

Sports Medicine	(Original article)
เวชศาสตร์การกีฬา	(นวัตกรรมฉบับ)

วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย

อุเทน หลงอุย¹ และ ประทุม ม่วงมี²

^{1,2}คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย กลุ่มเป้าหมายวิจัยเป็นนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย จำนวน 13 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ที่ขึ้นทะเบียนอดีตนักมวยไทยกับ การกีฬาแห่งประเทศไทย ประจำปี 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1.วิถีชีวิตโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก 2.ภาวะสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพประจำปี และ 3.สมรรถภาพทางกายโดยการทดสอบสมรรถภาพทางกาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1. วิถีชีวิต 7 ด้านโดยรวม พบว่า วิถีชีวิตด้านที่อยู่เกณฑ์ปรับปรุง ส่วนใหญ่เป็นวิถีชีวิตด้านสวัสดิการ จำนวน 10 คน (79.92%) ด้านสุขภาพ จำนวน 9 คน (69.23%) และ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 คน (61.54%) และวิถีชีวิตด้านที่อยู่เกณฑ์พอใช้ เป็นวิถีชีวิตด้านสังคม จำนวน 10 คน (79.92%) ด้านโภชนาการ จำนวน 8 คน (61.53%) ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 7 คน (53.85%) และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 7 คน (53.85%) ตามลำดับ

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

3. สมรรถภาพทางกายเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ตัวหนา จำนวน 8 คน (61.54%) นั่งอตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 11 คน (84.61%) นอนยกตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำ จำนวน 5 คน (38.46%) ดันพื้น อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 5 คน (38.46%) และก้าวขึ้นลง 3 นาที อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก จำนวนละ 4 คน (30.77%) ตามลำดับ

จากข้อมูลที่ได้ปรากฏสรุปได้ว่า วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของกลุ่มเป้าหมายที่วิจัย มีวิถีชีวิตส่วนใหญ่เหมือนคนทั่วไป ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเหมือนคนทั่วไป และสมรรถภาพทางกาย นั่งอตัว และนอนยกตัว มีค่าต่ำกว่าคนทั่วไป จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าการกีฬาแห่งประเทศไทย ควรจัดสวัสดิการ และ การส่งเสริมสุขภาพ ในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยให้มีความเหมาะสมต่อไป

(Journal of Sports Science and Technology 2013;13(2): 79 – 92)

คำสำคัญ: วิถีชีวิต/ ภาวะสุขภาพ/ สมรรถภาพทางกาย/ นักมวยไทยอาชีพ/ หลังเลิกชกมวย

บทนำ

ปัจจุบันการชกมวยไทยได้กลายเป็นอาชีพ ที่มีระเบียบ กติกา ข้อบังคับ และบทลงโทษต่างๆออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งพระราชบัญญัติกีฬามวยไทย พ.ศ. 2542 ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมา มวยไทยจึงเป็นที่ยอมรับจากคนไทยและต่างประเทศ มีการแข่งขันอยู่เป็นประจำทุกวันในเวทีใหญ่ต่างๆ ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด มีการแพร่ภาพการแข่งขันการชกมวยไทยทางสถานีโทรทัศน์ในหลายๆช่อง การชกมวยไทยจึงเป็นแหล่งอาชีพที่สร้างรายได้ และชื่อเสียง โดยเฉพาะการเป็นนักมวยไทยอาชีพนั้นไม่ต้องมีการคัดเลือกว่าต้องมีคุณสมบัติเหมือนอาชีพอื่นๆ แต่อาศัยความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการชกมวยจึงเป็นอาชีพหนึ่งที่มีความสนใจจากผู้ที่ชอบการต่อสู้ นักมวยไทยอาชีพเป็นอาชีพต้องมีการปะทะและการบาดเจ็บอยู่เสมอ ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น คุ้ยแตก ปากแตก ศีรษะแตก ไปจนถึงการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เช่น กระดูกแตก ข้อเคล็ด กล้ามเนื้อฉีกขาด และกระทบกระเทือนทางสมอง เมื่อนักมวยที่ชกเป็นเวลานานๆมักมีอาการที่เรียกว่า โรคเมฆาหมัด อาการเดินจะไม่มั่นคง หรือกล้ามเนื้อเกร็งคล้ายอาการโรคพาร์กินสัน (Parkinson) นอกจากนั้นการฝึกซ้อมที่หนักแล้วผลกระทบจากการที่นักมวยต้องลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในพิกัดน้ำหนักตัวที่จะชก จะส่งผลต่อการพัฒนาการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา (สนธยา แสงแสวงรัตน์, 2543) การเป็นนักมวยนั้นในความเป็นจริงไม่ได้ประสบความสำเร็จกันทุกคน มีจำนวนนักมวยหลายคนได้เลิกชกมวยด้วยหลายๆสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วย การที่ชกแพ้ติดๆกันหลายครั้งจนเกิดความท้อถอย และหัวหน้าค่ายมักให้เลิกชก อย่างไรก็ตามแม้การเป็นนักมวยไทยอาชีพจะมีปัญหาและผลเสียหลายประการที่กล่าวมาแล้ว หากการแข่งขันชกมวยไทยอาชีพยังคงอยู่ในสังคมปัจจุบัน นักมวยเหล่านี้ก็ควรได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตหลังการเลิกชกมวย ประกอบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคมในปัจจุบันทำให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปซึ่งการเปลี่ยนแปลงบางอย่างก็ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยสุขภาพนั้นไม่ได้หมายถึงปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงคุณภาพ หมายถึงการที่ระบบต่างๆ สอดคล้องกันอย่างมีสมดุล มีความปกติ โดยพิจารณาว่ามีสัมพันธภาพกัน คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา เมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิต (Quality of Life) โดยภาพรวมจะเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคล (สุภางค์ จันทวนิช และวิศน์ ศิลตระกูล, 2539) ดังจะเห็นได้จากการที่นักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยจะมีอาการต่างๆนานา โดยทั่วไปปัญหาสุขภาพนั้นมีสาเหตุจากความรู้ ความเข้าใจทัศนคติ และพฤติกรรมของบุคคล เช่นการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender, 1987) พบว่าวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมที่สำคัญได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะโรคที่มีสาเหตุมาจากวิถีชีวิตหรือพฤติกรรม เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการกีฬามวย การกีฬาแห่งประเทศไทย ในปี 2552 พบว่า มีนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย ได้รับสวัสดิการกองทุนกีฬามวยเนื่องจากบาดเจ็บ ทุพพลภาพ ทั่วประเทศ มีจำนวน 77 คน จากรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนอดีตนักมวยไทยอาชีพ จำนวน 1,295 คน จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีอดีตนักมวยไทยอาชีพที่ได้รับบาดเจ็บ ทุพพลภาพ จำนวน 2 คน จากที่ขึ้นทะเบียนรายชื่อ จำนวน 13 คน จากข้อมูลจะเห็นว่านักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย มีอาการการเจ็บป่วยและวิถีชีวิตนั้นย่อมไม่เหมือนกันในแต่ละบุคคลซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกาย แม้ว่าความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ก็ตามแต่เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ด้วยเหตุผลประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ได้ใช้วิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นกลวิธีที่สำคัญในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และการชะลอความเสื่อมระบบต่างๆของร่างกาย (Wallker, Sechrist &Pender, 1987, p.76)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นที่น่าสนใจว่าวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยเป็นอย่างไร ประกอบกับยังไม่มีงานวิจัยใดทำการศึกษ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาวิถีชีวิต ภาวะ

สุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย เพื่อเป็นข้อมูลและพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อยกระดับความผาสุกที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา เป็นนักมวยไทยอาชีพในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย โดยผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพศชาย จำนวน 13 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียนอดีตนักมวยไทยอาชีพประจำปี 2552 กับสำนักงานคณะกรรมการกฬามวย การกีฬาแห่งประเทศไทย

2. การศึกษาวิถีชีวิตโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyle Profile) ตามแนวคิดของ (Walker, Sechrist & Pender 1987, pp.76-80 อ้างอิงจาก รุ่งทิวา ไชยวงศ์, 2542, หน้า10-13) ให้มีเหมาะสมกับนักมวยไทยอาชีพ วิถีชีวิต 7 ด้าน ดังนี้ 1.ด้านเศรษฐกิจ 2.ด้านสังคม 3.ด้านโภชนาการ 4.ด้านการออกกำลังกาย 5.ด้านการจัดการกับความเครียด 6.ด้านสวัสดิการ 7.ด้านสุขภาพ

เกณฑ์การแปลความหมายของเนื้อหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการประเมินผลทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการปฏิบัติตนในวิถีชีวิต 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 วิถีชีวิตรายบุคคลรวมกันในแต่ละด้านแล้วได้ 7 คนขึ้นไป ซึ่งบ่งบอกสถานการณ์ของวิถีชีวิตอยู่ในระดับพอใช้

เกณฑ์ปรับปรุง หมายถึง วิถีชีวิตรายบุคคลรวมกันในแต่ละด้านแล้วได้ 7 คนขึ้นไปซึ่งบ่งบอกสถานการณ์ของวิถีชีวิตอยู่ในระดับควรปรับปรุง

3. การศึกษาภาวะสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยแพทย์และเทียบเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

4. การศึกษาสมรรถภาพทางกายโดยใช้การทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย โดยนำผลวิเคราะห์และเทียบเกณฑ์มาตรฐาน (การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2546)

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เข้าร่วมจะได้รับการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และทดสอบสมรรถภาพทางกายโดยมีรายละเอียด ดังนี้

วันที่ 1 เก็บข้อมูลวิถีชีวิตโดยการสัมภาษณ์ วิถีชีวิต 7 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ, ด้านสังคม, ด้านโภชนาการ, ด้านการออกกำลังกาย, ด้านการจัดการกับความเครียด, ด้านสวัสดิการ และด้านสุขภาพ ณ สถานที่พักของกลุ่มเป้าหมาย

วันที่ 2 เก็บข้อมูลภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ช่วงเช้า เก็บข้อมูล สัญญาณชีพ, ซักประวัติ, ตรวจร่างกายโดยแพทย์ และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เก็บตัวอย่างเลือดและตรวจปัสสาวะดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

วันที่ 3 เก็บข้อมูลสมรรถภาพทางกาย โดยการทดสอบ 5 รายการ

- ช่วงเช้า ทดสอบสมรรถภาพทางกาย 5 รายการ คือ ดัชนีมวลกาย, นั่งงอตัว, นอนยกตัว 1 นาที, ดันพื้น 1 นาที และก้าวขึ้นลง 3 นาที ณ สถาบันวิทยาศาสตร์การกีฬาภูมิภาค 1 จังหวัดชลบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลวิถีชีวิต 7 ด้าน ของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านสวัสดิการ และด้านภาวะสุขภาพ นำไปวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปประเด็นแต่ละด้านเทียบเกณฑ์แล้วนำเสนอในรูปตารางและความเรียง

2. นำข้อมูลภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลความหมายโดยเทียบเกณฑ์มาตรฐาน

ผลการวิจัย**ส่วนที่ 1 วิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการสัมภาษณ์ เทียบเกณฑ์**

ตารางที่ 1 สรุปผลวิถีชีวิต 7 ด้านของนักมวยที่ศึกษา (N = 13) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเทียบเกณฑ์

วิถีชีวิต	เกณฑ์ดี จำนวน (ร้อยละ)	เกณฑ์พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	เกณฑ์ปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)
1.ด้านเศรษฐกิจ	2 (15.38)	7 (53.85)	4 (30.77)
2.ด้านสังคม	1 (7.70)	10 (79.92)	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 (79.92)
6.ด้านการจัดการกับ ความเครียด	1 (7.70)	7 (53.84)	5 (38.46)
7.ด้านสุขภาพ	-	4 (30.77)	9 (69.23)

จากตารางที่ 1 สรุปผลวิถีชีวิต 7 ด้านของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบเกณฑ์ (หน้า 55) พบว่า ด้านเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ(53.85) ด้านสังคมอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ (79.92) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ (61.54) ด้านโภชนาการอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ (61.54) ด้านสวัสดิการอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ(79.92) ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในเกณฑ์พอใช้ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ (53.84) และ ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ (69.23) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการตรวจสุขภาพ

ตารางที่ 2 สรุปผลภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษา 13 คนเทียบเกณฑ์มาตรฐานจากใบรายงานผลการตรวจชันสูตรโรค
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ภาวะสุขภาพ	นักมวยที่ศึกษา (N= 13)			
	ปกติ จำนวน (คน)	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/ลบ.มม. ³)	12	1	92.30	7.70
2.4 เกล็ดเลือด (เซลล์/ลบ.มม. ³)	13	0	100	0
3. น้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)	6	7	46.15	53.85
4. ไขมันในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)				
4.1 โคเลสเตอรอล	5	8	38.46	61.54
4.2 ไตรกลีเซอไรด์	10	3	76.92	23.08
4.3 แอลดีแอล โคเลสเตอรอล	11	2	84.62	15.38
4.4 เอชดีแอล โคเลสเตอรอล	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
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 2 ภาวะสุขภาพของนักมวยที่ศึกษาเทียบเกณฑ์มาตรฐาน 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 และมีค่าครีเอตินีนปกติ (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 สมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยโดยการทดสอบสมรรถภาพ

ตารางที่ 3 สรุปผลดัชนีมวลกายของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย (N = 13)

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

จากตารางที่ 3 สรุปผลดัชนีมวลกายของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ตัวหนา จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 รองลงมาอยู่ในระดับ พอเหมาะ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 23.07 และอยู่ในระดับอ้วน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 15.38 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 สรุปผลสมรรถภาพทางกายทุกรายการของนักมวยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย (N = 13)

รายการทดสอบ	ระดับสมรรถภาพทางกาย				
	ดีมาก (จำนวน)	ดี (จำนวน)	ปานกลาง (จำนวน)	ต่ำ (จำนวน)	ต่ำมาก (จำนวน)
2. นั่งอดตัว (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 4 ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายทุกรายการของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานพบว่า ส่วนใหญ่หนึ่งอตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 84.61 นอนยกตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำ จำนวน 5 คน และเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 และ 38.46 ตามลำดับ ดันพื้น อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 และก้าวขึ้นลง 3 นาที อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 4 คน เกณฑ์ต่ำ จำนวน 4 คน และเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77, 30.77 และ 30.77 ตามลำดับ

อภิปรายผล

1.วิถีชีวิต จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ด้านเศรษฐกิจ พบว่าหลังเลิกชกมวยมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เนื่องจากรายได้การประกอบอาชีพของนักมวย

ไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยไม่แน่นอน ไม่มีความรู้อาชีพที่จะประกอบอาชีพทำให้เป็นหนี้สินเป็นภาระครอบครัวมากขึ้น รายได้เป็น

ปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของนักมวยหลังเลิกชกมวย ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ แต่ก็มีนักมวยที่มีค่าตัวที่

แตกต่างกันออกไป ตามความสามารถของแต่ละบุคคล ทำให้ภาวะทางด้านเศรษฐกิจของนักมวยและครอบครัวแตกต่างกันของ

นักมวยไทยอาชีพ (โพธิ์สวัสดิ์ แสงสว่าง. 2522, อ้างอิงใน พชรินทร์ ยาพิมาย. 2542) ได้กล่าวถึงการฝึกหัดมวยไทยในปัจจุบันว่าเป็น

การฝึกเพื่อต้องการที่จะมีรายได้สำหรับการดำรงชีวิต และวัชระ คำเพ็ง (2537 : 54-56) พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักมวยไทย

อาชีพต้องการมีรายได้ ชื่อเสียง และเงินรางวัล ส่วนมากมาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการเป็นนักมวยไทยอาชีพ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า หลังเลิกชกมวยส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจไม่มีเวลา

ออกกำลังกาย แต่บางส่วนยังมีกิจกรรมการออกกำลังกายตลอดเวลาเมื่อมีโอกาส เพียงแต่ถ้าร่างกายไม่เจ็บป่วย หรือติดภาระที่

จำเป็น ต้องการที่จะออกกำลังกาย ส่วนใหญ่เป็นการวิ่ง เดิน และการบริหารร่างกายที่เกี่ยวกับมวย เช่น ชกลมดังตัวอย่างของผู้ให้

สัมภาษณ์ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษายังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควรซึ่งน่าจะมา

จากกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.92) ต้องรับผิดชอบครอบครัว ไม่มีเวลาออกกำลังกาย รวมทั้งค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ทำให้เกิดความเชื่อช้าในการเคลื่อนไหว และกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี เป็นกลุ่มอายุมาก รวมถึงยังพบว่าโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไส้มันในเลือดสูง เบาหวาน จึงมีความยุ่งยากในการออกกำลังกาย และอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกาย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจเกิดอาการหน้ามืด ใจสั่นเป็นลมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภ

ลักษณะ บุญความดี (2541) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีกิจกรรมการทำงาน และพักผ่อนที่ใช้แรงงานน้อย และไม่ออกกำลังกาย พบว่า ที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาบางส่วนยังมีกิจกรรมการออกกำลังกาย ตลอดเวลาเมื่อมีโอกาส เพียงแต่ถ้าร่างกายไม่เจ็บป่วย สอดคล้องกับแอนดรูว์ (Andrew. 1981) ศึกษาพบว่าผู้ที่ออกกำลังกาย จะมองว่าการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่เสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง และการมีทัศนคติทางบวกต่อการออกกำลังกาย โดยในช่วงเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายมีอาการป่วยและได้รับบาดเจ็บไม่สามารถออกกำลังกายได้จึงทำให้ขาดประสิทธิภาพส่งผลให้การออกกำลังกายยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ซึ่งน่าจะปรับรูปแบบการออกกำลังกายให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับ ประทุม ม่วงมี (2527, หน้า 98) ได้เสนอแนวทางการฝึกออกกำลังกายโดยยึดหลัก (Overload Principle) ว่าต้องมีความเข้มข้น ระยะเวลา และความบ่อยที่พอเพียง เข้มข้นที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 70% ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ ระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที ความบ่อยอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ **ด้านโภชนาการ** พบว่า หลังเลิกชมมวย มีการบริโภคมากกว่าปกติเนื่องจากตอนเป็นนักมวยต้องคุมน้ำหนักเลยเห็นอะไรก็จะบริโภคขาดการหยั่งคิด ไม่รู้ว่าจะมีผลอย่างไรเมื่อบริโภคมากเกินไปจนความจำเป็น ส่วนใหญ่ติดการบริโภคนิสัย เช่นการรับประทานกาแฟยามเช้า นิยมบริโภคอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วน หรืออาหารตามวัฒนธรรมตะวันตก ดื่มน้ำอัดลม ใช้น้ำมันพืช ใช้น้ำมันหมู ดึงตัวอย่างของผู้ให้สัมภาษณ์ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน ค่าดัชนีมวลกาย ($M = 27.11$ กิโลกรัม/เมตร²) เข้าเกณฑ์เริ่มอ้วน ซึ่งกรมอนามัย (2550) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเข้าเกณฑ์เริ่มอ้วน ซึ่งข้อคำถามเกี่ยวกับการปรุงอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร การดื่มน้ำอัดลม ดื่มน้ำจืดดื่ม น้ำอัดลม เลือกลูกไม้รสเปรี้ยว เนื้อติดมัน รับประทานเครื่องในสัตว์ รับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอด และรับประทานอาหารปรุงสำเร็จ ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง จากผลการวิจัยครั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้น้อยกว่า ไม่มีเวลาในการแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุลักษณ์ บุญความดี (2541) พบว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 89 มาจากบริโภคนิสัย โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 97.6 และรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ร้อยละ 78.1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ตามภานนท์ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่เลือกรับประทานขนมที่ให้พลังงานสูง เครื่องดื่มที่มีรสหวาน และรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 **การจัดการกับความเครียด** พบว่า หลังเลิกชมมวย ส่วนใหญ่มีอาการเครียดที่แตกต่างกัน แต่ปัญหาที่เหมือนกันตรงรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ภาระหนี้สิน การเจ็บป่วย และการประกอบอาชีพ การคลายความเครียดของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาจะใช้การทำสมาธิ สวดมนต์ การออกกำลังกาย และการพูดคุยปรึกษากันในครอบครัว ดังตัวอย่างของผู้ให้สัมภาษณ์ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ ที่ถดถอย มีการใช้จ่ายที่มากขึ้นแต่รายรับลดลง จึงส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคและด้านเศรษฐกิจที่บีบรัด เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องมีการปรับตัวมีวิธีการจัดการกับความเครียดไม่ถูกต้อง มักจะแสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า จะกลายเป็นความเครียด ส่งผลเสียต่อสุขภาพทางกายและทางจิตใจได้สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างใน ปิยะรัตน์ ใจโต, 2543) วิธีการจัดการกับความเครียดของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่ใช้การสวดมนต์ ทำสมาธิ และการออกกำลังกาย เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของระเบียบ ชื่นสวด (2539) พบว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีอายุยืน และการศึกษาของรัชนิพร ภู

กร (2533) พบว่าปัจจัยที่ทำให้อายุยืนหรือการทำให้มีสุขภาพดี เกิดจากปัจจัยหลายประการเช่น การไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย จะทำให้แก่เร็วและมีอายุสั้น **ด้านสวัสดิการ** พบว่าปัญหาสวัสดิการของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ในแง่สวัสดิการและความปลอดภัยนักมวยไทยอาชีพยังคงต้องเสี่ยงอันตรายจากการฝึกซ้อมและการแข่งขันชกมวยอยู่เสมอ เพื่อให้หายจากการบาดเจ็บและกลับมาฝึกซ้อมเพื่อแข่งขันตามปกติ แต่ในเรื่องของการป้องกันค่ายมวยยังไม่ได้มีสวัสดิการให้ เช่นการตรวจสุขภาพประจำปี การประกันสุขภาพ และการประกันอุบัติเหตุเนื่องจากการชกมวย จึงกล่าวได้ว่านักมวยเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงและไม่ได้ได้รับความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สนธยา แสงรัตน์ (2543) พบว่า ผลตอบแทนและสวัสดิการที่นักมวยได้รับตาม พระราชบัญญัติกีฬามวย พ.ศ. 2542 นักมวยยังไม่ทราบเนื่องจากค่ายมวยไม่ได้แจ้งให้นักมวยได้ทราบสิทธิและสวัสดิการที่จะได้รับจากค่าตอบแทนและสวัสดิการการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของนักมวยและหลังเลิกชกมวยเป็นไปตามพระราชบัญญัติกีฬามวย พ.ศ. 2542

2. ภาวะสุขภาพ พบว่า การเกิดโรคประจำตัวดังกล่าวส่งผลในการใช้ชีวิตประจำวันไม่ปกติอันเนื่องมาจากขาดการใส่ใจดูแลตนเองไม่ดีเท่าที่ควรจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การออกกำลังกาย การควบคุมจิตใจและอารมณ์ การตรวจสุขภาพ และการควบคุมน้ำหนัก ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตนเองเพิ่มขึ้นจากการเกิดโรคประจำตัว และต้องพึ่งพาคนในครอบครัวหรือคนอื่นในการใช้ชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2546) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีการรับรู้ว่าเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้วิธีการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่เห็นความสำคัญ ในสังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปบุคคลต้องทำงานแข่งกับเวลา ไม่มีเวลาประกอบอาหารเช้าทำให้คำนิยมในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปบุคคลหันมานิยมการดื่มกาแฟเป็นอาหารเช้า หรืออาหารว่าง หรือดื่มกาแฟในระหว่างมื้ออาหาร นอกจากนี้กาแฟมีสารประเภทแทนนิน (Tannin มีมากในน้ำชา กาแฟ) เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีผลทำให้การดูดซึมและการใช้ธาตุเหล็กในร่างกายได้น้อยลง (อมรา จันทราภานนท์, 2515 หน้า 230 อ้างอิงใน กันยา แผนกุล, 2545) การตรวจสุขภาพพบว่า กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปี จะไปตรวจสุขภาพก็เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534, หน้า 112) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529, หน้า 104) ที่พบว่าผู้สูงอายุทั้งหมดไม่เคยไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจสุขภาพก็ต่อเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การพึงรายการเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นการรับรู้สิ่งกระตุ้นพฤติกรรมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยการตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับ กอร์ดอน (Gordon, 1967 : 651-655) ที่ได้ทบทวนเกี่ยวกับการใช้สื่อมวลชนในเรื่องการปรับพฤติกรรม พบได้ผลดี วิธีการศึกษาวิธีหนึ่ง คือใช้สื่อรายการสุขภาพเผยแพร่ทางวิทยุ และโทรทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาของไพโรจน์ พรหมพันธุ์ (2540: 141-142) พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. สมรรถภาพทางกาย เมื่อพิจารณาจากผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถภาพทางกายมีอยู่หลายอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวยมีความแตกต่างกัน และเหมือนกันในบางประเด็น การออกกำลังกายนั้นมีผลต่อการใช้พลังงาน อันจะส่งผลต่อเนื่องไปถึงความมีสุขภาพและสมรรถภาพร่างกาย การมีสุขภาพที่ดีไม่แน่ว่าจะเป็นผู้มีสมรรถภาพทางกายดี แต่การมีสมรรถภาพทางกายที่ดีย่อมต้องมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานที่สำคัญสอดคล้องกับ เอนก สุตรมงคล (2549, หน้า 9)

นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษามีอายุโดยเฉลี่ย ($M = 54.61$ ปี) ซึ่งเป็นช่วงที่ให้ความสนใจในการประกอบอาชีพ ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายมากนัก และมีลักษณะการบริโภคนิสัย จนทำให้ร่างกายเสียความสมดุล และนำไปสู่ความเสื่อมระบบการทำงานของร่างกาย ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะต้องอาศัยสมรรถภาพทางกายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อายุ เมื่อเปรียบเทียบการออกกำลังกายตลอดชีวิตของคน พบว่าสมรรถภาพของร่างกายจะมีการพัฒนาขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากวัยเด็กจนถึงจุดๆหนึ่งแล้วความแข็งแรงและความอดทนก็จะค่อยๆลดลง สำหรับผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ในผู้ชายช่วงที่มีความแข็งแรงและความอดทนสูงสุดจะเป็นอายุประมาณ 20-30 ปี หลังจากนั้นความแข็งแรงและความอดทนก็จะค่อยๆลดลงจะเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อขาและลำตัวเร็วกว่ากล้ามเนื้อแขน (Astrand, P.O. and Rodahl, K. 1970 อ้างอิงใน ประทุม ม่วงมี. 2527, หน้า 93) และสอดคล้องกับ วิส และฮุส (Wessel & Huss, 1984 อ้างอิงใน ถาวรสิน รัชบุรุษ. 2544, หน้า 25) รายงานว่าความสามารถในการออกกำลังกาย หรือประกอบกิจกรรมอื่นๆ จะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น แต่ส่วนใหญ่มาจากการขาดการออกกำลังกาย

สรุปผลการวิจัย

จากข้อมูลที่ได้ปรากฏสามารถสรุปได้ว่า วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพ ในจังหวัดชลบุรีหลังเลิกชกมวย

1. วิถีชีวิต 7 ด้านโดยรวม พบว่า วิถีชีวิตด้านที่อยู่เกณฑ์ปรับปรุง ส่วนใหญ่เป็นวิถีชีวิตด้านสวัสดิการ จำนวน 10 คน (79.92%) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 คน (61.54%) และด้านสุขภาพ จำนวน 9 คน (69.23%) และวิถีชีวิตด้านที่อยู่เกณฑ์พอใช้ เป็นวิถีชีวิตด้านเศรษฐกิจ จำนวน 7 คน (53.85%) ด้านสังคม จำนวน 10 คน (79.92%) ด้านโภชนาการ จำนวน 8 คน (61.53%) และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 7 คน (53.84%) ตามลำดับ

2. ภาวะสุขภาพ พบว่า มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 7 คน (53.85%) ไขมันในเลือดสูง จำนวน 8 คน (61.54%) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน 9 คน (69.23%) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และต้องพึ่งพาคนอื่นในครอบครัวในการใช้ชีวิตประจำวัน

3. สมรรถภาพทางกายเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ตัวหนา จำนวน 8 คน (61.54%) นั่งอตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก จำนวน 11 คน (84.61%) นอนยกตัว อยู่ในเกณฑ์ต่ำ จำนวน 5 คน (38.46%) ดันพื้น อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 5 คน (38.46%) และก้าวขึ้นลง 3 นาที อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก จำนวนละ 4 คน (30.77%) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิถีชีวิตของนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย ในทั่วทุกภาคของประเทศไทย เพื่อดูผลการเปรียบเทียบของสภาพสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิต เพื่อวางแผนการดำเนินชีวิตของนักมวยไทยอาชีพในสังคมไทยในปัจจุบัน

2. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายของนักมวยไทยอาชีพ

หลังเลิกชกมวย เนื่องจากปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ สังคม และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป จึงเห็นควรทำการศึกษาเพื่อเป็นสิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสำคัญตลอดจนนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางแผนปรับปรุง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ในนักมวยไทยอาชีพหลังเลิกชกมวย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นำไปประกอบการวางแผนให้ความช่วยเหลือ สำหรับนักมวยไทยอาชีพ หลังเลิกชกมวยที่มีอาการป่วย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประทุม ม่วงมี อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. การกีฬาแห่งประเทศไทย. แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายอย่างง่ายของการกีฬาแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: นิเวศมิตร การพิมพ์, 2546.
2. กรมอนามัย. โรคอ้วนลงพุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2550.
3. กันยา แผนกุล. ภาวะโลหิตจาง และปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้สูงอายุ ตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอ สันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
4. ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2546.
5. ถาวรินทร์ รักษ์บำรุง. ผลการฝึกออกกำลังกายด้วยความเข้มข้น ระยะเวลาและความบ่อยที่แตกต่างกันต่อสมรรถภาพทางกาย. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2541.
6. ประทุม ม่วงมี. รากฐานทางสรีรวิทยาของการออกกำลังกายและการพลศึกษา. กรุงเทพฯ: บุรพาสาน, 2527.
7. ปิยะรัตน์ ใจโต. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทเอกชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
8. พชรินทร์ ยาพิมาย. สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของนักมวยไทย อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาไทยคดีศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2542.

9. ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
10. เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคมความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. 2529.
11. ระเบียบ ชื่นฮวด. วิธีการดำเนินชีวิตในอดีตของผู้ที่มีอายุถึงหนึ่งร้อยปีในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. 2539.
12. รุ่งทิวา ไชยวงศ์. (2542). วิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
13. รัชนิพร ภูกร. สุขภาพผู้สูงอายุ. ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี วิทยาลัยครูพิษณุโลก. 2533.
14. วชิระ คำเพ็ง. การศึกษาแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักมวยไทย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2537.
15. สรยา แสงแสงรัตน์. การศึกษาชีวิตการทำงานและผลตอบแทนของนักมวยอาชีพ. สารนิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาแรงงานและสวัสดิการ, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2543.
16. สุภาวดี จันทวนิช และวิศนี ศิลตระกูล. การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนอุดหนุนงานวิจัย. 2539.
17. สุภลักษณ์ บุญความดี. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
18. อารยา ตามภานนท์. ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาโภชนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2542.
19. เอนก สุตมมงคล. การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน. วารสารวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและกีฬา. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2549.
20. Andrew, GM. and others. Reason for Dropout from Exercise Programs in post Coronary Patient. Medicine Science Sport Exercise. 1981; 13: p 164-168.
21. Gordon, E. Evaluation of Communications media in two health projects in Baltimore. Public Health Report. 1967; 82: p 651-655.

22. Pender, N.J. *Health promoting in nursing practice*. East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange. 1987.
23. Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. *The Health – Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics*. Nursing Research, 1987; 36 (2), : p 76-80.

Sports Medicine	(Original article)
เวชศาสตร์การกีฬา	(นวัตกรรมฉบับ)

LIFE STYLE, HEALTH STATUS AND PHYSICAL FITNESS OF THAI BOXERS IN CHON BURI PROVINCE AFTER RETIREMENT

Uthen LOUG-UI¹, Pratoom MUONGMEE²

^{1,2}Faculty of Sports Science, Burapha University, Tambon Saensook, Amphur Mueang, Chon Buri. 20131

ABSTRACT

This descriptive research was conducted to study life style, health status and physical fitness of Thai Boxers in Chon Buri Province after their retirement. Thirteen Boxers was selected, by purposive sampling, from Thai boxer who registered with the Sport Authority of Thailand in Chon Buri Province in 2009. Data collection was done in 3 steps using various research tools as follows: 1.In-depth interview was used for life style studies of the boxers, 2.Physical examination by physician was used to study the boxers health status 3.Physical fitness test using modified Sports Authority of Thailand Fitness Test. Content analysis was used for qualitative data analysis and descriptive statistics (frequencies, percentage, mean and standard deviation) was used to analyze quantitative data.

Results showed the followings:

1) Life style: Considering at each category of 7 life styles namely: nutrition, welfare 10 people (79.925%), well-being 9 people (69.23%) and exercise 8 people (61.54%) should be improve and social 10 people (79.92%) nutrition 8 people (61.53%) economic 7 people (53.85%) and stress management 7 people (53.85%) life style was at the average level respectively.

2) Health status: A congenital disease was found respectively as follow; Cardiac arrhythmia 9 people (69.23%) Dyslipidemia 8 people (61.54%) and Diabetes 7 people (53.85%).

3) Physical fitness: It was found that also comparing with the standard norm of Thai population respectively that body mass index of the boxers 8 people (61.54%) was overweight level. Sit and reach test was at the very low average level 11 people (84.61%) Abdominal curls was at the below average level 5 people (38.46%) Push up was at the average level 5 people (38.46%) and three-minute step test was at the average, below average and low average level 4 people (30.46%).

In conclusion, Life style, health status and physical fitness of Thai boxers after their retirement. Life style wave similar to general person such as Health status whereas Physical fitness whereas sit and were reach test and abdominal curls wave low lower than the average level . The study recommended the Sports Authority of Thailand to give more appropriate welfare and health promotion for boxers and involved personnel be considered at the policy making level and the implementation level for improving the quality of life to professional boxers to be move appropriate.

(Journal of Sports Science and Technology 2013;13(2): 79-92)

KEYWORDS: life style/ health status/physical fitness/ thai boxers / retirement