

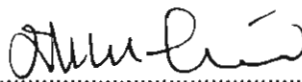
วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพ
ในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย

อุเทน หลงอุย

คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา
ตุลาคม 2556
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒินิพนธ์และคณะกรรมการสอบคุณวุฒินิพนธ์ ได้พิจารณาคุณวุฒิ
นิพนธ์ของ อุเทน หลงอุย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมคุณวุฒินิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี)

คณะกรรมการสอบคุณวุฒินิพนธ์


..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กฤษฏา บานชื่น)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี)


..... กรรมการ
(ดร.นายแพทย์เกษม ไข่มุกด์)


..... กรรมการ
(ดร.วรากร ทรัพย์วิระประณี)

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬานุมัติให้รับคุณวุฒินิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา
ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
(ดร.ศักดิ์ชาย พิทักษ์วงศ์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2556

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนคณาจารย์ ระดับบัณฑิตศึกษา
จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำภาคต้น ปีการศึกษา 2553

ประกาศคุณูปการ

คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กฤษฏา บานชื่น นายแพทย์ประจำคลินิก บ้านสวนเด็ก ดร.นายแพทย์เกษม ไร่คลองกิจ อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา ดร.วรากร ทรัพย์วิระปกรณ อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และสถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬาภูมิภาค 1 ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนอดีตนักมวยไทยอาชีพจังหวัดชลบุรีทุกท่านที่กรุณาสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีค่ายิ่ง และทำให้คุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อสุนทร หลงอูย คุณแม่ฉวี หลงอูย และครอบครัวที่ให้กำลังใจและขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่จากคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา รวมถึงพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ปริญาโท ปริญาเอก และผู้บริหารของภารกิจแห่งประเทศไทยที่ให้ความห่วงใยเป็นกำลังใจ และสนับสนุนด้านการศึกษาแก่ผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของคุณฉันทิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านาน

อุเทน หลงอูย

50810791: สาขาวิชา: วิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา; ปร.ด. (วิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา)
 คำสำคัญ: วิถีชีวิต/ ภาวะสุขภาพ/ สมรรถภาพทางกาย/ นักมวยไทยอาชีพ/ หลังเลิกชกมวย

อุเทน หลงอุย: วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรี
 หลังเลิกชกมวย (LIFE STYLE, HEALTH STATUS AND PHYSICAL FITNESS OF THAI BOXERS IN
 CHON BURI PROVINCE AFTER RETIREMENT) คณะกรรมการควบคุมคชญ์นิพนธ์: ประทุม ม่วงมี, Ph.D.
 160 หน้า. ปี พ.ศ. 2556.

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย กลุ่มเป้าหมายวิจัยเป็นนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย จำนวน 13 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ที่ขึ้นทะเบียนอดีตนักมวยไทยกับการกีฬาแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. วิถีชีวิต 7 ด้านโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาโดยผลของการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 2. ภาวะสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพประจำปี และ 3. สมรรถภาพทางกายโดยใช้การทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสรุปประเด็นโดยแปลความหมายเทียบเกณฑ์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1. วิถีชีวิต 7 ด้าน โดยรวม พบว่า วิถีชีวิตด้านที่อยู่เกณฑ์ปรับปรุง ส่วนใหญ่เป็นวิถีชีวิตด้านสวัสดิการ จำนวน 10 คน (76.92%) ด้านสุขภาพ จำนวน 9 คน (69.23%) และด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 คน (61.54%) และวิถีชีวิตด้านที่อยู่เกณฑ์พอใช้ เป็นวิถีชีวิตด้านสังคม จำนวน 10 คน (76.92%) ด้านโภชนาการ จำนวน 8 คน (61.54%) ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 7 คน (53.85%) และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 7 คน (53.85%)

2. ภาวะสุขภาพ พบว่า มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 9 คน (69.23%) ไหม้นในเลือดสูง จำนวน 8 คน (61.54%) และโรคเบาหวาน จำนวน 7 คน (53.85%)

3. สมรรถภาพทางกายเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตัวเกิน จำนวน 8 คน (61.54%) นั่งอตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 11 คน (84.61%) นอนยกตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำ และต่ำมาก จำนวน 10 คน (76.92%) ดันพื้น อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 5 คน (38.46%) และก้าวขึ้นลง 3 นาที อยู่ในเกณฑ์ ต่ำ และต่ำมาก จำนวน 8 คน (61.54%)

จากข้อมูลที่ปรากฏสามารถสรุปได้ว่า อดีตนักมวยจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเรื่องการออกกำลังกาย นิสัยเพื่อรักษาระดับสมรรถภาพทางกาย ทั้งนี้เพราะพบว่าอดีตนักมวยมีคะแนนจากการทดสอบสมรรถภาพทางกายบางรายการเช่นนั่งอตัว และนอนยกตัวอยู่ในระดับต่ำมากเมื่อเทียบกับคนทั่วไปที่อยู่ในเพศและวัยเดียวกัน นอกจากนั้นอดีตนักมวยที่ศึกษาควรเน้นการดูแลสุขภาพเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน งานวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าการกีฬาแห่งประเทศไทย ควรจัดสวัสดิการและการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอดีตนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย

50810791: MAJOR: EXERCISE AND SPORT SCIENCE; Ph.D. (EXERCISE AND SPORT SCIENCE)
KEYWORDS: LIFE STYLE/HEALTH STATUS/PHYSICAL FITNESS/THAI BOXERS/RETIREMENT
UTHEN LOUG-UI: LIFE STYLE, HEALTH STATUS AND PHYSICAL FITNESS OF
THAI BOXERS IN CHON BURI PROVINCE AFTER RETIREMENT. DISSERTATION ADVISORY
COMMITTEE: PRATOOM MUONGMEE, Ph.D. 160 P. 2013.

This descriptive study was conducted to study life style, health status and health-related physical fitness of 13 retired professional Thai boxers registered with Sports Authority of Thailand in 2009. Data was collected on the three aspects, i.e. 1. Life style which included 7 aspects was accomplished using in-depth interview from designed by the researcher and had gone through the process of content validity checked by experts yielding the content validity of 1.00. 2. Health status examination from results of annual physical examination by physician and 3. Physical fitness status using Sports Authority of Thailand's Simple Physical Fitness Test. Data was analyzed qualitatively, interpreted and compared to norms. Quantitative data was also analyzed using frequency, percentages, means and standard deviation. Results showed the followings:

1. Life style: Most boxers were found to have life style in category 'need improvement'. Specific aspects that needed improvement included social benefit (79.9% of boxers); health (69.2% of boxers); exercise (61.5% of boxers). Life style in category acceptable was the social aspect (10 in 13 boxers), nutrition (8 in 13 boxers); economic status (7 in 13 boxers) and stress management (7 in 13 boxers).

2. Health status: It was found that boxers had chronic illness. Nine in thirteen boxers had cardiac arrhythmia; eight in thirteen had high cholesterol levels; seven in thirteen had diabetes.

3. Health-related physical fitness: Eight out of thirteen boxers had BMI above overweight; eleven out of thirteen had 'very poor' flexibility; sit-up scores of 10 in 13 boxers were classified as 'poor'; push up scores of 5 in 13 boxers were found to be in 'average' category. Eight in thirteen boxers were found to have poor scores in 3 min Step Test.

The existing data suggested that the retired boxers needed to improve their exercise habit to maintain health-related physical fitness level as it was found that the boxers scored very low on some fitness tests including sit-and-reach and sit up tests. Furthermore, the boxers need to take a better care of their health to reduce the risk of having high blood lipid levels and diabetes. This research suggested that Sports Authority of Thailand could do the boxers a favor by finding ways to improve their social welfare and health both at policy and practical levels.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
กีฬามวยไทย.....	9
วิถีชีวิต.....	16
ภาวะสุขภาพ.....	43
สมรรถภาพทางกาย.....	51
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	58
กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา.....	58
เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	61
การตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูล.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล.....	65
สถานที่ดำเนินการเก็บข้อมูล.....	65
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา.....	65

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิจัย.....	66
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
5 อภิปรายผล และสรุปผล.....	108
อภิปรายผล.....	108
สรุปผลการวิจัย.....	115
ข้อเสนอแนะ.....	116
บรรณานุกรม.....	117
ภาคผนวก.....	126
ภาคผนวก ก.....	127
ภาคผนวก ข.....	141
ภาคผนวก ค.....	148
ภาคผนวก ง.....	157
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	160

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ค่าดัชนีมวลกาย..... 24
2	ผลของการออกกำลังกายของประชากรกับภาวะสุขภาพ..... 42
3	ค่าดัชนีความสุขมวลรวมของประชาชนในด้านต่าง ๆ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 – มกราคม พ.ศ. 2553..... 43
4	เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพของคนไทย ระหว่าง พ.ศ. 2547, 2548 และพ.ศ. 2550..... 50
5	จำนวน และค่าร้อยละของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์ชกมวย..... 67
6	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 71
7	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 2 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 72
8	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 3 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 73
9	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 4 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 74
10	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 5 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 75
11	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 6 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 76
12	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 7 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 77
13	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 8 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 78
14	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 9 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 79
15	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 10 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 80
16	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 11 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 81
17	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 12 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 82
18	วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 13 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 83
19	สรุปผลวิถีชีวิต 7 ด้าน ของนักมวยที่ศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์..... 83
20	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 1 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 84
21	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 2 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 85

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
22	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 3 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 86
23	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 4 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 88
24	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 5 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 89
25	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 6 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 90
26	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 7 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 91
27	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 8 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 92
28	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 9 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 93
29	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 10 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 94
30	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 11 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 95
31	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 12 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 96
32	ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 13 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 97
33	สรุปผลภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษา 13 คน เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา..... 98
34	ลักษณะทางกายภาพและสมรรถภาพทางกายทุกรายการของนักมวยที่ศึกษา..... 100
35	จำนวนดัชนีมวลกาย ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย..... 101

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
36	จำนวนนั่งจ่อตัว ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย..... 102
37	จำนวนนอนยกตัว ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย..... 103
38	จำนวนดันพื้น ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย..... 104
39	จำนวนก้าวขึ้นลง 3 นาที ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย..... 105
40	สรุปผลดัชนีมวลกายของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย..... 106
41	สรุปผลสมรรถภาพทางกายทุกรายการของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย..... 106
42	การหาค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหาจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน..... 132
43	การหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับจากการพิจารณาผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน..... 134
44	เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าดัชนีมวลกาย..... 151
45	เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าการนั่งจ่อตัว..... 152
46	เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าการนอนยกตัว..... 153
47	เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าการดันพื้น..... 154
48	เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าชิพจรหลังก้าวขึ้น-ลง 3 นาที..... 156

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	
เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปที่มีบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548 และพ.ศ. 2552.....	41
2	
อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2530 - 2550.....	41
3	
ความชุก (ร้อยละ) ของโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนไทย พ.ศ. 2551- 2552.....	51
4	
องค์ประกอบสมรรถภาพทางกาย.....	54
5	
คำชี้แจงการวัดสมรรถภาพทางกาย	150

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การชกมวยเป็นกีฬาที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในประเทศไทยทั้งมวยสากล และมวยไทย โดยเฉพาะมวยไทยซึ่งเป็นศิลปะการต่อสู้ป้องกันตัวของชนชาติไทยมาตั้งแต่สมัยโบราณ มีลักษณะที่ประกอบด้วยความทรหดอดทน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชาวไทย และควบคู่กับความแข็งแรงของร่างกายที่พัฒนาขึ้น มวยไทยเป็นการต่อสู้ด้วยมือเปล่าโดยใช้พลังและอวัยวะของร่างกายเป็นอาวุธในการต่อสู้ คือ หมัด เท้า เข่า ศอก โดยคิดหาท่วงท่าการใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ผสมกลมกลืน จนมีประสิทธิภาพสูงสุดในการต่อสู้ และทำร้ายคู่ต่อสู้ให้ได้รับบาดเจ็บถึงตายได้ ปัจจุบันการชกมวยไทยได้กลายเป็นอาชีพ ที่มีระเบียบ กติกา ข้อบังคับ และบทลงโทษต่าง ๆ ออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งพระราชบัญญัติกีฬามวยไทย พ.ศ. 2542 ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมา มวยไทยจึงเป็นที่ยอมรับจากคนไทยและต่างประเทศ มีการแข่งขันอยู่เป็นประจำทุกวัน ในเวทีใหญ่ต่าง ๆ ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด มีการแพร่ภาพการแข่งขันการชกมวยไทยทางสถานีโทรทัศน์ในหลาย ๆ ช่อง การชกมวยไทยจึงเป็นแหล่งอาชีพที่สร้างรายได้ และชื่อเสียง โดยเฉพาะการเป็นนักมวยไทยอาชีพนั้นไม่ต้องมีการคัดเลือกว่าต้องมีคุณสมบัติเหมือนอาชีพอื่น ๆ แต่อาศัยความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการชกมวยจึงเป็นอาชีพหนึ่งที่มีความสนใจจากผู้ที่ชอบการต่อสู้

นักมวยไทยอาชีพเป็นอาชีพต้องมีการปะทะและการบาดเจ็บอยู่เสมอ ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น คิ้วแตก ปากแตก ศรีษะแตก ไปจนถึงการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เช่น กระดูกแตก ข้อเคลื่อน กล้ามเนื้อฉีกขาด และกระทบกระเทือนทางสมอง เมื่อนักมวยที่ชกเป็นเวลานาน ๆ มักมีอาการที่เรียกว่า โรคเม้ามัด อาการเดินจะไม่มั่นคง หรือกล้ามเนื้อเกร็งคล้ายอาการโรคพาร์กินสัน (Parkinson) นอกจากนั้นการฝึกซ้อมที่หนักแล้วผลกระทบจากการที่นักมวยต้องลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในพิถันน้ำหนักตัวที่จะชก จะส่งผลต่อการพัฒนาการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา (สนธยา แสนแสวงรัตน์, 2543) การเป็นนักมวยนั้นในความเป็นจริงไม่ได้ประสบความสำเร็จกันทุกคน มีจำนวนนักมวยหลายคนได้เลิกชกมวยด้วยหลาย ๆ สาเหตุ เช่น การเจ็บป่วย การที่ชกแพ้ติด ๆ กันหลายครั้งจนเกิดความท้อถอย และหัวหน้าค่ายมักให้เลิกชก อย่างไรก็ตามแม้การเป็นนักมวยไทยอาชีพจะมีปัญหาและผลเสียหลายประการที่กล่าวมาแล้ว หากการแข่งขันชกมวยไทยอาชีพยังคงอยู่ในสังคมปัจจุบัน นักมวยเหล่านี้ควรได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตหลังการเลิกชกมวย ประกอบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคมในปัจจุบันทำให้วิถีชีวิตของคน

ในสังคมเปลี่ยนแปลงไปซึ่งการเปลี่ยนแปลงบางอย่างก็ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยสุขภาพนั้นไม่ได้หมายถึงปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงคุณภาพ หมายถึงการที่ระบบต่าง ๆ สอดคล้องกัน อย่างมีสมดุล มีความปกติ โดยพิจารณาว่ามีมิติเชื่อมโยงกัน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา

เมื่อก้าวถึงคุณภาพชีวิต (Quality of Life) โดยภาพรวมจะเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคล (สุภางค์ จันทวนิช และวิศน์ ศิลตระกูล, 2539) ดังจะเห็นได้จากการที่นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยจะมีอาการต่าง ๆ นานา โดยทั่วไปปัญหาสุขภาพนั้นมีสาเหตุจากความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติ และพฤติกรรมของบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pender (1987) พบว่าวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมที่สำคัญได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีสาเหตุมาจากวิถีชีวิตหรือพฤติกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการกึ่งกีฬาแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า มีนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย ได้รับสวัสดิการกองทุนกีฬามวยเนื่องจากบาดเจ็บทุพพลภาพทั่วประเทศ มีจำนวน 77 คน จากรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนอดีตนักมวยไทยอาชีพ จำนวน 1,295 คน จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอดีตนักมวยไทยอาชีพที่ได้รับบาดเจ็บ ทุพพลภาพ จำนวน 2 คน จากที่ขึ้นทะเบียนรายชื่อ จำนวน 13 คน จากข้อมูลจะเห็นว่านักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย มีอาการบาดเจ็บป่วยและวิถีชีวิตนั้นย่อมไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคลซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกาย แม้ว่าความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ก็ตามแต่เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ด้วยเหตุผลนี้ทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ได้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการชะลอความเสื่อมระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Walker, Sechrist & Pender, 1987, p. 76)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นที่น่าสนใจว่าวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยเป็นอย่างไร ประกอบกับยังไม่มียานวิจัยใดทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย โดยใช้แนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender (1987, p. 76) เป็นแนวทางในการศึกษานักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย เพื่อเป็นข้อมูลและพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อยกระดับความผาสุกที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรี หลังเลิกชกมวยเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ทำให้ทราบวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย
2. นำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย
3. เป็นข้อมูลสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวยว่าเป็นอย่างไร โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา (Research Participants) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย โดยผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพศชาย จำนวน 13 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียนอดีตนักมวยไทยอาชีพ ประจำปี พ.ศ. 2552 กับสำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย

2. การศึกษาวิถีชีวิต โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นการศึกษาอย่างมีจุดมุ่งหมายเฉพาะ ในลักษณะการสัมภาษณ์แบบรายบุคคล เป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting Lifestyle Profile) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender (1987, pp. 76-80) ให้มีเหมาะสมกับนักมวยไทยอาชีพ โดยแยกตามปัจจัยพื้นฐานคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์การชกมวย และวิถีชีวิต 7 ด้าน ดังต่อไปนี้

- 2.1 ด้านเศรษฐกิจ
- 2.2 ด้านสังคม
- 2.3 ด้านการออกกำลังกาย
- 2.4 ด้านโภชนาการ
- 2.5 ด้านการจัดการกับความเครียด
- 2.6 ด้านสวัสดิการ
- 2.7 ด้านสุขภาพ

3. การศึกษาภาวะสุขภาพโดยประเมินจากผลการตรวจสุขภาพร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยแพทย์และเทียบเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ประกอบด้วย

- 3.1 การตรวจร่างกายโดยแพทย์
- 3.2 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด
- 3.3 การตรวจน้ำตาลในเลือด
- 3.4 การตรวจไขมันในเลือด
- 3.5 การตรวจการทำงานของตับ
- 3.6 การตรวจการทำงานของไต
- 3.7 การตรวจระดับกรดยูริกในเลือด
- 3.8 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- 3.9 การเอกซเรย์ปอด
- 3.10 การตรวจปัสสาวะ

4. การศึกษาสมรรถภาพทางกายโดยการทดสอบสมรรถภาพทางกายเพื่อประเมินความสมรรถนะทางกายที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต โดยการใช้การทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย โดยนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์และเทียบเกณฑ์มาตรฐาน (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546) ประกอบด้วย

- 4.1 สัดส่วนของร่างกาย
- 4.2 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
- 4.3 ความอดทนของกล้ามเนื้อ
- 4.4 ความอ่อนตัว
- 4.5 ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. วิถีชีวิต (Life Style) หมายถึง สภาพการดำเนินชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังจากเลิกชกมวยที่กระทำที่เป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้การสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyle Profile) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender (1987, pp. 76-80) ประกอบด้วยวิถีชีวิต 7 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านเศรษฐกิจ (Economic) หมายถึง ฐานะการเงินของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย ดูรายละเอียดจากรายได้ที่ได้รับ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และการประกอบอาชีพ ของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย

1.2 ด้านสังคม (Social) หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวยได้ดีเพียงใด การได้รับการศึกษา และความสัมพันธ์กับชุมชน เครือญาติ

1.3 ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึง ลักษณะนิสัย เกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย และวิธีการออกกำลังกายที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย

1.4 ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง ลักษณะนิสัยในการเลือกรับประทานอาหาร ทั้งชนิดและลักษณะอาหารให้มีความเหมาะสมกับวัย และสภาพร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง

1.5 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) หมายถึง ลักษณะนิสัย เกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ การรู้จักควบคุมอารมณ์ให้เหมาะสม และการพักผ่อน

1.6 ด้านสวัสดิการ (Welfare) หมายถึง ผลประโยชน์ตอบแทนในรูปแบบหนึ่งที่บุคคลหรือองค์กรเป็นผู้จัดให้ เพื่อให้ได้รับความสะดวกสบาย มั่นคง และปลอดภัย

1.7 ด้านสุขภาพ (Well-being) หมายถึง ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และการรับรู้ถึงภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพของการเจ็บป่วยหรือโรคภัยต่าง ๆ อันเนื่องจากการขาดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีว่ามีผลต่อการดำเนินชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงานอย่างไร

2. ภาวะสุขภาพ (Health Status) หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ด้านร่างกายซึ่งสามารถรักษาความสมดุลและองค์ประกอบต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ในที่นี้ประเมินจากผลการตรวจร่างกายทั่วไป (เกษม ต้นติผลาชีวะ

และกฤษยา ตันติผลาชีวะ, 2528) และประเมินจากค่าปกติจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการในใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรคของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ได้แก่

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป (Physical Examination) หมายถึง การตรวจร่างกายโดยแพทย์จะเริ่มจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายจากการตรวจสัญญาณชีพที่สำคัญ เช่น ชีพจร อุณหภูมิ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะ ตา หู คอ จมูก ปาก เสียง และจังหวะการเต้นของหัวใจ เสียงปอด ท้อง แขน ขา ผิวหนัง เล็บ และระบบประสาทการเคลื่อนไหวเบื้องต้น

สัญญาณชีพ	ช่วงปกติ	ค่าเฉลี่ย
2.1.1 ชีพจร	60-100 ครั้ง/ นาที	80 ครั้ง/ นาที
2.1.2 อุณหภูมิ	36.0-37.5 องศาเซลเซียส	37 องศาเซลเซียส
2.1.3 อัตราการหายใจ	16-20 ครั้ง/ นาที	18 ครั้ง/ นาที
2.1.4 ความดันโลหิต	140-90 มิลลิเมตรปรอท	120-80 มิลลิเมตรปรอท

2.2 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count) หมายถึง การตรวจส่วนประกอบของเลือด เพื่อดูความปกติของระบบโลหิต และประเมินภาวะซีด โดยพิจารณาจาก

2.2.1 ฮีมาโตคริต (Hematocrit) คือ เพศชาย ค่าปกติ 40-54 เปอร์เซ็นต์

2.2.2 ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) คือ เพศชาย ค่าปกติ 13-18 g/dL

2.2.3 เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) คือ เพศชาย ค่าปกติ 4,500-11,000 cell/cu.mm.

2.2.4 เกล็ดเลือด (Platelets Count) คือ เพศชาย ค่าปกติ 140,000-400,000 cell/cu.mm.

2.3 การตรวจหาน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) หมายถึง การตรวจน้ำตาลกลูโคสในเลือด ค่าปกติ 70-105 mg/dl.

2.4 การตรวจไขมันในเลือด (Lipid Profile) หมายถึง การตรวจเลือดเพื่อหาปริมาณไขมันที่อยู่ในกระแสเลือดชนิดต่าง ๆ มี 4 ชนิดในร่างกายหลังอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ได้แก่

2.4.1 โคลเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) ค่าปกติ 0-199 mg/dl.

2.4.2 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ค่าปกติ 0-199 mg/dl.

2.4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล (Low Density Lipoprotein Cholesterol) ค่าปกติ 0-164 mg/dl.

2.4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล (High Density Lipoprotein Cholesterol) ค่าปกติ 35 – 100 mg/dl.

2.5 การตรวจการทำงานของไต (Kidney Function) หมายถึง การตรวจสมรรถภาพของไต ในการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจ 2 ชนิด คือ

2.5.1 ยูเรียไนโตรเจน (Blood Urea Nitrogen) ค่าปกติ 6-20 mg/dl.

2.5.2 ครีเอตินีน (Creatinine) ค่าปกติ 0.7-1.2 mg/dl.

2.6 การตรวจการทำงานของตับ (Liver Function) หมายถึง การตรวจสมรรถภาพการทำงานของตับ เป็นการตรวจหาระดับเอ็นไซม์ของตับในเลือด ได้แก่

2.6.1 เอสจีโอที (SGOT) เพศชาย ค่าปกติ 0-38 U/L

2.6.2 เอสจีพีที (SGPT) เพศชาย ค่าปกติ 0-40 U/L

2.7 การตรวจระดับกรดยูริก (Uric Acid) หมายถึง การตรวจหาปริมาณกรดยูริกในเลือด เพื่อดูการเกิดไขข้ออักเสบ เพศชาย ค่าปกติ 3.4-7.0 mg/dl.

2.8 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) หมายถึง การตรวจเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย

2.9 การตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) หมายถึง การตรวจเพื่อวินิจฉัยความปกติของปอด โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย

2.10 การตรวจปัสสาวะ (Urine Examination) หมายถึง การตรวจเพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพของระบบทางเดินปัสสาวะและไตที่เกิดภายในร่างกาย โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย

3. สมรรถภาพทางกาย (Physical Fitness) หมายถึง ความสามารถทางร่างกายของบุคคล ในการที่จะประกอบกิจกรรมการเคลื่อนไหวหรือทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่เหน็ดเหนื่อยง่าย และยังสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว (วิรัตน์ สนธิจันทร์, 2550) การวิจัยครั้งนี้ใช้การทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่าย (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546) ประกอบด้วย

3.1 สัดส่วนของร่างกาย (Body Composition) หมายถึง ส่วนที่ประกอบขึ้นเป็นน้ำหนักของร่างกายแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นไขมัน (Fat Weight) และส่วนที่ไม่ใช่ไขมัน (Lean Body Weight) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index) ยกเว้นรายการสัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก

3.2 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อในการหดตัวเพื่อทำงานอย่างหนึ่งอย่างใด ได้อย่างเต็มที่ในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยกล้ามเนื้อส่วนหนึ่งส่วนใด การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการทดสอบดันพื้น 1 นาที

3.3 ความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscular Endurance) หมายถึง ความสามารถในกิจกรรมที่ต้องใช้กลุ่มกล้ามเนื้อกลุ่มเดียวกันเป็นระยะเวลาสั้น ๆ การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการนอนยกตัว 1 นาที

3.4 ความอ่อนตัว (Flexibility) หมายถึง ความสามารถในการเคลื่อนที่ได้อย่างเต็มมุมของการเคลื่อนที่ (Range of Motion) ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ในการวิจัยนี้ใช้การทดสอบนั่งงอตัว ยกเว้นรายการแต่มือด้านหลัง

3.5 ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ (Cardiovascular Endurance) หมายถึง ความสามารถของร่างกายที่สามารถอดทนต่อการทำงาน ที่ความหนักระดับปานกลางได้นาน ในงานวิจัยนี้ใช้การทดสอบก้าวขึ้นลง 3 นาที

4. นักมวยไทยอาชีพ (Thai Boxers) หมายถึง นักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีที่ขึ้นทะเบียนบัญชีรายชื่อ นักมวยไทยอาชีพ ประจำปี พ.ศ. 2542-2552 กับสำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย ตามพระราชบัญญัติกีฬามวย พ.ศ. 2542

5. หลังเลิกชกมวย (Retirement) หมายถึง นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยในจังหวัดชลบุรีที่ขึ้นทะเบียนบัญชีรายชื่ออดีตนักมวย ประจำปี พ.ศ. 2542-2552 กับสำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย ตามพระราชบัญญัติกีฬามวย พ.ศ. 2542

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกาย ของนักมวยไทยอาชีพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. กีฬามวยไทย

- 1.1 ประวัติและความสำคัญกีฬามวยไทย
- 1.2 ประโยชน์ของกีฬามวยไทย
- 1.3 การฝึกซ้อมกีฬามวยไทย
- 1.4 พระราชบัญญัติกีฬามวย พ.ศ. 2542

2. วิถีชีวิต

- 2.1 ความหมายวิถีชีวิต
- 2.2 องค์ประกอบของวิถีชีวิต
- 2.3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพนเดอร์
- 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงหลังการเลิกชกมวย

3. ภาวะสุขภาพ

- 3.1 ความหมายภาวะสุขภาพ
- 3.2 การตรวจสุขภาพ
- 3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

4. สมรรถภาพทางกาย

- 4.1 ความหมายสมรรถภาพทางกาย
- 4.2 องค์ประกอบสมรรถภาพทางกาย
- 4.3 การทดสอบสมรรถภาพทางกาย

กีฬามวยไทย

1. ประวัติและความสำคัญกีฬามวยไทย

มวยไทยเกิดขึ้นในสมัยใดไม่แน่ชัด เท่าที่มีหลักฐานพบว่ามวยไทยเกิดขึ้นมานานแล้ว อาจจะเกิดขึ้นพร้อมกับชาติไทย เพราะถือกันว่ามวยไทยเป็นศิลปะประจำชาติของไทยเราจริง ๆ ยกที่ชาติอื่นจะเลียนแบบได้ (จรัสเดช อุลิต, 2542, หน้า 26)

มวยไทย เป็นศิลปะการต่อสู้ป้องกันตัวที่สามารถนำไปใช้ได้ทั้งเชิงกีฬาและเชิงการต่อสู้จริง ๆ ศิลปะประเภทนี้มีมาแต่โบราณกาล บรรพบุรุษของชาติไทยได้ฝึกฝนอบรมสั่งสอนลูกบุตรไว้เพื่อป้องกันตัวและชาติ บรรดาชายฉกรรจ์ของไทยได้รับการฝึกฝนวิชามวยไทยแทบทุกคน นักรบผู้กระเดื่องนามทุกคนต้องได้รับการฝึกฝนอบรมศิลปะประเภทนี้อย่างชัดเจนทั้งสิ้น เพราะการใช้อาวุธรบในสมัยโบราณ เช่น กระบี่ พลอง ดาบ ง้าว ทวน ฯลฯ ถ้ามีความรู้วิชามวยไทยประกอบด้วยแล้วจะทำให้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่เข้าต่อสู้ติดพันประชิดตัวจะอาศัยใช้วชิระบางส่วนเข้าช่วย เช่น เข่า เท้า สอก เป็นต้น แต่เดิมมาศิลปะมวยไทยที่มีชั้นสูงมักจะฝึกสอนกันในบรรดาเจ้านาย ชั้นผู้ใหญ่ หรือเฉพาะพระมหากษัตริย์และขุนนางฝ่ายทหารเท่านั้น ต่อมาจึงได้แพร่หลายไปถึงสามัญชนซึ่งได้รับการถ่ายทอดวิชาการจากบรรดาอาจารย์ ซึ่งเดิมเป็นยอดขุนพล หรือยอดนักรบมาแล้ว วิชาการจึงได้แพร่หลายและคงอยู่ตราบเท่าทุกวันนี้ (จรวย แก่นวงษ์คำ, 2530, หน้า 5)

พัฒนาการของศิลปะการต่อสู้ป้องกันตัวมวยไทย

1. สมัยกรุงสุโขทัย (พ.ศ. 1781-1921)

ในสมัยสุโขทัยนี้ การต่อสู้มือเปล่าด้วยวิชามวยไทยมีใช้อยู่ในการต่อสู้กับข้าศึกและเป็นการใช้ร่วมกับอาวุธชนิดต่าง ๆ สถานที่ที่เป็นสำนักฝึกสอนวิชามวยไทยในสมัยนี้ได้แก่ วัด บ้าน สำนักราชบัณฑิตที่เปิดสอนวิชาการต่อสู้ป้องกันตัวรวมอยู่ด้วย

2. สมัยกรุงศรีอยุธยา (พ.ศ. 1893-2310) สมัยนี้การถ่ายทอดวิชาการต่าง ๆ มาจากสมัยสุโขทัยอย่างต่อเนื่อง เช่น การฆ่าสัตว์ การคล้องช้าง การฟ้อนรำ และการละเล่นต่าง ๆ และวัดก็ยังคงเป็นสถานที่ให้ความรู้ทั้งวิชาสามัญและฝึกความชำนาญในเชิงดาบ กระบี่กระบอง กรีฑ มวยไทย ยิงธนู เป็นต้น พ.ศ. 2174-2233 สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช นับว่าเจริญที่สุดมีนายขนมต้มที่ได้สร้างประวัติศาสตร์มวยไทยสืบต่อมาจนถึงปัจจุบัน นายขนมต้มจึงเป็นนักมวยเอกคนแรกของไทยที่ได้ประกาศฝีมือมวยไทยในต่างแดน และยังเปรียบเสมือนกับเป็นบิดาวิชามวยไทยมาจนเท่าทุกวันนี้

3. สมัยกรุงธนบุรี (พ.ศ. 2314) พม่ายกทัพมาตีเมืองเชียงใหม่ และมาตีเมืองพิชัย พระยาพิชัยดาบหัก (นายทองดี ฟันขาว) ซึ่งพระเจ้ากรุงธนบุรี (พระเจ้าตากสิน) ได้โปรดให้ครองเมืองพิชัยอยู่นั้นได้นำทัพออกต่อสู้กับพม่าจนดาบหัก แต่ก็สามารถป้องกันเมืองพิชัยเอาไว้ได้ ประชาชนทั่วไปจึงเรียกว่า พระพิชัยดาบหักตั้งแต่นั้นมา ซึ่งต่อมาพระเจ้าธนบุรีจึงได้แต่งตั้งนายทองดีไปครองเมืองพิชัย และมีความชอบได้เป็นถึงพระยาพิชัย ในเวลาต่อมาแม้กระทั่งในตระกูลของพระยาพิชัยดาบหัก เมื่อรับราชการมาจนถึงรัชกาลที่ 6 ก็ได้รับพระราชทานนามสกุลว่า วิชัยขัทคะ แปลว่า ดาบวิเศษของพระยาพิชัย

4. สมัยกรุงรัตนโกสินทร์ พ.ศ. 2325 ในระยะต้น รัชกาลที่ 1-5 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ กษัตริย์ไทยที่ทรงโปรดการกีฬามาก เช่น สมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก ทรงโปรดกีฬามวยไทยอย่างต่อเนื่องในสมัยนี้ได้มีฝรั่งสองคนพี่น้องเข้ามาหาครูชกมวยชนิดมีเดิมพัน พระองค์ได้จัดตั้งหมื่นผลาญนักมวยผู้เก่งกาจขึ้นชกกับฝรั่งสองพี่น้อง แม้หมื่นผลาญจะมีร่างกายเล็กเสียเปรียบฝรั่งมาก แต่ด้วยศิลปะมวยไทย อวูธหมัด เท้า เข่า สอก ฝรั่งสองพี่น้องจึงพ่ายแพ้ยับเยินกลับไป สมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดให้พระเจ้าลูกยาเธอหลายพระองค์หัดเล่นกระบี่กระบอง พระองค์มีความชำนาญในกีฬามวยไทยจึงจัดให้มีการแข่งขันชกมวยขึ้นในชนบทและในกรุง นอกจากนี้ได้ทรงแต่งตั้งผู้มีฝีมือในกีฬามวยไทยให้เป็นหัวหน้าในการจัดกีฬาและให้ยศตำแหน่งด้วย

5. ในสมัยรัชกาลที่ 6 แม้เกิดสงครามโลกครั้งที่ 1 พ.ศ. 2463 แต่ก็ได้เกิดสนามมวยขึ้นครั้งแรกระบว่า ได้มีสนามมวยสวนกุหลาบเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2463 คือ สนามมวยสวนกุหลาบจัดให้มีการชกมวยไทยเป็นประจำ เมื่อแรกเริ่มนั้นให้นักมวยชกกันบนพื้นดิน ผู้ดูนั่งและยืนอยู่รอบบริเวณสังเวียนซึ่งกว้างกว่า 20 เมตร มีการขีดเส้นกำหนดให้นั่งห้ามล้ำเข้าไปในเขตสังเวียน นักมวยคาดเชือกที่พันมือด้วยด้ายดิบ สวมมงคล แม้ขณะชกก็ต้องสวมอยู่ มีผ้าประเจียดมัดไว้ที่ต้นแขนซ้ายและขวา สวมกางเกงขาสั้นมีผ้าคาดทับอย่างแน่นหนาตรงบริเวณอวัยวะสำคัญปกคลุมมาจนถึงด้านบนตรงเอว ไม่สวมเสื้อและปลายเท้าเปลือยเปล่า กรรมการแต่งกายด้วยผ้าม่วงนุ่งโจงกระเบนสวมถุงเท้าขาวเสื้อราชประแตน (สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ, 2540, หน้า 22)

6. ในสมัยปัจจุบัน ได้ทำการแข่งขัน ณ เวทีราชดำเนินและเวทีลุมพินีเป็นประจำ และยังมีเวทีมวยที่เปิดการแข่งขันถาวรและชั่วคราวทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดอีกมากมาย ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติกีฬามวย พ.ศ. 2542 มีสำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย ของการกีฬาแห่งประเทศไทย ที่ได้จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. นี้ให้มีหน้าที่ส่งเสริม คุ้มครอง สนับสนุนและควบคุมกิจการมวยในประเทศไทยให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ซึ่งนับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของวงการมวยเมืองไทย (จรรยา แก่นวงษ์คำ, 2530) กีฬามวยไทยได้รับความสนใจจากคนไทยทั่วไป รวมทั้งชาวต่างชาติจำนวนมาก ปัจจุบันมีการแข่งขันมวยไทยกันทุกวัน แม้จะต้องเสียเงินค่าเข้าชมการแข่งขันที่มีราคาสูงกว่ากีฬาชนิดอื่นก็ตาม จนในขณะนี้กีฬามวยไทยได้เปลี่ยนเป็นธุรกิจอย่างหนึ่งที่ทำรายได้ให้แก่คนกลุ่มหนึ่ง ทำให้คนสนใจฝึกหัดมวยไทยกันอย่างจริงจัง เพื่อเป็นอาชีพของตนเอง มีรายได้พอเลี้ยงชีพได้อย่างหนึ่ง โดยเงินจากการแข่งขันเป็นรางวัลตอบแทน (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2548, หน้า 37)

สรุปได้ว่า มวยไทยเป็นศิลปะที่เกิดมาพร้อมชาติไทย ได้มีพัฒนาการมวยไทย เป็นศิลปะการต่อสู้ป้องกันตัวที่สามารถนำไปใช้ได้ทั้งเชิงกีฬาและเชิงการต่อสู้ ปัจจุบันได้รับความนิยมทำการแข่งขัน ณ เวทีมวยทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดอีกมากมาย ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติกีฬามวย

พ.ศ. 2542 มีสำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย ของการกีฬาแห่งประเทศไทย ที่ได้จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. นี้ให้มีหน้าที่ส่งเสริม คุ้มครอง สนับสนุนและควบคุมกิจการมวยในประเทศไทยให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ซึ่งนับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของวงการมวยเมืองไทย

2. ประโยชน์ของกีฬามวยไทย

สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2540, หน้า 5) กล่าวถึงประโยชน์ของกีฬามวยไทยไว้ดังนี้

1. กีฬามวยไทยช่วยพัฒนาการทางกาย

- ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีสมรรถภาพในการทำงานสูง
- ช่วยทำให้ทรวดทรงดี มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมในการเป็นผู้นำ

2. กีฬามวยไทยช่วยพัฒนาการทางอารมณ์ การออกกำลังกาย การฝึกซ้อม การแข่งขัน และการต่อสู้ของกีฬามวยนั้น จะพบกับการผิดหวัง การสมหวัง รวมทั้งความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย นักกีฬามวยไทยจึงต้องมีความอดทน อดกลั้นเป็นอย่างดี การพบกับการแพ้และชนะบ่อยครั้งในการแข่งขัน ทำให้อารมณ์มั่นคง เพราะในการแข่งขันทั้งสองฝ่ายต่างก็ได้รับความเจ็บปวดทางด้านร่างกายด้วยกัน

3. กีฬามวยไทยช่วยพัฒนาทางด้านสังคม กล่าวคือ กีฬามวยไทยถือเป็นศิลปะวัฒนธรรมของชาวไทยอย่างหนึ่ง ผู้ฝึกหัดกีฬามวยไทยและนักมวยไทยเปรียบเสมือนผู้รักษาทำนุบำรุงไว้ ซึ่งความเป็นเอกลักษณ์ของชาติไทย ตลอดจนชี้ให้เห็นว่าศิลปะวัฒนธรรมนี้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวให้ชาวไทยรักหวงแหน และสามัคคีกันในทุกขณะเป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ประเทศชาติมีความมั่นคงสืบไป

4. กีฬามวยไทยช่วยพัฒนาทางจิตใจ กล่าวคือ เนื่องจากกีฬามวยไทยเป็นศิลปกรรม ดังนั้นขบวนการของกีฬามวยไทยจึงมีอิทธิพลอย่างหนึ่งคือพิธีการไหว้ครู และพิธีขึ้นครู เป็นการยอมรับนับถือผู้ประสาทวิชาทางการมวยไทยให้ การฝึกของนักมวยต้องมีครูไม่ว่าจะเป็นครูโดยตรงหรือที่ลึกลับคือ โดยการสังเกตจดจำไม้มวยจากผู้อื่นก็ตาม

5. กีฬามวยไทยช่วยให้เกิดสวัสดิภาพแก่ตนเองและผู้อื่น ตลอดจนใช้สังคมเนื่องจากกีฬามวยไทยเป็นศิลปะป้องกันตัว ใ้บุคคลสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ชีวิตและทรัพย์สินได้ เพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ตนเองเมื่ออยู่ในสังคมได้ ทำให้สังคมนั้นมีความเจริญก้าวหน้ามีสวัสดิภาพและมีความมั่นคง

6. กีฬามวยไทยช่วยเพิ่มสมรรถภาพและประสิทธิภาพของทหารและตำรวจกล่าวคือ ทหารและตำรวจมีหน้าที่ดูแลบ้านเมือง ทหารมีหน้าที่รักษาบ้านเมืองยามออกศึกสงคราม นอกเหนือไปจากการใช้อาวุธ ยุทโธปกรณ์แล้ว การต่อสู้ด้วยมือเปล่าอาจมีความจำเป็นในการต่อสู้ระยะ

ประชิดตัว ตำรวจมีหน้าที่ปราบโจรผู้ร้ายศิลปะการต่อสู้แบบมวยไทยสามารถช่วยทำให้การต่อสู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งยังช่วยทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและเสริมความกล้าหาญเด็ดเดี่ยวในการต่อสู้อีกด้วย

7. ช่วยสร้างเสริมคุณธรรม จากประวัติศาสตร์ทำให้เห็นเด่นชัดว่าการฝึกหัดมวยไทยนั้นสามารถสร้างเสริมคุณธรรมและจริยธรรมด้านต่าง ๆ ให้เกิดในตัวนักมวย เช่นมีความซื่อสัตย์สุจริต ดังเช่น นายทองดี ฟินขาว แสดงความจงรักภักดีต่อพระเจ้าตากสินมหาราช

สรุปได้ว่า ประโยชน์ของกีฬามวยไทย ได้ให้คุณค่าต่อบุคคล ส่งเสริมพัฒนาการด้านกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และสติปัญญา มีคุณค่าต่อประเทศชาติในการสืบสานวัฒนธรรมความเป็นชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ เป็นอาชีพและสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว เป็นผู้มีระเบียบวินัย ปฏิบัติตามระเบียบแบบแผนและเป็นแบบอย่างของสังคม และคุณค่าในการปกป้องชีวิตทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น

3. การฝึกซ้อมกีฬามวยไทย

การฝึกซ้อมกีฬามวยไทยในสมัยโบราณ กีฬามวยไทยเราถือว่าเป็นศิลปะการต่อสู้ที่ผ่านกาลเวลาของการกลั่นกรอง สิ่งที่ดีที่สุดมาเป็นระยะเวลาช้านาน ครูมวยโบราณจึงเคร่งครัดในเรื่องของการฝึกซ้อมเป็นพิเศษ โดยจะบังคับให้นักมวยฝึกหัดชกมวยตั้งแต่เริ่มต้นตามลำดับจนจบขั้นสูง จะไม่มีการเรียนลัดเป็นอันขาด เพราะการแข่งขันชกมวยไทยในอดีตจะเป็นอันตรายมาก ถ้าหากนักมวยไม่มีความรู้ความชำนาญเพียงพออาจพลาดพลั้งจนถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตจากการต่อสู้ได้ (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2548, หน้า 124) การฝึกซ้อมกีฬามวยไทยในสมัยโบราณ แม้จะไม่มีอุปกรณ์สำหรับฝึกซ้อมโดยเฉพาะดังเช่นในปัจจุบันแต่พื้นฐานของการออกกำลังกายของนักมวยในแต่ละวันจะแฝงอยู่กับการเคลื่อนไหว เพื่อใช้แรงงานในการประกอบอาชีพซึ่งเป็นวิถีชีวิตของชาวบ้าน เช่น การหาบน้ำ ทำไร่ ทำนา ต่ำข้าว วิ่งเล่นตามทุ่งนา ซึ่งเป็นส่วนช่วยให้ได้ออกกำลังกายทุกวันร่างกายจึงแข็งแรงสมำเสมอ ส่วนอุปกรณ์ที่นำมาใช้ฝึกกับกีฬามวยไทย จะเป็นของพื้นบ้านที่หาได้ง่ายและมีอยู่ทั่วไปในชนบท เช่น การใช้ต้นกล้วยฝึกเตะแทนกระสอบ การปั้นต้นมะพร้าวเพื่อให้ได้กำลังแขน เท้า ไหล่ การใช้ลูกมะนาวฝึกสายตา เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ, 2540) การคัดเลือกเพื่อจะมาฝึกซ้อมกีฬามวยไทยเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้การฝึกซ้อมกีฬามวยไทยประสบความสำเร็จ เพราะหากเด็กและเยาวชนมีความพร้อมในการฝึกจะช่วยให้การฝึกซ้อมพัฒนาไปได้อย่างรวดเร็วกว่าและบรรลุจุดมุ่งหมายได้เร็วกว่า การคัดเลือกเยาวชนเพื่อนำมาฝึกหัดกีฬามวยไทยให้บรรลุเป้าหมายควรพิจารณา ดังนี้ 1. พันธุกรรม 2. ลักษณะรูปร่าง 3. ความศรัทธาในการฝึกกีฬามวยไทย 4. ความขยันหมั่นเพียร 5. สมรรถภาพทางกาย

6. ทักษะพื้นฐานกีฬามวยไทย 7. การอุทิศเวลา 8. ความอดทน 9. ความจำเป็น (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2548, หน้า 128)

สรุปได้ว่า การฝึกซ้อมกีฬามวยไทยในสมัยปัจจุบัน ได้เปลี่ยนแปลงไปจากการฝึกซ้อมในสมัยโบราณ เพราะมีการนำเครื่องมือวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายมาใช้ในการเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายของนักมวย และอุปกรณ์สำหรับฝึกซ้อมที่ทันสมัย เช่นเวทิมวย นวม กระสอบ เป้าล่อหมัด ถีบ เตะ เข่า และศอก ฯลฯ การฝึกซ้อมมวยไทยสมัยปัจจุบันจะต้องอาศัยผู้ฝึกสอนที่มีความรู้ มีประสบการณ์อาศัยหลักการฝึกซ้อมที่ถูกต้อง และองค์ประกอบอื่นอีกหลายประการ ดังต่อไปนี้ การคัดเลือกนักมวยส่วนใหญ่มาจากเด็กหรือเยาวชนที่มีความสนใจในด้านการต่อสู้ เพราะว่กีฬามวยไทยนั้นนอกจากจะได้รับบาดเจ็บจากชกมวยแล้ว การฝึกซ้อมก่อนข้างหนัก ถ้าไม่มีจิตใจรักคงเป็นนักมวยไทยไม่ได้ และการคัดเลือกนักมวยนั้น ไม่มีอะไรขอให้อดทนต่อความลำบาก

4. พระราชบัญญัติกีฬามวยไทย พ.ศ. 2542

ผู้วิจัยได้นำพระราชบัญญัติกีฬามวยไทย พ.ศ. 2542 เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

หมวด 2 การส่งเสริมและคุ้มครอง

มาตรา 12 คณะกรรมการมีอำนาจให้ทุน ทรัพย์สิน หรือประโยชน์อื่นใดเพื่อส่งเสริมสวัสดิการแก่นักมวย ผู้ฝึกสอน ผู้ตัดสิน และหัวหน้าค่ายมวยที่เป็นบุคคลธรรมดาในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุเจ็บป่วยจากการแข่งขันกีฬามวยหรือกรณีอื่นอันควรแก่การสงเคราะห์ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้ทุน ทรัพย์สิน และประโยชน์อื่นใดตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 14 การจัดการแข่งขันกีฬามวยแต่ละครั้งนายสนามมวย และผู้จัดการแข่งขันกีฬามวยต้องจัดให้มีมาตรการเพื่อความปลอดภัยสำหรับนักมวย อย่างน้อยตามมาตรฐานดังต่อไปนี้

1. จัดให้มีแพทย์แผนปัจจุบันตรวจสอบสุขภาพของนักมวยแต่ละคนก่อนการแข่งขันกีฬามวยเพื่อรับรองว่านักมวยมีสุขภาพสมบูรณ์พร้อมทำการแข่งขัน
2. จัดให้มีแพทย์แผนปัจจุบันหรือพยาบาลวิชาชีพ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ประจำสนามมวยในขณะที่มีการแข่งขัน
3. จัดให้มีการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลอันเนื่องมาจากการแข่งขันกีฬามวยสำหรับนักมวย การจัดให้มีมาตรการเพื่อความปลอดภัยตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 15 ในการแข่งขันกีฬามวยแต่ละครั้ง ผู้จัดการแข่งขันมวย หัวหน้าค่ายมวย หรือผู้จัดการนักมวยตามที่ได้ตกลงกัน แล้วแต่กรณี ต้องจ่ายเงินรางวัลให้แก่นักมวย ซึ่งต้องไม่น้อยกว่า

ร้อยละห้าสิบของค่าตอบแทนรวมทั้งหมดที่ผู้จัดการแข่งขันมวยตกลงจ่ายให้แก่นักมวย หัวหน้าค่ายมวย และผู้จัดการนักมวย

มาตรา 16 ให้คณะกรรมการจัดให้มีระเบียบและกติกามาตรฐาน สำหรับการแข่งขันกีฬามวยไทยเพื่อใช้ในการจัดการแข่งขันกีฬามวย ทั้งนี้ โดยคำนึงถึง อายุ เพศ ความปลอดภัยของนักมวย และจารีตประเพณีในการแข่งขันกีฬามวย

หมวด 3 การควบคุม

มาตรา 17 ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการกีฬามวยขึ้นมีฐานะเป็นหน่วยงานของการกีฬาแห่งประเทศไทย

มาตรา 20 ให้นายทะเบียนจัดทำทะเบียนประวัติบุคคลในวงการกีฬามวยและออกบัตรประจำตัวนักมวย ผู้ฝึกสอน และหัวหน้าค่ายมวยตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 29 นักมวยที่จดทะเบียนได้ต้อง

1. มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบห้าปีบริบูรณ์
2. ไม่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษหรือเป็นโรคที่คณะกรรมการกำหนด
3. ไม่เป็นคนวิกลจริต หรือพินเพื่อนไม่สมประกอบ
4. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่งคณะกรรมการเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียแก่วงการกีฬามวย
5. ผู้เยาว์ที่จดทะเบียนเป็นนักมวยแล้ว อาจทำนิติกรรมอันเกี่ยวกับการแข่งขันกีฬามวยได้ โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมอีก (สำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย, 2542)

สรุปได้ว่า พระราชบัญญัติกีฬามวยไทย พ.ศ. 2542 การส่งเสริมและการคุ้มครองสรุปได้ว่า นักมวยได้รับการคุ้มครองตามมาตรา 12 ซึ่งเป็นการส่งเสริมสวัสดิการแก่นักมวยในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ เจ็บป่วยจากการแข่งขันกีฬามวย หรืออันควรแก่การสงเคราะห์ให้การสนับสนุนอนุรักษ์และเผยแพร่กิจกรรมกีฬามวยตามมาตรา 13 และให้ความคุ้มครองความปลอดภัยให้นักมวยในมาตรา 13 โดยกำหนดมาตรฐานไว้อย่างชัดเจน นอกจากนั้นในการแข่งขันกีฬามวย นักมวยยังได้รับการคุ้มครองในเรื่องเงินรางวัลตามมาตรา 15 โดยในการแข่งขันกีฬามวยแต่ละครั้ง ผู้จัดการรายการแข่งขันมวย หัวหน้าค่ายมวยหรือผู้จัดการนักมวย ต้องจ่ายเงินรางวัลให้แก่นักมวยซึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละห้าสิบของค่าตอบแทนรวมทั้งหมดที่ผู้จัดรายการแข่งขันมวยตกลงจ่ายให้แก่นักมวย หัวหน้าค่ายมวยและผู้จัดการนักมวย ในการควบคุม ตามพระราชบัญญัติกีฬามวยไทย พ.ศ. 2542 นักมวย

ต้องมีบัตรประจำตัวนักมวย ต้องจดทะเบียนเป็นนักมวย มีการกำหนดไว้ชัดเจน โดยนักมวยต้องมีบัตรประจำตัวนักมวย ต้องจดทะเบียนเป็นนักมวย มีการกำหนดอายุนักมวยไว้ไม่ต่ำกว่า 15 ปี เพื่อความปลอดภัยของนักมวยในการแข่งขัน

วิถีชีวิต (Life Style)

ปัจจุบันในทางการแพทย์และระบาดวิทยามีความเห็นพ้องกันว่า นอกจากปัจจัยทางพันธุกรรมและการติดเชื้อมีผลต่อสุขภาพแล้ว วิธีการดำเนินชีวิตของบุคคลยังมีความสำคัญต่อสุขภาพเช่นกัน คุณภาพชีวิตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ส่วน คือ พันธุกรรม หรือสิ่งที่ร่างกายมีอยู่ และไม่สามารถเปลี่ยนแปลง หรือควบคุมได้ มี 16 เปอร์เซ็นต์ สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ตนเองกระทำร่วมกับผู้อื่น อันได้แก่ ครอบครัว ชุมชน มี 31 เปอร์เซ็นต์ และส่วนที่สำคัญที่สุด คือ วิถีชีวิต หรือสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้โดยลำพังด้วยตนเองเพื่อสุขภาพอนามัย มี 53 เปอร์เซ็นต์ (Webster, 1985, pp. 713-718 อ้างถึงใน วาสนา ปุณณณวิวัฒน์, 2532, หน้า 9)

1. ความหมายวิถีชีวิต

วิถีชีวิต คือแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สะท้อนทัศนคติ และค่านิยมของบุคคลหรือวัฒนธรรมทั้งด้านที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณี สุขวิทยาส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคม และองค์กรทางสังคม (World Health Organization [WHO], 1981) เป็นการกระทำที่บุคคลได้กระทำในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Harfen & Frandson, 1981) หรือเป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน (Eysench et al., 1972) ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางบวกและลบ (สมจิตรา เหง้าเกษ, 2539) นอกจากนี้ วิถีชีวิตยังหมายถึง การส่งเสริมสุขภาพเพื่อความผาสุก และป้องกันสุขภาพ หรือหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย (Pender, 1987) และมีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับวิถีชีวิตไว้หลายท่าน ดังนี้

วรัตมา สุขวัฒนานันท์ (2540) ให้แนวคิดวิถีชีวิต เป็นการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่สะท้อนทัศนคติ และวัฒนธรรมของบุคคลที่บุคคลได้กำหนดไว้สำหรับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต และฝึกฝนจนเป็นนิสัย หรือแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล

เอื้อจิต บุรณเจริญ และวิภาวัลย์ กล้าแรง (2541) ให้แนวคิดว่า วิถีชีวิตไทยในชนบทมีการดำเนินชีวิตแบบเก่า ๆ เรียบง่าย อาศัยธรรมชาติในการดำเนินชีวิต มีวัฒนธรรมเป็นของตนเอง เอื้อเพื่อเอื้อแก่ มีการถ่ายทอดวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อต่าง ๆ มาสู่ลูกหลาน มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นศูนย์รวมความเชื่อ ดังนั้นประชาชนส่วนใหญ่เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ก็หันหน้าไปพึ่งวัด แต่คนบางส่วนเริ่มเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตของตนไปเป็นแบบตะวันตกมากขึ้น

Walker, Sechrist and Pender (1988) กล่าวว่า การดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมีแบบแผนหลายมิติของการเริ่มต้นกระทำกิจกรรมของบุคคล และการรับรู้ที่จะคงสภาพหรือเพิ่มระดับของความผาสุกความต้องการที่จะมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง และความสำนึกของบุคคลที่กล่าวมา ทั้งพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนซึ่งกันและกันในการก่อให้เกิดการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี

สรุปได้ว่าวิถีชีวิต หมายถึง การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลซึ่งสะท้อนทัศนคติและวัฒนธรรมของบุคคลที่บุคคลได้กำหนดไว้สำหรับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตจนเป็นนิสัย หรือแบบแผนการดำรงชีวิตที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความผาสุกและป้องกันหรือหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบของวิถีชีวิต

2.1 **วิถีชีวิตทั่วไป** ของคนในครอบครัวแต่ละครอบครัว อาจมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน การบริโภคอาหาร การนอน การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่าง งานอดิเรก และการคลายความเครียด (Pender, 1987) วิถีชีวิตของคนไทยในอดีตจะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่เมื่อมีความเจริญทางตะวันตกเข้ามาในคริสต์ศตวรรษที่ 19 ความแตกต่างในด้านความเจริญทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ในราชธานีก็เริ่มแตกต่างจากชนบท ความแตกต่างจากชนบท ความแตกต่างนี้มีวิวัฒนาการอย่างชัดเจนในยุคอุตสาหกรรม หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา (กฤษณา วงษาสันต์ และคณะ, 2542) และวิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงมากยิ่งขึ้นในยุคการพัฒนาอุตสาหกรรม ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมของเกษตรในชนบท คนไทยพึ่งพาผลิตภัณฑ์จากอุตสาหกรรมมากยิ่งขึ้น มีการยอมรับวัฒนธรรมจากตะวันตกมาใช้โดยขาดความรู้ ขาดการกลั่นกรอง หรือยอมรับวัฒนธรรมเหล่านี้โดยไม่มีทางเลือก (วิณะ วิระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์, 2541) ในปัจจุบันนี้วิถีชีวิตของคนไทยก้าวสู่วิถีชีวิตที่มุ่งวัตถุนิยม ซึ่งนับวันจะขยายจากสังคมเมืองเข้าสู่สังคมชนบท ดังเห็นจากการเจริญเติบโตของห้างสรรพสินค้า ร้านอาหารสมัยใหม่ สถานบันเทิงต่าง ๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการใช้ชีวิตในครอบครัว อาหาร ที่อยู่อาศัย การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และเกิดภาวะเครียดเนื่องจากการแข่งขันสูงในสังคม อันจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาสาธารณสุข (อุทัย สดสุข, 2534)

2.2 **วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ** การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ได้นั้นต้องมีพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ แบบประเมินที่ใช้เป็นแนวทางในการประเมินวิถีการดำเนินชีวิตและสุขนิสัย (The Lifestyle and Health-habits Assessment) LHHA เป็นแบบประเมินที่เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้สร้างขึ้นมีทั้งหมดจำนวน 100 ข้อ แบ่งออกเป็น 10 ด้าน ดังนี้

- ความสามารถในการดูแลตนเอง (General Competence in Self-care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

- โภชนาการ (Nutrition Practice) เป็นการประเมินรูปแบบการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร การรู้จักเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการ

- การออกกำลังกาย หรือนันทนาการ (Physical or Recreational Activities) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

- แบบแผนการนอน (Sleep Pattern) เป็นการประเมินระยะเวลาในการนอนหลับในแต่ละคืน ปัญหาในการนอนหลับ วิธีการแก้ไข ทำท่างในการนอนหลับที่ก่อให้เกิดความสบาย และทำให้เกิดการหลับที่มีประสิทธิภาพ

- การจัดการกับความเครียด (Stress Pattern) เป็นการประเมินกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

- ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self Actualization) เป็นการประเมินถึงความพอใจในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ความสำเร็จของชีวิต และความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง

- การมีเป้าหมาย (Sense of Purpose) เป็นการประเมินถึงจุดมุ่งหมายในชีวิตและกำหนดเป้าหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

- ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relationship with Other) เป็นการประเมินถึงการคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่นซึ่งจะทำให้บุคคลอื่นได้รับประโยชน์ ได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดหรือช่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ

- การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม

- การใช้บริการของระบบการดูแลสุขภาพ (Use of Health Care System) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมในการเลือกใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพของตนเองรวมถึงการตรวจสุขภาพเพื่อหาความผิดปกติต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์

ในแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตและสุขนิสัยเป็นจุดเริ่มต้น นำไปสู่วิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลโดยใช้แบบประเมิน The Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) สร้างโดย Walker, Sechrist and Pender (1987) จากการนำเครื่องมือ LHHA ของ Pender (1987) มาปรับปรุงประกอบด้วยข้อคำถาม 48 ข้อ และแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้คือ

- ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) การปฏิบัติกิจกรรมพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพดีจากแหล่งต่าง ๆ จากการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การปฏิบัติตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ
- การออกกำลังกาย (Exercise) การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ประจำวัน
- โภชนาการ (Nutrition) การปฏิบัติเพื่อให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทาน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- การสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Support) การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ๆ การคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่น
- การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) การปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาจิตวิญญาณของตนเอง สามารถค้นพบเป้าหมายของชีวิต
- การจัดการกับความเครียด (Stress Management) การปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดการพักผ่อนคลายความตึงเครียด การรู้จักอารมณ์ตนเอง รวมถึงการควบคุมอารมณ์ให้เหมาะสม โดยการให้คะแนนจะวัดจากลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 อันดับจาก 1-4 คือไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพนเดอร์

Pender (1987) ได้นำเสนอแนะรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของ Rotter ซึ่งได้กล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นการอธิบายพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันเป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-perceptual Factors)
2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying Factors)
3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action)

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Pender (1987) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนมาก ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (General Competence in Self Care) เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในการศึกษาหาความรู้

เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition Practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของการรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ ในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย รวมทั้งมีน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอ การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน

3. การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreation Activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่งสัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน

4. แบบแผนการนอนหลับ (Sleep Pattern) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน ปัญหาในการนอนหลับ รวมไปถึงที่นอน ท่าทางการนอนที่ก่อให้เกิดความสบาย และทำให้เกิดการหลับอย่างมีประสิทธิภาพ

5. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Self Actualization) เป็นการประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้คนมีสุขภาพจิตที่ดี และสุขภาพกายที่ดีตามมาในที่สุด

7. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationship with Other) เป็นการประเมินถึงการคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้ประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลงหรือช่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้

9. การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment Control) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับอากาศเป็นพิษ หรือควันพิษ สารพิษ การดูแลที่อยู่อาศัยให้เรียบร้อยและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

10. การใช้ระบบบริการสุขภาพ (Use of Health Care System) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ ในการเลือกใช้สถานบริการทางสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายจากบุคลากรทางการแพทย์

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงหลังการเลิกชกมวย

วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จะช่วยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดี แต่วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้มีภาวะสุขภาพไม่ดี นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยเมื่อมีอายุมากขึ้นมีอัตราความเสื่อมตามวัยสูงขึ้น นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยควรปฏิบัติ และดำรงรักษาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีภาวะสุขภาพดี (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 38-40; เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529, หน้า 32-41) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมิน The Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) ของ Walker, Sechrist and Pender (1987, pp. 76-81) มาประยุกต์ใช้และเพิ่มเติมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพ แบ่งเป็นวิถีชีวิต 7 ด้าน ดังนี้

- 4.1 ด้านโภชนาการ (Nutrition)
- 4.2 ด้านการออกกำลังกาย (Exercise)
- 4.3 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)
- 4.4 ด้านเศรษฐกิจ (Economic)
- 4.5 ด้านสังคม (Social)
- 4.6 ด้านสวัสดิการ (Welfare)
- 4.7 ด้านสุขภาพ (Well-being)

4.1 ด้านโภชนาการ (Nutrition)

วิถีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะประเมินความสามารถที่บุคคลเลือกอาหารให้เหมาะสมกับภาวะโภชนาการ รวมทั้งอุปนิสัยในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ เช่น จำนวนมื้อของอาหารแต่ละวัน ชนิดของอาหารที่ชอบเป็นพิเศษ เป็นต้น เนื่องจากอาหารเป็นหนึ่งในสิ่งของปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นการกินอาหารจึงมีผลต่อสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังมีคำกล่าวที่ว่า ท่านจะเป็นเช่นที่ท่านกิน ซึ่งมาจาก You are what you eat ซึ่งเป็นคำกล่าวที่มีความจริงอยู่เสมอ การกินอาหารให้ดีหรือกินให้เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพดี แต่ในทางตรงข้าม หากกินไม่เป็นอาจทำให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกาย ก่อให้เกิดโรคได้ ดังกล่าวเช่น

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1972) ให้คำนิยามพฤติกรรมการบริโภคว่า เป็นการประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการกินอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่กิน การกินหรือไม่กินอะไร กินอย่างไร จำนวนมื้อที่กิน และอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและขณะกินอาหาร

คุษฎี สุทธิปริยาศรี (2527, หน้า 866) กล่าวถึง พฤติกรรมทางโภชนาการหรือพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคล ทั้งคำพูด กิริยาท่าทาง และการ

กระทำในการเลือก เก็บ ประุง และกินอาหาร พฤติกรรมทุกชนิดมีความมุ่งหมายและความต้องการเสมอพฤติกรรมการบริโภคที่ปฏิบัติเสมอ ๆ จนเคยชินเรียกว่า นิสัยการบริโภค

จันท์ทิพย์ ลี้มทองสกุล (2538, หน้า 12) ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกทั้งทางด้านการกระทำ ความคิด ความรู้สึก ที่เกี่ยวกับการกินอาหาร เช่น การกินอะไร กินเท่าใด กินอย่างไร กินเพื่ออะไร พฤติกรรมการบริโภคอาหารในความหมายนี้ รวมถึงการกระทำ ความคิด และความรู้สึก

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินเกี่ยวกับการเลือก การเตรียม การปรุง และการกินอาหาร บุคคลที่มีวิถีการดำเนินชีวิตด้านโภชนาการไม่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมาก อาหารที่มีไขมันสูง อาหารสำเร็จรูปหรือรับประทานอาหารรสเค็ม หรืออาหารที่มีกากใยอาหารน้อย ตลอดจนผักผลไม้ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารมากเกินไป ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน รวมทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือส่วนผสมของคาเฟอีน การสูบบุหรี่ ภาวะนี้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคกระเพาะ และภาวะไขมันในเลือดสูง (ฮาจิเมะ นาทาจิ, 2541) ดังนั้นควรมีความตระหนักในเรื่องโภชนาการ ที่ทำให้สุขภาพดีและบริโภคนิสัย ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อวิถีชีวิตที่มีความสุขสบาย และป้องกันโรค

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายต่อภาวะโภชนาการ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ 9 ประการ ดังต่อไปนี้ (สาลินี ลีลลิตยกุล, 2538)

ก. การเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบของร่างกาย เมื่ออายุเพิ่มขึ้นเนื้อเยื่อโปรตีนและกล้ามเนื้อจะลดลงซึ่งเกิดจากการสร้างโปรตีนในกล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้การสร้างคอลลาเจนเอนไซม์และระบบภูมิคุ้มกันต้านโรคซึ่งเป็นสารประกอบโปรตีนก็ลดลงด้วยทำให้ร่างกายมีระดับโปรตีนลดลง ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อกระดูกมีปริมาณลดลง (Wildman & Medeiros, 2000)

ข. ความต้องการพลังงาน เพื่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในขณะที่ร่างกายพักผ่อนหรือพลังงานที่ต้องการพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate: BMR) ซึ่งขึ้นกับ เพศ อายุ ขนาดร่างกาย และส่วนประกอบของร่างกายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในผู้ใหญ่ที่เจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะมีค่า BMR ลดลงประมาณ 2 เปอร์เซ็นต์ในทุกช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี นั่นคือ ความต้องการพลังงานขึ้นพื้นฐานจะลดลงประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ เมื่ออายุ 60-70 ปี และลดลงประมาณ 20 เปอร์เซ็นต์เมื่ออายุ 80-90 ปี

ค. การทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการมองเห็น การรับรส การรับกลิ่น การได้ยินและการสัมผัสจะเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้การเลือกซื้ออาหารและการปรุงอาหารขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้เมื่อการรับรสและกลิ่นด้อยลง ความอยากอาหารก็จะน้อยลงตามไปด้วย

ง. การทำงานของระบบทางเดินอาหารเสื่อมลง เนื่องจากต่อมน้ำลายหลังน้ำลายลดลง น้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมีปริมาณลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการย่อยและดูดซึมสารอาหารลดลง อาหารที่ไม่ถูกย่อยโดยแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่และปล่อยก๊าซออกมาทำให้เกิดอาการแน่นท้องและท้องอืดได้

จ. ปัญหาเรื่องฟัน มักเป็นโรคฟันผุหรือใช้ฟันปลอมทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด โดยเฉพาะอาหารชิ้นโตทำให้กลืนลำบากและย่อยยาก ทำให้เกิดปัญหาเรื่องโรคอ้วนหรือการขาดสารอาหารได้

ฉ. ประสิทธิภาพการเผาผลาญกลูโคสลดลงกว่าวัยหนุ่มสาว ซึ่งอาจเกิดจากการที่ตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลงหรือเนื้อเยื่อต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน จึงพบผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานมากกว่าวัยอื่น

ช. การทำงานของไตเสื่อมลง เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตลดลงทำให้การกำจัดของเสียออกจากร่างกายลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ร่างกายจะสร้าง Nephron น้อยลง การกำจัดของเสียออกจากร่างกายจึงเป็นไปได้ดีในผู้สูงอายุ ดังนั้นการดื่มน้ำในปริมาณที่พอเหมาะจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การกำจัดของเสียทางไตดีขึ้น

ซ. การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดเสื่อมลง ปริมาณเลือดที่สูบนี้ออกจากหัวใจลดลง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นตัวน้อยลง และอาจมีการแข็งตัวของหลอดเลือดเกิดขึ้น ทำให้แรงดันส่วนปลายของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันสูง

ฌ. การทำงานของปอดลดลง โดยเฉพาะในผู้ที่สูบบุหรี่จะยิ่งทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงมีผลให้ประสิทธิภาพในการออกกำลังกายลดลงด้วย จะยิ่งทำให้ไม่ยอมออกกำลังกาย

สรุปได้ว่า จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องย่อมเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ในทางตรงกันข้ามถ้าได้รับอาหารเกินความต้องการของร่างกายหรือขาดการออกกำลังกาย พลังงานส่วนเกินนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นเหตุให้เกิดโรคอ้วนและโรคอื่น ๆ ตามมา คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะกรดยูริกสูงในเลือด ความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และอาจนำไปสู่การเกิดโรคกระดูก หรืออัมพาตได้

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการของบุคคล จะประเมินโดยการตรวจวิเคราะห์และการสำรวจวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลาย ๆ วิธีร่วมกันก็ได้ ซึ่งลักษณะของการประเมินจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่นิยมใช้มี 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

ก. การวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (Anthropometric Assessment) เป็นที่ยอมรับว่าวิธีนี้มีความเชื่อถือได้ค่อนข้างสูงและมีความไวต่อการหาภาวะโภชนาการ การเก็บข้อมูลสามารถทำได้ง่าย ราคาไม่แพง จึงเป็นที่นิยมกันมาก (Gorstein & Akre, 1988) วิธีการนี้ไม่มีอันตราย เครื่องมือที่ใช้แพง มีความง่ายในการปฏิบัติ ผลการวัดเป็นตัวเลขซึ่งสามารถแบ่งระดับได้ (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539) วิธีการวัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่นิยมกระทำได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบสะโพกกับเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง แต่การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่ใช้ดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI) โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสองตามสูตร

$$\text{BMI} = \text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)} / \text{ส่วนสูง (เมตร)}^2$$

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีมวลกาย (WHO, 1998 อ้างถึงใน กัลยา กิจบุญชู, 2546, หน้า 6)

ประเภท	ดัชนีมวลกาย (BMI)	ความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วย (BMI)
น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์	น้อยกว่า 18.5	ต่ำ (เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ)
น้ำหนักตัวปกติ	18.5 - 24.9	ปกติ
น้ำหนักตัวเกิน	25-29.9	เพิ่มกว่าปกติ
โรคอ้วนขั้นที่ 1	30-34.9	เพิ่มขึ้นอย่างมาก
โรคอ้วนขั้นที่ 2	35-39.9	ต่ำ (เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ)
โรคอ้วนขั้นที่ 3	40 ขึ้นไป	เพิ่มขึ้นถึงขั้นรุนแรง

ข. การตรวจอาการทางคลินิก (Clinical Signs Examination) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการ โดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง เนื้อเยื่อ ผม ตา ริมฝีปาก เหงือก ฟัน เล็บ ต่อมไทรอยด์ และอื่น ๆ ข้อเสียของวิธีนี้คือ นอกจากจะต้องอาศัยผู้ตรวจที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคแล้ว การตรวจด้วยวิธีการนี้ยังไม่ไวในการบ่งชี้ปัญหาโภชนาการ จึงเข้ากันไปสำหรับการค้นหาปัญหาภาวะโภชนาการ (ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ, ม.ป.ป)

ค. การสำรวจอาหารที่รับประทาน (Food Consumption Survey) เป็นการศึกษาถึงปริมาณของอาหารชนิดต่าง ๆ ที่ร่างกายบริโภค เป็นวิธีการประเมินอาหารและสารอาหารที่บริโภคของแต่ละบุคคล แบ่งออกได้ดังนี้

- วิธีการประเมินอาหารที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน ใช้วิธีการจดบันทึกอาหารที่รับประทานแบ่งออกเป็นวิธีการย่อย ขึ้นอยู่กับวิธีการประเมินปริมาณอาหารที่รับประทาน โดยการชั่งน้ำหนักอาหารหรือโดยการประมาณขนาดและจำนวนที่รับประทานแล้วคำนวณเป็นน้ำหนักอาหารในภายหลัง

- วิธีการประเมินอาหารที่รับประทานในอดีต หรือในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาแล้วประเมิน โดยการสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถาม ประเมินอาหารที่รับประทาน และรูปแบบของอาหารที่รับประทาน รวมถึงจำนวนความถี่ของการรับประทานอาหาร

ง. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Biochemistry Assessment) โดยการตรวจทางชีวเคมีและโลหิตวิทยา (Biochemical Test) การตรวจทางรังสีวิทยา (Radiography Examination) และการตรวจการทำงานของร่างกาย (Physical Function) ข้อเสียวิธีการนี้คือ ต้องระมัดระวังในการแปลผลอย่างรอบคอบ จึงจะแปลผลได้อย่างถูกต้องและต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงทั้งอุปกรณ์ และกำลังคนจึงควรใช้ร่วมกับการประเมินวิธีอื่น ๆ เช่นการวัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย หรือสำรวจอาหารที่รับประทาน

สรุปได้ว่า การประเมินภาวะโภชนาการของบุคคล การวิจัยในครั้งนี้จะประเมินโดยการตรวจวิเคราะห์ค่าดัชนีมวลกาย และการตรวจหาปริมาณไขมันในเลือด เพื่อสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการแตกต่างกัน เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นผลการพัฒนาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิต จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลนั้น ๆ

4.2 ด้านการออกกำลังกาย (Exercise)

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินความสามารถในการที่บุคคลจะดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรง สมบูรณ์ของร่างกาย เนื่องจากธรรมชาติสร้างให้มนุษย์มีการเคลื่อนไหวแต่ถ้ามีการเคลื่อนไหวไม่เพียงพอก็จะมีผลเสียต่อสุขภาพ การออกกำลังกายไม่ว่าจะเป็นการใช้กล้ามเนื้อส่วนใดทำงาน เมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหวจะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น การขนส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์กล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง จะต้องอาศัยระบบไหลเวียนและระบบหายใจเป็นหลักการออกกำลังกายเป็นประจำนอกจากจะทำให้ระบบโครงสร้างมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้ระบบไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของบุคคลทุกวัยเป็นการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ปอด และระบบไหลเวียนโลหิตให้มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายเพื่อ

สุขภาพ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการใช้ไขมันเป็นพลังงาน ใช้ออกซิเจนในการสันดาปเป็นระยะเวลานานติดต่อกันเพียงพอที่จะทำให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนจึงมีผลต่อสุขภาพ มีหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกาย

George (1986, pp. 18-19) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ระบบการหายใจและการทำงานของปอด รวมทั้งการถ่ายเทอากาศมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่วนระบบประสาทจะมีการประสานงาน และตอบสนองมีมากขึ้นด้วย นอกจากนี้การออกกำลังกายทำให้เกิดความแข็งแรง อดทน ว่องไว สำหรับบุคคลที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถทนต่อความเมื่อยล้าได้นาน สดชื่นแจ่มใสและอาการเครียดลดน้อยลงด้วย

จรรยาพร ธรณินทร์ (2522, หน้า 40) ได้กล่าวถึงการออกกำลังกายว่าการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาในรูปแบบหนึ่งที่บุคคลแสดงออกมาตามธรรมชาติของมนุษย์ จึงต้องเคลื่อนไหวและใช้แรงที่มีอยู่อย่างเหลือเฟือเพื่อความสนุกสนาน พึงพอใจนอกเหนือไปจากการใช้แรงเพื่อประกอบอาชีพหรือการดำรงชีวิตตามปกติ

การกีฬาแห่งประเทศไทย (2537, หน้า 10-13) ได้ให้คำจำกัดความว่าการออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงเพื่อกิจกรรมของร่างกายในทุกลักษณะ ไม่ว่าจะเป็นการเล่นกีฬาหรือการทำงานใด ๆ การออกกำลังกายที่ดีจำเป็นต้องออกแรงให้มากพอจนเหนื่อย เพื่อให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวหรือบางครั้งอาจอยู่กับที่ก็ตามซึ่งเป็นผลทำให้หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ การออกกำลังกายหากได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและให้มีความเหมาะสมกับเพศและวัยจะให้คุณประโยชน์ต่อร่างกาย

สรุปได้ว่าการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหว เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพดี โดยจะใช้กิจกรรมใดก็ได้ เช่น การเดิน การบริหารกาย การวิ่ง หรือการฝึกกีฬาต่าง ๆ ที่ไม่ได้มุ่งชัยชนะ การออกกำลังกายแต่ละกิจกรรมร่างกายจะใช้กำลังมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับเวลาและความหนักเบาของกิจกรรมที่แตกต่างกัน

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

สมชาย ไกรสังข์ (2540, หน้า 2 - 7) ได้สรุปถึงประโยชน์และคุณค่าของการออกกำลังกายที่สำคัญไว้ดังนี้

ก. ทางด้านร่างกาย การออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอมีประโยชน์ต่อร่างกายมากมายพอสรุปได้ คือ ผลของการออกกำลังกายที่มีต่อกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้เยื่อหุ้มกล้ามเนื้อมีความหนา เหนียว และแข็งแรง ขนาดกล้ามเนื้อโตขึ้น จำนวนเส้นโลหิตฝอยที่อยู่ในกล้ามเนื้อทำงานได้มากขึ้น สารที่มีประโยชน์ เช่น ไกลโคเจน ฮีโมโกลบิน สะสมอยู่ในกล้ามเนื้อมากขึ้น การทำงานของประสาทในกล้ามเนื้อก็ดีขึ้นไปด้วย ผลของการออก

กำลังกายที่มีต่อระบบไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายเป็นประจำ จะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาโต และแข็งแรง สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทีละมาก ๆ อัตราการบีบตัวของหัวใจน้อยครั้งทำให้หัวใจได้พัก และเหนื่อยช้า เมื่อหยุดการออกกำลังกายอาการเหนื่อยก็จะหายเร็วกว่าคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย นอกจากนี้สามารถป้องกันโรคหัวใจเสื่อมสภาพหรือโรคหัวใจวาย ช่วยให้ไขมันเส้นโลหิตและความดันโลหิตลดลง การออกกำลังกายที่มีต่อระบบหายใจ คนที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ปอดจะมีความจุอากาศมาก สามารถรับออกซิเจนได้มาก อัตราการหายใจจะต่ำ หลังจากการออกกำลังกายอัตราการหายใจจะลดลงและกลับคืนสภาพปกติได้เร็วกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย

ข. ทางด้านการทำงานประสานกันระหว่างระบบประสาทกับระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อสามารถทำงานประสานกันมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับร่างกายมีการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวมากน้อยแค่ไหน การทำงานประสานกันระหว่างระบบประสาทและกล้ามเนื้อ จะมีมากและดีขึ้นด้วยการเคลื่อนไหวของร่างกายในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีการประสานกันระหว่างระบบประสาทและกล้ามเนื้อจะเป็นการเคลื่อนไหวที่มีความสง่างาม จังหวะกลมกลืนมีประสิทธิภาพและประหยัดแรงงาน

ค. ด้านสังคม กิจกรรมทางด้านพลศึกษา ซึ่งอยู่ภายใต้การจัดการและการดำเนินการที่ถูกต้องจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปรับตนให้เข้ากับสังคมได้เป็นอย่างดี เช่น ด้านลักษณะประจำตัวจะส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีความกล้า ความคิดริเริ่ม ความอดทน ความเชื่อมั่นในตนเอง สำหรับลักษณะในหมู่พวกเขาจะช่วยส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีความสุภาพมีความร่วมมือกัน มีความซื่อสัตย์สุจริต มีน้ำใจนักกีฬาเคารพในสิทธิผู้อื่น เสียสละประโยชน์ส่วนตนและเป็นผู้นำ ผู้ตามที่ดี จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถรู้พฤติกรรมของผู้ที่มีส่วนร่วมได้เป็นอย่างดี เพื่อช่วยเหลือ แก้ไข ให้เป็นผู้ที่มีคุณลักษณะเป็นที่ปรารถนาของสังคม และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ง. ทางด้านสติปัญญา แม้ว่าไม่มีผลการวิจัยมาสนับสนุนว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพลศึกษา ช่วยให้ผู้เป็นคนที่สามารถสะสม รวบรวมความรู้และความสามารถพิจารณาไตร่ตรองตีความหมายหรืออธิบายความรู้ที่ได้อันใดก็ตาม แต่มีเหตุผลพอที่จะทำให้เชื่อได้ว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพลศึกษา ภายใต้การจัดการและควบคุมที่ถูกต้องสามารถช่วยให้มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ผู้มีส่วนร่วมจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในกิจกรรมนั้น ๆ พอสมควร และผู้ที่มีส่วนร่วมกิจกรรมพลศึกษาจะเข้าร่วมอย่างสนุกสนานและมีความหมายแก่ตนเอง ยิ่งกว่านั้นในการมีส่วนร่วมต้องใช้ความคิดและนำประสบการณ์ของตนมาใช้ในการพิจารณาให้ได้สิ่งที่ถูกต้อง และดีกว่าเสมอ

การออกกำลังกายที่มีผลต่อสุขภาพนั้น ต้องมีความพอดีที่จะทำให้ร่างกายฟิตและรักษาความสมบูรณ์ไว้ได้ซึ่งศาสตราจารย์นายแพทย์โพลลีค (จรรยาพร ธรณินทร์, 2535) ได้ให้ความหมายของคำว่า ฟิต หรือสมรรถภาพทางกาย หมายถึง “ความสามารถสูงสุดของการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ สัดส่วนของร่างกาย ความแข็งแรง ความอดทน และความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ” สมาคมกีฬาวissenschaftของสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine, 1998) ได้กำหนดปริมาณและคุณภาพในการออกกำลังกายที่สำคัญคือ FIT ได้แก่ ความหนัก (Intensity) ความบ่อย (Frequency) และระยะเวลา (Time) โดยมีโปรแกรมการฝึกที่พัฒนาและรักษาระดับของสมรรถภาพทางกายสำหรับบุคคลทั่วไปดังนี้

ก. ความหนัก (Intensity) คำนึงถึงความหนักของการออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้งคือ การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การออกกำลังกายจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้นกว่าขณะที่ไม่ออกกำลังกาย ดังนั้นจึงต้องกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจไว้เรียกว่า “อัตราชีพจรเป้าหมาย” (Target Heart Rate = THR) ซึ่งแต่ละคนจะไม่เท่ากันเนื่องจากถูกกำหนดโดยอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (220 – อายุ) (McArdle et al., 1994, p. 141) การฝึกออกกำลังกายเพื่อรักษาระดับสมรรถภาพทางกายควรทำการฝึกออกกำลังกายที่ระดับความเข้มข้น 70 – 85 เปอร์เซ็นต์ ด้วยระยะเวลา 20-30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์

ประทุม ม่วงมี (2527, หน้า 98) ได้เสนอแนวทางการฝึกออกกำลังกายโดยยึดหลัก (Overload Principle) ว่าต้องมีความเข้มข้น ระยะเวลา และความบ่อยที่พอเพียง โดยความเข้มข้นที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 70 เปอร์เซ็นต์ ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที ความบ่อยอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

สุพัชรา ชุ่มเจริญ (2543, หน้า 4 - 5) ได้กล่าวถึงหลักสำคัญในการออกกำลังกายไว้ว่า ควรทำประจำวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที และออกกำลังกายให้หนักประมาณ 2 ใน 3 หรือ 70 เปอร์เซ็นต์ ของความสามารถสูงสุดของแต่ละคนหรือถือเกณฑ์จากอัตราชีพจรดังนี้

เด็กควรออกกำลังกายให้ชีพจรเต้นได้ประมาณ 160 ครั้ง/ นาที

อายุ 20 - 30 ปี ควรออกกำลังกายให้ชีพจรเต้นประมาณ 150 ครั้ง/ นาที

อายุ 30 - 40 ปี ควรออกกำลังกายให้ชีพจรเต้นประมาณ 140 ครั้ง/ นาที

อายุ 40 - 50 ปี ควรออกกำลังกายให้ชีพจรเต้นประมาณ 130 ครั้ง/ นาที

อายุ 50 - 60 ปี ควรออกกำลังกายให้ชีพจรเต้นประมาณ 120 ครั้ง/ นาที

อายุ 60 - 70 ปี ควรออกกำลังกายให้ชีพจรเต้นประมาณ 100 - 110 ครั้ง/ นาที

ขณะที่ออกกำลังกายอย่าฝืนการเคลื่อนไหวร่างกาย ไม่ว่าจะในจังหวะหรือทำไคก็ตาม

อย่ารีบร้อนที่จะทำให้เสร็จ ๆ ไป ควรเริ่มจากท่าที่ช้า ๆ ไปก่อน จนเกิดความชำนาญและคล่องตัว แล้วจึงค่อยทำเร็วขึ้นตามจังหวะ

ข. ความบ่อย (Frequency) จะอธิบายถึงจำนวนของการฝึกต่อสัปดาห์ โดยทั่วไปแล้ว มักอยู่ในช่วง 3 - 5 วัน ทั้งนี้ต้องดูความเข้มข้นและระยะเวลาเป็นส่วนประกอบความบ่อยของการฝึกออกกำลังกายจะบ่งบอกถึงประเภทของการฝึกออกกำลังกาย สถานภาพของสมรรถภาพและเป้าหมายของการฝึกออกกำลังกาย เช่นในคนที่ปัญหาสุขภาพ มีโรคประจำตัว ก็จะมีขีดจำกัดในการฝึกออกกำลังกายที่น้อยกว่าคนปกติ (Robergs & Roberts, 1997, p. 770) ขณะเดียวกันคนทั่วไปก็มีขีดจำกัดในการฝึกออกกำลังกายเช่นกัน การฝึกออกกำลังกายด้วยวิธีเดิม ๆ ด้วยความบ่อยที่มากเกินไป เช่น 6-7 วัน ต่อสัปดาห์บุคคลผู้นั้นก็มีโอกาสที่จะเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บได้

ค. ระยะเวลา (Time) หมายถึง ช่วงเวลาในการออกกำลังกายในแต่ละประเภทของการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง โดยทั่วไปแล้วควรอยู่ในระหว่าง 20-60 นาที มีความต่อเนื่องอย่างพอเพียง ซึ่งระยะเวลาของการออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 3 ช่วงคือ

- ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (Warm up Phase)
- ระยะเวลาออกกำลังกาย (Exercise Phase)
- ระยะเวลาผ่อนคลายร่างกาย (Cool Down Phase)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกนอกจากจะเพิ่มความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต ยังสามารถลดปัญหาไขมันในร่างกาย จากผลการศึกษาของมวงมี (Muongmee, 1981, pp. 49-50) ได้รวบรวมผลการศึกษาระยะสั้นเกี่ยวกับ TC กับการออกกำลังกายก่อนปี ค.ศ. 1981 และสรุปว่ามีผลการวิจัยบางส่วนที่บ่งชี้ว่าระดับ TC ที่ต่ำกว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการออกกำลังกายที่มีความเข้มข้นสูง เช่น การวิ่งข้ามทุ่ง และสกี ทั้งชายและหญิง ในวัยกลางคน และวัยหนุ่มสาว แต่รายงานวิจัยส่วนหนึ่งกลับไม่พบความแตกต่างของระดับ TC ระหว่างกลุ่มที่ออกกำลังกายเสมอ กับกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย และจากผลการศึกษาของมวงมี (Muongmee, 1981, pp. 1-2) เองได้รายงานไว้ว่านักกีฬาต่างประเภท ได้แก่ นักวิ่งระยะไกล นักว่ายน้ำ นักยกน้ำหนัก และคนทั่วไปที่ออกกำลังกายประมาณ 1.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีระดับ TC ในเลือดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ Andrew (1981) ศึกษาพบว่าผู้ที่ออกกำลังกาย จะมองว่าการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่เสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง และการมีทัศนคติทางบวกต่อการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมการออกกำลังกาย วิทยา ศรีสมุทร (2541, บทคัดย่อ) ศึกษาแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และทัศนคติต่อการออกกำลังกายของนักมวยไทยอาชีพ พบว่า นักมวยไทยอาชีพทั้งนักมวยเวที ลุมพินีและเวทีราชดำเนินมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์อยู่ในระดับสูง และมีทัศนคติต่อการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี

4.3 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management)

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินว่าบุคคลสามารถหาความพึงพอใจในตนเองในการมีชีวิตอยู่ การรู้จักอารมณ์ตนเอง การยอมรับ การจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นสิ่งแสดงว่าบุคคลมีความตระหนักและเข้าใจในอารมณ์ของตนเองและสามารถควบคุมให้เหมาะสมเพียงใด รวมถึงการจัดการกับความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งคุกคามและขัดขวางการทำงานและการเจริญเติบโตของมนุษย์ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้ภาวะร่างกายและจิตใจขาดสมดุล การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางความคิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียด คือเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงและความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและปัจจัยทางด้านบุคคล

ธงชัย ทวีชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, นันทิกา ทวีชาติ และสุกุม เกลยทรัพย์ (2541, หน้า 7) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวลตลอดจนถูกบีบคั้น อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป ซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองหลายอย่าง เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิด

กรมสุขภาพจิต (2542, หน้า 1-2) ให้ความหมายของความเครียดว่า คือเหตุการณ์หรือสภาพใดก็ตามที่ก่อให้เกิดความลำบากใจในการตัดสินใจ ความวิตกกังวลกับความสัมพันธ์กับสถานการณ์

สรุปได้ว่าความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล อันเนื่องมาจากรับผลกระทบจากสิ่งกระตุ้นจากภายในหรือภายนอกทำให้มีผลต่อบุคคลทำให้ภาวะร่างกายและจิตใจสมดุล เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น

ผลของความเครียด

ความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตส่วนใน มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวแรงขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังกระตุ้นการหลั่งของฮอว์โมนอะดรีนาลีนและคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น มีผล

ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทำให้บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาโรคเบาหวานและด้านเศรษฐกิจที่บีบรัด เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องมีการปรับตัวมีวิธีการจัดการกับความเครียดไม่ถูกต้อง มักจะแสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า จะกลายเป็นความเครียด ส่งผลเสียต่อสุขภาพทางกายและทางจิตใจได้สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่

ก. หน้าที่การงาน การมูมานะ หรือให้ความสำคัญต่อหน้าที่การงานเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกายและจิตใจ

ข. ทรัพย์สินสมบัติ วัตถุสิ่งของต่าง ๆ ไม่ใช่สิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตมีความสุขที่แท้จริง แต่สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้เจ้าของเกิดความรัก หวงแหน ซึ่งเป็นสิ่งที่จะเพิ่มความเครียดมากยิ่งขึ้น

วิธีการลดความเครียดเป็นการหาว่าอะไรเป็นเหตุทำให้เครียดและหนทางแก้ไขตามเหตุนั้นซึ่งวิธีปฏิบัติดังนี้

ก. พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ก่อนนอนชำระร่างกายให้สะอาด แต่งตัวด้วยชุดหลวมสบาย ทำจิตใจให้สงบ คิดถึงเรื่องดี ๆ นอนในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก สะอาด นอนหลับให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายคืนละประมาณ 7-8 ชั่วโมง

ข. จัดสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและที่ทำงานให้น่าอยู่ เป็นระเบียบ เป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีภายในบ้าน หากภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านสกปรก ไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยจะทำให้ไม่น่าดู มีผลทำให้จิตใจหดหู่ตามไปด้วย

ค. มองโลกในแง่ดี ให้อภัยและยอมรับในข้อบกพร่องของคนอื่น พยายามคิดแต่ในทางที่ดีต่อผู้อื่น มองคนในแง่ดี ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และให้อภัยผู้อื่นเมื่อเขากระทำผิดตามสมควรแก่กรณี หากเรามองโลกในแง่ร้าย และไม่รู้จักให้อภัย หรือยอมรับข้อบกพร่องของผู้อื่นจะทำให้อารมณ์เสียเกิดความเครียด

ง. เมื่อมีปัญหาหมาสบายใจควรหาทางผ่อนคลาย เมื่อมีปัญหาควรปรึกษาผู้ใกล้ชิดที่ไว้ใจได้และเป็นคนดี ควรหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ หาทางผ่อนคลายโดยฟังเพลง ดูภาพยนตร์ เล่นกีฬา และทำจิตใจแจ่มใส หากเราเกิดปัญหาไม่สบายใจ เราได้ปรึกษากับผู้อื่นจะทำให้ผลิตเพลินผ่อนคลายจะทำให้อารมณ์เครียดและสามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้

สมจิตร หนูเจริญกุล (2537) เสนอวิธีการดูแลตนเองที่จะช่วยลดหรือป้องกันความเครียด แบ่งเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ

ก. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การบริหารเวลา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย รู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ งดสูบบุหรี่ และงดดื่มสุรา รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ข. ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง เช่น การยืนยันความคิดที่ถูกต้อง รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง โดยไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็น ตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด

ค. เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น วิธีการผ่อนคลาย (Relaxation) การทำสมาธิ การฝึกลมหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางร่างกาย และการควบคุมร่างกายตนเองให้ผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มีประสิทธิภาพมากวิธีหนึ่ง

ระดับของความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่มิใช่ประโยชน์หากมีปริมาณพอเหมาะเพราะจะเป็นแรงขับเคลื่อนในการทำกิจการงานหรือความคิดสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545) บุคคลแต่ละคนจะมีความเครียดในระดับไม่เท่ากัน ถึงแม้จะเป็นความเครียดชนิดเดียวกันก็ตาม ทั้งนี้เพราะบุคคลจะสนองตอบต่อความเครียดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญคือ (ลักษณะ สิริวัฒน์, 2544)

ก. ความรุนแรงของความกดดันหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การสูญเสียที่ร้ายแรง

ข. บุคลิกภาพของแต่ละคน เช่น เป็นผู้ที่ยึดกุมควบคุมอารมณ์ของตนเอง มั่นใจในตนเองสูง กล้าได้กล้าเสีย รู้จักมองการณ์ไกล ยืดหยุ่นได้ มีอารมณ์ขัน ลักษณะของบุคคลเหล่านี้จะมีความเครียดไม่มาก

ค. ประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาและความสามารถในการแก้ปัญหา ใครมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาบ่อย ๆ ย่อมมีความเครียดในระดับน้อย

ง. การประเมินความสำคัญของปัญหา ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องรุนแรง แต่ถ้าคิดว่ามีความสำคัญต่อตนไม่มากนัก หรือมีเจตคติในลักษณะที่มองเห็นปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของตนก็จะมีเครียดไม่สูง

จ. ความช่วยเหลือจากภายนอก หากรู้สึกถึงแม้จะได้รับภัยต่าง ๆ ก็ได้รับความช่วยเหลือทำให้ความเครียดลดลงได้

Janis (1952 อ้างถึงใน ลักษณะ สิริวัฒน์, 2544, หน้า 166-167) แบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ก. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นภาวะของจิตใจที่มีความเครียดอยู่เล็กน้อย ถือว่าเป็นภาวะปกติที่พบได้ในชีวิตประจำวันของทุก ๆ คน ความเครียดนี้อาจไม่รู้สึก เพราะความเคยชินหรือรู้สึกก็ทนได้ ไม่เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ความนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรมให้เห็นได้ชัด ไม่เกิดผลเสียในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกเครียดนี้จะหมดไปในระยะเวลาอันสั้นเพียงวินาทีหรือภายในชั่วโมงเท่านั้น มักเกี่ยวข้องกับสาเหตุเพียงเล็กน้อย

ข. ความเครียดระดับกลาง (Moderate Stress) ความเครียดในระดับนี้มีความรุนแรงกว่าโดยมีระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือหลาย ๆ ชั่วโมง จนนานเป็นวันก็ได้ เช่น ความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ความเครียดจากการทำงานมากเกินไป ความเครียดในระดับนี้เป็นระยะที่ร่างกายและจิตใจต่อสู้กับความเครียดที่มี แสดงออกให้เห็นโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรของร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการดำเนินชีวิต ความเครียดในระดับนี้เป็นสัญญาณเตือนภัยว่ามีความเครียดมากกว่าปกติ ต้องรีบหาทางขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยเร็วหรือผ่อนคลายความเครียดลงเสีย ถ้าปล่อยไว้ความเครียดจะเพิ่มมากขึ้น ทำให้การทำงานผิดพลาดและก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

ค. ความเครียดระดับสูง (Severe Stress) ความเครียดระดับนี้จะอยู่นานนับสัปดาห์หรืออาจเป็นเดือน หรือปีก็ได้ เช่น การตายจาก การเจ็บป่วยที่รุนแรง การสูญเสียอวัยวะที่มีความสำคัญต่อวิถีการดำเนินชีวิต เป็นต้น สภาพจิตใจมีความเครียดที่รุนแรง หรือเครียดมากในร่างกายและจิตใจแพ้อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เห็นเด่นชัด ทำให้การดำเนินชีวิตเสียไป การตัดสินใจผิดพลาด ระยะเวลาที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือและผู้อื่นมาช่วยเหลือ บำบัดรักษา

Frain and Valiga (1979, pp. 45-49 อ้างถึงใน พรต สุภาพงษ์, 2545, หน้า 25-26) ได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน (Day to Day Stress) ความเครียดในระดับนี้ทำให้บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติและใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การมีชีวิตริบเร่ง การปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ความเครียดในระดับนี้มีน้อยมากและจะหมดไปในระยะเวลาอันสั้น และไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต

ระดับ 2 ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงานหรือพบเหตุการณ์สำคัญในสังคม ความเครียดในระดับนี้ทำให้ความตื่นตัวและร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น ความเครียดในระดับนี้น้อยและสิ้นสุดลงในระยะเวลาเพียงวินาทีหรือชั่วโมงเท่านั้น

ระดับ 3 ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate Stress) ความเครียดในระดับนี้รุนแรงกว่าระดับที่ 1 และ 2 อาจจะปรากฏอยู่เป็นเวลานานแต่ไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว เช่น การทำงานหนัก การเจ็บป่วยรุนแรง มีการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อลดความเครียดในระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นชั่วโมงหรืออาจจะเป็นวัน

ระดับ 4 ความเครียดระดับสูงหรือรุนแรง (Severe Stress) เกิดจากสถานการณ์คุกคามยังดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูงขึ้น ความเครียดในระดับนี้ทำให้บุคคล

ประสบการณ์ล้มเหลวในการปรับตัว เช่น ขาดสมาธิในการทำงาน ไม่สนใจครอบครัว ความเครียดในระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือนหรือเป็นปี ไม่สามารถจัดการแก้ไขได้และอาจนำไปสู่อาการแสดงของโรคจิตหรือทำให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงได้

การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดในงาน สามารถประเมินได้หลายวิธี แต่วิธีที่นิยมใช้มี 3 วิธี (Wheeler, 1998) คือ

- การวัดทางด้านร่างกาย (Physiological) เช่น วัดทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งการวัดความเครียดของพยาบาลในด้านนี้ยังไม่ค่อยพบ

- การรายงานด้วยตนเอง (Self-reports) ส่วนมากเป็นแบบสอบถามที่ถามเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการรับรู้ถึงสถานการณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน มักจะเป็นแบบสอบถามที่ไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้ในการศึกษาความเครียดของพยาบาลมากที่สุด เพราะใช้ง่าย สะดวก ไม่สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย

- การวัดพฤติกรรม (Behavioral Methods) เป็นการสังเกตพฤติกรรม เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในงาน เช่น กระวนกระวาย สับสน มีอาการสั้นของกล้ามเนื้อ

จากการประเมินความเครียดทั้ง 3 วิธี จะเห็นได้ว่า การรายงานด้วยตนเองเป็นวิธีที่สะดวกต่อการใช้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย Wheeler and Riding (1994) ให้พยาบาลระบุสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด และนำมาวิเคราะห์ห่อหุ้มประกอบที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการสอบถามหรือสัมภาษณ์ จากการรับรู้ตนเองรู้สึกมีความเครียดอยู่ในระดับใด

รัชนิพร ภูกร (2533) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้อายุยืนหรือการทำให้มีสุขภาพดีเกิดจากปัจจัยหลายประการดังนี้

ก. กรรมพันธุ์ เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดมาจากผู้ให้กำเนิดและลักษณะของการดำรงชีวิต การแก่ชราหรือความเสื่อมสภาพตามวัยของร่างกายก็อาจจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในกรรมพันธุ์

ข. อาหารและสิ่งแวดล้อม อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ถ้าสิ่งมีชีวิตได้ อาหารไม่เพียงพอจะมีภูมิคุ้มกันต่ำ เจ็บไข้ได้ป่วยง่ายและมักมีชีวิตไม่ยั่งยืน จากการศึกษาพบว่า คนที่ได้อาหารสมบูรณ์เกินความจำเป็นก็มักมีชีวิตไม่ยั่งยืน จากการศึกษาพบว่าคนที่มีน้ำหนักพอดี มีชีวิตยืนยาวกว่าคนที่ผอมหรืออ้วนเกินไป

ระเบียบ ชุ่นฮวด (2539) ศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตในอดีตของผู้ที่มีอายุถึงหนึ่งร้อยปี ในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีอายุยืน ซึ่งได้แก่ พันธุกรรม

อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกายหรือการใช้กำลัง การพักผ่อนและนันทนาการ การบำรุงรักษาสุขภาพและการใช้ยา และความเครียด

สรุปได้ว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินความเครียดในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 ยังเป็นภาวะของความเครียดปกติ ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต แต่ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพราะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนอง และการปรับตัวที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ความเครียดในระดับที่ 3 เป็นความเครียดในระดับกลาง ๆ ที่บุคคลเริ่มตระหนักและรับรู้ว่าคุณภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่วนความเครียดในระดับ 4 บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อที่จะบรรเทาความเครียดนั้น ๆ ซึ่งหากทำได้สำเร็จ ร่างกายก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หากไม่สำเร็จหรือได้รับการช่วยเหลือก็จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ความเครียดในระดับต่ำก็ไม่เกิดผลดีต่อการทำงานเช่นกัน เนื่องจากร่างกายจะขาดการกระตุ้น ขาดความสนใจ เฉื่อยชา เบื่อหน่าย มีแรงจูงใจต่ำและผลปฏิบัติงานต่ำลงด้วย (Decker & Sullivan, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leveck and Jones (1996) ที่พบว่าความเครียดในงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพในการดูแล อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

4.4 ด้านเศรษฐกิจ (Economic)

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมิน รายได้ รายจ่าย และการประกอบอาชีพของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย การที่อาชีพชกมวยทำให้มีรายได้ มีผลทำให้สภาพทางเศรษฐกิจของนักมวยเปลี่ยนแปลงไป เช่น มีบ้าน มีรถยนต์ มีการศึกษา สิ่งเหล่านี้เป็นแรงจูงใจให้ประชาชนส่งบุตรหลานไปฝึกมวยตามค่ายมวยต่าง ๆ โดยเฉพาะในต่างจังหวัด ทั้งนี้บุตรหลานโตขึ้นจะเป็นผู้ที่มีทักษะด้านมวย มีรายได้ มีชื่อเสียงในอนาคตต่อไป (พัชรินทร์ ยาพิมาย, 2542, หน้า 4) ปัจจุบันแม้จะประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ แต่ก็มีนักมวยที่มีค่าตัวที่แตกต่างกันออกไป ตามความสามารถของแต่ละบุคคล ทำให้ภาวะทางด้านเศรษฐกิจของนักมวยและครอบครัวแตกต่างกันของนักมวยไทยอาชีพ

โพธิ์สวัสดิ์ แสงสว่าง (2522, หน้า 164-465) ได้กล่าวถึงการฝึกหัดมวยไทยในปัจจุบันว่าเป็นการฝึกเพื่ออาชีพ ทั้งนี้เพราะนักมวยต้องการที่จะมีรายได้สำหรับการดำรงชีวิต เมื่อการชกมวยมีจุดมุ่งหมายเพื่อชัยชนะ และเพื่อเงินรางวัล

มงคล คำเมือง (2532, หน้า 54-56) ได้กล่าวถึงแนวโน้มของกีฬามวยไทยในอนาคตว่ากีฬามวยไทยมีลักษณะธุรกิจมากขึ้น สาเหตุสำคัญที่ทำให้กีฬามวยไทยเปลี่ยนไปในรูปธุรกิจ คือการจัดการแข่งขัน และผลประโยชน์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง จากผู้ชมจะเข้าไปชมการแข่งขันแล้วส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อการพนัน เมื่อมีการพนันเข้ามาเกี่ยวข้อง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการต่อสู้ของกีฬามวยไทยเปลี่ยนแปลงไปทั้งสิ้น

วัชร คำเพ็ง (2537, หน้า 54-56) ได้ทำการวิจัยเรื่อง แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักมวยไทยอาชีพ โดยผลการวิจัยพบว่า

ก. สาเหตุที่นักมวยหันมาชกมวยอาชีพนั้น เพราะต้องการมีรายได้ อยากมีชื่อเสียง ทั้งนี้เพราะว่ามีเงินรางวัล และมีชื่อเสียงเมื่อได้รับชัยชนะ

ข. การที่ชายหนุ่มหันมาชกมวยเนื่องจาก สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการชกมวยของนักมวย ซึ่งผลการวิจัยพบว่า นักมวยส่วนมากมาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำซึ่งเป็นแรงจูงใจในการฝึกซ้อมและแข่งขัน ส่วนระดับการศึกษาของนักมวยในอดีตและปัจจุบันมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์แตกต่างกัน

ค. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักมวยที่มีผลสัมฤทธิ์สูงในปัจจุบันมีมากกว่านักมวยในอดีต เพราะในสภาพปัจจุบันการแข่งขันชกมวย มีการมอบรางวัลแก่นักมวยเพื่อเป็นสิ่งล่อใจภายนอก แต่นักมวยที่มีผลสัมฤทธิ์ต่ำ เกิดจากการขาดความรับผิดชอบในการฝึกซ้อม

พัชรินทร์ ยาพิมาย (2542) ได้ทำวิจัย เรื่องสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของนักมวยไทย อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของนักมวยไทย โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับมวยไทย เจ้าของค่ายมวย นักมวยในอดีต นักมวยในปัจจุบัน และผู้ชมในเขตอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 96 คน ผลการวิจัยพบว่า สภาพทางเศรษฐกิจของนักมวยไทยมาจากครอบครัวชานา ชาวไร่ มีฐานะยากจนดังนั้นจึงส่งบุตรหลานมาฝึกมวยไทย ทั้งนี้เพื่อจะได้นำรายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว สำหรับสภาพสังคมของนักมวยพบว่า นักมวยเริ่มฝึกหัดมวยไทยตั้งแต่อายุ 10 ปี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประสบความสำเร็จในชีวิตการเป็นนักมวย แม้จะต้องใช้ความอดทนฝึกฝนเป็นเวลานาน ทั้งนี้เพื่อความเป็นเลิศทางอาชีพและรายได้จำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา

4.5 ด้านสังคม (Social)

วิถีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดีเพียงใด รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จรัสเดช อุลิต (2527, หน้า 186) กล่าวว่าการศึกษาไทยในอดีตนั้นฝึกเพื่อเป็นทหารจึงทำให้ร่างกายแข็งแรง ยึดมั่นในชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ แต่การฝึกมวยไทยเพื่อประกอบอาชีพนั้น ทำให้คุณธรรมการเป็นนักมวยในด้านต่าง ๆ สูญหายไป จรวาย แก่นวงษ์คำ (2530, หน้า 6) กล่าวว่าก่อนการแข่งขันชกมวยทุกครั้งนักมวยจะทำการไหว้ครูและรำรำนอกจากนั้นนักมวยทุกคนจะสวมมงคล และจะถอดมงคลออกจากศีรษะเมื่อจะเริ่มการแข่งขัน

ถวัลย์ มาศจรัส (2529, หน้า 3 อ้างถึงใน พัชรินทร์ ยาพิมาย, 2542) กล่าวถึงสภาพมวยไทยในปัจจุบันว่า การที่มวยไทยสามารถดำรงได้ทุกวันนี้เพราะมีค่ายมวยทำการฝึกซ้อมนักมวยเพื่อการแข่งขัน และมีเวทีมวยรับรองด้วย มิฉะนั้นมวยไทยอาจสูญหายไปจากประเทศไทย เพราะประชาชนคิดว่ามวยไทยเป็นสิ่งที่ล้าสมัยจึงไม่มีการสานต่อ

จิราพร แก้วศรีงาม (2547, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องเปิดโลกมวยไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างนักมวย ค่ายมวย และธุรกิจในวงการมวยไทย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า นักมวยในค่ายส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มาจากต่างจังหวัด ต้องหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว การเป็นนักมวยประสบความสำเร็จ จากการศึกษาพบว่า ในค่ายมวยไทยมีความสัมพันธ์แบบอุปถัมภ์ คือหัวหน้ากับลูกน้อง นอกจากนี้ต้องรักษาสุขภาพเพื่อให้สามารถชกมวยได้จนถึงอายุที่มากขึ้น หากดูแลไม่ดีจะเป็นนักมวยได้อายุไม่เกิน 25 ปี และโดยส่วนมากนักมวยที่ดูแลร่างกายดีจะสามารถเป็นนักมวยจนถึงอายุ 30 ปี

4.6 ด้านสวัสดิการ (Welfare)

วิธีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินผลประโยชน์ตอบแทนในรูปแบบหนึ่ง ที่บุคคล หรือองค์กรเป็นผู้จัดให้ เพื่อให้ได้รับความสะดวกสบาย มั่นคง และปลอดภัย

Walter (1968, p. 4 อ้างถึงใน สุเทพ เชาวลิขิต, 2527, หน้า 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สวัสดิการสังคม คือ การจัดกิจกรรมขึ้นเพื่อส่งเสริมสวัสดิการสังคมโดยตรงแก่ประชาชนในด้านความต้องการที่อยู่อาศัย ด้านสุขภาพ ด้านความปลอดภัย ซึ่งการบริการดังกล่าวรวมถึงการดูแลรักษาด้วย

สุวรรณ รื่นยศ (2532, หน้า 6 อ้างถึงใน สุเทพ เชาวลิขิต, 2527, หน้า 3) ได้ให้ความหมายว่า งานสวัสดิการสังคม มีความครอบคลุมไปถึงการดำเนินการทุกอย่างทั้งของรัฐและเอกชนเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อนมนุษย์ ผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ให้มีความสุขทั้งกายและจิตใจ

Edmund and Nathan (1970 อ้างถึงใน สุเทพ เชาวลิขิต, 2527, หน้า 4) ให้ความหมายของสวัสดิการสังคมไว้ว่า เป็นการปฏิบัติงานซึ่งเป็นระบบรวบรวมวิถีทางแนวทางในการแก้ไขปัญหาสังคมและเศรษฐกิจซึ่งจะสะท้อนให้เห็นค่านิยมทางสังคม และใช้ความรู้ความชำนาญที่ได้ฝึกปฏิบัติมาในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

กรมประชาสงเคราะห์ (2523, หน้า 234 อ้างถึงใน สุเทพ เชาวลิขิต, 2527, หน้า 4) ให้ความหมายว่า สวัสดิการสังคม เป็นความเป็นอยู่ของประชาชนทั่วไปทุกด้านเกี่ยวกับเศรษฐกิจสังคม และการพัฒนาบุคคล พื้นฐานในเรื่องสวัสดิการสังคม ประกอบด้วย 1) มีหลักประกันรายได้ 2) มีการจัดหาที่อยู่อาศัย 3) มีการบริการเรื่องสุขภาพ 4) มีระบบประกันสังคม

วุฒิชัย วัฒนาคมประทีป (2550, หน้า 56) ได้กล่าวว่าปัจจุบันนักมวยไทยอาชีพสามารถขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติกีฬามวยไทย พ.ศ. 2542 เพื่อขอสวัสดิการตามระเบียบว่าด้วยการบริหารการจัดหาผลประโยชน์ และการใช้จ่ายเงินกองทุนกีฬามวย พ.ศ.2543 เกี่ยวกับการให้การช่วยเหลือ กรณีประสบอุบัติเหตุ เจ็บป่วยจากการแข่งขันชกมวย ได้จัดให้มีกองทุนกีฬามวยเป็นกองทุนที่ช่วยเหลือคุ้มครองและควบคุมกีฬามวยซึ่งเป็นกองทุนที่ช่วยส่งเสริมสวัสดิการให้แก่ นักมวย

ภิญโญ สาร (2517) ได้ศึกษาชีวิตการทำงานของนักมวยอาชีพ พบว่าประเด็นที่สำคัญที่ควรนำมาอภิปรายในที่นี้คือ ประเด็นด้านสวัสดิการและรายได้ของนักมวย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สวัสดิการในค่ายมวยที่นักมวยได้รับนั้นยังขาดในเรื่องสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่เป็นระบบ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญเพราะอาชีพนักมวยเป็นอาชีพที่ต้องมีการปะทะและการบาดเจ็บอยู่เสมอ แต่กลับขาดการดูแลให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว เช่น ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีประกันสุขภาพและประกันอุบัติเหตุจากการชกมวย ซึ่งสวัสดิการนั้น ไม่ใช่ครอบคลุมเพียงแต่การมีค่าตอบแทนที่ดี หรือมีความสมบูรณ์ทางวัตถุเท่านั้น

สรุปได้ว่าสวัสดิการ คือ กิจกรรมทั้งหลายที่ส่งเสริมสวัสดิภาพทั่ว ๆ ไป ให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีการกินอยู่ดี มีความสุขนั่นเอง

4.7 ด้านสุขภาพ (Well-being)

วิถีการดำเนินชีวิตในด้านนี้ จะเป็นการประเมินผลการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยจากการขาดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ว่ามีความรุนแรงระดับใด และมีผลกระทบต่อสุขภาพ การดำรงชีวิตและประสิทธิภาพในการทำงานมากน้อยเพียงใด

ข้อมูลเกี่ยวกับกีฬามวยและผลกระทบการชกมวยจากการศึกษาของ (ไวพจน์ จันทระสม, 2537 อ้างอิงใน สนธยา แสนแสงรัตน์, 2543, หน้า 12) การชกมวยถือเป็นกีฬาปะทะ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกายในหลายลักษณะซึ่งส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว รวมไปถึงเมื่อเลิกชกมวย การบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ดังนี้

1. การสูญเสียความรู้สึกชั่วขณะ (Loss of Consciousness) ในกรณีที่โดนกระแทกไม่รุนแรงนัก สามารถสังเกตได้จากอาการ เช่น ปฏิกิริยาจะเฉื่อยและช้าลง หัวใจเต้นเบา
2. หมดสติ (Unconsciousness) เป็นการสูญเสียความรู้สึกโดยสิ้นเชิงเป็นเวลานาน
3. โรคมะหมัด (Punch Drunk Syrome) เนื่องจากการกระทบกระแทกบริเวณศีรษะบ่อย ๆ ทำให้อาการซ้ำของเยื่อหุ้มสมองและก้านสมอง มีอาการคล้ายคนเมาเหล้า ไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อได้ ซึ่งเรียกกลุ่มอาการเหล่านี้ว่า โรคพาร์กินสัน (Parkinsonism)

สรุปได้ว่าการชกมวยเป็นกีฬาที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพร่างกาย อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยลักษณะการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทางลดอัตราความเจริญลงไปสู่ความเสื่อม

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านปัจจัยการรู้คิด- การรับรู้ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่เลือกศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และประสบการณ์การชกมวย

เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย เพศชายต้องพึ่งพามุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง Neimi et al. (1988, pp. 1101-1107) และมีการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตนด้านสุขวิทยา การผ่อนคลายและการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย (Muhlwnkamp & Sayles, 1986, pp. 334-338)

อายุ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทางอ้อมผ่านปัจจัยการรู้คิด การรับรู้ Pender (1987, p. 66) การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพย่อมเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งกล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับอายุ โดยมีการพัฒนาจากวัยเด็กขึ้นมาเรื่อย ๆ จนถึงขีดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ และเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของร่างกาย สติปัญญา การมีทักษะในการตัดสินใจ จากการศึกษาของ Muhlwnkamp and Broerman (1988, p. 643 อ้างถึงใน รำพูลศรี พรหมมีเนตร, 2544, หน้า 47) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบโดยอ้อมต่อวิถีชีวิตในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอนามัย แต่ Larson (1987, p. 110) ได้กล่าวถึงอายุว่าเป็นปัจจัยตัวหนึ่งในการที่แสดงถึงว่าบุคคลมีความผาสุก (Well-being) ซึ่งเป็นผลมาจากการมีวิถีชีวิตที่ดี

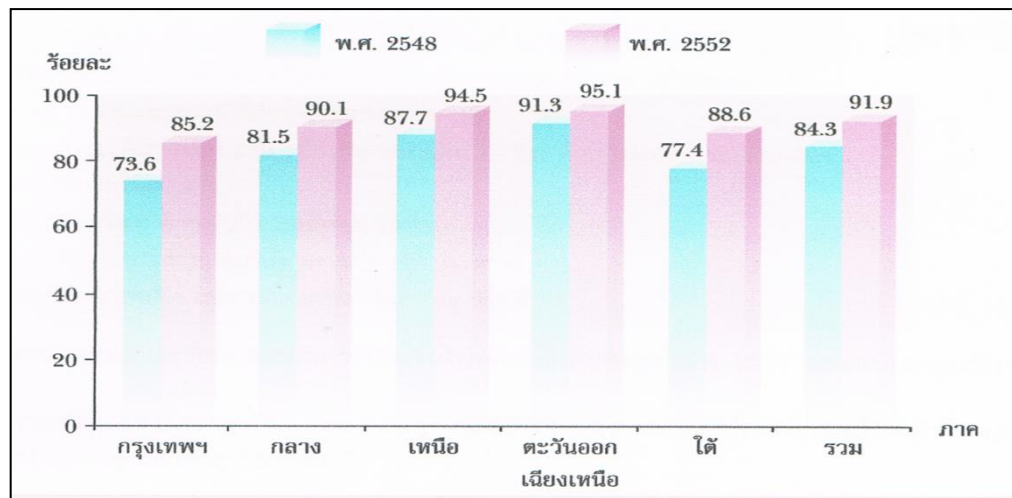
ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของการรู้คิด การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เล็งเห็นประโยชน์ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ (Ruth, n.d., pp. 136-156 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2532, หน้า 36) กล่าวว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำ พบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ นอกจากนี้ (Jalowiec & Powers, 1981, pp. 10-15 อ้างถึงใน รำพูลศรี พรหมมีเนตร, 2544, หน้า 47) กล่าวว่าการศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการนำความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ให้เกิดประโยชน์ การศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล

การถามปัญหาต่าง ๆ หรือสงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มี การศึกษาต่ำ

ประสบการณ์ การมีประสบการณ์เป็นความคาดหวังแห่งประสิทธิผลในตนเอง สามารถเกิดจากการมีประสบการณ์ทางอ้อมได้ไม่น้อยกว่าการมีประสบการณ์ทางตรงที่ประสบ ความสำเร็จ การที่บุคคลหนึ่งสังเกตเห็นบุคคลอื่น ได้แสดงพฤติกรรมในสถานการณ์ที่ยู่ยากแต่ ประสบความสำเร็จได้ ก็จะทำให้เขาสร้างความคาดหวังว่าสามารถปรับปรุงการกระทำได้เช่นกัน โดยยึดมั่นตนเองว่าบุคคลอื่นทำได้เราก็ทำได้ ดังนั้นการสังเกตการแสดงพฤติกรรมของบุคคลอื่นจะ ทำให้เราสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้นด้วย (Bandura, 1977, pp. 195-199)

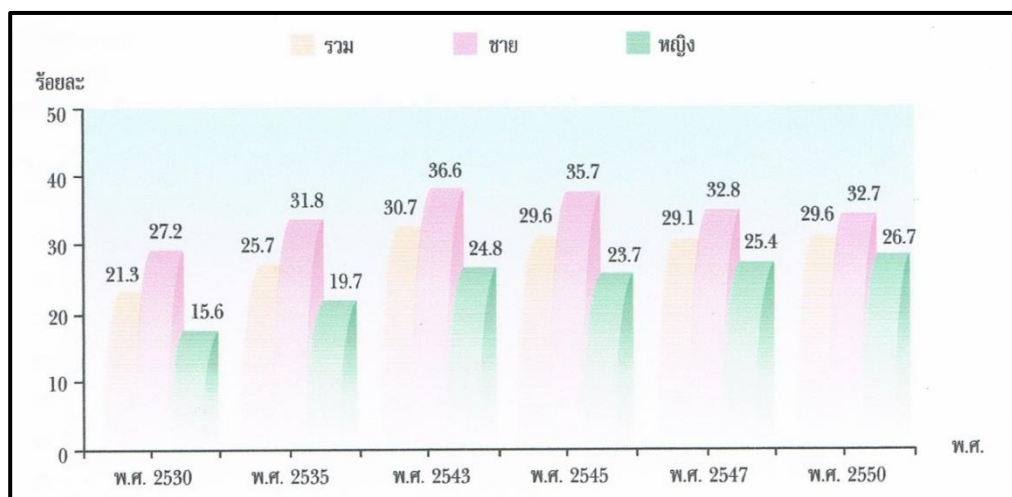
วิถีชีวิต 7 ด้านของคนทั่วไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ทำให้ ผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของวิถีชีวิตในภาพที่เป็นองค์รวมของพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ การที่ จะแก้ไขปัญหาสุขภาพใด ๆ จึงน่าจะใช้กลไกของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับบริบท ของสังคมมากกว่าการเลือกปรับพฤติกรรมเพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น จากงานวิจัยได้ศึกษาวิถี ชีวิต 7 ด้านของคนทั่วไปเพื่อเปรียบเทียบกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลวิถีชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตเบื้องต้น มีดังต่อไปนี้

ด้านโภชนาการ สำหรับแบบแผนการบริโภคนอาหารของคนไทยจากการสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อและมี แนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกภาค โดยได้เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปที่บริโภค อาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ จำแนกตามภาค ระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552 โดยรวมมีการ บริโภคอาหารของคนไทยปี พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 84.3 ปี พ.ศ. 2552 คิดเป็นร้อยละ 91.9 แสดงว่า วิถีชีวิตการบริโภคอาหารของคนไทยมีวิถีชีวิตการบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้น ดังปรากฏในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปที่ใช้มือถืออาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548 และพ.ศ. 2552 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

ด้านการออกกำลังกายสำหรับประชากรคนไทยจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า มีคนไทยประมาณร้อยละ 29.6 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงแนวโน้มของการออกกำลังกายเป็นประจำในช่วง พ.ศ. 2530 -2550 พบว่าคนไทยมีแนวโน้มออกกำลังกายไม่คงที่ โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 20-30 โดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง ดังปรากฏในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2530-2550 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 ก)

จากการศึกษาอัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำแล้วยังมีความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายของประชากรกับภาวะสุขภาพ (การเจ็บป่วยและการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล) พบว่า จำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่มีอาการป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 16.3 และผู้ที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลร้อยละ 6.4 ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของการออกกำลังกายของประชากรกับภาวะสุขภาพ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550 ก)

การออกกำลังกาย	ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป					
	รวม		ที่ป่วย		เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล	
	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ
ออกกำลังกาย	16,318.9	29.7	2,897.4	17.7	861.6	5.3
ไม่ออกกำลังกาย	38,712.1	70.3	6,301.3	16.3	2,478.6	6.4
รวม	55,031.0	100				

วิถีชีวิต 5 ด้านของวิถีชีวิตด้านการจัดการกับความเครียด ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ใช้ค่าดัชนีความสุขมวลรวมของประชาชนในด้านต่าง ๆ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 – มกราคม พ.ศ. 2553 เป็นเกณฑ์เทียบวิถีชีวิตทั้ง 5 ด้าน ของคนทั่วไป โดยวิถีชีวิตด้านการจัดการกับความเครียด ใช้ปัจจัยสุขภาพจิต ได้ค่าเฉลี่ยประมาณ 7.77 คิดเป็นร้อยละ (77.7%) วิถีชีวิตด้านเศรษฐกิจ ใช้ปัจจัยสถานะเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว ได้ค่าเฉลี่ยประมาณ 6.48 คิดเป็นร้อยละ (64.8%) วิถีชีวิตด้านสังคม ใช้ปัจจัยบรรยากาศความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ได้ค่าเฉลี่ยประมาณ 8.48 คิดเป็นร้อยละ (84.8%) วิถีชีวิตด้านสวัสดิการ ใช้ปัจจัยการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่ดีที่ท่านได้รับ ได้ค่าเฉลี่ยประมาณ 7.15 คิดเป็นร้อยละ (71.5%) วิถีชีวิตด้านสุขภาพ ใช้ปัจจัยสุขภาพกาย ได้ค่าเฉลี่ยประมาณ 7.66 คิดเป็นร้อยละ (76.6%) โดยทั้งนี้วิถีชีวิตทั้ง 5 ด้านมีแนวโน้มลดลงแต่ยังสามารถอยู่ในระดับพอมีความสุขมวลรวมของคนไทย ประจำเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 – มกราคม พ.ศ. 2553 มีค่าเฉลี่ยประมาณ 6.89 จากคะแนนเต็ม 10 คิดเป็นร้อยละ (68.9%) ดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าดัชนีความสุขมวลรวม (Gross Domestic Happiness) ของประชาชนในด้านต่าง ๆ
เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 – มกราคม พ.ศ. 2553 (ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2553)

กลุ่มปัจจัยต่าง ๆ	ค่า G D H (คะแนนเฉลี่ย)		
	ธันวาคม พ.ศ. 2552	มกราคม พ.ศ. 2553	รวมค่าเฉลี่ย
1. บรรยากาศความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว	8.96	8.01	8.48
2. สุขภาพกาย	7.72	7.61	7.66
3. สุขภาพใจ	7.96	7.58	7.77
4. หน้าที่ การงาน อาชีพ	7.58	7.15	7.36
5. วัฒนธรรมประเพณีไทยในปัจจุบัน	6.91	6.99	6.95
6. สภาพแวดล้อม ถนน ไฟฟ้า ดิน อากาศ น้ำ	7.03	6.92	6.97
7. การเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่ดีที่ท่านได้รับ	7.53	6.78	7.15
8. บรรยากาศความสัมพันธ์ของคนในชุมชน	7.58	6.67	7.12
9. สภาวะเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว	7.09	5.87	6.48
10. ความเป็นธรรมในสังคม/ ความไม่เป็นธรรมที่ได้รับ	7.07	5.19	6.13
11. สถานการณ์การเมืองโดยรวม	5.58	4.06	4.82
ความสุขมวลรวมของคนไทยประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552 – มกราคม พ.ศ. 2553	7.26	6.52	6.89

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 10 คะแนน

ภาวะสุขภาพ (Health Status)

1. ความหมายภาวะสุขภาพ

สุขภาพเป็นแนวคิดที่กว้าง มีลักษณะเป็นนามธรรม การให้ความหมายมีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับมุมมอง ปรัชญา และความเชื่อของนักวิชาการสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “สุขภาพ” คือ ภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ไม่ใช่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

ราชบัณฑิตยสถาน (2525, หน้า 616) ให้ความหมายของคำว่า “ภาวะ” หมายถึง ความเป็น หรือความปรากฏ

เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลา ต้นติผลาชีวะ (2528, หน้า 21) ได้อธิบายคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่าเป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม การรักษาสมดุล จะเกิดขึ้นได้จากการดูแลรักษาร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เกิดความสมบูรณ์

Orem (1991, p. 184) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพเป็นความสมบูรณ์ของบุคคลที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค เป็นลักษณะของบุคคลที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้

Pender (1996 อ้างถึงใน สมจิตร หนูเจริญกุล, 2537, หน้า 91) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ “สุขภาพ” ว่าหมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่คิดตัวมาแต่กำเนิด และที่ได้รับ การพัฒนาบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง มีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

สรุปได้ว่าภาวะสุขภาพ หมายถึง สถานภาพ และระดับของสุขภาพที่เป็นไปหรือมีอยู่ในปัจจุบัน ปราศจากโรคและดำรงชีวิตในสังคมด้วยดี

2. การตรวจสุขภาพ

Dobell (1861 อ้างถึงใน วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, 2542, หน้า 8) แพทย์ชาวอังกฤษ ผู้เชี่ยวชาญ วัณโรคและโรคปอดได้เริ่มแนวคิดของการตรวจสุขภาพเป็นครั้งแรกโดยจัดให้มีการตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ ในผู้ที่คาดว่ามิสุขภาพดีเพื่อค้นหาผู้ที่ป่วยเป็นวัณโรคระยะแรก สมาคมแพทย์อเมริกัน (American Medical Association, 1983 อ้างถึงใน วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, 2542, หน้า 8) ได้จัดให้มีการตรวจสุขภาพ และมีการรณรงค์ด้านการศึกษาให้แพทย์มีการตรวจสุขภาพ และจัดพิมพ์คู่มือการตรวจสุขภาพเป็นระยะ (Periodic Health Examination: A Manual for Physicians)

วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร (2542) ได้ศึกษาผลการตรวจสุขภาพของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้รับการตรวจสุขภาพ 900 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.1 เพศหญิง ร้อยละ 73.9 มีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี ไม่เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 59.2 ผลการตรวจสุขภาพ พบมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์อ้วนร้อยละ 7.5 มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 18.1 ตรวจเลือดพบว่าเป็นเบาหวานร้อยละ 6.6 พบมากในกลุ่มอายุ 40-49 ปีขึ้นไป มีไขมันโคเลสเตอรอลอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ร้อยละ 48.0 มีภาวะโลหิตจางในเพศชายร้อยละ 13.2 เพศหญิงพบร้อยละ 31.3 มี

ความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างตัวแปรดัชนีมวลกาย และอาหารที่มีไขมันสูง ($p < 0.05$) ดัชนีมวลกาย และน้ำตาลในเลือด สูง ($p < 0.05$) และการออกกำลังกายกับ HDL-C ($p < 0.05$)

ศุภชัย คุณารัตนพฤษ และคณะ (2545) ให้แนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนทั่วไปว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและวินิจฉัยโรคในระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะให้ผลดีต่อการรักษา แนวทางการตรวจสุขภาพมีหลักการในด้านความปลอดภัยของวิธีการตรวจ ประสิทธิภาพของการตรวจรวมถึงความคุ้มค่าในการตรวจ และปัญหาสุขภาพที่เป็นเป้าหมายของการตรวจสุขภาพ

วิฑูร แสงศิริสุวรรณ (2538) ได้ทำการศึกษาถึงผลการชกมวยไทยต่อการทำงานของตับไต และกล้ามเนื้อ ในอาสาสมัครนักมวยไทยสุขภาพสมบูรณ์ 9 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งประกอบด้วยอาสาสมัครที่ไม่ได้เป็นนักกีฬาและมีสุขภาพสมบูรณ์ 10 คน โดยการทดสอบสมรรถภาพทางกายทั่วไป วัดสัดส่วนของร่างกาย และทำการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง รวมทั้งตัวอย่างเลือด 7 วันก่อนชก และ 12 ชั่วโมงหลังการแข่งขัน ก่อนการทดลอง ผลการทดลองพบว่า ระดับเอ็นไซม์ในเลือดของนักมวย ก่อนการชกมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ภายหลังการแข่งขันพบว่าทั้ง AST, ALT มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ในขณะที่ค่าอื่น ๆ ไม่พบ จากการทดลองแสดงให้เห็นว่า การชกมวยไทย อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อตับ และไตได้ ในขณะที่ผลต่อกล้ามเนื้ออาจจะเกิดขึ้นได้เช่นกัน ถ้าความรุนแรงและจำนวนของการปะทะในระหว่างการแข่งขันมีค่าสูงมาก ดังนั้นผู้ฝึกสอนควรให้ความสนใจและดูแลสุขภาพของนักมวยให้มากโดยแนะนำให้มีการตรวจร่างกายร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นประจำ ซึ่งจะลดความรุนแรงของการบาดเจ็บที่อาจจะเกิดขึ้นได้

สรุปได้ว่า ในการตรวจสุขภาพให้ได้ประโยชน์อย่างเหมาะสมคุ้มค่า ควรมีการตรวจสุขภาพในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการดำเนินชีวิต การทำงานและสิ่งแวดล้อม หรือมีข้อบ่งชี้อื่น ๆ

โปรแกรมการตรวจสุขภาพ (Health Examination Program)

โปรแกรมการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน มีลักษณะการตรวจพื้นฐานคล้ายคลึงกัน แต่รายละเอียดของการตรวจสุขภาพจะแตกต่างกันไป โรงพยาบาลเอกชนจะมีการตรวจมากกว่าโรงพยาบาลรัฐ และเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า สถานบริการของรัฐจะแบ่งกลุ่มผู้ใช้บริการออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้มาใช้บริการตรวจสุขภาพอายุต่ำกว่า 35 ปี
2. ผู้มาใช้บริการตรวจสุขภาพอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

โปรแกรมการตรวจสุขภาพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ประกอบด้วย

1. ผู้มาใช้บริการตรวจสุขภาพอายุไม่เกิน 35 ปี มีการตรวจดังนี้

- 1.1 การตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์
- 1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 1.2.1 การตรวจความสมบูรณ์ของเลือด
 - 1.2.2 การตรวจปัสสาวะ
 - 1.2.3 การตรวจอุจจาระ
 - 1.2.4 การตรวจหมู่เลือด
 - 1.2.5 การเอกซเรย์ปอดและหัวใจ
 - 1.2.6 การตรวจมะเร็งปากมดลูก เฉพาะเพศหญิง
2. ผู้มาใช้บริการตรวจสุขภาพอายุ 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีการตรวจดังนี้
 - 2.1 การตรวจร่างกายทั่วไปโดยแพทย์
 - 2.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - 2.2.1 การตรวจความสมบูรณ์ของเลือด
 - 2.2.2 การตรวจปัสสาวะ
 - 2.2.3 การตรวจอุจจาระ
 - 2.2.4 การตรวจหมู่เลือด
 - 2.2.5 การเอกซเรย์ปอดและหัวใจ
 - 2.2.6 การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
 - 2.2.7 การตรวจระดับไขมันในเลือด
 - 2.2.8 การตรวจกรดยูริก
 - 2.2.9 การตรวจสมรรถภาพของไต
 - 2.2.10 การตรวจสมรรถภาพของตับ
 - 2.3 การเอกซเรย์ปอดและหัวใจ
 - 2.4 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
 - 2.5 การตรวจมะเร็งปากมดลูกเฉพาะเพศหญิง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถี่ที่เหมาะสมในการตรวจสุขภาพ (วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, 2542,

หน้า 18)

1. อายุของผู้มาตรวจสุขภาพ ความถี่ของการตรวจขึ้นอยู่กับอายุของผู้มารับบริการ
 - อายุ < 40 ปี ตรวจทุก 5 ปี
 - อายุ 41-60 ปี ตรวจทุก 3 ปี
 - อายุ > 60 ปี ตรวจทุก 1 ปี

2. การสัมผัสอันตรายจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ควรจะได้มีการตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ ถ้าพบมีความผิดปกติจะได้มีการป้องกันรักษาหรือเปลี่ยนงานให้เหมาะสมกับสภาพของร่างกาย

3. ภาวะสุขภาพอนามัยในปัจจุบัน ภาวะสุขภาพอนามัยอยู่ในสภาพสมบูรณ์ การเจ็บป่วยในระหว่างปีมีน้อย ตรวจสุขภาพแล้วไม่พบสิ่งผิดปกติที่สำคัญ การตรวจครั้งต่อไปก็ทิ้งระยะห่างได้

4. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้มาตรวจสุขภาพที่มีประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญในอดีต หรือมีโรคประจำตัวที่สำคัญควรจะได้มีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

5. พฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล บุคคลที่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดิทยาเสพติด มีความเครียดบ่อย ควรจะได้มีการตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

6. ภาวะเศรษฐกิจและสังคมภาวะเศรษฐกิจและสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค กลุ่มที่ยากจนมากหรือรวยมากมีโอกาสเกิดโรคแตกต่างกัน

7. ประวัติครอบครัว ถ้าในครอบครัวมีประวัติโรคติดต่อทางพันธุกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคเก๊าท์ โรคมะเร็งเม็ดเลือด ควรตรวจสุขภาพบ่อยขึ้น

สรุปได้ว่า การตรวจสุขภาพตามช่วงเวลาที่กำหนดโดยแพทย์ ตามช่วงอายุของผู้ใช้บริการประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเป็นเพื่อลดการป่วยและการตายจำเพาะโรค การพบโรคในระยะเริ่มต้น และรักษาได้ทันที ทำให้โรครายเร็วขึ้น ลดความพิการและอันตรายจากโรค เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จุดประสงค์การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

พรทิพย์ โล่เลขา (2533, หน้า 1-9) กล่าวว่า การวินิจฉัยผู้ป่วยให้ถูกต้องและแม่นยำ แพทย์ต้องอาศัยข้อมูลจากประวัติ การตรวจสุขภาพ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน จุดประสงค์ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ 1. เพื่อวินิจฉัยโรค 2. เพื่อดูความรุนแรงของโรค 3. เพื่อให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วย 4. เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรค 5. เพื่อดูการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษา 6. เพื่อปรับระดับและดูแลความเป็นพิษของยา 7. เพื่อตรวจคัดเลือกรโรค 8. เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐาน 9. เพื่อคัดเลือกรายชื่อของผู้ป่วยต่อโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยสนับสนุนการซักประวัติและการตรวจร่างกายเพื่อช่วยวิเคราะห์ตรวจสุขภาพที่อาจเป็นอันตรายได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย

1. การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count) เป็นการตรวจส่วนประกอบของเลือดที่มีความสำคัญมากในการวินิจฉัยความผิดปกติเบื้องต้น ของระบบโลหิต และประเมินภาวะซีด โดยพิจารณาจาก

- 1.1 ฮีมาโตคริต (Hematocrit) คือ เพศชาย ค่าปกติ 40-54 เปอร์เซ็นต์
 - 1.2 ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) คือ เพศชาย ค่าปกติ 12-16 g/dl
 - 1.3 เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) คือ เพศชาย ค่าปกติ 5,000-11,000 cell/ cu.mm.
 - 1.4 เกล็ดเลือด (Platelets Count) คือ เพศชาย ค่าปกติ 140,000-440,000 cell/ cu.mm.
2. การตรวจหาน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar) คือ การตรวจน้ำตาลกลูโคสในเลือดในภาวะงดอาหารเพื่อวินิจฉัยบุคคลที่มีโอกาสสูงที่จะเป็นเบาหวาน ได้แก่ คนอ้วน ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ คนที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หรือมีความเครียดเป็นประจำ ก่อนการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ต้องงดอาหารอย่างน้อย 8-10 ชั่วโมง ก่อนการเจาะเลือด ภาวะการเป็นเบาหวาน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าปกติ 76-110 mg/dl ถ้ามากกว่า 110 mg/dl หมายถึง มีน้ำตาลในเลือดไม่ปกติ ระดับกลูโคสในเลือดของหญิงและชายไม่แตกต่างกัน (พรทิพย์ โล่เลขา, 2533, หน้า 195-196)
3. การตรวจไขมันในเลือด (Lipid Profile) คือ การตรวจเลือดเพื่อหาปริมาณไขมันที่อยู่ในกระแสเลือดชนิดต่าง ๆ มี 4 ชนิดในร่างกายหลังอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ได้แก่
- 3.1 โคลเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol) ค่าปกติต่ำกว่า 200 mg/
 - 3.2 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ค่าปกติต่ำกว่า 200 mg/dl
 - 3.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล (Low Density Lipoprotein Cholesterol) ค่าปกติต่ำกว่า 130 mg/dl
 - 3.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล (High Density Lipoprotein Cholesterol) ค่าปกติ 35 mg/dl
4. การตรวจการทำงานของไต (Kidney Function) คือ การตรวจสมรรถภาพการทำงานของไตในการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจ 2 ชนิด คือ
- 4.1 ยูเรียไนโตรเจน (Blood Urea Nitrogen) ค่าปกติ 6-20 mg/dl
 - 4.2 ครีเอตินิน (Creatinine) เพศชาย ค่าปกติ 0.7-1.2 mg/dl
5. การตรวจการทำงานของตับ (Liver Function) คือ การตรวจสมรรถภาพการทำงานของตับ เป็นการตรวจหาระดับเอ็นไซม์ของตับในเลือด ได้แก่
- 5.1 เอสจีโอที (SGOT/ Aspartate Aminotransferase) เพศชาย ค่าปกติ 0-38 U/L
 - 5.2 เอสจีพีที (SGPT/ Alanine Aminotransferase) เพศชาย ค่าปกติ 0-40 U/L
6. การตรวจระดับกรดยูริก (Uric Acid) คือ การตรวจหาปริมาณกรดยูริกในเลือด เพื่อดูการเกิดไขข้ออักเสบ เพศชาย ค่าปกติ 3.4-7.0 mg/dl

7. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) คือ การตรวจเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยความไม่ปกติ

8. การตรวจเอกซเรย์ปอด (Chest X-Ray) คือ การตรวจเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของปอดโดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยความไม่ปกติ

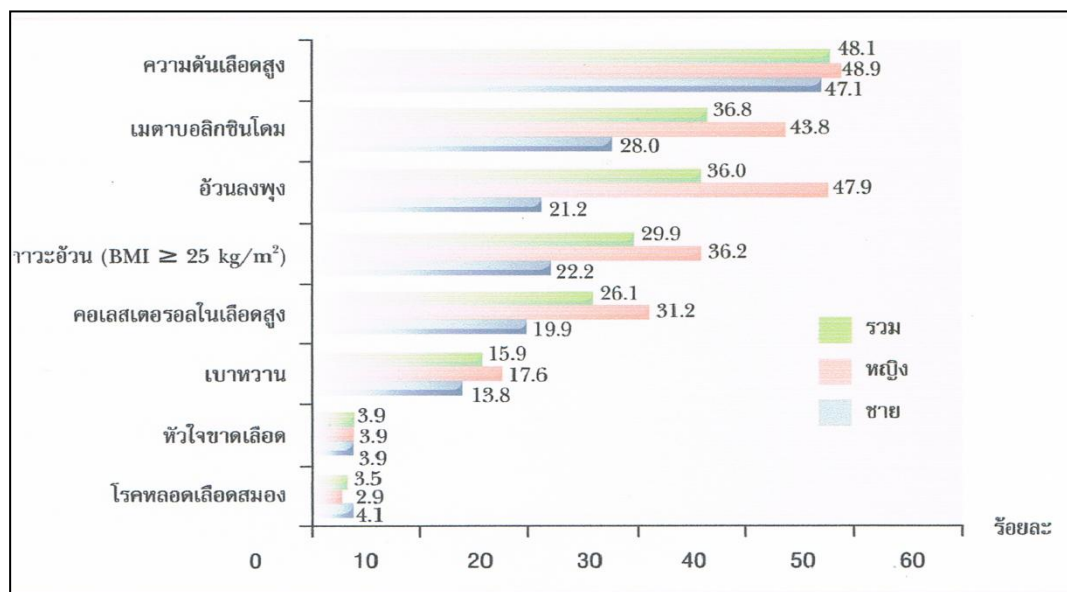
9. การตรวจปัสสาวะ (Urine Examination) คือ การตรวจเพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพของระบบทางเดินปัสสาวะและไตที่เกิดภายในร่างกาย โดยแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยความไม่ปกติ

ภาวะสุขภาพของคนไทย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของคนไทย ได้ศึกษาหาข้อมูลภาวะสุขภาพของคนไทยเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลภาวะสุขภาพในการนำเสนอและอภิปรายผลของการศึกษาวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังของคนไทยอายุ 15-74 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ ความชุกของการมีภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.3 เป็นร้อยละ 19.1 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 1.8 ล้านคน ความชุกของการมีภาวะอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 3.7 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.5 ล้านคน ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 9.4 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.7 ล้านคน ความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 เป็นร้อยละ 3.9 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.4 ล้านคน ความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 เป็นร้อยละ 1.1 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.2 ล้านคน และความชุกของโรคหัวใจ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.1 เป็นร้อยละ 1.5 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.2 ล้านคน ทั้งนี้การเกิดโรคดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นดังปรากฏในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพของคนไทย ระหว่าง พ.ศ. 2547, 2548 และพ.ศ. 2550 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2552)

ภาวะสุขภาพ	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง (พ.ศ. 2547-2550)
ภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย > 25-30 กก.ม ²)	15.3 (7.0 ล้านคน)	16.1 (7.3 ล้านคน)	19.1 (8.8 ล้านคน)	+3.8 (1.8 ล้านคน)
ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย > 30 กก.ม ²)	2.6 (1.2 ล้านคน)	3.0 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.7 ล้านคน)	+1.1 (0.5 ล้านคน)
โรคความดันโลหิตสูง	8.0 (3.6 ล้านคน)	8.3 (3.7 ล้านคน)	9.4 (4.3 ล้านคน)	+1.4 (0.7 ล้านคน)
โรคเบาหวาน	3.2 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.6 ล้านคน)	3.9 (1.8 ล้านคน)	+0.7 (0.4 ล้านคน)
โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)	0.8 (0.3 ล้านคน)	0.9 (0.4 ล้านคน)	1.1 (0.5 ล้านคน)	+0.3 (0.2 ล้านคน)
โรคหัวใจ	1.1 (0.5 ล้านคน)	1.1 (0.5 ล้านคน)	1.5 (0.7 ล้านคน)	+0.4 (0.2 ล้านคน)

นอกจากนี้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบอัตราความชุกของความดันโลหิตสูง ผู้หญิงมีอัตราความชุกร้อยละ 48.9 มากกว่าผู้ชายที่มีอัตราความชุกร้อยละ 47.1 โดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 48.1 อัตราความชุกของอ้วนลงพุง ผู้หญิงมีอัตราความชุกร้อยละ 47.9 มากกว่าผู้ชายที่มีอัตราความชุกร้อยละ 21.2 โดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 36.0 อัตราความชุกของเมตาบอลิกซินโดม ผู้หญิงมีอัตราความชุกร้อยละ 43.8 มากกว่าผู้ชายที่มีอัตราความชุกร้อยละ 28.0 โดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 36.8 อัตราความชุกของภาวะอ้วน ผู้หญิงมีอัตราความชุกร้อยละ 36.2 มากกว่าผู้ชายที่มีอัตราความชุกร้อยละ 22.2 โดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 29.9 อัตราความชุกของคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ผู้หญิงมีอัตราความชุกร้อยละ 31.2 มากกว่าผู้ชายที่มีอัตราความชุกร้อยละ 19.9 โดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 26.1 อัตราความชุกของโรคเบาหวาน ผู้หญิงมีอัตราความชุกร้อยละ 17.6 มากกว่าผู้ชายที่มีอัตราความชุกร้อยละ 13.8 โดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 15.9 อัตราความชุกของหัวใจขาดเลือด ผู้หญิงมีอัตราความชุกร้อยละ 3.9 เท่ากับผู้ชาย โดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 3.9 และโรคหลอดเลือดสมองอัตราความชุก ผู้หญิงมีอัตราความชุกร้อยละ 2.9 น้อยกว่าผู้ชายที่มีอัตราความชุกร้อยละ 4.1 โดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 3.5 ดังปรากฏในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ความชุก (ร้อยละ) ของโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประชาชนไทย พ.ศ. 2551-2552 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

สมรรถภาพทางกาย (Physical Fitness)

ความหมายสมรรถภาพทางกาย

สมรรถภาพทางกาย (Physical Fitness) มีผู้ให้ความหมายเอาไว้หลายท่านและหลายความหมาย ซึ่งโดยรวมแล้ว หมายถึง ความสามารถทางร่างกายของบุคคลในการที่จะประกอบกิจกรรมการเคลื่อนไหว หรือทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่เหน็ดเหนื่อย และยังสามารถกลับคืนสู่ปกติได้อย่างรวดเร็ว ลักษณะของผู้ที่มีสมรรถภาพทางกายดี จะมีลักษณะของร่างกายที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง อดทนต่อการปฏิบัติงาน มีความต้านทานโรคสูง มีจิตใจแจ่มใสร่าเริง และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีสมรรถภาพทางกายดีแล้ว สมรรถภาพทางจิตใจ สังคมและสติปัญญา ก็ดีตามไปด้วย (เกษม ช่วยพั่ง, 2536, หน้า 53; ไพวัลย์ ตันลากุล, 2530, หน้า 58 อ้างถึงใน วิรัตน์ สนธิจันทร์, 2550, หน้า 7; นกคณ หักกะยานนท์, 2539, หน้า 18)

องค์ประกอบสมรรถภาพทางกาย

สมรรถภาพทางกาย แบ่งเป็น 2 ประการ คือ

1. สมรรถภาพทางกายเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี (Health-related Physical Fitness) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบดังนี้

1.1 ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต และการหายใจ (Cardiovascular Endurance) หมายถึง ความสามารถของร่างกายที่สามารถอดทนต่อการทำงาน ที่ความหนักระดับปานกลางได้นาน โดยเกิดความเมื่อย เหนื่อยช้า มักวัดด้วยเวลาที่ทำงาน โดยมีความหนักของงานเป็นตัวกำหนด เช่น การทดสอบสมรรถภาพหัวใจโดยการปั่นจักรยาน ก้าวขึ้นลง 3 นาที

1.2 ความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscular Endurance) หมายถึง คุณสมบัติที่บุคคลสามารถเพียรพยายามทำงานในกิจกรรมที่ต้องใช้กลุ่มกล้ามเนื้อกลุ่มเดียวกันเป็นระยะเวลานาน ๆ เช่น ดึงข้อ ดันพื้น ลูกนั่ง

1.3 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength) ความสามารถในการใช้แรงสูงสุดในการทำงานเพียงครั้งเดียว มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1.3.1 ความแข็งแรงแบบอยู่กับที่ (Isometric or Static Strength) หมายถึง ลักษณะของการใช้แรงจำนวนสูงสุดในครั้งเดียว ที่บุคคลสามารถกระทำต่อแรงต้านทานชนิดอยู่กับที่ ในขณะที่กล้ามเนื้อทั้งหมดกำลังหดตัว

1.3.2 ความแข็งแรงแบบไม่อยู่กับที่ (Isotonic or Dynamic Strength) หมายถึง จำนวนความต้านทานที่บุคคลสามารถกระทำให้ผ่านพ้นไปได้ระหว่างการใช้แรงในขณะที่มีการเคลื่อนที่อย่างเต็มแรงของข้อต่อเฉพาะแห่งหรือข้อต่อหลาย ๆ แห่งของร่างกายรวมอยู่ด้วย เช่น การงอแขน ยกบาร์เบล

1.4 ความอ่อนตัว (Flexibility) หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถพื้นฐานของข้อต่อที่เคลื่อนไหวได้ตลอดระยะเวลาของการเคลื่อนที่ตามปกติ ความยืดหยุ่นจึงค่อนข้างเจาะจงลงที่ข้อต่อ ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของกล้ามเนื้อและเอ็น (Musculature and Connective Tissue) รอบ ๆ ข้อต่อนั้นมากกว่าโครงสร้างของกระดูกข้อต่อเอง (ยกเว้นกรณีที่เป็นโรคกระดูกเสื่อมหรือไม่สามารถทำงานได้) การเคลื่อนที่ของข้อต่อที่มากกว่าปกติ คือความสามารถพิเศษที่เกิดจากการฝึกฝนของคนแต่ละคน เช่น ท่าทางต่าง ๆ ของนักยิมนาสติก ซึ่งเป็นการกระทำที่คนปกติทำไม่ได้

1.5 สัดส่วนของร่างกาย (Body Composition) หมายถึง ส่วนประกอบที่มีอยู่ในร่างกายแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.5.1 น้ำหนักของร่างกายที่ไม่รวมไขมัน (Lean Body Mass) ได้แก่ กระดูก กล้ามเนื้อ เป็นหลัก

1.5.2 เนื้อเยื่อไขมัน (Fat Mass) เป็นไขมันที่อยู่ในร่างกาย ส่วนใหญ่สะสมไว้ใต้ผิวหนัง

2. สมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวกับทักษะ (Skill-related Physical Fitness) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับนักกีฬา เพื่อใช้ฝึกในการแข่งขันและก้าวไปสู่ความสำเร็จแต่ไม่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการมีสุขภาพดีประกอบด้วย

2.1 ความคล่องตัว (Agility) หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการควบคุมการเปลี่ยนทิศทางเคลื่อนไหวได้อย่างรวดเร็วและตรงเป้าหมาย เช่น วิ่งเลี้ยงลูกบอลหลบเสา

2.2 ความเร็ว (Speed) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อที่ทำงานซ้ำ ๆ กันได้ด้วยความเร็ว โดยใช้เวลาน้อยที่สุด เช่น การวิ่งเร็ว 100 เมตร

2.3 พลัง (Power) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อในการหดตัว (ออกแรง) เพื่อเคลื่อนน้ำหนักออกไปได้ระยะทางมากที่สุดในเวลาจำกัด หรือหมายถึงที่กล้ามเนื้อหดตัวทำงานได้มากที่สุด ในเวลาสั้นที่สุด เช่น การกระโดดไกล

2.4 การทรงตัวที่สมดุล (Balance) หมายถึง ความสามารถในการรักษาคำแหน่งของร่างกายได้อย่างสมดุลทั้งในขณะที่อยู่กับที่และเคลื่อนไหว

2.5 ปฏิกริยาตอบสนอง (Reaction) หมายถึง สิ่งที่มากระตุ้นให้ร่างกายมีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้น การสั่งการประสาทให้สัมพันธ์กับการตอบสนองสิ่งเร้า

2.6 การทำงานที่ประสานกันของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Coordination) หมายถึง การสั่งงานของระบบประสาทกับระบบกล้ามเนื้อ มีความสัมพันธ์กันดี สามารถปฏิบัติตัวหรือเคลื่อนไหวได้ตามคำสั่งของจิตใจได้เป็นอย่างดี

องค์ประกอบของสมรรถภาพทางกาย องค์ประกอบของสมรรถภาพทางกาย (Physical Fitness Component) สามารถจัดแยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับทักษะเฉพาะหรือการแสดงออก ดังปรากฏในภาพที่ 4

ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนโลหิต	}	สมรรถภาพที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related Fitness)
Cardiovascular Endurance		
ความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อ	}	สมรรถภาพที่เกี่ยวกับการแสดงออก (Performance-related Fitness)
Muscular Strength/ Endurance		
สัดส่วนของร่างกาย	}	
Body Composition		
ความอ่อนตัว	}	
Flexibility		
พลังกล้ามเนื้อ	}	
Muscle Power		
ความเร็ว	}	
Speed		
ความคล่องแคล่วว่องไว	}	
Agility		
การทรงตัว	}	
Balance		

ภาพที่ 4 องค์ประกอบสมรรถภาพทางกาย (กรมพลศึกษา, 2537, หน้า 46-48 อ้างถึงใน นกมล หักกะยานนท์, 2539, หน้า 20)

การทดสอบสมรรถภาพทางกาย

ในการประเมินความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย สามารถทำได้โดยการทดสอบสมรรถภาพทางกาย สำหรับกลุ่มนักกีฬาทำการทดสอบสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้ทราบระดับความสมบูรณ์ของร่างกายทั้งในขณะที่ฝึกซ้อม ก่อนแข่งขัน และหลังแข่งขัน เพื่อพัฒนาความสามารถในการเล่นกีฬา สำหรับแข่งขันให้สูงมากที่สุด (วิช วิระศิริวัฒน์, 2535)

สำหรับบุคคลธรรมดาควรทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายให้ทราบระดับความสามารถของร่างกาย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้กับตนเอง และพัฒนาขีดความสามารถทางกายให้สูงขึ้น และมีความพร้อมต่อการออกกำลังกายและการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน (ลิขิต อมาตยคง, 2537)

1. การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Physical Fitness Testing) หมายถึง กระบวนการวัดความสามารถของร่างกายของบุคคล ซึ่งแสดงออกมาโดยการนำสื่อ หรือสิ่งเร้า (Stimulus) ไปกระตุ้น ให้สิ่งที่ต้องการวัดเกิดการตอบสนอง (Response) แล้ววัดการตอบสนองโดยการแปลความหมาย (จิรกรณ์ ศิริประเสริฐ, 2542) ในการตรวจสอบสมรรถภาพของร่างกายทำให้ทราบว่าสุขภาพเป็นอย่างไร มีขีดความสมบูรณ์ของร่างกายเพียงใด มีจุดบกพร่องเนื่องจากการบาดเจ็บครั้งก่อน ๆ ที่จะทำให้เกิดอันตรายได้หรือไม่ แต่ละคนมีความสามารถแตกต่างกันเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ (ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์, 2545) องค์ประกอบของสมรรถภาพทางกาย ซึ่งต้องมีแบบทดสอบ เครื่องมือ หรือกระบวนการสำหรับทดสอบความสามารถ โดยเครื่องมือหรือแบบทดสอบแต่ละชนิดต้องมีความเที่ยงตรง (Validity) มีความเชื่อถือได้ (Reliability) มีความเป็นปรนัย (Objectivity) มีเกณฑ์ปกติ (Norm) มีเทคนิคในการทดสอบที่เป็นมาตรฐาน และกระบวนการวิเคราะห์ผลต้องมีประสิทธิภาพสูง คือมีความสะดวกรวดเร็ว แม่นยำ และสามารถวิเคราะห์ผลได้ทุกกลุ่มเป้าหมาย (ธวัช วีระศิริวัฒน์, 2535; จิรกรณ์ ศิริประเสริฐ, 2542)

2. แบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย มีหลายแบบหลายวิธีแตกต่างกันออกไป แต่ละแบบทดสอบมีวัตถุประสงค์ เพื่อจะทราบสมรรถภาพทางกายของผู้รับการทดสอบ ให้ครอบคลุมในทุกด้าน สำหรับบุคคลที่ไม่ใช่นักกีฬา การทดสอบสมรรถภาพทางกาย จะทำให้ทราบถึงระดับความสามารถ หรือระดับสมรรถภาพทางกายในแต่ละด้าน สามารถเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเองได้ ช่วยให้ตัดสินใจได้ว่า มีความพร้อมในการออกกำลังกายหรือไม่เพียงไร (ลิขิต อมาตยคง, 2537) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย มี 5 รายการดังนี้

1. ดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index)
2. นั่งงอตัว (Sit and Reach Test)
3. นอนยกตัว 1 นาที (1 Minute Abdominal Curls)
4. ดันพื้น 1 นาที (1 Minute Push-ups)
5. ก้าวขึ้น-ลง 3 นาที (3 Minute Step Test)

แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย

สร้างขึ้นโดย งานทดสอบสมรรถภาพทางกาย กองวิทยาศาสตร์การกีฬา ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2546 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทย ชาย หญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป จำนวน 4,944 คน เป็นชาย 2,336 คน หญิง 2,608 คน ที่มีสุขภาพดีจาก 20 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ยะลา สงขลา สุราษฎร์ธานี กระบี่ ขอนแก่น สุรินทร์ ชัยภูมิ นครราชสีมา ฉะเชิงเทรา ระยอง นครปฐม ราชบุรี นครนายก

พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง และกรุงเทพมหานคร การวิจัยครั้งนี้ใช้การทดสอบสมรรถภาพทางกาย 5 รายการ รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก

1. ขนาดของร่างกาย (Body Composition)

มุ่งเน้นถึงการวัดขนาดของร่างกาย การมีน้ำหนักตัวที่สัมพันธ์กับ มีความเหมาะสม มากน้อยเพียงไร โดยมีการทดสอบ 1 วิธี

1.1 ดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index) เป็นการประเมินขนาดร่างกายจาก น้ำหนักที่เป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสองใช้เป็นแนวทางในการประเมินถึงภาวะ น้ำหนักมากกว่าปกติ และภาวะผอม (Greenberg, Dintiman, & Oakes, 1998; Morrow et al., 2000; Tritschier, 2000) สามารถนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดถึงส่วนประกอบของร่างกายและความเสี่ยงอันตราย ต่อสุขภาพในคนที่มีความ BMI มากหรือน้อยกว่าปกติ การประเมินผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ผอมบาง พอเหมาะ ตัวหนา และอ้วน

2. ความอ่อนตัว (Flexibility) เป็นการประเมินความยืดหยุ่นหรือความอ่อนตัวของ กล้ามเนื้อ เอ็นยึดข้อ เอ็นกล้ามเนื้อ และมุมการเคลื่อนไหวของข้อต่อในร่างกาย (Morrow et al., 2000) มีวิธีการทดสอบ 1 วิธี ดังนี้

2.1 นั่งงอตัว (Sit and Reach Test) เป็นการวัดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบริเวณต้นขา ด้านหลัง หลังส่วนล่าง การทดสอบนี้จะสามารถทำได้ดีในช่วง 20-30 ปี เพศหญิงมีความยืดหยุ่น อ่อนตัวได้ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากโครงสร้างเชิงกราน และฮอร์โมนของเพศหญิงที่มีผลให้เนื้อเยื่อ เกี่ยวพันมีความยืดหยุ่นตัวดีกว่า ความอ่อนตัวที่ดีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหว การ ประเมินค่าเป็นระยะนิ้ว หากปลายนิ้วไม่ถึงเส้นเท้าจะน้อยกว่า 15 นิ้ว (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546) จากการศึกษาของ Johns and Wright (1962 cited in Tritschier, 2000) ประมาณร้อยละ 41 ของผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และเอ็นยึดข้อในระดับต่ำ การประเมินผลโดยแบ่งช่วง คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก

3. ความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscular Endurance and Strench) เป็นการออก แรงทำงานของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องและในท่าซ้ำ ๆ กัน โดยออกแรงต้าน และรวดเร็วใน ระยะเวลาจำกัด (Morrow et al., 2000) ในวัยทำงานใช้วิธีการทดสอบ 2 วิธี ดังนี้

3.1 นอนยกตัว 1 นาที (1 Minute Abdominal Curls) เป็นการวัดความแข็งแรงอดทน ของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าท้อง และลำตัว จากการยกศีรษะและไหล่ขึ้นพร้อมกับเลื่อนปลายนิ้วมือ ไประยะทาง 3 นิ้วให้ได้จำนวนมากที่สุด ภายใน 1 นาที การประเมินผลโดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก

3.2 ดันพื้น 1 นาที (1 Minute Push-ups) เป็นการวัดความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อช่วงบนของร่างกาย ทำการทดสอบในเพศชาย แขน หน้าอก ไหล่ จะรับน้ำหนักมากกว่าเพศหญิงที่ประยุกต์ทำดันพื้น (Modified Push-ups) เพื่อลดน้ำหนักตัวลง โดยใช้เข้าแตะพื้นขณะทดสอบแทนการใช้ปลายเท้าแตะพื้น การประเมินผลโดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก

4. ความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด (Cardiorespiratory Endurance) เป็นการประเมินความทนทานของระบบหายใจและไหลเวียนเลือดจากการทำงานที่มากกว่าปกติจากทุกส่วนของร่างกายอย่างต่อเนื่อง วิธีการทดสอบโดยการก้าวขึ้น-ลง 3 นาที (3 Minute Step Test) เป็นการทดสอบระบบการทำงานของร่างกายแบบแอโรบิก โดยใช้อัตราการเต้นของชีพจรหลังการทดสอบเป็นตัวชี้วัด ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความหนักของการออกกำลังกาย อัตราการเต้นของชีพจร และสมรรถภาพของการใช้ออกซิเจน คนที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมออย่างถูกต้องเหมาะสม จะมีอัตราการเต้นของชีพจรทั้งขณะพักและขณะออกกำลังกายช้ากว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย และอัตราการเต้นของชีพจรหลังออกกำลังกายคืนสู่สภาวะปกติได้ดีกว่าคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายแต่มีความบ่อย ความหนัก ความนานไม่เพียงพอ การประเมินผลโดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก

เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายของประชาชนไทยโดยการทดสอบอย่างง่าย

สร้างขึ้น โดย งานทดสอบสมรรถภาพทางกาย กองวิทยาศาสตร์การกีฬา ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2546 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทย ชาย หญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป จำนวน 4,944 คน เป็นชาย 2,336 คน หญิง 2,608 คน ที่มีสุขภาพดีจาก 20 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ยะลา สงขลา สุราษฎร์ธานี กระบี่ ขอนแก่น สุรินทร์ ชัยภูมิ นครราชสีมา ฉะเชิงเทรา ระยอง นครปฐม ราชบุรี นครนายก พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง และกรุงเทพมหานคร รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ส่วน เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นรายบุคคล (Individual Interview) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลของนักมวยที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ชกมวย

- ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์วิถีชีวิต ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting Lifestyle Profile) ตามแนวคิดของของ Walker, Sechrist and Pender (1987, pp. 76-80) ซึ่งได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย โดยผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ในการกำหนดแนวคำถามการสัมภาษณ์วิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย วิถีชีวิต 7 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย โดยการตรวจสุขภาพโดยแพทย์เพื่อหาโรคหรือภาวะไม่ปกติ ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแนวการตรวจสุขภาพทั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 3 เป็นการศึกษาสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยใช้การทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย โดยนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์และเทียบเกณฑ์มาตรฐาน (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546)

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

การศึกษานี้ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา (Research Participants) คือ นักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย เพศชาย จำนวน 13 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามการกำหนดคุณลักษณะ (Criterion Sampling) ซึ่งในที่นี้คือ

1. เป็นนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยที่ขึ้นทะเบียนอดีตนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรี กับสำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย การกีฬาแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2552

2. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้โดยลงนามไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิถีชีวิต ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อต้องการศึกษาวิถีชีวิตโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นรายบุคคล (Individual Interview) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ชกมวย

- ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์วิถีชีวิต ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting Lifestyle Profile) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender (1987, pp. 76-80) ได้ดัดแปลงให้เหมาะกับนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย โดยผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ในการกำหนดแนวทางการสัมภาษณ์วิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ

เกณฑ์การแปลความหมายของเนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการประเมินผลทัศนคติและพฤติกรรมต่อการปฏิบัติตนในวิถีชีวิต 7 ด้าน เป็นรายบุคคลโดยประมาณเกณฑ์ 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์ดี หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ประโยชน์ของการกระทำสิ่งนั้นซึ่งมีผลต่อวิถีชีวิตมาก

เกณฑ์พอใช้ หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ประโยชน์ของการกระทำสิ่งนั้นซึ่งมีผลต่อวิถีชีวิตพอใช้

เกณฑ์ปรับปรุง หมายถึง ผู้ตอบรับรู้ประโยชน์ของการกระทำสิ่งนั้นซึ่งมีผลต่อวิถีชีวิตน้อย

เกณฑ์การแปลผลวิถีชีวิต 7 ด้านโดยรวม แปลผลคะแนนจากจุดกึ่งกลางของวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลรวมกันในแต่ละด้านแล้วได้ 7 คนขึ้นไป นำมาเทียบเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ดี หมายถึง วิถีชีวิตรายบุคคลรวมกันในแต่ละด้านแล้วได้ 7 คนขึ้นไป ซึ่งบ่งบอกสถานการณ์ของวิถีชีวิตอยู่ในระดับดี

เกณฑ์พอใช้ หมายถึง วิธีชีวิตรายบุคคลรวมกันในแต่ละด้านแล้วได้ 7 คนขึ้นไป ซึ่งบ่งบอกสถานการณ์ของวิถีชีวิตอยู่ในระดับพอใช้

เกณฑ์ปรับปรุง หมายถึง วิธีชีวิตรายบุคคลรวมกันในแต่ละด้านแล้วได้ 7 คนขึ้นไป ซึ่งบ่งบอกสถานการณ์ของวิถีชีวิตอยู่ในระดับควรปรับปรุง

1.2 เครื่องบันทึกเสียงแบบพกพา ยี่ห้อ SONY

2. เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยใช้บริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจสุขภาพร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2 เครื่องมือที่ใช้การตรวจร่างกาย

2.2.1 เครื่องวัดส่วนสูง

2.2.2 เครื่องชั่งน้ำหนัก

2.2.3 เครื่องวัดความดันโลหิต

2.2.4 เครื่องตรวจฟังอัตราเต้นของหัวใจ (Stethoscope)

2.3 เครื่องมือที่ใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3.1 เครื่องวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด

2.3.2 เครื่องวิเคราะห์หาสารเคมีในเลือด ยี่ห้อ HITACHI

2.3.3 เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)

2.3.4 เครื่องเอกซเรย์ปอด

2.3.5 เครื่องวิเคราะห์ปัสสาวะ

2.3.6 อุปกรณ์เจาะเลือดประกอบด้วย สายรัดแขน, หลอดบรรจุเลือดพร้อมจุกยาง กระบอกฉีดยาพร้อมเข็ม, แอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์, สำลีสะอาด และพลาสติก

3. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูลสมรรถภาพทางกาย โดยใช้บริการสถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬาภูมิภาค 1 ประกอบด้วย

3.1 ใบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย

3.2 แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546) เป็นวิธีที่บ่งชี้ถึงการมีสุขภาพและสมรรถภาพที่ดีมี 5 รายการดังนี้

3.2.1 ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index)

3.2.2 นั่งงอตัว (Sit and Reach Test)

3.2.3 นอนยกตัว 1 นาที (1 Minute Abdominal Curls)

- 3.2.4 ดันพื้น 1 นาที (1 Minute Push-ups)
- 3.2.5 ก้าวขึ้น-ลง 3 นาที (3 Minute Step Test)
- 3.3 อุปกรณ์วัดสัดส่วนของร่างกาย (Body Composition)
 - 3.3.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก
 - 3.3.2 เครื่องวัดส่วนสูง
- 3.4 อุปกรณ์วัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength)
 - 3.4.1 นาฬิกาจับเวลา
 - 3.4.2 เบาะรองพื้น
- 3.5 อุปกรณ์วัดความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscular Endurance)
 - 3.5.1 นาฬิกาจับเวลา
 - 3.5.2 เบาะรองพื้น
- 3.6 อุปกรณ์วัดความอ่อนตัว (Flexibility)
 - 3.6.1 เทปวัดระยะความยาว
- 3.7 อุปกรณ์วัดความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ (Cardiovascular Endurance)
 - 3.7.1 นาฬิกาจับเวลา
 - 3.7.2 เครื่องให้จังหวะ (Metronome) ยี่ห้อ SEIKO
 - 3.7.3 กล่องก้าวขึ้น-ลง ขนาด 12 x 12 x 12 นิ้ว

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์
2. ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์วิถีชีวิตเสร็จเรียบร้อยแล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไข ก่อนจะนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีความครอบคลุมเนื้อหา ภาษาที่ใช้สื่อความหมายชัดเจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน
3. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่เป็นแนวคำถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบในด้านความถูกต้อง และครอบคลุมเนื้อหาเป็นผู้พิจารณาความเที่ยงตรงเนื้อหาโดยให้คะแนน ดังนี้

3.1 การพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-objective Congruence: IOC) ที่มีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน ดังนี้

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อไปวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-objective Congruence: IOC) โดยพิจารณาจากแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 ส่วนคำถามในการสัมภาษณ์ที่มีค่าต่ำกว่า 0.50 นำมาปรับปรุงแก้ไขหรือตัดทิ้ง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก ตารางที่ 42 หน้า 132)

การตรวจสอบความหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตร IOC ของพวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2543, หน้า 127)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

- IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์
- $\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
- N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมิน

3.2 การหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) โดยใช้สูตร CVI ของบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2547, หน้า 224-225) มีดังนี้

$$CVI = \frac{\sum 3,4}{N}$$

- CVI = ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ
- $\sum 3,4$ = เป็นจำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ระดับ 3 และ 4
- N = เป็นจำนวนแนวสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด

3.2.1 นำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาโดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแสดงความคิดเห็น ดังนี้

- 1 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหา

2 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างมาก

3 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามจะต้องได้รับแก้ไขปรับปรุงเล็กน้อย

4 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหา

3.2.2 รวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาการแจกแจงเป็นตาราง (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก ตารางที่ 43 หน้า 134) จากตารางวิเคราะห์พบว่าข้อที่ผู้เชี่ยวชาญแสดงความความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตอนที่ 2 ข้อ 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2 และ 8.1 เป็นจำนวน 30 ข้อ ดังนี้

3.2.3 รวมจำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ให้ความความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4

3.2.4 หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากสูตรคำนวณ

จากตารางวิเคราะห์พบว่าข้อที่ผู้เชี่ยวชาญแสดงความความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตอนที่ 2 ข้อ 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2 และ 8.1 เป็นจำนวน 30 ข้อ ดังนี้

$$CVI = \frac{\sum 3,4}{N} = \frac{30}{30} = 1.00$$

แสดงว่าแบบสัมภาษณ์เชิงลึกฉบับนี้มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ผ่านเกณฑ์การพิจารณา

การตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งประเมินได้จากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแนวคำถามของการสัมภาษณ์ และตัวผู้วิจัยเองที่เป็นผู้เก็บข้อมูล (กิตติพัฒน์ นนทบุรีมະคูลย์, 2546, หน้า 176-190) ซึ่งผู้วิจัยสรุปแนวทางการดำเนินการเป็นขั้นตอนหลัก 3 ขั้นตอน คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลจากการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากด้านแหล่งเวลาได้เก็บข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกันเพื่อยืนยันข้อมูลว่าเหมือนเดิมหรือไม่ หรือได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติมเป็นการเสริมข้อมูลเดิมทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องกับเป็นจริง และมีความอึดตัวของข้อมูล

2. ความคงที่ของการวิจัย (Consistency) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมการสัมภาษณ์ให้มีความคงที่สม่ำเสมอในการสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงคนเดียว

3. การยืนยันผลการวิจัย (Confirm Ability) ในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัย จะทำการเก็บหลักฐานและข้อมูลต่าง ๆ ในการวิจัยไว้ เพื่อสามารถตรวจสอบกลับได้ทุกเวลา ในการนำเสนอข้อมูลจากความคิดของผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ไม่ใช่จากความคิดของผู้วิจัยเพื่อเป็นการขจัดความลำเอียง จากกระบวนการดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับความน่าเชื่อถือ และสามารถนำมาวิเคราะห์ผลเพื่อการวิจัยได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขอนหนังสือจากคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบในด้านความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหา แนวคำถามในการสัมภาษณ์วิถีชีวิต 7 ด้าน ดังนี้ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ

2. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและหลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

3. ประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์การกีฬาแห่งประเทศไทยจังหวัดชลบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา พร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบ

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ทำการสัมภาษณ์กับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา จำนวน 13 คน ตามวัน เวลา และสถานที่กำหนด

5. ประสานงานกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบสุขภาพร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6. ประสานงานกับสถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬาภูมิภาค จังหวัดชลบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทดสอบสมรรถภาพทางกาย

7. ประสานกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา, สถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬาภูมิภาค เพื่อกำหนดวัน และเวลาในการนำกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามาทำการเก็บข้อมูล

8. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน และเวลาที่กำหนดไว้กับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

9. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เพื่อสรุปและรายงานผลการวิจัย

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2553

สถานที่ดำเนินการเก็บข้อมูล

1. สถานที่พักอาศัยของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาภายในจังหวัดชลบุรี
2. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
3. สถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬาภูมิภาค จังหวัดชลบุรี

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ (ภาคผนวก ก) คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ตอบโดยข้อมูลที่เก็บได้ จะวิเคราะห์เป็นภาพรวมไม่มีการกล่าวอ้างอิงชื่อในการรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การตรวจสุขภาพร่างกาย และทดสอบสมรรถภาพทางกาย มาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. นำข้อมูลจากส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย มาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. นำข้อมูลจากส่วนที่ 1 ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย ในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ นำไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และสรุปประเด็น โดยแปลความหมายเทียบเกณฑ์แต่ละด้านแล้วนำเสนอตาราง และความเรียง
3. นำข้อมูลส่วนที่ 2 และ 3 เป็นข้อมูลภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย มาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และแปลความหมายโดยเทียบเกณฑ์มาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของ นักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย ผู้วิจัยได้นำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

- N หมายถึง จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา
- μ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
- σ หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาดำเนินการวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์แบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นรายบุคคล (Individual Interview) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และประสบการณ์ชกมวยโดยการแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
- ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์วิถีชีวิต 7 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ประเมินเกณฑ์ และสรุปประเด็นเทียบเกณฑ์แต่ละด้านแล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการตรวจสุขภาพโดยแพทย์เพื่อหาโรคหรือภาวะผิดปกติ ตามแนวการตรวจสุขภาพทั่วไปของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา โดยการแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ เทียบเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ส่วนที่ 3 เป็นการศึกษาสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของกรีกกีฬาแห่งประเทศไทย โดยนำผลการทดสอบมา

วิเคราะห์หาจำนวน ร้อยละ เทียบเกณฑ์มาตรฐาน (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546) นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 วิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา และประสบการณ์ชกมวย ของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาวิจัย ปรากฏในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และค่าร้อยละของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และประสบการณ์ชกมวย (N = 13)

ข้อมูลของนักมวยที่ศึกษา	นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย (N=13)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	13	100
2. อายุ		
30-40 ปี	3	23.07
41-50 ปี	1	7.69
51-60 ปี	5	38.46
61 ปีขึ้นไป	4	30.76
($\mu = 54.61$, $\sigma = 13.94$, MAX = 74, MIN = 30)		
3. สถานภาพสมรส		
ยังไม่แต่งงาน	1	7.69
แต่งงาน	10	76.92
หย่า/ แยกกันอยู่	2	15.38
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	1	7.69
1 คน	2	15.38
2 คน	2	15.38
3 คนขึ้นไป	8	61.53

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลของนักมวยที่ศึกษา	นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย (N = 13)	
	จำนวน	ร้อยละ
4. การศึกษา		
ประถมศึกษา	5	38.46
มัธยมศึกษา	5	38.46
อนุปริญญา	1	7.69
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	15.38
5. ประสบการณ์ชกมวย		
อายุเริ่มการเป็นนักมวย		
< 10 ปี	2	15.38
10-15 ปี	8	61.54
16-20 ปี	3	23.08
$(\mu = 13.46, \sigma = 3.45, \text{MAX} = 20, \text{MIN} = 8)$		
ระยะเวลาการเป็นนักมวย		
1-5 ปี	5	38.46
6-10 ปี	3	23.08
11-15 ปี	5	38.46
$(\mu = 9.53, \sigma = 4.13, \text{MAX} = 15, \text{MIN} = 5)$		
ระยะเวลาการเลิกชกมวย		
< 10 ปี	1	7.69
10-20 ปี	2	15.38
21-30 ปี	5	38.46
31-40 ปี	4	30.76
41-50 ปี	1	7.69
$(\mu = 25.69, \sigma = 10.12, \text{MAX} = 43, \text{MIN} = 7)$		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลของนักมวยที่ศึกษา	นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย (N = 13)	
	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งการชกมวย		
< 40 ครั้ง	2	15.38
41-60 ครั้ง	2	15.38
61-80 ครั้ง	-	-
81-100 ครั้ง	4	30.76
100 ครั้งขึ้นไป	5	38.46
($\mu = 84.84$, $\sigma = 34.32$, MAX = 120, MIN = 15)		

จากตารางที่ 5 พบว่า ส่วนใหญ่นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมาช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.76 และอายุโดยเฉลี่ย 54.61 ปี อายุมากที่สุด 74 ปีอายุน้อยสุด 30 ปีตามลำดับ มีสถานภาพสมรส แต่งงานแล้ว จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 และส่วนใหญ่มิ่จำนวนบุตร 3 คนขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.53 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 และระดับมัธยมศึกษาจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 ตามลำดับ ประสบการณ์ชกมวย พบว่าส่วนใหญ่อายุการเริ่มเป็นนักมวยระหว่างอายุ 10-15 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 16-20 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 อายุการเริ่มเป็นนักมวยโดยเฉลี่ย 13.46 ปี อายุมากที่สุดเริ่มเป็นนักมวย 20 ปีอายุน้อยสุด 8 ปีตามลำดับ ระยะเวลาการเป็นนักมวยของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย มีจำนวนมากที่สุดคือ ระยะเวลาระหว่าง 1-5 ปี มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 และระยะเวลาระหว่าง 11-15 ปี มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมาคือ ระยะเวลาระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 และระยะเวลาการเป็นนักมวยโดยเฉลี่ย 9.53 ปี ระยะเวลาการเป็นนักมวยมากที่สุด 15 ปี และระยะเวลาการเป็นนักมวยน้อยสุด 5 ปีตามลำดับ ระยะเวลาการเลิกชกมวย 21-30 ปี มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมาคือ ระยะเวลาการเลิกชกมวย 31-40 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.76 และระยะเวลาการเลิกชกมวยโดยเฉลี่ย 22.63 ปี ระยะเวลาการเลิกชกมวยมากที่สุด 43 ปี และระยะเวลาการเลิกชกมวยน้อยสุด 7 ปีตามลำดับ จำนวนครั้งการชกมวยมีจำนวนมากที่สุด คือ 100 ครั้งขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมาคือ 81-100 ครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 30.76 และจำนวนครั้งการ

ชกมวยโดยเฉลี่ย 84.84 ครั้ง จำนวนครั้งการชกมวยมากที่สุด 120 ครั้ง และจำนวนครั้งการชกมวยน้อยสุด 15 ครั้งตามลำดับ

ตอนที่ 2 การสัมภาษณ์เชิงลึกวิถีชีวิต 7 ด้าน เทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 6 - 18

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 1

เพศชาย อายุ 74 ปี สถานะสมรส มีบุตร 3 คน รับราชการทั้ง 3 คน จบการศึกษา ม.6 ประสพการณ์เริ่มชกมวยอายุ 20 ปี ชกมวยไทยอาชีพ 15 ปี เลิกชกมวยมา 35 ปี ชกมวยไทยอาชีพ 45 ครั้ง ส่วนใหญ่จะชนะมากกว่าแพ้ ชนะแบบไม่เจ็บตัว ใช้สมองในการชกมวย ใช้ชั้นเชิง ความคิด ชกมวยแล้วจะให้ร่างกายพักผ่อน 1 สัปดาห์ บางทีเจ็บหนักหายไปนวดวัดโพธิ์ ก็ทำอะไรจะรุนแรงกว่าการชกมวยไทยไม่มีอีกแล้ว แรงจูงใจอยากเป็นนักมวยเพราะอยากจน และใจเรารักการต่อสู้ ไปเจอครูมวยที่เรารักติดตามมาตั้งแต่เด็ก ได้อาจารย์ที่เก่ง ได้แชมป์เสื้อสามารถ 3 ตัว เข็มขัด 3 เส้น ชกมวยหนักยอมให้เขาฝึกหนักเพราะใจรัก เริ่มเรียนฝึกชกมวยเป็นปีกว่าจะได้ชกมวย ชกที่ ทบ. ก่อน ทำไม่ถึงเลิกชกมวย เพราะผมบาดเจ็บที่หน้าอก กระดูกเคาะหมอแนะนำให้เลิก ชกชกครั้งสุดท้ายสนามลุมพินี หมอให้เลิกอายุไม่เกิน 30 ปี หลังรับราชการเป็นทหาร รายได้ไม่พอต่อการดำรงชีพ หลังจากเลิกชกมวยไปแล้วก็เช่าแท็กซี่ไปขับเป็นรายได้เสริม ทรัพย์สินที่ได้มาจากการชกมวยหมดเพราะเราเป็นคนใจกว้าง เพื่อนมาให้ ใครเดือดร้อนมาก็ช่วยเหลือตามกำลัง อยู่กับเพื่อน ชอบเลี้ยงข้าว แต่ไม่กินเหล้า การชกมวยหาเงินได้ง่าย ได้ค่าตัวเป็นหมื่น ฐานะการเงินพอกินพอใช้ จากเงินที่ได้รับจากบ้านอายุ รับอยู่ประมาณ 2 หมื่นกว่าบาท ให้ลูกบ้าง ให้แม่บ้านบ้าง ประกอบอาชีพค้าขายจนส่งลูกเรียนจบโรงเรียนนายร้อย ในครอบครัวมีกิจกรรมทำร่วมกันในบ้างโอกาส หรือเทศกาลที่สำคัญเช่น ทำบุญที่วัด รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบกินเนื้อ หมู ทานผัก ปลา เป็นอาหารหลัก หมอให้ลดอาหารประเภทเนื้อ เพราะไตไม่ค่อยดี ชอบทำอาหารกินเอง ช่วงหนุ่ม ๆ ก็สูบบุหรี่บ้าง ไม่เกิน 10 มวน เลิกเมื่ออายุ 50 ปี ดื่มน้ำกาแฟค่อนข้างมากวันละประมาณ 10 แก้ว เพราะดื่มเป็นเพื่อนแซก เข้ามากาแฟทุกครั้ง กินแล้วเกิดโทษกว่าจะรู้ก็เกิดโรคแล้ว ปัจจุบันมีปัญหาสุขภาพออกกำลังกายไม่ค่อยได้แค่เดิน 100 เมตรก็จะตายแล้ว เดินทุกวัน 100 เมตร สุขภาพไม่ค่อยดี ช่วงนี้เลยไม่ได้ออกกำลังกาย บ้างที่ก็ออกกำลังกายหลังทานข้าวแล้วไม่ถูกเรื่อง ปัจจุบันมีความเครียดหรือไม่ พยายามไม่เครียดปล่อยวาง ลูกให้แก้ปัญหาเอาเอง ตอนมีความเครียดหัวใจเต้นเร็ว นอนไม่หลับ มีวิธีผ่อนคลาย พยายามไม่คิดมากปล่อยวาง ใช้การสวดมนต์ ตอนเครียดไม่มีเงิน คิดมากฆ่าตัวตาย มีปัญหาสุขภาพต่อมลูกหมากโต ชี้อย่าง ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ สวัสดิการไม่มีเลย มีอะไรมาช่วยหน่อยก็ดี ขอบทุนลูกที่โรงเรียนก็ไม่ให้เพราะเป็นลูกพัน โทเขาไม่ให้ เงินที่รัฐบาลให้เดือนละ 500 บาทก็ไม่ได้ แม่บ้านเขาได้ ก็ขอความอนุเคราะห์อะไรก็ได้ทั้งนั้น บ้างที่ซื้อยามากินเอง ยาช่วยย่อยบ้างตัวอยู่นอกบัญชีไม่สามารถเบิกได้ ถ้าได้เงินสงเคราะห์หน่อยก็ดีขึ้น สุขภาพร่างกายมี

แน่หลังเลิกชกมวย ต้องตรวจสุขภาพทุกปีเพื่อเฝ้าระวังโรค แต่ช่วงที่เป็นนักมวยไม่ได้ตรวจกว่าจะรู้ก็เป็นโรคแล้ว ชอบดูที่วิถีชีวิตตามข่าวสุขภาพ หรือฟังวิทยุ วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวมร่างกายบอบช้ำ ทำให้ร่างกายเกิดโรคอะไรตามมาอีกมากมาย จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ปรากฏในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ	✓		
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย			✓
4. ด้านโภชนาการ			✓
5. ด้านสวัสดิการ	✓		
6. ด้านการจัดการกับความเครียด		✓	
7. ด้านสุขภาพ			✓

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 2

เพศชาย อายุ 58 ปี สถานภาพหย่า มีบุตร 3 คน จบการศึกษา ป.7 เริ่มชกมวยเมื่ออายุ 16 ปี เป็นนักมวย 5 ปี เลิกชกมวย 31 ปี ชกมวยมาประมาณ 40 ครั้ง อาชีพรับจ้างขับรถ เป็นครูมวย รายได้ตอนนั้นพอใช้จ่าย พอดีลูกคนโตต้องเรียนหนังสือก็ขาด ๆ บ้าง ลูกออกจากโรงเรียน ม. 6 ทรัพย์สินมีเพียงจักรยานเก่า ๆ อาชีพเสริมไม่มี ได้รับค่าจ้างจากการมาจ้าง รายได้หลักไม่มี ลำบาก อยู่กับน้องสาวร่างกายไม่ลำบาก จิตใจลำบาก อาศัยอยู่กับน้องสาว ไม่รู้จะอธิบายกับใครถ้ามีงานทำก็ไม่ทำอะไร ช่วยประคบกลุ่มมวย ทานอาหารวันละ 2 มื้อ ตอนสายกับมือเย็น ช่วง 10-11 โมง ไม่ได้ทำกินไม่เน้นเพราะผมกินตามเขา ประเภทต้ม แกง เน้นผัก ปลา นูหรีไม่เอาเลยครับ ไม่ชอบเสพติด ดื่มน้ำถ้ามีงาน ดื่มน้ำ กาแฟบ้าง ไม่ทุกวัน การออกกำลังกายไม่ได้ ออก ไม่ได้ทำอะไรก็ไปหาเพื่อนช่วยทำงาน มีความเครียดไม่มีเงินให้ลูกไปโรงเรียน คิดไม่ออกเหมือนสมองตึงมีน นอนไม่หลับ ผ่อนคลายนวดเส้นประสาท แก้ปัญหาด้วยตนเอง ส่วนใหญ่นอนดึก หลับแล้วก็แล้วกัน ไปไม่เคยได้รับสวัสดิการอะไรเลย อยากได้ช่วยเป็นเงิน เวลาป่วยก็จะใช้บัตรทอง มีโรคประจำตัว เบาหวานไม่มีตรวจที่สถานีอนามัย วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวมอยากมีอาชีพที่ไม่ผิดกฎหมาย ตอนนี้ว่างงานรายได้เดือนเท่าไรห่วยไม่ได้ จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 2 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ			✓
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย			✓
4. ด้านโภชนาการ		✓	
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด			✓
7. ด้านสุขภาพ			✓

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 3

เพศชาย อายุ 58 ปี สถานภาพหย่า มีบุตร 5 คน จบการศึกษา ม. 3 เริ่มชกมวยเมื่ออายุ 13 ปี ระยะเวลาการเป็นนักมวย 5 ปี แต่ชกไม่ต่อเนื่องชกมวยสนุก ๆ เลิกชกมวย 30 ปี ชกมวย 15 ครั้ง แพ้แค่ครั้งเดียว รับราชการอายุ 18 ปี อยากรองชกมวยเล่น ๆ รายได้เสริมเป็นช่างภาพ ไม่เดือดร้อน มีอาชีพอยู่แล้ว สายตาไม่ดีเลยเลิกเป็นช่างภาพ รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ กินผัก กินปลาชอบอาหารที่มีไขมัน ตูดเปิด โคร่งไก่ต้มกับผัก ทำเองไม่เคยกินอาหารนอกบ้าน ไม่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง ดื่มน้ำกาแฟเพื่อกระตุ้นหัวใจ ออกกำลังกายโดยการปลูกผัก วิ่งบ้าง ส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรม ออฟปร. มีความเครียดกับสิ่งรอบข้างที่ทำงาน เราไม่มีศิลปะในการพูด ผ่อนคลายอยู่กับแปลงผักที่ปลูก แก้ปัญหาด้วยตนเอง เก็บตัว เก็บกด มีมากทำให้เราหงุดหงิด โมโหร้าย อยากรเอาปืนไปยิงเลย มีปัญหาการนอนคือนอนไม่ค่อยหลับ สวัสดิการได้รับจากหน่วยงานพึงพอใจ รายได้ไม่ต้องเลย สุขภาพร่างกายปกติ ตามสภาพความเป็นอยู่ แต่ก็มีบ้างความดันกับไขมัน มีการตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับข่าวสารสุขภาพจากโรงพยาบาล วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวมช่วยคุณนักมวยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนมีอาการทุพพลภาพ เนื่องจากหลังเลิกชกมวยแล้วไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ก็แค่รับจ้างรายได้ไม่พอใช้จ่ายดูแลตนเองและครอบครัว จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 วิธีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 3 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิธีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ	✓		
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย		✓	
4. ด้านโภชนาการ			✓
5. ด้านสวัสดิการ		✓	
6. ด้านการจัดการกับความเครียด			✓
7. ด้านสุขภาพ			✓

วิธีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 4

เพศชาย อายุ 48 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 1 คนการศึกษา ป.7 เริ่มเป็นนักมวยอายุ 11 ปี ระยะเวลาเป็นนักมวย 10 ปี อายุ 25 ปี เลิกชกมวย ชกมวยประมาณ 120 ครั้ง ประกอบอาชีพเป็นครูมวย บางช่วงหยุดพักไปทำธุรกิจ ค้าขายไม่ประสบความสำเร็จเลิกทำ ไม่มีทุนต้องไปกู้ธนาคารเป็นหนี้ และกลับมาเป็นครูมวยอีกครั้ง รายได้พอกินพอใช้อยู่กับค่ายมวย ไม่มีงานเสริม กินอาหาร 3 มื้อต่อวัน ครบ 5 หมู่ ชอบกินประเภทต้มจืด ผักรวม น้ำพริกปลาทุ หลังเลิกชกมวยไม่สูบบุหรี่ ไม่กินเหล้า บางครั้ง กินกาแฟทุกวัน เหตุผลในการดื่มร่างกายอ่อนเพลีย ทุกวันเป็นคนขี้มเป้่า สัปดาห์ละ 6 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ไม่มีความเครียด ช่วงที่มีอาการจะนอนไม่หลับ ผ่อนคลายโดยการเดินตามห้าง ความเครียดมีผลต่อสุขภาพเช่นความดัน สวัสดิการไม่มีนอกจากที่พัก อาหารที่ค่ายมวยจัดให้ ฟังพ็อใจกับรายได้วันละ 150 บาท ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ กินอยู่กับค่าย เป็นครูมวยต้องการเผยแพร่ความรู้ ศิลปวัฒนธรรมไทย การชกมวยไทย สวัสดิการต้องการทำประกันอุบัติเหตุ เนื่องจากสภาพร่างกาย ปวดเมื่อยลำตัว ภายในร่างกายเป็นอย่างไรไม่รู้ มีแน่นอนระบบประสาท สายตา ไม่ได้ตรวจสอบสุขภาพ ได้รับข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ ทีวี วิธีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม เข้าตำรากลอนหมาล่าเนื้อ เวลาแก่ก็ไม่มีใครดูแล ไม่มีชื่อเสียงแล้วไม่มีใครดูแล ถ้าเรามีเงินก็สามารถใช้ชีวิตหลังเลิกชก แล้วสบาย ส่วนใหญ่มาจากนักมวยรุ่นเก่า ๆ ชอบเที่ยว มีภาระหนี้สิน จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 4 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ		✓	
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย			✓
4. ด้านโภชนาการ		✓	
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด		✓	
7. ด้านสุขภาพ			✓

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 5

เพศชาย อายุ 40 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน จบการศึกษา ป.6 เริ่มการเป็นนักมวย อายุ 10 ปี ชกมวยไทยอาชีพ 15 ปี เลิกชกมวยเมื่ออายุ 25 ปี จำนวนครั้งการชกมวย 100 ครั้ง มีอาชีพเป็นครูมวย ตอนกลางคืนทำงานบาร์เบียร์ รายได้พออยู่ได้ รายได้เสริมทำงานกลางคืน รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ กินตอนกลางคืนด้วยเพราะเราทำงาน กินได้หมดไม่เลือกกินอาหารรสจัด ชอบกินอาหารที่มีไขมัน กินอย่างน่ากลัว ส่วนใหญ่จะซื้อ ไม่สูบบุหรี่ กินเหล้าบ้าง เพราะเราอยู่ตรงนั้นก็มึนบ้าง ไม่มากก็น้อย กินน้ำอัดลม ชา กาแฟ เพราะอยากกิน ออกกำลังกายโดยการล่อเป้า 6 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง กิจกรรมส่วนใหญ่ล่อเป้า ก็อยากออกกำลังกายมาตั้งแต่เด็กเมื่อแล้วไม่มีความเครียด คลายเครียดโดยการนอน ต้องการสวัสดิการแต่จะได้อะไรหรือเปล่านั้นก็ยังไม่รู้ แต่อยู่ตรงนี้แล้ว สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่ได้ตรวจสุขภาพ ได้รับข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ ทีวี วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม ส่วนใหญ่นักมวยจะติดเหล้า ครูสอนมาดีไม่ให้กินเหล้า ทำให้ระบบประสาทส่วนใหญ่มาจากการดื่มเหล้าทำให้เกิดอาการเมาหมัด ชีวิตนักมวยได้เงินมาง่าย ใช้จ่ายวุ่น เล่น กิน และทำอะไรไม่เป็น อยากให้ดูแลการประกอบอาชีพหลังเลิกชกมวย รวมทั้งนักมวยที่ป่วย อยากให้หน่วยงานภาครัฐมาช่วยดูแลมิฉะนั้นไม่มีใครอยากเป็นนักมวยถ้ามันบั่นปลายชีวิตไม่ประสบความสำเร็จ จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 วิธีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 5 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิธีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ		✓	
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย			✓
4. ด้านโภชนาการ			✓
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด		✓	
7. ด้านสุขภาพ		✓	

วิธีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 6

เพศชาย อายุ 73 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน จบการศึกษานุปริญญา เริ่มการเป็นนักมวย พ.ศ. 2495 ชกมวยไทยอาชีพ 5 ปี เลิกชกมวยเมื่อปี พ.ศ. 2510 ปี จำนวนครั้งการชกมวย 51 ครั้ง รายได้พอกินพอใช้ รายได้เสริมเป็นบรรณาธิการข่าวภาคตะวันออก มีอาชีพรับจ้างรีดเสื้อผ้า กินอาหารครบ 3 มื้อ กินครบ 5 หมู่ ชอบทำกับข้าวกินเอง ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินเหล้า กาแฟถ้าไม่จำเป็น กินชาก็กินชาที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายใช้การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ไม่เคยมีความเครียด สวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ มีโรคประจำตัว มะเร็งต่อมลูกหมาก กินยาตามหมอสั่ง สวัสดิการเดือนละ 500 บาทจากรัฐให้ มีความต้องการสวัสดิการแต่ไม่เรียกร้อง เพราะว่ามีคนที่เดือดร้อนกว่าเรายังมี สภาพร่างกายจิตใจแจ่มใส อาศัยการสวดมนต์ เพื่อดับกิเลส ตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับข่าวสารจากสาธารณสุขจังหวัดส่งมาให้ตลอด ได้รับข่าวสารจากหนังสือรายวัน รายสัปดาห์ วิธีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม ส่วนใหญ่นักมวยมาจากฐานะยากจน เวลาไม่มีเงินแล้วก็เอาไปเล่นการพนัน และควรตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจ จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 วิธีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 6 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิธีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ		✓	
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย			✓
4. ด้านโภชนาการ	✓		
5. ด้านสวัสดิการ		✓	
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	✓		
7. ด้านสุขภาพ			✓

วิธีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 7

เพศชาย อายุ 64 ปี สถานสมรส มีบุตร 3 คน จบการศึกษาปริญญาตรี เริ่มเป็นนักมวยอายุ 18 ปี เป็นนักมวย 10 ปี เลิกชกมวยอายุ 32 ปี จำนวนการชก 100 ครั้ง อาชีพทำประมง เป็นผู้ใหญ่บ้าน และปัจจุบันเป็นรองนายกเทศมนตรี อาชีพค้าขาย รายได้เพียงพอ ไม่มีทุนจากการชกมวย ให้กับพ่อแม่และน้องหมด การเงินไม่เดือดร้อน รู้จักฐานะนักมวยทั้งหมดที่บ้านเขา รู้ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ กินได้ทุกอย่าง ผักผลไม้ รสชาติไม่จัดมากชอบอาหารที่มีไขมัน คิดทำอาหารเอง สุกบูหรี หลังเลิกชกกินเหล้า ตามเพื่อนเลยติด ออกกำลังกายประจำทำให้ร่างกายแข็งแรงเดินวิ่ง 5 วัน ประมาณ 1 ชั่วโมง ช่วงหลังไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่เครียดเลย การผ่อนคลายความเครียดสวดมนต์ก่อนนอน สวัสดิการไม่มีมีแต่ประกันชีวิต ป่วยรักษาเอง เทศบาลให้ไม่เพียงพอภาษีสังคมมาก สภาพร่างกายแข็งแรงดี ตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี ได้รับข่าวสารสุขภาพ ตรวจแล้วส่งมาให้ เราบูหรีไม่ดี แต่เพื่อนยังมีอยู่ วิธีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม ส่วนใหญ่เวลาเป็นนักมวยจะไม่บำรุงสมอง มีชาใน คอกรักษาบำรุงประสาท จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 7 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ		✓	
2. ด้านสังคม	✓		
3. ด้านการออกกำลังกาย			✓
4. ด้านโภชนาการ		✓	
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด		✓	
7. ด้านสุขภาพ		✓	

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 8

เพศชาย อายุ 52 ปี สถานสมรส มีบุตร 2 คน จบการศึกษา ป.4 เริ่มการชกมวยอายุ 14 ปี เป็นนักมวยมา 12 ปี เลิกชกมวย 26 ปี จำนวนการชกมวย 107 ครั้ง ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ค้าขายผลไม้ รายได้บางครั้งเพียงพอ บางครั้งไม่เพียงพอ มีทุนก็ไม่มากนักเท่าไร ทำประมงซื้อหอยนางรมมาเลี้ยง ไม่เคียดร้อนเท่าไรการไฟฟ้าภูมิภาค ปัจจุบันเป็นลูกจ้างการไฟฟ้าภูมิภาค รายได้เสริมเป็นกรรมการมวยอยู่กับครอบครัวอบอุ่น ในชุมชนรู้จัก รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ อาหารมีปลา ผัก ผลไม้ รับประทานอาหารปานกลาง อาหารส่วนใหญ่เป็นปลา แม่บ้านทำเอง ไม่สูบบุหรี่ เมื่อก่อนเคยสูบบุหรี่ 3-4 มวน/ วัน เลิกสูบบุหรี่เมื่อ พ.ศ. 2532 เมื่อก่อนดื่มเหล้า ช่วงชกมวยตามพวก กินบ้างเล็กน้อยตามงานสังสรรค์ ดื่มชา ดื่มน้ำกาแฟ ทุกวัน ดื่มน้ำกาแฟทำให้ความดันสูง ออกกำลังกายทุกวัน ไม่วิ่ง ก็เล่นเวท เพราะความเคยชิน ออกกำลังกายเดิน-วิ่ง 6 วัน/ สัปดาห์ 1 ชั่วโมง วันไม่ต่ำกว่า 5 กิโลกรัม ไม่ค่อยมีความเครียด เป็นคนที่ไม่ยึดติดให้มันผ่านไป ทำงานวันนี้กลับบ้านให้สบายใจ ถ้ามีความเครียดนอนไม่หลับ ไม่ออกกำลังกาย แก้ปัญหาด้วยตนเอง น่าจะมีปวดคอ ก็จะทำนวดตัวเอง หมอให้กินยา เช้าดื่มน้ำกาแฟ ทำงาน 7 โมง ก็ออกไปทำงานขับรถในพื้นที่บางแสนชลบุรี หรือไม่บางปะกงให้ค่าแรงวันละ 400 บาท เดือนไหนออกมากได้มาก สวัสดิการประกันสังคมพึงพอใจ รายได้ เหมาะสมกับอายุ และวุฒิการศึกษาที่มี ค้าขายก็ดีไม่เหนื่อยมาก จะได้ส่งลูกเรียนสูง ๆ อาศัยความประหยัดและใช้จ่ายประหยัดทุกอย่าง สภาพร่างกาย แข็งแรงดี มีการตรวจสุขภาพ มีปัญหาสุขภาพ ได้รับข่าวสารจากโรงพยาบาลไปอ่าน วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม ส่วนใหญ่นักมวยมาจากฐานะยากจน และควรตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจ จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 วิธีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 8 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิธีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ		✓	
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย	✓		
4. ด้านโภชนาการ		✓	
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด			✓
7. ด้านสุขภาพ		✓	

วิธีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 9

เพศชาย อายุ 57 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 1 คน จบการศึกษา ป.4 เริ่มการชกมวยอายุ 13 ปี ระยะเวลาการเป็นนักมวย 5 ปี เลิกชกมวย 28 ปี จำนวนครั้งชกมวย 100 ครั้ง ไม่มีอาชีพอะไรที่แน่นอน ทำเกษตรเลี้ยงหมู เลี้ยงไก่ รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย มีทุนประกอบอาชีพ เลี้ยงหมู เลี้ยงไก่ ขาดทุนไม่มาก มีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย รายได้เสริมไม่มีขายอาหารตามสั่ง รายได้ไม่มาก กิจกรรมในครอบครัวไม่มี ต่างคนต่างทำงาน ไม่มีปัญหาอยู่ที่ รู้จักในฐานะนักมวย คนรุ่นเก่า รู้จักหลายคน หมัดซ้ายจะหนัก เคยแพ้น็อก อาการหนักเหมือนกัน พอมาถึงบ้านยังไม่รู้ สมองได้รับความกระทบกระเทือนมา รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ประเภท อาหารข้าวผัด ข้าวผัดกระเพาะอาหารรสหวานมีไขมันบ้าง การได้มาของอาหารซื้อ ไม่สูบบุหรี่ ตั้งแต่เป็นนักมวย ไม่ดื่มเหล้า เพราะที่ไม่ชอบ ถ้าดื่มไปแล้วจะปวดหัวหนัก แล้วกินยาแก้ปวดหัว ดื่มน้ำอัดลมแทนกระหายน้ำ แล้วแต่จังหวะ ดื่มเรื่อย ๆ มาหลังเลิกชกมวย รู้คุณ โทษประโยชน์ แต่ดื่มไม่เยอะ ออกกำลังกาย วิ่ง เดิน 2 กิโลเมตร แต่ไม่ได้ออกทุกวัน สัปดาห์ละ 4 – 5 ครั้ง ประมาณ 30 นาที ทำกิจกรรมโดยการวิ่ง เดิน โดยการชกมวย การบริหารร่างกาย ออกกำลังกายที่บ้าน ไม่ค่อยมีความเครียด เครียดเป็นบางครั้ง มีเรื่องหลาย ๆ อย่าง แล้วเครียด เน้นเกี่ยวกับการเงินการทอง เมื่อเครียด ปวดหัว นอนหลับไม่เต็มที่มีวิธีคลายเครียดอย่างไร สวดมนต์ นั่งสมาธิ ออกกำลังกาย แก้ปัญหาด้วยตนเอง นอนหลับวันละ 5 ชั่วโมง นอนเที่ยงคืน ตื่นตี 5 ทุกวัน ไม่ได้รับสวัสดิการ ไม่มี มีแต่ประกันสังคม ไม่ค่อยพอใจ ต้องการสวัสดิการประเภท รายได้ ประเภทเงินมาช่วยเหลือที่พักอาศัยอยากได้มากที่สุด รายได้ไม่เพียงพอ สุขภาพร่างกายไม่ดี ปวดหลัง ปวดขา หมอบอกว่ากระดูกทับเส้น ผมเลยปล่อยเลยครึบ กระดูกเคลื่อน เมื่อ 3 ปีที่แล้ว กระดูกสันหลังเสื่อม ทำงานหนักไม่ได้เลย ยกของไม่ได้เลย ต้องกินยา ผลพวงจากการชกมวย จากการฝึกซ้อมหรือชกมวย และ

รักษาเรื่อยมาตั้งแต่ อายุ 18 ปี ผมตั้งใจสูงจะเป็นแชมป์ให้ได้ พยายามอดทน ปวดหลัง และผมก็ได้ เป็นแชมป์ ค่าตัวสูงสุด 100,000 บาท ใช้ไม่หมดแค่ครั้งเดียว กับแสนศักดิ์ เมืองสุรินทร์ ตรวจสอบ สุขภาพไม่ทุกปี ไม่ได้รับข่าวสารสุขภาพ ฟัง ดู โทรทัศน์ แล้วก็ผ่านไป เอาเงินไปรักษาแม่ แม่เป็น มะเร็ง ช่วงที่เป็นแชมป์ ส่งน้องเรียนบ้าง กินบ้าง ตรวจสอบสุขภาพโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาล ชลบุรี หลังกระดูกเสื่อม เพื่อไปยื่นต่อการศึกษาแห่งประเทศไทย วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม ชีวิตนักมวยหลังเลิกชกสำคัญที่สุด คือ เงิน แต่ใช้จ่ายไม่รู้ นักมวยได้ค่าตัวไม่เต็มที่ รับจ้างคนล้มมวย เนื่องจากค่าตัวไม่พอ สภาพร่างกายดีที่สุดตอนเป็นนักมวย เก็บเงินให้ดี ตรวจสอบสุขภาพร่างกายบ่อย ๆ เหล้าไม่ควรดื่ม หัวหน้าค่ายมวยไม่ค่อยได้พาไปตรวจสุขภาพ เอาผลประโยชน์ตนเอง ตอนซ้อม สะสม ระบบประสาท หายากินเพื่อบำรุงประสาท ไปหาหมอเอง หัวหน้าค่ายมีภาระเยอะ มีนักมวย หลายคน จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 9 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ			✓
2. ด้านสังคม			✓
3. ด้านการออกกำลังกาย	✓		
4. ด้านโภชนาการ		✓	
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด		✓	
7. ด้านสุขภาพ			✓

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 10

เพศชาย อายุ 53 ปี สถานภาพสมรส บุตร 3 คน จบการศึกษา ป.4 เริ่มเป็นนักมวยอายุ 13 ปี ระยะเวลาการเป็นนักมวยอาชีพ 5 ปี เลิกชกมวย 23 ปี จำนวนครั้งที่ชกมวย 105 ครั้ง ประกอบ อาชีพรับจ้างขับรถ ไปค้าแรงงานต่างประเทศ 2 ปี และกลับมาค้าขาย พอกินพอใช้ พอเลี้ยงตัวได้ ขายขนม ข้าวเหนียวย่าง ไม่มีอาชีพเสริม ชอบสังคมไปร่วมกิจกรรมในชุมชน แข่งกีฬาบ้าง สบายดี อยู่กับครอบครัว อบอุ่น รู้จักในฐานะนักมวย เพราะคนรุ่นเก่าติดตามผลงาน รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ ชอบรับประทานอาหาร ผัก ปลา เนื้อไม่กิน เน้นเผ็ด จืด เมื่อก่อนชอบไข่ม้วน แต่ หมอห้าม ให้กินผัก ซื้อวัตถุดิบมาทำเองที่บ้าน ไม่สูบบุหรี่ เลิกมา 10 ปีแล้ว เหตุผล การสูบบุหรี่

เพื่อน สูบมา 20 ปี เป็นนักมวยที่สูบ ต้มแอลกอฮอล์ ต้มประเภทเหล้าแดง ต้มมาได้ 30 ปี กินกับเพื่อนฝูง ต้มกาแฟ ต้มน้ำอัดลมบ้าง อยากกินช่วยร่างกายกระชุ่มกระชวย ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะบาดเจ็บ 3 - 4 เดือน เจ็บที่เข่า ออกกำลังกาย เดิน - วิ่ง สัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที ปกติไม่มีความเครียด ลูกโตหมดแล้ว ก็ไม่เครียด ถ้าเครียดอารมณ์ไม่ดี โมโห นอนกับกินเหล้า คลายเครียดปรึกษาญาติ นอน 4 ชั่วโมง นอน 3 ทุ่ม ตี 1 ครั้ง ตื่นมาก็ทำของ และนอนกลางวัน 11 โมง ตื่นบ่าย 2 โมง สวัสดิการไม่มีเลย ทำประกันตนเองเพื่อออมทรัพย์ อุบัติเหตุ ได้เงินเป็นก้อน เบี้ยประกันพอส่งได้ ต้องการรักษาพยาบาล รายได้ก็ดี สภาพร่างกายเจ็บขา เจ็บเข่า มีอาการเนื่องมาจากการชกมวย เลือดแห้งเป็นก้อนขึ้นนูน ตรวจสอบสุขภาพ ตรวจเฉพาะเบาหวาน ไม่ได้รับข่าวสาร ฟังโทรทัศน์ผ่าน ๆ วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม ฝากให้เก็บเงิน อย่าเที่ยวมาก พอเลิกแล้วร่างกายไม่ค่อยดี เล่นพนันหมด กินเที่ยว สภาพร่างกายส่วนใหญ่ไม่ค่อยดี ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเอง จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคคนที่ 10 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ		✓	
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย			✓
4. ด้านโภชนาการ		✓	
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด		✓	
7. ด้านสุขภาพ			✓

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 11

เพศชาย อายุ 69 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 4 คน จบการศึกษา ม.6 เริ่มการเป็นนักมวย อายุ 15 ปี ระยะเวลาการเป็นนักมวย 10 ปี เลิกชกมวย 31 ปี จำนวนครั้งการชกมวย 100 ครั้ง ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ไม่เพียงพอ รายได้เสริมปลูกผัก รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ชอบน้ำพริก ปลา เมื่อก่อนชอบทานแกมมิด ชอบไข่ม้วนอย่างชอบเลย ทำทานเอง ไม่สูบบุหรี่ ต้มเหล้าบ้าง เหตุที่ทานเพราะสังคมเป็นอย่างนั้น ได้ออกกำลังกายทุกวัน ช่วงนี้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายเลย ปกติชกมวยไม่อยู่เลยจะขยัน เครียดช่วงลูกเรียนพอมีความเครียดจะด่าเลย มีวิธีคลายเครียดทำงานปกติ

แก้ปัญหาด้วยตนเอง ไม่เคยได้รับสวัสดิการจากไหนเลย ได้ 500 บาท จากรัฐให้ ไม่พอใจแต่ยังดี ต้องการสวัสดิการช่วยรักษาพยาบาล ได้รับข่าวสารสุขภาพ รู้แต่ไม่ค่อยได้ใส่ใจ ไม่ได้ตรวจสุขภาพ วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม มวยเป็นกีฬาต้องใช้ร่างกายจำเป็นต้องดูแลสุขภาพ และรู้จักเก็บเงินจะได้มีโอกาสได้ดีกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ปรากฏในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 11 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ			✓
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย			✓
4. ด้านโภชนาการ		✓	
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด			✓
7. ด้านสุขภาพ			✓

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 12

เพศชาย อายุ 34 ปี สถานภาพสมรส มีบุตร 3 คน จบการศึกษา ม.6 เริ่มเป็นนักมวยอายุ 9 ขวบ ชกมวยมวยไทยอาชีพ 15 ปี เลิกชกมวย 7 ปี จำนวนการชกมวย 100 ครั้ง ประกอบอาชีพเป็นครูมวย รายได้ไม่พอเพียง ไม่มีทุน การเงินไม่ดี ไม่มีรายได้เสริม กิจกรรมครอบครัว ไม่ได้อยู่ด้วยกัน อบอุ่นเหมือนอยู่ด้วยกัน รู้จักฐานะนักมวย ให้ช่วยสอนลูก กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ เข้ากินกาแฟ 10 โมง กิน และกินเย็น ครบ 5 หมู่ เป็นข้าวผัด ซอปรสอาหารเผ็ด ไม่ค่อยชอบไขมัน แม่ครัวทำให้กิน ต้มจืด ข้าวผัด สุกบุญหรีมาได้ 10 ปี วันละประมาณ 10 ม้วน ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว เหตุผลเครียดแล้วคิด เลิกสูบบุหรี่เพราะมีลูกหลายคน กินเหล้าตามงานปาร์ตี้สังสรรค์ เหตุผลตามเพื่อน สังสรรค์ ว่างทุกวัน ประมาณ 2 กิโลเมตร ยกเว้นวันหยุด ฝนตกกระโดดเชือก 20 นาที บริหารร่างกาย มีความเครียดจาก เรื่องฐานะการเงินของครอบครัว เครียดมีอาการปวดหัว มีวิธีการคลายเครียด ทำให้เหงื่อออก เบิกเงินก้อนประมาณ 20,000 บาท มีความเครียด น้ำหนักลด ไม่ค่อยกินข้าว นอนไม่หลับ ไม่ได้รับสวัสดิการ ต้องการคำรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย ค่าตอบแทนบุตร ค่าเล่าเรียนตอนนี้แข็งแรงดี ไม่เคยตรวจสุขภาพเลย ดูข่าวสารเกี่ยวกับการกีฬาหนังสือมวยสยามวิถีชีวิตหลัง

เลิกชกมวยในภาพรวมพวกนักมวย ค่าตัวมากจะต้องเก็บเงินเมื่อยามวัยหนุ่ม เมื่อแก่ตัวอายุมากขึ้น จะไม่เหลืออะไรเลย การชกมวยใช้แต่แรง สมองจะไปก่อนเขาเรียกว่ามาหมัด นั่งบนคนเดียว เวลานอนหลับก็ชักกระตุก ชกมากถ้าไม่ดูแลตัวเอง ไม่เช็กและถนอมร่างกาย ต้องเพื่อหาเงินอย่างเดียว จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 12 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ			✓
2. ด้านสังคม			✓
3. ด้านการออกกำลังกาย		✓	
4. ด้านโภชนาการ			✓
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด			✓
7. ด้านสุขภาพ		✓	

วิถีชีวิตผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์คนที่ 13

เพศชาย อายุ 30 ปี สถานภาพโสด จบการศึกษาปริญญาโท เริ่มชกมวยอายุ 8 ปี ระยะเวลาเป็นนักมวย 12 ปี เลิกชกมวย 10 ปี จำนวนการชกมวย 120 ครั้ง ประกอบอาชีพรับราชการ พอกินพอใช้ มีรายได้เสริมจากการเปิดสอนเทควันโด รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ เช้ากาแฟ ชอบอาหารอีสาน รสจัด ส้มตำ ไม่ชอบอาหารที่มีไขมัน ส่วนใหญ่ซื้อ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มบ้างเป็นบางครั้ง ดื่มกาแฟ ทำให้ร่างกายสดชื่น ออกกำลังกายประจำสอนเทควันโดทุกวัน ๆ ละ 2 ชั่วโมง มีความเครียดบ้าง แก้ปัญหาด้วยตนเอง คลายเครียดจากการทำสมาธิ มีปัญหาสุขภาพ ไม่เคยตรวจสุขภาพร่างกาย ไม่ได้รับสวัสดิการ ต้องการสวัสดิการการดูแลรักษาระยะยาว มีปัญหาเรื่องเช่าเอนซาด วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยในภาพรวม การบริหารเรื่องเงินไม่เป็น ไม่รู้จักวางแผน สุขภาพร่างกายต้องดูแลตลอด ใช้ร่างกายหนักกว่ากีฬาประเภทอื่น จากผลการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์ ปรากฏในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 วิถีชีวิตของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 13 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
1. ด้านเศรษฐกิจ		✓	
2. ด้านสังคม		✓	
3. ด้านการออกกำลังกาย		✓	
4. ด้านโภชนาการ		✓	
5. ด้านสวัสดิการ			✓
6. ด้านการจัดการกับความเครียด		✓	
7. ด้านสุขภาพ			✓

จากตารางที่ 6-18 เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกวิถีชีวิต 7 ด้านเทียบเกณฑ์เป็นรายบุคคลของนักมวยที่ศึกษา (N = 13) โดยสรุปผลวิถีชีวิต 7 ด้าน ปรากฏในตารางที่ 19 ตารางที่ 19 สรุปผลวิถีชีวิต 7 ด้านของนักมวยที่ศึกษา (N = 13) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี	เกณฑ์พอใช้	เกณฑ์ปรับปรุง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านเศรษฐกิจ	2 (15.38)	7 (53.85)	4 (30.77)
2. ด้านสังคม	1 (7.70)	10 (76.92)	2 (15.38)
3. ด้านการออกกำลังกาย	2 (15.38)	3 (23.08)	8 (61.54)
4. ด้านโภชนาการ	1 (7.70)	8 (61.53)	4 (30.77)
5. ด้านสวัสดิการ	-	3 (23.08)	10 (76.92)
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	1 (7.70)	7 (53.84)	5 (38.46)
7. ด้านสุขภาพ	-	4 (30.77)	9 (69.23)

จากตารางที่ 19 สรุปผลวิถีชีวิต 7 ด้านของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบเกณฑ์ (เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย หน้า 59) พบว่า ด้านเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ (53.85) ด้านสังคมอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ (76.92) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ (61.54) ด้านโภชนาการอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ (61.54) ด้านสวัสดิการอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง จำนวน 10 คน คิด

เป็นร้อยละ (76.92) ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ (53.84) และ ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ (69.23) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการตรวจสอบสุขภาพ ปรากฏในตารางที่ 20-32

ตารางที่ 20 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 1 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคนที่ 1		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	68	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	167 / 78	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	18	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.4	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	38	-	ไม่ปกติ	- มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	12.6	-	ไม่ปกติ	- มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	6,740	ปกติ	-	
2.4 เม็ดเลือดแดง (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	175,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	175	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	179	ปกติ	-	
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	66	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	112	ปกติ	-	
4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล	54	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	20	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	0.8	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	12	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	18	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	4.5	ปกติ	-	

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคคนที่ 1		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- มีภาวะ First degree AV block
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Protein (Urine) ระดับ 3 ⁺ - ตรวจพบค่า Blood (Urine) ระดับ 2 ⁺
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	-	ไม่ปกติ	- การทรงตัวและข้อขยับร่างกายไม่ปกติ

ตารางที่ 21 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคคนที่ 2 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคคนที่ 2		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	72	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	129 / 79	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	16	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.3	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	45	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	15.1	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	5,470	ปกติ	-	
2.4 เม็ดเลือดแดง (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	216,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	113	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	230	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	192	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	146	ปกติ	-	
4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล	46	ปกติ	-	

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคคนที่ 2		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	13	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	1.1	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	30	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	50	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
7. ระดับกรดยูริก (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	9.3	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- มีภาวะ T-wave abnormality
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	ปกติ	-	
10. การตรวจปัสสาวะ	-	ปกติ	-	
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 22 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคคนที่ 3 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากไปรายงานผลการ
ตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคคนที่ 3		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	60	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	136 / 74	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	17	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.2	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	39	-	ไม่ปกติ	- มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	12.5	-	ไม่ปกติ	- มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	6,090	ปกติ	-	
2.4 เม็ดเลือดแดง (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	229,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	105	ปกติ	-	

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคณะที่ 3		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	209	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	94	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	119	ปกติ	-	
4.4 เอสดีแอล โคลเลสเตอรอล	71	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	17	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	0.9	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	24	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	29	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก	6.8	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- อัตราหัวใจเต้นช้าเกินไปจากปุ่มไซนัส
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	ปกติ	-	
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- พบค่า Protein (Urine) ระดับ 2 ⁺ - พบค่า Blood (Urine) ระดับ 3 ⁺
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	-	ไม่ปกติ	- เดินเซทางขวา กำลังขาไม่เท่ากัน ขาซ้ายอ่อนแรงกว่า

ตารางที่ 23 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคณะที่ 4 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชั้นสูตโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคณะที่ 4		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	72	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	129 / 74	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	17	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.5	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	39	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	12.7	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	5,830	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	172,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	110	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	300	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	86	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	238	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล	45	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	14	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	0.7	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	16	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	22	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก	6.4	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	ปกติ	-	
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	ปกติ	-	
10. การตรวจปัสสาวะ	-	ปกติ	-	
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 24 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 5 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคนที่ 5		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	98	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	135 / 84	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	17	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.4	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	49	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	16.1	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	19,560	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	317,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	94	ปกติ	-	
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	261	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	106	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	160	ปกติ	-	
4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล	80	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	17	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	1.0	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	35	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	67	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
7. ระดับกรดยูริก (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	6.6	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	ปกติ	-	
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	ปกติ	-	
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Ketone (Urine) ระดับ trace
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 25 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 6 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชั้นสูตโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคนที่ 6		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	78	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	176 / 88	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	15	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.2	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	33	-	ไม่ปกติ	- มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	10.6	-	ไม่ปกติ	- มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	5,450	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	296,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	79	ปกติ	-	
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	197	ปกติ	-	
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	102	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	132	ปกติ	-	
4.4 เอสดีแอล โคลเลสเตอรอล	45	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	62	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
5.2 ครีเอตินิน	8.3	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	19	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	9	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก	5.8	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- มีสภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด - มีสภาวะหัวใจห้องล่างโตผิดปกติ
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- หัวใจโต มีจุดในปอดด้านซ้าย
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Sugar (Urine) ระดับ trace
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 26 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคนที่ 7 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคนที่ 7		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	70	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	137 / 84	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	16	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.3	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	47	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	16	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	7,470	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	241,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	113	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	160	ปกติ	-	
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	228	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	72	ปกติ	-	
4.4 เอสดีแอล โคลเลสเตอรอล	42	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	16	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	0.9	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	17	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	18	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	8.8	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	ปกติ	-	
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	ปกติ	-	
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Ketone (Urine) ระดับ trace
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 27 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคณะที่ 8 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคณะที่ 8		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	68	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	120 / 82	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	17	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.2	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	42	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	14.3	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	4,400	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	224,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	100	ปกติ	-	
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	234	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	46	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	157	ปกติ	-	
4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล	68	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	14	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	0.8	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที	27	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที	23	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก	5.6	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- อัตราหัวใจเต้นช้าเกินไปจากปุ่มไซนัส
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- หัวใจโต
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Protein (Urine) ระดับ trace - ตรวจพบค่า Blood (Urine) ระดับ trace
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 28 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคณะที่ 9 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคณะที่ 9		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	96	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	119 / 82	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	15	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.4	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	39	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	13.6	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	7,600	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	320,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	141	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	227	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	289	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	121	ปกติ	-	
4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล	48	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	17	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	1.1	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	23	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	34	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	5.8	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- อัตราหัวใจเต้นก่อนถึงจังหวะ
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	ปกติ	-	
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Protein (Urine) ระดับ trace - ตรวจพบค่า Blood (Urine) ระดับ trace
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 29 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคคนที่ 10 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคคนที่ 10		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	100	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	148/ 84	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	17	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.4	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	45	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	15.2	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	7,030	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	235,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด	124	-	ไม่ปกติ	-มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	237	-	ไม่ปกติ	-มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	192	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	149	ปกติ	-	
4.4 เอสดีแอล โคลเลสเตอรอล	50	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	15	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	0.8	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	18	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	14	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก	5.7	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	ปกติ	-	
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	ปกติ	-	
10. การตรวจปัสสาวะ	-	ปกติ	-	
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 30 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคคนที่ 11 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคคนที่ 11		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	88	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	160 / 96	-	ไม่ปกติ	-มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	18	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.4	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	43	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	14.8	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	6,790	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	246,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด	141	-	ไม่ปกติ	-มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	139	ปกติ	-	
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	151	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	74	ปกติ	-	
4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล	35	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	19	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	1.2	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	30	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	34	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก	7.1	-	ไม่ปกติ	-มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	-Possible inferior infarct age undetermined
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- หัวใจโต
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Protein (Urine) ระดับ 2 ⁺ - ตรวจพบค่า Blood (Urine) ระดับ 2 ⁺
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 31 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคณะที่ 12 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชันสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคณะที่ 12		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	90	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	130 / 80	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	17	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.5	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	46	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	15.2	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	10,610	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	378,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	86	ปกติ	-	
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	251	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	131	ปกติ	-	
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	165	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.4 เอชดีแอล โคลเลสเตอรอล	60	ปกติ	-	
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	14	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	0.9	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	22	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	38	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	6.2	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- อัตราหัวใจเต้นช้าเกินไปจากปุ่มไซนัส
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- หัวใจโต
10. การตรวจปัสสาวะ	-	-	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Protein (Urine) ระดับ trace
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

ตารางที่ 32 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาคคนที่ 13 เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการ
ตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ค่าที่ได้	นักมวยที่ศึกษาคคนที่ 13		
		ปกติ	ไม่ปกติ	เหตุผลไม่ปกติ
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	62	ปกติ	-	
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	112 / 70	ปกติ	-	
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	14	ปกติ	-	
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	36.2	ปกติ	-	
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	46	ปกติ	-	
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	15.4	ปกติ	-	
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	7,370	ปกติ	-	
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	254,000	ปกติ	-	
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	104	ปกติ	-	
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	161	ปกติ	-	
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	255	-	ไม่ปกติ	- มีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	79	ปกติ	-	
4.4 เอสดีแอล โคลเลสเตอรอล	31	-	ไม่ปกติ	- มีค่าน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	16	ปกติ	-	
5.2 ครีเอตินิน	1.1	ปกติ	-	
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	22	ปกติ	-	
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	24	ปกติ	-	
7. ระดับกรดยูริก (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	5.9	ปกติ	-	
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	-	-	ไม่ปกติ	- อัตราหัวใจเต้นช้าเกินไปจากปุ่มไซนัส
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	-	ปกติ	-	
10. การตรวจปัสสาวะ	-	ปกติ	ไม่ปกติ	- ตรวจพบค่า Protein (Urine) ระดับ trace - ตรวจพบค่า Ketone (Urine) ระดับ trace
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	-	ปกติ	-	

จากตารางที่ 20-32 เป็นภาวะสุขภาพของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการตรวจสุขภาพโดยแพทย์เพื่อหาโรคหรือภาวะความผิดปกติ ตามแนวการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นรายบุคคลเทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรคของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จากการตรวจสุขภาพสรุปผลภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษา 13 คน ปรากฏในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 สรุปผลภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษา 13 คน เทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชั้นสูตรโรค โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	ปกติ จำนวน (คน)	นักมวยที่ศึกษา (N= 13)		
		ไม่ปกติ จำนวน (คน)	ปกติ (ร้อยละ)	ไม่ปกติ (ร้อยละ)
1. สัญญาณชีพ				
1.1 ชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	13	0	100	0
1.2 ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	10	3	76.92	23.08
1.3 อัตราการหายใจ (ครั้ง/ นาที)	13	0	100	0
1.4 อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)	13	0	100	0
2. ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด				
2.1 ฮีมาโตคริต (เปอร์เซ็นต์)	9	4	69.23	30.77
2.2 ฮีโมโกลบิน (กรัม/ เดซิลิตร)	9	4	69.23	30.77
2.3 เม็ดเลือดขาว (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	12	1	92.30	7.70
2.4 เม็ดเลือดแดง (เซลล์/ ลูกบาศก์มิลลิเมตร)	13	0	100	0
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)	6	7	46.15	53.85
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
4.1 โคลเลสเตอรอล	5	8	38.46	61.54
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	10	3	76.92	23.08
4.3 แอลดีแอล โคลเลสเตอรอล	11	2	84.62	15.38
4.4 เอสดีแอล โคลเลสเตอรอล	12	1	92.30	7.70
5. การทำงานของไต (มิลลิกรัม/ เดซิลิตร)				
5.1 ยูเรียไนโตรเจน	12	1	92.30	7.70
5.2 ครีเอตินิน	12	1	92.30	7.70
6. การทำงานของตับ (หน่วย/ ลิตร)				
6.1 เอสจีโอที (หน่วย/ ลิตร)	11	2	84.62	15.38
6.2 เอสจีพีที (หน่วย/ ลิตร)	11	2	84.62	15.38

ตารางที่ 33 (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	นักมวยที่ศึกษา (N= 13)			
	ปกติ	ไม่ปกติ	ปกติ	ไม่ปกติ
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
7. ระดับกรดยูริก	10	3	76.92	23.08
8. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	4	9	30.77	69.23
9. การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ	8	5	61.54	38.46
10. การตรวจปัสสาวะ	4	9	30.77	69.23
11. การตรวจสุขภาพทั่วไป	11	2	84.62	15.38

จากตารางที่ 33 สรุปผลภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาเทียบเกณฑ์มาตรฐาน (ภาวะสุขภาพ หน้าที่ 6-7) สัญญาณชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตปกติ (<140 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 76.29 ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด พบว่า มีค่าฮีมาโตคริตปกติ (40-54 %) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23 ค่าฮีโมโกลบินปกติ (13-18 กรัม/เดซิลิตร) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23 น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (>105 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 ไขมันในเลือด มีค่าโคเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ (>200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 การทำงานของไต พบว่า มีค่ายูเรียไนโตรเจนปกติ (6-20 กรัม/เดซิลิตร) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 และมีค่าครีเอตินินปกติ (0.7-1.2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 การทำงานของตับ พบว่า เอสจีโอที ส่วนใหญ่ปกติ (0-38 U/L) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 84.62 และเอสจีพีที ส่วนใหญ่ปกติ (0-40 U/L) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 84.62 ระดับกรดยูริกปกติ (3.4 -7.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23 การตรวจเอกซเรย์ปอดและหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่ปกติ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 การตรวจปัสสาวะ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ปกติ มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23 และการตรวจสุขภาพทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มีความปกติ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 84.62 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การศึกษาสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 3.1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางกายภาพ และสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย นั่งงอตัว นอนยกตัว ดันพื้น และก้าวขึ้นลง 3 นาที ปรากฏในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 ลักษณะทางกายภาพและสมรรถภาพทางกายทุกรายการของนักมวยที่ศึกษา (N = 13)

นักมวย ที่ศึกษา	อายุ (ปี)	น้ำหนัก (กก.)	ส่วนสูง (ซม.)	ดัชนีมวลกาย (กก./ ม. ²)	นั่งงอตัว (นิ้ว)	นอนยกตัว (ครั้ง/ นาที)	ดันพื้น (ครั้ง/ นาที)	ก้าวขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง/ นาที)
คนที่ 1	74	80	175	26.12	-8	10	20	138
คนที่ 2	58	85	170	29.41	9	17	15	126
คนที่ 3	58	70	169	24.51	14	24	16	128
คนที่ 4	48	87	170	30.10	-7	31	20	116
คนที่ 5	40	80	167	28.69	-8	28	35	128
คนที่ 6	73	88	179	27.46	-15	13	15	100
คนที่ 7	64	68	171	23.26	14	21	25	130
คนที่ 8	52	75	167	26.89	8	25	67	102
คนที่ 9	57	95	175	31.02	-21	25	20	120
คนที่ 10	53	80	165	29.38	-7	19	20	136
คนที่ 11	69	65	168	23.03	-30	2	1	130
คนที่ 12	34	82	173	27.40	10	40	30	120
คนที่ 13	30	80	178	25.25	9	40	80	95
μ	54.61	79.61	171.30	27.11	-2.46	22.69	28.00	120.69
σ	13.94	8.46	4.38	2.58	14.23	10.95	21.89	13.85

จากตารางที่ 34 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะทางกายภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยที่ศึกษา พบว่า อายุ โดยเฉลี่ยประมาณ 54 ปี น้ำหนัก 76.61 กิโลกรัม ส่วนสูง 171.30 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย ประมาณ 27.11 กิโลกรัม/ เมตร² นั่งงอตัว ประมาณ 2.46 ซม. นอนยกตัวประมาณ 22.69 ครั้ง/ นาที ดันพื้นประมาณ 28 ครั้ง/ นาที และ ก้าวขึ้นลง 3 นาที ประมาณ 120.69 ครั้ง/ นาที ตามลำดับ

ส่วนที่ 3.2 สมรรถภาพทางกายในด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย ได้แก่ สัดส่วนของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอดทนของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ปรากฏในตารางที่ 35-39

ตารางที่ 35 จำนวนดัชนีมวลกาย ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย

นักมวยที่ศึกษา	ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	ระดับ
คนที่ 1	26.12	น้ำหนักตัวเกิน
คนที่ 2	29.41	น้ำหนักตัวเกิน
คนที่ 3	24.51	พอเหมาะ
คนที่ 4	30.10	อ้วน
คนที่ 5	28.69	น้ำหนักตัวเกิน
คนที่ 6	27.46	น้ำหนักตัวเกิน
คนที่ 7	23.26	พอเหมาะ
คนที่ 8	26.89	น้ำหนักตัวเกิน
คนที่ 9	31.02	อ้วน
คนที่ 10	29.38	น้ำหนักตัวเกิน
คนที่ 11	23.03	พอเหมาะ
คนที่ 12	27.40	น้ำหนักตัวเกิน
คนที่ 13	25.25	น้ำหนักตัวเกิน

จากตารางที่ 35 สมรรถภาพทางกายด้านดัชนีมวลกายของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายตามช่วงอายุแล้ว (ภาคผนวก ค หน้า 151) เมื่อแยกตามรายบุคคล พบว่า นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับพอเหมาะ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับอ้วน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 ตามลำดับ

ตารางที่ 36 จำนวนนั่งอตัว ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกาย
อย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย

นักมวยที่ศึกษา	นั่งอตัว (นิ้ว)	ระดับ
คนที่ 1	-8	ต่ำมาก
คนที่ 2	9	ต่ำมาก
คนที่ 3	14	ปานกลาง
คนที่ 4	-7	ต่ำมาก
คนที่ 5	-8	ต่ำมาก
คนที่ 6	-15	ต่ำมาก
คนที่ 7	14	ปานกลาง
คนที่ 8	8	ต่ำมาก
คนที่ 9	-21	ต่ำมาก
คนที่ 10	-7	ต่ำมาก
คนที่ 11	-30	ต่ำมาก
คนที่ 12	10	ต่ำมาก
คนที่ 13	9	ต่ำมาก

จากตารางที่ 36 สมรรถภาพทางกายด้านนั่งอตัวของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับ
เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายตามช่วงอายุแล้ว (ภาคผนวก ค หน้า 152) เมื่อแยกตาม
รายบุคคล พบว่า นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38
และนักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำมาก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 84.62 ตามลำดับ

ตารางที่ 37 จำนวนนอนยกตัว ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพ
ทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย

นักมวยที่ศึกษา	นอนยกตัว (ครั้ง/ นาที)	ระดับ
คนที่ 1	10	ต่ำมาก
คนที่ 2	17	ต่ำมาก
คนที่ 3	24	ต่ำ
คนที่ 4	31	ปานกลาง
คนที่ 5	28	ต่ำ
คนที่ 6	13	ต่ำมาก
คนที่ 7	21	ต่ำ
คนที่ 8	25	ต่ำ
คนที่ 9	25	ต่ำ
คนที่ 10	19	ต่ำมาก
คนที่ 11	2	ต่ำมาก
คนที่ 12	40	ปานกลาง
คนที่ 13	40	ปานกลาง

จากตารางที่ 37 สมรรถภาพทางกายด้านนอนยกตัวของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับ
เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายตามช่วงอายุแล้ว (ภาคผนวก ค หน้า 153) เมื่อแยกตาม
รายบุคคล พบว่า นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08
นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 และนักมวยที่ศึกษาที่มี
เกณฑ์อยู่ในระดับต่ำมาก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 ตามลำดับ

ตารางที่ 38 จำนวนดันพื้น ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกาย
อย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย

นักมวยที่ศึกษา	ดันพื้น (ครั้ง/ นาที)	ระดับ
คนที่ 1	20	ปานกลาง
คนที่ 2	15	ต่ำ
คนที่ 3	16	ต่ำ
คนที่ 4	20	ต่ำ
คนที่ 5	35	ดี
คนที่ 6	15	ต่ำ
คนที่ 7	25	ปานกลาง
คนที่ 8	67	ดีมาก
คนที่ 9	20	ปานกลาง
คนที่ 10	20	ปานกลาง
คนที่ 11	1	ต่ำมาก
คนที่ 12	30	ปานกลาง
คนที่ 13	80	ดีมาก

จากตารางที่ 38 สมรรถภาพทางกายด้านดันพื้นของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายตามช่วงอายุแล้ว (ภาคผนวก ค หน้า 154) เมื่อแยกตามรายบุคคล พบว่า นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.76 และนักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำมาก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.70 ตามลำดับ

ตารางที่ 39 จำนวนก้าวขึ้นลง 3 นาที ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย

นักมวยที่ศึกษา	ก้าวขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง/ นาที)	ระดับ
คนที่ 1	138	ต่ำมาก
คนที่ 2	126	ต่ำ
คนที่ 3	128	ต่ำ
คนที่ 4	116	ปานกลาง
คนที่ 5	128	ต่ำ
คนที่ 6	100	ปานกลาง
คนที่ 7	130	ต่ำมาก
คนที่ 8	102	ปานกลาง
คนที่ 9	120	ต่ำ
คนที่ 10	136	ต่ำมาก
คนที่ 11	130	ต่ำมาก
คนที่ 12	120	ปานกลาง
คนที่ 13	95	ดี

จากตารางที่ 39 สมรรถภาพทางกายด้านก้าวขึ้นลง 3 นาที ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายตามช่วงอายุแล้ว (ภาคผนวก ค หน้า 156) เมื่อแยกตามรายบุคคล พบว่า นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 และนักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำมาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 ตามลำดับ

สมรรถภาพทางกาย ของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายตามช่วงอายุแล้ว สามารถสรุปผลดัชนีมวลกาย และสมรรถภาพทางกายทุกรายการของนักมวยที่ศึกษา (N = 13) ปรากฏในตารางที่ 40-41

ตารางที่ 40 สรุปผลดัชนีมวลกายของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย (N = 13)

รายการทดสอบ	ระดับสมรรถภาพทางกาย			
	อ้วน	น้ำหนักเกิน	พอเหมาะ	ผอมบาง
	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)
1. ดัชนีมวลกาย (นน.ตัว (กก.)/ ส่วนสูง (ม. ²))	2	8	3	-

จากตารางที่ 40 สรุปผลดัชนีมวลกายของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (ภาคผนวก ค หน้า 151) พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับ พอเหมาะ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 27.07 และอยู่ในระดับอ้วน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 ตามลำดับ

ตารางที่ 41 สรุปผลสมรรถภาพทางกายทุกรายการของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย (N = 13)

รายการทดสอบ	ระดับสมรรถภาพทางกาย				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)	(จำนวน)
2. นั่งอตัว (นิ้ว)	-	-	2	-	11
3. นอนยกตัว (ครั้ง/ นาที)	-	-	3	5	5
4. ดันพื้น (ครั้ง/ นาที)	2	1	5	4	1
5. ก้าวขึ้นลง 3 นาที (ครั้ง/ นาที)	-	1	4	4	4

จากตารางที่ 41 สรุปผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายทุกรายการของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (ภาคผนวก ค หน้า 152-156) พบว่า ส่วนใหญ่นั่งอตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 84.61 นอนยกตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำ และเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 ดันพื้น อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ

38.46 และก้าวขึ้นลง 3 นาที อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 อยู่ในเกณฑ์ต่ำ และเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 ตามลำดับ

บทที่ 5

อภิปรายผล และสรุปผล

อภิปรายผล

วิถีชีวิต: ประสบการณ์การชกมวย

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า จำนวนครั้งการชกมวยมีจำนวนมากที่สุด คือ 100 ครั้งขึ้นไป จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมาคือ 81-100 ครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.76 และจำนวนครั้งการชกมวยโดยเฉลี่ย 84.84 ครั้ง จำนวนครั้งการชกมวยมากที่สุด 120 ครั้ง และจำนวนครั้งการชกมวยน้อยสุด 15 ครั้ง ตามลำดับ

จากข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีจำนวนครั้งการชกมวยที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสามารถและสภาพร่างกาย มวยไทยกว่าจะก้าวขึ้นมาอยู่ในระดับแนวหน้าต้องชกมวยมาเป็น 100 ครั้ง ดังนั้นมวยที่ศึกษาให้สัมภาษณ์ สอดคล้องข้อมูลเกี่ยวกับกีฬามวย และผลกระทบการชกมวยจากการศึกษาของไวพจน์ จันทรเสม (2537 อ้างถึงใน สนธยา แสนแสวงรัตน์, 2543, หน้า 12) การชกมวยถือเป็นกีฬาปะทะ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกายในหลายลักษณะ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว รวมไปถึงเมื่อเลิกชกมวยการบาดเจ็บที่สมองทำให้เกิดอาการต่าง ๆ

วิถีชีวิต: ด้านสวัสดิการ

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าสวัสดิการอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสวัสดิการที่ประชาชนได้รับจากการบริการทางการแพทย์ที่ดีที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ 71.5 ปรากฏในตารางที่ 3 ซึ่งมีค่ามากกว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ส่วนใหญ่ต้องการขอความช่วยเหลือจากภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของรายได้ การประกอบอาชีพ การรักษาพยาบาล และอื่น ๆ ที่จำเป็นตามสภาพของนักมวยแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างของผู้ให้สัมภาษณ์ จากข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสวัสดิการของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ส่วนใหญ่สวัสดิการที่ได้รับจากค่ายมวยในช่วงการเป็นนักมวย ได้รับความสะดวกสบายระดับปานกลาง มีอาหารในปริมาณและคุณภาพที่พอเพียงต่อความต้องการของตนเอง ค่ายมวยเป็นผู้ดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยและให้การสนับสนุนการศึกษาในบ้างโอกาสแล้วแต่ค่ายมวย มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงเพราะได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องการได้รับบาดเจ็บจึงไม่มากนัก อย่างไรก็ตามแม้ว่านักมวยเหล่านี้จะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีพอสมควรในช่วงการเป็นนักมวย แต่หากพิจารณาในแง่สวัสดิการและความปลอดภัย นักมวยไทยอาชีพยังคงต้องเสี่ยงอันตรายจากการฝึกซ้อมและการแข่งขันชกมวยอยู่เสมอ เพื่อให้หายจากการบาดเจ็บและกลับมาฝึกซ้อมเพื่อแข่งขันตามปกติ แต่ในเรื่องของการป้องกันค่ายมวยยังไม่ได้มีสวัสดิการให้ เช่นการตรวจสุขภาพประจำปี การประกันสุขภาพ และการประกันอุบัติเหตุ

ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษายังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควรซึ่งน่าจะมาจากกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.92) ต้องรับผิดชอบครอบครัว ไม่มีเวลาออกกำลังกาย รวมทั้งค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ทำให้เกิดความเชื่อง้ำในการเคลื่อนไหว และกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี เป็นกลุ่มอายุมาก รวมถึงยังพบว่า มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน จึงมีความยุ่งยากในการออกกำลังกาย และอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกาย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจเกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น เป็นลมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกฤษณ์ บุญความดี (2541) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีกิจกรรมการทำงาน และพักผ่อนที่ใช้แรงงานน้อย และไม่ออกกำลังกาย พบว่า ที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ทั้งนี้ในช่วงเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายมีอาการป่วยและได้รับบาดเจ็บไม่สามารถออกกำลังกายได้จึงทำให้ขาดประสิทธิภาพส่งผลให้การออกกำลังกายยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ซึ่งน่าจะปรับรูปแบบการออกกำลังกายให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับ สมาคมเวชศาสตร์การกีฬา แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sport Medicine [ACSM], 1998) ได้แนะนำระดับความเข้มข้นในการออกกำลังกายว่า ควรอยู่ในช่วงร้อยละ 60-90 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ หรือ ร้อยละ 50-85 ของความสามารถสูงสุดในการใช้ออกซิเจน ในระยะเวลา 20-60 นาที ที่ความบ่อย 3-5 วันต่อสัปดาห์ และประทุม ม่วงมี (2527, หน้า 98) ได้เสนอแนวทางการฝึกออกกำลังกายโดยยึดหลัก (Overload Principle) ว่าต้องมีความเข้มข้น ระยะเวลา และความบ่อยที่พอเพียง เข้มข้นที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที ความบ่อยอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาบางส่วนยังมีกิจกรรมการออกกำลังกายตลอดเวลาเมื่อมีโอกาส เพียงแต่ถ้าร่างกายไม่เจ็บป่วย สอดคล้องกับ Andrew (1981) ศึกษาพบว่าผู้ที่ออกกำลังกาย จะมองว่าการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่เสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง และการมีทัศนคติทางบวกต่อการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมออกกำลังกาย วิทยา ศรีสมุทร (2541, บทคัดย่อ) ศึกษาแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และทัศนคติต่อการออกกำลังกายของนักมวยไทยอาชีพ พบว่า นักมวยไทยอาชีพทั้งนักมวยเวทีลุมพินีและเวทีราชดำเนินมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์อยู่ในระดับสูง และมีทัศนคติต่อการออกกำลังกายอยู่ในระดับ

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจะประสบปัญหาคล้าย ๆ กัน ในด้านการเจ็บป่วยตามร่างกายอันเป็นผลมาจากการชกมวย และโรคที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเองส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี ได้รับข่าวสารข้อมูลสุขภาพจากทีวี

เป็นหลัก รองลงมาจากหนังสือดังกล่าวของผู้ให้สัมภาษณ์ นอกจากนี้ พบว่า สัตุนิยมชีพและโรคประจำตัวที่บ่งบอกความผิดปกติจากการตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และผลตรวจจากห้องปฏิบัติการมากที่สุด คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 69.23 ไ้ไขมันในเลือดสูง มีค่าโคเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ (>200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 โรคเบาหวาน (>105 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร) จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 เมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพของประชาชนพบอัตราความชุกของโคเลสเตอรอลในเลือดสูงโดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 26.1 และอัตราความชุกของโรคเบาหวานโดยอัตราความชุกรวมร้อยละ 15.9 ทั้งนี้แสดงให้เห็นประชาชนมีการเกิดโรคประจำตัวทั้งไขมันในเลือด และโรคเบาหวานน้อยกว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ปกติอันเนื่องมาจากขาดการใส่ใจดูแลตนเอง ไม่ดีเท่าที่ควรจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมจิตใจและอารมณ์ การตรวจสุขภาพ และการควบคุมน้ำหนัก ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตนเองเพิ่มขึ้นจากการเกิดโรคประจำตัว และต้องพึ่งพาคนในครอบครัวหรือคนอื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีการรับรู้ว่าเป็นเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้วิธีการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาที่ต่อเนื่องการปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว จนรู้สึกว่าเป็นภาระอีกทั้งยังกลัวภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ทำให้เครียดส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนร่างกาย ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาขาดความรู้ ความเข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของผลเสียจากการดื่มกาแฟ ประกอบกับการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป บุคคลต้องทำงานแข่งกับเวลา ชีวิตมีแต่ความเร่งรีบ ไม่มีเวลาประกอบอาหารเข้าทำให้คำนิยมในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป บุคคลหันมานิยมการดื่มกาแฟเป็นอาหารเช้า หรืออาหารว่าง หรือดื่มกาแฟในระหว่างมื้ออาหาร นอกจากนี้กาแฟมีสารประเภทแทนนิน (Tannin มีมากในน้ำชา กาแฟ) เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีผลทำให้การดูดซึมและการใช้ธาตุเหล็กในร่างกายได้น้อยลง (อมรา จันทราภานนท์, 2515 หน้า 230 อ้างถึงใน กัญญา แพนกุล, 2545) คำนิยมในการดำเนินชีวิตดังกล่าวทำให้มีการปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดจากความเคยชินนั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก (Palank, 1991, p. 825) การตรวจสุขภาพพบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปี จะไปตรวจสุขภาพก็เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเท่านั้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น สุขภาพยังแข็งแรงอยู่จึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจ

สุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนริศรา ลีลามานิตย์ (2534, หน้า 112) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี และสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529, หน้า 104) ที่พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจสุขภาพก็ต่อเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

การตรวจสุขภาพประจำปีอาจกระทำได้โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะช่วยขจัดความหวาดระแวงสงสัยว่าจะเป็นโรค และช่วยบอกความผิดปกติบางอย่างที่แฝงอยู่ในร่างกาย โดยยังไม่ปรากฏอาการ เพื่อจะได้กระตุ้นเตือนให้ดูแลรักษาป้องกันตัวเองก่อนที่จะเกิดโรค การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของโรคจะช่วยให้หายจากโรคนั้นได้ง่าย ลดปัญหาที่จะนำไปสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติต่อไป การพึงรายการเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงกระตุ้นพฤติกรรมที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคโดยการตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อ และการป้องกันโรคโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับ Gordon (1967, pp. 651-655) ที่ได้พบทวนเกี่ยวกับการใช้สื่อมวลชนในเรื่องการปรับพฤติกรรม พบได้ผลดี วิธีการศึกษาวิธีหนึ่งคือ ใช้สื่อรายการสุขภาพเผยแพร่ทางวิทยุ และโทรทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540, หน้า 141-142) พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคอนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สัดส่วนของร่างกาย

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าสัดส่วนของร่างกาย (ประเมินจากการคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย) พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ประมาณ 27.11 กิโลกรัม/ ตารางเมตร อยู่ในระดับน้ำหนักเกิน เมื่อแยกตามรายบุคคล พบว่า นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับพอเหมาะ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับอ้วน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 ดังตารางที่ 40

เมื่อพิจารณาจากผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถภาพทางกายมีอยู่หลายอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย ที่มีความแตกต่างกัน และเหมือนกันในบางประเด็น การออกกำลังกายนั้นมีผลต่อการใช้พลังงาน อันจะส่งผลต่อเนื่องไปถึงความมีสุขภาพและสมรรถภาพร่างกาย การมีสุขภาพที่ดีไม่แนเสมอไปว่าจะเป็นผู้มีสมรรถภาพทางกายดี แต่การมีสมรรถภาพทางกายที่ดีย่อมต้องมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานที่สำคัญสอดคล้องกับเอนก สุตรมมงคล (2549, หน้า 9) นอกจากนี้ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีอายุโดยเฉลี่ย ($M = 54.61$ ปี) ซึ่งเป็นช่วงที่ให้ความสนใจในการประกอบอาชีพ ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายนัก และมีลักษณะการบริโภคนิสัย จนทำให้ร่างกายเสียความสมดุล และนำไปสู่ความเสื่อมระบบการทำงานของร่างกาย ส่งผลโดยตรงต่อ

คุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องอาศัยสมรรถภาพทางกายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อายุ เมื่อเปรียบเทียบการออกกำลังกายตลอดชีวิตของคน พบว่าสมรรถภาพของร่างกายจะมีการพัฒนาขึ้น อย่างเห็นได้ชัดจากวัยเด็กจนถึงจุด ๆ หนึ่งแล้วความแข็งแรงและความอดทนก็จะค่อย ๆ ลดลง สำหรับผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ในผู้ชายช่วงที่มีความแข็งแรงและความอดทนสูงสุดจะเป็นอายุ ประมาณ 20-30 ปี หลังจากนั้นความแข็งแรงและความอดทนก็จะค่อย ๆ ลดลงจะเกิดขึ้นกับ กล้ามเนื้อขาและลำตัวเร็วกว่ากล้ามเนื้อแขน (Astrand, & Rodahl, 1970 อ้างถึงใน ประทุม ม่วงมี, 2527, หน้า 93) และสอดคล้องกับ Wessel and Huss (1984 อ้างถึงใน ถาวรินทร์ รักษาบำรุง, 2544, หน้า 25) รายงานว่าความสามารถในการออกกำลังกาย หรือประกอบกิจกรรมอื่น ๆ จะลดลงเมื่ออายุ เพิ่มขึ้น แต่ส่วนใหญ่มาจากการขาดการออกกำลังกาย

ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาทั้งนักมวยไทยอาชีพหลัง เลิกชกมวย อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ แสดงว่าเริ่มอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคอื่น ๆ จาก ภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน การ บริโภคอาหารเกินความจำเป็น ขาดการออกกำลังกาย และภาวะสุขภาพมีการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หลังเลิกชกมวย จากการสัมภาษณ์มีความเชื่อมโยงและอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติของ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาในการประเมินถึงขนาดร่างกายที่เหมาะสม ภาวะของความอ้วน และภาวะการ ขาดสารอาหาร หรือความผิดปกติที่เกิดจากโรคบางอย่างที่มีปัจจัยจากการมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ (25.0-29.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) แต่อย่างไรก็ตามสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเกิด จากคนที่มีความ BMI มากกว่า 30.0 กิโลกรัม/ ตารางเมตร (Brooks, & Timothy, 1996 อ้างถึงใน การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546 หน้า 2) ทั้งนี้ส่วนใหญ่มาจากการบริโภคอาหารมากเกินความ จำเป็น มีการออกแรงน้อย และระบบการดูดซึมสารอาหารได้น้อยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการมี ไขมันมาสะสมบริเวณท้อง และรอบเอว โดยปกติคนทั่วไปถ้ามีค่า BMI มากมักจะมีค่า WHR มากด้วย

ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตและการหายใจ (ประเมิน จากก้าวขึ้นลง 3 นาที) พบว่า ค่าเฉลี่ยก้าวขึ้นลง 3 นาที ประมาณ 120.69 ครั้ง/ นาที อยู่ในระดับต่ำ เมื่อแยกตามรายบุคคล พบว่า นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.69 นักมวยที่ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 นักมวยที่ ศึกษาที่มีเกณฑ์อยู่ในระดับต่ำ และต่ำมาก จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 ดังตารางที่ 41

เมื่อพิจารณาจากผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา พบว่า ผู้ที่มีความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดมากกว่า เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความสมบูรณ์ของหัวใจใน การฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ ความจุของปอดสามารถรับอากาศได้มาก เซลล์ใน

กล้ามเนื้อสามารถนำออกซิเจนไปสร้างพลังงานได้ดีและสุดท้ายขบวนการกำจัดอากาศคาร์บอนไดออกไซด์เป็นอย่างดี สอดคล้องกับประทุม ม่วงมี (2527, หน้า 209-210) ได้กล่าวว่า ออกซิเจนจะถูกส่งไปให้กล้ามเนื้อใช้ได้มากน้อยเท่าไรขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักที่สำคัญ 4 อย่างคือ

1. ปริมาณของอากาศที่เข้าสู่ปอด (Minute Ventilation) เมื่ออากาศเข้าสู่ปอดมากด้วยเหตุผลเพราะขณะออกกำลังกาย หรือมีความจุปอด (Vital Capacity) เพิ่มขึ้นจะทำให้ความดันของออกซิเจนภายในปอดมีมากขึ้น การฟุ้งกระจายการไหลของก๊าซสู่ระบบการไหลเวียนโลหิตสะดวกยิ่งขึ้น ออกซิเจนเข้าสู่ภายในเซลล์มากขึ้น
2. ความสามารถของโลหิตที่จะรับออกซิเจนเข้าไปได้ ตัวการสำคัญในการจับออกซิเจนเข้าสู่กระแสโลหิต (Hemoglobin) หากมีจำนวนมากก็สามารถพาออกซิเจนไปใช้ได้มาก
3. ความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อ หมายถึง ความจำเป็นที่ต้องสร้างพลังงานโดยใช้ออกซิเจนในกิจกรรมที่ต้องออกแรงติดต่อกันเป็นเวลานาน ร่างกายใช้ออกซิเจนไปมากจึงต้องมีการนำเอาออกซิเจนจากบรรยากาศมาทดแทนออกซิเจนที่เสียไป
4. ปริมาณเลือดที่ฉีดออกจากหัวใจในเวลา 1 นาที (Cardiac Output) หากหัวใจฉีดเลือดออกจากหัวใจมากเท่าใดการใช้ออกซิเจนก็จะมากไปด้วย นอกจากนี้ระดับความสามารถในการใช้ออกซิเจนจะมีค่าสูงสุดจนถึงอายุ 20 ปี แล้วจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลง (จรรยาพร ธรณินทร์, 2521, หน้า 247) ทั้งนี้ประกอบกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาบางส่วนมีภาวะโลหิตจางจึงส่งผลให้โลหิตที่จะรับออกซิเจนเข้าไปได้น้อย ซึ่งตัวการสำคัญในการจับออกซิเจนเข้าสู่กระแสโลหิตทำให้อัตราการเต้นของชีพจรสูงกว่าปกติเมื่อเทียบกับนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชก ที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้มีการไหลเวียนของเลือดและการหายใจดีขึ้น ช่วยฟื้นฟูสภาพหรือคงสภาพร่างกายไว้ได้ สอดคล้องกับแจก ธนะศิริ (2530, หน้า 82-83) พบว่าคนอายุ 60 ปี ออกกำลังกายให้หัวใจเต้นประมาณ 112 ครั้ง/ นาที ติดต่อกัน 25-30 นาที สัปดาห์ละ 4-5 วัน ในบุคคลที่มีอัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/ นาที พบว่าภายใน 4 เดือน อัตราการเต้นของหัวใจลดเหลือ 77 ครั้ง/ นาที และภายใน 2 ปี อัตราการเต้นของหัวใจลดเหลือ 60 ครั้ง/ นาที ซึ่งน้อยกว่าขณะที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ถึง 20 ครั้ง/ นาที ทำให้เห็นถึงความแข็งแรงสมบูรณ์การมีประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจซึ่งเป็นผลเนื่องจากการฝึกออกกำลังกาย จะทำให้ปริมาณฮีโมโกลบินเพิ่มมากขึ้นสามารถที่จะเอาออกซิเจนได้มากขึ้น หลังจากการออกกำลังกายอัตราการหายใจจะลดลงและกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วกว่าคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (สมชาย ไกรสังข์, 2540, หน้า 2-7) สอดคล้องกับประทุม ม่วงมี (2527) ได้อธิบายไว้ว่า การกลับคืนสู่ระดับปกติของอัตราการเต้นของหัวใจภายหลังการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับความเข้มข้น และระยะเวลาของการออกกำลังกาย และระดับความสามารถทางกายคน ๆ นั้นในคนที่มีการออกกำลังกาย อัตราการเต้นของหัวใจจะกลับคืนสู่อัตราปกติเร็วกว่าคนที่มีการออกกำลังกายไม่พิด

อภิปรายเพิ่มเติม: การรักษาดิ

จากข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษานอกจากการชกมวยเพื่อหารายได้ แล้ว ส่วนหนึ่งมาจากความต้องการรักษามวยไทยให้เป็นเอกลักษณ์ประจำชาติ ซึ่งบางครั้งอาจจะต้องแลกกับความเจ็บปวดทางร่างกายก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2540, หน้า 5) กล่าวถึงประโยชน์ของกีฬามวยไทยไว้

สรุปผลการวิจัย

จากข้อมูลที่ปรากฏสามารถสรุปได้ว่า วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย

1. วิถีชีวิต 7 ด้านโดยรวม พบว่า วิถีชีวิตด้านที่อยู่เกณฑ์ปรับปรุง ส่วนใหญ่เป็นวิถีชีวิตด้านสวัสดิการ จำนวน 10 คน (76.92%) ด้านสุขภาพ จำนวน 9 คน (69.23%) และด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 คน (61.54%) และวิถีชีวิตด้านที่อยู่เกณฑ์พอใช้ เป็นวิถีชีวิต ด้านสังคม จำนวน 10 คน (76.92%) ด้านโภชนาการ จำนวน 8 คน (61.54%) ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 7 คน (53.85%) และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 7 คน (53.84%)

2. ภาวะสุขภาพ พบว่า มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 9 คน (69.23%) ไขมันในเลือดสูง จำนวน 8 คน (61.54%) และโรคเบาหวาน จำนวน 7 คน (53.85%)

3. สมรรถภาพทางกายเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักตัวเกิน จำนวน 8 คน (61.54%) นั่งงอตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 11 คน (84.61%) นอนยกตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำ และต่ำมาก จำนวน 10 คน (76.92%) ดันพื้น อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 5 คน (38.46%) และก้าวขึ้นลง 3 นาที อยู่ในเกณฑ์ ต่ำ และต่ำมาก จำนวน 8 คน (61.54%)

จากข้อมูลที่ปรากฏสามารถสรุปได้ว่า อดีตนักมวยจำเป็นต้องมีการปรับปรุงเรื่องการออกกำลังกายนิสัย เพื่อรักษาระดับสมรรถภาพทางกาย ทั้งนี้เพราะพบว่าอดีตนักมวยมีคะแนนจากการทดสอบสมรรถภาพทางกายบางรายการเช่นนั่งงอตัว และนอนยกตัวอยู่ในระดับต่ำมากเมื่อเทียบกับคนทั่วไปที่อยู่ในเพศและวัยเดียว นอกจากนั้นอดีตนักมวยที่ศึกษาควรเน้นการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน งานวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าการกีฬาแห่งประเทศไทย ควรจัดสวัสดิการและการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอดีตนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา หน่วยงานภาครัฐควรมีนโยบายพัฒนาอาชีพ หรือสร้างงานและรายได้ให้กับคนกลุ่มนี้ เพื่อเป็นทางเลือกการประกอบอาชีพหลังเลิกชกมวย

2. การกีฬาแห่งประเทศไทย สมาคมมวยไทยอาชีพ และหัวหน้าค่ายมวย ควรจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่นักมวย รวมทั้งให้ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้นักมวยมีภาวะสุขภาพคงไว้ซึ่งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสวัสดิการให้มีความเหมาะสม โดยพิจารณาในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับวงการมวยอาชีพ ได้ให้ความสำคัญแก่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักมวยอาชีพอย่างจริงจังต่อเนื่องและเป็นระบบต่อไป

สำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย ในทั่วทุกภาคของประเทศไทย เพื่อดูผลการเปรียบเทียบของสภาพสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิต เพื่อวางแผนการดำเนินชีวิตของนักมวยไทยอาชีพในสังคมไทยในปัจจุบัน

2. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย เนื่องจากปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ สังคม และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป จึงเห็นควรทำการศึกษาเพื่อเป็นสิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสำคัญตลอดจนนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนปรับปรุง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2542). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (วันที่ 6-10 กันยายน 2542). นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดวิทยาสุขภาพจิต กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณา วงษาสันต์ และคณะ. (2542). *วิถีไทย*. กรุงเทพฯ: เฮิร์ดเวฟเอ็ดดูเคชั่น
- กองสุขศึกษา. (2540). การสำรวจพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานจังหวัดราชบุรี. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กันยา แผนกุล. (2545). *ภาวะโลหิตจาง และปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้สูงอายุ ตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัลยา กิจบุญชู. (2546). *ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับคนอ้วน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.
- การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2537). *คู่มือกีฬาเพื่อสุขภาพข้าราชการพลเรือน*. กรุงเทพฯ: นิเวไทยมิตรการพิมพ์.
- _____. (2546). *แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: นิเวไทยมิตรการพิมพ์.
- _____. (2548). *คู่มือการฝึกกีฬามวยไทย*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสแควร์.
- กิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในสวัสดิการสังคม: แนวคิดและวิธีการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกฤษณา ดันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- เกสร มณีวรรณ. (2550). *วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2546). *การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- จรวาย แก่นวงษ์คำ. (2530). *มวยไทย-มวยสากล*. กรุงเทพฯ: พรินติ้งเฮ้าส์.
- จรวายพร ธรณินทร์. (2521, กันยายน-ธันวาคม). การออกกำลังกายและกีฬาสุขภาพ. *การอนามัยและสิ่งแวดล้อม*, 15(3), 15-24.

- จรวายพร ธรณินทร์. (2522). *กายวิภาคและสรีรวิทยาการออกกำลังกาย*. กรุงเทพฯ: นิเวศนิยมมิตร การพิมพ์.
- _____. (2535). *คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข.
- จรัสเดช อุติต. (2542). มวยไทย. ใน *เอกสารประกอบการสอนตำรา วิทยาลัยพลศึกษาจังหวัด มหาสารคาม*. มหาสารคาม: โรงพิมพ์ประสานการพิมพ์.
- จันทร์ทิพย์ ลี้มทองสกุล. (2538). *โภชนาการกับชีวิตมนุษย์*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จิรกรณ์ ศิริประเสริฐ. (2542). แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับเยาวชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 4(2), 31-38.
- จิราพร แก้วศรีงาม. (2547). *เปิด โลกมวยไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างนักมวย ต่ายมวย และธุรกิจ ใน วงการมวยไทย*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เฉก ณะศิริ. (2530). *ทำอย่างไรจะปราศจากโรคและความชรา*. กรุงเทพฯ: วิเคเตอร์เมเจอร์พอยท์.
- คุณหญิง สุทธิปริยาศรี. (2527). พฤติกรรมทางโภชนาการและโภชนาการศึกษา. ใน *เอกสารการสอน ชุดวิชาโภชนศาสตร์สาธารณสุข*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ถาวรินทร์ รัชย์บำรุง. (2544). *ผลการฝึกออกกำลังกายด้วยความเข้มข้น ระยะเวลาและความบ่อยที่ แตกต่างกันต่อสมรรถภาพทางกาย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา วิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ. (ม.ป.ป.). *การประเมินภาวะโภชนาการอาหารที่ร่างกายต้องการ*. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2545). *วิธีแห่งการคลายเครียด* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: มติชน.
- ธงชัย ทวีชาชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักคนพิน กิตติรักษนนท์, นันทิกา ทวีชาชาติ และสุขุม เฉลยทรัพย์. (2541). *รายงานการวิจัยเรื่องความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชวัช วีระศิริวัฒน์. (2535). *กีฬาเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์. (2545). *การป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- นภดล หักกะยานนท์. (2539). *การวัดความสามารถในการจับออกซิเจนสูงสุด โดยใช้สควอทวิธี 3 นาที*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นริศรา ลีลามานิตย์. (2534). *ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันป่าตอง ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประณีต ผ่องแผ้ว. (2539). *โภชนศาสตร์ชุมชน: ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะ เศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว*. กรุงเทพฯ: ลิฟวิ้งทรานมีเดีย.
- ประทุม ม่วงมี. (2527). *รากฐานทางสรีรวิทยาของการออกกำลังกายและการพลศึกษา*. กรุงเทพฯ: บูรพาสาสน์.
- ปิยะรัตน์ ใจโต. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทเอกชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรต สุภาพงษ์. (2545). *ความเครียดของนิสิตปริญญาโทภาคพิเศษ สาขาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาเขตสารสนเทศจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรทิพย์ โล่เลขา. (2533). *เคมีคลินิกประยุกต์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชัยเจริญ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัชรินทร์ ยาพิมาย. (2542). *สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของนักมวยไทย อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาไทยคดีศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- โพธิ์สวัสดิ์ แสงสว่าง. (2522). *พัฒนาการกีฬามวยไทย*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพโรจน์ พรหมพันใจ. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภิญโญ สาธร. (2517). *การบริหารงานบุคคล*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภีระวรรณ พิเคราะห์งาน. (2547). *วิธีการดำเนินชีวิตและภาวะไข่ม้วนในเลือดของบุคคลากร*
โรงพยาบาลแม่ข่าย อำเภอแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,
สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มงคล คำเมือง. (2532). *การศึกษาเกี่ยวกับกีฬามวยไทย*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต,
สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เขวลักษณ์ มหาสิทธิ์วัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม*
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัด
สระบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระเบียบ ชุ่นฮวด. (2539). *วิธีการดำเนินชีวิตในอดีตของผู้ที่มีอายุถึงหนึ่งร้อยปีในจังหวัดชลบุรี*.
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิพร ภู่อกร. (2533). *สุขภาพผู้สูงอายุ*. พิษณุโลก: ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิชา
วิทยาศาสตร์เทคโนโลยี วิทยาลัยครูพิษณุโลกสงครามพิษณุโลก.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2517). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
_____. (2525). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ราพุดศรี พรหมมีเนตร. (2544). *การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิตที่*
ส่งเสริมสุขภาพในผู้ใส่ขาเทียม. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริม
สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิวา ไชยวงศ์. (2542). *วิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์
ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลักขณา สิริวัฒน์. (2544). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- ลิขิต อมาตยคง. (2537). *การทดสอบสมรรถภาพทางกาย*. ใน *กีฬาเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: พี.บี.
ฟอเรนบุคส์เซนเตอร์.
- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม ความพึงพอใจ*
ในชีวิต และภาวะสุขภาพกับความเชื่อมั่นในการปรับตัวยหลังเกษียณอายุงาน.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วรัตมา สุขวัฒนานันท์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดามารดา การฝึกอบรมบุตรด้าน สุขวิทยาส่วนบุคคล กับภาวะสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนในกรุงเทพมหานคร*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ปุณณมณีวิวัฒน์. (2532). *เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วุฒิชัย วัฒนาคมประทีป. (2550). *ศึกษาการดำเนินชีวิตนักรมว้ยไทยอาชีพระดับแชมป์เปียนและรองแชมป์เปียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหลังจากเลิกชกมวย*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขามวยไทยศึกษา, วิทยาลัยมวยไทยศึกษาและการแพทย์แผนไทย,
มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- วัชรระ คำเพ็ง. (2537). *การศึกษาแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักรมว้ยไทย*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิฑูร แสงศิริสุวรรณ. (2538). *การทำงานของตับไตและกล้ามเนื้อเนื่องจากการบาดเจ็บหลังการชกมวยไทย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสรีรวิทยาของการออกกำลังกาย,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร. (2542). *การประเมินความพึงพอใจและผลการตรวจสุขภาพของผู้มารับการตรวจสุขภาพที่คลินิกเวชศาสตร์ป้องกัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาเวชศาสตร์ชุมชน, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิทยา ศรีสมุทร. (2541). *แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และทัศนคติต่อการออกกำลังกายของนักรมว้ยไทยอาชีพ*. วิทยานิพนธ์การศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2532). *สำรวจความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูญเสียขา*.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรัตน์ สนธิจันทร์. (2550). *สมรรถภาพทางกายของนิสิตวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์. (2541). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤษ และคณะ. (2545). *แนวทางการตรวจสอบสุขภาพของประชาชนไทย*. กรุงเทพฯ: แพทยสภาและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2553). *แนวโน้มความสุขมวลรวมของคนไทย ภายในประเทศ ประจำเดือนมกราคม 2553*. ม.ป.ท.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2542). *พระราชบัญญัติกฤษฎีกา พ.ศ. 2542 ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม ครั้งที่ 4*. กรุงเทพฯ: นิเวศน์มิตรการพิมพ์.
- สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. (2540). *ศิลปะมวยไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550 ก). *รายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2550 ข). *รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2552). *รายงานผลการสำรวจอนามัย สวัสดิการ และการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2552). *สำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550*. นนทบุรี: ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)*. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งเอนด์พับลิชชิ่ง.
- _____. (2554). *รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สนธยา แสนแสงรัตน์. (2543). *การศึกษาชีวิตการทำงานและผลตอบแทนของนักมวยอาชีพ*. สารนิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาแรงงานและสวัสดิการ, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมชาย ไกรสังข์. (2540). *เอกสารประกอบการสอนวิชา พล 181 บริหารกาย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพลศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สตาลี ลีลสัตยกุล. (2538). *อาหารและโภชนาการ*. เชียงใหม่: วิทยาลัยพลศึกษาจังหวัดเชียงใหม่.

- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิตรา เหง้าเกษ. (2539). *ความสัมพันธ์ปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาพรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สุภางค์ จันวานิช และวิศนี ศิลตระกุล. (2539). *การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนอุดหนุนงานวิจัย.
- สุพัชรา ชิมเจริญ. (2543). *คู่มือการเรียนการสอนแอโรบิคค้ำขั้น*. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- สุเทพ เชาวลิต. (2527). *สวัสดิการสังคม*. กรุงเทพฯ: O.S. Printing House.
- สุกัลกษณ์ บุญความดี. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาพรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สุกัลกษณ์ บุญความดี. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาพรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- อภา ใจงาม. (2536). *การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรีตันศิริ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองธรรม.*
- อารยา ตามภานนท์. (2542). *ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสถาพรมหาบัณฑิต, สาขาโภชนาวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- เอนก สุตรมงคล. (2549, มกราคม-มิถุนายน). *การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน. วารสารวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและกีฬา, 4(1), 9.*
- อุทัย สุดสุข. (2534). *ทิศทางใหม่ในการพัฒนาสุขภาพในมิติการปฏิบัติการพยาบาลในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองธรรม.*
- เอื้อจิต บุรณ์เจริญ และวิลาวลัย กัล้าแรง. (2541). *วิถีคนกล้า ในการเรียนรู้วิถีชุมชน (โครงการสวัสดิการสถาบันพระราชนก). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.*
- ฮาจิเมะ นาทาจิ. (2541). *อาหารลดโคเลสเตอรอล (พินดา, ผู้แปล, พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ.*

- American College of Sports Medicine. (1998). The recommended quantity and quality for exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness in healthy adults. *Med. Sci. Sports Med.*, 30(6), 256.
- Andrew, G. M. (1981). Reason for dropout from exercise programs in post coronary patient. *Medicine Science Sport Exercise*, 13, 164-168.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Buckley, J., & Schmidt, II. (1971). *The Retirement Hand Book*. New York: Harper & Row.
- Decker, P. J., & Sullivan, E. J. (1992). *Effective Leadership and Management in Nursing*. California: Addison Wesley.
- Eysenck, H. S. et al. (1972). *Encyclopedia of Psychology (vol. 2)*. London: Search Press.
- George, P. (1986). *The Complete Book of Exercises*. London: Paddington Tress.
- Gordon, E. (1967). Evaluation of communications media in two health projects in Baltimore. *Public Health Report*, 82, 651-655.
- Gorstein, J., & Akre, J. (1988). The use of anthropometry to assess nutrition status. In *Rapp Trimest Statist Mond* (pp. 48-53). n.p.
- Greenberg, J., Dintiman, G., & Oakes, B. (1998). *Physical Fitness and Wellness* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Hafen, B. O., & Frandson, K. J. (1981). *How to Live Longer*. New York: Prentice Hall.
- Larson, R. (1987). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33(1), 109-125.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springfield.
- Leveck, M. L., & Jone, C. B. (1996). The nursing practice environment, staff retention and quality of care. *Research in Nursing Health*, 19, 331-343.
- McArdle et al. (1994). *Essential of Exercise Physiology*. Lippincott: W & W.
- Morrow, J. R. et al. (2000). *Measurement and Evaluation in Human Performance*. United States of America: Human Kinetics Publishers.
- Muhlwnkamp, A. F., & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, social support, and positive health practices. *Nursing Research*, 35(16), 334-338.

- Muongmee, P. (1981). *High density lipoprotein, total cholesterol, triglyceride levels, and body fat among highly trained athletes and non athletes*. Doctoral dissertation, Graduate School, The Ohio State University.
- Neimi, et al. (1988). Quality of life 4 years after. *Stroke*, 19(9), 1101-1107.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health promotion behavior. *Nursing Clinics of North America*, 30(6), 815-832.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promoting in Nursing Practice*. East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Robergs, R. A., & Roberts, S. O. (1997). *Exercise in Health and Disease Evaluation and Prescription for Prevention and Rehabilitation* (2nd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Tritschier, K. (2000). Assessing body composition. In *Barrow & Mcgee Practical Measurement and Assessment* (5th ed., pp. 203-237). Philadelphia: Lippincott.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health – promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-80.
- _____. (1988). Health – promoting lifestyle of the old adults: Comparisons with young and middle-age adults correlated and patterns. *Advance in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- Wheeler, H. H. (1998). Nurse occupational stress research. *British Journal of Nursing*, 7(1), 40-43.
- Wheeler, H. H., & Riding, R. J. (1994). Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing*, 3(10), 527-534.
- Wildman, R. E. C., & Medeiros, D. M. (2000). *Advanced Human Nutrition*. United States of America: New York.
- World Health Organization. (1972). *Energy and Protein Requirements in Who Technical (Report Series No. 522)*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (1981). *Scientific working groups on stress lifestyle and the prevention of diseases*. Bulgaria: Sofic.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

- รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ
- แนวคำถามการสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย
- การหาค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา (IOC)
- การหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (CVI)
- ใบแจ้งรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัย
- ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์เทเวศร์ พิริยะพจน์ท์ | คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ดร.สมชาย ประเสริฐศิริพันธ์ | อดีตผู้อำนวยการการกีฬาแห่งประเทศไทย |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สันติพงษ์ ปลั่งสุวรรณ | คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร | คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ราตรี เรืองไทย | คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |

แนวคำถามการสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรี

หลังเลิกชกมวย

โดย นายอุเทน หลงอูย

นิสิตบัณฑิตศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา

.....
 สัมภาษณ์วันที่.....เวลา.....สถานที่.....

เรียน อดีตนักมวยไทยอาชีพทุกท่าน

กระผม นายอุเทน หลงอูย นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่องวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์นี้ ตามความเป็นจริง หากมีข้อสงสัยโปรดสอบถามผู้สัมภาษณ์ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้วิเคราะห์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่งในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย โดยใช้การสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมซึ่งจะไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล และจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้สัมภาษณ์

ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบประเด็นคำถามให้ตรงตามความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของวิทยานิพนธ์ แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ 2 แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและพฤติกรรมในประเด็นต่าง ๆ ของวิถีชีวิตนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม

ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสวัสดิการ และด้านภาวะสุขภาพ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์

1. เพศ.....
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส.....จำนวนบุตร.....คน
4. การศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน.....
5. ประสบการณ์ในการชกมวยไทยอาชีพ
 - 5.1 เริ่มการเป็นนักมวยเมื่ออายุ.....ปี
 - 5.2 ระยะเวลาที่เป็นนักมวยไทยอาชีพ.....ปี
 - 5.3 ระยะเวลาที่เลิกชกมวยไทยอาชีพ.....ปี
 - 5.4 ประสบการณ์ในการชกมวยไทยอาชีพ.....ครั้ง

ตอนที่ 2 แนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting Lifestyle Profile) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist and Pender (1987, pp. 76-80) ให้มีเหมาะสมกับนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย โดยผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ในการกำหนดแนวคำถามการสัมภาษณ์วิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสวัสดิการ และด้านภาวะสุขภาพ ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

1. ด้านเศรษฐกิจ

- 1.1 หลังเลิกชกมวยท่านมีอาชีพและรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต หรือไม่
- 1.2 ท่านได้นำรายได้จากการชกมวยมาเป็นทุนในการประกอบอาชีพอะไรบ้าง
- 1.3 ท่านคิดว่าฐานะการเงินของท่านเป็นอย่างไร และทำอะไรเพื่อเป็นรายได้เสริม

2. ด้านสังคม

- 2.1 ท่านได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมในครอบครัวอย่างไร
- 2.2 ท่านได้มีความรู้สึกอย่างไรต่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลในครอบครัว
- 2.3 คนในชุมชนรู้จักท่านในฐานะนักมวยหรือไม่

3. ด้านโภชนาการ

3.1 ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และครบ 3 มื้อในแต่ละวันหรือไม่ รับประทาน
อาหารประเภทใดเป็นอาหารหลัก มีไขมันสูงหรือไม่อย่างไร การได้มาของแห่งอาหาร

3.2 ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ สูบมานานเท่าไร ปริมาณที่สูบ เหตุผลในการสูบ

3.3 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ ประเภทเครื่องดื่ม ดื่มมานานเท่าไร
เหตุผลในการดื่ม

3.4 ท่านดื่มชา กาแฟ และน้ำอัดลมหรือไม่ เหตุผลในการดื่ม

4. ด้านการออกกำลังกาย

4.1 ท่านได้ออกกำลังกายหรือไม่ เพราะเหตุใด

4.2 ท่านออกกำลังกายประเภทไหน สัปดาห์ละกี่ครั้ง และใช้เวลานานเท่าไร

4.3 ท่านใช้กิจกรรมอะไรมากที่สุดในการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวัน

5. ด้านการจัดการกับความเครียด

5.1 ท่านมีความเครียดหรือความวิตกกังวลหรือไม่ อย่างไร

5.2 ท่านมีอาการอย่างไรเมื่อเกิดความเครียด

5.3 เมื่อท่านเกิดความเครียดท่านมีวิธีการคลายเครียดอย่างไร

5.4 เมื่อเกิดปัญหาท่านแก้ปัญหาด้วยตนเองหรือปรึกษาผู้อื่น ถ้ามีใครบ้าง

5.5 ความเครียดมีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ ถ้ามีอย่างไร

5.6 ท่านได้นอนหลับวันละกี่ชั่วโมง และมีปัญหาการนอนหลับหรือไม่อย่างไร

6. ด้านสวัสดิการ

6.1 ท่านได้รับสวัสดิการหรือไม่ ถ้ามีหน่วยงานใด

6.2 ท่านมีความพึงพอใจเกี่ยวกับรายได้ที่ท่านได้รับจากสวัสดิการเพียงใด

6.3 ท่านต้องการสวัสดิการประเภทใดเพิ่มเติม เพราะเหตุใด

7. ด้านภาวะสุขภาพ

7.1 ท่านมีโรคประจำตัว หรืออาการที่เป็นผลมาจากการชกมวยหรือไม่ และได้ตรวจ
สุขภาพประจำปีหรือไม่อย่างไร

7.2 ท่านได้ติดตามข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

8. อื่น ๆ วิถีชีวิตหลังเลิกชกมวยนอกจากที่ให้สัมภาษณ์แล้วโดยรวมเป็นอย่างไร.....

ตารางที่ 42 การหาค่าดัชนีความสอดคล้องเนื้อหา (IOC) จากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

ข้อที่	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการ วิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
ตอนที่ 1								
1	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
2	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
3	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
4	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
5	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
ตอนที่ 2								
1. เศรษฐกิจ								
1.1	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
1.2	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
1.3	1	1	0	1	1	4	0.8	นำไปใช้ได้
2. สังคม								
2.1	1	1	1	0	0	3	0.6	นำไปใช้ได้
2.2	1	1	1	1	0	4	0.8	นำไปใช้ได้
2.3	1	1	1	1	0	4	0.8	นำไปใช้ได้
3. โภชนาการ								
1.1	1	1	1	0	0	3	0.6	นำไปใช้ได้
1.2	1	1	1	0	0	3	0.6	นำไปใช้ได้
1.3	1	1	1	0	0	3	0.6	นำไปใช้ได้
1.4	1	1	1	0	0	3	0.6	นำไปใช้ได้
4. การออก- กำลังกาย								
4.1	1	1	1	1	0	4	0.8	นำไปใช้ได้
4.2	1	1	1	1	0	4	0.8	นำไปใช้ได้
4.3	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้

ตารางที่ 42 (ต่อ)

ข้อที่	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					ผลรวม ΣR	IOC = $\frac{\Sigma R}{N}$	ผลการวิเคราะห์
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
5. ความเครียด								
5.1	1	1	1	1	0	4	0.8	นำไปใช้ได้
5.2	1	1	1	1	0	4	0.8	นำไปใช้ได้
5.3	1	1	1	1	0	4	0.8	นำไปใช้ได้
5.4	1	1	1	0	1	4	0.8	นำไปใช้ได้
5.5	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
5.6	1	1	1	0	1	4	0.8	นำไปใช้ได้
6. สวัสดิการ								
6.1	1	1	1	0	0	3	0.6	นำไปใช้ได้
6.2	0	0	1	1	1	3	0.6	นำไปใช้ได้
6.3	0	1	1	1	0	3	0.6	นำไปใช้ได้
7. สุขภาพ								
7.1	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
7.2	1	1	1	1	1	5	1	นำไปใช้ได้
8. อื่น ๆ								
8.1	1	1	0	1	0	3	0.6	นำไปใช้ได้

ตารางที่ 43 การหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (CVI) จากการพิจารณาผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																				
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ตอนที่ 1																					
1				/				/				/				/				/	
2				/				/				/				/				/	
3				/				/				/				/				/	
4				/				/				/				/				/	
5				/				/				/				/				/	
ตอนที่ 2																					
1. เศรษฐกิจ																					
1.1				/				/				/				/				/	
1.2				/				/				/				/				/	
1.3				/				/			/				/				/		
2. สังคม																					
2.1				/				/				/			/				/		
2.2				/				/				/			/				/		
2.3				/				/				/			/				/		
3. โภชนาการ																					
1.1				/				/				/			/				/		
1.2				/				/				/			/				/		
1.3				/				/				/			/				/		
1.4				/				/				/			/				/		
4. การออกกำลังกาย																					
4.1				/				/				/			/				/		

ตารางที่ 43 (ต่อ)

ข้อที่	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ																			
	คนที่ 1				คนที่ 2				คนที่ 3				คนที่ 4				คนที่ 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4.2				/				/				/				/				/
4.3				/				/				/				/				/
5. ความเครียด																				
5.1				/				/				/				/				/
5.2				/				/				/				/				/
5.3				/				/				/				/				/
5.4				/				/				/		/						/
5.5				/				/				/				/				/
5.6				/				/				/		/						/
6. สวัสดิการ																				
1.1				/				/				/		/						/
1.2			/				/					/			/					/
1.3			/				/					/			/					/
7. สุขภาพ																				
7.1				/				/				/				/				/
7.2				/				/				/				/				/
8. อื่น ๆ																				
8.1				/				/				/				/				/

จากตารางวิเคราะห์พบว่าข้อที่ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ได้แก่
 ตอนที่ 1 ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตอนที่ 2 ข้อ 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4,
 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1, 7.2 และ 8.1 เป็นจำนวน 30 ข้อ ดังนั้น

$$CVI = \frac{\sum 3,4}{N} = \frac{30}{30} = 1.00$$

แสดงว่าแบบสัมภาษณ์เชิงลึกฉบับนี้มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ 1.00
 ผ่านเกณฑ์การพิจารณา

ใบแจ้งรายละเอียดการเข้าร่วมงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง	วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัด ชลบุรีหลังเลิกชกมวย Life Style, Health Status and Physical Fitness of Thai Boxing in Chon Buri Province after Retirement
ผู้วิจัย	นายอุเทน หลงอูย
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี

เรียน ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่าน

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพ ในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาเอก สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา

การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วนของการวิจัย โดยจะต้องเข้าร่วมตามขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมจะได้รับการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และทดสอบสมรรถภาพทางกายโดยแบ่งออกเป็น 3 วัน ดังนี้

วันที่ 1 เก็บข้อมูลวิถีชีวิตโดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ ด้านเศรษฐกิจ, ด้านสังคม, ด้านโภชนาการ, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการจัดการกับความเครียด, ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ โดยทำการนัดวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ (การสัมภาษณ์ใช้สถานที่พักอาศัยของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา)

วันที่ 2 เก็บข้อมูลภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ช่วงเช้า เก็บข้อมูลส่วนสูง, น้ำหนัก, สัญญาณชีพ, ซักประวัติ, ตรวจร่างกายโดยแพทย์ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เก็บตัวอย่างเลือดโดยการเจาะเก็บโลหิตจากเส้นเลือดดำในปริมาณ ครั้งละประมาณ 10 มิลลิลิตร จำนวน 1 ครั้ง เพื่อส่งตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดแดง, เม็ดเลือดขาว, ค่าฮีมาโตคริต, ค่าฮีโมโกลบิน, เกล็ดเลือด, น้ำตาลในเลือด, โกลูเตน, ไตรกลีเซอไรด์, เอชดีแอล, แอลดีแอล, การทำงานของตับ, การทำงานของไต และกรดยูริก ในการเจาะเลือดและตรวจปัสสาวะดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา อุบลราชธานี

ที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ใช้อุปกรณ์มาตรฐานของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และดำเนินการวิเคราะห์ผล ณ ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

- ช่วงบ่าย เก็บข้อมูลเอกซเรย์ปอด และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา)

วันที่ 3 เก็บข้อมูลสมรรถภาพทางกาย โดยการทดสอบ 5 รายการ

- ช่วงเช้า ทดสอบสมรรถภาพทางกาย 7 รายการ คือ คชันนิมวลกาย, นั่งอตัว, นอนยกตัว 1 นาที, ดันพื้น 1 นาที และก้าวขึ้นลง 3 นาที (การทดสอบสมรรถภาพทางกายใช้สถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬาภูมิภาค 1 จังหวัดชลบุรี)

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยที่ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับท่านมีเพียงผลกระทบบนเป็นผลมาจากการเจาะเก็บโลหิตเท่านั้น ซึ่งนับว่ามีความเสี่ยงน้อยมาก ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นมีเพียงการเกิดห้อเลือดบริเวณที่เจาะ ซึ่งจะค่อย ๆ หายได้เองใน 2-3 วัน

ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวมเป็นกลุ่ม หลังจากเขียนรายงานและนำเสนอแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารการเก็บข้อมูลทั้งหมด ท่านมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิก หรือขอลอนตัวเมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นายอุเทน หลงอุย

ผู้วิจัย

การติดต่อผู้วิจัย

โทรศัพท์ 081-3734663

E-mail address: Utssr1@hotmail.com



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อคุณูปนิพนธ์ เรื่อง วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพ
ในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย (Life Style, Health Status and Physical Fitness of Thai Boxers in
Chon Buri Province after Retirement)

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.
ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และ
มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มี
ผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....นายอุเทน หลงอูย.....)



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพใน
จังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) LIFE STYLE, HEALTH STATUS AND PHYSICAL FITNESS OF
THAI BOXING IN CHON BURI PROVINCE AFTER RETIREMENT

2. ชื่อนิติ (นาย,นาง,นางสาว): อุเทน หลงอุย

หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา
 ภาคปกติ ภาคพิเศษ

รหัสประจำตัว 50810791

คณะ/วิทยาลัย วิทยาศาสตร์การกีฬา

3. หน่วยงานที่สังกัด:

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม
โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และ
รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย
ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

- (✓) รับรองโครงการวิจัย
() ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง: ๑7เดือน กันยายน พ.ศ. 2553

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์เสรี ชัดเข้ม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ภาคผนวก ข

- ใบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพ
- ใบบันทึกการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ใบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพ

งานวิจัยเรื่อง: วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรี

หลังเลิกชกมวย

วันที่.....เดือน.....ปี.....หมายเลข.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....

ส่วนสูง.....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม

สัญญาณชีพ:

Body Temp = องศาเซลเซียส Heart Rate =.....ครั้ง/ นาที

Blood Pressure =.....มิลลิเมตรปรอท RR. =.....ครั้ง/ นาที

ประวัติการเจ็บป่วย:

การเจ็บป่วยในอดีตที่สำคัญ:

1. ที่เกี่ยวข้องกับอาการชกมวย

.....
.....

2. ไม่เกี่ยวข้องกับอาการชกมวย

.....
.....

ประวัติการผ่าตัดในอดีตที่สำคัญ:

.....
.....

การใส่แว่น:

ไม่ใส่.....

ใส่.....

โรคประจำตัว:

.....
.....

ประวัติการใช้ยา:

ยาที่ใช้เป็นประจำ:

.....
.....

ยาที่มีประวัติการแพ้:

.....

Physical Examination

General Appearance:

.....

Heent: Normal Abnormal
 Chest: Normal Abnormal
 Heart: Normal Abnormal
 Abdomen: Normal Abnormal
 Genitalia: Normal Abnormal

Remark:

.....

Musculoskeletal Evaluation

Balance: Normal Abnormal
 Gait: Normal Abnormal
 Spine: Normal Abnormal
 Upper Limbs: Normal Abnormal
 Lower Limbs: Normal Abnormal
 Muscle Power: Normal Abnormal
 Back Flexibility: Normal Abnormal

Remark:

.....

Neurological Examination

General Appearance..... Mental Status.....
 Balance.....
 Gait.....
 Involuntary Movement.....
 Speech.....

Cranial Nerve Test

CN 1.....
 CN 2 (Eye Ground Exam.)
 CN 3,4,6
 CN 5
 CN 7
 CN 8.....
 CN 9,10.....
 CN 11.....
 CN 12.....

Motor Function

Muscle Atrophy.....
 Muscle Tone.....
 Muscle Power.....

Sensory Function

Pinprick Sensation.....
 Light touch Sensation.....
 Proprioceptive Sensation.....

Reflex

Babinski's Ssign..... Clonus.....

Cerebellar Function

Romberg' Sign.....

Cerebellar Sign

Truncal Ataxia.....
Finger to Nose.....
Heel to Knee.....
Alternative
Movements.....
Tandem
Walk.....

Final Impression

Normal Abnormal

Remark:
.....

แพทย์ผู้ตรวจ.....

ใบบันทึกการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

งานวิจัยเรื่อง: วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรี

หลังเลิกชกมวย

วันที่.....เดือน.....ปี..... หมายเลข.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....

รายการ	ผลการทดสอบ	หน่วย	หมายเหตุ
1. น้ำหนัก		kg.	
2. ส่วนสูง		cm.	
3. BMI		kg./ m ²	
4. การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด			
4.1 ค่า Hct		%	
4.2 ค่า Hb		g/ dl	
4.3 ค่า WBC Count		cell/ cu.mm.	
4.4 ค่า Platelet Count		cell/ cu.mm.	
5. การตรวจน้ำตาลในเลือด		mg/ dl.	
6. การตรวจไขมันในเลือด			
6.1 ค่า TC		mg/ dl.	
6.2 ค่า TG		mg/ dl.	
6.3 ค่า HDL-C		mg/ dl.	
6.4 ค่า LDL-C		mg/ dl.	
7. การตรวจการทำงานของตับ			
7.1 ค่าเอสจีโอที (SGOT)		U/ L	
7.2 ค่าเอสจีพีที (SGPT)		U/ L	
8. การตรวจการทำงานของไต			
8.1 ค่ายูเรียไนโตรเจน		mg/ dl.	
8.2 ค่าครีเอตินิน		mg/ dl.	
9. การตรวจระดับกรดยูริกในเลือด			

10. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ปกติ พบโรค ระบุ.....

12. การเอกซเรย์ปอด

ปกติ พบโรค ระบุ.....

11. การตรวจปัสสาวะ

ปกติ พบโรค ระบุ.....

ภาคผนวก ค

- แบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย
- ใบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย
- เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของกรมกีฬาแห่งประเทศไทย

แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของกรีกิฬาแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2546
ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ขนาดของร่างกาย ประกอบด้วยวิธีการทดสอบ คือ
 - 1.1 ดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index)
2. ความอ่อนตัวยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ คือ
 - 2.1 นั่งงอตัว (Sit and Reach Test)
3. ความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อ ประกอบด้วยวิธีการทดสอบ 2 วิธี คือ
 - 3.1 นอนยกตัว 1 นาที (1 Minute Abdominal Curls)
 - 3.2 ดันพื้น 1 นาที (1 Minute Push-ups)
4. ความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด คือ
 - 4.1 ก้าวขึ้น-ลง 3 นาที (3 Minute Step Test)

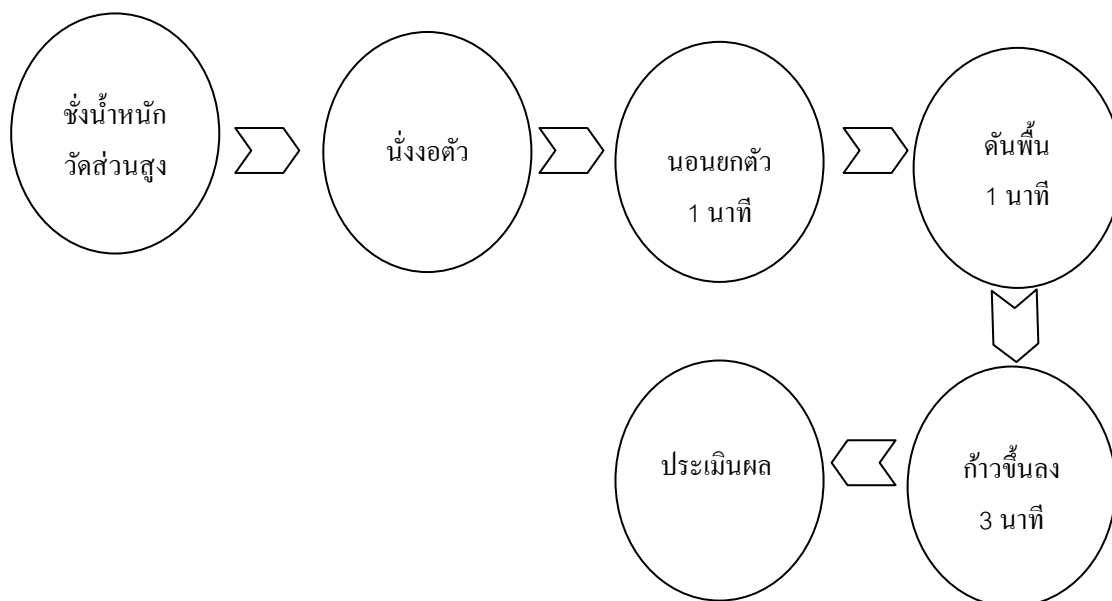
ใบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย

ชื่อ-นามสกุล..... เพศชาย
วัน/ เดือน/ ปี (เกิด)..... อายุ.....ปี

รายการ	ผลการทดสอบ
1. อัตราชีพจรขณะพัก (ครั้ง/ นาที)	
2. ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)	
3. น้ำหนัก (กิโลกรัม)	
4. ส่วนสูง (เซนติเมตร)	
5. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ ตารางเมตร)	
6. นั่งงอตัว (นิ้ว)	
7. นอนยกตัว 1 นาที (ครั้ง/ นาที)	
8. ดันพื้น 1 นาที (ครั้ง/ นาที)	
9. ก้าวขึ้น-ลง 3 นาที (ครั้ง/ นาที)	

วิธีการแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของกรีกาแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2546

คำชี้แจง การวัดสมรรถภาพทางกาย ประกอบด้วยขั้นตอนการทดสอบ ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 5 คำชี้แจง การวัดสมรรถภาพทางกาย

1. ดัชนีมวลกาย (BMI)

<u>วัตถุประสงค์</u>	เพื่อชี้วัดถึงความเหมาะสมของขนาดรูปร่างแต่ละคน
<u>อุปกรณ์</u>	เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง
<u>วิธีการ</u>	ถอดรองเท้าก่อนชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง
<u>สูตรคำนวณ</u>	

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$



ตารางที่ 44 เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ ตารางเมตร)

ขนาดรูปร่าง	เพศชาย
ผอมบาง	18.4 ลงมา
พอเหมาะ	18.5-24.9
น้ำหนักตัวเกิน	25.0-29.9
อ้วน	30 ขึ้นไป

2. นั่งงอตัว (Sit and Reach Test)

วัตถุประสงค์ เพื่อชี้วัดถึงความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบริเวณต้นขาด้านหลัง หลังส่วนล่าง

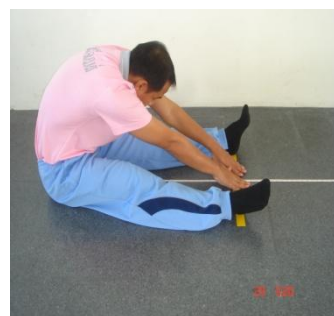
อุปกรณ์ เทปวัดระยะทาง หรือไม้บรรทัดยาวไม่น้อยกว่า 25 นิ้ว วางทาบกับพื้น

วิธีการ

- 2.1 นั่งพื้น เขยียดขาตรง เทปวัดระยะทางอยู่แนวกลางระหว่างขา ให้ส้นเท้าทั้งสองข้างอยู่ที่จุด 15 นิ้ว โดยจุดเริ่มอยู่ใกล้ขาทั้งสองข้าง
- 2.2 แยกส้นเท้าออกจากเทปวัดระยะทางด้านละ 5 นิ้ว แล้วเหยียดแขนตรงฝ่ามือชิดกัน โดยให้ปลายนิ้วทั้งสองข้างแตะพื้น (รูป ก)
- 2.3 ค่อย ๆ ก้มลงแล้วเหยียดมือออกไปให้ไกลที่สุดตามแนวพื้น โดยที่เข้าไม่งอ (รูป ข) ทำค้างไว้ประมาณ 2 วินาที บันทึกค่าเป็นนิ้ว ถ้าปลายนิ้วไม่ถึงส้นเท้าค่าจะน้อยกว่า 15 นิ้ว



(รูป ก)



(รูป ข)

ตารางที่ 45 เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าการนั่งงอตัว (นิ้ว)

ช่วงอายุ (ปี)	เพศชาย				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
17-19	21 ขึ้นไป	19-20	14-18	12-13	11 ลงมา
20-29	22 ขึ้นไป	20-21	15-19	13-14	12 ลงมา
30-39	20 ขึ้นไป	18-19	13-17	11-12	10 ลงมา
40-49	21 ขึ้นไป	18-20	11-17	8-10	7 ลงมา
50-59	18 ขึ้นไป	16-17	11-15	9-10	8 ลงมา
60-69	19 ขึ้นไป	16-18	9-15	6-8	5 ลงมา

3. นอนยกตัว 1 นาที (1 Minute Abdominal Curls)

วัตถุประสงค์ เพื่อชี้วัดถึงความแข็งแรงอดทนของกลุ่มกล้ามเนื้อบริเวณท้อง ลำตัว

อุปกรณ์ นาฬิกาจับเวลา และเบาะรอง

วิธีการ

- 3.1 นอนหงายกับพื้น ชันเข่าตั้งขึ้น ส้นเท้าทั้งสองห่างกันประมาณ 12 นิ้ว
- 3.2 เขยิบแขนราบพื้นให้ปลายนิ้วทั้งสองวางชิดพื้น (รูป ก)
- 3.3 ยกศีรษะและไหล่ขึ้น พร้อมกับเลื่อนปลายนิ้วมือไประยะทาง 3 นิ้ว (ซึ่งจะมีแถบแสดงระยะกำกับ รูป ข)
- 3.4 ทำต่อเนื่องอย่างถูกต้องและรวดเร็วมากที่สุดภายในเวลา 1 นาที



(รูป ก)



(รูป ข)

ตารางที่ 46 เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าการนอนยกตัว (ครั้ง/ นาที)

ช่วงอายุ (ปี)	เพศชาย				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
17-19	64 ขึ้นไป	58-63	45-57	39-44	38 ลงมา
20-29	64 ขึ้นไป	58-63	42-56	35-41	34 ลงมา
30-39	56 ขึ้นไป	49-55	34-48	27-33	26 ลงมา
40-49	49 ขึ้นไป	43-48	30-42	24-29	23 ลงมา
50-59	46 ขึ้นไป	40-45	27-39	21-26	20 ลงมา
60-69	43 ขึ้นไป	37-42	24-36	18-23	17 ลงมา

4. ดันพื้น 1 นาที (1 Minute Push ups)

วัตถุประสงค์ เพื่อชี้วัดถึงความแข็งแรงอดทนของกลุ่มกล้ามเนื้อแขน ไหล่ และหน้าอก

อุปกรณ์ นาฬิกาจับเวลา

- วิธีการ**
- 4.1 ชาย นอนคว่ำเหยียดขา ปลายเท้าชิดกันแตะพื้น เหยียดแขนตรงฝ่ามือคว่ำแตะพื้นปลายนิ้วชี้ไปข้างหน้า (รูป ก)
 - 4.2 ผ่อนแรงแขนลดลำตัวให้ต่ำลงหน้าอกเกือบชิดพื้น หรือให้ศอกเป็นมุมฉาก (รูป ค และรูป ง) แล้วยกตัวขึ้นใหม่ เหมือนท่าเริ่ม
 - 4.3 ทำต่อเนื่องอย่างถูกต้องและรวดเร็วมากที่สุดภายในเวลา 1 นาที



(รูป ก)



(รูป ข)



(รูป ค)



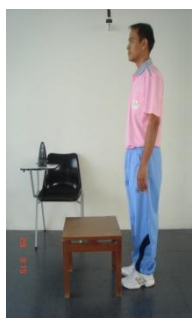
(รูป ง)

ตารางที่ 47 เกณฑ์มาตรฐานการประเมินค่าการดันพื้น (ครั้ง/ นาที)

ช่วงอายุ (ปี)	เพศชาย				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
17-19	44 ขึ้นไป	38-43	25-37	19-24	18 ลงมา
20-29	44 ขึ้นไป	39-43	28-38	23-27	22 ลงมา
30-39	42 ขึ้นไป	37-41	26-36	21-25	20 ลงมา
40-49	38 ขึ้นไป	33-37	22-32	17-21	16 ลงมา
50-59	35 ขึ้นไป	30-34	19-29	14-18	13 ลงมา
60-69	33 ขึ้นไป	28-32	17-27	12-16	11 ลงมา

5. ก้าวขึ้น-ลง 3 นาที (3 Minute Step Test)

- วัตถุประสงค์** เพื่อชี้วัดถึงความอดทนของระบบหายใจและไหลเวียนเลือด
- อุปกรณ์** ม้าก้าว หรือกล่องก้าวขึ้นลง สูงขนาด 12 นิ้ว เครื่องจังหวะ หรือเทปบันทึกจังหวะแทนได้
- วิธีการ**
- 5.1 ยืนเท้าชิดมีกล่องอยู่ด้านหน้า (รูป ก) ก้าวเท้าข้างหนึ่งขึ้นกล่อง (รูป ข) แล้วก้าวอีกข้างหนึ่งตาม (เท้าคู่บนกล่อง รูป ค) จากนั้นถอยเท้าที่ขึ้นก่อนลงพื้น (รูป ง) แล้วถอยเท้าอีกข้างลงตาม (เท้าคู่บนพื้น จุดเดิม รูป จ) นับเป็นชุด (ขึ้น ขึ้น ลง ลง)
 - 5.2 ก้าวขึ้น-ลง ต่อเนื่อง 3 นาที ๆ ละ 24 ชุด ๆ ละ 2.5 วินาที หรือตั้งเครื่องตั้งจังหวะ 96 ครั้ง/ นาที
 - 5.3 เมื่อก้าวขึ้น-ลง ครบ 3 นาที ให้นั่งลงภายใน 5 วินาที ต้องจับชีพจรทันทีเป็นเวลา 1 นาที (รูป ฉ) บันทึกผลชีพจรเป็นครั้ง/ นาที



(รูป ก)



(รูป ข)



(รูป ค)



(รูป ง)



(รูป จ)



(รูป ฉ)

ตารางที่ 48 เกณฑ์มาตรฐานประเมินค่าชีพจรหลังก้าวขึ้น-ลง 3 นาที (ครั้ง/ นาที)

ช่วงอายุ (ปี)	เพศชาย				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก
17-19	91 ลงมา	92-98	99-113	114-120	121 ขึ้นไป
20-29	88 ลงมา	89-97	98-116	117-125	126 ขึ้นไป
30-39	93 ลงมา	94-102	103-121	122-130	131 ขึ้นไป
40-49	93 ลงมา	94-102	103-121	122-130	131 ขึ้นไป
50-59	91 ลงมา	92-100	101-119	120-128	129 ขึ้นไป
60-69	89 ลงมา	90-97	98-114	115-122	123 ขึ้นไป

ภาคผนวก ง

ใบแจ้งรายละเอียดการเข้าร่วมงานวิจัย

ใบแจ้งรายละเอียดการเข้าร่วมงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง	วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัด ชลบุรีหลังเลิกชกมวย Life Style, Health Status and Physical Fitness of Thai Boxing in Chon Buri Province after Retirement
ผู้วิจัย	นายอุเทน หลงอูย
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี

เรียน ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่าน

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพ ในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาเอก สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา

การวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและครบถ้วนของการวิจัย โดยจะต้องเข้าร่วมตามขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมจะได้รับการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และทดสอบสมรรถภาพทางกายโดยแบ่งออกเป็น 3 วัน ดังนี้

วันที่ 1 เก็บข้อมูลวิถีชีวิต โดยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ ด้านเศรษฐกิจ, ด้านสังคม, ด้านโภชนาการ, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการจัดการกับความเครียด, ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ โดยทำการนัดวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ (การสัมภาษณ์ใช้สถานที่พักอาศัยของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา)

วันที่ 2 เก็บข้อมูลภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ช่วงเช้า เก็บข้อมูลส่วนสูง, น้ำหนัก, สัญญาณชีพ, ซักประวัติ, ตรวจร่างกายโดยแพทย์ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เก็บตัวอย่างเลือดโดยการเจาะเก็บ โลหิตจากเส้นเลือดดำในปริมาณ ครั้งละประมาณ 10 มิลลิลิตร จำนวน 1 ครั้ง เพื่อส่งตรวจหาจำนวนเม็ดเลือดแดง, เม็ดเลือดขาว, ค่าฮีมาโตคริต, ค่าฮีโมโกลบิน, เกล็ดเลือด, น้ำตาลในเลือด, โคลเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, เอชดีแอล, แอลดีแอล, การทำงานของตับ, การทำงานของไต, และกรดยูริก ในการเจาะเลือดและตรวจปัสสาวะดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา อุบลกรณ์

ที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ใช้อุปกรณ์มาตรฐานของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และดำเนินการวิเคราะห์ผล ณ ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

- ช่วงบ่าย เก็บข้อมูลเอกซเรย์ปอด และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา)

วันที่ 3 เก็บข้อมูลสมรรถภาพทางกาย โดยการทดสอบ 5 รายการ

- ช่วงเช้า ทดสอบสมรรถภาพทางกาย 5 รายการ คือ ดัชนีมวลกาย, นั่งอตัว, นอนยกตัว 1 นาที, ดันพื้น 1 นาที และก้าวขึ้นลง 3 นาที (การทดสอบสมรรถภาพทางกายใช้สถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬาภูมิภาค 1 จังหวัดชลบุรี)

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยที่ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับท่านมีเพียงผลกระทบอันเป็นผลมาจากการเจาะเก็บโลหิตเท่านั้น ซึ่งนับว่ามีความเสี่ยงน้อยมาก ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นมีเพียงการเกิดห้อเลือดบริเวณที่เจาะ ซึ่งจะค่อย ๆ หายได้เองใน 2-3 วัน

ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวมเป็นกลุ่ม หลังจากเขียนรายงานและนำเสนอแล้ว ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารการเก็บข้อมูลทั้งหมด ท่านมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิก หรือขอถอนตัวเมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นายอุเทน หลงอุย

ผู้วิจัย

การติดต่อผู้วิจัย

โทรศัพท์ 081-3734663

E-mail address: Utssr1@hotmail.com