with ten co-researchers, ten people in a risk group for developing health behavior modifications and leaders and fifty-one people who were a risk group regarding health behavior modifications. This research followed the participatory approach, beginning with context, planning, implementation and conclusion. The methods employed were in-depth interviews and questionnaires on self-efficacy, self-control and self-care with alpha coefficient .82, .86 and .70, respectively, as well as health outcomes

The results revealed that: 1) Bangklua is a semi-urban and rural, area with a risk of non-communicable chronic diseases . The predisposing factors were motivation, attitudes and abilities in health care. The enabling factors were blank spaces for exercise and co-policy in screening. The reinforcing factors were role-models including parents and peers, peer support and exercise activities by the local administrative organization. The main factors that caused healthiness in the elderly were traditional livelihoods and learning to develop self-health to create guidelines for health behavior modification activities including motivation, attitude, self-efficacy, self-control and peer support ; 2) according to building a health behavior modification leader co-researchers analyzed the guidelines preparing the model and also had a revision of the model revision of implementation in risk groups which found that leaders had more self-efficacy, self-control and self-care ($p<.01$) than more health outcomes ($p<.05$) 3) the output of organized health behavior modification programs

emphasizing the participation of the leader demonstrate that high risk groups had more self-efficacy and self-control (p<.05) and more self-care (p<.01) at the end of the intervention were significantly different from those at the baseline, it was also indicated better health outcomes (p<.05) and 4) increased the healthy behavior modification model of the Bangklua community in the participation process, from (1) the investigation of the context, problems and causes regarding health care support in the community; (2) creating individual awareness and the preparation of co-researchers was community-based; (3) an analyzing the problem and solving model (4) developing the health behavior modification model; (5) building a health behavior modification leader;(6) organizing activities in a non-communicable chronic disease risk group and (7) monitoring and evaluating the health behavior and outcomes.(8) After Action Review (AAR)

ศิริเนตร สุขดี. (2560). **การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน**. ปริญญานิพนธ์ ปร.ด.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 4)พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยผู้ร่วมวิจัยขับเคลื่อนในพื้นที่ 10 คน กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมวิจัยในบทบาทผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 10 คน และกลุ่มเสี่ยงฯ ที่เข้าโปรแกรมฯ 51 คน โดยใช้การมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่ศึกษาบริบทพื้นที่ ร่วมวางแผน นำแผนไปปฏิบัติ และปรับปรุง สรุป เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่า เท่ากับ .82, .86 และ .70 ตามลำดับ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า 1) บริบทชุมชนบางเกลือเป็นชุมชนกึ่งเมืองและชนบท มีสถิติกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ สาเหตุนำที่ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี ได้แก่ แรงจูงใจ เจตคติ และความสามารถในการดูแลสุขภาพ สาเหตุที่เอื้อต่อการปฏิบัติตัว ได้แก่ มีพื้นที่ว่างสำหรับการออกกำลังกาย มีนโยบายร่วมกันเรื่องการคัดกรอง และสาเหตุส่งเสริมการปฏิบัติตัว ได้แก่ การมีตัวแบบจากพ่อแม่และเพื่อน การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน และมีกิจกรรมการออกกำลังกายขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสาเหตุหลักที่ทำให้คนในชุมชนของกลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมาจากปัจจัยสำคัญคือ การดำรงชีวิตประจำวันตามแบบดั้งเดิมและเรียนรู้ที่จะพัฒนาสุขภาพตนเองเสมอ และนำสาเหตุหลักมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ แรงจูงใจ เจตคติ การรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนกลุ่มเพื่อน 2)กระบวนการพัฒนาผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวิเคราะห์จัดทำแนวทางกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเข้าร่วมกิจกรรมทดลองใช้แนวทางกิจกรรมฯพร้อมทั้งร่วมกันปรับปรุง เพื่อใช้ได้จริงในกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้นำฯ มีการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p<.01$) และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p<.05$) 3) ผลการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้นำ พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯภายหลังการเข้า

ร่วมกิจกรรมมี การรับรู้ความสามารถตนเอง ($p<.05$) การควบคุมตนเอง ($p<.01$) และการดูแลสุขภาพตนเอง ($p<.01$) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p<.05$) และ 4)ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางเกลือด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่ (1) ศึกษาบริบท ปัญหา และสาเหตุที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของชุมชน (2) สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมผู้ร่วมวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (3) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา (4) พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยผู้ร่วมวิจัย (5) สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (6) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ (7) ติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (8)การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)