

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ  
ต่อความเครียดและความดันโลหิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง  
Effects of a Nursing Programme to Promote Self Reiki-Healing  
on Stress and Blood Pressure of Pregnant Women with Hypertensive Disorder

รัตนาวดี แก้วเส็ง<sup>1\*</sup>, ทรงพร จันทรพัฒน์<sup>2</sup>, ปรียา แก้วพิมล<sup>3</sup>, และ วิมลรัตน์ จงเจริญ<sup>4</sup>  
Rattanawadi Kaeoseng<sup>1\*</sup>, Songporn Chuntharapat<sup>2</sup>, Preeya Keawpimon<sup>3</sup>, and Wimonrat Chongchareon<sup>4</sup>

<sup>1</sup>สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
<sup>1</sup>Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

<sup>2</sup>สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
<sup>2</sup>Division of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

<sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
<sup>3</sup>Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

<sup>4</sup>สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
<sup>4</sup>Division of Nursing Administration Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

\*ติดต่อผู้เขียน sunrise.nok@gmail.com

ส่งบทความ 7 มกราคม 2560 | แก้ไข 2 เมษายน 2560 | ตอรับ 4 เมษายน 2560 | เผยแพร่ 29 มีนาคม 2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิต่อความเครียดและความดันโลหิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จัดให้เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติของแผนกฝากครรภ์ กลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ 2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ โดยแบบประเมินและโปรแกรมการพยาบาลดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบประเมินความเครียดได้ประเมินความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคเท่ากับ .86 ส่วนเครื่องวัดความดันโลหิตได้ผ่านการประเมินความเที่ยงจากงานอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทุก 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา และสถิติไคสแควร์ (chi-square) และทดสอบความแตกต่างของความเครียด และความดันโลหิต โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated-measures ANOVA) และสถิติทีอิสระ (independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(1, 48)} = 2.59, p > .05$  และ  $F_{(1, 48)} = 3.03, p > .05$ ) กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $F_{(2, 96)} = 7.07, p < .01$  และ  $F_{(1.70, 81.59)} = 8.36, p < .01$ ) และมีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(1, 48)} = 14.33, p < .01$  และ  $F_{(1, 48)} = 5.68, p < .05$ ) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การบำบัดตนเองด้วยเรกิ, ความเครียด, ความดันโลหิตสูง, สตรีตั้งครรภ์

### Abstract

This study aimed to examine the effects of self-Reiki healing programme on stress and blood pressure of pregnant women with hypertensive disorder. The subjects of women with hypertensive disorder who met the inclusion criteria were divided into an experimental group who received the programme, and a control group who received the practice guideline of the antenatal clinic. The study instruments consisted of 2 parts, which were a demographic data, a stress assessment scale, the automatic blood pressure equipment, and the intervention program. The content validity of the programme and the questionnaires were validated by three experts. Reliability of the stress assessment scale was tested and yield Cronbach's alpha coefficient of .86. Whereas, the automatic blood pressure equipment was audited by the hospital medical devices division once a year. Repeated-measures ANOVA and independent t-test were used to analyze differences in mean score of stress and blood pressure.

The results revealed that the stress of the experimental group was not lower than before receiving the programme and was not significantly lower than the control group ( $F_{(1.51, 72.32)}=2.59, p>.05$ , and  $F_{(1, 48)}=3.03, p>.05$ ). The systolic and diastolic blood pressure in the experimental group after receiving the programme were lower than that before receiving the programme ( $F_{(2, 96)}=7.07, p<.01$ , and  $F_{(1.70, 81.59)}=8.36, p<.01$ ), and also were significantly lower than that in the control group ( $F_{(1, 48)}=14.33; p<.01$ , and  $F_{(1, 48)}=5.68; p<.05$ ) respectively.

Keywords: self-Reiki healing, stress, hypertension, pregnant women

## ■ บทนำ

การเกิดความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ แม้ว่าจะเป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงเล็กน้อย ซึ่งสตรีตั้งครรภ์สามารถพักและดูแลตนเองที่บ้านได้ และรับมารับการรักษาทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ (Cashion, 2010) อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้อาจรู้สึกว่าเป็นปกติและไม่เข้าใจถึงความจำเป็นในการดูแลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น จึงละเลยและทำให้มีปัญหาสุภาพเกิดขึ้น (Leifer, 2012) ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของมารดา และต่อสุขภาพของทารก (Murray & McKinney, 2010) ทารกอาจขาดออกซิเจนระยะคลอด นำไปสู่การใช้หัตถการช่วยคลอด และมีอัตราการผ่าตัดเอาทารกออกจากหน้าท้องสูงขึ้น ตลอดจนเป็นสาเหตุหรือทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (Sangkompakhang, Laopaiboon, & Lumbiganon, 2010)

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของความต้านทานในหลอดเลือดสูงขึ้น และนำไปสู่การขัดขวางการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยภายในร่างกาย โดยเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบจิตประสาทและภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmunology) ทั้งนี้เมื่อเกิดความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของต่อมไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ส่งผลต่อต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) และต่อมหมวกไต (Bartol & Courts, 2013) จะทำให้มีระดับฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamines) ในระบบลิมบิก (limbic system) ของสมองส่วนกลางสูงขึ้น จึงทำให้มีผลต่อการปรับสมดุลของความเครียด และสภาวะอารมณ์ (Cohen, 2006) อีกทั้งยังมีการหลั่งอิพิเนพรินและนอร์อิพิเนพรินไปกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น และต่อมหมวกไตหลั่งเบต้า-เอ็นโดรฟิน (beta-endorphins) สารที่ยับยั้งการทำงานของแมโครฟาจ (macrophage) และลิมโฟไซต์ (lymphocytes) ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, 2553) ร่วมกับการขาดความสมดุลของระบบภูมิคุ้มกันของมารดาและทารกที่เกิดจากการ

ตั้งครรภ์ ทำให้มีการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของมารดา คล้ายการอักเสบ จึงทำให้เสียสมดุลของสารโปรสตาไซคลิน (prostacyclin) ที่กระตุ้นปฏิกิริยาการจับตัวของเกล็ดเลือด บริเวณหลอดเลือดส่วนปลาย และทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ น้อยลง (ชำนาญ แทนประเสริฐกุล, 2556) จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์

นอกจากนี้การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ อาจมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่น การตีบแคบภายในของหลอดเลือด และทำให้หลอดเลือดมีความต้านทานสูงขึ้น (Dennison, Miller, & Cunningham, 2010) เช่น ปัจจัยภายนอกที่เป็นผลมาจากค่าดัชนีมวลกาย การเพิ่มของน้ำหนักตัวระหว่างตั้งครรภ์ การบริโภคอาหาร (สุชาติ เตชะวาทกุล, 2558) แบบแผนการดำเนินชีวิตและการปรับตัวขณะตั้งครรภ์ (Murray & McKinney, 2010) ฐานะเศรษฐกิจ (ปณิศา ปรีชากรนกกุล, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, และ วิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์, 2555) การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น โดยปัจจัยเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อการกระตุ้นระบบลิมบิกให้ตอบสนองต่อความเครียด การทำงานของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Friedman, Burg, Miles, Lee, & Lampert, 2010)

จากผลของกลไกการทำงานในร่างกายดังกล่าว ทำให้ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ไม่อยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งเมื่อพิจารณาตามแนวคิดของระบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แสดงให้เห็นว่าการไหลเวียนของสนามพลังงานในร่างกายมีการอุดตันหรือสนามพลังถูกรบกวนต่อการไหลของพลังรอบๆ บุคคลเป็นผลให้เกิดความไม่สมดุล (disharmony) ของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (The North American Nursing Diagnosis Association, 2005) การบำบัดตนเองด้วยเรกิเป็นทางเลือกหนึ่งของภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลสุขภาพ ที่มีพื้นฐานแนวคิดที่ว่าร่างกายมนุษย์ต้องรักษาพลังชีวิตให้มีการไหลเวียนอย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพดี และเชื่อว่าสุขภาพและการเยียวยาจะเกี่ยวข้องกับการบูรณาการของสนามพลังงานของมนุษย์และสนามพลังงานของสิ่งแวดล้อม โดยความสมดุลของ

สนามพลังงาน (energetic balance) จะเกี่ยวข้องกับความเป็น  
องค์รวมของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (Vitale, 2007)  
การบำบัดตนเองด้วยเรกิเป็นรูปแบบหนึ่งของการสัมผัสบำบัด  
โดยการเพิ่มพลังงานใหม่ (recharge) มีการปรับ (realign) และ  
การทำให้เกิดภาวะสมดุล (rebalance) ของสนามพลังงานใน  
ตัวบุคคล (Vitale, 2007) โดยการใช้คลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า  
ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ภายในตัวบุคคล ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม  
จากการส่งพลังงานผ่านจักระในตำแหน่งที่ควบคุมในการบำบัด  
เยียวยา คงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของพลังงานและสารเคมีภายใน  
ร่างกาย และช่วยให้การทำหน้าที่ด้านอารมณ์และจิตใจมีความ  
มั่นคง (Barnett & Chambers, 1996) เรกียังเป็นการใช้คลื่น  
พลังงานที่มีแรงสั่นสะเทือนระดับต่ำ (Baldwin & Schwartz,  
2012) จะมีผลต่อการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด ระบบ  
ประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ ทั้งนี้ในการบำบัดตนเอง  
ด้วยเรกิเพื่อลดความดันโลหิตและความเครียดในสตรีตั้งครรภ์  
เป็นการประยุกต์ใช้คลื่นพลังงานโดยเน้นที่ตำแหน่งเกี่ยวข้องกับ  
ต่อมหมวกไต ต่อมไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง (Slater, 2013;  
Nirula & Nirula, 2002) เพื่อช่วยลดการทำงานของระบบ  
ประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และนำไปสู่ภาวะ  
ความดันโลหิตลดลง (Anselmo, 2013) ดังมีการนำเรกิมาใช้ในการ  
บำบัดเยียวยา เช่น ลดความเครียด (Coakley & Barron,  
2012; Baldwin, 2011; Bowden, Goddard, & Gruzelier,  
2010) ปรับอัตราการเต้นของหัวใจ (Miles, 2007; Mackay,  
Hansen, & McFarlane, 2004) และลดความดันโลหิต (Miles,  
2007) ในบุคคลทั่วไป (Shore, 2004) ผู้ป่วยมะเร็ง (Miles, 2007)  
บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความเครียด (Lee, Pittler, & Ernst,  
2008) และนักศึกษามหาวิทยาลัย (Coakley & Barron, 2012)  
อีกทั้งมีการเปรียบเทียบระหว่างการใช้อพลังงานบำบัดเรกิ การใช้  
ดนตรี และการพักผ่อนเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
โคโรนารีเฉียบพลัน พบว่า อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต  
และทำให้สารแคททีโคลามีนลดลง และยิ่งพบอีกว่าการบำบัด  
ตนเองด้วยเรกิได้ผลดีกว่าการใช้ดนตรี และการพักผ่อนเพียง  
เดียว (Friedman et al., 2010)

มีการใช้พลังงานบำบัดเรกิทางสูติกรรม ดังเช่น จันทรปภัสร  
เครือแก้ว (2557) ซึ่งได้ใช้โปรแกรมพลังงานบำบัดเรกิทางการ  
พยาบาลในการดูแลหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง พบว่า  
กลุ่มทดลองมีความสุขสบายหลังการผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม  
และจากการศึกษาเชิงปฏิบัติการนำร่องของ ปรียา แก้วพิมล,  
วิไลพร สมานกลิกรณ์, จิตใส ลาวัลย์ตระกูล, กัลยาณี บุญสิน,  
และ อุไรรัตน์ หนาใหญ่ (2558) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาล  
ด้วยพลังเรกิส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในสตรีตั้งครรภ์ที่มี

ภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง  
มีความเครียด และความดันโลหิตลดลง ทั้งนี้คณะผู้วิจัยเสนอ  
แนะว่า ควรทดสอบรูปแบบทางการพยาบาลซ้ำด้วยวิธีวิจัยเชิง  
ทดลองก่อนการขยายผลสู่คลินิก

ในการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความดันโลหิตที่เหมาะสม  
มีเป้าหมายสำคัญ คือ การค้นหาภาวะความดันโลหิตสูงโดยเร็ว  
และป้องกันไม่ให้ความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Pillitteri, 2014)  
ปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นจากการ  
เปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพ และให้สอดคล้องกับปัจจัยที่  
เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการปรับสมดุลครอบครัวร่างกาย จิตใจ  
สังคม และจิตวิญญาณ (Dossey, Keegan, & Guzzetta, 2005)  
เช่น การลดความเครียดทางด้านร่างกาย (Urech, Fink, Hoesli,  
Wilhem, Bitzer, & Alder, 2010) โดยมีการพักผ่อนให้เพียงพอ  
ไม่ทำงานหนัก (Rose, Maarten, Schoonenberg, Natasha,  
Wilbert, & Eric, 2005) การควบคุมอาหาร (Pillitteri, 2014)  
การออกกำลังกาย (Yeo, 2010) การฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง  
เพื่อติดตามประเมินอาการผิดปกติ และการทำกิจกรรมที่  
ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย (Moffatt, Hodnett, Esplen, &  
Watt-Watson, 2010; Reshma, Salins, Kiron, & Saritha,  
2012) เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการบำบัดตนเองด้วยเรกิ เนื่องจาก  
เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดภาวะสมดุลของสนามพลังงาน  
ในตัวบุคคล ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ  
และต่อมไร้ท่อในร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับการลดความเครียด และ  
ความดันโลหิต โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการ  
บำบัดตนเองด้วยเรกิต่อความเครียดและความดันโลหิตในสตรี  
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็น  
แนวทางในการบำบัด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดัน  
โลหิตสูงต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกต่อไป

## ■ วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ  
ความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาล  
เพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ  
ความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล  
เพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ และกลุ่มที่ได้รับการดูแล  
ตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มี  
ภาวะความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาล  
เพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ

4. เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ■ สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ มีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิมีความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ มีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

4. สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิมีความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ■ กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการบำบัดตนเองด้วยเรกิ (Robb, 2006; Shields & Wilson, 2016) และแนวคิดการทำงานของระบบจิตประสาทและภูมิคุ้มกันวิทยา (Cohen, 2006) ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิต่อความเครียดและความดันโลหิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับการมีภาวะเครียด จะทำให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานในร่างกาย (harmony and balance) แต่เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อว่าร่างกายมีกระบวนการที่สามารถบำบัดรักษาตนเองได้ และต้องการให้เกิดภาวะสมดุลของพลังงานกลับคืนมา มีการไหลเวียนของพลังงานอย่างเพียงพอเกิดขึ้น ทั้งนี้การบำบัดด้วยตนเอง (self-healing) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสามารถของร่างกายตามธรรมชาติในการเยียวยาตนเอง การใช้พลังบำบัดเรกิเป็นกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของบุคคลในการใช้พลังงานกระตุ้น เพื่อนำไปสู่การปรับช่องทางการไหลเวียนพลังงานโดยธรรมชาติ เร่งให้เกิดการไหลเวียนของพลังงานเริ่มต้นขึ้นโดยสะดวก และเชื่อมโยงไปถึงภาวะเหนือตนเอง (transcendence) พลังงานจะช่วยให้ร่างกายทำหน้าที่ได้อย่างสอดคล้องและสมดุลกลับเพิ่มขึ้นมาใหม่ เป็นสิ่งที่มา

จากภายในตน นำไปสู่การเรียนรู้ที่สามารถกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้ ดังนั้นเรกิจึงเป็นวิธีการทำให้มีความสมดุลของร่างกาย โดยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการบำบัดด้วยตนเอง (Robb, 2006)

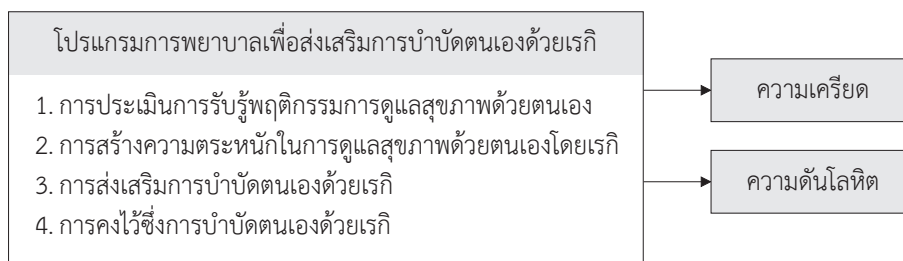
การทำงานของระบบจิตประสาทและภูมิคุ้มกันวิทยา ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะอารมณ์กับการตอบสนองทางสรีรวิทยาของระบบประสาทในการหลั่งสารสื่อประสาท ซึ่งเชื่อมโยงกับความเครียดที่กระตุ้นการทำงานของต่อมหมวกไตผ่านทางระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้ระดับแคทีโคลามีนในอะดรีนาลีนของสมองส่วนกลางสูงขึ้น มีผลต่อการปรับสมดุลของความเครียด อีกทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกมีการหลั่งฮอโมนอิพิเนพรีน กระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น เป็นผลให้ร่างกายมีความเครียดสูงขึ้น (Cohen, 2006) และร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ภายใต้การทำหน้าที่ของระบบประสาทสมองส่วนกลางที่ไปควบคุมโดยตรงต่อการทำหน้าที่ของศูนย์ควบคุมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด และศูนย์ควบคุมการหายใจที่อยู่ในก้านสมอง (Ramnarine-Singh, 1999) ดังนั้นการยับยั้งหรือกระตุ้นต่อมไฮโปทาลามัส จึงมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเคมีชีวและกระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติก ส่งผลให้ความดันโลหิตสูง (Rossi, 1993) โดยการใช้พลังบำบัดเรกิจะปรับการทำงานของระบบซิมพาเทติก และระบบพาราซิมพาเทติก (Friedman et al., 2010; Mackay et al., 2004) โดยกระตุ้นการทำงานของต่อมไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมอง ช่วยปรับร่างกายผ่อนคลายได้มากขึ้น ความเครียดจึงลดลง (Genevieve, 2016) และนำไปสู่ความดันโลหิตลดลงตามมา

การบำบัดตนเองด้วยเรกิเป็นการดูแลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี มีความตระหนัก และรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (Brathovde, 2006) โดยการใช้เรกิอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นกลวิธีหนึ่งนำไปสู่การเพิ่มพลังงานภายในตัวผู้ปฏิบัติ ช่วยปรับให้มีภาวะสุขภาพใหม่ดีขึ้น และช่วยคืนความสมดุลของร่างกาย (Vitale, 2007) โดยสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการใช้พลังบำบัดเรกิในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Shields & Wilson, 2016) ได้แก่ 1) การประเมินการรับรู้พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพเมื่อเริ่มดำเนินโปรแกรม ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจและรับรู้ถึงสภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สภาวะแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และสภาวะของสนามพลังของสตรีตั้งครรภ์ 2) การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิต่อความเครียดและความดันโลหิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง  
รัตนาวดี แก้วแสง, ทรงพร จันทรพัฒน์, ปรียา แก้วพิมล, และ วิมลรัตน์ จงเจริญ ■

และการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ เพื่อให้บุคคลเห็นคุณค่า การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากความสมดุลของสนามพลังในร่างกาย จะนำไปสู่การเชื่อมโยงระหว่างภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย 3) การส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้เข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เพิ่มการรับรู้ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตโดยใช้พลังบำบัดเรกิ โดยทำการปรับจักระ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในการวางมือบำบัดด้วยเรกิ และ 4) การคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากการปฏิบัติโดยใช้พลังบำบัดเรกิอย่างสม่ำเสมอ และเห็นผลที่เกิดจากการปฏิบัติที่มีภาวะสมดุลเกิดขึ้นมาใหม่ จะนำไปสู่การมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะ

แห่งตนต่อกระบวนการบำบัดด้วยตนเองเพิ่มขึ้น เป็นผลสะท้อนย้อนกลับให้ปฏิบัติสม่ำเสมอ รวมทั้งการกำหนดการนัดพบ มีการโทรศัพท์ติดตาม จะกระตุ้นสตรีตั้งครรภ์ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (McElligott, 2013) การบำบัดตนเองด้วยเรกิจึงช่วยให้เกิดความเข้มแข็งของจิต อารมณ์ มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติซึ่งเกิดจากการรับรู้ถึงผลของการบำบัดที่เกิดขึ้นนำไปสู่การมีความหวัง และการมีเป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ดีขึ้น (Friedman et al., 2010) การบำบัดตนเองด้วยเรกิจึงเป็นการใช้พลังงานจากภายนอกร่างกาย ชักนำให้มีการเปลี่ยนแปลงของบุคคลเพื่อดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Slater, 2013)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ■ วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเล็กน้อย โดยมีความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ จำนวน 50 ราย โดยจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่มีผลต่อค่าความดันโลหิต เช่น โรคไต โรคหัวใจ 2) ไม่มีความผิดปกติ ได้แก่ ทารกโตช้าในครรภ์ ตั้งครรภ์แฝดหรือครรภ์แฝดน้ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และทารกเสียชีวิตในครรภ์ 3) แพทย์พิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก และมีเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงระหว่างการวิจัย และแพทย์ให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ ได้แก่ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะรกเกาะต่ำ ทารกค้ำน้อยลง หรือทารกเสียชีวิตในครรภ์ และ 3) ใช้การบำบัดตนเองด้วยเรกิ น้อยกว่า 5 ครั้ง/สัปดาห์

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความเครียด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยประเมินเกี่ยวกับอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกของความเครียดมี 20 ข้อ ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงจากงานอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ทุก 1 ปี และ 2) โปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ แผนการสอน และคู่มือการบำบัดตนเองด้วยเรกิ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษาในเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรม เนื้อหา ภาษา และภาพประกอบ แล้วผู้วิจัยจึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ภายหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้แล้วได้ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยซึ่งมีประสบการณ์เกี่ยวกับเรกิ และผ่านการอบรมเป็นผู้ถ่ายทอดเรกิ ระดับ 3 สามารถเป็นผู้สอนการใช้พลังบำบัดเรกิและปรับจักระให้แก่ผู้อื่นได้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1.1 การประเมินการรับรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินข้อมูลทั่วไป และสภาวะของสนามพลังของสตรีตั้งครรภ์ ร่วมกับการใช้แบบประเมินความเครียด หลังจากให้นั่งพัก 10 นาที และประเมินความดันโลหิตก่อนได้รับโปรแกรมกิจกรรมในช่วงนี้ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

1.2 การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยการให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์ และการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อให้บุคคลเห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 15 นาที

1.3 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มการรับรู้ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โดยการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับหลักการบำบัดตนเองด้วยเรกิ การปรับจักระ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการบำบัดตนเองด้วยเรกิ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง กิจกรรมในช่วงนี้ใช้เวลาประมาณ 25 นาที

1.4 การคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มีการกระตุ้นการบำบัดตนเองด้วยเรกิอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นย้ำ

เกี่ยวกับการวางมือบำบัดรวมทุกท่าอย่างน้อย 30 นาที ต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 5-7 วัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 และ 3 (สัปดาห์ที่ 4 และ 8) มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

2.1 การทบทวนท่าในการวางมือบำบัดเมื่อมาตามนัด และติดตามบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลา การวางมือบำบัด ปัญหา และอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ

2.2 การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาในการบำบัดตนเองด้วยเรกิ และกระตุ้นในการบำบัดตนเองด้วยเรกิอย่างต่อเนื่อง

2.3 การประเมินความเครียด และติดตามความดันโลหิตหลังนั่งพัก 10 นาที

2.4 การโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 โดยการสอบถามปัญหาอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติ และการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและเน้นย้ำการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาในการโทรศัพท์ประมาณ 10-15 นาที

2. การดำเนินการในกลุ่มควบคุม โดยการพบกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง และมีกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินข้อมูลทั่วไป และประเมินความเครียด ความดันโลหิต หลังนั่งพัก 10 นาที ในช่วงนี้ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ครั้งที่ 2 และ 3 (สัปดาห์ที่ 4 และ 8) ประเมินความเครียด และความดันโลหิตหลังนั่งพัก 10 นาที ใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 20 นาที

## ■ ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (N=50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		X <sup>2</sup> /t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)	M=31.00, S.D.=5.97		M=28.40, S.D.=5.50		1.601	.116
20-34	16	64	23	92		
35-50	9	36	2	8		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	M=28.13, S.D.=5.05		M=27.32, S.D.=4.50		.599	.552
18-22	5	20	5	20		
23-25	1	4	4	16		
26-30	12	48	9	36		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (N=50) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		X <sup>2</sup> /t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มากกว่า 30	7	28	7	28		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	M=26.98, S.D.=5.45		M=27.32, S.D.=2.55		-280	.781
1-13 <sup>a</sup>	1	4	0	0		
14-28 <sup>a</sup>	9	36	16	64		
29-40	15	60	9	36		
อาชีพ <sup>b</sup>					1.513	.679
แม่บ้าน	4	16	7	28		
ลูกจ้าง/พนักงาน	16	64	12	48		
เกษตรกรกรรม	1	4	1	4		
ธุรกิจส่วนตัว	4	16	5	20		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน <sup>b</sup>					7.645	.054
ต่ำกว่า 8000 บาท	5	20	0	0		
8001-15000 บาท	13	52	16	64		
15001-20000 บาท	4	16	6	24		
มากกว่า 20000 บาท	3	12	3	12		
ความเพียงพอของรายได้ <sup>b</sup>					8.112	.017
ไม่เพียงพอ	7	28	2	8		
เพียงพอ ไม่มีเงินเก็บ	13	52	9	36		
เพียงพอ มีเงินเก็บ	5	20	14	56		
สถานภาพสมรส						
คู่	25	100	25	100		
ลักษณะของครอบครัว <sup>a</sup>					.000	1.00
ครอบครัวเดี่ยว	22	88	22	88		
ครอบครัวขยาย	3	12	3	12		
โรคประจำตัว <sup>a</sup>					1.754	.321
ไม่มีโรคประจำตัว	17	68	21	84		
มีโรคประจำตัว	8	32	4	16		
โรคความดันโลหิตสูง	6	24	3	12		
โรคเบาหวาน	6	24	1	4		

หมายเหตุ a=Fisher's Exact test, b=Likelihood ratio

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-34 ปี มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 26-30 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> อายุครรภ์อยู่ในช่วง 29-40 สัปดาห์ มีอาชีพเป็นลูกจ้าง/พนักงาน ซึ่งรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,001-15,000 บาท และมีความเพียงพอของรายได้ แต่ไม่มีเงินเก็บ มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว เป็นผู้ที่มิโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 26-30 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> อายุครรภ์ในช่วง 14-28<sup>6</sup> สัปดาห์ มีอาชีพเป็นลูกจ้าง/พนักงาน ซึ่งมีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 8,001-15,000 บาท เป็นรายได้ที่เพียงพอและมีเงินเก็บ มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และพบว่า มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เช่นเดียวกัน

การทดสอบความแตกต่างคุณสมบัติด้านข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) และสถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood ratio) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับอายุ ดัชนีมวลกาย อายุครรภ์ อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว ยกเว้น ความเพียงพอของรายได้ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และอ่านผลความแปรปรวนจาก Greenhouse-Geisser ในสมมติฐานข้อ 1, 2 และ 4 และอ่านผลความแปรปรวนในสมมติฐานข้อที่ 3 ในตัวแปรความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวจาก Sphericity Assumed แต่อ่านผลความแปรปรวนในตัวแปรความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวจาก Greenhouse-Geisser (ปาริชาติ โรจน์พลากร-ก๊วย, 2556) ได้ผลการทดสอบ ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 กลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(1,51, 72.32)} = 2.59, p > .05$ ) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ความเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มีค่าเฉลี่ย 8.68, 7.12 และ 6.04 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

สมมติฐานข้อ 2 กลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(1, 48)} = 3.03, p > .05$ ) (ตารางที่ 3) แต่มีความเครียดภายหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.30, p < .01$ ) (ตารางที่ 2) และมีแนวโน้มของความเครียดลดลง ส่วนกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(1,51, 72.32)} = 13.20, p < .01$ ) (ตารางที่ 3 และแผนภูมิที่ 2)

สมมติฐานข้อ 3 กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(2, 96)} = 7.07, p < .01$ ) (ตารางที่ 5) และ ( $F_{(1,70, 81.59)} = 8.36, p < .01$ ) (ตารางที่ 6) ตามลำดับ มีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มีค่าเฉลี่ย 139.00, 128.40 และ 121.88 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 และ 8 เท่ากับ 87.36, 80.12 และ 76.04 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ (ตารางที่ 4 และแผนภูมิที่ 3 และ 4)

สมมติฐานข้อ 4 กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(1, 48)} = 14.33; p < .01$ ) (ตารางที่ 5) และ ( $F_{(1, 48)} = 5.68; p < .05$ ) (ตารางที่ 6) และมีความแปรปรวนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและช่วงหัวใจคลายตัวจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F_{(2, 96)} = 24.37, p < .01$ ) (ตารางที่ 5 และแผนภูมิที่ 3) และ ( $F_{(1,70, 81.59)} = 20.61, p < .01$ ) (ตารางที่ 6 และแผนภูมิที่ 4) ตามลำดับ

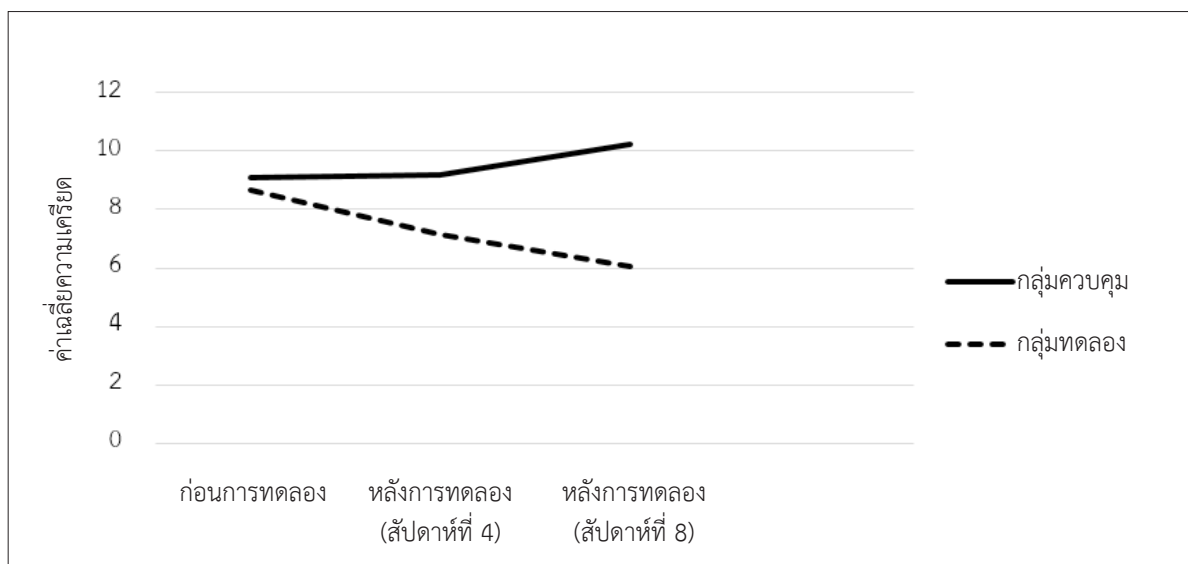
ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

ตัวชี้วัด	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ก่อนการทดลอง	9.08	6.22	8.68	3.78	.28	.79
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4)	9.20	5.89	7.12	2.85	1.59	.12
หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8)	10.24	5.75	6.04	2.72	3.30	.00



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Observer Power
ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง						
กลุ่ม	185.93	1	185.93	3.03	.09	.40
ความคลาดเคลื่อน	2943.87	48	61.33			
ภายในกลุ่มตัวอย่าง						
ช่วงเวลา	17.77	1.51	11.80	2.59	.10	.43
กลุ่ม×ช่วงเวลา	90.65	1.51	60.16	13.20	.00	.99
ความคลาดเคลื่อน	329.57	72.32	4.56			



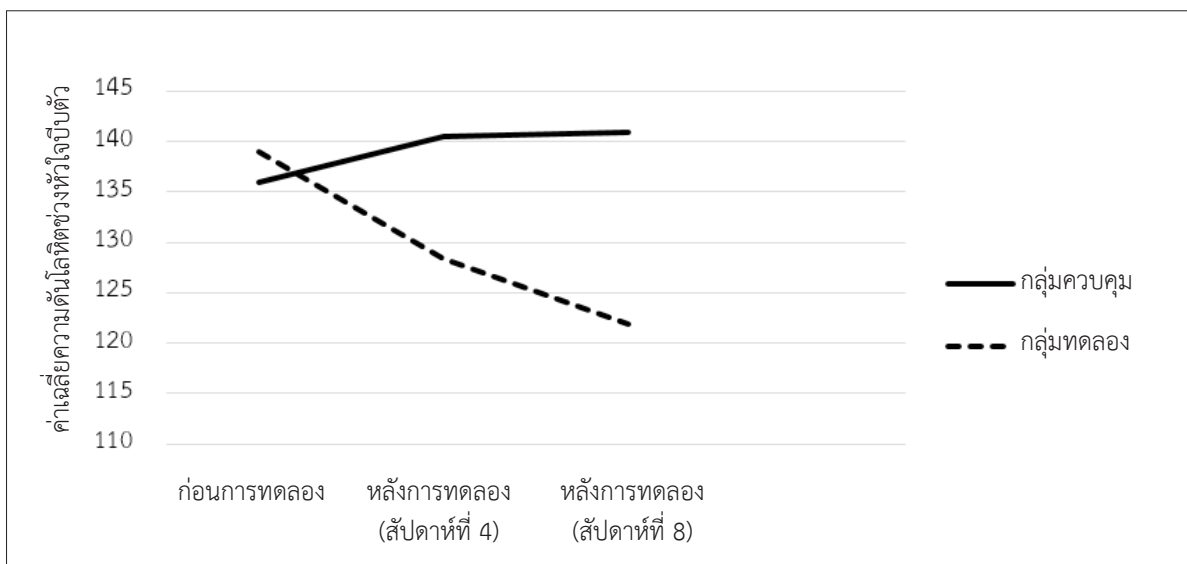
แผนภูมิที่ 2 ผลเปรียบเทียบความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

ตัวชี้วัด	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวก่อนการทดลอง	135.96	12.59	139.00	8.61	-.99	.32
ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวสัปดาห์ที่ 4	140.48	14.71	128.40	7.45	3.66	.00
ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวสัปดาห์ที่ 8	140.92	11.87	121.88	8.62	6.49	.00
ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวก่อนการทดลอง	85.36	10.56	87.36	9.55	-.70	.49
ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวสัปดาห์ที่ 4	86.56	11.11	80.12	7.82	2.37	.02
ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวสัปดาห์ที่ 8	87.96	9.24	76.04	6.28	5.34	.00

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

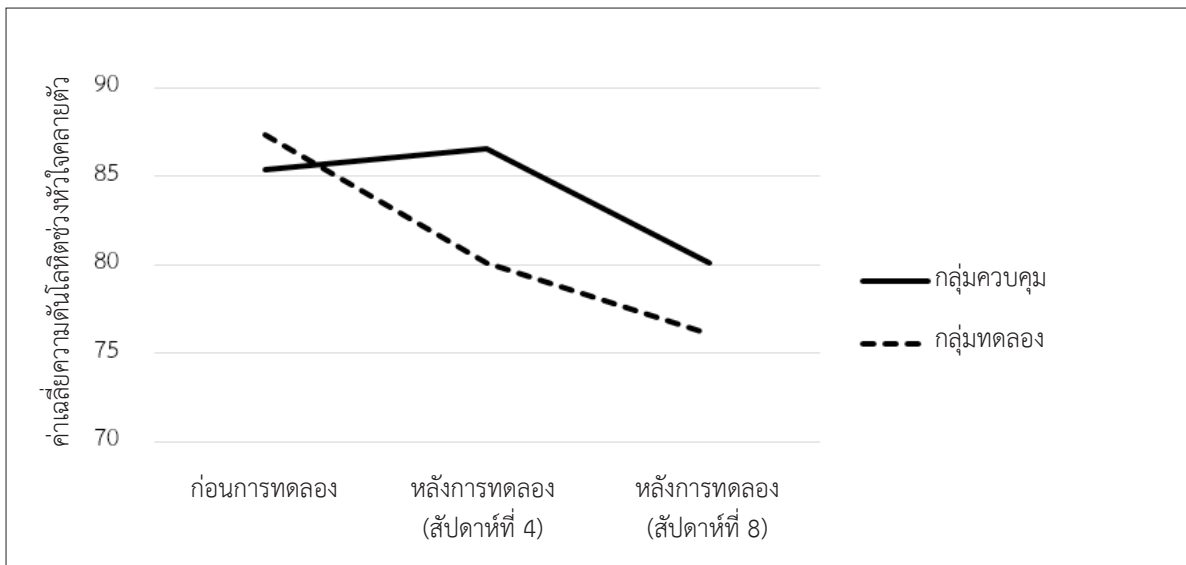
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Observer Power
ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง						
กลุ่ม	1095.12	1	1095.12	14.33	.00	.96
ความคลาดเคลื่อน	3667.20	48	76.40			
ภายในกลุ่มตัวอย่าง						
ช่วงเวลา	924.16	2	462.08	7.07	.00	.92
กลุ่ม×ช่วงเวลา	3185.76	2	1592.88	24.37	.00	1.00
ความคลาดเคลื่อน	6276.08	96	65.38			



แผนภูมิที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Observer Power
ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง						
กลุ่ม	371.74	1	371.74	5.68	.02	.65
ความคลาดเคลื่อน	3140.32	48	65.42			
ภายในกลุ่มตัวอย่าง						
ช่วงเวลา	498.76	1.70	293.43	8.36	.00	.93
กลุ่ม×ช่วงเวลา	1229.29	1.70	723.20	20.61	.00	1.00
ความคลาดเคลื่อน	2863.28	81.59	35.09			



แผนภูมิที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=50)

#### ■ อภิปรายผล

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มความเครียดลดลง ขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายผลดังกล่าวได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การตั้งครรภ์ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง การทำหน้าที่ของร่างกายและการเพิ่มน้ำหนักตัว โดยเฉพาะเมื่ออายุครรภ์เพิ่มขึ้น สตรีตั้งครรภ์รู้สึกอึดอัดไม่สบายจากอาการปวดหลัง เพราะพยายามแอ่นหลังเพื่อรักษาสมดุล และอาจส่งผลให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ (นฤมล ภาณุเตชะ, 2556) เกิดเป็นความเครียดด้านร่างกาย รวมทั้งอาจเครียดเกี่ยวกับสุขภาพของทารก การคลอด ต้องตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อบทบาทมารดาและการเลี้ยงดูบุตรในอนาคต โดยไตรมาสที่ 3 สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางถึงระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้น เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะยิ่งทำให้เกิดเป็นภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ซ้ำซ้อน (Ward, 2007) เป็นความกดดันจากความเครียดอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ แต่ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 20-34 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์และวัยทำงาน จึงมีโอกาสดังครรภ์ได้ในขณะทำงาน อาจส่งผลทำให้มีโอกาสเกิดความกดดันในจิตใจ ดังกลุ่ม

ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มืออาชีพลูกจ้าง/พนักงาน ซึ่งมีลักษณะงานที่อาจจำกัดอยู่กับที่ติดต่อกันเป็นเวลานาน และเป็นงานที่ปฏิบัติซ้ำๆ เป็นประจำทุกวัน เกิดความไม่สบายเมื่อยล้า และเบื่อหน่ายจากการทำงานเพิ่มมากขึ้น (ปณิศา ปรีชากรนกกกุล และคณะ, 2555) อาจทำงานยกของหนัก การทำงานที่มีลักษณะเป็นกะ หรืออาจสัมผัสกับมลภาวะจากสิ่งแวดล้อมหรือสารเคมีต่างๆ ล้วนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และมีผลต่อการหดตัวของหลอดเลือดที่นำไปสู่ความไม่สมดุลของฮอร์โมนในร่างกาย จึงทำให้มีผลต่อสุขภาพก่อให้เกิดความเครียดขึ้น (Hathout, El-Dalatony, Anwar, Al-Batanony, & Shehata, 2015)

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายซึ่งบ่งบอกว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวมากเกินไปเกินเกณฑ์ ถึงร้อยละ 48 และ 36 ตามลำดับ และมีภาวะอ้วนร้อยละ 28 เท่ากัน รวมทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต่างมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24 และร้อยละ 12 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 24 และ 4 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อความยืดหยุ่นและขนาดของหลอดเลือดแดง และทำให้หัวใจมีแรงบีบตัวสูง เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Caines, 2010; Dennison et al., 2010) จึงอาจมีการตอบสนองในกระบวนการปรับตัวต่อความเครียดตามสภาวะซ้ำซ้อนที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นได้ (Díaz-Rodríguez, Arroyo-Morales, Cantarero-Villanueva, Fernández-Lao, Polley, & Fernández-de-las-Peñas, 2011)

การที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ จะทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวและต้องพักผ่อนมากขึ้น สตรีตั้งครรภ์

จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม หรือประกอบอาชีพได้ในระยะตั้งครุภ ทำให้รายได้ลดลง และอาจต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้แบบแผนต่างๆ ของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (ศรีสมร ภูมณสกุล, ปราณี บ็องเรือ, และ กุลสตรีวรรณะไพสิฐ, 2554) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้แตกต่างกัน แม้ว่ารายได้ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจทำให้รู้สึกว่าเป็นสิ่งคุกคาม ก่อให้เกิดความเครียดต่อเนื่อง สตรีตั้งครุภบางรายอาจรับรู้ว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อตนเองและทารกเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความเครียด (Lowrence, 2011) และการมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 88 เท่ากัน อาจทำให้ขาดผู้ให้การช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างจึงต้องรับภาระในการดูแลงานบ้านเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากการทำงานตามปกติ ปัจจัยเหล่านี้จึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงต่อการหดตัวของหลอดเลือด และความไม่สมดุลของฮอร์โมนในร่างกาย จึงทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น (Hathout et al., 2015)

มีการศึกษาอื่นๆ ที่ใช้การบำบัดด้วยเรกิต่อการรับรู้ความเครียด พบว่าการรับรู้ความเครียดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่แสดงให้เห็นทิศทางการเปลี่ยนแปลงของความเครียดลดลงตามเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปภายในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยในการศึกษาดังกล่าวให้เหตุผลว่าอาจเนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และมีระยะเวลาในการใช้พลังบำบัดเรกิไม่เพียงพอ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ (Plodek, 2011) เช่นเดียวกับการใช้พลังบำบัดเรกิและการจินตนาการทางบวกต่อภาวะสุขภาพดีและระดับคอร์ติซอลในน้ำลาย (salivary cortisol) พบว่า ความเครียดในกลุ่มที่ได้รับพลังบำบัดเรกิมีระดับคอร์ติซอลไม่แตกต่างกันตามช่วงระยะเวลาการวัดที่กำหนด และไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (Bowden et al., 2010) จะเห็นว่าผลการศึกษาดังกล่าวคล้ายคลึงกับผลการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่ากำหนดให้สตรีตั้งครุภปฏิบัติเรกิ อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5-7 วัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ แต่กลุ่มทดลองยังมีระดับความเครียดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มความเครียดลดลง ขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มความเครียดเพิ่มขึ้น ดังนั้นสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และข้อที่ 2 จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 3 กลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ พบว่ามีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและช่วงหัวใจคลายตัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสมมติฐานข้อที่ 4 กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวและความดันโลหิต

ช่วงหัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ประการที่ 1 การทำงานของพลังบำบัดเรกิมีกลไกกระตุ้นให้มีการเปิดของช่องสนามพลังงาน (energy channels) ของผู้รับการบำบัดที่นำไปสู่การกระตุ้นร่างกายให้เกิดความสมดุล เป็นจุดเริ่มต้นของการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน และยังมีผลต่อภาวะของจิตใจและอารมณ์ เพิ่มกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Salles, Vannucci, Salles, & Paes da Silva, 2014) อีกทั้งการใช้พลังบำบัดเรกิจะทำให้มีการปรับการทำงานระบบซิมพาเทติก และระบบพาราซิมพาเทติก (Friedman et al., 2010; Mackay et al., 2004) กระตุ้นการทำงานของต่อมไฮโปทาลามัส และต่อมใต้สมอง ช่วยทำให้ร่างกายผ่อนคลายได้มากขึ้น ความเครียดจึงลดลง (Genevieve, 2016) และนำไปสู่ความดันโลหิตลดลง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในการใช้พลังบำบัดเรกิต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี พบว่าความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวระหว่างก่อนและหลังการทดลองอีก 3 ครั้ง ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wardell & Engebretson, 2001) เช่นเดียวกับการประยุกต์ใช้เรกิเพื่อการศึกษาผลการบำบัดในพยาบาลซึ่งมีกลุ่มอาการเหน็ดเหนื่อยและเมื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจจากการทำงาน โดยใช้พลังบำบัดเรกิเพียงครั้งเดียวเป็นเวลา 30 นาที พบว่า อิมมูโนโกลบูลินเอในน้ำลาย (secretory immunoglobulin A, s-IgA) ซึ่งมีคุณสมบัติทำให้เกิดการผ่อนคลายเพิ่มขึ้น และมีความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวลดลงทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับระดับของ s-IgA และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว เนื่องจากเป็นผลของเรกิต่อการทำงานของระบบซิมพาเทติก (Diaz-Rodríguez et al., 2011) ขณะที่การศึกษาในนักศึกษาจำนวน 100 ราย ใช้พลังบำบัดเรกิ ครั้งละ 20 นาที ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และระดับการผ่อนคลายก่อนและหลังการใช้พลังบำบัดเรกิไม่มีความแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยรายงานว่าจะเนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ และการบำบัดใช้เวลาเพียง 20 นาที เป็นข้อจำกัดไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ (Witte & Dundes, 2001)

ประการที่ 2 การจัดกิจกรรมในโปรแกรม มีขั้นตอนเริ่มจากสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จึงสร้างความไว้วางใจตลอดกระบวนการวิจัยให้เกิดขึ้น มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ จึงสร้างความเชื่อมั่นให้กับกลุ่มตัวอย่างในการบำบัดตนเองด้วยเรกิ พร้อมกับชื่นชมให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เป็นการนำไปสู่การสร้างความตระหนัก

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิต่อความเครียดและความดันโลหิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง  
รัตนาวดี แก้วแสง, ทรงพร จันทรพัฒน์, ปรียา แก้วพิมล, และ วิมลรัตน์ จงเจริญ ■

ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อตนเองและทารกในครรภ์ การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง และวิธีบำบัดตนเองด้วยเรกิ จึงจูงใจให้มีการใช้พลังบำบัดเรกิอย่างสม่ำเสมอ (Robb, 2006; Shields & Wilson, 2016) ซึ่งมีผลต่อการเกิดความรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ จากการที่สนามพลังงานภายในร่างกายมีความสมดุลของการไหลเวียนสนามพลังงานดีขึ้น ส่งผลทำให้ฮอร์โมนความเครียดลดลง (ปรียา แก้วพิมล และคณะ, 2558) กลุ่มตัวอย่างยังได้รับคู่มือการบำบัดตนเองด้วยเรกิสำหรับอ่านทบทวนและฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ตลอดจนการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 เป็นการเสริมแรงให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมพบปะพูดคุยเกี่ยวกับการบำบัดตนเองด้วยเรกิในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเกิดทักษะสามารถใช้การบำบัดตนเองด้วยเรกิอย่างต่อเนื่อง เป็นการคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการใช้พลังบำบัดเรกิในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยใช้พลังบำบัดเรกิอย่างน้อย 20 นาที พบว่ากลุ่มทดลองมีความดันโลหิตลดลงทันทีมากกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Salles et al., 2014) ในขณะที่การศึกษานำร่องโดยใช้พลังบำบัดเรกิต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติในอาสาสมัครที่มีสุขภาพดี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับพลังบำบัดเรกิ กลุ่มควบคุม และกลุ่มหลอก เมื่อพักในท่านอนแล้ว 15 นาที พบว่า ทั้งสามกลุ่มมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวไม่แตกต่างกัน (Mackay et al., 2004) ดังนั้นสมมติฐานข้อ 3 และสมมติฐานข้อ 4 จึงได้รับการสนับสนุน

## ■ ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิต่อความเครียด และความดันโลหิตในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไปทำการศึกษาซ้ำ โดยให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรืออาจมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพร้อมด้วย เพื่อให้เข้าใจถึงผลของการใช้พลังบำบัดเรกิที่มีความชัดเจนมากขึ้น
2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดทั้งต่อมารดาและทารก และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดตนเองด้วยเรกิ ในกลุ่มสตรี

ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงอื่นๆ

## ■ เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST-20)*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ปภัทร์ เครือแก้ว. (2557). *ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิต่อความสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชำนาญ แทนประเสริฐกุล. (2556). *ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ รายวิชาบูรณาการสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา 1-2*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดตั้งภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นฤมล ภาณุเดชะ. (2556). การตั้งครรภ์. ใน *วรรณรัตน์ สุวรรณ (บรรณาธิการ), การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์* (น. 37-92). นนทบุรี: ธนาเพรส.
- ปณิตา ปรีชากรกนกกุล, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, และ วิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์. (2555). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตอุตสาหกรรมสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา, *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 53-61.
- ปรียา แก้วพิมล, วิไลพร สมานภสิกรณ์, จิตโส ลาวัลย์ตระกูล, กัลยาณี บุญสิน, และ อุไรรัตน์ หน้าใหญ่. (2558). การพัฒนาแบบการพยาบาลด้วยพลังเรกิเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง: การศึกษานำร่อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), 73-90.
- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ. (2556). *สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ. (2553). ตอนที่ 1 ความเครียดกับการเกิดโรค. *วารสารการแพทย์ทางเลือก*, 3(3), 17-24.
- ศรีสมร ภูมณสกุล, ปราณี ป่องเรือ, และ กุลสตรี วรรณนะไพสิฐ. (2554). ปัจจัยทำนายความผาสุกในครอบครัวของสตรีที่มีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 17(3), 382-395.
- สุชาติ เตชวาทกุล. (2558). บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 7-19.
- Anselmo, J. (2013). Relaxation. In B. M. Dossey, C. C. Barrere, L. Keegan, & M. B. Helming (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (pp. 327-361). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

- Baldwin, A. L. (2011). Reiki the scientific evidence. *Reiki News Magazine*, 28-31. Retrieved from <http://mind-body-science.com/wp-content/uploads/2011/09/ReikiScientificEvidence.pdf>
- Baldwin, A. L., & Schwartz, G. E. (2012). Physiological changes in energy healer during self-practice. *Complementary Therapies in Medicine*, 20(5), 299-305.
- Barnett, L., & Chambers, M. (1996). *Reiki energy medicine: Bringing healing into home, hospital, and hospice*. Rochester, VT: Healing Arts Press.
- Bartol, G. M., & Courts, N. F. (2013). The psychophysiology of body and mind healing. In B. M. Dossey, C. C. Barrere, L. Keegan, & M. B. Helming (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (pp. 705-720). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Bowden, D., Goddard, L., & Gruzeliar, J. (2010). A randomised controlled single-blind trial of the effects of reiki and positive imagery on well-being and salivary cortisol. *Brain Research Bulletin*, 81(1), 66-72. doi:10.1016/j.brainresbull.2009.10.002
- Brathovde, A. (2006). A pilot study: Reiki for self-care of nurses and health care providers. *Holistic Nursing Practice*, 20, 95-101.
- Caines, M. (2010). Causes of high diastolic pressure. Retrieved from <http://www.livestrong.com/article/136545-causes-high-diastolic-pressure>
- Cashion, K. (2010). Pregnant at risk: Gestational conditions. In D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, & K. Cashion (Eds.), *Maternity nursing* (8th ed.) (pp. 623-675). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier.
- Coakley, A. B., & Barron, A. M. (2012). Energy therapies in oncology nursing. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(1), 55-63. doi: 10.1016/j.soncn.2011.11.006
- Cohen, N. (2006). The uses and abuses of psychoneuroimmunology: A global overview. *Brain Behavior and Immunity*, 20(1), 99-112.
- Dennison, C. R., Miller, N. H., & Cunningham, S. G. (2010). Hypertention. In S. L. Wood, E. S. Froelicher, S. U. Motzer, & E. J. Bridges (Eds.), *Cardiac nursing* (6th ed.) (pp. 799-822). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Polley, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). The application of Reiki in nurses diagnosed with burnout syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 1132-1138.
- Dossey, B. M., Keegan, L., & Guzzetta, C. E. (2005). *Holistic nursing: A handbook for practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Friedman, R. S. C., Burg, M. M., Miles, P., Lee, F., & Lampert, R. (2010). Effects of reiki on autonomic activity early after acute coronary syndrome. *Journal of American College of Cardiology*, 56, 995-996. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.082
- Genevieve, M. B. (2016). *The Psychophysiology of body-mind healing*. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (pp. 221-237). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Hathout, H. M., El-Dalatony, M. M., Anwar, M. M., Al-Batanony, M. A., & Shehata, N. A. (2015). Work related risk factor and pregnancy outcome between working women. *Egyptian Journal of Occupational Medicine*, 39, 119-133.
- Lee, M. S., Pittler, M. H., & Ernst, E. (2008). Effects of reiki in clinical practice: A systematic review of randomised clinical trials. *International Journal of Clinical Practice*, 62, 947-954. doi: 10.1111/j.1742-1241.2008.01729.x
- Leifer, G. (2012). *Maternity nursing: An introductory text* (11th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Lowrence, J. M. (2011). Women with diabetes in pregnancy: Different perceptions and expectations. *Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 25(1), 15-24.
- Mackay, N., Hansen, S., & McFarlane, O. (2004). Autonomic nervous system changes during reiki treatment: A preliminary study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10, 1077-1081.
- McElligott, D. (2013). The nurse as an instrument of healing. In C. C. Barrere & M. B. Helming (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (pp. 827-842). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Miles, P. (2007). Reiki for mind, body, and spirit support of cancer patients. *Advances in Mind-Body Medicine*, 22(2), 20-26.

- Moffatt, F. W., Hodnett, E., Esplen, M. J., & Watt-Watson, J. (2010). Effect of guided imagery on blood pressure in pregnant women with hypertension: A pilot randomized controlled trial. *Birth, 37*(1), 296-306.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2010). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (5th ed.). Maryland Heights, MO: Saunders Elsevier.
- Nirula, N., & Nirula, R. (2002). *The living handbook of reiki*. Delhi: Macmillan India.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Plodek, J. L. (2011). *The effects of daily Usui Ryoho reiki self-treatment on the perceived stress of staff nurses* (Dortoral thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses Database (UMI No. 3454127).
- Ramnarine-Singh, S. (1999). The surgical significance of therapeutic touch. *AORN Journal, 69*, 358-369.
- Reshma, S. S., Salins, A., Kiron, S. S., & Saritha, M. (2012). Effect of relaxation therapy on mild pregnancy induced hypertension. *International Journal of Pharmaceutical and Chemical Sciences, 1*(3), 1079-1088. Retrieved from www.ijpcsonline.com
- Robb, W. J. (2006). Self-healing: A concept analysis. *Nursing Forum, 41*, 60-77.
- Rose, E. M., Maarten, T. M., Schoonenberg, M., Natasha, W., Wilbert, H. M., & Eric, A. P. (2005). Physical well-being in women with a history of severe preeclampsia. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 18*(1), 39-45.
- Rossi, L. R. (1993). *New concepts of therapeutic hypnosis: The psychobiology of mind-body healing* (revised edition). New York: W. W. Norton & Co.
- Salles, L. F., Vannucci, L., Salles, A., & Paes da Silva, M. J. (2014). The effect of Reiki on blood hypertension. *Acta Paulista de Enfermagem, 27*, 479-484. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400078>
- Sangkomkamhang, U., Laopaiboon, M., & Lumbiganon, P. (2010). Maternal and neonatal outcomes in pre-eclampsia and normotensive pregnancies. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology, 18*, 106-113.
- Shields, D. A., & Wilson, D. R. (2016). Energy healing. In C. C. Barrere, M. A. Blaszk-Helming, D. A. Shields, & K. M. Avino (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.) (pp. 187-220). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Shore, A. G. (2004). Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. *Alternative Therapies In Health Medicine, 10*, 42-48.
- Slater, E. (2013). Energy healing. In B. M. Dossey, C. C. Barrere, L. Keegan, & M. B. Helming (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (pp. 751-774). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- The North American Nursing Diagnosis Association. (2005). *Nanda nursing diagnoses: Definitions and classification 2005-2006*. Philadelphia: NANDA International.
- Urech, C., Fink, N. S., Hoesli, I., Wilhem, F. H., Bitzer, J., & Alder, J. (2010). Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology, 35*, 1348-1355. doi:10.1016/j.psyneuen.2010.03.008
- Vitale, A. (2007). An integrative review of reiki touch therapy research. *Holistic Nursing Practice, 21*, 167-179
- Ward, L. (2007). Mother's stress harms foetus, research shows. Retrieved from <https://www.theguardian.com/science/2007/may/31/childrenservices.medicineandhealth>
- Wardell, D. W., & Engebretson, J. (2001). Biological correlates of reiki touch healing. *Journal of Advanced nursing, 33*, 439-445.
- Witte, D., & Dundes, L. (2001). Harnessing life energy or wishful thinking? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10*, 304-309.
- Yeo, S. (2010). Prenatal stretching exercise and autonomic responses: Preliminary data and a model for reducing preeclampsia. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(2), 113-121. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01344.x