



ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสบาย  
ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง  
**Effect of Reiki Therapeutic Nursing Program on Comfort among Postpartum  
Mothers with Cesarean Delivery**

จันทร์ปภัทร์ เครือแก้ว  
Janpaphat Kruekaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science (Midwifery)  
Prince of Songkla University

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในมารดา  
หลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

ผู้เขียน นางสาวจันทร์ปภัสร์ เครือแก้ว

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การผดุงครรภ์)

---

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียา แก้วพิมล)

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชูนวน)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียา แก้วพิมล)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร พุ่มดวง)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุไร หักกิจ)

.....กรรมการ  
(ดร. ปารีชาติ ชูประดิษฐ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้ เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. วีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณ  
บุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือ

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา แก้วพิมล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวจันทร์ปภัสร เครือแก้ว)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวจันทร์ปภัตร์ เครือแก้ว)

นักศึกษา

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในมารดา  
หลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

**ผู้เขียน** นางสาวจันทร์ปภัสร์ เครือแก้ว

**สาขาวิชา** พยาบาลศาสตร์ (ผดุงครรภ์)

**ปีการศึกษา** 2557

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยจัดให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง 30 รายแรกซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 30 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองได้รับการฝึกปฏิบัติการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 6 ถึง 9 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 28 ถึง 30 สัปดาห์ และต่อเนื่องจนกระทั่งระยะหลังคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 1) โปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล 2) คู่มือการดูแลตนเองโดยใช้พลังบำบัดเรกิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรักษาภายหลังผ่าตัดคลอดและ 3) แบบประเมินความสุขสบาย ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงแบบวัดความสุขสบายโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.84 วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และสถิติทีอิสระ (independent t-test)

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในทุกช่วงเวลา ที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายในชั่วโมงที่ 12, 24, 48 และ 72 คือ  $106.17 \pm 11.79$ ,  $108.29 \pm 12.30$ ,  $113.6 \pm 15.04$  และ  $113.83 \pm 11.76$  ตามลำดับ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลส่งผลต่อการเพิ่มความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด ดังนั้นพยาบาลควร

ประยุกต์การบำบัดทางการพยาบาลด้วยพลังบำบัดเรกิร่วมกับการพยาบาลตามมาตรฐานเพื่อส่งเสริม  
ความสุขสบายของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

<b>Thesis Title</b>	Effect of Reiki Therapeutic Nursing Program on Comfort among Postpartum Mothers with Cesarean Delivery
<b>Author</b>	Miss Janpaphat Kruekaew
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Midwifery)
<b>Academic Year</b>	2014

### ABSTRACT

The quasi-experimental research aimed to test if the Reiki Therapeutic Nursing Program (RTNP) could improve postpartum comfort among mothers who are preparing for cesarean delivery at Songklanagarind Hospital. The sample was pregnant women with previous cesarean section planning for repeat cesarean section. Sixty subjects were purposively selected and assigned to either experimental ( $n = 30$ ) or control group ( $n = 30$ ). The experimental group was assigned to attend RTNP for 6 to 9 weeks starting at 28 until 30 weeks of pregnancy and continuing into the postpartum period. The instruments for intervention consisted 1) the intervention for RTNP education program, and 2) the Reiki self-record compliance book. The instruments for data collection consisted 1) the demographic data collection form, 2) the postoperative cesarean section recovery evaluation form, and 3) the comfort questionnaire. Three experts verified the instruments content validity. Reliability of the comfort questionnaire was tested and yielded a Cronbach's alpha coefficient of 0.84. The demographic data were analyzed and compared using descriptive statistics and chi-square. The hypothesis was tested by repeated measures ANOVA, and independent t-test

The results showed that the mean score of comfort in the experimental group at all 4 times points (12, 24, 48, and 72 hours) after the postoperative period was statistically significantly higher than those of the control group ( $p < .001$ ). The mean  $\pm$  standard deviation for total comfort scores at 12, 24, 48, and 72 hours was  $106.17 \pm$

11.79,  $108.29 \pm 12.30$ ,  $113.6 \pm 15.04$  and  $113.83 \pm 11.76$  respectively. The result of this study indicates that RTNP, which is the therapeutic nursing model, has the effect of increasing post- cesarean delivery comfort. Therefore, nurses should apply RTNP with standard care to promote post-cesarean delivery comfort of the women.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ได้ด้วยความเพียรพยายาม ความขยันอดทนของผู้วิจัย รวมทั้งความอนุเคราะห์ เอาใจใส่ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรีชา แก้วพิมล และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง ที่คอยชี้แนะให้คำปรึกษา ถ่ายทอดความรู้ และคำแนะนำผู้วิจัยรู้สึกตระหนัก และซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับแก้วิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ติดตามความก้าวหน้า และให้คำปรึกษา ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ บุคลากรหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช สูดิแพथย์ที่เอื้อเฟื้อสถานที่เพื่อให้ผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูล และขอกราบขอบพระคุณหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องทุกท่านที่เข้าร่วมวิจัย และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ กำลังทรัพย์ และดูแลช่วยเหลือผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา คุณอุมาภรณ์ กวีสิทธิ์ ที่คอยผลักดันช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้มีพลังในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงโดยดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลผู้อบรมการใช้พลังบำบัดเรกิให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในการให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการทดลองและขอบคุณเพื่อนๆ ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเพื่อนผู้รับทุนสนับสนุนเพื่อพัฒนาอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้กำลังใจกัน และกันเสมอมาตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้เรียน พระบิดา และผู้มีพระคุณทุกท่านที่เอ่ยนาม และไม่ได้เอ่ยนามของจงได้รับผลประโยชน์จากการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ของผู้วิจัยด้วย

ฉันทร์ปภัทร์ เครือแก้ว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	12
การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....	13
ความหมายของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....	13
รูปแบบการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....	14
ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....	14
ชนิดของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....	16
ผลกระทบภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....	17
การพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....	24
ความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....	29
ความหมายของความสุขสบาย.....	29
มิติความสุขสบาย.....	30

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การประเมินความสุขสบายและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความ สบาย.....	34
ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....	35
พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล.....	42
ความหมายของพลังบำบัดเรกิ.....	42
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้พลังบำบัดเรกิ.....	43
รูปแบบการเยียวยาด้วยพลังบำบัดเรกิ.....	47
วิธีการเรียนรู้และการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิ.....	48
ผลลัพธ์ของการใช้พลังบำบัดเรกิ.....	52
การประยุกต์ใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลในการดูแลตนเอง.....	64
โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง..	69
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	70
บทที่ 3    วิธีดำเนินการวิจัย.....	71
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	72
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	78
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	79
การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	80
บทที่ 4    ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	87
ผลการวิจัย.....	87
การอภิปรายผลการวิจัย.....	98
บทที่ 5    สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	103
สรุปผลการวิจัย.....	103
จุดแข็งและข้อจำกัดการวิจัย.....	106
ข้อเสนอแนะ.....	107
บรรณานุกรม.....	108

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก.....	141
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	142
ข การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	144
ค การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	149
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	152
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	189
ประวัติผู้เขียน.....	191

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	โครงสร้างแสดงมิตีความสุขสบาย..... 30
2	แสดงระดับชั้น เนื้อหา และเป้าหมายของการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิ..... 49
3	แสดงผลลัพธ์การวิจัยจากการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิในแต่ละระดับชั้น..... 53
4	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิในการรักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 89
5	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการชูกุมตลูก อายุครรภ์ การทำหมัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 91
6	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของ ระยะเวลาการผ่าตัดคลอด ปริมาณการเสียเลือด การได้รับยาลดปวดใน 24 ชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ และการมีพังพืดในช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 92
7	ความแปรปรวนของความสุขสบายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลัง ผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงด้วยสถิติ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ..... 93
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความสุขสบายในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ..... 94
9	เปรียบเทียบคะแนนความสุขสบาย และค่าเฉลี่ย ของกลุ่มทดลองและควบคุม ในช่วงระยะเวลา 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง ..... 96
10	ระดับคะแนนประสพการณ์ และทัศนคติต่อการ ใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริม ความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง..... 97
11	แสดงความสัมพันธ์ของผลลัพธ์การ ใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุ ขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง..... 98

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
2	การวางมือบริเวณศีรษะหรือกระหม่อม.....	65
3	การวางมือบริเวณหน้าผากและใบหน้า.....	66
4	การวางมือบริเวณตำแหน่งคอ.....	66
5	การวางมือบริเวณตำแหน่งหน้าอกและหัวใจ.....	67
6	การวางมือบริเวณท้องลิ้นปี่.....	67
7	การวางมือบริเวณท้องน้อยต่ำกว่าตำแหน่งสะดือ.....	68
8	การวางมือบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง.....	68
9	ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	86
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด ชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	94

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก การสำรวจอัตราการผ่าตัดคลอดในประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2553 พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21 ในปีพ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 32 ในปี พ.ศ. 2550 (Hamilton, Martin, & Ventura, 2010) สำหรับในประเทศไทยพบอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 20.30 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 23.25 ในปีพ.ศ. 2550 (สุรศักดิ์, 2552) อัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในปีพ.ศ. 2547 ร้อยละ 36.6 มีอัตราเพิ่มเป็นร้อยละ 43.6 ในปีพ.ศ. 2551 (ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2553) อัตราดังกล่าวสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 15 (Menacker & Hamilton, 2010) ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีสาเหตุมาจากด้านมารดาหรือด้านทารกขณะอยู่ในครรภ์มารดาแบ่งได้ 2 ด้านคือ ด้านมารดาพบว่า การผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนผ่าตัดคลอดล่วงหน้ามีสาเหตุมาจาก ความกลัวความเจ็บปวดขณะคลอด (Mccourt et al., 2007; Pevzner, Goffman, Freda, & Dayal, 2008) หรือการมีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดทารกในครรภ์ก่อนมารดา จะมีผลผ่าตัดคลอดซึ่งหากปล่อยให้มีการคลอดปกติทางช่องคลอด จะทำให้มดลูกมีการหดตัว เป็นสาเหตุของการเกิดมดลูกแตก การตัดมดลูก การเสียเลือดปริมาณมาก การบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะ (Cahill et al., 2006; Lydon-Rochelle, Cahill, & Spong, 2010) เป็นเหตุให้มารดามีภาวะทุพพลภาพทารกอาจมีความพิการหรือเสียชีวิต (Shea, Klebanoff, & Signore, 2010) ด้านทารกการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉินเกิดจาทารกอยู่ในภาวะคับขันหากไม่ช่วยเหลืออาจทำให้ทารกเสียชีวิตจากการเต้นของหัวใจลดลง (Florica, Stephansson, & Nordstrom, 2006; Mackenie, Cooke, & Annan, 2003) สำหรับสาเหตุการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่ามีสาเหตุมาจากทั้งด้านมารดา และด้านทารก (ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2553) ได้แก่ ประวัติการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา ทารกอยู่ในภาวะคับขัน ทารกทำกัน และการชักนำการคลอดไม่ประสบความสำเร็จ เป็นต้น

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมีผลกระทบแก่มารดาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้านร่างกายพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวด เนื่องจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท มดลูก และเนื้อเยื่อภายในช่องท้อง และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ตามมาหลังผ่าตัดคลอดเช่นการตกเลือดที่จะมีผลต่อชีวิตของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (Kamilya, Seal, Mukherji, Bhattacharyya, & Hazra, 2010; Roykulcharoen, & Good, 2004; Wu & Richman, 2004) ภายหลังจากการผ่าตัดคลอดพบว่าต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายนานกว่าการคลอด ปกติทางช่องคลอด (Brown, Small, Faber, Krastev, & Davis 2009; Duman & Karatas, 2012; Rochelle, Holt, Martin, & Easterling, 2000) นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดทำให้มารดาหลังผ่าตัด คลอด และครอบครัวมีความเครียด วิตกกังวล และความคับข้องใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ ร่างกาย และสุขภาพของทารกทั้งก่อน และหลังผ่าตัดคลอด (Bluml et al., 2012) ความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่น คุณภาพชีวิต และคุณค่าใน การรับบทบาทการเป็นมารดา (Mousavi, Mortazavi, Chaman, & Khosravi, 2013; Redshaw & Hockley, 2010) สภาวะดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณของความเป็นบุคคล (Doessy & Keegan, 2009) ด้านสังคมพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาจากบุคคลรอบข้างในการเลี้ยงดูทารก (Peter & Pan, 2006) มารดาหลังผ่าตัดคลอดต้องถูกแยกจากทารกในระยะ 2 ชั่วโมงแรกทำให้ทารกไม่สามารถดูนม มารดาได้ทันทีเหมือนการคลอดทางช่องคลอด (Nolan & Lawrence, 2009) ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวมี ผลต่อสายสัมพันธ์ของมารดา และการเริ่มต้นให้ทารกดูนมมารดา จากผลกระทบข้างต้นพบว่าใน การดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องต้องคำนึงถึงมิติความเป็นองค์กรวมของบุคคล

การดูแลภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องโดยทั่วไปมีหลักการดูแล เพื่อการ บรรเทาความปวด การป้องกัน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอด และ การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดคลอด โดยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกเป็นการดูแลเพื่อป้องกัน และเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และการจัดการสาเหตุของความปวด เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทางร่างกายด้วยวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา ภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดคลอดมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ ได้รับการระงับปวดเฉพาะที่จำเป็นต้องนอนราบ 8-12 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการซึมออกของน้ำไขสัน หลังซึ่งจะทำให้มีอาการปวดศีรษะภายหลังผ่าตัดคลอด (วิรัตน์, 2555; Yentis & Rucklidge, 2005) การ ดูแลเพื่อจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงโดยใช้ยามีผลข้างเคียงของยาระงับปวดทำให้ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม (Rauch, 2011) ส่วนการดูแลภายหลัง 24 ชั่วโมง แพทย์ต้องดูแลเพื่อบรรเทา ปวด ยาระงับปวดที่ใช้จะมีผลต่อการทำลายเยื่อบุทางเดินอาหาร (Tan, 2012) นอกจากนี้วิธีการดูแล ที่ไม่ใช้ยาสามารถพบได้ทั่วไปได้แก่ การฝึกสมาธิตามแนววิถีพุทธ โดยกำหนดลมหายใจแบบอานา



ปานสติ (อมรรัตน์, 2547) การนวดหลัง (ชัยญรัตน์, 2552) การนวดเท้า (วิลาวลัย, 2552) การนวด กคจุดฝ่าเท้าและมือ (Degirmen, Ozerdogan, Sayiner, & Kosgeroglu, 2010) การฝังดนตรี (Chang & Chen, 2005; Sen, 2009) การใช้สุคนธบำบัด (Hadi & Handi, 2011) การจัดทำเพื่อเคลื่อนไหว ร่างกาย (นุริสาและอัญชลี, 2555) และการกคจุด (Chen, Chang, & Hsu, 2005) เป็นต้น และการดูแล เพื่อฟื้นฟูสภาพมารดาภายหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Chichester, 2008) การทดแทนสารน้ำและสารอาหาร (Gadsden, Hart, & Alan, 2005; Mulayim, Celik, Kaya, & Yanik, 2007) การส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Liang et al., 2007; Yip, Sahota, Pang, & Chang, 2004) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารก ทางหน้าท้องไม่สุขสบาย ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจในปัญหาสุขภาพภายหลังผ่าตัดคลอดทารก ทางหน้าท้องที่เกิดขึ้นเพื่อสามารถให้ได้รับการตอบสนองความสุขสบาย ที่เป็นพื้นฐานความ ต้องการของมนุษย์อย่างเป็นองค์รวม (Kolcaba, 1997 cited in Kolcaba, 2003) การทบทวนงานวิจัย ข้างต้นพบว่าเป็นการดูแลโดยพยาบาลในส่วนของบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ เป็นการ ให้การดูแลเฉพาะด้านเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ยังไม่ครอบคลุมปัญหาของมารดา หลังผ่าตัดคลอดทั้งทางด้านร่างกาย จิต-จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มารดาหลังผ่าตัดคลอด สามารถทำได้ด้วยตนเอง

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเป็น สิ่งสำคัญเพื่อให้มารดามีความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจ ร่างกายมีการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดคลอด ได้เร็ว และสามารถแสดงบทบาทของมารดา เพื่อให้มารดาได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิต- จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย จิต-จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมเป็นมิติของความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันของการบรรเทา (relief) การได้รับความสบาย (ease) และการเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก (transcendence) (Kolcaba, 1995; Kolcaba, 2003) ซึ่งเป็นการดูแลที่มีความสำคัญต่อความเป็นองค์รวมของบุคคล (holistic care) มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกส่วนใดส่วนหนึ่งออกจากกันได้เพราะ จะมีผลกระทบไปยังส่วนอื่นๆ (Doessy & Keegan, 2009; Kolcaba, 1994) เพราะฉะนั้นการดูแลให้ มารดาสุขสบายพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแล ตนเอง และเกิดการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการของตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าหลังบำบัดเรกิเป็นการบำบัดทางการพยาบาล ที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองซึ่งการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิอย่างสม่ำเสมอก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มี ผลต่อความสมดุลของร่างกายของผู้ปฏิบัติพลังบำบัดเรกิ ผลลัพธ์การใช้พบว่าเกิดการผ่อนคลายทาง อารมณ์ ส่งผลให้เกิดความสงบด้านจิตวิญญาณตามมา (Chu, 2004; Keawpimon, 2008; Miles, 2003;

Petter, 2001; Steine & Steine, 2003; Vitale, 2007) มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ การมีมุมมองต่อโลก และการใช้ชีวิตในแง่บวก (ปรียา, เยาวณี, ทิพมาส, โสนัม, พินนภา, และอุไรรัตน์, 2555; Barnett, 2005; Robb, 2006; Weir, 2004) และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ทุกสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (Barnett, 2005; Engebretson & Wardell, 2002; Vitale, 2009) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต้องเกิดจากการส่งเสริมให้เกิดการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายมีการประสานการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพื่อไปกระตุ้นการหลั่งสารแห่งความสุขเป็นการเพิ่มพลังงานภายในตัวผู้ฝึกปฏิบัตินำไปสู่การปรับภาวะสุขภาพใหม่ให้ดีขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อความสมดุลของกายและจิต

การวิจัยครั้งนี้จึงนำหลักการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยการนำบทบาทอิสระของพยาบาลมาสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดโดยการดูแลตนเองโดยใช้พลังบำบัดเรกิ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ และการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดคลอด เพื่อช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมีความรู้ ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อให้การดูแลนั้นครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมตามการรับรู้ และความพึงพอใจของตนเอง โดยไม่กระทบต่อด้านใดด้านหนึ่งของความเป็นบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ปรากฏการรายงานการศึกษาที่มีรูปแบบการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถพึ่งพาตนเองได้ตลอดเวลาตามความต้องการของตนเอง ดังนั้นมารดาที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจำเป็นต้องมีทักษะในการจัดการความไม่สุขสบายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งภายในจิตใจ เตรียมความพร้อมในการรับบทบาทการเป็นมารดาตลอดจนการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีภาวะสมดุลของภาวะสุขภาพตั้งแต่การตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ถึงภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจนกระทั่งก่อนกลับบ้าน

การดูแลเพื่อทำให้เกิดความสุขสบายมารดาต้องได้รับการฝึกฝนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคคลมีทักษะที่สามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (Dowd, Kolcaba, & Steiner, 2000) รวมทั้งบทบาทของพยาบาลในการนำการบำบัดทางการพยาบาลมาใช้ (therapeutic nursing) โดยพยาบาลนำตัวเองมาเป็นเครื่องมือสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัด และสร้างความตั้งใจให้แก่ผู้รับบริการก่อนเริ่มการบำบัดเพื่อการเข้าถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล (Thornton & Mariano, 2009) โดยมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ จนมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจนผู้ป่วยเกิดการยอมรับ และไว้วางใจพยาบาล (McKivergin, 2009; William & Davis, 2005) เพื่อให้สามารถบำบัดตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเองอย่างสม่ำเสมอร่วมกับพยาบาลเป็น

ส่วนหนึ่งของกระบวนการบำบัด จากการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิโดยพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนต่อการใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องพบว่า มีระดับความวิตกกังวลลดลง (Mauro, 2001) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการเพิ่มความสุขสบายของผู้ป่วย การใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนั้นสามารถส่งผลที่ดีต่อสุขภาพของมารดา และทารกตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์ จนนำไปสู่การปฏิบัติที่ต่อเนื่องของการนำพลังบำบัดเรกิมาใช้ในการดูแลตนเอง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของทางสรีรวิทยาอันเกิดจากความสัมพันธ์ของกาย และจิตใจเมื่อร่างกายเกิดความผ่อนคลายส่งผลทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และระบบประสาทอัตโนมัติกระตุ้นการหลั่งสารเพิ่มความสุข (Friedman, Burg, Miles, Lee, & Lampert, 2010; McKay, Hansen, & McFarlane, 2004; Rokade, 2011) โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้การสนับสนุน ผู้สอน ผู้ให้ความรู้ และผู้ปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพ (Hill & Smith, 1990) โดยการสร้างความเข้มแข็งจากภายใน ให้มีความหวัง และกำลังใจในการก้าวผ่านพ้นปัญหา อุปสรรคความยุ่งยากในชีวิต (Coakley & Barron, 2012; Engebretson & Wardell, 2002; Field, 2010; McKivergin, 2009) หัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงต้องเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงในมิติจิตวิญญาณของบุคคลที่เชื่อมประสานสู่มิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสู่ความเป็นองค์รวม (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2009) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของความสุขสบายของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดได้ ผู้วิจัยจึงนำการปฏิบัติพลังบำบัดเรกิด้วยตนเองมาเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความสำคัญเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองจนเกิดภาวะสมดุลของร่างกาย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องกลุ่มที่ใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล มีความสุขสบายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

## กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดที่นำมาศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการขยายตนเองแบบองค์รวมโดยใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล ร่วมกับการขยายด้วยระบบเรกิ ของ ดร.มิกาโอะ อุซุอิ การทบทวนวรรณกรรมเพื่อการดูแลเชิงตั้งครรภ์ที่วางแผนผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง และแนวคิดความสุขสบายของโคคาบา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

โปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลของของแก้วพิมล (Keawpimon, 2008) ที่เน้นการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลเชิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง และได้วางแผนผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และภาวะจิตสังคมที่แตกต่างไปจากภาวะปกติโดยเฉพาะภายหลังผ่าตัดคลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวด (Kinsella, 2005; อุไร และวารินทร์, 2553) ความเหนื่อยล้า (Nijrolders, Windt, Twisk, & Horst, 2010; รัชดา, 2552) ความกลัวและวิตกกังวลจากอาการปวดแผลที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (Bluml et al., 2012; บำเพ็ญจิต, อาริยา, ทิพวัลย์, และประสพสุข, 2550) ซึ่งส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการเลี้ยงดูทารก การดูแลที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดคลอดจำเป็นต้องดูแลที่ครอบคลุมความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลซึ่งมี 6 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ (1) การประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม (2) การใช้พลังบำบัดเรกิ และการจัดประสบการณ์ใช้พลังบำบัดเรกิ โดยประยุกต์การบำบัดตนเองโดยการวางมือ 7 ท่าพื้นฐานของพลังบำบัดเรกิของ ดร. มิกาโอะ อุซุอิ (Usui & Petter, 1999) (3) การสนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง (4) การเสริมพลังเพื่อใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่อง (5) การสังเกตและสะท้อนผลการใช้ (6) การส่งเสริมให้นำพลังบำบัดเรกิไปใช้อย่างยั่งยืน เพื่อการบรรเทาความทุกข์ทรมาน และการได้รับความสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ที่จะสามารถนำไปสู่ความสุข และการมีคุณค่าของตนเองในการดำรงชีวิตภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

การบำบัดทางการพยาบาลด้วยพลังเรกิมีกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้นำพลังบำบัดเรกิไปใช้อย่างต่อเนื่องโดยการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดแรงจูงใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ ฮิลล์และสมิท (Hill & Smith, 1990) และการบำบัดทางการพยาบาลที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจนเกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลนำไปสู่ความตั้งใจ ในการปฏิบัติเรกิอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม (Potter & Frisch, 2009) โดยมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการในการเสริมแรงจากความสำเร็จที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกต่อความสามารถ

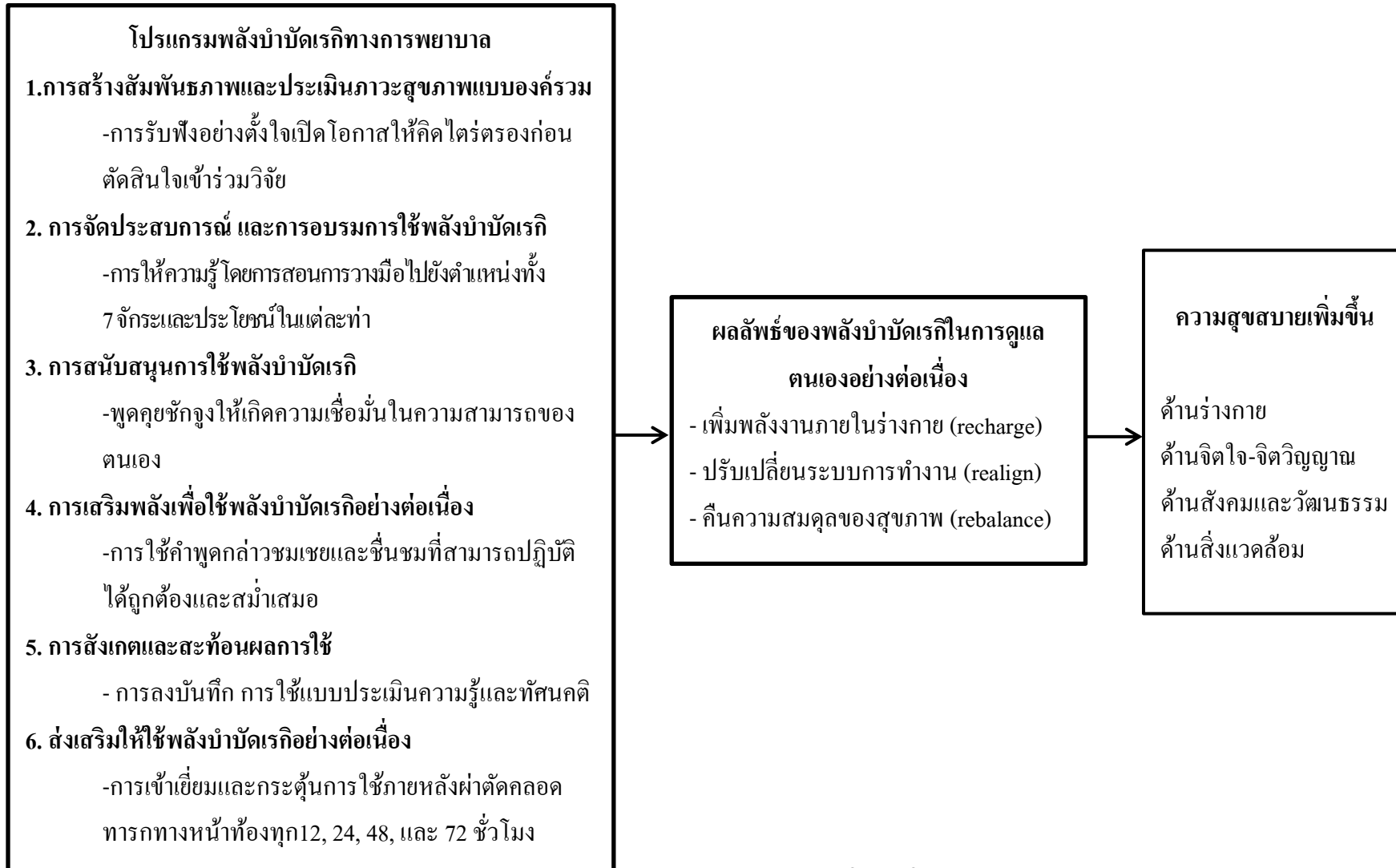
ของตนเอง หากไม่สำเร็จก็เสริมความพยายามในการใช้พลังบำบัดเรกิตต่อไปเพื่อให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ การเสริมพลังโดยการกล่าวชมเชยถึงการปฏิบัติได้ถูกต้อง มีความสม่ำเสมอจนเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นจากความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ความสุขสบายเกิดจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการตอบสนองตามความต้องการของร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ที่ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกสุขสบาย ปลอดภัยจนเกิดความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการอย่างเป็นองค์รวมความต้องการของมนุษย์ แนวคิดความสุขสบายของโคคาบา (Kolcaba, 2003) ได้นำเสนอองค์ประกอบของความสุขสบายทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (physical comfort) คือ ความสุขสบายทางด้านร่างกายที่เกิดจากความสามารถบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เกิดขึ้น (2) ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) คือ ความรู้สึกนึกคิดที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง เกิดความสงบภายในตัวของบุคคล (3) ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) คือ ความรู้สึกพึงพอใจในการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปของ แสง สี เสียง อุณหภูมิ กลิ่น ความปลอดภัย ที่มีผลกระทบต่อความสุขสบาย และสามารถทนต่อความยากลำบากขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (4) ด้านสังคม และวัฒนธรรม (sociocultural comfort) คือ ความรู้สึกพึงพอใจจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง การได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการส่งเสริมความสมดุลของภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมโดยการนำโปรแกรมพลังบำบัดเรกิตทางกายภาพมาใช้ในการส่งเสริมให้เกิดความสุขสบายแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และแพทย์วางแผนเพื่อเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยหญิงตั้งครรภ์มีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 ฝึกฝนอย่างต่อเนื่องจนสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัดคลอด

การใช้พลังบำบัดเรกิตอย่างสม่ำเสมอจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของกาย และจิตมีผลต่อภาวะสมดุลทางสุขภาพโดยการเพิ่มพลังงานภายในตัวผู้ฝึกปฏิบัติ (recharge) การปรับภาวะสุขภาพใหม่ให้ดีขึ้น (realign) และคืนความสมดุลของร่างกาย (rebalance) (Vitale, 2007) ซึ่งจะนำไปสู่ความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดเนื่องจากความผ่อนคลายทำให้มีการปรับระบบควบคุมของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Friedman, Burg, Miles, Lee, & Lampert, 2010; MacKay, Hansen, & McFarlane, 2004) ส่งผลต่อการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนไฮโปทาลามัส และต่อมพิทูอิทารี ในการหลั่งสารเพิ่มความสุข (endorphins) (Rokade, 2011; Weerth & Buitelaar, 2005) โดยสามารถประเมินได้จากการ

เปลี่ยนแปลงความคิด และทัศนคติภายหลังใช้พลังบำบัดเรกิโออย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สบายเกิดขึ้นต่อร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การนำพลังบำบัดเรกิโอไปใช้อย่างต่อเนื่องภายหลังผ่าตัดคลอดโดยพยาบาลได้นำตัวเองไปเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดทางการพยาบาล (Mckivergin, 2009) โดยเข้าเยี่ยมหลังผ่าตัดคลอดพร้อมทั้งกระตุ้นให้นำพฤติกรรมเดิมที่เคยใช้พลังบำบัดเรกิโอขณะตั้งครรภ์มาใช้ การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้พลังบำบัดเรกิโอขณะตั้งครรภ์ส่งผลทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิต อารมณ์ส่งผลให้ควบคุมตนเองได้ มองโลกในแง่บวก (ปรียาและคณะ, 2555; Ellison, 2012; Meland, 2009; Richeson, Spross, Lutz, & Peng, 2010) จนยอมรับ และเข้าใจความไม่สบายที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจนนำไปสู่การได้รับความสบาย (ease) ซึ่งจะนำไปสู่การข้ามผ่านความไม่สบายที่เกิดขึ้นต่อบุคคลนั้นจนนำเข้าสู่ภาวะของความสบายตามความรู้สึกของตนเอง (Swanson & Wojnar, 2004)

ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิโอมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดที่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อนเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลให้เกิดความเชื่อมั่น มีการปฏิบัติเรกิโออย่างต่อเนื่องทำให้มีความพร้อมในการเผชิญต่อความไม่สบายที่จะเกิดขึ้นที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดฝึกพลังบำบัดเรกิโอด้วยตนเองตั้งแต่ไตรมาสที่ 3 อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนกระทั่งภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง จากนั้นประเมินความสบายที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอด และประเมินความสบายจากแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดความสบายของโคคาบา (Kolcaba, 2003) โดยกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## สมมติฐานการวิจัย

มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลมีความสุขสบายภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## นิยามศัพท์

โปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล หมายถึง ชุดกิจกรรมการพยาบาลซึ่งครอบคลุมบทบาทพยาบาล ประกอบด้วย 6 กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยใช้ฝ่ามือวางในตำแหน่งจักระทั้ง 7 จักระของร่างกายเป็นทักษะพื้นฐานระดับขั้นที่ 1 ของการใช้พลังบำบัดเรกิโดยดัดแปลงมาจากการใช้พลังบำบัดเรกิของศาสตร์ตะวันออกของ ดร.มิคาโอะ อุซุอิ (Usui & Petter, 1999) ร่วมกับการประยุกต์ใช้รูปแบบพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล (Keawpimon, 2008) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ (2) การแนะนำและการจัดประสบการณ์ใช้พลังบำบัดเรกิ (3) การอบรมและสนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง (4) การเสริมพลังเพื่อใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่อง (5) การสังเกตและสะท้อนผลการใช้ และ (6) การส่งเสริมเพื่อการใช้อย่างต่อเนื่อง และกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความสมดุลภายในร่างกายและจิตใจ

ความสุขสบาย หมายถึง ความรู้สึกที่ได้รับการบรรเทาอันเกิดจากความทุกข์ทรมานของสภาวะทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อมของมารดาจนสามารถเข้าใจ และยอมรับในความทุกข์ทรมานที่มีผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง และรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสามารถวัดความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดความสุขสบายของโคคาบา (Kolcaba, 2003) จำนวน 4 ด้านคือ (1) ด้านร่างกาย เป็นความรู้สึกที่มีผลกระทบต่อทางด้านร่างกายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องต่อผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกถึงความปวด ความรู้สึกถึงความไม่สุขสบายจาก อาการคลื่นไส้ อาเจียน อึดอัดแน่นท้อง อ่อนเพลีย ความหิวกระหาย และความรำคาญที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย (2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกถึงความกลัว ความวิตกกังวลในคุณค่าของตนเองต่อการเป็นมารดา และความปลอดภัยภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (3) ด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นความรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง (4) ด้านสิ่งแวดล้อม



เป็นความรู้สึกพึงพอใจขณะอยู่ในพื้นที่ๆ ใช้ในการฟื้นฟูสภาพของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสบายที่เกิดขึ้นเมื่อครบชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ระดับคะแนนที่เพิ่มขึ้น หมายถึง ระดับความรู้สึกสบายที่เกิดขึ้นของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

การพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลทางการพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือแก่มารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้แก่ การให้ยาระงับปวด การส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดา การลุกเดินภายหลังผ่าตัดคลอด และการแนะนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของมารดาหลังผ่าตัดคลอดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด โดยมีมาตรฐานการดูแลเพื่อส่งเสริมความปลอดภัย และการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดา และทารกภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

### **ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติผ่าตัดคลอดทารกในครรภ์แรก และมาฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน 5 แห่งของสูติแพทย์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องได้รับการส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้แก่ ผู้ป่วยพิเศษทั่วไป หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช ตั้งแต่เดือนมกราคม 2557 ถึง กรกฎาคม 2557

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

ได้แนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องโดยหญิงตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อที่จะสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพได้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จนถึงกระทั่งภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอดต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในมารดาที่เคยผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยรวบรวมเนื้อหาในแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
  - 1.1 ความหมายของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
  - 1.2 รูปแบบการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
  - 1.3 ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
  - 1.4 ชนิดของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
  - 1.5 ผลกระทบภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
  - 1.6 การพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
2. ความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
  - 2.1 ความหมายของความสุขสบาย
  - 2.2 มิติความสุขสบาย
  - 2.3 การประเมินความสุขสบายและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสุขสบาย
  - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
3. พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล
  - 3.1 ความหมายของพลังบำบัดเรกิ
  - 3.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังบำบัดเรกิ
  - 3.3 รูปแบบการเยียวยาด้วยพลังบำบัดเรกิ
  - 3.4 วิธีการเรียนรู้และการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิ
  - 3.5 ผลลัพธ์การใช้พลังบำบัดเรกิ
  - 3.6 การประยุกต์ใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลในการดูแลตนเอง
4. โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

## การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเป็นการดูแลรักษามารดาที่ไม่สามารถให้กำเนิดทารกได้ตามกระบวนการธรรมชาติ การผ่าตัดคลอดเป็นความจำเป็นในการช่วยเหลือมารดาและทารกให้เกิดความปลอดภัย เนื้อหาเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องประกอบด้วย ความหมาย ข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ชนิด และผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง และการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง มีรายละเอียดต่อไปนี้

### ความหมายของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

การให้ความหมายของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในภาษาอังกฤษมีกล่าวแตกต่างกันไว้ 2 แบบ คือ cesarean section และ cesarean delivery ตรงกับภาษาอังกฤษว่า cesarean delivery โดยมีความหมายที่แตกต่างกันออกไปดังนี้

การผ่าตัดคลอด หมายถึง การคลอดทารกโดยผ่านรอยกรีดที่ผนังหน้าท้อง และผนังมดลูก โดยทั้งนี้จะกระทำเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ทารกมีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัม ในกรณีที่วางแผนผ่าตัดคลอด การเอาสิ่งอื่นใดออกจากช่องท้องและมดลูกที่ไม่ใช่ทารกไม่ถือว่าเป็นการผ่าตัดคลอด (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2010)

การผ่าตัดคลอด หมายถึง การคลอดทารกผ่านทางหน้าท้องโดยมีการกรีดที่ตัวมดลูกจากการที่ทารกไม่สามารถถูกขับออกมาทางช่องคลอด ซึ่งอาจเป็นการผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนการผ่าตัดหรือไม่ได้วางแผนการผ่าตัดคลอดมาก่อน (Pillitteri, 2010)

การผ่าตัดคลอด หมายถึง การคลอดของทารกที่อยู่ในมดลูกโดยผ่านรอยแผลผ่าตัดของหน้าท้องและรอยแผลผ่าตัดของมดลูก การคลอดดังกล่าวไม่นับการตั้งครภ์นอกมดลูก การผ่าตัดที่ไม่ได้เอาตัวทารกออกมาจะไม่ถือว่าเป็นการผ่าตัดคลอด (รักชาย, 2546)

สรุป การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง หมายถึง การคลอดทารกโดยสูติแพทย์ ขณะที่ทารกอยู่ในภายในโพรงมดลูกด้วยวิธีผ่าตัด เนื่องจากทารกไม่สามารถถูกขับออกมาทางช่องคลอดได้ตามกลไกธรรมชาติ โดยมีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ น้ำหนักทารกมากกว่า 1,000 กรัม

## รูปแบบการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบ่งตามลักษณะการผ่าตัดที่ผนังมดลูก และผนังหน้าท้องได้ 2 แบบดังต่อไปนี้ (เพ็ญงดา, 2555; ดวงกมล, 2552; Hofmeyr, Novikova, Mathai, & Shah, 2009)

### 1. การผ่าตัดผิวหนังบริเวณหน้าท้อง (skin incision) มี 2 แบบคือ

1.1 การผ่าในแนวตั้ง (median incision) เป็นการผ่าบริเวณเหนือกระดูกหัวหน้าโดยผ่าจากแนวกึ่งกลางสะดือมาจนถึงบริเวณหัวหน้า

1.2 การผ่าในแนวขวาง (pfannenstiel's section) เป็นการผ่าตัดบริเวณหัวหน้าเหนือแนวเส้นขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

### 2. การผ่าตัดที่ผนังมดลูก (uterine incision) มี 2 แบบดังนี้

2.1 การผ่าตัดบริเวณส่วนล่างของมดลูก (lower segment cesarean section) เป็นวิธีที่นิยมทำแพร่หลายในปัจจุบัน โดยจะเป็นการผ่าตัดคลอดในแนวขวางของผนังมดลูก การผ่าตัดคลอดวิธีนี้ช่วยลดอัตราการเสียเลือดภายหลังผ่าตัดคลอด และลดอัตราการเกิดมดลูกแตกหากมีการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

2.2 การผ่าตัดที่ผนังมดลูกส่วนบนตามแนวตั้ง (classical cesarean section) ปัจจุบันวิธีนี้ใช้น้อยเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดมากกว่าการผ่าตัดคลอดบริเวณส่วนล่างของมดลูก

## ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อบ่งชี้ในการพิจารณาผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบ่งได้ 2 ประเภท ซึ่งแต่ละข้อบ่งชี้มีสาเหตุการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องดังนี้

1. ข้อบ่งชี้ชนิดสมบูรณ์ (absolute indication) เป็นข้อบ่งชี้ที่ต้องผ่าตัดอย่างแน่นอน ถ้าปล่อยไว้คลอดเองตามธรรมชาติจะทำให้เกิดอันตรายมาก ได้แก่

1.1 การผิสดัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานมารดา

1.2 ทารกอยู่ในท่าที่ผิดปกติ เช่น ท่าก้น ทำหน้าโดยคางของทารกอยู่ทางด้านหลัง (persistent mentoposterior) และท่าขวาง

1.3 รกเกาะต่ำ แบบรกคลุมที่ปากมดลูกทั้งหมด

1.4 เนื้ออก/มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม หากมีการคลอดทางช่องคลอด จะทำให้เกิดการฉีกขาดส่งผลให้มีเลือดออกมาก

1.5 เคยผ่าตัดซ่อมแซมผนังช่องคลอดหรือปากมดลูก

1.6 มีช่องทางคลอดที่ผิดปกติหรือเคยได้รับอุบัติเหตุจนส่งผลให้กระดูกเชิงกรานหัก

1.7 ทารกอยู่ในภาวะซับซ้อนซึ่งต้องทำคลอดทารกโดยเร่งด่วนและไม่สามารถรอเพื่อคลอดทางช่องคลอดได้ เช่น คลอดติดไหล่ หัวใจทารกเต้นผิดปกติ

1.8 สายสะดือย้อย (prolapsed cord) ทารกในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่ และปากมดลูกยังไม่เปิด

1.9 มีการติดเชื้อที่รุนแรง เช่น เริม บริเวณปากมดลูกและช่องคลอด

1.10 มีก้อนเนื้ออกขวางช่องทางคลอด

1.11 เคยผ่าตัดคลอดมาก่อนหรือมีแผลผ่าตัดบริเวณมดลูก

1.12 มีประวัติเบาหวานในครอบครัวและทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม

2. ข้อบ่งชี้โดยอนุโลม (relative indication) เป็นข้อบ่งชี้การผ่าตัดคลอดที่อาจจะผ่าตัดหรืออาจจะสามารถคลอดทางช่องคลอด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของหญิงตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์ว่าจะมีอันตรายมากน้อยเพียงใด ได้แก่

2.1 เคยผ่าตัดที่ผนังมดลูกหรือเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน

2.2 ตกเลือดก่อนคลอดที่จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์

2.3 ทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ทารกอยู่ในท่าก้น ทารกตัวโต ซึ่งถ้าปล่อยให้คลอดทางช่องคลอดจะส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ทารก

2.4 ทารกฝาแฝดที่ไม่ได้อยู่ในท่าศีรษะทั้งคู่

2.5 โรคแทรกซ้อนทางสูติกรรม เช่น โรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานจากการตั้งครรภ์

2.6 ทารกอยู่ในภาวะซับซ้อนและไม่สามารถตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ขณะคลอด และต้องใช้เวลาสำหรับการคลอดทางช่องคลอด เช่น มีระยะที่ 2 ของการคลอดนานกว่า 4 ชั่วโมง การเปิดขยายของปากมดลูกในรายที่มีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ และมีการติดเชื้อภายในโพรงมดลูก

2.7 อื่นๆ ที่พบบ่อยได้แก่ มารดาอายุมาก มารดามีบุตรยาก และมีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในการตั้งครรภ์

### ชนิดของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนั้นพิจารณาจากความจำเป็น และความเร่งด่วนในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยเหลือมารดาและทารก โดยสามารถแบ่งได้ 2 ชนิดคือ

1. การผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า (elective cesarean section) เป็นการผ่าตัดคลอดที่หญิงตั้งครรภ์ทราบล่วงหน้า ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในกรณีนี้ เช่น ทารกท่าก้น มีการติดเชือบริเวณช่องคลอด มารดาเคยได้รับการผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อน มารดา มีความประสงค์จะผ่าตัดคลอด รกเกาะต่ำระดับ 3 และ 4 การผ่าตัดคลอดโดยวิธีนี้จะช่วยลดความวิตกกังวล และความกลัวที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินได้มากกว่า (Hobson, Slade, Wrench, & Power, 2006) มารดาที่มีประสบการณ์การผ่าตัดคลอดครั้งก่อนที่ไม่ดี หรือมีประสบการณ์คลอดทางช่องคลอดไม่ดีมักต้องการผ่าตัดคลอดซ้ำ (London, Ladewig, Ball, Bindler, & Cowen, 2011) การกำหนดการผ่าตัดคลอดไว้ล่วงหน้ายังช่วยลดการสำลักอาหารและน้ำเข้าปอดจากการดมยาสลบ สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด

2. การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน (emergency cesarean section) เป็นการผ่าตัดคลอดที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด มักพบกรณีทารกอยู่ในภาวะคับขัน รกลอกตัวก่อนกำหนด สายสะดือพลัดต่ำ การชักนำการคลอดไม่ประสบความสำเร็จ การไม่ได้สัดส่วนของศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดา มารดาที่เคยผ่าตัดคลอด ร่วมกับมีการหดตัวของมดลูก (Flamm, 2001; Silver et al., 2006; Wu, Kocherginsky, & Hibbard, 2000) การผ่าตัดคลอดฉุกเฉินอาจทำให้เกิด การติดเชื้อภายหลังผ่าตัดคลอดได้มากกว่าการผ่าตัดคลอดที่มีการเตรียมผ่าตัดล่วงหน้า (Dimitrova, Pandeva, Tsankova, & Pranchev, 2005)

จากการวิจัยพบว่า การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่มีการวางแผนล่วงหน้า และการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินจะมีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย และจิตใจของมารดาต่อการปรับตัวในการเข้ารับการรักษาที่เกิดขึ้น เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดคลอดมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมารดา มีความต้องการที่จะ ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ต่อการรับบทบาทการเป็นมารดาเพื่อคงไว้ซึ่งการตอบสนองความต้องการในการดำรงชีวิตประจำวัน (Fenwick, Holloway, & Alexander, 2009; Miesnik & Reale, 2007)

## ผลกระทบภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นการช่วยเหลือทารกที่ไม่สามารถคลอดได้เองทางช่องคลอด เป็นการผ่าตัดที่หญิงตั้งครรภ์ยินยอมให้ผ่าตัดเพื่อช่วยเหลือทารก แต่ภายหลังจากการผ่าตัดจะส่งผลกระทบที่เกิดขึ้นในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมี 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ และด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

### 1. ด้านร่างกาย

ผลกระทบจากการผ่าตัดคลอดทางด้านร่างกาย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึก ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง ความเหนื่อยล้าของร่างกาย การทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง การเกิดพังผืดจากแผลในช่องท้อง การติดเชื้อ และภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1.1 ภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึก หญิงผ่าตัดคลอดจะได้รับวิธีการระงับความรู้สึกแตกต่างกันซึ่งจะมีผลต่อระดับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น การระงับความรู้สึกเฉพาะที่จะทำให้เกิดความเจ็บปวดมากกว่าการระงับความรู้สึกทั่วไป และสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต่อเนื่องจนถึงภายหลังผ่าตัดคลอด (Yentis & Rucklidge, 2005) จากการศึกษาการระงับความรู้สึกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าการระงับความรู้สึกทั่วไปจะมีภาวะแทรกซ้อนขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจทำให้กล้ามเนื้อทางเดินหายใจเกิดการบวมเนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณนี้มีการคลายตัวมากกว่าปกติจากการได้รับยาแมกนีเซียม (Overdyk & Harvey, 1998) ในขณะที่การได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนจะช่วยทำให้ระบบไหลเวียนเลือดในขณะที่ผ่าตัดคลอดดี แต่มีโอกาสดกเลือดหลังผ่าตัดคลอดมากกว่าการดมยาสลบ (Afolabi, Lesi, & Merah, 2012) นอกจากนี้การเลือกตำแหน่งผ่าตัดคลอดส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดที่ต่างกัน การผ่าตัดคลอดบริเวณส่วนบนของมดลูกจะมีความปวดได้มากกว่าบริเวณส่วนล่างเนื่องจากภายหลังการผ่าตัดมดลูกต้องมีการหดตัว เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และการเข้าอุ้งเพื่อการกลับคืนสู่ภาวะปกติหลังคลอด แต่มดลูกบริเวณส่วนบนจะมีการหดตัวมากกว่าจึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดด้วยวิธีดังกล่าวมีความปวดมากกว่าการผ่าตัดมดลูกส่วนล่าง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกแตกในครรภ์ต่อมา (Landom & Lynch, 2011)

1.2 ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การผ่าตัดทุกชนิดจะมีผลต่อการทำลายเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ เอ็น พังผืด หลอดเลือด เส้นประสาทและมดลูก การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด

ทำให้เกิดความปวด การผ่าตัดคลอดบริเวณมดลูกส่วนบนมีผลทำให้เกิดความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดมดลูกส่วนล่าง (Hofmeyr et al., 2009) การบาดเจ็บจากการที่เนื้อเยื่อและเส้นประสาทบริเวณที่ผ่าตัดถูกทำลายจะมีการส่งกระแสประสาทไปกระตุ้น เอเดลต้า (A-delta) และซีไฟเบอร์ (C-fiber) ไปยังบริเวณระบบประสาทส่วนปลายเพื่อกระตุ้นการทำงานของสับสแตนเดีย เจลาติโนซา หรือเอสจีเซลล์ (substantia gelatinosa: SG-cell) ในคอร์ซอล ฮอว์น (dorsal horn) ไปกระตุ้นการทำงานของทีเซลล์ หรือ ทรานซมิชชันเซลล์ (transmission cell: T-cell) เพื่อส่งข้อมูลความปวดไปยังสมองส่วนกลาง (Melzack & Wall, 1965) จึงทำให้เกิดการรับรู้ความปวด ภายหลังการผ่าตัดคลอดเป็นความปวดเฉียบพลันจึงจำเป็นต้องได้รับการระงับปวดอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอเพื่อบรรเทาความปวด (Kinsella, 2005; อุไรรัตน์และวรารัตน์, 2553)

1.3 การตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดได้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด (Kamilya et al., 2010; Wee, Brown, & Reynolds, 2008) การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่เป็นสาเหตุไปสู่การตกเลือดมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ปริมาณการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องขึ้นอยู่กับลักษณะของการผ่าตัดคลอด (Bonney & Myers, 2010; Hofmeyr et al., 2009; Simm & Ramoutar, 2005) ซึ่งการผ่าตัดคลอดบริเวณส่วนบนทำให้มีโอกาสสูญเสียเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด และเกิดการเสียชีวิตของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด (Kamilya et al., 2010; Wee et al., 2008) นอกจากนี้การผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนผ่าตัดคลอดไว้ล่วงหน้ามีโอกาสตกเลือดน้อยกว่าการผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้วางแผน และจากการไม่ประสบความสำเร็จในการใช้หัตถการช่วยคลอดจึงต้องผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (Skjeldestad & Oian, 2012) ในกรณีที่มีการเสียเลือดขณะผ่าตัดคลอดหากไม่สามารถยับยั้งการสูญเสียเลือดที่เกิดขึ้นมากกว่า 1,000 มิลลิลิตรจะนำไปสู่การตัดมดลูก (hysterectomy) ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 5-10 ภายหลังผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่มักพบในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด และการเกาะของรกผิดปกติโดยเฉพาะรายที่มีรกเกาะต่ำ (Fawcus & Moodley, 2013)

1.4 การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้อง ภายหลังการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง นอกจากมดลูกและกล้ามเนื้อภายในช่องท้องได้รับบาดเจ็บจากการช่วยคลอดทารก อวัยวะบริเวณใกล้เคียงได้แก่ ลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะอาจได้รับผลข้างเคียง จากการศึกษาของซิม และแมทธิวส์ (Simm & Mathew, 2008) พบว่าการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องพบได้ ร้อยละ 0.1 และจะเกิดมากขึ้นหากมีประวัติการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมาก่อน และโอกาสเกิดทางเดินปัสสาวะได้รับบาดเจ็บ (ureteric injury) พบได้ร้อยละ 0.03 หากทางเดินปัสสาวะได้รับบาดเจ็บมีการเสียเลือดรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขจากศัลยแพทย์ทางเดิน



ปัสสาวะต่อไป และการบาดเจ็บของระบบทางเดินอาหาร (bowel injury) ซึ่งจะมีผลต่อการเกิดการอุดตันของทางเดินอาหาร (small-bowel obstruction) และพังผืด (adhesion) ในช่องท้องโดยเฉพาะในรายที่มีประวัติผ่าตัดท้องมากกว่า 1 ครั้ง (Diamond & Freeman, 2001; Menzies, 1993; Moran, 2007; Nisenblat et al., 2006; Silver et al., 2006; Took, Platt, & Tulandi, 1999)

1.5 ความเหนื่อยล้าของร่างกาย (fatigue) ความเหนื่อยล้าภายหลังการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมีสาเหตุร่วมหลายอย่าง ได้แก่ การงดน้ำงดอาหาร การคลื่นไส้ อาเจียน การเสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด รวมถึงภาวะความตึงเครียดทางอารมณ์ก่อนการผ่าตัดคลอด ภายหลังการผ่าตัดคลอดร่างกายจะมีการดึงพลังงานที่ถูกสะสมมาใช้เพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไปทำให้เกิดความอ่อนเพลีย หมดเร็วแรง ภายหลังผ่าตัดคลอดหากกระบวนการสังเคราะห์พลังงานภายในเซลล์ (adenosine triphosphate: ATP) ถูกสร้างน้อยกว่าการใช้จะทำให้สารอะซิติลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งถูกสร้าง และหลังจาก (axon) เกิดการรั่วของของเสียจากกระบวนการเมตาบอลิซึมในร่างกายทำให้ออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อไม่เพียงพอส่งผลให้พลังงานที่จะนำไปใช้เพื่อทดแทนพลังงานที่สูญเสียไปไม่เพียงพอต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายส่งผลต่อการปรับตัวให้เกิดภาวะวิตกกังวลและความเครียดตามมา ซึ่งความเครียดจะไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลมีผลให้เกิดความอ่อนล้าตามมา (Ferrell, Grant, Dean, Funk, & Ly, 1996) เกิดผลกระทบทำให้ความสามารถในการทนต่อความปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดลดลง (Nijrolders, Windt, Twisk, & Horst, 2010) จากการศึกษาของรัชดา (2552) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าภายหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ การปวดแผลผ่าตัด ความเครียดในบทบาทการเป็นมารดาหลังคลอด การรบกวนการนอนหลับ และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

1.6 การทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง ภายหลังการผ่าตัดคลอดมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ซึ่งฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกนั้นส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติเกิดการคลายตัวทำให้หลอดอาหารส่วนล่างกระเพาะอาหาร และลำไส้คลายตัวมีการเคลื่อนไหวน้อยลง มีผลทำให้เกิดอาการท้องอืดและคลื่นไส้ในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัด (มาลีและคณะ, 2548; Pasero & Belden, 2006; Sia, Fun, & Tan, 2010; Yeoh & Li, 2013) นอกจากนี้ภายหลังการผ่าตัดจะมีผลทำให้เกิดความปวด จากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อ และเส้นเลือดในบริเวณที่ผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแพทย์จึงมีแผนการรักษาโดยการให้มารดาภายหลังผ่าตัดคลอดได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดคลอด เช่น มอร์ฟีน (morphine) หรือเฟนทานิล (fentanyl) (Gadsden et al., 2005) ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลงในระยะเวลา 12-72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอด (Girgin, Gurbet, Turker, Aksu, & Gulhan, 2008; Tan, 2012) รวมทั้งอาการปวดจากแผลผ่าตัดคลอด

ทารกทางหน้าท้องที่เกิดขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลงส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ทำงานลดน้อยลงมีผลให้เกิดอาการท้องอืดตามมา (Chase, Lopez, Nguyen, Pugmire, & Monk, 2008; Wattanawech, 2002)

1.7 การเกิดพังผืดจากแผลในช่องท้อง การผ่าตัดคลอดทำให้เกิดบาดแผลซึ่งกระบวนการหายของแผลที่ไม่สมบูรณ์จะส่งผลให้เกิดพังผืดพบบ่อยในมารดาที่มีประวัติการผ่าตัดทางช่องท้อง การตั้งครภ์นอกมดลูก และการผ่าตัดคลอดทารกในครรภ์ก่อน การเกิดแผลเป็นในช่องท้องจะเกิดมากในช่วงเวลา 6 เดือนจนถึง 12 ปีนับจากการผ่าตัดคลอดครั้งสุดท้าย (Seow et al., 2004) และการมีพังผืดในช่องท้องจะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอด (Rao, Devalia, & Zaidi, 2006)

1.8 การติดเชื้อ (infection) การติดเชื้อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และการพักรักษาตัวเป็นเวลานานในโรงพยาบาล จากการติดเชื้อ ภายในโพรงมดลูก แผลผ่าตัดคลอด และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Liu et al., 2007; Opoien, Valbo, Grinde-Anderson, & Walberg, 2007) นอกจากนี้การศึกษาของ บราวน์วอล์ฟและคณะ (Barwolff et al., 2006) พบว่าสเตปฟีโลค็อกัส ออเรียส (staphylococcus aureus) เป็นเชื้อโรคที่มีผลต่อการติดเชื้อภายหลังผ่าตัดคลอด ภาวะติดเชื้อภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดได้จากสาเหตุดังนี้ (1) ระยะเวลาในการผ่าตัดคลอด (2) ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 30 (3) ถูกรักษาแตกนานมากกว่า 24 ชั่วโมง (4) ชนิดของการระงับความรู้สึกที่ได้รับ (5) การผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้วางแผ่นถ่วงหน้า (6) ลักษณะของแผลผ่าตัดคลอด (7) ชนิดของการผ่าตัดคลอด และ (8) ชนิดของวัสดุที่ใช้เย็บแผลผ่าตัดคลอด (Barwolff et al., 2006; Brown et al., 2013; Feese, Johnson, Jones, & Lambers, 2013; Johnson, Young, & Reilly, 2006; Salim et al., 2011) จากการศึกษาของบราวน์และคณะ (Brown et al., 2013) พบว่าการให้ยาฆ่าเชื้อเซฟฟาโซลิน 2 กรัม (cephazolin) แก่มารดาก่อนผ่าตัดคลอดจะช่วยป้องกันการติดเชื้อภายหลังผ่าตัดคลอดได้

1.9 ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน (deep vein thrombosis) เกิดจากการรวมตัวกันของไฟบริน เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือด บริเวณที่มีการคั่งของเลือด ทำให้มีก้อนเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดดำที่ขาทำให้เกิดอาการบวม (Kyrle & Eichinger, 2005) และหากก้อนเลือดนั้นหลุดไปบริเวณหลอดเลือดดำที่ปอดจะเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (pulmonary embolism) เป็นสาเหตุให้มารดาเสียชีวิตทั้งขณะตั้งครภ์และภายหลังคลอด (Jacobsen, Skjeldestad, & Sandset, 2008) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดได้มากขึ้น ได้แก่ มารดาอ้วน ภาวะความดันโลหิตสูง ท้องแผล มีการผ่าตัดซ้ำ รกเกาะต่ำและความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดน้อยลง (Jacobsen et al., 2004) จากการศึกษาพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำ

ส่วนปลายได้มากกว่าการคลอตกติ (Marik & Plante, 2008; Tharoux, Carmona, Bouvier-Colle, & Breart, 2006)

## 2. ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ

ผลกระทบของการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องต่อ ด้านจิตใจของมารดา สามารถเกิดจากความวิตกกังวล ความไม่พึงพอใจ ความเครียด สำหรับด้านจิตวิญญาณ เกิดจากความกลัว การรู้สึกสูญเสียคุณค่า รู้สึกไม่มีความสุข ความรู้สึกโทษตัวเอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.1 ด้านจิตใจ

2.1.1 ความวิตกกังวล มารดาที่ต้องผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ การได้รับขาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอด ก่อนการผ่าตัดคลอดหากมารดาได้รับรู้ข้อมูล และรายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดที่เพียงพอตามความต้องการ จะสามารถช่วยลดความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดคลอด (Bluml, Safar, Reitingger, Resch, Nadere, & Leither, 2012) จากการศึกษาพบว่า การไม่สามารถเลือกที่จะผ่าตัดคลอดได้ตามความต้องการมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิตใจที่รับรู้ถึงความปลอดภัยที่จะได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (Mccourt et al., 2007) นำไปสู่ความวิตกกังวลตามมา

หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องผ่าตัดคลอดจะมีความกังวลในสุขภาพของทารก ระหว่างการผ่าตัดคลอด (Marut & Mercer, 1979) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องผ่าตัดคลอดที่ไม่ได้มีการวางแผนผ่าตัดคลอดจะรู้สึกวิตกกังวลมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องผ่าตัดคลอดจากการที่มีการวางแผนการคลอดไว้ล่วงหน้า (Amanda, Shibley, & Roseanne, 2000) นอกจากนี้ความปวดภายหลังผ่าตัดคลอดจะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความรู้สึกกังวลเกิดขึ้นตลอดที่ความปวดยังคงอยู่ ความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจะทำให้มีความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัดที่ไม่ได้วางแผน (Carr, Thomas, & Barnet, 2005) หากขจัดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดทำให้ความปวดหลังผ่าตัดคลอดลดลง (Pinto, Melntyre, Almeida, & Vera, 2012)

2.1.2 ความไม่พึงพอใจ มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจะมีความรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง เมื่อมีความหิว ความกระหายจากการที่ต้องดื่มน้ำอาหารเพื่อผ่าตัดคลอด การได้รับการตอบสนองตามความต้องการจะส่งผลต่อความสุขและความพึงใจในขณะนั้น (Benhamou, Tecsny, Parry, Mercier, & Burg, 2002)

2.1.3 ความเครียด การมีแผลผ่าตัดคลอดทำให้เกิดความเจ็บปวดส่งผลให้เกิดความเครียด และความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร จากการศึกษาในมารดาที่มีภาวะตกเลือด ภายหลังผ่าตัดคลอดที่ต้องได้รับการดูแลที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักพบว่ามารดาที่มีความเครียดเกิดขึ้น

สัมพันธ์กับการศึกษาในมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีสายสวนคาบีสาวะนานกว่า 24 ชั่วโมงจากภาวะความดันโลหิตสูงหลังผ่าตัดคลอดและได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (magnesium) พบว่า มารดา มีความเครียดเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวภายหลังผ่าตัดคลอด (Liang, Chang, Wong, Chang, & Cheng, 2010)

2.1.4 ความกลัวความเจ็บปวด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเกิดจากประสบการณ์ และผลลัพธ์ไม่ดีจากการคลอดทางช่องคลอด การมีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดทารกมาก่อน ความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก (Fisher, Hauck, & Fenwick, 2006; Klein et al., 2006) จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

## 2.2 ด้านจิตวิญญาณ

2.2.1 การรู้สึกสูญเสียคุณค่า ภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมารดาต้องปรับตัวต่อการรับบทบาทใหม่ซึ่งมีผลต่ออารมณ์และจิตใจ หากการผ่าตัดคลอดนั้นเป็นการผ่าตัดที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า มารดาจะรู้สึกผิดหวัง เกิดความล้มเหลวในชีวิตที่ไม่สามารถคลอดบุตรได้ทางช่องคลอด (Fenwick et al., 2003) ซึ่งสามารถเกิดได้กับมารดาที่ไม่ได้รับการวางแผนผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนำไปสู่การสูญเสียคุณค่าในตนเอง และการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด (Cox & Smith, 1982; Rice & Naksook, 1998) อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากการผ่าตัดคลอดนั้นเป็นการผสมผสานความแตกต่างของความสุขและความทุกข์ (Fenwick et al., 2009) บางครั้งเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความยากลำบากในการเลี้ยงดูทารก จึงมีความต้องการความเห็นใจ การได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล (Redshaw & Hockley, 2010)

2.2.2 รู้สึกไม่มีความสุข การผ่าตัดคลอดทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจะล่าช้ากว่าการคลอดทารกทางช่องคลอด ผลจากการผ่าตัดคลอดมารดา และทารกจะถูกแยกออกจากกันภายหลังคลอดซึ่งเป็นผลให้มีความล่าช้าในการที่ทารกจะดูดนมมารดา เป็นสาเหตุให้การกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมล่าช้าส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนสร้างความสุขคือออกซิโทซิน (oxytocin) ที่จะถูกกระตุ้นขณะทารกดูดนมให้หลั่งน้อยลง (Hsien, Fu, Long, & Lin, 2011; Lobel & Deluca, 2007)

2.2.3 ความรู้สึกโทษตัวเอง การโทษตัวเองของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดจะเกิดจากประสบการณ์ความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดที่ตนเองไม่สามารถคลอดทารกได้เองทางช่องคลอด (Cox & Smith, 1982) ความรู้สึกผิดหรือโทษตัวเองที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ผ่าตัดคลอดจะมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Murray & Cartwright, 1993)

### 3. ด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ผลกระทบจากการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องด้านสังคมได้แก่ การพึ่งพาผู้อื่น ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานมีผลกระทบด้านด้านเศรษฐกิจ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และด้านวัฒนธรรมเกิดจากอิทธิพลทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเลือกตัดสินใจผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 3.1 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

3.1.1 การพึ่งพาผู้อื่น ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดคลอดทั้งหมดอยู่โรงพยาบาล และกลับบ้านจะใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพแตกต่างกัน ซึ่งภายหลังผ่าตัดคลอดต้องใช้เวลาานมากกว่า 6 สัปดาห์เมื่อเทียบกับการคลอดปกติทางช่องคลอดซึ่งภายหลังคลอดปกติทางช่องคลอดใช้เวลาเพียง 3-6 สัปดาห์ (Mousavi et al., 2013) จึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด (Duman & Karatas, 2012) มารดาภายหลังผ่าตัดคลอดจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากการมีแผลผ่าตัด และความปวดที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมต่างๆ จึงจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากญาติและพยาบาลเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการของตนเองรวมทั้งการเลี้ยงดูบุตร (Hsien et al., 2011) จากการศึกษาของ วิส, ฟอเซ็ท, และเอเบอร์ (Weiss, Fawcett, & Aber, 2009) พบว่าการปรับตัวทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์ที่จะส่งผลทางด้านบวกต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งการศึกษาในมารดาผิวสีที่ไม่ได้วางแผนผ่าตัดคลอดจะมีการปรับตัวทางด้านสังคมต่ำกว่ามารดาผิวขาว

3.1.2 ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยาวนาน ภายหลังการผ่าตัดคลอดมารดาหลังผ่าตัดใช้เวลาในการพักรักษาตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดเป็นเวลา 96 ชั่วโมง ในขณะที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการคลอดปกติที่ใช้เวลาเพียง 24 ชั่วโมง (Brown, Small, Faber, Krastev, & Danis, 2009) และภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอดที่ทำให้ต้องพักรักษาตัวนานขึ้น ได้แก่ การติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน เป็นต้น (Rochelle, Holt, Martin, & Easterling, 2000) มีผลต่อระยะเวลาการพักฟื้นหลังผ่าตัดคลอด

3.1.3 ด้านเศรษฐกิจ การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเพิ่มรายจ่ายให้แก่มารดาภายหลังผ่าตัดคลอดจากการต้องนอนพักรักษาตัวเป็นเวลานานเพราะมีโอกาสติดเชื้อภายในโพรงมดลูกมากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินมีโอกาสเกิดขึ้นมากกว่าการผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนล่วงหน้า (Yokoe et al., 2001) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนผ่าตัดคลอดมีความต้องการรับทราบข้อมูลการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดคลอดที่ครอบคลุม ตามความต้องการของตน จึงเลือกที่จะให้สูติแพทย์ดูแลเป็นรายกรณี ถึงแม้จะต้องจ่ายเงินเพิ่มในการดูแล

(Behague, Victora, & Barros, 2002; Hopkins, 2000) จากการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชาวบราซิลที่เลือกจ่ายเงินเพิ่มขึ้นให้กับสูติแพทย์เพื่อจะได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่ปลอดภัย (Behague et al., 2002; Hopkins, 2000) การได้รับการดูแลเป็นรายกรณีจึงเพิ่มค่าใช้จ่ายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เลือกผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

### 3.2 ด้านวัฒนธรรม

อิทธิพลทางวัฒนธรรมมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (Mccourt et al., 2007) และความขัดแย้งของการดูแลในแต่ละวัฒนธรรมจะมีผลต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกแนวทางการคลอดระหว่างการคลอดตามปกติ หรือการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง การเปลี่ยนแปลงไปของการมีเทคโนโลยี อุปกรณ์ที่ทันสมัย และมุมมองของสูติแพทย์ที่เชื่อว่าการผ่าตัดคลอดมีความปลอดภัยสูงกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอดซึ่งเป็นความขัดแย้งของวัฒนธรรมการคลอดแบบดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อการเลือกผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องให้ มีอัตราสูงขึ้น จนอาจสูญเสียวัฒนธรรมของการคลอดปกติทางช่องคลอดในอนาคต (Moore, 2005) แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดคลอดคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและทารกเป็นสำคัญ

### 3.3 ด้านสิ่งแวดล้อม

ภายหลังผ่าตัดคลอดมารดาต้องอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเดิม ถูกรบกวนการนอนหลับพักผ่อนจากสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลหรือการให้การพยาบาลของเจ้าหน้าที่เพื่อดูแลความปลอดภัยภายหลังผ่าตัดคลอด (ดวงกมลและเยาวลักษณ์, 2551; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008) สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจึงมีส่วนสำคัญต่อการพักผ่อน ภายหลังผ่าตัดคลอด

ผลกระทบภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนั้นส่งผลต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ และสังคมของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องช่วยเหลือมารดาภายหลังผ่าตัดคลอด ให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของบทบาทมารดาและสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติโดยเร็วที่สุด

### การพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

ภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจะเริ่มมีกระบวนการที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดเกิดการปรับตัวเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูของร่างกาย และจิตใจให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ เพื่อดำรงบทบาทของมารดา โดยการพยาบาลหลังผ่าตัดคลอดแบ่งได้ เป็น 2 ระยะคือ (1) ระยะ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัดคลอด (2) ระยะหลัง 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด ดังต่อไปนี้

## 1. การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก

การพยาบาลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีหลักการและการดูแลเหมือนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางศัลยกรรมทั่วไป (Chase et al., 2008; Chichester, 2008) การดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดในระยะนี้จะเริ่มตั้งแต่การดูแลขณะพักฟื้นที่ห้องผ่าตัดจนกระทั่งส่งไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด ประกอบด้วย การเฝ้าระวังภาวะตกเลือด การดูแลภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก การบรรเทาความปวด การส่งเสริมสัมพันธภาพของมารดาและทารก โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

1.1 การเฝ้าระวังภาวะตกเลือด การพยาบาลที่จำเป็นได้แก่การวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรก และทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะปกติ (Wee et al., 2008) การประเมินสีและการไหลของปัสสาวะ การประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากบาดแผล การสังเกตการหดตัวของมดลูกโดยการประเมินจากปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด การผ่าตัดคลอดไม่ควรเสียเลือดมากกว่า 500 มล. การเสียเลือดมากกว่า 1,000 มล. เป็นอาการแสดงของการตกเลือดภายหลังผ่าตัดคลอด (Cunningham et al., 2005) ประเมินการแข็งตัวของมดลูกบริเวณยอดมดลูก ลักษณะสีของน้ำคาวปลาที่ออกทางช่องคลอด การได้รับยาออกซิโตซินเพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูกในการป้องกันการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Chichester, 2008) และการเสียชีวิตของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดในกรณีที่มีการตกเลือดอย่างรุนแรง

1.2 การดูแลภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีการเลือกใช้ยาระงับความรู้สึกหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับความปลอดภัยของมารดาและทารก ความจำเป็นเร่งด่วนในขณะนั้น วิธีระงับความรู้สึกที่ใช้ได้แก่ การได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน และการดูแลเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 การได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) โดยการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal anesthesia) และการฉีดยาเข้าช่องเนื้อเยื่อ dura (epidural anesthesia) ภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกจะมีผลให้เกิดการคลื่นไส้ และอาเจียนหลังผ่าตัด (Bromage, Camporesi, Durant, & Nielsen, 1982; Chaney, 1995) การพยาบาลที่จำเป็นประกอบด้วย การดูแลให้ได้รับยาเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนโดยการให้ยาอนแดนซีทรอน (ondansetron) และภายหลังได้รับยาต้องประเมินว่าการให้ยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนได้ผล ไม่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนจากฤทธิ์ของยาระงับปวดที่ได้รับในช่วง 12- 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด (Charuluxananan, Somboonviboon, Kyokong, & Nimcharoendee, 2002; Yazigi, Chalhoub, Madi-Jebara, Haddad, & Hayek, 2002) การดูแลเมื่อต้องคาสายสวนปัสสาวะใน 6-24 ชั่วโมงแรกเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกต่อการทำงานของระบบปัสสาวะ (Liang et al., 2007; Saultz, Toffler, & Shackles,

1991; Yip, Sahota, Pang, & Chang, 2004) การประเมินอุณหภูมิกายเพื่อเฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Butwick, Lipman, & Carvalho, 2007; Roy, Girard, & Drolet, 2004) การจัดท่านอนราบในช่วง 8-12 ชั่วโมงแรกเพื่อป้องกันการรั่วของน้ำไขสันหลังซึ่งทำให้โครงสร้างในช่องกระดูกสันหลังกระดูกคั่งรัง ส่งผลให้เกิดอาการปวดศีรษะ (วิรัตน์, 2555; Yentis & Rucklidge, 2005) การพยาบาลที่ได้มาตรฐานจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลกระทบบที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนได้

1.2.2 การดูแลเมื่อได้รับการดมยาสลบ (general anesthesia) สูติแพทย์พิจารณาทำในกรณีผ่าตัดคลอดทางนอกอุ้งเชิงกราน ยาที่นิยมใช้ในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายคือ โทโอเพนทอล (Thiopental) (วิรัตน์, 2555; Paech, Scott, Clavisi, Chua, & McDonnell, 2009) และควรคลอดทารกโดยเร็วไม่ควรเกิน 3 นาทีตั้งแต่กรีดมดลูกจนกระทั่งทารกคลอดเนื่องจากจะมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจน และภาวะเลือดเป็นกรดในทารก (วิรัตน์, 2555) ภายหลังการได้รับความรู้สึกทั่วร่างกายพยาบาลจำเป็นต้องดูแลระดับความรู้สึกตัว อาการสำคัญภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ และอาการบาดเจ็บบริเวณใส่ท่อช่วยหายใจ อาการคลื่นไส้ อาเจียน และส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ตลอดจนการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา (Pinder, 2006) เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงดูทารกได้โดยเร็ว

1.3 การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด เกิดจากบาดแผลบริเวณมดลูก และแรงหดรัดตัวของมดลูก วิธีการบรรเทาปวดในระยะนี้มี 2 แบบการใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ (1) การบรรเทาปวดโดยใช้ยา การให้ยาระงับปวด ใน 24 ชั่วโมงแรกจะเป็นยาระงับปวดชนิดเสพติด (opioid analgesic drug) ซึ่งจะมีการออกฤทธิ์ระงับปวดได้รวดเร็ว ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นจะทำให้ คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน ยาระงับปวดที่นิยมใช้ คือ เพทาทิดีน 25-50 มิลลิกรัม ทุก 2 ชั่วโมง หรือ มอร์ฟีน 1 มิลลิกรัม ให้ทางหลอดเลือดดำ หรือมีการให้ เฟนทานิล 1 ไมโครกรัม (Rauch, 2011; Roche & Hughes, 1999) พยาบาลควรประเมิน อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิต และอาการคันตามร่างกายภายหลังได้รับยาเพทาทิดีน และประเมินการปัสสาวะของผู้ป่วยเพิ่มเติมเมื่อได้รับการบรรเทาปวดด้วยเฟนทานิล (Rauch, 2012) และ (2) การบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช้ยามี 3 แนวคิดคือ (1) การลดตัวกระตุ้นความปวด (2) การกระตุ้นประสาทส่วนปลาย และ (3) การส่งเสริมการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจากไขสันหลังในระดับสมอง (Simkin & O'Hara, 2002) จากการศึกษาเกี่ยวกับการกวดจุดที่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องใน 24 ชั่วโมงแรก ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีความปวดของแผลผ่าตัดลดลง (Chen et al., 2005) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาเรื่องการนวดฝ่ามือ และฝ่าเท้า ที่มีผลให้ระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ ( $p < .01$ ) (Degirmen et al, 2010)การได้รับการบรรเทาปวดที่เพียงพอจึงมีความจำเป็นสำหรับมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



1.4 การส่งเสริมสัมพันธภาพของมารดา และทารก การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องทำให้มารดา และทารกถูกแยกออกจากกัน ขณะเดียวกันทารกต้องได้รับการดูแลที่ห้องเด็กอ่อนเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดคลอด (Jain & Dudell, 2006) การปฏิบัติเหล่านี้ทำให้เกิดความล่าช้าของการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก และทารกคุณนมช้ากว่าการคลอดปกติ (Rowe-Murray & Fischer, 2002) ดังนั้นหากมารดาได้รับการดูแลเพื่อความปลอดภัย การบรรเทาความปวด และการดูแลเพื่อลดผลกระทบของยาระงับความปวดภายหลังผ่าตัดคลอดอย่างเหมาะสมช่วยให้มารดาสุขสบายสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพ และอุ้มบุตรให้ดูนมในช่วง 24 ถึง 48 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอด (Orun et al., 2012; Rowe-Murray & Fisher, 2002) สอดคล้องกับการวิจัยพบว่าการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดา และทารกหลังผ่าตัดคลอดพยาบาลนั้นจำเป็นต้องดูแลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับยาระงับปวดที่เพียงพอ และกระตุ้นมารดาอุ้มทารก เพื่อให้ดูนมโดยเร็วเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดลง (Nolan & Lawrence, 2009; Paech, 2007) ส่งผลให้ลดปริมาณการใช้ยาระงับปวด และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับปวด

## 2. การพยาบาลในระยะหลัง 24 ชั่วโมง

ภายหลังการผ่าตัดคลอด 24 ชั่วโมงจนกระทั่งจำหน่ายมารดากลับบ้าน ในระยะนี้ร่างกายมารดาหลังผ่าตัดคลอดเริ่มทำงานกลับสู่ภาวะปกติ เนื้อเยื่อถูกทำลายภายหลังผ่าตัดเริ่มฟื้นฟูสภาพ ทำให้ความเจ็บปวดลดลง พยาบาลต้องดูแลเพื่อส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ร่วมกับการดูแลทางด้านร่างกาย และจิตใจที่จำเป็น ได้แก่ การจัดการความปวด การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานระบบทางเดินอาหาร การส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวันเพื่อฟื้นฟูระบบการทำงานของร่างกาย และการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การจัดการความปวด ภายหลัง 24 ชั่วโมง แพทย์จะเปลี่ยนจากการให้ยาระงับความปวดชนิดฉีดมาเป็น การให้ยาระงับปวดชนิดรับประทาน โดยเป็นกลุ่มของยาระงับปวดชนิดไม่เสพติด (non-opioid analgesic drugs, NSAIDs) เป็นยาที่ช่วยในการลดปวดและต้านทานการอักเสบ เช่น พาราเซตามอล (paracetamol) หรือ ไดโคลฟีแนค (diclofenac) (Olofssan, Legeby, Nygard, Katriina, & Ostman, 2000) จากการศึกษาพบว่า ไดโคลฟีแนคมีประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดได้ดี (Lim, Lo, Chang, & Pan, 2001; Siddik et al., 2001) และหากให้ร่วมกับ ทรามาดอล (tramadol) จะส่งผลให้การระงับความปวดนานขึ้น (Rashid & Jariidi, 2000) อย่างไรก็ตามยาระงับปวดกลุ่มนี้จะส่งผลข้างเคียงทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ง่วงซึม เวียนศีรษะ และคลื่นไส้ (Peura, 2004; Pilotto, Sancarolo, Addante, Scarelli, & Franceschi, 2010; Tan, 2012) พยาบาลควรให้ยาควบคู่กับยาลดกรด (antacid) และการป้องกันผลข้างเคียงจากการได้รับยา (Setter et al., 2001) ที่อาจส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

2.2 การส่งเสริมกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการทำงานระบบทางเดินอาหาร ภายใต้อาการคลอติดทางหน้าท้อง มารดาจะได้รับประสบการณ์ความรู้ซึ่งจะช่วยให้มีการเคลื่อนไหวแบบบีบรัดของกระเพาะอาหารทำงานลดลงในระยะ 24-72 ชั่วโมงภายหลังจากผ่าตัด (Gadsden et al., 2010) ในระยะหลัง 24 ชั่วโมงกระเพาะอาหาร และลำไส้ฟื้นสภาพแพทย์มีการเริ่มต้นให้รับประทานของเหลวภายหลังผ่าตัดคลอติดจะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของระบบทางเดินอาหาร (Mulayim, Celik, Kaya, & Yanik, 2007) ลดอาการท้องอืดเพิ่มความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอติดทางหน้าท้องได้

2.3 การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมประจำวันเพื่อฟื้นฟูระบบการทำงานของร่างกายหลังผ่าตัดคลอติดมารดาสามารถเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น พยาบาลสามารถส่งเสริมโดยการลุกนั่ง และเดินหลังผ่าตัด การหายใจเข้าออกอย่างถูกวิธี (อมรรัตน์, 2547) จากการศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าของวิลาวด์ (2552) พบว่าในมารดาหลังผ่าตัดคลอติดที่ได้รับประสบการณ์ความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal anesthesia) สามารถช่วยบรรเทาอาการชาบริเวณขาทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอติดสามารถขยับขาเดิน และทำกิจกรรมประจำวันได้นอกจากนี้ในระยะหลัง 24 ชั่วโมงแพทย์งดการคาสายสวนปัสสาวะหรือหยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มารดาหลังผ่าตัดคลอติดจึงสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันได้ (Liang et al., 2007; Yip et al., 2004) ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดคลอติดเป็นไปอย่างรวดเร็ว

2.4 การส่งเสริมบทบาทมารดา พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาแสดงบทบาทในการเลี้ยงดูทารก เช่น การให้บุตรดูแลตนเอง การดูแลทารกในชีวิตประจำวัน การสังเกตความผิดปกติของทารก การสนับสนุนบทบาทสามีในการเลี้ยงดูบุตร มารดาหลังผ่าตัดคลอติดบางรายประสบปัญหา มีน้ำนมไหลไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงดูทารก มีอาการคัดเต้านม ทารกดูคนมมารดาได้สร้างความปวดจากการอุ้มทารกไม่ถูกวิธี และไม่สุขสบายจากทำในการให้นมทารก (นุริสาและอัญชลี, 2555; Spear, 2006; Zanardo et al., 2010) สิ่งเหล่านี้อาจทำให้มารดาที่มีความคับข้องใจ เกิดความวิตกกังวล การสนับสนุนของพยาบาล และครอบครัวในการช่วยเลี้ยงดูทารกจึงมีความสำคัญ (Benhamou et al., 2002) ช่วยให้มารดาเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อบทบาทมารดาที่ได้รับ นอกจากนี้การได้รับความรัก ความห่วงใยจากครอบครัวทำให้มารดาสามารถดำรงบทบาทของการเป็นมารดาที่ดีต่อไป (Rowlands & Redshaw, 2012) พยาบาลและครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดำรงไว้ซึ่งบทบาทของมารดาหลังผ่าตัดคลอติดทางหน้าท้อง

## ความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

ความสุขสบาย เป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลตั้งแต่สมัยยุคฟลอเรนซ์ในดิงเกล และในปัจจุบันถูกนำมาใช้เพื่อเป็นมาตรฐานของการดูแล ซึ่งความสุขสบายถูกกำหนดให้เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (DHEW, 1974 cited in Kolcaba & Kolcaba, 1991; Potter & Perry, 2005) การดูแลที่มีคุณภาพต้องครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อม (Kolcaba, 2003) ได้มีผู้ให้ความหมายของความสุขสบายไว้ดังนี้

### ความหมายของความสุขสบาย

ความสุขสบาย หมายถึง ความผาสุกของร่างกายที่ปราศจากความปวด ความทุกข์ทรมาน และความพึงพอใจเมื่อร่างกาย จิตใจ หรือจิตวิญญาณ ได้รับการตอบสนอง (Groppe, 1992)

ความสุขสบาย หมายถึง การทำให้บุคคลปราศจากความปวด ความไม่สุขสบายจากความเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย (Morse, Bottorff, & Hutchinson, 1995)

ความสุขสบาย หมายถึง การทำงานประสานกันของร่างกายเพื่อให้เกิดการบรรเทาจากความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมาน ที่ส่งผลให้จิตใจเกิดความสงบสุข ปลอดภัย หรือ ปราศจากความกังวล (Koehn, 2000)

ความสุขสบาย หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นองค์รวมของความเป็นบุคคล (whole person) เพื่อทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจ (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 1992)

สรุป ความสุขสบายเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงจากประสบการณ์ด้านลบเช่นความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด สู่การเกิดประสบการณ์ด้านบวกเช่นความพึงพอใจต่อการได้รับความสุขสบาย ที่มีการปรับเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วในลักษณะของความเป็นองค์รวม โดยแสดงให้เห็นภาพรวมของประสบการณ์หลายมิติในบุคคล ความสุขสบายเป็นความรู้สึกพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองในสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต การป้องกันอันตราย และการได้รับความปลอดภัย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง

แนวคิดความสุขสบายในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดความสุขสบายของแคทารีน โคลคาบา (Kolcaba, 2003) ซึ่งทฤษฎีความสุขสบายถูกพัฒนามาจากแนวคิดกระบวนการพยาบาล วิทยาศาสตร์การแพทย์ องค์กรความรู้ศาสนา และเทววิทยา แนวคิดจิตวิทยา จิตเวชศาสตร์ และแนวคิดความปลอดภัยในการทำงาน องค์กรความรู้เหล่านี้นำมาใช้ในการอธิบายความต้องการด้านความผ่อนคลาย การมีสุขภาพที่ดี ความสงบสุข และความเป็นบุคคล (Kolcaba, 2003)

การทบทวนวรรณกรรมความสุขสบายภายหลังการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ประกอบด้วยเนื้อหาครอบคลุม ความหมาย แนวคิดทฤษฎี การประเมินความสุขสบายและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสุขสบาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

### มิตินี้ความสุขสบาย

โคลคาบา (Kolcaba, 2003) ได้อธิบายโครงสร้างของความสุขสบายไว้ 2 มิติเมื่อแบ่งตามตารางที่มีจำนวน 12 ช่อง แนวนอน 3 แถวอธิบายถึงความรู้สึกตามลำดับดังนี้ การบรรเทา (relief) การได้รับความสบาย (ease) การเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก (transcendence) และแนวตั้ง 4 แถว อธิบายบริบทความต้องการพื้นฐานความสุขสบายในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดในแต่ละมิติดังนี้ (ตาราง 1) ตาราง 1 โครงสร้างของมิตินี้ความสุขสบาย จากหนังสือ *Comfort Theory and Practice* (Kolcaba, 2003 หน้า 15)

	การบรรเทา (Relief)	ความสบาย (Ease)	การเข้าใจและยอมรับ ภาวะที่ยากลำบาก (Transcendence)
ด้านร่างกาย (Physical)			
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual)			
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental)			
ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural)			

มิติที่ 1 เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงคุณลักษณะความสุขสบาย 3 ลักษณะ ประกอบด้วย การบรรเทา ความสบาย และการเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก ดังนี้

1. การบรรเทา (relief) คือ ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายที่เฉพาะเจาะจง (Kolcaba, 2003) จากการศึกษาพบว่าการฝึกโยคะระหว่างตั้งครรภ์ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์พบว่าช่วยบรรเทาความปวด ขณะรอคลอด ในระยะก้าวหน้าของการคลอด (active phase) ส่งผลให้มารดามีความสุขสบายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกโยคะระหว่างตั้งครรภ์ (Chuntharapat, Petpichetchian, & Hatthakit, 2008)

2. การได้รับความสบาย (ease) คือ สภาวะของความสงบ (Kolcaba, 2003) ภาวะที่ปราศจากจากความไม่สุขสบายที่จำเพาะเจาะจง ประสบการณ์ความสบายอาจเกิดจากพยาบาลมีความใส่ใจ สามารถที่จะจัดการปัจจัยที่นำไปสู่ความสุขสบาย โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์ความไม่สุขสบายมาก่อน (Kolcaba & Wilson, 2002) ผลของความสบายทำให้ร่างกาย และจิตใจมีความพร้อมที่จะประสานการทำงานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย และจิตใจภายหลังจากการได้รับการบรรเทาในช่วงระยะเวลาหนึ่งก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่สภาวะของความสบาย และสามารถทำสิ่งต่างๆ เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง (Kolcaba & Fox, 1999; Kolcaba, Dowd, Steiner, & Mitzel, 2004)

3. การเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก (transcendence) คือ สภาวะจิตของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ได้แม้ไม่สามารถขจัดหรือหลีกเลี่ยงกับเงื่อนไขความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น (Kolcaba & Wilson, 2002; Kolcaba, 2003) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีแรงบันดาลใจที่จะทำกิจกรรมส่งเสริมการเคลื่อนไหว เพื่อฟื้นฟูร่างกายถึงแม้จะมีความเจ็บปวดที่ยากเกินการควบคุม (Kolcaba & Wilson, 2002) บุคคลนำสมรรถนะจากภายใน และภายนอกร่างกายมามีส่วนช่วยเพื่อใช้ในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกหรือความคิดเชิงลบ บางอย่างจนไม่สามารถกระทำในบางอย่างที่อาจมีคุณค่ามากกว่าได้ ซึ่งการที่จะเข้าสู่การเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบากได้นั้น บุคคลต้องค้นพบสิ่งเหล่านั้นด้วยตนเอง จากประสบการณ์หรือการฝึกความเข้มแข็งภายในของจิตใจเพื่อการรู้สึกถึงการมีคุณค่า และศักยภาพภายในของตัวตนในการนำไปสู่สิ่งใหม่ของการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Dowd, Kolcaba, & Steiner, 2000; Wilson, 2012)

มิติที่ 2 เป็นการอธิบายลักษณะ 4 บริบทของประสบการณ์ความสุขสบาย ประกอบด้วย ประสบการณ์ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม รายละเอียดมีดังนี้

1. ความสุขสบายด้านร่างกาย (physical comfort) คือ เป็นความจำเป็นด้านความสุขสบายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความเจ็บป่วย ประเด็นที่พบบ่อยที่ส่งผลต่อความสุขสบาย คือ

ความปวด (Kolcaba, 2003) นอกจากนี้ประสบการณ์ความสุขสบายด้านร่างกายครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่เป็นปกติของระบบทางเดินอาหาร (bowel function) การป้องกันหรือการรักษาความไม่สุขสบายอันเกิดจากปัญหาความเจ็บป่วย (Kolcaba, 2003) ในผู้ป่วยผ่าตัดต้องดูแลความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ การได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ รวมถึงการควบคุมอุณหภูมิกายอย่างเหมาะสม (Kolcaba & Wilson, 2002) ภายหลังจากตัดคลอดมารดาอาจมีอาการหนาวสั่นจากยาระงับความรู้สึกที่ได้รับและอาจส่งผลต่อความไม่สุขสบายในการให้ทารกดูแล การดูแลห่มผ้าเพื่อให้ได้รับความอบอุ่นจะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัวลดอาการหนาวสั่นได้ (American Society of Anesthesiologists, 2002; Hooper et al., 2009)

2. ความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (psychospiritual comfort) คือประสบการณ์ความสุขสบายที่ครอบคลุมจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณในบุคคลซึ่งเป็นองค์ประกอบที่แสดงถึงตัวตนของบุคคล รวมถึงความเกี่ยวข้องของบุคคลกับสิ่งต่างๆ ที่เป็นคุณค่าของชีวิตในบุคคล ก่อให้เกิดการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นตัวตนของบุคคลรวมถึงเพศวิถี และความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งเหนือกว่า (higher being) (Kolcaba, 2003) ความจำเป็นด้านนี้ยังรวมถึงแรงบันดาลใจ เพื่อนำไปสู่สถานะจิตที่อยู่เหนือปัญหาอันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายที่ไม่สามารถขจัด แต่สามารถบรรเทาปัญหา มีหลายวิธีที่ช่วยให้บุคคลเกิดประสบการณ์เช่น การนวด การดูแลความสุขสบายของปากฟัน การมีบุคคลที่มีความหมายมาเยี่ยม การสัมผัสอย่างใส่ใจ การได้ยินคำพูดที่ทำให้เกิดความเข้มแข็ง และกล้าหาญในการเผชิญกับความไม่สุขสบาย สามารถเกิดขึ้นได้จากการดูแลด้านร่างกาย และการตอบสนองด้านจิตวิญญาณ (Kolcaba & Wilson, 2002) การเตรียมคลอดเพื่อให้เห็นคุณค่าของการเกิดบนพื้นฐานของพิธีกรรม ต้องคำนึงถึงมิติความเชื่อและจิตวิญญาณเพื่อความสมดุลทางด้านร่างกายจิตวิญญาณ และภาวะสุขภาพ (Wilson, 2012) เพื่อให้เกิดความผ่องใสแก่ชีวิต

3. ความสุขสบายด้านสิ่งแวดล้อม (environmental comfort) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับโดยตรงกับปัจจัยรอบข้างอันเกิดจากเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม และรวมถึงสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยขณะพักรักษาตัว ได้แก่ สี กลิ่น แสง เสียง บรรยากาศ อุณหภูมิ การมองเห็นสิ่งต่างๆ จากห้องพักออกไปภายนอกหน้าต่าง (view) การเข้าถึงธรรมชาติ และวัสดุองค์ประกอบสิ่งประดิษฐ์ตามธรรมชาติ (Kolcaba, 2003) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลมีส่วนช่วยลดความเครียดในการทำงานของพยาบาลส่งผลต่อการให้การพยาบาลที่ดี และปลอดภัยแก่ผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Aiken et al., 2008) นอกจากนี้การพักผ่อนที่เพียงพอมีความจำเป็นต้องอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Branderberger, Granfier, Chapotot, Simon, & Piquard, 2002; Landis, 2002) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนไม่หลับหรือหลับยากนั้นมาจากการเปิดไฟหรือการมีแสงสว่างรบกวนตลอดเวลา การมีอุณหภูมิที่สูง

กว่า 23.9 องศาเซลเซียส และต่ำกว่า 12.2 องศาเซลเซียส และการนอนบนที่นอนที่นุ่มหรือแข็งเกินไปจะส่งผลทำให้ไม่สุขสบายต่อการนอนหลับพักผ่อน (สุภารัตน์และพวงพยอม, 2548) จากการศึกษาในมารดาที่วางแผนผ่าตัดคลอดโดยการพึ่งคนตรี่ก่อนผ่าตัดคลอดพบว่าเสียงดนตรีช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจในระหว่างผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chang & Chen, 2005) นำไปสู่ความสุขสบายที่ตอบสนองต่อการพักผ่อนที่เพียงพอในการฟื้นฟูสภาพเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย

4. ความสุขสบายด้านสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural comfort) องค์ประกอบด้านนี้เกี่ยวข้องกับกรณีปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น สถานภาพทางการเงิน การศึกษา ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประวัติศาสตร์ของครอบครัว โรคพันธุกรรม วัฒนธรรม ภาษาและการแต่งกาย (Kolcaba, 2003) สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปขณะต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรมมีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จากการได้รับรู้ข้อมูลการคลอดทางช่องคลอดจากเพื่อนหรือครอบครัว ส่งผลต่อความกลัวการคลอด จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์เลือกการผ่าตัดคลอดในการให้กำเนิดทารก แทนการคลอดปกติทางช่องคลอด (Gamble, Creedy, McCourt, Weaver, & Beake, 2007; Kornelsen, Hutton, & Munro, 2010; Munro, Kornelsen, & Hutton, 2009) ภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องการได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล และบุคคลรอบข้างทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความพึงพอใจ เนื่องจากได้รับความเห็นอกเห็นใจที่พยาบาลมีให้เพื่อให้การช่วยเหลือในการตอบสนองตามความต้องการของตน (Redshaw & Hockley, 2010) ตรงตามพื้นฐานชีวิตของผู้รับบริการในแต่ละราย

จากโครงสร้างของความสุขสบายพบว่าทั้ง 2 มิติ โดยมีมิติที่ 1 เป็นการแสดงถึงคุณลักษณะของความรู้สึกสุขสบายที่มีความสัมพันธ์ต่อกันในด้านความรู้สึกกับการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานความสุขสบาย เป็นระดับความต้องการที่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้ได้รับการตอบสนองโดยสามารถเรียงลำดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการตอบสนองความสุขสบายคือ การบรรเทา การได้รับความสบาย และการเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก และมิติที่ 2 เป็นบริบทที่จะส่งผลกระทบต่อความสุขสบายของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลได้รับความไม่สุขสบายแต่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ถือว่าการบรรเทาที่เกิดขึ้น แต่หากการเปลี่ยนแปลงด้านความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถปรับตัวให้เข้าไปได้บุคคลจะเริ่มแสวงหาการจัดการที่สามารถตอบสนองความไม่สุขสบายนั้นให้เกิดความสุขสบายขึ้น แต่หากการตอบสนองความสุขสบายนั้นต้องใช้เวลาและนำศักยภาพภายในของบุคคลออกมาใช้เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน และ

ความอึดอัดคับข้องใจจนเกิดเป็นการเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ และสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม ได้จะสามารถดำรงชีวิตบนการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุขแต่หากการเปลี่ยนแปลงบนภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปโดยที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจส่งผลไปถึงความไม่สุขสบายที่จะเป็นปัจจัยในการคงไว้ซึ่งความสุขของชีวิตได้จากโครงสร้างของแนวคิดที่มีความซับซ้อนการประเมินความสบายของผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้

### การประเมินความสบายและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสบาย

ความสบายที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลคนมีความแตกต่างกันขึ้นกับการรับรู้ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้นๆ โดยมีวิธีการประเมิน และการวัดความสบายโดยวิธีประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก และการสอบถาม สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Hurley, Vokicer, Hanrahan, Houde, & Volicer, 1992) เป็นการประเมินการแสดงออกของความสบายของบุคคลนั้นๆ ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย ร้องไห้ ดีใจ สีหน้าแสดงความเจ็บปวด ซึ่งในบางครั้งสามารถประเมินได้จากการสอบถามโดยตรง ร่วมกับการสอบถามจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด การประเมินในวิธีนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้ และไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด

2. การสอบถามหรือให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล เป็นการประเมินความรู้สึกสบายที่ออกมาจากความรู้สึกนึกคิดที่สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง แบบประเมินความสบายรูปแบบนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 แบบสอบถามความสบายทั่วไป (general comfort questionnaire) ของโคคาบา (Kolcaba, 2003) เป็นการประเมินความรู้สึกสบายทั่วไปที่ผู้ป่วยรู้สึกในขณะนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนมากหมายถึง สุขสบายมาก และคะแนนน้อยหมายถึง สุขสบายน้อย ซึ่งมี 48 ข้อได้ดัดแปลงให้เหมาะสมเพื่อใช้สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ภายหลังผ่าตัดคลอด โดยมีทั้งหมด 34 ข้อโดยแบ่งเป็นข้อคำถามคือ (1) ด้านร่างกาย 9 ข้อ (2) ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ 12 ข้อ (3) ด้านสังคมและวัฒนธรรม 4 ข้อ และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม 9 ข้อ มีการศึกษาความสบายในประเทศไทยเกี่ยวกับผู้ป่วยในกลุ่มต่างๆ โดยใช้แบบสอบถามความสบายดังนี้ ความสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง (พรรณี, 2540) ความสบายในผู้ป่วยระบบไหลเวียนโลหิต (นิตยา, 2547; ทลิตา, 2547; สวิขญา, 2552; สิรินาถ, 2541; อมรรัตน์, 2549; อรวรรณ, 2551; Chareonkul,



2007) ความสุขสบายในทารกแรกเกิด (Wongsawat, 2008) และความสุขสบายของหญิงตั้งครรภ์ (Chuntharapat, 2007)

2.2 มาตรการ ได้แก่ มาตรการความสุขสบายของโคคาบา (Kolcaba, 2003) มีลักษณะเป็นเส้นตรงยาว 100 มิลลิเมตร โดยทางปลายด้านซ้ายระบุว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ปลายด้านขวาแสดงว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นการประเมินความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดทางด้านร่างกายที่ผู้ป่วยได้รับแต่ไม่ค่อยมีความละเอียด และครอบคลุมความสุขสบาย ซึ่งสามารถใช้ร่วมกับแบบสอบถามความสุขสบายทั่วไปของโคคาบา โดยประเมิน 3 ข้อ คือ การบรรเทา การได้รับความสบาย และการเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบากพยาบาลเป็นผู้ถาม และให้ผู้ป่วยระบุความสุขสบายของตนขณะนั้น ไปยังลำดับ 1-10 โดย 10 คือ สุขสบายมาก จากการศึกษาของจันทร์พัฒน์ (Chuntharapat, 2007) ได้มีการนำมาตรการความสุขสบายไปใช้ในการประเมินความสุขสบายในระยะรอคลอดจากการฝีกโยคะระหว่างตั้งครรภ์ แต่มาตรการความสุขสบายนั้นไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดเนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสุขสบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดภายใต้กรอบแนวคิดความสุขสบายของโคคาบา (Kolcaba, 2003) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและครอบคลุมการดูแลความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม

### **ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง**

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขสบายของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอายุ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระยะเวลาก่อน และหลังผ่าตัดคลอด การวางแผนผ่าตัดคลอด วิธีการผ่าตัดคลอด วิธีระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด ยาแก้ปวดที่ได้รับภายหลังผ่าตัดคลอด ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การใช้เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ การนอนหลับพักผ่อน ภาวะโภชนาการ สภาพจิตใจ ด้านสังคม วัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. อายุ มารดาวัยรุ่น และมารดาวัยผู้ใหญ่จะมีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บปวดแตกต่างกันหากไม่สามารถอดทนต่อความเจ็บปวดนั้นได้จะส่งผลต่อการได้รับความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขสบายกับความปวดในผู้ป่วยมะเร็งของคิมและควอน (Kim & Kwon, 2007)พบว่า ผู้ป่วยที่อายุมากสามารถทนต่อ

ความปวดได้มากกว่า ซึ่งสามารถชี้ให้เห็นได้ว่ามารดาวัยผู้ใหญ่สามารถทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่า มารดาวัยรุ่น โดยเฉพาะในระยะรอคอย จะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ชาติ สติ โวยวาย (Rawlins, Dialsingh, Crawford, Rawlins, & McGrowder, 2013) จึงเห็นได้ว่าอายุของมารดามีผลต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด

2. การศึกษา บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถควบคุมตัวเองเพื่อเผชิญกับความปวดได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ บุคคลที่ทนต่อความเจ็บปวดได้มากกว่าจะสามารถรับรู้ถึงความสุขสบายที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากกระบวนการคิด การรับรู้และกระบวนการปรับตัวที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในภาวะทุกข์ทรมาน (Wuitchick, Hesson, & Bakal, 1990) ระดับการศึกษายังมีผลต่อการเลือกระหว่างการรับบริการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน (Choobmasjedi, Hasani, Khorsandi, & Ghobadzadeh, 2012) แต่ไม่เป็นความจริงเสมอไปผู้ป่วยที่มีการศึกษาดำเนินสามารถควบคุมความปวดได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง จากการศึกษาผลของการสร้างจินตภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (จริยา, 2552) ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันความทุกข์ทรมานจากความปวดภายหลังผ่าตัดช่องท้องไม่แตกต่างกัน

3. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอดในครรภ์ก่อนจะส่งผลต่อการผ่าตัดคลอดในครรภ์ต่อไป การผ่าตัดคลอดซ้ำมีความเสี่ยงมากกว่าการผ่าตัดคลอดในครรภ์แรก จากการศึกษาของ ลีน (Lyell, 2011) พบว่า จำนวนครั้งของการผ่าตัดซ้ำตั้งแต่ครรภ์ที่ 2 เป็นต้นไปจะส่งผลต่อการเกิดการบาดเจ็บของทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนของแผลผ่าตัด การเกิดพังพืด ที่เกิดจากกระบวนการเย็บของแผลตามปกติจากการประสานกันของไฟบริน (fibrin) ทำให้เกิดเป็นเนื้อเยื่อใหม่ในช่องท้อง (Boland & Weigel, 2007; Davey & Maher, 2007) กลายเป็นพังพืดที่ส่งผลต่อความปวดที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการลดลงของความสุขสบายของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Rao, Devalia, & Zaidi, 2006) ที่จะตอบสนองต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด

#### 4. ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและระยะเวลาหลังผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสุติแพทย์จะใช้เวลาแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของแผลผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดคลอดว่าเป็นการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน หรือการผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า การเกิดพังพืดในช่องท้อง (Rossouw, Hall, & Harvey, 2012) จากการศึกษาพบว่า การผ่าตัดคลอดซ้ำมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปใช้เวลาในการผ่าตัดคลอดนานกว่าการผ่าตัดคลอดในครั้งแรก และมีผลต่อการสูญเสียเลือดที่เพิ่มขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของพังพืดในช่องท้อง (Tulandi, Agdi, Zarei, Miner, & Sikirica, 2009; Wilson, Fecho, Marshall, & Spielman, 2010) ทำให้สูญเสียเลือดปริมาณมาก ซึ่งอาจนำไปสู่การตัดมดลูกภายหลังผ่าตัดคลอด (Kwee, Bots, Visser, & Bruinse, 2006) การบาดเจ็บของ

อวัยวะใกล้เคียง (Rahman, Gasem, Suleiman, Jama, Burshaid, & Rahman, 2009) ซึ่งมีผลกระทบต่อความสบายในระยะหลังคลอด

ภายหลังการผ่าตัดคลอดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันมีผลต่อความสบายที่มารดา ภายหลังผ่าตัดคลอดจะได้รับ พบว่าในช่วง 8-12 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัดคลอดมารดาจะมีอาการอ่อนเพลียจากฤทธิ์ของยาสลบ และถูกจำกัดกิจกรรมให้นอนราบเป็นเวลา 8 ชั่วโมงในกรณีที่มีการได้รับความรู้สึกเฉพาะส่วน (spinal block) (วิรัตน์, 2555; Yentis & Rucklidge, 2005) ภายหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมงมารดาจะมีความปวด และการขอรับยาระงับปวดซึ่งผลข้างเคียงของยาระงับปวดที่ได้รับ จะทำให้เกิดอาการง่วงซึม คลื่นไส้อาเจียน (Rauch, 2011) ผลจากการได้รับยาระงับปวดที่ต่อเนื่องในช่วงเวลา 48-72 ชั่วโมงเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของแผลผ่าตัดมีผลต่อการบีบตัวและการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร (Gadsen et al, 2005; Pillitteri, 2010) และความปวดที่เกิดขึ้นทำให้มารดาไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกายทำให้การกระตุ้นของกระเพาะอาหารและการบีบรัดของลำไส้ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดแน่นท้อง (Dewit, 2001; Wattanaweck, 2002) ส่งผลให้เกิดความไม่สบายตามมา

5. การวางแผนผ่าตัดคลอด การผ่าตัดคลอดถูกเงินกับการผ่าตัดคลอดที่มีการวางแผนล่วงหน้าจะส่งผลต่อความปวดแตกต่างกัน พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดถูกเงิน และมีอาการเจ็บครรภ์คลอดนำมาก่อนจะส่งผลต่อการรับรู้ความปวดทั้งก่อน และหลังผ่าตัดคลอด จากการศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์การวางแผนผ่าตัดคลอด และการผ่าตัดคลอดถูกเงิน พบว่ามารดาที่วางแผนผ่าตัดคลอดล่วงหน้าจะรู้สึกปลอดภัย และระดับความปวดภายหลังผ่าตัดคลอดในวันที่ 3 ลดน้อยลงกว่ามารดาที่มีการผ่าตัดคลอดถูกเงิน (Schindl, Birner, Reingrabner, Joura, Husslein, & Langer, 2003) มีผลต่อการได้รับความสบายด้านร่างกายของอาการปวดแผลผ่าตัดลดลงส่งผลให้สภาพจิตใจ จากความกังวลของแผลผ่าตัดดีขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

6. วิธีการผ่าตัดคลอด ระดับความปวดที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อความไม่สบายทางด้านร่างกายโดยมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะของการผ่าตัดคลอด (สุนทรีและคณะ, 2549) จากลักษณะการเรียงตัวของกล้ามเนื้อและเส้นประสาทแตกต่างกัน การผ่าตัดในแนวตั้งจะมีความเจ็บปวดมากกว่าการผ่าตัดในแนวขวาง และการผ่าตัดมดลูกส่วนบนจะเจ็บปวดมากกว่าการผ่าตัดมดลูกส่วนล่าง (Hofmeyr et al., 2009) จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีการผ่าตัดมดลูกส่วนล่างแบบการผ่าตัดคลอดที่ผนังหน้าท้องในแนวขวาง จะช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัดคลอด ลดเวลาของการใช้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด กระบวนการกลับมาทำงานของลำไส้เร็วกว่าการผ่าตัดคลอดบริเวณส่วนบนของมดลูก และความปวดภายหลังผ่าตัดคลอดน้อยกว่าการผ่าตัดคลอดบริเวณมดลูกส่วนบน (Karat, Nirmala, Radhakrishna, Jayanthi, & Shanthi, 2004) ตำแหน่งการผ่าตัดคลอดจึงมีผลต่อความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดซึ่งจะส่งผลต่อความไม่สบาย

7. วิธีระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด กรณีที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ฤทธิ์ของยามีผลต่อการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารลดลงในระยะ 24-72 ชั่วโมง (สุพัตราและครินทร์, 2543; Pasero & Belden, 2006) เมื่อการบีบตัวลดลงส่งผลให้มีการขังของแก๊สและน้ำในช่องท้อง เมื่อมีความเสียดลุดเกิดขึ้นร่างกายจึงมีการชดเชยโดยการสั่งให้มีการส่งกระแสประสาทไปกระตุ้นสมองส่วนเมดูลลา (medulla) ให้เกิดการอาเจียนเกิดขึ้นเพื่อรักษาภาวะปกติในร่างกายจึงทำให้มีการอาเจียนออกมาทำให้ไม่เกิดความสุขสบาย

8. ยาแก้ปวดที่ได้รับภายหลังผ่าตัดคลอด การได้รับยาระงับปวดภายหลังผ่าตัดคลอดสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดคลอด การเคลื่อนไหวร่างกาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกเป็นการได้รับยาระงับปวดที่มีผลทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน กดการหายใจ (Rauch, 2011; Rauch, 2012) และการเคลื่อนไหวของลำไส้ส่งผลให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว มีการเคลื่อนไหวของการเดินอาหารภายหลังผ่าตัดคลอด (มาลีและคณะ, 2548; Pasero & Belden, 2006) ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด และไม่สุขสบายตามมา (Dewit, 2001; Wattanawech, 2002) ภายหลัง 24-72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอดจะเป็นการได้รับยาระงับปวดชนิดไม่เสพติดซึ่งมีผลข้างเคียงน้อยกว่าในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ ไดโคลฟีแนค (diclofenac) พาราเซตามอล (paracetamol) และ ทรามาดอล (tramadol) เป็นต้น ผลข้างเคียงที่พบบ่อยทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และเวียนศีรษะ

9. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคทางสูติกรรมหรืออายุกรรมจะมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดคลอด และภายหลังผ่าตัดคลอดกล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจขณะตั้งครรภ์ และต้องได้รับการผ่าตัดคลอดจะส่งผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติจนกระทั่งนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอด (Hidano, Uezono, & Terui, 2011) นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมส่งผลต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีผลให้ทารกตัวโต (Levy, Wiznitzer, Hulberg, Mazor, & Sheiner, 2009) หรือการตั้งครรภ์แฝดที่มีความสัมพันธ์กับการขยายขนาดของกล้ามเนื้อหลอดลมทำให้หดรัดตัวไม่ดีภายหลังผ่าตัดคลอดมีผลทำให้เกิดการตกเลือดภายหลังผ่าตัดคลอด (สมศักดิ์, 2555) นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดจากการเสียเลือดมากกว่าระหว่างผ่าตัดคลอด การตกเลือดหลังคลอด หรือมีความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นขณะใส่ท่อช่วยหายใจ (ตวงสิทธิ์, 2553) จากการศึกษาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (severe preeclampsia) ในช่วงอายุครรภ์ 24 ถึง 32 สัปดาห์หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเนื่องจากมีโอกาสคลอดทารกก่อนกำหนดและ

จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเมื่อต้องยุติการตั้งครรภ์ (Gracia, Mountufar-Rueda, & Ruiz, 2003) นำไปสู่ความรู้สึกผิดโทษตัวเองจากการไม่สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดบุตรได้ ดังนั้นการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ย่อมมีผลกระทบต่อความสุขสบายของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอด

10. การนอนหลับพักผ่อน มารดาหลังผ่าตัดคลอดจะต้องดูแลทารก ทั้งกลางวันและกลางคืนขณะที่ร่างกายมารดาอาจมีความอ่อนเพลีย จึงส่งผลให้มารดาถูกรบกวนการนอนหลับและการพักผ่อน (ดวงกมลและเขวาลักษณ์, 2551) ซึ่งการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้บริเวณแผลผ่าตัดมีการสร้างเม็ดเลือดขาวเพื่อทำลายเชื้อโรคลดลงทำให้กระบวนการหายของแผลล่าช้า (Hui, Hua, Diandong & Hong, 2007; Walburn, Vedhara, Hankins, Rixon, & Weinman, 2009) ทำให้มารดาไม่มีความสุขสบาย

11. ภาวะโภชนาการ ก่อนการผ่าตัดคลอดแพทย์จะมีแผนการรักษาโดยการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัดคลอดเพื่อป้องกันการสำลักเข้าสู่ทางเดินหายใจ (Pillitteri, 2010) และภายหลังผ่าตัดคลอดในวันที่ 1 จะได้รับประทานอาหารเหลว หลังจากนั้นจึงรับประทานอาหารธรรมดาได้ในวันที่ 2 และ 3 เพราะในระยะนี้กระเพาะอาหารสามารถเริ่มกลับมาทำงานได้ตามปกติ (Patolia, Hilliard, Toy, & Baker, 2001) การงดน้ำงดอาหารเป็นเวลานาน ร่วมกับการอ่อนเพลีย สูญเสียพลังงานจากการผ่าตัด และการเลี้ยงดูทารก จึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารชดเชยในมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เพียงพอ จากการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดช่องท้องพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการดีจะสามารถป้องกันการติดเชื้อ และการเกิดแผลแยกได้ดีกว่าผู้ที่ขาดสารอาหาร (Dayton, 2004; Potter & Perry, 2005) และมีความสุขสบายหลังคลอดมากกว่ามารดาที่มีภาวะทุพโภชนาการ

12. การคัดดึงของเต้านม ทำที่สุขสบายในการอุ้มให้ทารกดูดนมเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นการไหลของน้ำนมภายหลังผ่าตัดคลอดเพราะ หากทารกสามารถดูดนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยกระตุ้นการทำงานของต่อมได้สมองส่วนหน้า ให้หลั่งโปรแลคติน และลดการคัดดึงของเต้านม อย่างไรก็ตามความปวดของแผลผ่าตัดทำให้มารดานอนพักผ่อนไม่เพียงพอ มีผลต่อการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนม (Ott, 2011) จากการศึกษาพบว่า การคัดดึงของเต้านมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดของมารดาหลังผ่าตัดคลอด (Hsien et al., 2011) ที่อาจส่งผลต่อความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

### 13 สภาพจิตใจ

13.1 ความกลัว หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ว่าคุณต้องผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจะมีความกลัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง กระบวนการผ่าตัดคลอดต่อภาวะสุขภาพของทารก (Bluml et al., 2012) ความกลัวจากการผ่าตัดคลอดทำให้มารดาขาดความสุขสบาย จากการที่มารดามีปัญหาทางด้านจิตใจ และการมี

ประสบการณ์ต่อการคลอดที่ไม่ดีในครรภ์ก่อน ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลภายหลังคลอด หากไม่มีการดูแล หรือขาดแรงสนับสนุนที่ดีจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดตามมา (Sasisto & Halmesmaki, 2003; Sasisto, Salmela, Nurmi, Kononen, & Halmesmaki, 2001) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และพยาบาลสามารถลดความกลัวที่จะเกิดขึ้นได้

13.2 ความวิตกกังวล มารดาภายหลังผ่าตัดคลอดจะกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของตน และความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะความปวดจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียดขณะกำลังเผชิญกับความปวด โดยทำให้เสียสมดุลของร่างกาย จิตใจ ลังคม และจิตวิญญาณ (บ้ำเพ็ญจิต, อาริยา, ทิพวัลย์, และประสพสุข, 2550) ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแยกส่วนกันได้ การเสียดุลยภาพส่วนใดส่วนหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อการเสียสมดุลของชีวิต

13.3 ความพึงพอใจจากการบรรเทาความเจ็บปวด การจัดการความปวดภายหลังผ่าตัดคลอดพบว่าความปวดที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับการจัดการความปวดของแพทย์ และพยาบาล ผู้ดูแลที่จะจัดการความปวดที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังของผู้ป่วย (อรพรรณ, วงจันทร์, และศศิธร, 2549) นอกจากนี้ความปวดที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดเป็นสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดโรคซึมเศร้าหลังคลอด (Recker & Perry, 2011) มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีประสบการณ์กับความปวด และได้รับการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นได้ดีจะสามารถทำให้รับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนในการจัดการความปวดที่อาจเกิดขึ้นในครั้งต่อไปได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยเผชิญกับความปวดมาก่อน ในทางตรงกันข้ามหากไม่สามารถจัดการปรับตัวกับความปวดที่เกิดจะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเกิดความคับข้องใจตามมา (Hobson, Slade, Wrench, & Power, 2006) สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อความไม่สุขสบายในระยะหลังคลอด

13.4 ความรู้สึกโดดเดี่ยว มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลภายหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดคลอด และย้ายเข้ามาอยู่ในห้องพักฟื้น โดยเฉพาะมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน พบว่าเมื่อมารดาร้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลแต่ไม่ได้รับการตอบสนองในทันทีมารดาหลังผ่าตัดคลอดย่อมส่งผลกระทบต่อความสุขสบายในระยะหลังคลอดมีความรู้สึกว่าคุณต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง (Redshaw & Hockley, 2010) การให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการจากพยาบาลมีส่วนเพิ่มความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด

13.5 ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความปวดที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องยังรับรู้ว่ายังคงมีความปวดอยู่ส่งผลทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดความรู้สึกคุกคามจากความปลอดภัยในชีวิตของตน (Khasholian, Shayboub, & Ataya, 2014)

การพยาบาลที่ส่งผลต่อการรับรู้ความปลอดภัยในมารดาหลังผ่าตัดคลอดจึงมีความสัมพันธ์กับความสบายที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องได้รับ

13.6 การมีคุณค่าในตนเอง มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง และทารกหลังผ่าตัดคลอดจะสามารถทำได้เร็วกว่ามารดาที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (มริยาและกัญญา, 2551) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองและทารกได้ด้วยตนเองของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดจะช่วยส่งเสริมให้มารดารับรู้ถึงคุณค่าของตนเองส่งผลต่อความสบายภายในตนเองที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตน (Fenwick et al., 2009) การสร้างความเชื่อมั่นให้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดจึงมีความสำคัญต่อคุณค่าของความเป็นมารดา

14. ด้านสิ่งแวดล้อม การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปแตกต่างจากบ้านซึ่งเป็นความเป็นอยู่เดิมทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวซึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณซึ่งจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่ามาสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านความสบายทางสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยได้รับจะส่งผลต่อความภาวะสุขภาพที่ดีของร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรม (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006) มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องหากต้องไปอยู่ในสถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยอาจส่งผลต่อการพักผ่อน และการปรับตัวในการดำเนินชีวิตต่อการเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมยังมีผลกระทบต่อกระบวนการหายใจของแผลโดยเกิดขึ้นในขณะที่หลับซึ่งเมื่อนอนหลับจะทำให้กระบวนการของร่างกายเกิดการพักผ่อน การเผาผลาญลดต่ำลงทำให้เนื้อเยื่อที่ถูกทำลายมีการฟื้นฟูสภาพขึ้น (Branderberger, Granfier, Chapotot, Simon, & Piquard, 2002; Landis, 2002) การนอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน จะมีผลต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Landis, 2002) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการพักผ่อน ได้แก่ เสียงที่ดังเกินกว่า 80 เดซิเบล เสียงที่เกิดจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วย เสียงในโรงพยาบาลที่เหมาะสมควรอยู่ระหว่าง 40-45 เดซิเบลในเวลากลางวัน และควรน้อยกว่า 35 เดซิเบลในเวลากลางคืน (Griffin, 1992; Kahn et al., 1989) ความมืดหรือการนอนในที่ๆ ไม่มีแสงสว่างรบกวน จะยับยั้งการหลั่งเมลาตินที่มีผลต่อการตื่นตัวในช่วงกลางคืน ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของเลเบอร์และคณะ (Laberge et al., 2001) โดยพบว่าการนอนหลับยากมีความสัมพันธ์กับการเปิดไฟนอน และยังส่งผลให้มารดาเกิดความอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอมีผลต่อการเลี้ยงทารกด้วยตนเองมากขึ้น (Tribotti, Lyons, Blackburn, Stein, & Withes, 1988) สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมมีผลกระทบต่อความสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจะส่งผลต่อความสบายทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวม ปัจจัย

ที่มีผลกระทบต่อความสุขสบาย ได้แก่ อายุ การศึกษา ลักษณะของแผลผ่าตัดคลอด พังผืดในช่องท้องหรือการไม่สามารถรับบทบาทมารดาได้ ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างไปจากความเป็นอยู่เดิม ดังนั้นการพัฒนาทักษะสตรีตั้งครรถ์ก่อนการผ่าตัดคลอดเพื่อให้สามารถใช้ทักษะทางการพยาบาลด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมความสุขสบายจึงเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลต้องตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติ การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลมาใช้เพื่อเตรียมหญิงตั้งครรถ์ก่อนผ่าตัดคลอด

### พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล

การบำบัดทางการพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลเป็นศาสตร์ทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยให้บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองในการเยียวยาสุขภาพของตนเองเนื้อหาเกี่ยวกับพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลประกอบด้วย ความหมาย แนวคิดทฤษฎีที่ใช้เพื่ออธิบายการปรับสมดุลภาวะสุขภาพของพลังบำบัดเรกิ วิธีการเรียนรู้การฝึกใช้พลังบำบัดเรกิ ประโยชน์ของพลังบำบัดเรกิ และผลลัพธ์ของพลังบำบัดเรกิต่อความสุขสบาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### ความหมายของพลังบำบัดเรกิ

เรกิ มาจากคำว่า เร หมายถึง จักรวาล ธรรมชาติสิ่งสูงสุด หรือพลังจิตของจักรวาล ที่คงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ก็ หมายถึง พลังซึ่งเป็นพลังชีวิตที่มีความละเอียดอ่อน (Miles & True, 2003) ดังนั้น เรกิ หมายถึง พลังชีวิตจากธรรมชาติที่มีอยู่ในจักรวาล และเป็นพลังงานที่มีส่วนในการขับเคลื่อนของชีวิต และพัฒนาศักยภาพมนุษย์ทุกมิติ อันได้แก่ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม การใช้พลังบำบัดเรกิเป็นการเยียวยาตนเองที่ช่วยในการปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจเพื่อนำไปสู่การผ่อนคลายระดับลึกส่งผลต่อสภาวะภายในของบุคคลระดับจิตวิญญาณ นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพภายในตัวของบุคคล (DiNucci, 2005; Engebretson & Wardell, 2007)

พลังบำบัดเรกิมีแนวคิดว่า (1) พลังธรรมชาติส่งผลต่อพลังชีวิตของมนุษย์และพลังชีวิตในธรรมชาติสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ดังนั้นผู้ถ่ายทอดพลังบำบัดเรกิจึงมีความสามารถในการส่งพลังธรรมชาติไปยังผู้รับการเยียวยาได้อย่างอัตโนมัติ (2) พลังบำบัดเรกิ คือรูปแบบการไหลเวียนผ่านของพลังงานธรรมชาติที่เชื่อมต่อกับพลังงานที่มีอยู่ภายในผู้ภายนอก และจากภายนอกสู่ภายในอย่างไม่มีการจำกัดและไม่จำเป็นต้องใช้การทำสมาธิหรือการ



กำหนดลมหายใจเข้ามาช่วย (3) พลังบำบัดเรกิไม่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และการฝึกฝน ไม่มีข้อแตกต่างในเรื่อง ศาสนา เพศ อายุ และระดับการศึกษา สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิตหลังจากผู้ฝึกปฏิบัติได้รับการปรับพลังและ (4) พลังบำบัดเรกิไม่มีอันตรายต่อผู้ฝึกฝน เพราะไม่มีการใช้ยา หรือการสอดใส่เครื่องมือใดเข้าไปภายในร่างกายแต่เป็นการส่งพลังไปยังช่องทางพลังงานภายในร่างกายเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และความตึงเครียดภายใน (Richeson, Spross, Lutz, & Peng, 2010)

### แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังบำบัดเรกิ

การปฏิบัติระบบพลังบำบัดเรกิ คือรูปแบบการฝึกบุคคลให้เกิดความรับผิดชอบในการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม เป็นการส่งเสริมสุขภาพให้มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แนวคิดที่ใช้ในการอธิบายการเยียวยาด้วยระบบพลังบำบัดเรกิ มี 4 แนวคิดได้แก่ (1) ทฤษฎีออร่าจักระ (2) ทฤษฎีจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (3) ทฤษฎีคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า และ (4) ทฤษฎีปรัชญาพุทธตามแนวคิดนิคายมหายาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ทฤษฎีออร่าจักระ มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีพลังงานภายในตัวเอง และจะมีการไหลเวียนของพลังงานไปทั่วร่างกายตามฐานพลังงานของชีวิตเรียกว่าจักระ (chakra) ซึ่งภายในร่างกายจะมีจักระหลักอยู่ทั้งหมด 7 จักระการไหลเวียนของพลังงานทั้ง 7 จักระนั้นสามารถไหลผ่านได้ดีเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล หากเกิดการติดขัดจะส่งผลต่อภาวะความเจ็บป่วยของอารมณ์ด้านลบเช่น ความกลัว ความโกรธ ความวิตกกังวล และความอิจฉาริษยา มีผลให้ฐานพลังงานทั้ง 7 จักระ สูญเสียสมดุลภายในร่างกาย และจะสะท้อนออกซึ่งการสูญเสียสมดุลนั้นออกมาทางด้านจิตใจ และการกระทำจนกลายเป็นความเจ็บป่วยของชีวิต การไหลผ่านเข้ามาของพลังบำบัดเรกิซึ่งเป็นพลังสะอาดและบริสุทธิ์จะไปกระตุ้น จักระหรือศูนย์กลางพลังงานในร่างกายทั้ง 7 จักระที่มีการติดขัดหรือเสียสมดุลให้เกิดความสมดุลของกายและจิต (เบญจามณี, 2548; Brennan, 1987; Cohen, 2006; Keawpimon, 2008; Myss, 1996; Steine & Steine, 2003) ลักษณะจักระทั้ง 7 มีดังต่อไปนี้

1.1 จักระที่ 1 จักระมูลฐาน (root chakra) บริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง เป็นฐานของพลังชีวิต และพลังงานในร่างกายอยู่ระหว่างอวัยวะเพศ และทวารหนัก เป็นจุดกำเนิดหรือศูนย์รวมโครงสร้างของร่างกาย เป็นฐานของความมั่นคงของการคงอยู่ของระบบโครงสร้างในร่างกายคือกระดูกสันหลัง อวัยวะภายใน อวัยวะสืบพันธุ์ การผลิตฮอร์โมนเพศ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบการขับถ่าย เป็นตำแหน่งของความหนักแน่นและมั่นคงในชีวิต ด้านอารมณ์บ่งบอกถึง การมีจุดยืนของ

ตนเอง ความรู้สึกปลอดภัย การเคารพกฎระเบียบในสังคม ความไม่หว่าดระแวง บุคลิกภาพส่วนบุคคล ตลอดจนการตื่นรู้ภายใน ณ ปัจจุบันขณะ คนที่มีความผิดปกติในจักระนี้จะส่งผลกระทบต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง การเกิดโรคสีดวงทวาร อ้วน มีปัญหาทางเดินปัสสาวะ อ่อนเพลีย ซึมเศร้าและระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานลดลง

1.2 จักระที่ 2 บริเวณท้องน้อยต่ำกว่าสะดือ (sacral chakra) เป็นศูนย์กลางของพลังงานทางเพศ เป็นจุดที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะสืบพันธุ์ อู้งเชิงกราน ไส้ติ่ง กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ รวมทั้งการตั้งครรภ์ และการคลอด ตำแหน่งบริเวณสะโพก และการจับถ่ายของเสีย เป็นตำแหน่งของความเชื่อมั่นภายในตัวบุคคล ความรัก และสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่น ตลอดจนการสร้างสรรค์ทางความคิด และจินตนาการ การควบคุมตนเอง เงินตรา และเพศสัมพันธ์ การมีความผิดปกติในจักระตำแหน่งที่ 2 นี้ จะทำให้เกิดปัญหาของระบบการจับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ อาการปวดหลัง ปัญหาทางด้านสูติ-นรีเวช อวัยวะภายในอู้งเชิงกราน สมรรถนะทางเพศ และระบบประสาทส่วนปลาย

1.3 จักระที่ 3 บริเวณส่วนท้อง/ลิ้นปี่ (solar plexus chakra) เป็นศูนย์กลางพลังงานของร่างกาย อยู่บริเวณตำแหน่งสะดือ อวัยวะที่อยู่ภายในบริเวณนี้ ได้แก่ กระเพาะอาหาร กระดูกสันหลังส่วนกลาง ลำไส้เล็กส่วนบน ตับ ม้าม ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต (adrenal gland) ตับอ่อน ที่จะช่วยหลั่งสารอะดรีนาลินที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจให้ดีขึ้น มีผลต่อการนำเลือดสู่หัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ในร่างกาย มีการขยายของหลอดเลือดทั่วร่างกายเกิดผลต่อการผ่อนคลาย การมีปัญหในจักระนี้จะส่งผลต่อ การเคารพตนเอง การใส่ใจผู้อื่นและตนเอง ความสามารถในการตัดสินใจ ความเชื่อใจ การเคารพในบุคคลอื่น อารมณ์อ่อนไหวต่อการติฉินนินทา การเห็นคุณค่าในตัวเอง แง่มุมในการมองโลก ความสามารถในการควบคุมตนเอง อาการทางกายที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติในตำแหน่งนี้ ได้แก่ โรคข้ออักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร ปัญหาการทำงานของลำไส้ใหญ่ และลำไส้เล็ก อาหารไม่ย่อย อาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเฉียบพลัน การผิดปกติของการทำงานของตับ ไวร้สตับอักเสบ อาการอยากและเบื่ออาหาร

1.4 จักระที่ 4 บริเวณหัวใจ (heart chakra) เป็นศูนย์รวมของความรักที่มีต่อผู้อื่น การมีเมตตากรุณา อวัยวะที่อยู่ในบริเวณนี้จะอยู่ตรงตำแหน่งหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ ปอด ไหล่ แขน ซี่โครง เต้านม กระบังลม และต่อมไทมัส ซึ่งมีผลต่อการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ และควบคุมความดันโลหิต เต้านม การหลั่งของน้ำนมภายหลังคลอดบุตร การมีปัญหในจักระนี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกายให้มีภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย เจ็บหน้าอก ลิ้นหัวใจโต หอบหืดและภูมิแพ้ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม ปอดบวมและติดเชื้อทางเดินหายใจ

ทางด้านอารมณ์มีผลต่อสมดุลของความรักที่มีให้แก่ตนเองและผู้อื่น การให้อภัยซึ่งกันและกัน การเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง ความหวังและความเชื่อในคุณค่าความดี

1.5 จักรที่ 5 บริเวณตำแหน่งคอ (throat chakra) เป็นศูนย์กลางแห่งความศรัทธาและความดีงาม อยู่ตรงบริเวณคอ และอวัยวะภายในบริเวณนั้น ในบริเวณนี้เป็นตำแหน่งของต่อมไพโรยด์ที่มีผลต่อกระบวนการเผาผลาญและระบบเมตาบอลิซึมภายในร่างกาย ลำคอ หลอดลม คอหอย ปาก ฟันและเหงือก หลอดอาหาร พาราไพโรยด์และไฮโปทาลามัส ตลอดจนการสร้างพลังงานเพื่อนำไปให้แก่เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย และการช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอหรือการสร้างเซลล์ และเนื้อเยื่อใหม่จากการถูกทำลายไป ด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีผลต่อการแสดงออกของความรู้สึกส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ ความสามารถในการตัดสินใจ

1.6 จักรที่ 6 บริเวณหน้าผาก (third eye chakra) เป็นศูนย์กลางของการหยั่งรู้และเชาว์ปัญญา ตำแหน่งอยู่บริเวณกลางหน้าผากระหว่างคิ้ว อวัยวะในส่วนนี้รวมไปถึงระบบประสาทและสมอง ตรงกับตำแหน่งของต่อมไพเนียล และต่อมพิทูอิทารี ซึ่งต่อมไพเนียลจะมีการสร้างสารเซโรโทนิน (serotonin) ที่จะกระตุ้นให้เกิดการตื่นนอน และร่างกายตื่นตัวในตอนกลางวัน และสารเมลาโทนินจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายเกิดการพักผ่อนนอนหลับซึ่งการพักผ่อนที่เพียงพอช่วยให้เกิดความสมดุลภายในร่างกาย ส่วนต่อมพิทูอิทารี จะเป็นต่อมไร้ท่อที่ควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อทุกต่อมภายในให้ทำงานอย่างเป็นปกติ บุคคลใดที่มีปัญหาในตำแหน่งนี้จะมีผลต่อความวิตกกังวล ผื่นร้าย กลัว หวาดระแวง และมีผลต่ออาการนอนไม่หลับ

1.7 จักรที่ 7 บริเวณกระหม่อม (crown chakra) เป็นศูนย์กลางของจิตวิญญาณและการเชื่อมต่อกับธรรมชาติอยู่ตรงตำแหน่งกลางกระหม่อม และการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกายของระบบกล้ามเนื้อ ระบบกระดูก ผิวหนัง และระบบประสาทส่วนกลาง ที่จะช่วยให้เกิดการประสานการทำงานของร่างกายให้เป็นไปตามปกติรวมถึง การควบคุมการเจริญเติบโตและการปรับสภาพของร่างกายให้อยู่ในภาวะของอณูภูมิและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การคิดชัดของการไหลเวียนพลังงานบริเวณนี้ จะมีผลต่อความผิดปกติของพลังงานภายในร่างกายทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า มีผลทำให้การพัฒนาทางด้านศรัทธาและการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณลดต่ำลง

การเรียนรู้เรื่องจักรทั้ง 7 จักรข้างต้นและการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อให้เกิดการไหลผ่านของพลังเรกิซึ่งเป็นพลังที่สะอาดและบริสุทธิ์ที่มีอยู่ในจักรวาลนี้ให้ไหลเข้าไปชำระล้างบริเวณที่มีการติดขัดของสนามพลังงานทั้ง 7 จักรจะส่งผลให้เกิดการไหลเวียนพลังชีวิตที่สมดุลในร่างกายโดยเฉพาะมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องการวางมือบริเวณตำแหน่งจักรทั้ง 7 จักร โดยเฉพาะตำแหน่งของจักรที่ 1 และจักรที่ 2 บริเวณภายในช่องท้อง อู่เชิงกรานภายหลัง

คลอจะช่วยให้เกิดการเยียวยาการบาดเจ็บจากการผ่าตัดคลอ และช่วยฟื้นฟูสภาพการหายของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ตลอดจนการบรรเทาความปวดภายหลังผ่าตัด (Vitale & Connor, 2006)

2. ทฤษฎีจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuroimmune) อธิบายความสัมพันธ์ในเรื่องการทำงานของพลังบำบัดเรกิต่อร่างกาย จิต-ประสาท-ภูมิคุ้มกัน กล่าวคือ การส่งผ่านพลังบำบัดเรกิเข้าไปในร่างกายจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อที่มีผลต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ทำงานประสานกันดีขึ้นและเกิดความสมดุลภายในร่างกายและจิตใจ การไหลผ่านของพลังบำบัดเรกิเข้าไปในร่างกายจะส่งผลให้เกิดความผ่อนคลาย มีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟินซึ่งเป็นสารสร้างความสุขทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลาย การผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจที่เพียงพอจะเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ส่งผลให้การซ่อมแซมและฟื้นฟูหายของบาดแผลดีขึ้น (Ader, Cohen, & Feten, 1995; McCain, Gray, Walter & Robins, 2005; Ziemseen & Kern, 2003) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการเยียวยาโดยการใช้พลังบำบัดเรกิจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจ ลดความปวด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลทำให้เกิดความสมดุลของภาวะสุขภาพ (Mackay, Hansen, & Mcfarlane, 2004; Tsang, Carlson, & Olson, 2007) คงไว้ซึ่งความสมดุลภายในของร่างกาย และจิตใจ

3. ทฤษฎีคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (energy and biofield therapy) พลังบำบัดเรกิเป็นคลื่นพลังงานที่มีแรงสั่นสะเทือนระดับต่ำโดยถูกปล่อยออกจากฝ่ามือของผู้ปฏิบัติพลังบำบัดเรกิ ซึ่งกระแสไฟฟ้าที่ออกจากฝ่ามือนี้เป็น สนามพลังงานที่มีความถี่ 2-4 เมกะเฮิรตซ์ซึ่งเป็นกระแสไฟฟ้าที่ช่วยส่งเสริมการไหลของกระแสประสาทไฟฟ้าในร่างกาย ที่มีศูนย์กลางการส่งพลังงานจากหัวใจ (Baldwin & Schwartz, 2012; Oschman, 1998) จากศึกษาของบัลดวิน และชวาทส์ (Baldwin & Schwartz, 2012) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียนเลือดที่ปลายนิ้วมือผู้ปฏิบัติพลังบำบัดเรกิในระดับ 3 (reiki master) มีการเพิ่มขึ้นของการไหลเวียนเลือด และลดอัตราการหายใจทำให้เกิดการผ่อนคลายระดับลึก มากกว่าผู้ใช้การบำบัดรูปแบบอื่น การกระตุ้นสนามแม่เหล็กไฟฟ้าจากฝ่ามือสัมพันธ์กับกระบวนการไหลเวียนของกรดอะมิโน และแคลเซียมไอออนในร่างกาย โดยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เกิดขึ้นภายในร่างกายสามารถวัดได้จากเครื่องวัดสนามพลังชีวิต (Miles & True, 2003) จากการศึกษาของกุมาร์และคูร์ป (Kumar & Kurup, 2003) ในผู้ป่วยโรคลมชักพบว่าการบำบัดด้วยพลังบำบัดเรกิช่วยเพิ่มกระบวนการกระตุ้นการแลกเปลี่ยน โซเดียมไอออน และโพแทสเซียมไอออน เพิ่มการสังเคราะห์ของกรดอะมิโนภายในเซลล์ของสารสื่อประสาทมีผลช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของโรคลมชัก

4. ทฤษฎีปรัชญาพุทธนิกายมหายาน (mahayana buddhism) ความเชื่อทางปรัชญาของพุทธนิกายมหายานมีการฝึกฝน และการถ่ายทอดการเยียวยาเพื่อใช้ในการดูแลตนเอง และ

พัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ พลังบำบัดเรกิถูกถ่ายทอดจากอาจารย์ ดร.มิคาโอะ อุซุอิ นักบวชในพุทธศาสนานิกายเทนได ซึ่งนิกายเทนไดก่อตั้งขึ้นที่ญี่ปุ่นเมื่อ 800 ปีที่ผ่านมา มีการปฏิบัติตามคำสอนในพระสูตรเรื่อง สัทธรรมปุณฑริกสูตร ว่าด้วยการขจัดสิ่งก่อกำให้เกิดอวิชชาที่อยู่ในตัวบุคคลในการเสริมสร้างความสมดุล และพัฒนาระดับจิตวิญญาณภายใน (ทวิวัฒน์, 2545) โดยในภาษาญี่ปุ่นใช้คำว่า เรจู (reiju) หมายถึงการปรับ และรับพลังจากจักรวาลที่น้อมนำเข้าสู่ภายในเพื่อเยียวยา และรักษาตนเองเช่นเดียวกับแนวทางพุทธศาสนาในทิเบตที่มีการดูแล และเยียวยาตนเองโดยการวางมือเพื่อรักษาสอดคล้องกับการใช้พลังบำบัดเรกิ โดยการถ่ายทอดจากอาจารย์ผู้ที่ได้รับการฝึกฝนการใช้พลังบำบัดเยียวยาตนเอง แนวปฏิบัติทางความเชื่อของพุทธศาสนาในแถบทิเบตนิคายวัชรยานมีการนับถือพระพุทธเจ้า 7 พระองค์หนึ่งในนั้นคือ พระโภษะชยคุรุ ไวฑูรยประภาดาตาคคที่มีหน้าที่ในการช่วยเหลือให้มวลมนุษย์หายจากความทุกข์ทรมานปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ การมีความผาสุกในชีวิต และการมีสติในการดำเนินชีวิต (พระวิศวกัทร, 2549; Comee, 2002) การมีสติระลึกรู้ (mindfulness) ทางกาย และจิตใจจะส่งผลต่อกระบวนการทำงานของจิตใจให้มีการขับเคลื่อนไปตามปกติ มีผลต่อความทรงจำ และการแสดงออกของพฤติกรรมในมนุษย์ ส่งเสริมการมองโลกในแง่บวก (Hamilton, Kitzman, & Guyotte, 2006) ซึ่งการมีสติระลึกรู้เป็นพื้นฐานของการลดความเครียด และความวิตกกังวล (Kabat-Zinn, 1982) เพื่อส่งผลให้การดำเนินชีวิตเป็นปกติสุข

การดูแลและส่งเสริมสุขภาพให้มีความสมดุลของกาย และจิตจนถึงระดับจิตวิญญาณ โดยการใช้พลังบำบัดเรกิสามารถอธิบายได้หลากหลายแนวคิด ได้แก่ ทฤษฎีออร่าจักระ ทฤษฎีจิตประสาททฤษฎีคัมภีร์กันวิทยา ทฤษฎีคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า และทฤษฎีปรัชญาพุทธนิกายมหายานอย่างกลมกลืน ต่อความสมดุลของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมในการดูแลสุขภาพ

### รูปแบบการเยียวยาด้วยพลังบำบัดเรกิ

การบำบัดด้วยพลังบำบัดเรกิเป็นรูปแบบการเยียวยาภายในของบุคคลที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือการได้รับการบำบัดจากบุคคลอื่นที่มีการปรับจักระซึ่งเป็นช่องทางผ่านของพลังงานที่ครอบคลุมการดูแลทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ จิตวิญญาณ และสัมพันธภาพ โดยรูปแบบของกระบวนการบำบัดด้วยพลังบำบัดเรกิมีดังนี้

1. ผู้บำบัดด้วยพลังเรกิ (reiki healer/ reiki practitioner) เป็นการได้รับพลังบำบัดเรกิ โดยได้รับการอบรมการใช้พลังบำบัดเรกิ มีการปรับช่องทางรับส่งพลังงาน เป็นรูปแบบการดูแลที่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้นำพลังบำบัดเรกิไปใช้ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถเป็นผู้บำบัด การเยียวยาโดยไม่สามารถแยกส่วนในการดูแลผู้ป่วยระหว่างความสัมพันธ์ของกาย จิตใจ และ

จิตวิญญาณ รวมทั้งการให้ยา การผ่าตัด หรือการดูแลที่แบบผสมผสานเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Quinn, 2009) จากการศึกษาในพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติโดยการวางมือไปยังตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วยตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า ตำแหน่งละ 3-5 นาทีพบว่าผู้ป่วยมีระดับความปวดลดลง สัมพันธ์กับการศึกษาของแคททาลินและฟอร์ด (Catlin & Ford, 2011) ในการส่งเสริมความสุขสบาย และความผาสุกในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยผู้บำบัดด้วยพลังเรกิและผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้พลังบำบัดเรกิโดยการวางมือไปตามตำแหน่งจักระทั้ง 7 จักระจากบนลงล่างเป็นเวลาทั้งหมด 20 นาที ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าระดับความสุขสบายและความผาสุกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2. การใช้พลังบำบัดในการเยียวยาตนเอง (self-reiki) เป็นการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อดูแลสุขภาพตนเองภายหลังจากการได้รับการอบรมจากผู้ถ่ายทอดพลังบำบัดเรกิ บุคคลผู้นั้นสามารถปฏิบัติเรกิในขั้นที่ 1 เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ตลอดชีวิต หรือเมื่อมีความต้องการในการใช้พลังบำบัดเรกิ (Latorre, 2005; Plodek, 2011) ผู้ที่ใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองจะรับรู้ได้ถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง เช่น รับรู้ถึงฝ่ามือที่อุ่นขึ้น รับรู้ถึงความสุขสบาย ความเครียดลดลง และเกิดความสงบจากภายใน เมื่อใช้พลังบำบัดเรกิในการบำบัดตัวเองอย่างต่อเนื่อง (Nield-Anderson & Ameling, 2001) การใช้พลังบำบัดเรกิสามารถทำเพียงคนเดียว หรือการใช้บำบัดแบบกลุ่มเพื่อสนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Gallop, 2003; Mile & True, 2003; Nield-Anderson & Ameling, 2001) มีการศึกษาในพยาบาลที่ต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการทำงาน โดยการนำพลังบำบัดเรกิในแต่ละระดับขั้น ตั้งแต่ 1, 2, และ 3 มาใช้ในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับพยาบาลเพื่อนร่วมงานในระหว่างวันขณะว่างจากการทำงาน พบว่าความถี่ที่เกิดจากการปฏิบัติเรกิอย่างสม่ำเสมอ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้ระดับความเครียดจากการทำงานลดลง (Vitale, 2009) จากการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

### วิธีการเรียนรู้และการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิ

การฝึกการใช้พลังบำบัดเรกิมี 3 ระดับขั้น โดยผู้ปฏิบัติมีแนวทางการฝึกฝนที่เฉพาะ ผู้ถ่ายทอดพลังบำบัดเรกิจะทำการปรับช่องทางรับส่งพลังงาน ของผู้เรียนให้ร่างกายผู้เรียนปรับสมดุล และเป็นช่องทางไหลของพลังเรกิ และเป้าหมายการอบรมแต่ละระดับ (Penczak, 2005; Stein & Stein, 2003) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ตาราง 2)

ตาราง 2

## ระดับขั้น เนื้อหา และเป้าหมายของการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิ

ระดับขั้น	เนื้อหา	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
1	<p>1. การศึกษาประวัติความเป็นมาของพลังบำบัดเรกิ กระบวนการเยียวยาตัวเองของผู้ฝึกปฏิบัติ</p> <p>2. ปรับสนามพลังงาน (ปรับจักระ)</p> <p>3. การวางมือในตำแหน่งต่างๆ ของร่างกายเพื่อบำบัดตนเองและผู้อื่น</p> <p>4. การนำหลักการทั้ง 5 ข้อของเรกิมาใช้ ได้แก่ หลักการที่ 1 วันนี้จะไม่โกรธ หลักการที่ 2 วันนี้จะไม่กังวล หลักการที่ 3 วันนี้จะเคารพต่อบิดามารดา ครูบาอาจารย์ และผู้ ฝึกปฏิบัติการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยความเคารพ หลักการที่ 4 วันนี้จะดำรงชีวิตและทำงานด้วยความซื่อสัตย์ หลักการที่ 5 วันนี้จะมีจิตใจที่มีเมตตากรุณาต่อตัวเองและผู้อื่น</p> <p>5. ระยะเวลาของการศึกษาในขั้นที่ 1 ใช้เวลาเรียนรู้ได้ในเวลา 1 ชั่วโมง 1 วัน 2 วัน หรือ 3 สัปดาห์</p> <p>6. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจจะเกิดขึ้นภายใน 21 วัน จากการฝึกให้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง (healing crisis)</p>	<p>1. เพื่อส่งเสริมให้ เกิดการฝึกด้วย ตนเองอย่าง สม่ำเสมอ</p> <p>2. เพื่อส่งเสริม ความสามารถใน การดูแลตนเองและ ผู้อื่น</p> <p>3. มุ่งเน้นฐานกาย ในการดูแลสุขภาพ จากภายในสู่ ภายนอก</p>
2	<p>1. วิธีการใช้สัญลักษณ์เรกิ 3 สัญลักษณ์เพื่อการเสริมพลัง</p> <p>2. วิธีการใช้มนตรา 3 แบบ</p> <p>3. การส่งพลังบำบัดทางไกล</p>	<p>1. สร้างความมั่นใจ ให้มุ่งมั่นจดจ่อ ก้าวข้ามความลังเล สงสัย</p> <p>2. เพิ่มการตื่นรู้จาก ภายในเยียวยา อารมณ์และจิตใจ</p> <p>3. เยียวยาจิต- อารมณ์ที่เป็น อุปสรรคในการ พัฒนาจิต</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

ระดับชั้น	เนื้อหา	เป้าหมาย/ผลลัพธ์
3	<ol style="list-style-type: none"> <li>ฝึกการปฏิบัติขั้นสูง เกี่ยวกับสนามพลังออร่า (aura energy)</li> <li>การเรียนรู้ในขั้นนี้เป็นการเรียนเพื่อเป็นผู้ถ่ายทอดพลังเรกิไปยังผู้รับพลังเรกิ</li> <li>การใช้สัญลักษณ์บางสัญลักษณ์เพื่อเป็นการเสริมพลังในการบำบัดรักษา (Di-Ko-Myo)</li> <li>รูปแบบการปรับพลังในแต่ละขั้นตอน</li> <li>การเรียนรู้การใช้สัญลักษณ์ในกระบวนการปรับจักระ (Raku) และหลักการเรกิ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>การมีสติระลึกรู้ การเชื่อมโยงกายจิตให้เป็นหนึ่งเดียว ฝึกให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบ-นาม</li> <li>การเพิ่มขีดความสามารถของช่องทางการไหลของพลังงาน เพื่อเตรียมพร้อมเป็นผู้ถ่ายทอดพลังบำบัดเรกิ (Whelan &amp; Wishnia, 2003)</li> </ol>

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้พลังบำบัดเรกิในขั้นที่ 1 เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดสามารถดูแลตนเองได้ซึ่งกระบวนการและขั้นตอนในการเป็นผู้ปฏิบัติเรกิมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### การปรับพลัง (Attunement)

การปรับพลังหรือการปรับจักระในร่างกายนั้นเป็นวิธีการหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากแนวทางการบำบัดด้วยวิธีอื่น การปรับจักระนั้นเป็นการปรับคลื่นพลังงานภายในร่างกายของผู้ที่มีความต้องการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง และเชี่ยวชาญผู้อื่นจากอาจารย์ผู้ถ่ายทอดพลังบำบัดเรกิ โดยได้รับการเชื่อมโยงกับพลังธรรมชาติของจักรวาล เมื่อจักระซึ่งเป็นศูนย์กลางของพลังงานภายในร่างกายได้เชื่อมโยงพลังงานธรรมชาติของจักรวาลแล้วผู้เรียนสามารถใช้พลังเรกิในการบำบัดได้ การดำเนินการปรับจักระผู้เริ่มปรับจักระต้องนั่งบนเก้าอี้ เท้าทั้งสองสัมผัสกับ



พื้น ถ้าตัวตั้งตรง ศีรษะตรง อยู่ในท่าที่สุขสบายตามความต้องการของผู้รับการปรับจักษะ นั่งสงบนิ่ง หายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำ ระหว่างนั้นอาจจะระลึกถึงคำกล่าวสรรเสริญพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพนับถือ อาจารย์ผู้ถ่ายทอดพลังบำบัดเรกิจะเริ่มปรับจักษะอาจจะสัมผัสโดยตรงหรือไม่ก็ได้ หลังจากนั้นพลังเรกิจะผ่านเข้าไปยังร่างกายทั้ง 7 จักษะ การปรับจักษะเป็นหัวใจสำคัญของผู้ที่จะเรียน และฝึกพลังบำบัดเรกิหากไม่ได้รับการปรับจักษะจะไม่ถือว่าผ่านกระบวนการเพื่อเข้าสู่การบำบัดด้วยระบบเรกิและเยียวยาด้วยพลังบำบัดเรกิ ภายหลังจากปรับจักษะเป็นเวลา 21 วันร่างกายของผู้เรียนจะปรับเข้าสู่สมดุล ทั้งร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (Latorre, 2005; Plodek, 2011) เพื่อให้การฝึกการใช้พลังบำบัดเรกิมีประสิทธิภาพสูงสุดอาจารย์ผู้สอนการใช้พลังบำบัดเรกิจะเน้นให้ผู้เรียนฝึกฝนด้วยตนเองทุกวัน (Natale, 2010; Steine & Steine, 2003; Usui & Petter, 1999) การบำบัดตนเองเป็นหัวใจสำคัญของการฝึกปฏิบัติเรกิไม่เพียงแต่การบำบัดผู้อื่นเท่านั้น การดูแลและบำบัดตนเองก็มีความสำคัญ เพราะการบำบัดตนเองอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้เกิดการตื่นรู้และความผาสุกในตนเองซึ่งจะเพิ่มความสามารถในการส่งผ่านพลังไปสู่ผู้อื่น (Nield-Anderson & Ameling, 2001) การฝึกพลังบำบัดเรกิด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย และจิตใจ

### **หลักการ 5 ข้อของเรกิ (Five Principles of Reiki)**

หลักการและแนวทางการใช้พลังบำบัดเรกิของ ดร. มิกาโอะ อุซุอิ มุ่งเน้นประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ต่อผู้ฝึกปฏิบัติเรกิในระดับจิตใจ-จิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิสัมพันธ์กับสรรพชีวิตด้วยการลดอคติ ความขุ่นข้องหมองใจ ความโกรธ ความเศร้าหมอง ความโลภ ส่งเสริมการมีสติรับรู้อาการที่ตนเองต้องการที่เกิดขึ้น และเพิ่มขีดความสามารถในการขจัดอคติที่สร้างความมัวหมองต่อชีวิต (Usui & Petter, 1999) หลักการของเรกิทั้ง 5 ข้อจะช่วยให้เกิดการตื่นรู้จากภายในอย่างสมบูรณ์ ลดการกระตุ้นความเครียดจากการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Hanson, 2009) ส่งผลให้เกิดการดำเนินชีวิตที่มีความสุขและสมดุล (Catlin & Ford, 2011; Comee, 2002; Keawpimon, 2008; Kelly, 2009; Steine & Steine, 2003)

หลักการที่ 1 วันนี้จะไม่โกรธ ความโกรธเกิดจากการยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางตามหลักธรรมคำสอนพุทธศาสนามีหลักการให้บุคคลลดระดับความโกรธหรือจัดการกับความโกรธเมื่อใดก็ตามที่ความโกรธเกิดขึ้นภายในจิตใจจะทำให้ขาดความตระหนักรู้ในการระลึกถึงความรับผิดชอบ ทำให้บุคคลนั้นกระทำสิ่งต่างๆ โดยขาดการยั้งคิด กระทำไปตามอารมณ์ที่เกิดขึ้นและเป็นเหตุให้เกิดการกระทำที่ส่งผลเสียต่อสรรพสิ่งและสรรพชีวิต (Conger, Conger, Edmondson, Tescher, & Smolin, 2003; Deffenbacher, Story, Stark, Hogg, & Brandon, 1996; Wilcox & Dowrick, 1992)

หลักการที่ 2 วันนี้จะไม่กังวล ไม่มีความลังเล ความกังวลเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด และการลดลงการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง (Kabat-Zinn, 1982) ซึ่งมีผลให้เกิดความเจ็บป่วย และสมรรถนะความสามารถของการเรียนรู้เพื่อการสร้างสรรค์สิ่งที่มีคุณค่าภายในตัวบุคคลลดลง เนื่องจากความกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของสารสื่อประสาททำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงซึ่งสะท้อนการไหลเวียนของพลังงานในร่างกายที่ไม่สมดุล (Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine, 2011) การวางมือของผู้ที่ได้รับการฝึกพลังบำบัดเรกิจะช่วยให้การไหลผ่านของพลังงาน ณ จุดติดขัดเกิดการคลี่คลาย ส่งผลต่อการคืนความสมดุลให้แก่ร่างกาย (Kelly, 2009; Whelan & Wishmia, 2003) เพื่อการไหลผ่านของพลังงานเป็นไปตามปกติ

หลักการที่ 3 วันนี้จะเคารพต่อบิคามารดา ครูและอาจารย์ ผู้ฝึกปฏิบัติการใช้พลังบำบัดเรกิควรเคารพ และขอบคุณต่อผู้มีพระคุณในชีวิต และผู้อื่น เพราะการแสดงออกถึงการให้เกียรติ และเคารพในผู้อื่นจะช่วยลดอัตตาของตัวเอง เป็นการลดอคติและการเลือกปฏิบัติในการให้การเยียวยารักษาบุคคลอื่น ทุกสรรพชีวิตมีความเท่าเทียมมีโอกาสนบรรลุการคืนสู่สภาพที่สมบูรณ์เพิ่มการสร้างสัมพันธภาพ และการเรียนรู้ในตัวบุคคล ซึ่งบุคคลเหล่านั้นคือครูที่จะเข้ามาสอนเพื่อให้เกิดความเข้าใจความเป็นไปของสรรพสิ่งบนโลกใบนี้ (Kelly, 2009; Steine & Steine, 2003)

หลักการที่ 4 วันนี้จะดำรงชีวิตและทำงานด้วยความซื่อสัตย์ ผู้ฝึกปฏิบัติการใช้พลังบำบัดเรกิจะได้รับการฝึกที่เน้นย้ำถึงความซื่อสัตย์ เป็นการฝึกให้รับผิดชอบต่อตนเองทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานหาเลี้ยงชีพ (Kelly, 2009; Steine & Steine, 2003) โดยการนำหลักปฏิบัติที่มีคุณค่าความดีงามนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนา และความก้าวหน้าในระดับจิตวิญญาณ (Engelbreton, 1997) ลดความเครียด จากความวิตกกังวลที่เกิดจากการรู้สึกผิดเมื่อไม่ซื่อสัตย์

หลักการที่ 5 วันนี้จะมีจิตใจที่มีเมตตากรุณาต่อตัวเองและผู้อื่น มีความยินดีฟังพอใจต่อสิ่งที่มีผลการเปรียบเทียบ รู้จักพอ การฝึกปฏิบัติการใช้พลังบำบัดเรกิจะเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์เป็นหนึ่งเดียวกันของผู้ฝึก และจักรวาล (Miles & True, 2003) การมีจิตใจที่อ่อนโยน และเมตตาต่อสรรพสิ่งเปรียบดังการดึงคุณพลังของความดีงามผ่านเข้าตัวบุคคล และส่งออกพลังความดีงามสู่ผู้อื่น หากมีจิตใจที่มัวหมอง มีอคติ การส่งผ่านพลังจึงติดขัดมีผลต่อการเสียสมดุลในร่างกาย และส่งผลต่อความเจ็บป่วยตามมา (Brennan, 1987; Myss, 1996) ทำให้ร่างกายและจิตใจเสียสมดุล

### ผลลัพธ์การใช้พลังบำบัดเรกิ

ตัวอย่างผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้พลังบำบัดเรกิในแต่ละระดับขั้น

## ตาราง 3

## ผลลัพธ์การวิจัยจากการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิในแต่ละระดับขั้น

ระดับขั้นของการฝึก	ผลลัพธ์
ขั้นที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง (Bowden, Goddard, &amp; Gruzelier, 2011)</li> <li>2. จิต อารมณ์มีการผ่อนคลาย (Bowden, Goddard, &amp; Gruzelier, 2010; Keawpimon, 2008)</li> <li>3. มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นกับบุคคลรอบข้าง มีมุมมองต่อโลกในแง่บวก (ปรียาและคณะ, 2555; Barnett, 2005)</li> <li>4. เกิดการตื่นรู้ภายในเข้าใจสถานะการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Vitale, 2006)</li> <li>5. บรรเทาปวด (Bossi, Ott, &amp; Decristofao, 2007; Vitale &amp; Connor, 2006)</li> <li>6. การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ (Whelan &amp; Wishnia, 2003)</li> </ol>
ขั้นที่ 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด (Vaart et al., 2011)</li> <li>2. การลดความโกรธ ความกลัว และความซึมเศร้า (Penczak, 2005)</li> </ol>
ขั้นที่ 3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความสุขสงบจากภายใน (Bullock, 1997; Whelan&amp;Wishnia,2003)</li> <li>2. ความสมดุลของชีวิต</li> <li>3. มีการหมุนเวียนของระบบเลือดดีขึ้น (Baldein &amp; Schwartz, 2012)</li> </ol>

การฝึกใช้พลังบำบัดเรกิในการศึกษารุ่นนี้เป็นการใช้พลังบำบัดเรกิสำหรับการเยียวยาตนเองระดับที่ 1 เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด การเตรียมร่างกาย และจิตใจเพื่อให้เกิดความสมดุลก่อนผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องและสามารถเตรียมพร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลกระทบต่อความไม่สุขสบายที่จะเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอด

พลังบำบัดเรกิจะไปกระตุ้นสนามพลังของจักระที่เสียสมดุลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการภายในที่มีการประสานความสัมพันธ์ของกายและจิต เมื่อมีความสมดุล จาก

การเพิ่มขีดความสามารถการทำงานภายในเซลล์ของโครงสร้างสารพันธุกรรมมีผลทำให้ระดับภูมิคุ้มกันภายในเพิ่มขึ้น (Shewmaker, 2004; Wardell & Engebretson, 2001) เกิดการเพิ่มพลังงานภายในของบุคคล (recharge) ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจมีการประสานการทำงานเป็นหนึ่งเดียวกัน ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (realign) จากการหลั่งของสารเพิ่มความสุขและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของเซลล์ภายในร่างกาย ส่งผลให้ มีความสมดุลของภาวะสุขภาพ (rebalance) (Vitale, 2007) ดังนั้นจะชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์การเยียวยาโดยใช้พลังบำบัดเรกิมีผลต่อภาวะสุขภาพ ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1. ผลลัพธ์ของพลังบำบัดเรกิทางด้านร่างกาย

ผลของการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเองทางด้านร่างกายได้แก่ ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ลดความปวด การฟื้นฟูของบาดแผล ผลดีต่อระบบทางเดินอาหาร การเพิ่มขึ้นของการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน การปรับสมดุลคลื่นสนามไฟฟ้าภายในร่างกาย การส่งเสริมการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายให้เป็นปกติ เพิ่มคุณภาพการนอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ผลดีต่อระบบหัวใจ และการไหลเวียนโลหิต การวางมือเพื่อให้พลังบำบัดเรกิบริเวณหัวใจ และปอดจะส่งผลให้การไหลผ่านของพลังบำบัดเรกิไปชำระล้างการติดขัดของสนามพลังบริเวณนั้น หากมีการติดขัดของสนามพลังบริเวณนี้จะส่งผลให้การหายใจและการนำส่งออกซิเจน ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพการใช้พลังบำบัดเรกิยังมีส่วนช่วยให้ระดับความดันโลหิตลดลงและอัตราการหายใจลดลง (Mackay et al., 2004)

1.2 ลดความปวด การวางมือเพื่อให้พลังบำบัดเรกิจะเข้าไปกระตุ้นการติดขัดของพลังงานที่เกิดขึ้นภายในร่างกายแล้วส่งผลต่อความปวดที่ลดลง จากการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิเป็นเวลา 30 นาทีในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเพื่อบรรเทาความปวดพบว่าระดับความปวดลดลงของวันที่ 1 และ วันที่ 7 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น (Olson, Hanson, & Michaud, 2003) ซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Olson et al., 2003) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของวิทาลีและคอนเนอร์ (Vitale & Connor, 2006) ในการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิในสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกโดยการให้สตรีใช้พลังบำบัดเรกิก่อนเข้าผ่าตัดเป็นเวลา 30 นาที และภายหลังจากการผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นเป็นเวลา 30 นาที หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองในเวลา 24, 48, และ 72 ชั่วโมง ทำครั้งละ

30 นาที ซึ่งผลของการใช้พลังบำบัดเรกิสามารถช่วยลดระดับความปวดลงในช่วง 24 และ 48 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ )

1.3 การฟื้นฟูของบาดแผล ภายหลังผ่าตัดคลอดมดลูกจะถูกกรีด และมีบาดแผลจากการช่วยคลอดทารกซึ่งก่อให้เกิดความเจ็บปวด และการกลับเข้าสู่ช่องมดลูก ตลอดจนการบีบตัวเพื่อการขับน้ำคาวปลา และการตกเลือดหลังคลอดพลังเรกิจะถูกส่งผ่านเข้าไปภายในบริเวณบาดแผลที่เกิดการสูญเสียสมดุลพลังงานจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย ให้มีการสร้างเซลล์ใหม่ เมื่อมีการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง หรือการได้รับพลังบำบัดเรกิจากผู้ฝึกปฏิบัติเรกิเป็นการเสริมพลังในการเยียวยาภายหลังผ่าตัด (Lipinski, 2006) การวางมือไปบริเวณร่างกาย เป็นเวลา 6 สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที พบว่าแผลจากอุ้งยังมีกรฟื้นฟูสภาพดีขึ้นจากแผลบริเวณ (Pocotte & Salvador, 2008) ลดการติดเชื้อและการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน

1.4 ผลดีต่อระบบทางเดินอาหาร การใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อเยียวยาตนเองอย่างสม่ำเสมอจะเกิดการปรับสมดุลภายในร่างกาย การศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับความเจ็บปวดพบว่ ภายหลังการได้รับยาเคมีบำบัดจะส่งผลให้ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร (นรินทร์, 2546) จากการได้รับพลังบำบัดเรกิทำให้เพิ่มความสุขสบายของร่างกาย รับรู้ถึงความผาสุกของชีวิตที่เกิดขึ้น (Catalin & Ford, 2011; Lipinski, 2006) มีผลต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

1.5 เพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน พลังบำบัดเรกิจะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายในระดับลึกที่มีผลต่อการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดเป็นไปตามปกติ ลดการติดเชื้อที่อาจส่งผลร้ายแรงต่อชีวิต (Wardell, 2001) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกายที่ไม่สามารถทำงานประสานกันอย่างสมดุลจะมีผลต่อการเกิดโรคทางกายที่มีความสัมพันธ์ และเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจที่จะส่งผลให้ระบบการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของไซโตไคน (cytokine) ที่จะต่อต้านกับสิ่งแปลกปลอมในร่างกายลดลง (Dantzer, 2005; Wilson, Finch, & Cohen, 2002) ได้มีการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเองต่อความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพภายในร่างกายพบว่ามีกรเพิ่มขึ้นของซาลิวารีรีฮอว์โมน (salivary IgA) มีหน้าที่ยับยั้งแบคทีเรียในร่างกาย และการเพิ่มของฮอว์โมนคอร์ติซอลในการคงไว้ซึ่งการมีชีวิตอยู่ (Engebretson & Wardell, 2002) นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

1.6 การปรับสมดุลคลื่นสนามไฟฟ้าภายในร่างกาย พลังบำบัดเรกิมีพื้นฐานความสัมพันธ์กับสนามพลังออร่าภายในร่างกายโดยการประเมินจากเครื่องไบโอฟิลด์แบคควัดสนามพลังออร่าโดยการวางฝ่ามือซ้ายไปยังอุปกรณ์ที่จะใช้วัดสนามพลังงานโดยการถ่ายเทอุณหภูมิบริเวณฝ่ามือ และคลื่นสนามพลังงานที่ฝ่ามือโดยโปรแกรมจะแปลสัญญาณออกมาในรูปกราฟ ลักษณะของจักระ สีของออร่าเพื่อแสดงระดับสนามพลังในตัวบุคคล การแปลผลรูปแบบคลื่นความถี่ของออร่ามีระดับ

ต่ำสุดคือ 1 ไปจนถึงระดับสูงสุดคือ 7 ซึ่งสามารถจัดเรียงระดับสีได้คือ แดง ส้ม เหลือง เขียว น้ำเงิน ม่วง และขาวความสมดุลของพลังงานภายในตัวบุคคลโดยเกณฑ์การประเมินจากเครื่องไบโอฟีดแบค ได้ 3 ระดับดังนี้สนามพลังออร่าที่มีความสมดุลต่ำ (ร้อยละ 0-40) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 40-75) และระดับสูง (ร้อยละ 75-100) (Rob, 1995) การเยียวยาโดยการใช้พลังบำบัดซึ่งเป็นพลังงานที่มีอยู่บนในธรรมชาติสามารถเคลื่อนผ่านเข้าสู่ภายในร่างกายมนุษย์ซึ่งเป็นคลื่นสนามพลังงานแม่เหล็กไฟฟ้า การใช้ฝ่ามือเป็นตัวกลางในการส่งผ่านพลังงานที่มีกระแสไฟฟ้าระดับต่ำทำให้เกิดการเคลื่อนที่ของสนามพลังงานไอออนในร่างกายดีขึ้น (Movaffaghi & Farsi, 2009; Warber, Gordon, Gillespie, Olson, & Assefi, 2003) สัมพันธ์กับการศึกษาของ कुमारและคุรุป (Kumar & Kurup, 2003) ในการเยียวยาโดยใช้พลังบำบัดเรกิในการรักษาผู้ป่วยลมชักที่มีความไม่สมดุลของระดับกระแสไฟฟ้าในสมองคือ โซเดียมไอออน (Na<sup>+</sup>) และ โพแทสเซียมไอออน (K<sup>+</sup>) พบว่าการแลกเปลี่ยนคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากฝ่ามือช่วยให้การกลับเป็นซ้ำของโรคลมชักลดลง

1.7 การส่งเสริมการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายให้เป็นปกติ ผลของการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของอวัยวะภายในร่างกาย ระบบหายใจ ระบบการไหลเวียนเลือด ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ และระบบสืบพันธุ์ (Baldwin & Schwartz, 2012; Mackay, Hansen, & Mcfarlane, 2004; Weir, 2004) จากการศึกษาของ แมคเคย์และคณะ (Mackay et al., 2004) ในการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) พบว่าภายหลังให้พลังบำบัดเรกิ 30 นาที ช่วยลดระดับความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจก่อน และหลังการใช้พลังบำบัดเรกิอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เบราวน์วินส์, และชวาทส์ (Baldwin & Schwartz, 2012) ในการศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้พลังบำบัดเรกิต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ และระบบการไหลเวียนเลือดที่ปลายนิ้วมือของผู้ฝึกใช้พลังบำบัดเรกิในระดับ 3 (reiki master) กับผู้ให้การเยียวยาโดยใช้พลังบำบัดแนวทางอื่นพบว่า ภายหลังการใช้พลังบำบัด 5 นาทีในการเยียวยาตนเองทั้ง 2 วิธีเมื่อวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยการวัดอัตราการหายใจ และการสแกนภาพจากนิ้วมือเพื่อดูการหมุนเวียนของเลือดที่ปลายนิ้วมือ (blood perfusion of fingers) ทั้งสองข้างพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไปในทางที่ดีขึ้นของผู้ฝึกใช้พลังบำบัดเรกิมากกว่าผู้ให้การเยียวยาโดยใช้พลังบำบัดแนวทางอื่น

1.8 เพิ่มคุณภาพการนอน การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอจะส่งผลต่อการเพิ่มพลังงานภายในเซลล์ของร่างกาย (Branderberger, Granfier, Chapotot, Simon, & Piquard, 2002 Landis, 2002) การใช้พลังบำบัดเรกิจะทำให้เกิดการผ่อนคลายของร่างกายในระดับลึก ลดความวิตกกังวล ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol hormone) ลดลง มีการเพิ่มความสมดุลของการทำงาน ด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ส่งผลต่อความสงบภายในทำให้เพิ่มขีดความสามารถในการนอนหลับ (Bowden et al., 2010; Lipinski, 2006; Whelan & Wishnia, 2003) มีผลต่อการเพิ่มศักยภาพในการทำงานประสานของร่างกายให้ดีขึ้น

## 2. ผลลัพธ์ของพลังบำบัดเรกิต่อจิตใจ-จิตวิญญาณ

ผลลัพธ์ของการใช้พลังบำบัดเรกิต่อจิตใจ ได้แก่ ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด และเพิ่มการผ่อนคลาย ผลต่อจิตวิญญาณ ได้แก่ การเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพิ่มความรู้สึกมั่นคงมั่นใจเข้าใจความเป็นตัวตนของตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ลดความวิตกกังวล การศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อลดความวิตกกังวล ถูกนำมาใช้ในการดูแลตนเอง และเยียวยาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านร่างกายแต่ส่งผลกระทบต่อจิตใจในเรื่องความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลที่ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพเช่นการศึกษาในผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาในด้านสมองและการรับรู้โดยการใช้พลังบำบัดเรกิเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลงในระดับที่ดีขึ้น เมื่อประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพจิต และการทำงานของสมอง The mini-mental state examination (MMSE) พบว่าคะแนนความวิตกกังวลลดลง (Meland, 2009) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้พลังบำบัดเรกิในการปรับสมดุลจักระภายในร่างกายส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่คิดเชื่อเอดส์ (Keawpimon, 2008; Miles, 2003) สำหรับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ของเมาโล (Mauro, 2001) พบว่ามีการศึกษาระดับความวิตกกังวลกับการใช้พลังบำบัดเรกิก่อนและหลังการเจาะตรวจน้ำคร่ำ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มที่ใช้พลังบำบัดเรกิ 30 นาที (2) กลุ่มที่ได้รับการดูแลเหมือนใช้พลังบำบัดเรกิ (3) กลุ่มที่ได้รับการดูแลเป็นปกติ โดยการประเมินระดับความวิตกกังวลส่วนบุคคลโดยการใช้แบบประเมิน Subjective units of disturbance (SUDS) หลังจากใช้พลังบำบัดเรกิเป็นเวลา 60 นาทีวางมือตำแหน่งต่างๆภายในร่างกายตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ และวัดระดับความวิตกกังวลทันที พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เจาะตรวจน้ำคร่ำมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ใช้พลังบำบัดเรกิ ( $p < .05$ )

2.2 ลดความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลหนึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะมีอาการทางกายเกี่ยวข้อง เช่น ความปวด ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจให้เกิดความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจ การใช้พลังบำบัดเรกิในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาของวอร์ดและเอนเกเบรทสัน (Wardell & Engebretson, 2001) โดยพลังบำบัดเรกิของผู้ฝึกในระดับขั้น

ที่ 3 เป็นเวลา 30 นาทีโดยประเมินระดับความเครียดก่อน และหลังการให้พลังบำบัดเรกิโดยใช้แบบประเมิน State-trait anxiety inventory (STAI) พบว่าระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p < .01$ ) และการศึกษาของชอร์ (Shore, 2004) เกี่ยวกับผลของการได้รับพลังบำบัดเรกิต่อความเครียด โดยการให้พลังบำบัดเรกิเป็นเวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1.5 ชั่วโมง ต่อครั้งเป็นเวลา 6 สัปดาห์พบว่าความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของฟอสเตอร์ (Foster, 2010) ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ และนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลโดยการวางมือบนร่างกายตามตำแหน่งต่างๆจำนวน 12 ท่าตามแนวทางการใช้พลังบำบัดเรกิ ตำแหน่งละ 3-5 นาที เป็นเวลา 50 นาที พบว่าหลังได้รับพลังบำบัดเรกิมีความเครียด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 เพิ่มการผ่อนคลาย มารดาขณะตั้งครรภ์ที่มีการผ่อนคลายทางด้านร่างกาย และจิตใจจะส่งผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ทางด้านความตึงเครียดทางด้านร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ อุณหภูมิความชื้นที่ผิวหนัง และการลดลงของฮอร์โมนคอร์ติซอลให้สามารถทำงานประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ (Dipietro et al., 2008; Urech et al., 2010) และจากการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิต่อการผ่อนคลาย (Bowden et al., 2010) พบว่าเมื่อใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเอง 6 ครั้งต่อสัปดาห์ครั้งละ 1-1.5 ชั่วโมง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยมีแบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเองพบว่าความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.4 การเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ การตื่นรู้ภายในจิตใจและความเข้มแข็งภายในตัวบุคคลมาจากกระบวนการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณซึ่งต้องเกิดจากการได้รับการฝึกฝน และการชำระล้างการติดขัดของคลื่นสนามพลังงานภายในร่างกาย (Coakley & Barron, 2012; Engebretson & Wardell, 2002; Field, 2010) การพัฒนาศักยภาพภายในระดับจิตวิญญาณ โดยการใช้พลังบำบัดเรกินั้นเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ฝึกปฏิบัติเรกิ ให้สามารถเยียวยาตนเองเกิดการผ่อนคลาย มีความเข้มแข็งของจิตใจ และสภาวะทางอารมณ์ ในการทำงาน ผสานกันระหว่างกายกับจิต (Chu, 2004; Petter, 2001; Steine & Steine, 2003; Vitale, 2007) จากการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อเพิ่มระดับความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ โดยการประเมินจากการถ่ายทอดประสบการณ์การเล่าเรื่องและการบันทึกการฝึกปฏิบัติพบว่าเกิดการจัดการและรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงทางจิต-อารมณ์ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะสุขภาพและคงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจ (Barnett, 2005; Ellison, 2012; Engebretson & Wardell, 2002; Ann, 2005)



2.5 เพิ่มความรู้สึกมั่นคงมั่นใจเข้าใจความเป็นตัวตนของตนเอง (feelings of autonomy) มารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่สามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดคลอดจะส่งผล ทำให้มารดาต้องเผชิญกับความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น การฝึกการใช้พลังบำบัดเรกิ และการวางมือบริเวณตำแหน่งตำแหน่งหัวใจและกระหม่อมจะช่วยให้เกิดความฉลาดทางอารมณ์ (Vitale, 2009) และความสามารถในการเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Ann, 2005; Bowden et al., 2011)

### 3. ผลลัพธ์ของพลังบำบัดเรกิด้านสังคมและวัฒนธรรม

จากการศึกษาในครอบครัวที่พ่อแม่ได้รับการฝึกการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเอง (Barnett, 2005) โดยวัดการเปลี่ยนแปลงของความเครียด การเพิ่มขึ้นของความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ในครอบครัวภายหลังการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความผาสุกทางด้านจิตใจ-จิตวิญญาณเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว สัมพันธ์กับการเยียวยาตนเองด้วยพลังบำบัดเรกิบริเวณท้องน้อย และตำแหน่งสะดืออย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การไหลของพลังบำบัดเรกิไปชำระล้างการติดขัดของพลังที่มีผลต่อสัมพันธภาพ และความไว้วางใจในตัวบุคคลอื่นมากขึ้น (Robb, 2006; Weir, 2004) จากการศึกษพบว่า การนำพลังบำบัดเรกิไปใช้อย่างสม่ำเสมอด้วยตนเองจะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพ โดยพลังบำบัดเรกิจะส่งกระแสไฟฟ้าพลังงานต่ำไปปรับสมดุลของการติดขัดสนามพลังงานที่มีการเสียสมดุลของกลไกในระบบประสาทอัตโนมัติในการฟื้นฟูสภาพเซลล์ภายใน (Walling, 2006) เกิดการผ่อนคลายมีจิตใจที่สมดุลส่งผลให้มีกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ (ปรีชา, ยุพา, และโสเพ็ญ, 2553) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของสนามพลังออร่าในร่างกาย ส่งผลต่อการมองโลกในแง่บวก มองผู้อื่นในแง่ดีเมื่อมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างก็สามารถคลี่คลายลงได้ (ปรีชาและคณะ, 2555)

### 4. ผลลัพธ์ของพลังบำบัดเรกิด้านสิ่งแวดล้อม

การดูแลตนเองโดยการใช้พลังบำบัดเรกิจะช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งในจิตใจ สามารถเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมีสติและรับรู้เท่าทัน เกิดความกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกับสิ่งแวดล้อม (Barnett, 2005; Engebretson & Wardell, 2002; Vitale, 2009) การใช้พลังบำบัดเรกิในขั้นที่ 1 เพื่อใช้ในการเยียวยาตนเองส่งผลให้เกิดการระลึกรู้ภายในตนเอง มีความเข้าใจในการ

เปลี่ยนแปลงของสภาวะต่างๆ ล้อมรอบตัว (Vitale, 2006) ส่งผลให้มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ของตนเอง ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปของสิ่งแวดล้อมภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณ แต่การรู้เท่าทันจะทำให้สามารถจัดการกับความทุกข์ยากลำบากเหล่านั้นได้

การเยียวยาตนเองโดยการใช้พลังบำบัดเรกิเป็นการดูแลตนเองเพื่อเพิ่มศักยภาพภายในของบุคคลให้เกิดการตื่นรู้จากภายในตนเองให้เกิดความผาสุกของชีวิต เพิ่มความสามารถของการคิด การตัดสินใจ การมีเมตตา และลดความไม่สมดุลของการติดขัดของสนามพลังงานที่เกิดมาจากอารมณ์ และจิตใจ ที่จะเชื่อมโยงสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวมของชีวิตมนุษย์ การฝึกฝนการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองเป็นหลักสำคัญในการสร้างความสมดุลและความเข้มแข็งภายในจากผลของการใช้พลังบำบัดเรกิ การฝึกพลังบำบัดเรกิอย่างสม่ำเสมอช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย และความเข้มแข็งทางอารมณ์ในการเผชิญกับภาวะความทุกข์ทรมาน และความคับข้องใจในชีวิต (Magnuson, 2001; Richeson et al., 2010)

### **ประโยชน์ของพลังบำบัดเรกิ ในมารดาระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หรือหลังผ่าตัดคลอด**

มนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติมีความเป็นหนึ่งเดียวกัน ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่จะคงความสมดุลให้สอดคล้องต่อการทำงานประสานกัน ในธรรมชาติมีการไหลเวียนของพลังงานรอบตัวมนุษย์ที่จะส่งผลต่อความสมดุล และการสูญเสียสมดุลของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Dossey & Keegan, 2009) พยาบาลจำเป็นต้องให้การสนับสนุนในการเยียวยาเพื่อพัฒนามนุษย์จากจิตวิญญาณที่จะส่งผลต่อคุณค่าของการดำเนินชีวิต (Engebretson & Wardell, 2007) ซึ่งพลังเรกิเป็นพลังธรรมชาติที่ละเอียดอ่อนที่สามารถไหลผ่านเข้าไปภายในร่างกายเพื่อปรับสมดุลการติดขัดของสนามพลังภายในร่างกาย (Bowden et al., 2011; Edlund, 2003; Wardel & Engebretson, 2001) ที่เกิดมาจากความเครียด หรืออารมณ์ความรู้สึกในทางลบที่มีผลต่อการเกิดความเจ็บป่วย และความไม่สมดุลของภาวะสุขภาพ (Brennan, 1987; Myss, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้พลังบำบัดเรกิในสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังผ่าตัดคลอดดังต่อไปนี้

#### **ระยะตั้งครรภ์**

สำหรับการศึกษาในหญิงระยะตั้งครรภ์ของ มอโร (Mauro, 2001) ในมารดาที่มีภาวะวิตกกังวลจากการติดเชื้อของน้ำคร่ำ โดยการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของพลังบำบัดเรกิต่อระดับความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะตรวจน้ำคร่ำครั้งแรก โดยหญิง

ตั้งครุฑที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 30 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ได้รับพลังบำบัดเรกิ กลุ่มที่เสมือนได้รับพลังบำบัดเรกิ อายุครุฑระหว่าง 15 ถึง 18 สัปดาห์ ไม่มีประสบการณ์การได้รับพลังบำบัดเรกิมาก่อน โดยได้รับการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองเป็นเวลา 30 นาทีภายหลังจากเจาะตรวจถุงน้ำคร่ำเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างนั้นพยาบาลโทรติดตามกระตุ้นให้ใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ พบว่าระดับความวิตกกังวลมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม มารดาที่ได้รับพลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ระยะหลังผ่าตัดคลอด

จากการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อบรรเทาปวดในมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยการใช้พลังบำบัดเรกิระดับขั้นที่ 3 ในมารดาที่วางแผนผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ใช้พลังบำบัดเรกิ โดยการส่งพลังบำบัดเรกิทางไกลในระยะทาง 100 กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดพักรักษาตัวภายหลังผ่าตัดคลอดจากอาจารย์ผู้ถ่ายทอดเรกิที่มีประสบการณ์ในการใช้พลังบำบัดเรกิเป็นเวลา มากกว่า 10 ปี โดยส่งพลังบำบัดเรกิทางไกลนานครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 3 ครั้ง ต่อวัน ติดต่อกันเป็นเวลา 24-72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอด พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มที่ได้รับพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันของระดับความปวดภายหลังผ่าตัดคลอด แต่มีความแตกต่างกันของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิต่อความปวดและความวิตกกังวลในสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของวิททาเลียและคอนเนอร์ (Vitale & Connor, 2006) โดยการใช้พลังบำบัดเรกิจากพยาบาลก่อนไปผ่าตัด 30 นาที และภายหลังผ่าตัดเพื่อครบ 24, 48, และ 72 ชั่วโมง โดยการวางแผนไปบริเวณตำแหน่งจกระทั้ง 7 จกระตำแหน่งละประมาณ 3 นาที พบว่า สตรีภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอาการปวดและความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จากการทบทวนวรรณกรรมการปฏิบัติพลังบำบัดเรกิโดยพยาบาล และรูปแบบการบำบัดโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย หญิงตั้งครุฑ และมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยการใช้พลังบำบัดเรกียังมีน้อยผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาเพื่อให้ได้แนวทางในการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลในการดูแลมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องอย่างเป็นองค์รวม (Keawpimon, 2008) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวทางสำหรับการค้นหาความไม่สมดุล หรือภาวะผิดปกติที่เกิดกับร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้การสัมภาษณ์เพื่อให้เห็น มุมมองของชีวิตในบุคคลนั้น การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมนั้นพยาบาลสามารถรวบรวม ได้จาก การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การสังเกตหรือการใช้เครื่องมือวัด การประเมินภาวะสุขภาพแบบ องค์รวมจะส่งผลให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับพยาบาลเกิดการรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิดจาก ระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 ที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคลในการ นำไปสู่การดูแลและการเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสม (Potter & Frisch, 2009) ตามการดูแล บุคคลอย่างเป็นองค์รวม

2. การใช้พลังบำบัดเรกิและการจัดประสบการณ์ เป็นขั้นตอนที่พยาบาลเพิ่มขีด ความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยการเรียนรู้การฝึกอบรมและนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ ด้วยตนเองในขั้นที่ 1 ของการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิ โดยการเรียนรู้ ความหมาย ประวัติความเป็นมา และรูปแบบการเยียวยาด้วยพลังบำบัดเรกิ กระบวนการทำงานของพลังบำบัดเรกิ ระดับขั้นของพลัง บำบัดเรกิ หลักการ 5 ข้อของพลังบำบัดเรกิ การเยียวยาตนเองเพื่อลดการติดขัดของสนามพลังงาน ภายในร่างกาย การใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลผู้อื่นการเปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามภายหลังการ เรียนรู้การใช้รูปแบบพลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง และเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำพลัง บำบัดเรกิไปใช้พยาบาลจะให้บุคคลสาธิตย้อนกลับในการวางมือไปยังตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเยียวยาตนเอง

3. สนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิ พยาบาลจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุน ภายหลังจากการเรียนรู้การใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองระดับขั้นที่ 1 ในระหว่าง 21 วัน ภายหลังจากการปรับช่องทางการรับส่งพลัง (ปรับจักระ) ซึ่งอยู่ในระหว่างที่ร่างกายมีการปรับเปลี่ยน สมดุลภายใน (cleansing period) ในระยะนี้มีการชำระล้างการติดขัดของสนามพลังงานในร่างกาย อาจส่งผลให้เกิด อาการท้องเสีย มีไข้ต่ำๆ มีผื่นขึ้น ประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีตจะถูกรื้อฟื้นออกมา จากความทรงจำ หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายในระยะนี้ พยาบาลจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือสนับสนุน ให้กำลังใจเพราะอาการที่เปลี่ยน ไปในกระบวนการปรับสมดุล อาจส่งผลให้ไม่สามารถใช้พลัง บำบัดเรกิได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนและมีพันธสัญญาระหว่างพยาบาลและผู้ฝึกปฏิบัติเรกิจะทำ ให้เกิดการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องร่วมกับการสนับสนุนจากพยาบาล จากการศึกษาโดยการสนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมทาง โทรศัพทท์เป็นเวลาติดต่อกัน 2 สัปดาห์พบว่าสามารถสนับสนุนให้ใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแล ตนเองได้ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Mauro, 2001)

4. การเสริมพลังเพื่อใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางการเสริมพลังหลายแนวทางขึ้นอยู่กับผู้ฝึกปฏิบัติแต่ละคนการใช้รูปแบบการเสริมพลังในการบำบัดเรกิทางการแพทย์สามารถทำได้โดย การรับฟัง การดูแลใส่ใจแนวคิดของผู้ฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการติดต่อกับผู้ฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หรือการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติพลังบำบัดเรกิ มีการใช้พลังบำบัดเรกิร่วมกันของคนในครอบครัว จากการศึกษาการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองขั้นที่ 1 ของบุคคลในครอบครัวโดยพ่อแม่เป็นผู้ได้รับการฝึก (Barnett, 2005) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ส่งผลให้พ่อแม่และแม่นำพลังบำบัดเรกิไปใช้ในการดูแลบุตรด้วยเช่นกัน โดยใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองวันละ 15 นาที และดูแลบุตรวันละ 15 นาทีเป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์โดยใช้ทำในการบำบัดเรกิด้วยตนเอง (self-reiki) โดยใน 3 สัปดาห์แรกมีการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์สามารถทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว หรือการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของภาวะสุขภาพ เช่น คุณมีความต้องการทำอะไรบ้างถ้าภาวะสุขภาพของคุณดีขึ้น การนำเพื่อนหรือคนสนิทที่ผู้ฝึกปฏิบัติเรกิไว้ใจมาฝึกด้วยกัน หรือการฝึกพร้อมกับผู้ปฏิบัติเรกิเป็นรายกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันส่งผลเพิ่มพูนทักษะและประสบการณ์การใช้พลังบำบัดเรกิ (Barnett, 2005; Meland, 2009)

5. การสังเกตและการสะท้อนผลการใช้ ภายหลังจากการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ พบว่าจากการใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์ในการดูแลตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงขึ้น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อมีความยืดหยุ่นขึ้น อาการปวดศีรษะและเป็นหวัดลดน้อยลง คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น (Bowden et al., 2010; Ellison, 2012; Meland, 2009)

6. การส่งเสริมเพื่อการใช้อย่างยั่งยืน เรกิจะเห็นผลดีเมื่อใช้เป็นเวลาต่อเนื่องยาวนาน โดยการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องเมื่อเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติพลังบำบัดเรกิด้วยตนเองเป็นเวลา 2 สัปดาห์โดยการประยุกต์ให้เข้ากับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน เช่น เมื่อรู้สึกปวดศีรษะนำมือทั้งสองข้างวางบริเวณศีรษะเพื่อให้พลังบำบัดเรกิเข้าไปเยียวยารักษาอาการปวดศีรษะลดสภาวะของอารมณ์ที่มีความตึงเครียด หรือให้พลังบำบัดเรกิแก่ตนเองเมื่อมีเวลาว่างขณะดูโทรทัศน์ (Keawpimon, 2008) เป็นต้น

พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์มีความแตกต่างจากการใช้พลังบำบัดเรกิทั่วไป เนื่องจากพลังบำบัดเรกิทางการแพทย์จะส่งเสริมให้บุคคลได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองเห็นอย่างยั่งยืน บนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเอง การสนับสนุนจากพยาบาลโดยการใส่ใจทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมีการศึกษานำพลัง

บำบัดเรกิไปใช้โดยพยาบาลเป็นผู้ให้พลังบำบัดเรกิแก่ผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความปวดภายหลังผ่าตัด โดยเมื่อพยาบาลเสร็จสิ้นกระบวนการดูแลตามปกติ เช่น การให้ยาระงับปวด การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลได้นำพลังบำบัดเรกิไปใช้ในการดูแลเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติโดยการประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังให้พลังบำบัดเรกิโดยพบว่านอกจากความปวดลดลง อัตราการขอยาระงับปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับพลังบำบัดเรกิจากพยาบาล (Vitale & Conner, 2006) ซึ่งให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลเพียงการให้ยาและรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่การนำบทบาทอิสระโดยการบำบัดทางการพยาบาลสามารถช่วยให้ระดับความปวดลดลงได้เช่นกัน

### การประยุกต์ใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลในการดูแลตนเอง

การบำบัดทางการพยาบาลด้วยเรกิเป็นรูปแบบการเยียวยาตนเองโดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวมของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดโดยประกอบไปด้วย การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ในการผ่าตัดคลอดที่ผ่านมา การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาลเพื่อลดช่องว่างระหว่างพยาบาล และหญิงตั้งครรภ์ การเปิดโอกาสให้เลือก และตัดสินใจเพื่อนำศาสตร์ทางเลือกไปใช้ในการดูแลตนเอง การสอน การให้ความรู้ และตอบคำถามเมื่อมีปัญหาหรือข้อขัดแย้งในการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อเยียวยาตนเอง การสนับสนุนให้เกิดความตั้งใจในการใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องและสามารถนำไปใช้อย่างยั่งยืนได้ จากรูปแบบพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลในข้างต้นพยาบาลเปรียบเสมือนเครื่องมือในการบำบัดที่จะเข้าถึงหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดเพื่อให้สามารถใช้การบำบัดทางการพยาบาลด้วยเรกิในการดูแลตนเอง โดยเป็นผู้ช่วยเหลือตลอดกระบวนการเยียวยาด้วยตนเองโดยใช้พลังบำบัดเรกิ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อใช้ในการดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวันเพิ่มความเข้มแข็งในการจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน เพิ่มความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kaewpimon, 2008; McKivergin, 2009; Thornton & Mariano, 2009)

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์วางแผนผ่าตัดคลอดล่วงหน้าจึงมีการฝึกการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณเพื่อความเข้มแข็งทางอารมณ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะนำพลังบำบัดเรกิมาใช้ในการดูแลตนเองโดยการวางมือไปบนร่างกายซึ่งใกล้กับตำแหน่งจักระทั้ง 7 จักระที่ซึ่งเป็นศูนย์รวมของพลังงานทั่วร่างกาย โดยการฝึกอย่างสม่ำเสมอติดต่อกันเป็นเวลา 1-3 วันต่อสัปดาห์เป็นเวลา 3-8 สัปดาห์เพื่อการเห็นผลจากการปฏิบัติที่มีการ

เชื่อมโยงความสัมพันธ์กันในระดับกาย และจิตใจ-จิตวิญญาณ (Bowden et al., 2010; Foster, 2010; Richeson et al., 2010) ในการเยียวยาตนเองโดยวางมือแต่ละตำแหน่งเป็นเวลา 3-5 นาที (Foster, 2010; Vitale & Connor, 2006)

สำหรับในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องได้ประยุกต์ให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงภายหลังผ่าตัดคลอดทารกแต่ยังคงไว้ซึ่งการเยียวยาตนเองเพื่อปรับสมดุลในตำแหน่งจักระภายในร่างกาย (Catalin & Ford, 2011; Steine & Steine, 2003; Usui & Petter, 1999) ซึ่งมีท่าและตำแหน่งในการวางมือดังต่อไปนี้

ท่าที่ 1 การวางมือบริเวณศีรษะหรือกระหม่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อการผ่อนคลาย ปรับระดับของการทำงานของคลื่นสมองเพื่อให้เหมาะแก่การพักผ่อน ลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล (ปรียา, วิไลพร, และกัลยาณี, 2557)



ภาพ 2 การวางมือบริเวณศีรษะหรือกระหม่อม

2. ท่าที่ 2 การวางมือบริเวณหน้าผากและใบหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะและปัญหาการทรงตัว การสื่อสารกับบุคคลอื่น (ปรียาและคณะ, 2557)



ภาพ 3 การวางมือบริเวณหน้าผากและใบหน้า

ท่าที่ 3 การวางมือบริเวณตำแหน่งคอ มีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลอวัยวะภายในตำแหน่งนี้ ได้แก่ กล้องเสียง ต่อมทอลซิล ต่อมไทรอยด์ที่ควบคุมกระบวนการเผาผลาญอาหารและการควบคุมอุณหภูมิร่างกายในตำแหน่งนี้ เมื่อเกิดความสมดุลจะส่งผลให้การส่งพลังหรือการเชื่อมต่อในการสั่งการของสมองไปสู่การทำงานในตำแหน่งอื่นๆในร่างกายได้เป็นอย่างดี หากไม่มีการติดขัดของสนามพลังในตำแหน่งนี้จะมีผลให้บุคคลมีความมั่นคงในอารมณ์และจิตใจ (ปรียาและคณะ, 2557)



ภาพ 4 การวางมือบริเวณตำแหน่งคอ

4. ท่าที่ 4 การวางมือบริเวณตำแหน่งหน้าอกและหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้การทำงานที่มีประสิทธิภาพของอวัยวะภายในทรวงอก หัวใจ ปอด ต่อมไทมัสและเต้านม (ปรียาและคณะ, 2557) ที่ส่งผลต่อการผลิตน้ำนมให้แก่ทารกภายหลังคลอด การส่งพลังบำบัดเรกิในท่านี้อาจช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกเป็นไปในทางบวกในการมองโลกและชีวิต (Vitale, 2009)





ภาพ 5 การวางมือบริเวณตำแหน่งหน้าอกและหัวใจ

ท่าที่ 5 การวางมือบริเวณลิ้นปี่ ที่มีการรวมอยู่ของอวัยวะในช่องท้องตรงตำแหน่งการทำหน้าที่ของระบบย่อยอาหารได้แก่ กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ลำไส้เล็กส่วนบน ตับ และถุงน้ำดี จะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Vitale, 2009) การเคารพตนเองและผู้อื่น หากมีปัญหาในตำแหน่งนี้จะส่งผลต่อการขาดความมั่นใจ และการตัดสินใจ (ปรียาและคณะ, 2557)



ภาพ 6 การวางมือบริเวณท้องลิ้นปี่

6. ท่าที่ 6 การวางมือบริเวณท้องต่ำกว่าตำแหน่งสะดือ เป็นการวางมือเพื่อส่งพลังไปยังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์บริเวณตำแหน่งของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ได้แก่ มดลูก ต่อม น้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ลำไส้เล็กส่วนล่าง ส่งผลต่อการแสดงออกของความเป็นเพศชายและหญิง ตลอดจนการปรับสมดุลของมดลูกให้มีความแข็งแรง ตลอดจนความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจของการคงไว้ซึ่งการอยู่รอดในชีวิตมนุษย์ (ปรียาและคณะ, 2557)



ภาพ 7 การวางมือบริเวณท้องน้อยต่ำกว่าตำแหน่งสะดือ

ท่าที่ 7 การวางมือบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง เป็นการวางมือในฐานที่เป็นพลังงานของจุดกำเนิดในชีวิตมนุษย์ ตลอดจนการรับพลังจากพื้นดินผ่านเท้าทั้งสองข้าง เป็นการรวมของโครงสร้างภายในร่างกาย คือ ระบบกระดูก ระบบประสาท ระบบการขับถ่ายของลำไส้ตรง การวางมือเพื่อส่งผ่านพลังบำบัดเรกิในบริเวณนี้ จะป้องกันอาการท้องผูก การเกิดริดสีดวงทวาร อาการปวดเอวหรือปวดหลังส่วนล่าง และช่วยให้ลดความกลัวหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในตัวบุคคล เกิดความมั่นคงและอบอุ่นในจิตใจ (ปรียาและคณะ, 2557)



ภาพ 8 การวางมือบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง

การวางมือเพื่อบำบัดตนเองโดยแนวทางของพลังบำบัดเรกินั้นสามารถวางได้หลายตำแหน่งในร่างกายตามความต้องการของผู้ฝึกปฏิบัติเรกิ ในบริเวณที่ไม่สุขสบายหรือมีการติดขัดของสนามพลัง สามารถวางตรงตำแหน่งจักระซึ่งเป็นฐานกำเนิดพลังงานภายในบุคคลเพื่อให้เกิดความ

สมดุลของร่างกาย จิตใจ-อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Catalin & Ford, 2011; Myss, 1996; Steine & Steine, 2003; Usui & Petter, 1999; Vitale, 2009; Whenlan, 2003) เพื่อการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเอง

### โปรแกรมส่งเสริมความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามี การนำแนวทางการส่งเสริมความสุขสบาย มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมคลอดทางช่องคลอด จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสุขสบายในผู้ป่วยคลอดก้น เรือธงของสิรินาถ (2541) เพื่อส่งเสริมความสุขสบาย โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปในการปฏิบัติเทคนิคผ่อนคลายกล้ามเนื้อพร้อมกับเป่าปากวันละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 20 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 6 วัน และจากการศึกษาของจันทร์พัฒน์ (Chuntharapat, 2007) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมโยคะต่อความสุขสบายในมารดาระยะตั้งครรภ์ โดยกลุ่มควบคุม 37 ราย ฝึกปฏิบัติโยคะครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เริ่มตั้งแต่ อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ ทั้งหมด 6 ครั้งพบว่าความสุขสบายในระยะหลังของการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ต่อมารัชนก (2551) ได้ศึกษาผลของโยคะต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย โดยการฝึกโยคะอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 6 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด หลังจากผ่าตัดให้ทดลองฝึกโยคะในช่วงเช้าและช่วงเย็น วันละ 2 ครั้งๆ ละ 45 นาที ผลการศึกษาพบว่า การใช้โยคะภายหลังผ่าตัดมีผลลดอาการปวดแผลผ่าตัดและเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น

การศึกษาแคทาลินและฟอร์ด (Catalin & Ford, 2011) ได้ศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิต่อความสุขสบายในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มตัวอย่าง 189 ราย โดยการได้รับพลังบำบัดเรกิจากผู้ที่มีประสบการณ์การใช้พลังบำบัดเรกิ ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดเป็นเวลา 20 นาทีพบว่าผู้ป่วยมีความสุขสบายและมีความผ่อนคลายมากขึ้น คะแนนความสุขสบายและความพอใจเพิ่มขึ้นเมื่อพยาบาลผู้หนึ่งสามารถให้พลังบำบัดเรกิได้ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด โดยการดูแลเป็นรายบุคคล ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจนำการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดโดยมีการฝึกอย่างสม่ำเสมอร่วมกับพยาบาลเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอด

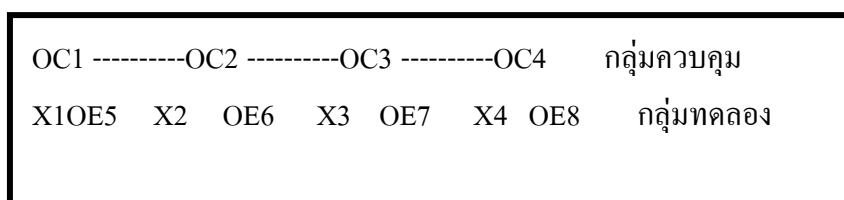
## สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีผลต่อการบาดเจ็บจากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อในร่างกายทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดที่ได้รับ และส่งผลต่อจิตใจต่อการเผชิญกับความปวด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทางร่างกาย การรู้สึกสูญเสียคุณค่าภายในตนเอง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่คุ้นเคยเพื่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังจากการผ่าตัดคลอด การผ่าตัดคลอดแตกต่างจากการผ่าตัดอื่นๆ เพราะภายหลังผ่าตัดคลอดผู้คลอดต้องรับบทบาทมารดา ในการเลี้ยงดูทารกหากมารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่มีความสุขสบายจะเกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม จะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดคลอด ความวิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปซึ่งจะมีผลต่อการรับบทบาทการเป็นมารดา ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปเมื่อต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล การฝึกใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการผ่อนคลายระดับลึกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและส่งผลต่อการรับรู้ทางด้านอารมณ์และความรู้สึกไปในทางที่ดี เกิดความผาสุกในจิตใจ ส่งผลให้สามารถจัดการกับอาการปวดทางร่างกาย การปรับตัวต่อการเป็นมารดา เพิ่มความมั่นใจในการเลี้ยงดูทารก การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอภายหลังผ่าตัดคลอดทำให้มีเกิดความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(quasi – experimental research) แบบมีการศึกษาสองกลุ่มมีการวัดผลหลังการทดลองดังรูป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางกายภาพต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



#### กลุ่มควบคุม

- OC1 หมายถึง การประเมินความสบายมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 12 ชั่วโมงที่ได้รับการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ
- OC2 หมายถึง การประเมินความสบายมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงที่ได้รับการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ
- OC3 หมายถึง การประเมินความสบายมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 48 ชั่วโมงที่ได้รับการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ
- OC4 หมายถึง การประเมินความสบายมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงที่ได้รับการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ
- หมายถึง การพยาบาลตามปกติ

#### กลุ่มทดลอง

- X1, X2, X3, X4 หมายถึง การใช้พลังบำบัดเรกิที่ได้รับการเตรียมขณะตั้งครรภ์
- OE5 หมายถึง การประเมินความสบายมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 12 ชั่วโมงที่ได้ใช้พลังบำบัดเรกิร่วมกับการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ
- OE6 หมายถึง การประเมินความสบายมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 24 ชั่วโมงที่ได้ใช้พลังบำบัดเรกิร่วมกับการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ

- OE7หมายถึง การประเมินความสบายมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 48 ชั่วโมง  
 ที่ใช้พลังบำบัดเรกิวกับการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ
- OE8หมายถึง การประเมินความสบายมารดาภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 72 ชั่วโมง  
 ที่ใช้พลังบำบัดเรกิวกับการพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง  
 กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และ  
 แพทย์มีการวางแผนให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์ปัจจุบันเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์  
 ขึ้นไป มาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และฝากพิเศษกับสูติแพทย์  
 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)  
 ในระหว่างเดือนมกราคม 2557 – กรกฎาคม 2557 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

#### เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย
2. อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28-30 สัปดาห์วางแผนการผ่าตัดคลอดครั้งที่ 2 ในครรภ์  
ปัจจุบัน
3. อายุระหว่าง 20-35 ปีในวันที่ผ่าตัดคลอด
4. ไม่ใช่เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์
5. วางแผนผ่าตัดคลอด ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
6. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคทางสูติกรรม เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง  
ขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์และตั้งครรภ์แฝด

#### เกณฑ์ในการพิจารณาคัดออก (exclusion criteria)

1. เสียเลือดหลังผ่าตัด 1,000 มล. ขึ้นไป
2. ต้องตัดมดลูกภายหลังผ่าตัดคลอด
3. ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธีการฉีดยาเฉพาะที่เข้าทางไขสันหลัง (spinal block)

4. แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดวินิจฉัยว่าเป็นการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามปกติ เช่น มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องท้องขณะผ่าตัดคลอด
  5. ไม่ได้ใช้การผ่าตัดแบบการผ่าที่ผนังหน้าท้องในแนวขวาง (pfannestiel section)
  6. ไม่ได้ใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองติดต่อกันเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์
- ตลอดช่วงการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการทดลอง

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size estimation)

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (effect size) โดยเลือกขนาดกลางเท่ากับ 0.5 (medium effectsize)(Lipsey, 1990, หน้า 55) เพราะงานวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน อย่างไรก็ตามวิธีนี้จะมีประสิทธิภาพในการทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ หลังจากนั้นทำการเปิดตารางเพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ โดยใช้ตารางอำนาจทดสอบ(power chart)(ภาคผนวก ก)ของลิปซี่ (Lipsey, 1990, หน้า 92) ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีของลิปซี่ เพื่อให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นเกิดความเชื่อมั่นของงานวิจัย หากใช้ขนาดเล็ก (small effect size) จะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ดังนั้นควรเลือกขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอ (Lipsey, 1990, หน้า 56) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน 50 รายรวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย (ภาคผนวกก)แต่ในระหว่างการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2557 กลุ่มตัวอย่างมีน้อย จึงทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่เป็นไปตามแผนผู้วิจัยสามารถเก็บกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 30 ราย รวมเป็น 60 ราย ซึ่งเมื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลแล้วพบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ(ตาราง ข1 ภาคผนวก ข) และมี power เท่ากับ 1 (ตาราง 7) ซึ่งเป็นอำนาจการทดสอบที่สูงทำให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีความน่าเชื่อถือในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจึงมีความเพียงพอของกลุ่มตัวอย่าง

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 รายที่ได้รับการพยาบาลขณะตั้งครรภ์และภายหลังผ่าตัดคลอดตามปกติ กลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย ได้รับการเตรียมโดยใช้โปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการแพทย์

พยาบาลซึ่งจะดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเป็นจำนวนทั้งสิ้น 50 ราย หลังจากนั้นจึงเริ่มเก็บกลุ่มทดลองแล้วนำข้อมูลที่ได้มาจับคู่กันเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันภายในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมากที่สุด (matched pair) (บุญใจ, 2553) คือ จำนวนครั้งของการตั้งครุภัณฑ์ระดับการศึกษา ประวัติการแท้งบุตร และชุดคลุม การทำหมัน และไม่ทำหมันหลังผ่าตัดคลอด และการได้รับการบรรเทาปวดโดยใช้ยาภายใน 24 ชั่วโมงแรก

### สถานที่ในการศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยการจัดประสบการณ์การใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์ที่ ห้องออรา คณะพยาบาลศาสตร์ คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คลินิกเอกชนของสูติแพทย์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์จำนวน 5 แห่ง หลังจากนั้นเก็บข้อมูลความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดที่ หอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม หอผู้ป่วยพิเศษนรีเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาระดับความความสบายกายหลังได้รับพลังบำบัดเรกิทางการแพทย์ภายใน 12,24, 48, และ 72 ชั่วโมงหลังคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดเครื่องมือ ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบพลังบำบัดเรกิทางการแพทย์มาจากการใช้พลังบำบัดเรกิของศาสตร์ตะวันออกของ ดร. มิกาโอะอุซุอิ (Usui&Petter, 1999)ร่วมกับประยุกต์แนวคิดการใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์ของแก้วพิมล (Kaewpimon, 2008) การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อปรับสมดุลภายในร่างกายและจิตใจสำหรับเตรียมหญิงตั้งครรภ์ให้พร้อมสำหรับภายหลังผ่าตัดคลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดมีศักยภาพในการดูแลตนเองด้วยพลังบำบัดเรกิโดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือและ



สนับสนุนในการดูแลตนเอง โดยแบ่งเป็น ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังผ่าตัดคลอดประกอบด้วย การฝึกใช้พลังบำบัดเรกิ การให้ความรู้ และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังต่อไปนี้

#### ระยะตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยคือพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์จากนั้นประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดโดยใช้คำถามปลายเปิดแบบองค์รวม

กิจกรรมที่ 2 การใช้พลังบำบัดเรกิและการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองขั้นที่ 1 เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1.5 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการนำพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเอง โดยการวางมือในตำแหน่งจักระจำนวน 7 ท่าๆ ละ 3-5 นาที เป็นเวลา 3-5 ครั้ง ติดต่อกัน 6-8 สัปดาห์ สามารถนั่งหรือนอนทำขึ้นอยู่กับความสะดวกสบายของหญิงตั้งครรภ์โดยมีท่าที่ใช้ในการเยียวยาตนเอง 7 ท่า คือ

ท่าที่ 1 การวางมือบริเวณศีรษะหรือกระหม่อม

ท่าที่ 2 การวางมือบริเวณหน้าผากและใบหน้า

ท่าที่ 3 การวางมือบริเวณตำแหน่งคอ

ท่าที่ 4 การวางมือบริเวณตำแหน่งหน้าอกและหัวใจ

ท่าที่ 5 การวางมือบริเวณลิ้นปี่

ท่าที่ 6 การวางมือบริเวณท้องน้อยต่ำกว่าตำแหน่งสะดือ

ท่าที่ 7 การวางมือบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง

กิจกรรมที่ 3 สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

กิจกรรมที่ 4 เสริมพลังเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดมีความมั่นใจ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง โดยการใช้พลังบำบัดเรกิร่วมกับผู้วิจัยขณะรอรับการตรวจที่คลินิกฝากครรภ์เป็นเวลา 15-30 นาทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองที่บ้าน การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และนำผลลัพธ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเป็นปัจจัยในการเสริมพลังเพื่อใช้พลังบำบัดเรกิต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 5 ประเมินผลการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองที่บ้านเพื่อเตรียมเข้ารับการผ่าตัดคลอดโดยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมในถิ่นก่อนผ่าตัดคลอดโดยประเมินความพร้อมในด้านความรู้

ความเข้าใจ และทัศนคติที่เกิดขึ้น การทบทวนทำในการวางมือ ประโยชน์ในการวางมือในแต่ละท่าจากการใช้พลังบำบัดเป็นเวลาต่อเนื่อง 6-8 สัปดาห์

#### ระยะหลังผ่าตัดคลอด

กิจกรรมที่ 6 ส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง ภายหลังจากผ่าตัดคลอด ในวันที่ 1, 2, 3, และวันที่ 4 ภายหลังจากผ่าตัดคลอด สามารถนั่งหรือนอนตามความสะดวกสบายในการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง ตามความต้องการหลังผ่าตัดคลอด โดยสามารถวางมือบริเวณตำแหน่งจักระใดก็ได้ที่ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดรู้สึกสุขสบายขณะใช้

โดยทุกขั้นตอนของการปฏิบัติผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจะเป็นผู้คอยสนับสนุน และให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง การสอนให้ความรู้โดยพยาบาลผู้ซึ่งมีวุฒิบัตรการเป็นผู้ถ่ายทอดพลังบำบัดเรกิ การให้เวลาในการคิดพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์จนกระทั่งหลังผ่าตัดคลอด การส่งเสริมให้มีการใช้อย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในส่วนของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล ต่อความสบายภายหลังจากผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ประกอบด้วย

1. แนวทางการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง สำหรับผู้วิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์วางแผนผ่าตัดคลอดโดยนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมความสบายมาสนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลร่วมกับรูปแบบกิจกรรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลเพื่อเตรียมหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

2. คู่มือการดูแลตนเองโดยใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสบายแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง(ภาคผนวก ง) ซึ่งเนื้อหาหลักสำคัญประกอบด้วยความหมายและประวัติความเป็นมาของพลังบำบัดเรกิ วิธีการเรียนรู้และการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลสุขภาพ พลังบำบัดเรกิต่อความสบายภายหลังจากผ่าตัดคลอด และแบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง

3. แบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติ ต่อการใช้พลังบำบัดเรกิ (ภาคผนวก ง) เป็นแบบสำรวจประสบการณ์เพื่อยืนยันถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เป็นการตอบคำถามปลายปิด และการแสดงความคิดเห็น มีทั้งหมด 12 ข้อ สร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยประเมินในคืนก่อนวันผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่หอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามส่วนบุคคลและประวัติการคลอดบุตร มีทั้งหมด 19 ข้อเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ อายุครรภ์ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ศาสนา ประสบการณ์ความปวดในชีวิต ประสบการณ์การใช้พลังบำบัดหรือสุขภาพทางเลือก การรับรู้เกี่ยวกับการใช้พลังบำบัดในการเยียวยาชนิดของยาระงับปวดที่ได้รับจำนวนครั้งของการขอรับยาระงับปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด การระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะผ่าตัดคลอด ระยะเวลาการผ่าตัด และปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด

2. แบบสอบถามความสุขสบาย ภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง พัฒนามาจากแบบสอบถามความสุขสบายของโคคาบา (Kolcaba,2003) เพื่อให้เข้ากับบริบทการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต5 ระดับ ให้คะแนนของมาตรวัดจาก 0-4 โดยเรียงจากคำตอบในทางลบน้อยที่สุด ไปยังคำตอบทางบวกมากที่สุด หากเป็นคำตอบเชิงลบจะมีการให้คะแนนตรงข้ามกับคำตอบเชิงบวก โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดจำนวน 34 ข้อ ซึ่งเป็นความรู้สึกทางบวก 25 ข้อความรู้สึกทางลบ 9 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ด้านร่างกาย	จำนวน	9 ข้อ
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ	จำนวน	12 ข้อ
ด้านสังคมและวัฒนธรรม	จำนวน	4 ข้อ
ด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน	9 ข้อ

โดยกำหนดค่าคะแนนระดับความรู้สึกของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง มี 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

การให้คะแนนคำถามเชิงบวก

- 4 คะแนน หมายถึงมีความสุขสบายมากที่สุด
- 3 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายมาก
- 2 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายปานกลาง
- 1 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายน้อย
- 0 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายน้อยที่สุด

ความรู้สึกทางลบ 9 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายจำนวน 3 ข้อ ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณจำนวน 4 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 0 ข้อและด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ข้อ โดยกำหนด

ค่าคะแนนระดับความรู้สึกของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง มี 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

การให้คะแนนคำถามเชิงลบ

- 0 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายมากที่สุด
- 1 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายมาก
- 2 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายน้อย
- 4 คะแนน หมายถึง มีความสุขสบายน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ (1) โปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (2) คู่มือการดูแลตนเองโดยใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (3) แบบประเมินความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง (4) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และการใช้พลังบำบัดเรกิ ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านก่อนนำไปใช้จริงซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ด้านแนวคิดความสุขสบายทางการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เชี่ยวชาญการดูแลหญิงตั้งครรภ์ภายหลังผ่าตัดคลอด 1 ท่าน จำนวนค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจากเดิมมีจำนวน 43 ข้อภายหลังตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีความเห็นไม่ตรงกันจำนวน 8 ข้อ และเมื่อพิจารณาพบว่าข้อคำถามมีความซ้ำซ้อน จึงตัดออก และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบอีกครั้ง เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยจึงนำมาคำนวณความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (content validity for scale, S-CVI) ซึ่งค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 1 ซึ่งเป็นความตรงที่ยอมรับได้ มีค่ามากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012)

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 10 รายคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.84

### การศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมพลังบำบัดเริกิทางการพยาบาล โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย โดยจัดให้โปรแกรมระยะสั้นเป็นเวลา 2 สัปดาห์มีการติดตามทางโทรศัพท์ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์แล้วใช้พลังบำบัดเริกิร่วมกับกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยฝากครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด 1 ครั้ง แล้วจึงประเมินผลโปรแกรมและในระหว่างที่ทำการศึกษามีผู้วิจัยบันทึกปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะจากการโทรติดตามเยี่ยมทุก 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เนื่องจากมีความถี่ของการติดตามเยี่ยมเกินไปหลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาไปปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมและแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมมากขึ้นก่อนทำการศึกษาจริง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โครงการวิจัยได้รับการรับรอง และผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หนังสือเลขที่ 57-022-19-9 ต่อมาผู้วิจัยได้แนะนำตัวเองแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรม และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับตามปกติ และให้เวลาในการคิดพิจารณาเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เร่งรัด หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้คิดทบทวนและเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยแล้วและยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้หลังจากนั้นให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัย

## การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของการใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์เพื่อส่งเสริมความสุขสบาย ภายหลังจากผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน มีการดำเนินการในระยะตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 28-30 สัปดาห์ขึ้นไป จนกระทั่งภายหลังจากผ่าตัดคลอด โดยมีระยะการดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ (1)การเตรียมการทดลอง และ (2)การดำเนินการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ภายหลังจากผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เรียบร้อยแล้ว จึงทำหนังสือถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์ ขอดำเนินการทำวิจัย และการเก็บข้อมูลการทำวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการดำเนินการทำวิจัยในครั้งนี้

1.2 เข้าพบสูติแพทย์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่คลินิกเอกชนจำนวน 5 แห่งเพื่อขอดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิก โดยชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการดำเนินการทำวิจัยในครั้งนี้

1.3 เมื่อได้รับหนังสือตอบรับอนุญาตการเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษสูติ-นรีเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคุณสมบัติคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 4 คนในหอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อเป็นผู้ช่วยในการประเมินความสุขสบาย ภายหลังจากการทดลองในแต่ละครั้งมีความยินดีให้การช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม ความหมายของแต่ละข้อคำถาม วิธีการลงบันทึก และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างภายใต้คำแนะนำของผู้วิจัยจนสามารถจนมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกับผู้วิจัย หากมีข้อบกพร่องผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะด้วยตนเองเพื่อปรับปรุงการเก็บ

ข้อมูลในครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยจะไม่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่เมื่อทดลองให้ผู้ช่วยวิจัย เก็บขณะทดลองใช้เครื่องมือพบว่าผู้ช่วยวิจัยไม่สามารถทำได้เนื่องจากไม่สะดวกด้วยระยะเวลาของการเก็บที่ถี่เกินไป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเองภายใต้การดำเนินการของผู้วิจัย

1.5 ผู้วิจัยสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดที่ได้รับการนัดหมายมาฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรือคลินิกเอกชนของสูติแพทย์โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ จำนวน 5 แห่ง และเตรียมความพร้อมกลุ่มทดลองเพื่ออบรมการใช้พลังบำบัดเรกิ

1.6. ประสานงานขอความร่วมมือพยาบาลผู้ช่วยวิจัยในการอบรมและปรับช่องทางการรับพลังเรกิ ให้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนผ่าตัดคลอด โดยมีคุณสมบัติคือได้รับการฝึกอบรมการใช้พลังบำบัดเรกิ โดยได้รับวุฒิบัตร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองและผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปีจำนวน 1 คน โดยผู้ช่วยวิจัยมีบทบาทในการปรับช่องทางการรับพลังบำบัดเรกิ แต่ไม่มีส่วนร่วมในการให้โปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางกายภาพ และผู้วิจัยมีหน้าที่ในการสอน และให้ความรู้ในการนำพลังบำบัดเรกิทางกายภาพไปใช้ โดยไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปรับจรรยาบรรณเพื่อลดความลำเอียงในกระบวนการวิจัย ทั้งนี้ในการอบรมการใช้พลังบำบัดเรกิเป็นการอบรมรายบุคคลตลอดทั้ง โครงการวิจัย

## ขั้นตอนการทดลอง

### 2.1 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

#### หน่วยฝากครรภ์

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์และญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติไว้วางใจ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยหลังจากนั้นดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามแบบฟอร์ม (ภาคผนวก ค) ให้เวลาหญิงตั้งครรภ์กับญาติ คิดพิจารณาก่อนลงชื่อเพื่อร่วมวิจัย โดยหญิงตั้งครรภ์และญาติสามารถสอบถามข้อมูลจนเข้าใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

### หอผู้ป่วยหลังคลอด

เข้าเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ในคืนก่อนผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่หอผู้ป่วยเพื่อนัด  
และการเยี่ยมก่อน-หลังผ่าตัดคลอด

มารดาหลังผ่าตัดคลอดตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความสุขสบาย  
ภายหลังผ่าตัดคลอดในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง

ผู้วิจัยติดตามการขอรับยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมง  
แรกร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติจากฐานข้อมูลการบันทึกทางการพยาบาล

## 2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

### หน่วยฝักครรภ์

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้โดยผู้วิจัยดำเนินการ  
ดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด สร้าง  
สัมพันธภาพกับหญิงตั้งครรภ์และญาติเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และญาติไว้วางใจและชี้แจง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามแบบฟอร์ม  
(ภาคผนวก ก) และให้เวลาหญิงตั้งครรภ์กับญาติคิดพิจารณาก่อนลงชื่อเพื่อร่วมวิจัย โดยหญิง  
ตั้งครรภ์และญาติสามารถสอบถามข้อมูลจนเข้าใจ และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้  
ตลอดเวลา

ประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม และประสบการณ์การผ่าตัดคลอดทารกทาง  
หน้าท้องโดยการใช้คำถามปลายเปิดในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การผ่าตัดคลอดที่ผ่านมาโดย  
ครอบคลุมความสุขสบายทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และ  
ด้านสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งนัดหมายในการเข้าร่วมในการจัดประสบการณ์การใช้พลังบำบัดเรกิใน  
การดูแลตนเองในครั้งถัดไปเมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28 ถึง 30 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 การจัดประสบการณ์ และอบรมการใช้พลังบำบัดเรกิใช้พลังบำบัดเรกิ  
เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์เป็นต้นไปแต่ไม่เกิน 30 สัปดาห์ในหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์มีแผนเตรียม  
ผ่าตัดคลอดในขั้นตอนนี้อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแล  
ตนเอง การวางตำแหน่งของมือบนร่างกายตามตำแหน่งจักระ ทั้ง 7 จักระ การสาธิตและให้ได้รับรู้  
ถึงการใช้พลังบำบัดเรกิ สอบถามความสนใจที่จะใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองเพื่อเตรียม



ผ่าตัดคลอดโดยมีคู่มือประกอบการแนะนำให้ความรู้และปรับจรรยาภรณ์กลุ่มย่อยหรือรายกรณีจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการถ่ายทอดพลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง และผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปีโดยมีการปรับจรรยาภรณ์ที่คลินิกฝากครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์เลือกใช้บริการ ห้องออรัลคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องคลอด และหลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามข้อสงสัยในการใช้พลังบำบัดเรกิ(ครั้งที่ 1)

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิ ภายหลังจากอบรมช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ 3 ถึง สัปดาห์ที่ 8 โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สัปดาห์ละ 1 ครั้งทุกสัปดาห์จนกระทั่งครบ 6-8 สัปดาห์ เพื่อเสริมพลังใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่อง โดยการให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องได้ใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเองที่บ้าน นานครั้งละ 20-30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมพลังเพื่อใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเสริมพลังการใช้พลังบำบัดเรกิในช่วงอายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์โดยการใช้พลังบำบัดเรกิร่วมกับผู้วิจัยขณะรอรับการตรวจที่คลินิกฝากครรภ์เป็นเวลา 15-30 นาทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นใน 21 วัน ภายหลังจากปรับสมดุลในร่างกาย การถามข้อสงสัย ปัญหาและอุปสรรคภายหลังจากการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง (ครั้งที่ 2)

ขั้นตอนที่ 5 การสังเกตและสะท้อนผลการใช้ โดยการสังเกตการวางมือเพื่อใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง และสะท้อนผลการใช้เมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยมีการจดบันทึกผลของการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองเพื่อให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากการใช้พลังบำบัดเรกิอย่างสม่ำเสมอที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายและจิตใจในขณะตั้งครรภ์ (ครั้งที่ 3)

#### หอผู้ป่วยหลังคลอด

ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ในคืนก่อนผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่หอผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมในการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ภายหลังผ่าตัดคลอดสอบถามในด้านความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่เกิดขึ้นจากการบำบัดตนเองอย่างต่อเนื่องรวมถึงการทบทวนทำในการวางมือ ประโยชน์ในแต่ละท่าเมื่อใช้พลังบำบัดเรกิ

ขั้นตอนที่ 6 ส่งเสริมให้ใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเข้าเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ภายหลังผ่าตัดคลอด ในช่วงเช้าเวลา 08.00 น ถึง 09.00 น. ในวันที่ 1, 2, 3, และ 4 ภายหลังจากผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องโดยสนับสนุน กระตุ้นและให้กำลังใจเพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนำพลังบำบัดเรกิไปใช้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการ ในแต่ละช่วงเวลา 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง

มารดาหลังผ่าตัดคลอดตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความสุขสบาย ภายหลังผ่าตัดคลอดในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง

ผู้วิจัยติดตามการขอรับยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมง แร่ร่วมกับการให้การพยาบาลตามปกติจากฐานข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 60 รายมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิงโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

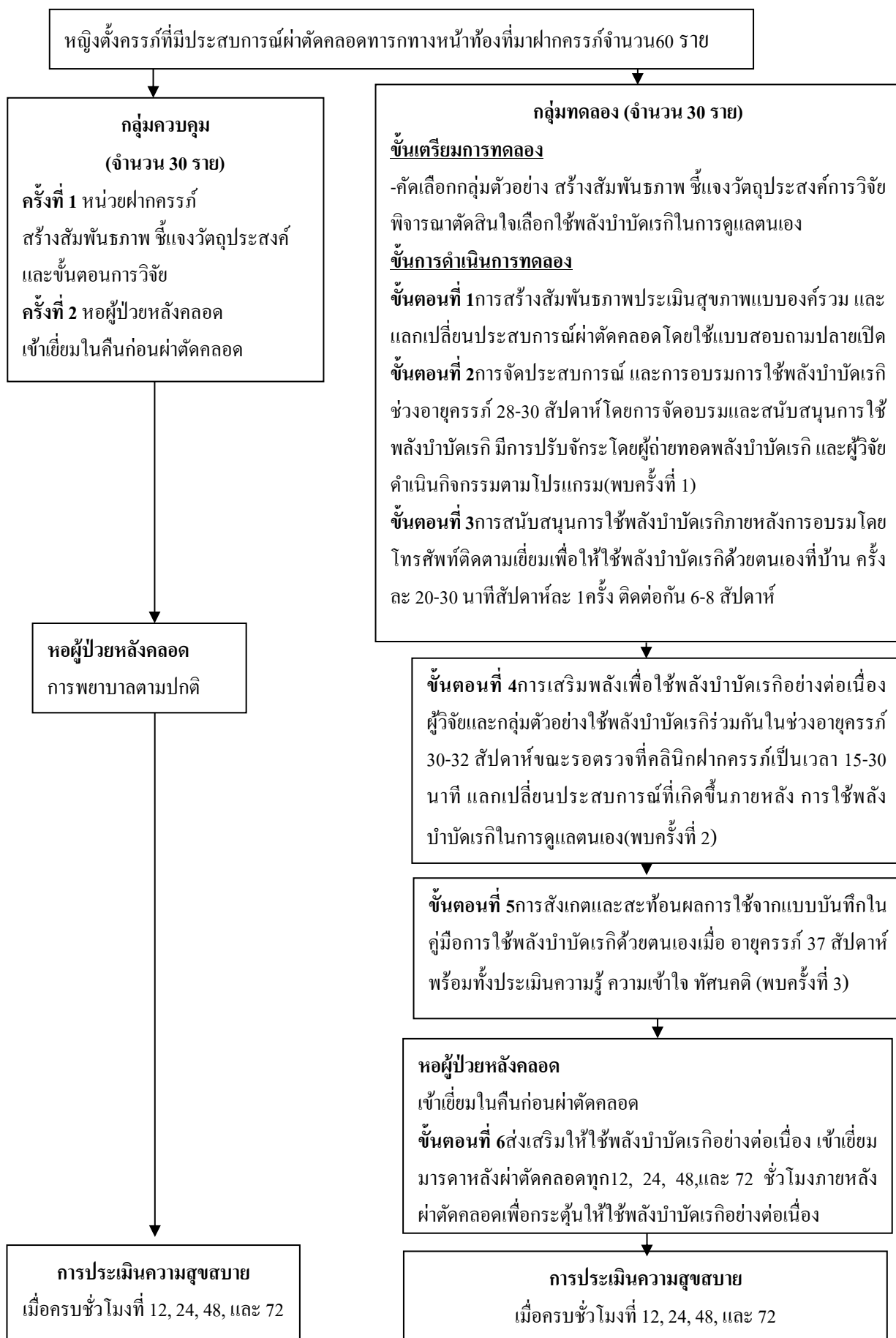
1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติพฤติกรรม ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) สถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบคะแนนความสุขสบายโดยรวมภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์พยาบาลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และสถิติทีอิสระ (independent t-test) ทั้งนี้ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และใช้สถิติที่ซึ่งประกอบด้วยการกระจายของข้อมูลและความแปรปรวนของประชากร ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของคะแนนความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ดังนี้

2.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) ของคะแนนความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 (test of normality) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับ โปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์พยาบาลพบว่า ค่า นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .200, .200, .064, และ .024 ตามลำดับซึ่งมีการกระจายเป็นปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าค่า นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .144, .200, .200, และ .200 ตามลำดับซึ่งพบว่าในชั่วโมงที่ 72 ของกลุ่มทดลองมีค่า  $p < .05$  ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปทดสอบการกระจายของคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายในชั่วโมงที่ 72 ของกลุ่มทดลองพบว่าค่า SE ของ skewness เท่ากับ 0.427 และค่า SE ของ kurtosis เท่ากับ 0.833 กำหนดโดยใช้สูตรพบว่าค่าของความเบ้

(skewness) เท่ากับ-0.673 ได้ค่า Z-value เท่ากับ -1.57 การกระจายของข้อมูลมีการเบ้ซ้ายเล็กน้อยซึ่งถือว่าไม่มีความแตกต่าง

2.2ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม(homogeneity of variance) ของข้อมูลทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่าค่า  $F = .743, 1.276, .065,$  และ  $2.258$  ตามลำดับและค่านัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ  $.392, .263, .800,$  และ  $.138$  ตามลำดับซึ่งมีความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ภาพ 9 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของมารดาที่ใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองในช่วงเวลา 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ คลินิกพิเศษ หอผู้ป่วยพิเศษทั่วไป หอผู้ป่วยสูติกรรม หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษนรีเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 60 ราย ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดกลุ่มละ 30 ราย ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอรายงานผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลมีความพึงพอใจภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา จากการศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 21-35 ปี ( $M = 30.93$  ปี,  $SD = 3.62$ ) กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 63.3

กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพแม่บ้านร้อยละ 30 มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 93.3 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 83.3 และศาสนาอิสลามร้อยละ 16.7 ใช้สิทธิการรักษาโดยการเบิกจ่ายจากต้นสังกัดร้อยละ 40

กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับราชการ และรับจ้างร้อยละ 30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 ร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 70 และศาสนาอิสลามร้อยละ 30 ใช้สิทธิประกันสังคมในการรักษาร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4

วิเคราะห์ความแตกต่างคุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) เนื่องจากมีค่าความคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มย่อยหลังใช้ตาราง 2x2 และสถิติไลค์ลิฮูด (Likelihood Ratio) เมื่อใช้ตาราง 2x2 ขนาดกลุ่มตัวอย่างในเซลล์มีค่าน้อยกว่า 10 (บุญใจ, 2553)

### ข้อมูลทางสถิติศาสตร์

ข้อมูลทางสถิติศาสตร์มีรายละเอียดดังนี้ ประวัติการตั้งครรภ์กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ตั้งครรภ์ในครรภ์ปัจจุบันเป็นครรภ์ที่ 2 รองลงมาร้อยละ 40 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ทั้งสองกลุ่มร้อยละ 40 มีประวัติการแท้ง และได้รับการขูดมดลูกภายหลังแท้งร้อยละ 20 อายุครรภ์ในวันที่ผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 38 สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองร้อยละ 43.3 ภายหลังผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่ได้รับการทำหมัน ร้อยละ 18 และไม่ทำหมัน ร้อยละ 60

ระยะเวลาการผ่าตัดคลอดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเฉลี่ย 71.40 นาที ( $SD = 23.45$ ) โดยใช้เวลามากกว่า 60 นาที ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร โดยเป็นกลุ่มควบคุมร้อยละ 40 กลุ่มทดลองร้อยละ 43.3 สำหรับการได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดโดยการใช้ยาในระยะ 24 ชั่วโมงแรกทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองได้รับร้อยละ 83.3 และไม่ได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดร้อยละ 16.7 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีพึงพิ่ระดับมากร้อยละ 3.3 และ ร้อยละ 6.7 ตามลำดับดังตาราง 5 และตาราง 6

ตาราง 4

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้  
 ศาสนา สิทธิในการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี) (M = 30.93, SD = 3.62, Min = 21, Max = 35)					1.148 <sup>a</sup>	.284
20-30 ปี	9	30	13	43.3		
31-35 ปี	21	70	17	56.7		
ระดับการศึกษา					.000 <sup>a</sup>	1.000
≤ มัธยมศึกษาตอน ปลาย	11	36.7	11	36.7		
> มัธยมศึกษาตอน ปลาย	19	63.3	19	63.3		
อาชีพ					9.777 <sup>b</sup>	.082
รับราชการ	7	23.4	9	30		
แม่บ้าน	9	30	4	10		
รับจ้าง	3	10	9	30		
ค้าขาย	4	13.3	5	16.7		
เกษตรกรรวม	4	13.3	3	13.3		
อื่นๆ	3	10	0.0	0.0		
รายได้ของครอบครัว					1.00 <sup>c</sup>	.500
5,00-10,000	2	6.7	3	10		
10,001 ขึ้นไป	28	93.3	27	90		

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา					1.491 <sup>a</sup>	.222
พุทธ	25	83.3	21	70		
อิสลาม	5	16.7	9	30		
สิทธิในการ รักษาพยาบาล					16.631 <sup>a</sup>	.001
เบิกต้นสังกัด	12	40	11	36.6		
ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	7	23.3	3	10		
ประกันสังคม	2	6.7	14	46.7		
จ่ายเงินด้วยตนเอง	9	30	2	6.7		

หมายเหตุ. <sup>a</sup> Pearson Chi-Square, <sup>b</sup> Likelihood Ratio, <sup>c</sup> Fischer's Exact test



ตาราง 5

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคุมกำเนิด อายุครรภ์ การทำหมัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ข้อมูลทางสถิติศาสตร์	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการตั้งครรภ์					.000 <sup>a</sup>	1.000
ครรภ์ที่ 2	18	60	18	60		
ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3	12	40	12	40		
เป็นต้นไป						
ประวัติการแท้ง					.000 <sup>a</sup>	1.000
เคยแท้ง	12	40	12	40		
ไม่เคยแท้ง	18	60	18	60		
ประวัติการคุมกำเนิด					.000 <sup>a</sup>	1.000
เคยคุม	6	20	6	20		
ไม่เคยคุม	24	80	24	80		
อายุครรภ์ในวันผ่าตัด					.417 <sup>a</sup>	.519
คลอด						
<38 สัปดาห์	5	16.7	7	23.3		
≥ 38 สัปดาห์	25	83.3	23	76.7		
ทำหมัน					.000 <sup>a</sup>	1.000
ทำ	18	60	18	60		
ไม่ทำ	12	40	12	40		

หมายเหตุ. <sup>a</sup> Pearson Chi-Square, <sup>b</sup> Likelihood Ratio, <sup>c</sup> Fischer's Exact test

ตาราง 6

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของ ระยะเวลาการผ่าตัดคลอด ปริมาณการเสียเลือด การได้รับยาลดปวดใน 24 ชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ และการมีพังผืดในช่องท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาการผ่าตัดคลอด (นาที)					18.604 <sup>b</sup>	.029
(M = 71.40, SD = 23.45, Min = 40, Max = 120).						
≤ 60 นาที	17	56.6	10	33.3		
> 60 นาที	13	43.4	20	66.7		
ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัดคลอด					1.551 <sup>b</sup>	.671
< 500 มิลลิลิตร	12	40	13	43.3		
500 มิลลิลิตร	11	36.7	10	33.3		
501-1000 มิลลิลิตร	7	23.3	7	23.3		
การได้รับยาลดปวดใน 24 ชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ					.000 <sup>a</sup>	1.000
ได้รับ	25	83.3	25	83.3		
ไม่ได้รับ	5	16.7	5	16.7		
การมีพังผืดในช่องท้อง					1.000 <sup>c</sup>	.500
มาก	1	3.3	2	6.7		
น้อย	29	96.7	28	93.3		

หมายเหตุ. <sup>a</sup> Pearson Chi-Square, <sup>b</sup> Likelihood Ratio, <sup>c</sup> Fisher's Exact test

สรุปจากตาราง 5 และตาราง 6 เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) สถิติโลนีสตูด (Likelihood Ratio) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันด้านลักษณะข้อมูลทางสุติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

## ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขสบายในระยะหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 30.461, p < .001$ ) ดังตาราง 7 และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยสถิติทีอิสระพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 8 และภาพ 10

ตาราง 7

ความแปรปรวนของความสุขสบายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงด้วยสถิติ (*repeated measures ANOVA*) แบบวัดซ้ำ ( $N=60$ )

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Power
ระหว่างกลุ่ม	13771.350	1	13771.350	30.461*	.000	1.00
ภายในกลุ่ม	26221.750	58	452.099			

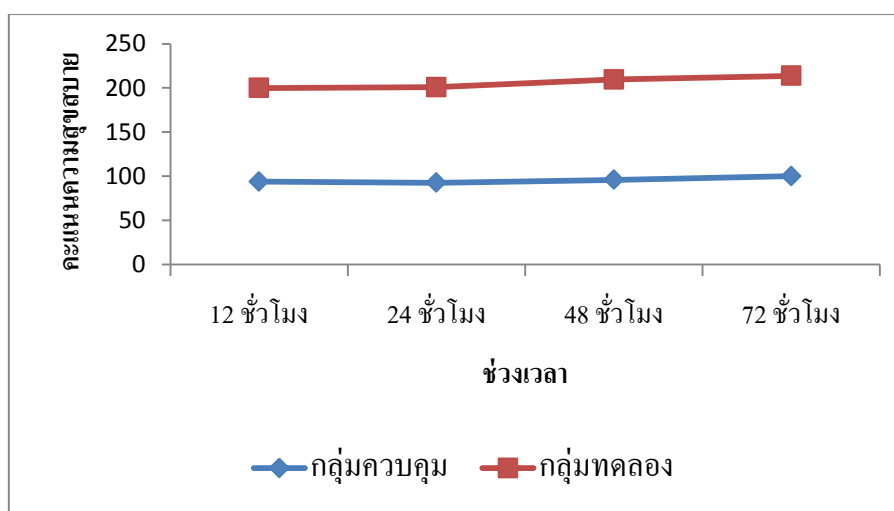
\* $p < .001$

ตาราง 8

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความสุขสบายในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (N = 60)

เวลา	n	M	SD	t
12 ชั่วโมง				-4.271*
กลุ่มทดลอง	30	106.17	11.79	
กลุ่มควบคุม	30	93.67	10.85	
24 ชั่วโมง				-4.528*
กลุ่มทดลอง	30	108.29	12.30	
กลุ่มควบคุม	30	92.47	14.67	
48 ชั่วโมง				-4.966*
กลุ่มทดลอง	30	113.6	15.04	
กลุ่มควบคุม	30	95.33	13.39	
72 ชั่วโมง				-4.00*
กลุ่มทดลอง	30	113.83	11.76	
กลุ่มควบคุม	30	99.83	15.07	

\* $p < .001$



ภาพ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (N = 60)

จากผลการทดลองโดยการใช้พลังงานบำบัดเรกิแก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อเตรียมผ่าตัดคลอดเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองใช้พลังงานบำบัดเรกิในการดูแลตนเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 16 คน ใช้เวลา 7 สัปดาห์ เป็นจำนวน 7 คน ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เป็นจำนวน 6 คน และใช้เวลา 9 สัปดาห์ เป็นจำนวน 1 คน มีคะแนนเฉลี่ย 6.733 ครั้งต่อสัปดาห์ ( $SD = 0.907$ ) (ตาราง ข 2 ภาคผนวก ข) โดยมีความถี่ในการใช้พลังงานบำบัดเรกิด้วยตนเองน้อยที่สุดเฉลี่ย 3.26 ครั้ง ( $SD = 1.1$ ) และมีความถี่ในการใช้มากที่สุดเฉลี่ย 4.26 ครั้ง ( $SD = 1.48$ ) (ตาราง ข 5 ภาคผนวก ข)

จากผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดสูงกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงตามลำดับ ดังนี้ในชั่วโมงที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 106.16 ( $SD = 11.79$ ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 93.67 ( $SD = 10.85$ ) ชั่วโมงที่ 24 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 108.29 ( $SD = 12.30$ ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 92.47 ( $SD = 14.67$ ) ชั่วโมงที่ 48 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 113.6 ( $SD = 15.04$ ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 95.33 ( $SD = 13.39$ ) และชั่วโมงที่ 72 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 113.83 ( $SD = 11.76$ ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 99.83 ( $SD = 15.07$ ) ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่ได้รับการใช้พลังงานบำบัดเรกิทางการพยาบาลมีความสบายกายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีคะแนนความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องอยู่ในระดับความสบายระดับมากที่สุด 2 กลุ่มในชั่วโมงที่ 12 และ ชั่วโมงที่ 24 โดยในชั่วโมงที่ 12 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 93.67 ( $SD = 10.85$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 106.16 ( $SD = 11.79$ ) สำหรับชั่วโมงที่ 24 ภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 92.47 ( $SD = 14.67$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 108.29 ( $SD = 13.30$ ) ตามลำดับ ในชั่วโมงที่ 48 พบว่าคะแนนความสบายของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 95.84 ( $SD = 13.39$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนความสบายอยู่ในระดับมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 113.6 ( $SD = 15.04$ ) และในชั่วโมงที่ 72 คะแนนความสบายของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 99.84 ( $SD = 15.07$ ) กลุ่มทดลองมีความสบายระดับมากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 113.83 ( $SD = 11.76$ ) ตามลำดับ (ตาราง 9)

ตาราง 9

เปรียบเทียบคะแนนความสบาย และค่าเฉลี่ย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลา 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง (N = 60)

ระยะเวลา	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจ-จิต วิญญาณ		ด้านสังคม วัฒนธรรม		ด้าน	คะแนน	
	M	SD	M	SD	M	SD	สิ่งแวดล้อม	เฉลี่ย	
<b>12 ชั่วโมง</b>									
กลุ่มควบคุม	21.07	3.87	33.67	4.91	13.30	1.67	25.63	4.90	93.67
กลุ่มทดลอง	26.83	4.04	38.00	6.21	14.10	1.95	27.23	4.12	106.16
<b>24 ชั่วโมง</b>									
กลุ่มควบคุม	21.1	5.47	34.2	6.04	13.10	1.82	24.07	5.02	92.47
กลุ่มทดลอง	26.4	3.62	39.7	5.74	13.83	2.22	28.36	4.27	108.29
<b>48 ชั่วโมง</b>									
กลุ่มควบคุม	22.90	4.43	35.47	5.13	13.00	2.03	23.97	4.91	95.84
กลุ่มทดลอง	29.2	3.26	40.7	6.78	14.40	2.02	29.3	4.61	113.6
<b>72 ชั่วโมง</b>									
กลุ่มควบคุม	24.17	4.27	37.17	8.85	13.27	2.09	25.23	5.30	99.84
กลุ่มทดลอง	29.00	3.33	41.33	5.44	14.17	1.87	29.33	3.57	113.83

## ตาราง 10

ระดับคะแนนประสบการณ์และทัศนคติต่อการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

หัวข้อการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)	
1. ท่านรู้สึกได้ว่าการใช้พลังบำบัดเรกิส่งผลต่อความรู้สึกของท่านในทางบวกและมีความผาสุกเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัย		
ใช่	28	93.0
ไม่ใช่	0.0	0.0
ไม่สามารถบอกได้	2	6.7
2. ประสบการณ์ความรู้สึกในทางบวกและความผาสุกของท่านมีดังนี้		
มองโลกในแง่บวก	16	53.3
ควบคุมอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น	24	80
รู้สึกมีความมั่นใจมากขึ้นในชีวิต	8	26.7
รู้สึกสงบ	25	83.3
มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างดีขึ้น	16	53.3
3. คุณเชื่อและสัมผัสได้ถึงการมีอยู่จริงของพลังบำบัดเรกิจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้		
ใช่	23	76.7
ไม่ใช่	0.0	0.0
ไม่สามารถบอกได้	7	23.3

หลังจากกลุ่มทดลองได้ฝึกใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน เป็นเวลาต่อเนื่อง 6-9 สัปดาห์พบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย รับรู้ได้ว่าพลังบำบัดเรกิส่งผลต่อความรู้สึกในทางบวก อีก 2 รายไม่สามารถบอกได้ประสบการณ์ความรู้สึกในทางบวกและความผาสุกที่เกิดขึ้นจากการใช้พลังบำบัดเรกิพบว่า ส่งผลต่อการมองโลกในแง่บวก ร้อยละ 53.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองได้มากขึ้นร้อยละ 80 รู้สึกมีความมั่นใจมากขึ้นในชีวิต ร้อยละ 26.7 ประสบการณ์ความรู้สึกสงบภายหลังใช้พลังบำบัดเรกิเกิดขึ้นมากที่สุดร้อยละ 83.3 และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างดีขึ้นร้อยละ 53.3 มีความเชื่อ และสัมผัสได้ของพลังบำบัดเรกิ ร้อยละ 76.7 ไม่สามารถบอกได้ร้อยละ 23.3 ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 11

แสดงความสัมพันธ์ของผลลัพธ์การใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์บาดต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

	การบรรเทา (Relief)	ความสบาย (Ease)	การเข้าใจและยอมรับภาวะที่ยากลำบาก (Transcendence)
ด้านร่างกาย (Physical)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ฟันตัวเร็วหลังผ่าตัดคลอด</li> <li>- บรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัดคลอด</li> <li>- เลี้ยงลูกได้เร็ว</li> <li>- ท้องไม่ผูก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รับรู้ถึงความอบอุ่นขณะทำเรกิ</li> <li>- สบายตัวขึ้น</li> <li>- มีประสบการณ์หลับยากหลังใช้หลับง่ายขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทนทานต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดคลอด</li> </ul>
ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ (Psychospiritual)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อบริเวณหน้าอกจะรู้สึกหายใจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความสุขขณะทำเมื่อกำลังนบรีเวณตำแหน่งมือที่ทำเรกิ</li> <li>- รู้สึกสบายใจหลังผ่าตัดคลอด</li> <li>- อารมณ์ดีขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สุขภาพจิตดีขึ้นไม่หงุดหงิดง่ายกับคนรอบข้าง</li> <li>- ใจเย็นและสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น</li> <li>- สงบ</li> <li>- คิดแต่สิ่งดีๆ</li> </ul>
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พักผ่อนหลังผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับครั้งก่อน</li> </ul>		
ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สื่อสารกับคนรอบข้างได้ดีขึ้น</li> </ul>		



## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลรวมระยะเวลา 6-9 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้นำเสนอผลการอภิปรายดังนี้

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-35 ปี เป็นมารดาวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สามารถจัดการกับความปวด ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจได้ (Rawlins, Dialsingh, Crawford, Rawlins, & McGrowder, 2013) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 60 ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ร้อยละ 40 ซึ่งจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการผ่าตัดคลอดมีผลต่อการเกิดพังพืดภายในช่องท้องที่จะส่งผลให้เกิดความปวด เพิ่มความไม่สุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด (Luell, 2011) ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดที่มากกว่า 90 นาทีจะมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด (Jensena, Kehletb, & Lundc, 2009) ซึ่งทั้งสองกลุ่มใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 71.40 นาที ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมใช้วิธีการผ่าตัดแบบ Pfannenstiel ซึ่งจะมีความปวดน้อยกว่าการผ่าตัดคลอดแบบอื่น (Karat, Nirmala, Radhakrishna, Jayanthi, & Shanthi, 2004) ดังนั้นจากการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของปัจจัยที่จะเพิ่มระดับความปวดที่จะส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด

จากผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความสุขสบายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ตั้งแต่การใช้บำบัดทางการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในระยะตั้งครรภ์โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้รับการแจกคู่มือการดูแลตนเองโดยใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลสำหรับการอ่านบททวน และฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และโรงพยาบาลขณะนั่งรอรับการตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัดก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยา, อุพา, และโสเพ็ญ (2553) พบว่าการดูแลสุขภาพของสตรีไทยในภาคใต้ด้วยตนเองควรมีคู่มือหรือเอกสารเพื่อใช้ในการทบทวนความรู้เมื่อต้องฝึกปฏิบัติเรกิด้วยตนเองที่บ้าน (Keawpimon, 2008) ร่วมกับการสนับสนุนของพยาบาล (Keawpimon, Songwathana, & Chuaprapaisilp, 2010) การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ภัทรสิริ, 2556; อัจฉาณัฐ, 2554) เป็นการเสริมแรงให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติเรกิ และมาพบกลุ่มทดลองทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ตามนัดส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะและความสามารถในการนำพลังบำบัดเรกิมาใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จากการสนับสนุนและการให้ความช่วยเหลือจากพยาบาลตลอดระยะเวลาในการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง

โดยบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่งของการมารับการดูแลตามปกติขณะฝากครรภ์ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยจากการพัฒนาศักยภาพของตนเอง (Dowd et al., 2000; Wilson, 2012) ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นสนามพลังงานภายในเซลล์ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างสารพันธุกรรมภายในเซลล์เกิดภาวะสมดุลทางสุขภาพมีการเพิ่มพลังงานภายในเซลล์ (recharge) เกิดการปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพใหม่ให้ดีขึ้น (realign) นำไปสู่ความสมดุลของร่างกาย (rebalance) (Vitale, 2007) ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ส่งผลให้รู้สึกสงบ ควบคุมอารมณ์ตนเองได้มากขึ้น และมีการมองโลกในแง่บวก (ตาราง 10) ส่งผลให้มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ (Burden, Henron-Marx, & Clifford, 2005; Miles & True, 2003) ก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขสบายสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) เนื่องจาก กลุ่มทดลองที่เข้าการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องในขณะที่ตั้งครรภ์จนกระทั่งภายหลังผ่าตัดคลอดจะส่งผลให้ร่างกาย และจิตใจเกิดความผ่อนคลายซึ่งอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีจิตประสาททฤษฎีคัมภีร์กันวิทยาเมื่อร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายจะส่งผลต่อการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟินซึ่งเป็นสารสร้างความสุขร่วมกับแนวคิดทฤษฎีพุทธศาสนาเมื่อจิตใจมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของจิตอารมณ์โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นบริเวณสมองส่วน นีโอคอร์เทกซ์ (neocortex) และซีรีบรัลลิมบิก (cerebral limbic) ที่จะให้เกิดการทำงานประสานกันเพื่อนำไปสู่การปรับสมดุลการทำงานของก้านสมอง (brain stem) ที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติภายในร่างกายให้เกิดการผ่อนคลายระดับลึก (Hanson, 2011) ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องในขณะที่ตั้งครรภ์เป็นเวลา 6-9 สัปดาห์ (โปรแกรม 6-8 สัปดาห์) สัปดาห์ละ 3-5 ครั้งนานครั้งละ 20-30 นาที ซึ่งกลุ่มทดลองใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองเฉลี่ย 6.733 สัปดาห์ ( $SD = 0.907$ ) (ตาราง ข 2 ภาคผนวก ข) ความถี่ในการใช้พลังบำบัดเรกิน้อยที่สุดเฉลี่ย 3.6 ครั้ง ( $SD = 1.45$ ) และมากที่สุดเฉลี่ย 4.26 ( $SD = 1.48$ ) ตามลำดับ (ตาราง ข 5 ภาคผนวก ข) โดยการวางมือไปบริเวณตำแหน่งจักระทั้ง 7 จักระของร่างกายเพื่อปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดคลอด (ตาราง 11)

นอกจากนี้ความสุขสบายที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดเกิดจากการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ขณะที่ร่างกายยังคงมีความปวดเกิดขึ้น และการส่งเสริมการให้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอภายหลังผ่าตัดคลอด โดยจะมีผลต่อการผ่อนคลายของจิตใจ ที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเร็วขึ้นเนื่องจากในขณะที่ใช้พลังบำบัดเรกิจะทำให้ผู้ฝึกปฏิบัติเรกิเกิดการผ่อนคลาย ขณะใช้พลังบำบัดเรกิจะรับรู้ถึงความสงบสุข (increased calmness) จากความเจ็บปวดที่กำลังเกิดกับร่างกายในขณะนั้น (Bossi et al., 2008) จนรับรู้ถึงความสงบที่เกิดขึ้นนำไปสู่ภาวะความสบาย (ease) ที่เป็นสภาวะ

หนึ่งของการตอบสนองความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวม (Kolcaba, 2003) จากการศึกษาของแคททาไลน์และฟอร์ด (Catalin & Ford, 2011) ในผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาเคมีบำบัดโดยการให้พลังบำบัดเรกิ วางมือไปยังตำแหน่งจักระภายในร่างกายหลังได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลให้เพิ่มความสุขสบาย สามารถพักผ่อนได้ ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และความไม่สุขสบายจากภาวะแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัด

อย่างไรก็ตามแม้จะเน้นรวมความสุขสบายของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับมากในช่วงชั่วโมงที่ 12 และ ชั่วโมงที่ 24 เกิดจากแผลผ่าตัด และปริมาณยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำที่ได้รับเท่ากันในช่วงเวลาดังกล่าว (ตาราง 6) แต่กลุ่มทดลองมีความสุขสบายระดับมากที่สุดในช่วงชั่วโมงที่ 48 และ ชั่วโมงที่ 72 ระดับความสุขสบายหลังผ่าตัดลดลงขึ้นอยู่กับความปวดจากบาดแผลบริเวณมดลูก การทำหมันภายหลังผ่าตัดคลอด จำนวนครั้งของการผ่าตัดคลอดซึ่งทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน จากผลการศึกษาทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีการขอรับยาระงับปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเท่ากันทั้งสองกลุ่มร้อยละ 83.3 กลุ่มควบคุมได้รับยาระงับปวดแบบต่อเนื่อง PCA (patient-controlled analgesia) มากที่สุด 10 ครั้ง กลุ่มทดลองมากที่สุด 4 ครั้ง นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับยาระงับปวดมอร์ฟีนมากที่สุด 4 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับมากที่สุด 5 ครั้ง (ตาราง ข 4 ภาคผนวก ข) โดยสัมพันธ์กับประสบการณ์การบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด และการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (ตาราง 11) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังผ่าตัดลดลงจากการที่ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดถูกกระตุ้นลดลง (Melzack & wall, 1965) ซึ่งอธิบายได้ว่านอกจากนี้ในช่วงชั่วโมงที่ 48 และ 72 ชั่วโมง กลุ่มที่ได้รับการให้พลังบำบัดเรกิทางกายภาพมีความสุขสบายระดับมากที่สุด ใน 24 ชั่วโมง แรกทั้งสองกลุ่มได้ยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำที่ออกฤทธิ์ระงับปวดได้เร็ว แต่ภายหลัง 24 ชั่วโมงกลุ่มที่ใช้พลังบำบัดเรกิมีความสุขสบายมากกว่าซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของเวิร์ท (With, 1996) ในการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาแผล และติดตามวัดการหายของบาดแผลเป็นเวลา 8-16 วันพบว่ากลุ่มทดลองมีการฟื้นสภาพของบาดแผลร้อยละ 93.5 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 67.3 จากการศึกษาของวิทาลีและคอนเนอร์ (Vitale & Connor, 2006) ในการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อบรรเทาความปวดของสตรีภายหลังผ่าตัดคลอดโดยใช้พลังบำบัดเรกิครั้งละ 30 นาทีภายหลังผ่าตัดคลอดพบว่าเมื่อระดับความวิตกกังวลลดลงจะส่งผลต่อความปวดที่ลดลงในช่วงชั่วโมงที่ 24 และ 48 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังนั้นการใช้พลังบำบัดเรกิร่วมกับการได้รับยาแก้ปวดยังช่วยส่งเสริมให้มีความสุขสบายเพิ่มขึ้นบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาพบว่าภายหลังผ่าตัดคลอดกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขสบายด้านจิตใจ-จิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตาราง 9) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภายหลังผ่าตัดคลอดมารดาจะมีความกลัวถึงสิ่งผิดปกติที่จะเกิดขึ้นตามมาหลังผ่าตัดคลอด เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

คลอของตนเอง และทารก ความปลอดภัยภายหลังผ่าตัดคลอด และน้ำนมไหลช้า สามารถอธิบายได้ว่า การฝึกใช้พลังบำบัดเรกิทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ขึ้นไปจะช่วยลดความเครียด ลดความวิตกกังวล เกิดความผ่อนคลายของจิตใจภายหลังใช้พลังบำบัดเรกิ (Bowden et al., 2010; Meland, 2009; Shore, 2004) จากการที่สนามพลังงานภายในร่างกายได้รับการชำระล้าง (Coakley & Barron, 2012; Engebretson & Wardell, 2002; Field, 2010) จากสาเหตุการติดขัดของสนามพลังงานที่เกิดจากความรู้สึกในทางลบที่มีผลต่อความเจ็บป่วย (Brennan, 1987; Myss, 1966) ซึ่งสามารถช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทางด้านร่างกาย และจิตใจ จากการหลั่งฮอร์โมนความเครียดลดลง (ปริยาและคณะ, 2557) คงไว้ซึ่งการทำงานของสมองส่วนฮิปโปแคมปัส และอิมิกดาลาที่มีผลต่อกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ มองโลกในแง่บวก (ปริยาและคณะ, 2555) นำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างจากผลการศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขสบายทางด้านสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมจากการศึกษาของบาร์เน็ต (Barnett, 2005) พบว่าการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ทำให้มีความสัมพันธ์ที่ดีเกิดขึ้นแก่สมาชิกภายในครอบครัว และการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิขณะตั้งครรภ์พบว่ามารดาหลังคลอดจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้เร็วกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิขณะตั้งครรภ์ (Rakestraw, 2009) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขสบายทางด้านสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ถึงแม้ว่าภายหลังผ่าตัดคลอดต้องพักในสิ่งแวดล้อมไม่คุ้นเคย มีกิจกรรมทางการแพทย์ที่รบกวนการพักผ่อนอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดคลอด การฝึกปฏิบัติเรกิอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ จิตวิญญาณที่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของสถานะต่างๆ รอบตัว (Barnett, 2005; Vitale, 2009) ยอมรับภาวะยากลำบากที่เกิดขึ้น (Dowd et al., 2000; Wilson, 2012)

กล่าวโดยสรุปจากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการแพทย์เพื่อเตรียมหญิงตั้งครรภ์ในการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวมที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ-จิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในระยะตั้งครรภ์ และภายหลังผ่าตัดคลอดการฝึกปฏิบัติการใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้มีการเพิ่มพลังงานภายในร่างกาย จนนำไปสู่ความสมดุลของร่างกายและจิตใจ โดยพยาบาลแสดงบทบาทเป็นผู้สนับสนุน และให้ความช่วยเหลือเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจ เชื่อมมั่นในตัวเองต่อการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6-9 สัปดาห์ และนำไปใช้อย่างต่อเนื่องภายหลังผ่าตัดคลอดเพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความสุขสบายเพิ่มขึ้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาที่มีประวัติผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 ราย กำหนดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านจำนวนการตั้งครรภ์ การศึกษา การทำหมันภายหลังผ่าตัดคลอด และการได้รับการจัดการความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัดคลอด

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

##### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ 1) แนวทางการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง 2) คู่มือการดูแลตนเองโดยใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสบายแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง 3) แบบประเมินประสิทธิผลและทัศนคติต่อการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง และ 2) แบบประเมินความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องโดยการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ด้านความสบายทางการพยาบาล อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสูติศาสตร์ และพยาบาล

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่เชี่ยวชาญการดูแลหญิงตั้งครรภ์ภายหลังผ่าตัดคลอดอย่างละ 1 ท่านได้ ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) ของแบบประเมินความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทั้งชุดเท่ากับ 1 แล้วนำข้อเสนอแนะมาหาค่าดัชนีความเที่ยงของแบบสอบถามความสบายของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 10 รายโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.84

### การดำเนินการทดลอง

การทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28 ถึง 30 สัปดาห์ ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคลินิกเอกชนของสูติแพทย์โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์จำนวน 5 แห่ง พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ และใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม โดยให้เวลาหญิงตั้งครรภ์คิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมวิจัย มีการนัดแนะเพื่อจัดประสบการณ์การใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ภายหลังจากนั้นพยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 6-8 สัปดาห์เพื่อสนับสนุนให้ใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัดโดยใช้พลังบำบัดเรกิร่วมกันขณะนั่งรอตรวจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง สะท้อนผลการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ พร้อมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ เข้าเยี่ยมในคืนก่อนผ่าตัดคลอด ภายหลังผ่าตัดคลอดผู้วิจัยเข้าเยี่ยมทุกวันในช่วงเวลา 08.00-09.00 น. เพื่อกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามที่กำหนด อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยเข้าเยี่ยมกลุ่มควบคุมในคืนก่อนผ่าตัดคลอด สำหรับกลุ่มทดลองจัดประสบการณ์ โดยมีการอบรม และสนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์ การฝึกใช้พลังบำบัดเรกิขณะรอตรวจเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง คืนก่อนผ่าตัด

คลอดประเมินความพร้อมก่อนการทดลองโดยการใช้แบบประเมิน ความรู้ ประสบการณ์ และทัศนคติต่อการใช้พลังบำบัดเรกิ ผู้วิจัยเข้าเยี่ยมทุก 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง อายุครรภ์ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา ระยะเวลาการผ่าตัดคลอด ปริมาณการเสียเลือดหลังผ่าตัดคลอด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดใน 24 ชั่วโมง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความสุขสบายโดยรวมในชั่วโมงที่ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมงภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และสถิติทีอิสระ (independent t-test)

### ผลการวิจัย พบว่า

คะแนนความสุขสบายของมารดาภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่เข้าร่วมโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลมีคะแนนความสุขสบายสูงกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $p < .001$ ) มีคะแนนเต็มของความสุขสบาย (0-136 คะแนน) ในแต่ละชั่วโมง โดยชั่วโมงที่ 12 มีคะแนนเฉลี่ย 106.16 ( $SD = 11.79$ ) เท่ากับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 93.67 ( $SD = 10.85$ ) โดยมีคะแนนความสุขสบายอยู่ในระดับมาก ในชั่วโมงที่ 24 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบาย 108.3 ( $SD = 12.30$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับความสุขสบายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 92.47 ( $SD = 14.67$ ) เป็นความสุขสบายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระดับมาก แต่ในชั่วโมงที่ 48 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสบาย 113.6 ( $SD = 15.04$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับความสุขสบายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 95.33 ( $SD = 13.39$ ) พบว่ากลุ่มทดลองมีความสุขสบายระดับมากที่สุดแต่กลุ่มควบคุมมีความสุขสบายระดับมาก ซึ่งเหมือนกับชั่วโมงที่ 72 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย

ความสุขสบาย 113.8 ( $SD = 11.76$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับความสุขสบายในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 99.83 ( $SD = 15.07$ ) เป็นความสุขสบายระดับมากที่สุดกับระดับมากตามลำดับ

### จุดแข็งและข้อจำกัดการวิจัย

#### จุดแข็ง

การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งที่สำคัญ คือ การนำโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลมาใช้เพื่อเตรียมหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้เห็นความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพภายในตนเองจนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถดูแลตนเองได้ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ

#### ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เพียงแห่งเดียว และเป็นการวิจัยกึ่งทดลองซึ่งทำให้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง หรือการที่ได้มาของกลุ่มตัวอย่าง อาจมีข้อจำกัดการไม่เป็นตัวแทนประชากรที่ดี
2. แผนการรักษาเพื่อการบรรเทาความปวดภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง สูติแพทย์บางรายมีแผนการรักษาให้ยาบรรเทาปวดชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งครบ 24 ชั่วโมงโดยมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไม่จำเป็นต้องเรียกร้อง จึงทำให้ไม่ทราบอย่างแน่ชัดว่าในระยะ 24 ชั่วโมงอาการปวดที่บรรเทาลงเกิดจากฤทธิ์ของยาระงับปวดหรือพลังบำบัดเรกิที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดเลือกใช้
3. งานวิจัยด้านการใช้พลังบำบัดเรกิเป็นศาสตร์ทางเลือกที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญประสบการณ์เฉพาะบุคคล และต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นพิเศษเหมาะสมสำหรับพยาบาลที่มีความสนใจโดยเฉพาะและต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝน
4. เครื่องมือที่ใช้ประเมินความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอดเป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาใหม่ที่ควรนำไปปรับปรุงให้เข้ากับบริบทที่สื่อถึงความสุขสบายได้อย่างเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้นในแต่ละด้านที่มีผลกระทบต่อความสุขสบายขณะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสิ่งแวดล้อม



## ข้อเสนอแนะ

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลไปเป็นแนวทางการส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด
2. ควรมีการนำโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล และคู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการใช้พลังบำบัดเรกิที่เตรียมผ่าตัดคลอด ไปใช้ได้จริงโดยประยุกต์ใช้กับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอด และมารดาหลังผ่าตัดคลอดบนหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมความสบายทั้งในขณะตั้งครรภ์ และภายหลังผ่าตัดคลอด

### ด้านการเรียนการสอน

ควรมีการบูรณาการการนำพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลไปใช้ในระบบการเรียน โดยสอดแทรกในวิชาเลือกทางการพยาบาล หรือเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้แก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อเป็นการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

### ด้านการวิจัย

1. ควรมีการนำโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลไปศึกษาเปรียบเทียบกับการใช้ศาสตร์ทางเลือกในกลุ่มอื่น เช่น การนวด โยคะ ไทเก๊ก หรือการได้รับการพยาบาล และการรักษาตามปกติ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของความสุขสบายที่เกิดขึ้น
2. หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมีความสามารถในการฝึกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดในระดับความสุขสบายมากซึ่งเป็นผลจากการฝึกอย่างสม่ำเสมอในระยะสั้นเพียง 6 สัปดาห์จึงควรศึกษาติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดในระยะยาวหรือระยะสั้น และความสัมพันธ์ในการใช้ตลอดจนตำแหน่งการวางมือเพื่อการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการนำโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลไปใช้ในการลดปวดโดยไม่ใช้ยาภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง
4. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อ ความปวดและความสบายในมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอด

## บรรณานุกรม

- จริยา จันทรเทพา. (2552). ผลของการสร้างจินตภาพต่อความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และเขาวลัักษณ์ เสรีเสถียร. (2552). ความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *วารสารการพยาบาล*, 27, 28-38.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2552). การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การคลอดโดยใช้เข็มและเครื่องดูดสุญญากาศ. กรุงเทพมหานคร: เอสพีเอสพรีนติ้ง.
- ดวงสิทธิ์ วัฒนการา. (2553). ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, และประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 305-334)*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- ทวีวัฒน์ บุญทริกวิวัฒน์. (2548). *ศาสนาและปรัชญาจีนในทิเบตและญี่ปุ่น*. กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ.
- ธัญญารัตน์ กุลฉิมจิตต์เมธี. (2552). การนวดหลัง การรับรู้ความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร.
- นรินทร์ วรรณภูมิ. (2546). *ตำรามะเร็งวิทยา 1*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ภิมุข. (2547). ผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดและความไม่สุขสบายของผู้ป่วยหลังการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นุริยา ฤทธิหมუნ, และอัญชลี อินทรสร. (2555). ผลของการจัดทำนมนบุตรต่อระดับความปวดแผลผ่าตัดและประสิทธิภาพการให้นมของมารดาหลังผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาล สงขลา นครินทร์*, 32, 37-48.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ, อาริยา สอนบุญ, และทิพวัลย์ โพธิ์แท่น. (2550). ทางเลือกในการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวด: ผลของการสร้างจินตภาพ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 26, 266-271.

- บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ยูเอเอ็นซีไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- เบญจามณี คำเมือง. (2548). *โยคะ*. ราชบุรี: ชรรมรักษ์การพิมพ์.
- ปรียา แก้วพิมล, युพา หมิ่นเพ็ชร, และ โสเพ็ญ ชุนวล. (2553). ประสบการณ์การใช้เรกิเพื่อดูแลตนเองของสตรีในภาคใต้. *วารสารสงขลานครินทร์ฉบับสังคมศาสตร์*, 18, 1063-1082.
- ปรียา แก้วพิมล, เขาวณี จรูญศักดิ์, ทิพมาศ ชินวงศ์, โสณัม เล็บซา, พินนภา ยงเกียรติไพบูลย์, และ อุไรรัตน์ หน้าใหญ่. (2555). ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิและการฝึกสติต่อสนามพลังออร่าและสุขภาพองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 18, 41-60.
- ปรียา แก้วพิมล, วิไลพร สมานกสิกรณ์, ปราณิ พงศ์ไพบูลย์, วัฒนา ศรีพจนารถ, ถนอมศรี อินทนนท์, พินนภา ยงเกียรติไพบูลย์, และอุไรรัตน์ หน้าใหญ่. (2557). ประสบการณ์นักศึกษาพยาบาลในโปรแกรมพลังบำบัดเรกิและภาวนา: การเตรียมใจเพื่อเข้าสู่ผู้หญิงท้องไม่พร้อม. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 20, 97-110.
- ปรียา แก้วพิมล, วิไลพร สมานกสิกรณ์, และกัลยาณี บุญสิน. (2557). *โครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ปี 2555-2556 ระยะที่ 1*. บทความฉบับร่างส่งเพื่อลงตีพิมพ์.
- พรรณี ไพศาลทักษิณ. (2540). *ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พระวิศวกัฏฐ์ เข้มเกี้ยก. (2549). *พระพุทธเจ้าและพระธรรมสูตรฝ่ายมหายาน*. กรุงเทพมหานคร: หมื่นคุณธรรมสถาน.
- เฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2546). *การผ่าท้องทำคลอด*. ใน ชีระ ทองสง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 153-165). กรุงเทพมหานคร: บริษัทลัทธิมีรุ่ง.
- ภัทรสิริ พจมานพงศ์. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. (2553). *รายงานสถิติประจำปี*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- มาริยา สุทธินนท์, และกัญญา ประจุศิลป์. (2551). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพของมารดาหลังผ่าตัดท้องคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20, 136-148.
- มาลี งามประเสริฐ, เรือนทอง เรืองวิทยาภรณ์, ลินี วัฒนทวีกิจ, พีรพงศ์ อินทสร, ชลธิชา ปลื้มจิตต์, ดวงพร พิมพะเคนา, และสาระภี เตี้ยวกี่. (2548). การศึกษาเบื้องต้นของโปรแกรมลดอาการท้องอืดในผู้ป่วยนิ่วหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง: ศึกษาระดับความรุนแรงของอาการท้องอืด. *สารศิริราช*, 57, 302-307.
- วิรัตน์ วศินวงศ์. (2555). *การใช้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูติกรรม*. ในวิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัชชาญชยานนท์, ศศิกานต์ นิมมานรัชต์, และธิดา เอื้อฤทธิการ (บรรณาธิการ), *วิสัญญีวิทยาคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 190-215). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: สงขลา.
- วิลาวัลย์ สุท. (2552). ผลของการนวดเท้าต่อการลดความเจ็บปวดของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32, 64-73.
- รักษาย บุษงาชาติ. (2546). *การผ่าท้องคลอด*. ใน หทัย ถิ่นธารา, และจิตติมา สุนทรสัง (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 153-165). สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- รัชดา วงษ์นิพนธ์. (2552). *ความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- รัชนก ชูเจียน. (2551). *ผลของ โยคะต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ลลิตา นพคุณ. (2547). *ความสุขสบายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ. (2555). *ภาวะฉุกเฉินระหว่างผ่าตัดท้องทำคลอดและการดูแลรักษา*. ใน ถวัลย์วงศ์รัตนศิริ, จิตติมา สุนทรสัง, และสมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 243-246). กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

- สวิชญา กองเกิด. (2552). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองด้านความสุขสบายตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สิรินาถ มีเจริญ. (2541). *ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสุขสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุชาดา อินทวิวัฒน์, และสมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา. (2548). *การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง*. ใน มานี ปิยะอนันต์, ชาญชัย วันทนาศิริ, และประเสริฐ ศันสนีย์วิทย์กุล (บรรณาธิการ), *ตำราสูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 177-182). กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- สุดารัตน์ ชัยอาจ, และพวงพยอม ปัญญา. (2548). *การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. *วารสารการพยาบาล*, 20, 1-12.
- สุนทรี น้ำใจทหาร, เพียงจิตต์ ชาร์ไพโรสาณท์, รัตนา รongทองกุล, พวงรัตน์ เซาวะเจริญ, วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข, และสมบูรณ์ เทียนทอง. (2549). *การสำรวจอาการปวดหลังผ่าตัดในวันที่สองหลังการผ่าตัดคลอด*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 21, 9-16.
- สุพัตรา โล่ห์สิริวัฒน์, และดรินทร์ โล่ห์สิริวัฒน์. (2543). *Regulation of gastrointestinal motility*. ใน สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ, เกศรา อิศดามงคล, และสมชาย ลีลากุลสงวศ์ (บรรณาธิการ), *ตำราภาษาไทย แกลโทรอินเทสตินอล โมทิลิตี Gastrointestinal motility* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 15-30). กรุงเทพมหานคร: บริษัท คิวคิวซ้อฟ.
- สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล. (2552). *การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารก*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- อมรรัตน์ บางแสงอ่อน. (2547). *ผลของการฝึกสมาธิตามพุทธวิธีโดยกำกับลมหายใจแบบอานาปานสติต่อความเจ็บปวดและความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อมรรัตน์ ภาระราช. (2549). *ผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อและความสุขสบายในผู้ป่วยคาทอลิกช่วยหายใจทางปากที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- อรพรรณ ไชยชาติ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และศศิธร พุ่มดวง. (2549). ความรุนแรงของความปวด บ้างัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดหลัง ผ่าตัดช่องท้องของทีมสุขภาพ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 24, 101-109.
- อรณพ ใจสำราญ. (2548). *การผ่าท้องทำคลอด*. ใน ชีระพงษ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ชนวิวัฒนาเจริญ, และกระเมียร ปัญญาคำเลิศ (บรรณาธิการ), *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 262-270). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณ สมบูรณ์จันทร์. (2551). *ผลของคนตรีบำบัดต่อการลดความไม่สุขสบายในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจโรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- อธิตา จันทระเสนานนท์, เด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์, ต้อมตา นันทโกมล, จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์, อติวุทธ กุมทมาศ, และคมสันต์ สุวรรณฤกษ์. (2550). *ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.จดหมายเหตุทางการแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*. 90, 1733-1737.
- อัทธมาญู วังโสม. (2554). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการหายใจลำบากร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, ปทุมธานี.
- อุ๋นใจ กอนันต์กุล. (2549). *การตั้งครรภ์แฝด*. ใน อุ๋นใจ กอนันต์กุล (บรรณาธิการ), *การตั้งครรภ์ ความเสี่ยงสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 295-355). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- อุไรรัตน์ พันธุ์เมฆา, และวรารัตน์ ทองศิริมา. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวดในสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โรงพยาบาลสมุทรสาคร*. *วารสารกองการพยาบาล*, 37, 66-77.
- Ader, R. (1995). Historical perspective a psychoneuroimmunology. In H. Friedman, T. W. Klein & A. L. Friedman (Eds.), *Psychoneuroimmunology stress and infection* (pp. 1-21). New York: CRC Press.
- Ader, R., Cohen, N., & Felten, D. (1995). Psychoneuroimmunology interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*, 345, 99-103.

- Afolabi, B. B., Lesi, F. E., & Merah, N. A. (2012). Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD004350.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effect of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38, 223-229.
- Amanda, D., Shibley, H. J., & Roseanne, C. (2000). Sequelae of cesarean and vaginal deliveries: Psychosocial outcomes for mothers and infants. *American Psychological Association*, 36, 251-260.
- American society of anesthesiologists. (2002). Practice guidelines for postanesthetic care. *Anesthesia*, 96, 742-752.
- Anderson, N., & Ann, A. L. (2001). Reiki: A complementary therapy for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39, 42-49.
- Ann, L. M. (2005). The use of reiki in psychotherapy. *Perspective in Psychiatric Care*, 41, 184-187.
- Arlotti, J. P., Cottrell, B. H., Lee, S. H., & Curtin, J. J. (1998). Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *Journal of Community Health Nursing*, 15, 163-178.
- Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J., & Kuhn, P. (2000). Major factor influencing breastfeeding rates mother's perception of father's attitude and milk supply. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 106, 1-5.
- Baldwin, A. L., Vitale, A., Brownell, E., Scicinski, J., Kearns, M., & Rand, W. (2010). The touchstone process on going critical evaluation of reiki in the scientific literature. *Holistic Nursing Practice*, 24, 260-276.
- Baldwin, A. L., & Schwartz, G. L. (2012). Physiological changes in energy healers during self-practice. *The Journal of Complementary Therapies in Medicine*, 20, 299-305.
- Barnett, D. A. (2005). *The effects on the well-being of parents who learn and practice reiki* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3160361).

- Barwolff, S., Sohr, D., Geffers, C., Brandt, C., Vonberg, R. P., Halle, H.,...Gastmeier, P. (2006). Reduction of surgical site infections after cesarean delivery using surveillance. *Journal of Hospital Infection*, 64, 156-161.
- Behague, D. P., Victora, C. G., & Barros, F. C. (2002). Consumer demand for cesarean sections in Brazil: In formed decision making patient choice or social inequality?. A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *British Medical Journal*, 324, 942-945.
- Benhamou, D., Tecszy, M., Parry, N., Mercier, F., & Burg, C. (2002). Audit of an early feeding program after cesarean delivery: Patient wellbeing is increased. *Canadian Journal of Anesthesia*, 49, 814-819.
- Bluml, V., Safar, M. S., Reitingger, A. K., Resch, I., Naderer, A., & Leithner, K. (2012). A qualitative approach to examine women's experience of planned cesarean. *Journal of Obstetric Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 41, e82-e90.
- Boland, G. M., & Weigel, R. J. (2007). Formation and prevention of postoperative abdominal adhesion. *Journal of Surgical Research*, 132, 3-12.
- Bonney, E. A., & Myers, J. E. (2010). Caesarean section: Techniques and complications. *Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine*, 21, 97-102.
- Bossi, L. M., Ott, M. J., & Decristofaro, S. (2008). Reiki as clinical intervention in oncology nursing practice clinical. *Journal of Oncology Nursing*, 12, 489-494.
- Bowden, D., Goddard, L., & Gruzelier, 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, 66-72.
- Brandenberger, G., Granfier, C., Chapotot, F., Simon, C., & Piquard, F. (2002). Effect of sleep deprivation on overall 24 hr growth hormone secretion. *Lancet*, 21, 1408.
- Brennan, B. A. (1987). *Hand of light: A guide to healing through the human energy field*. New York: Bantam Book.
- Bromage, P. R., Camporesi, E. M., Durant, P. A., & Nielsen, C. H. (1982). Rostral spread of epidural morphine. *Anesthesiology*, 68, 938-943.



- Bronwen, S., & France, S. (2003). *The reiki source book*. Winchester: Oriental Press.
- Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A., & Davis, P. (2007). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (review). *The Cochrane Collaboration and Published in the Cochrane Library*, 4, 1-30.
- Brown, J., Thompson, M., Sinnya, S., Jeffery, A., Costa, C. D., Woods, C.,...Raulli, A. (2013). Pre-incision antibiotics prophylaxis reduce the incidence of post-cesarean surgical site infection. *Journal of Hospital Infection*, 83, 68-70.
- Bucholtz, J. D. (1994). Comforting children during radiotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 21, 987-994.
- Bullock, M. (1997, January/ February). Complementary therapies in hospice care reiki: A complementary therapy for life. *American Journal Hospice Palliative Care*, 14, 31-33.
- Burden, B., Henron-Marx, S., & Clifford, C. (2005). The increasing use of reiki as a complementary therapy in specialist palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11, 248-253.
- Burkhardt, M. A., & Nagai-Jacobson, M. G. (2009). Spirituality and Health. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (5 th ed., pp. 617-645). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Butwick, A. J., Lipman, S. S., & Carvalho, B. (2007). Intraoperative forced-air warming during cesarean delivery under spinal anesthesia does not prevent maternal hypothermia. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 105, 1413-1419.
- Cahill, A. G., Stamilio, D. M., Odibo, A. O., Peipert, J. F., Ratcliffe, S. J., Stevens, E. J.,...Macones, G. A. (2006). Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 1143-1147.
- Caldwell, D. R. (2005). Reiki: Ancient healing art-modern nursing intervention. Retrieved from <http://www.earthhealing.info/reiki.pdf>
- Carr, E. C., Thomas, V.N., & Barnet, J.W. (2005). Patient experience of anxiety depression and acute pain after surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 521-536.

- Catalin, A., & Ford, R. L. (2011). Investigation of standard care versus sham reiki placebo versus actual reiki: Therapy to enhance comfort and well-being in chemotherapy infusion center. *Oncology Nursing Forum*, 38, e212-e220.
- Catherine, D. T., Elodie, C., Helene, B. C., & Breart, C. (2006). Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstetrics and Gynaecology*, 108, 541-548.
- Chaney, M. A. (1995). Side effect of intrathecal and epidural opioids. *Canadian Journal of Anesthesia*, 42, 230-241.
- Chang, S. C., & Chen, C. H. (2005). Effect of music therapy on women's physiologic measures anxiety and satisfaction during cesarean delivery. *Research in Nursing and Health*, 28, 453-461.
- Chareonkul, R. (2007). *Factor related to discomfort in critical surgical patients during oroendotracheal tube and mechanical ventilation*. (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Thailand.
- Charuluxananan, S., Somboonviboon, W., Kyokong, O., & Nimcharoendee, K. (2002). Ondansetron for treatment of intrathecal morphine-induced pruritus after cesarean delivery. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 25, 535-539.
- Chase, D. M., Lopez, S., Nguyen, C., Pugmire, G. A., & Monk, B. J. (2008). A clinical pathway for postoperative management and early patient discharge: Does it work in gynecologic oncology?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199, e1-e7.
- Chen, H. M., Chang, F. Y., & Hsu, C. T. (2005). Effect of accupressure and nausea vomiting anxiety and pain among post cesarean section women in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 21, 341-350.
- Chichester, M. (2008). Cesarean delivery is rising: Implications care for the perianesthesia nurse. *American Society of Perianesthesia Nurses*, 23, 321-334.
- ChoobMasjedi, S.G., Hasani, J., Khrosandi, M., & Ghobadzadeh, M. (2012). Cognitive factors related to childbirth and their effect on woman's delivery preference: A comparison between a private and public hospital in Tehran. *Eastern Mediterranean Health Journal Impact Factor*, 18, 1127-1133.

- Chu, D. A. (2004). Tai Chi, Qi Gong and Reiki. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 15, 773-781.
- Chuntharapat, S. (2007). *The effect of using a yoga program during pregnancy on maternal Comfort, labor pain, and birth outcomes*. (Unpublished doctoral dissertation). Prince of Songkhla University, Songkhla.
- Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., & Hatthakit, U. (2008). Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14, 105-115.
- Coakley, A. B., & Barron, A. M. (2012). Energy therapies in oncology nursing. *Seminars in Oncology Nursing*, 28, 55-63.
- Cohen, R. (2006). Using the chakra system in psychotherapy. Retrieved from <http://www.ross-cohen.com/pdf/UsingChakras.pdf>
- Comee, S. (2002). Medicine buddha reiki. Retrieved from <http://www.oocities.org/nightshadow05/>
- Conger, J. C., Conger, A. J., Edmondson, C., Tescher, B., & Smolin, J. (2003). The relationship of anger and social skills to psychological symptoms. *Assessment*, 10, 248-258.
- Cox, B. E., & Smith, E. C. (1982). The mother's self-esteem after a cesarean delivery. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 7, 309-314.
- Cox, T. (2003). Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 9, 30-34.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstom, K. D. (Eds.). (2005). *Williams Obstetrics* New York: McGraw-Hill.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (Eds.). (2010). *Williams Obstetrics*. New York: McGraw-Hill.
- Dam, N. V., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 123-130.
- Dantzer, R. (2005). Somatization: A psychoneuroimmune perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 947-952.

- Davey, A. K., & Maher, P. J. (2007). Surgical adhesion: A timely update, a great challenge for the future. *Journal Minimally Invasive Gynecology*, *14*, 15-22.
- Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (Eds.). (2012). *Maternal newborn nursing and women's health*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Dayton, M. T. (2004). Surgical complications. In C. M. Townsend, R. D. Beauchamp & B. M. Evers (Eds.), *Textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice* (17 th ed., pp.183-184). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Deffenbacher, J. L., Story, D. A., Stark, R. S., Hogg, J. A., & Brandon, A. D. (1996). Cognitive relaxation and social interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counselling Psychology*, *34*, 171-176.
- Degirmen, N., Ozerdogan, N., Sayiner, D., & Kosgeroglu, N. (2010). Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. *Applied Nursing Research*, *23*, 153-158.
- Deneux, T.C., Carmona, E., Bouvier, C. M., & Breart. G. (2000). Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Journal of Obstetric and Gynecology*, *108*, 541-548.
- Dewit, S. C. (2001). Care of surgical patients. In S.C. Dewit (Eds.), *Essentials of medical surgical nursing* (4 th ed., pp.55-97). Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Diamond, M. P., & Freeman, M. L. (2001). Clinical implications of postsurgical adhesions. *European Society of Human Reproduction and Embryology*, *7*, 567-576.
- Dimitrova, V., Pandeval, I., Isankova, M., & Pranchev, N. (2005). Postoperative following elective and emergency cesarean delivery [Abstract]. *Akush Ginekol (Sofia)*, *44*, 15-21, Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544715>
- DiNucci, E. M. (2005). Energy healing: A complementary treatment for orthopaedic and other conditions. *Orthopaedic Nursing*, *24*, 259-269.
- Dipietro, J. A., Costigan, R. A., Nelson, P., Govewitsch, E. D., & Laudenslager, M. L. (2008). Fetal response to induced maternal relaxation during pregnancy. *Biological Psychology*, *77*, 11-19.

- Dossey, B. M., & Keegan, L. (Eds.). (2009). *Holistic nursing : A handbook for practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Dowd, Y., Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. *Holistic Nursing Practice, 14*, 91-102.
- Duman, N. B., & Karatas, N. (2012). The effect of home care services on maternal health after cesarean delivery in Turkey. *Journal of Nursing Education and Practice, 2*, 124-133.
- Edlund, D. M. (2003). *Reiki and its effect on the chakras, as measured by the aurastar imaging device* (Master's thesis, University of connecticut). Retrieved from [http://digitalcommons.uconn.edu/uchcgs\\_masters/50](http://digitalcommons.uconn.edu/uchcgs_masters/50)
- Ellison, R. K. (2012). *PSI phenomena, reiki energy healing, and spirituality with in spiritual guidance: An integrative intervention model*. (Unpublished master's thesis). Institute of Transpersonal Psychology, Palo Alto, Canada.
- Engebretson, J. (1997). A multiparadigm approach to nursing. *Advances in Nursing Science, 20*, 21-33.
- Engebretson, J., & Wardell, D.W. (2002). Experience of a reiki session. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 8*, 48-53.
- Engebretson, J., & Wardell, D.W. (2007). Energy-based modalities. *Nursing Clinics of North America, 42*, 243-239.
- Evanaki, J., Khakbazan, Z., Babaei, G. H. H., & Noori, T. (2004). Reasons of choosing cesarean section as the delivery method by the pregnant woman referred to health-treatment centers in Rasht. *The Journal of Tehran Faculty of Nursing and Midwifery, 10*, 101.
- Fawcus, S., & Moodley, J. (2013). Postpartum haemorrhage associated with cesarean section and cesarean hysterectomy. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 27*, 233-249.
- Feese, C. A., Johnson, S., Jones, E., & Lambers, D. S. (2013). A randomized trial comparing metallic and absorbable staples for closure of a pfannenstiel incision for cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 209*, e1- e5.

- Fenwick, J., Gamble, J., & Mawsen, J. (2003). Women's experience of cesarean section and vaginal birth after cesarean: A birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 10-17.
- Fenwick, S., Holloway, I., & Alexander, J. (2009). Achieving normality the key to status passage to motherhood after a cesarean section. *Midwifery*, 25, 554-563.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Dean, G. E., Funk, B., & Ly, J. (1996). Bone tired: The experience of fatigue and its impact on quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 23, 1539-1547.
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Development Review*, 30, 367-383.
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A western Australian example. *Social Science and Medicine*, 63, 64 - 75.
- Flamm, B. L. (2001). Vaginal birth after cesarean: Reducing medical and legal risks. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44, 622-629.
- Florica, M., Stephansson, O., & Nordstrom, L. (2006). Indications associated with increase cesarean section rates in a Swedish hospital. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92, 181-185.
- Foscher, J., Astbury, J., & Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 728-738.
- Foster, D. (2010). *The effects of reiki on stress and pain in the hospitalized trauma patient*. (Unpublished doctoral dissertation). University Maryland, United States.
- Friedman, R. C., Burg, M. M., Miles, P., Lee, F., & Lampert, R. (2010). Effects of reiki on autonomic activity early after acute coronary syndrome. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 995-996.
- Fuglemaes, D., Oian, P., & Kristiansen, I. S. (2009). Obstetricians choice of cesarean delivery in ambiguous case is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation. *American Journal of Obstetric and Gynaecology*, 48, e1-e8.

- Fuglenes, D., Aas, E., Botten, G., Oian, P., & Kristiansen, I. S. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean?. The influence of parity, delivery experience and fear. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *205*, e1-e9.
- Gadsden, J., Hart, S., & Alan, C. (2005). Post cesarean delivery analgesia. *International Anesthesia Research*, *101*, s62-s69.
- Gallob, R. (2003). Reiki: A supportive therapy in nursing practice and self-care for nurses. *Journal of the New York State Nurses Association*, *34*, 9-13.
- Gamble, J., Creedy, D. K., Mccourt, C., Weaver, J., & Beake, S. (2007). A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth*, *34*, 331-340.
- Gibson, H., Long, A., Jackson, C., & Edwards, J. (2010). Exploring the effects of reiki self-use on health literacy. *Therapies in Medicine*, *18*, 275.
- Girgin, N. K., Gurbet, A., Turker, G., Aksu, H., & Gulhan, N. (2008). Intrathecal morphine in anesthesia for cesarean delivery: Dose-response relationship for combinations of low-dose intrathecal morphine and spinal bupivacaine. *Journal of Clinical Anesthesia*, *20*, 180-185.
- Gracia, P. V., Montufar-Rueda, C., & Ruiz, J. (2003). Expectant management of severe preeclampsia and preeclampsia superimposed on chronic hypertension between 24 and 34 week's gestation. *European Journal of Obstetric and Gynecology and Reproductive Biology*, *107*, 24-27.
- Grady, J. P., Gimovsky, M. L., Zwirello, L. A., & Giordano, K. (Eds.). (2008). *Operative obstetrics*. New York: Cambridge university Press.
- Grant, D. (2009). Physician financial incentives and cesarean delivery: New conclusion from the health care cost utilization project. *Journal of Health Economics*, *28*, 244-250.
- Griffin, J. P. (1992). The impact of noise on critically ill people. *Holistic Nursing Practice*, *6*, 53-56.
- Gropper, E. I. (1992). Promoting health by promoting comfort. *Nursing Forum*, *27*, 5-8.
- Gwinnutt, C. (2004). *Clinical anesthesia*. Philadelphia: Blackwell.
- Hadi, N., & Handi, A.K. (2011). Lavender essence for post cesarean pain. *Pakistan Journal of Biological Science*, *14*, 664-667.

- Hamilton, N. A., Kitzman, H., & Guyotte, S. (2006). Enhancing health and emotion: Mindfulness as a missing link between cognitive therapy and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 123-134.
- Hamilton, B. E., Martin, J. A., & Ventura, S.J. (2011). Births: Preliminary data for 2010. *National Vital Statistics Report, 60*, 1-26.
- Hanson, R. (2009). *Buddha's Brain*. Oakland: New Harbinger.
- Hanson, R. (2011). *Just one thing: Develop a buddha brain one simple practice at a time*. Oakland: New Harbinger.
- Hidano, G., Uezono, S., & Terui, K. (2011). A retrospective survey of adverse maternal and neonatal outcomes for parturients with congenital heart disease. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 20*, 229-235.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). Self-care and the nursing process. In L. Hill & N. Smith (Eds.), *Self-care nursing promotion of health* (2 nd ed., pp. 45-61). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hobson, J. A., Slade, P., Wrench, I. J., & Power, L. (2006). Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective cesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia, 15*, 18-23.
- Hofmeyr, J. G., Novikova, N., Mathai, M., & Shah, A. (2009). Techniques for cesarean section. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 6*, 431-444.
- Hooper, V. D., Chard, R., Cifford, T., Fetzer, S., Fossum, S., Godden, B.,...Ross, J. (2009). ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia. *Journal of Perianesthesia Nursing, 24*, 271-287.
- Hopkins, K. (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?. *Social Science & Medicine, 51*, 725-740.
- Howell, T. (2005). *How to cleanse and balance your chakras*. Minnesota: Howell Canyon press.
- Hsien, C. F., Fu, J. C., Long, C. Y., & Lin, H. S. (2011). Factors influencing breast symptoms in breastfeeding women after cesarean section delivery. *Asian Nursing Research, 5*, 88-98.



- Huang, S.Y., Sheu, S. J., Tai, C. J., Chiang, C. P., & Chien, L.Y. (2013). Decision making process for choosing an elective cesarean delivery among primiparas in Taiwan. *The Journal of Maternal Child Health, 17*, 842-851.
- Hui, L., Hua, F., Diandong, H., & Hang, Y. (2007). Effect of sleep and sleep deprivation on immunoglobins and complement in humans. *Brain, Behavior, and Immunity, 21*, 308-310.
- Hurley, A. C., Volicer, B. J., Hanrahan, P. A., Houde, S., & Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced alzheimer patient. *Research in Nursing & Health, 15*, 369-377.
- International Association for the Study of Pain. (2002). Cultural and pain. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org//AM/>
- Jacobsen, A. F., Drolsum, A., Kløn, N. E., Dahl, G. F., Qvigstad, E., & Sandset, P. M. (2004). Deep vein thrombosis after elective cesarean section. *Thrombosis Research, 113*, 283-288.
- Jacobsen, A. F., Skjeldestad, F. E., & Sandset, P. M. (2008). Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium- a register-based case-control study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 198*, e1- e7.
- Jain, L., & Dudell, G. G. (2006). Respiratory transition in infant delivered by cesarean section. *Seminars in Perinatology, 30*, 296-304.
- Jankowski, J. A. (2007). *Integrating art therapy and reiki in treating women with addictions and trauma* (Master' s thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1442115).
- Jensena, K., Kehletb, H., & Lundc, C.M. (2009). Postoperative recovery profile after elective abdominal hysterectomy: A prospective, observational study of a multimodal anaesthetic regime. *The European Journal of Anaesthesiology, 26*, 382-388.
- Johnson, A., Young, D., & Reilly, J. (2006). Caesarean section surgical site infection surveillance. *Journal of Hospital Infection, 64*, 30-35.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient programm in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.

- Kahn, A., Merckt, C. V., Rebuffat, E., Mozin, M. J., Sottiaux, M., Blum, D.,...Hennart, P. (1989). Sleep problems in healthy preadolescent. *Journal of Pediatrics*, 84, 542-546.
- Kamilya, G., Seal, S. L., Mukherji, J., Bhattacharya, S. K., & Hazra, A. (2010). Maternal mortality and cesarean delivery: An analytical observational study. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 36, 248-253.
- Karat, L.C., Nirmala, A. P., Radhakrishna, G., Jayanthi, N. V., & Shanthi, J. S. (2004). Misgav ladach cesarean section vs pfannestiel cesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology India*, 54, 473-477.
- Keawpimon, P. (2008). *Development of a therapeutic nursing model for reiki to enhance living in harmony with HIV/AIDS*. (Unpublished doctoral dissertation). Prince of Songkhla University, Thailand.
- Keawpimon, P., Songwathana, P., & Chuaprapaisilp, A. (2010). Using reiki for self-healing: The experiences of persons living with HIV/AIDS. *The Malaysian Journal of Nursing*, 1, 18-36.
- Kehlet, H., & Willmore, D.W. (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *The American Journal of Surgery*, 183, 630-641.
- Kelley, W.D. (2009). *The effectiveness of reiki as complement to tradition mental health services* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3371250).
- Khasholian, K. T., Shayboub, R., & Ataya, A. (2014). Health after childbirth: Patterns of reported postpartum morbidity from Lebanon. *Women and Birth*, 27, 15-20.
- Kim, K.S., & Kwon, S.H. (2007). Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nursing Research*, 11, 125-135.
- Kinsella, M. (2005). Pain management after cesarean section. *Women's Health Medicine*, 2, 38-39.
- Klein, M. C., Sakala, C., Simkin, P., Davis-Floyd, R., Rooks, J. P., & Pincus, J. (2006). Why do women go, along with this stuff?. *Birth*, 33, 154-158.
- Koehn, M. L. (2000). Alternative and complementary therapies for labor and birth: An application of Kolcaba's theory of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing Practice*, 15, 66-77.

- Kofman, N. S., Sheiner, E., Levy, A., & Holcberg, G. (2005). Risk factor for wound infection following cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *90*, 10-15.
- Kolcaba, K.Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image of Nursing Scholarship*, *23*, 27-240.
- Kolcaba, K. Y. (1992). Holistic comfort operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, *15*, 1-10.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *19*, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *Journal of Nursing Scholarship*, *27*, 287-289.
- Kolcaba, K., & Fox, C. (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early-stage breast cancer going through radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, *26*, 67-71.
- Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, *17*, 102-114.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., Dowd, T., Steiner, R., & Mitzel, A. (2004). An efficacy of hand massage for enhancing comfort of hospice patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, *6*, 91-102.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, *36*, 538-544.
- Kornelsen, J., Hutton, E., & Munro, S. (2010). Influences on decision making among primiparous women choosing elective cesarean section in absence of medical indications: Findings from a qualitative investigation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *32*, 962-969.
- Kumar, R. A., & Kurup, P. A. (2003). Changes in the isoprenoid pathway with transcendental meditation and reiki healing practices in seizure disorder. *Neurology India*, *51*, 211-214.
- Kunsongkeit, W. (2004). *Spiritual health of Thai people*. (Unpublished doctoral dissertation). Chiang Mai University, Thailand.

- Kwee, A., Bots, M. I., Visser, G. H., & Bruinse, H. W. (2006). Emergency peripartum hysterectomy: A prospective study in the Netherlands. *The European Journal of Obstetric and Gynecology and Reproductive Biology*, *124*, 187-192.
- Kyrle, P. A., & Eichinger, S. (2005). Deep vein thrombosis. *Lancet*, *365*, 1163-1174.
- Laberg, L., Petit, D., Simard, C., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. (2001). Development of sleep patterns in early adolescence. *Journal of Sleep Research*, *10*, 59-67.
- Landis, C. A. (2002). Sleep and methods of assessment. *The Nursing Clinics of North America*, *37*, 583-597.
- Landom, M. B., & Lynch, C. D. (2011). Optimal timing and mode of delivery after cesarean with previous classical incision or myomectomy. *Seminars in Perinatology*, *35*, 257-261.
- Latham, S. R., & Norwitz, E. R. (2009). Ethics and cesarean delivery on maternal demand. *Seminars in Perinatology*, *33*, 405-409.
- Latorre, M. A. (2005). Integrative perspectives the use of reiki in psychotherapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, *41*, 184-187.
- Leblanc, Y. L. (2001). *Contemporary healing work: A social worlds analysis of reiki in practice*. (Unpublished master's thesis). McMaster university, Ottawa, Canada.
- Lee, S. H., Liu, L. C., Kuo, P. C., & Lee, M. S. (2011). Postpartum depression and correlated factors in women who received in vitro fertilization treatment. *Journal of Midwifery Women's Health*, *56*, 347-352.
- Levy, A., Wiznitzer, A., Hulcberg, G., Mazor, M., & Sheiner, E. (2009). Family history of diabetes mellitus as independent risk factor for macrosomia and cesarean delivery. *The Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine*, *23*, 148-152.
- Liang, C. C., Chang, S. D., Wong, S. Y., Chang, Y. L., & Cheng, P. J. (2010). Effect of postoperative analgesia on postpartum urinary retention in women undergoing cesarean delivery. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *36*, 991-995.
- Liang, C. C., Chang, S. D., Wong, S. Y., Chang, Y. L., & Cheng, P. J. (2007). Postpartum urinary retention after cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *99*, 299-322.

- Lim, N. L., Lo, W. K., Chang, J. L., & Pan, A. X. (2001). Single does diclofenac suppository reduces post-cesarean PCEA requirements. *Canadian Journal of Anesthesia*, 27, 383-386.
- Lipinski, K. (2006, Summer). Reiki and surgery. *Reiki News Magazine*. Retrieved from <http://www.reikihypnosis.com/images>
- Lipsey, M. W. (1990). *Design sensitivity statistical power for experimental research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, M. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery at term. *Canadian Medical Association Journal*, 176, 455-460.
- Lobel, M., & Deluca, R. S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64, 2272-2284.
- London, M. L., Ladewig, P. W., Ball, J. W., Bindler, R. C., & Cowen, K. J. (Eds.). (2011). *Maternal and child nursing care*. New York: Pearson.
- Lupien, S. J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A., & Schramek, T. E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field brain and cognition. *Brain and cognition*, 65, 209-237.
- Lydon-Rochelle, M. T., Cahill, A. G., & Spong, C. Y. (2010). Birth after previous cesarean delivery: Short-term maternal outcomes. *Seminars in Perinatology*, 34, 249-257.
- Lyell, D. J. (2011). Adhesion and perioperative complications of repeat cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 29, s11-s18.
- 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.
- MacKenie, I. Z., Cooke, I., & Annan, B. (2003). Indications for cesarean section in a consultant obstetric unit over three decades. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23, 233-238.
- Magnuso, M. J. (2002). *The experience and benefits of reiki as a complement to group therapy for mothers healing from child sexual abuse* (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 0612826309).

- Marik, P. E., & Plante, L. A. (2008). Venous thromboembolic disease and pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 359, 2025-2033.
- Marut, J. S., & Mercer, R. T. (1979). Comparison of primiparas perception of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28, 260-266.
- Mauro, M. T. (2001). *The effect of reiki therapy on maternal anxiety associated with amniocentesis* (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 8005210600).
- McCain, N. L., Gray, D. P., Walter, J. M., & Robins, J. (2005). Implementing a comprehensive approach to the study of health dynamics using the psychoneuroimmunology paradigm. *Advances in Nursing Science*, 28, 320-332.
- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2007). Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature. *Birth*, 34, 65-79.
- McKivergin, M. (2009). The holistic caring process. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic nursing : A handbook for practice* (5 th ed., pp.721-737). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- McLeod, A., & Fernando, R. (2005). Anaesthesia and pain relief for cesarean and other obstetric procedures. *Women's Health Medicine*, 2, 25-31.
- Meland, B. (2009). Effect of reiki on pain and anxiety in the elderly diagnosed with dementia: A series of case reports. *Alternatives Therapies in Health and Medicine*, 15, 56-57.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Menacker, F., & Hamilton, BE. (2010). Recent trends in cesarean delivery in United States. *National Vital Statistic Reports*, 57, 1-8.
- Menzies, D. (1993). Postoperative adhesion: Their treatment and relevance in clinical practice. *The Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 75, 147-153.
- Miesnik, S. R., & Reale, B. J. (2007). A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36, 605-615.
- Milenkovic, M., & Micovic, M. (2011). *Reiki and spirituality*. In Symposium of quantum- Informational medicine. Abstract retrieved from [http://www.dejanrakovicfund.org/knjige/QIM\\_2011](http://www.dejanrakovicfund.org/knjige/QIM_2011)

- Miles, P., & True, G. (2003). Reiki-review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Journal of Alternative and Complementary Therapies, 9*, 62-72.
- Moore, M. L. (2005). Increase cesarean birth rates: A clash of cultures. *Journal of Perinatal Education, 14*, 5-8.
- Mora, F., Segovia, G., Arco, A. D., Blas, M. D., & Garrido, P. (2012). Stress neurotransmitters corticosterone and body- brain integration. *Brain Research, 1476*, 71-85.
- Moran, B. J. (2007). Adhesion-related small bowel obstruction. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 9*, 39-44.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research, 44*, 14-19.
- Mottram, A. (2010). Patients' experiences of day surgery: A parsonian analysis. *Journal of Advanced Nursing, 67*, 140-148.
- Mousavi, S. A., Mortazavi, F., Chaman, R., & Khosravi, A. (2013). Quality of life after cesarean and vaginal delivery. *Oman Medical Journal, 28*, 245-251.
- Movaffaghi, Z., & Farsi, M. (2009). Biofield therapies: Biophysical basis and biological regulations. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*, 35-37.
- Mulayim, B., Celik, N. Y., Kaya, S., & Yanik, F. F. (2007). Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 101*, 273-276.
- Munday, K., Benlovcif, S., Harsanyi, K., Dubocovich, M. L., & Zee, P. C. (2001). Phase dependent treatment of delayed sleep phase syndrome with melatonin. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 28*, 1271-1278.
- Munro, S., Kornelsen, J., & Hutton, E. (2009). Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: The influence of birth stories. *Journal of Midwifery and Women's Health, 54*, 373-379.
- Murray, L., & Cartwright, W. (1993). The role of obstetric factors in postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 11*, 215-219.

- Murry, S. S., & McKinney, E. S. (2010). *Foundation of maternal newborn and women's health nursing*. St Louis, MO: Saunders.
- Myss, C. (Ed.). (1996). *Anatomy of the spirit: The seven stages of power and healing*. New York: Three Rivers Press.
- Natale, G. W. (2010). Reconnecting to nursing through reiki. *Creative Nursing, 16*, 171-176.
- National institute of health. (2006). *Cesarean delivery on maternal request*. State of the science conference statement. Retrieved from <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.pdf>
- Nield- Anderson, L., & Ameling, A. (2001). Reiki a complementary therapy for nursing practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 39*, 42-49.
- Nijrolder, I., Windt, D. A., Twisk, J. W., & Horst, H. E. (2010). Fatigue in primary care longitudinal associations with pain. *International Association for the Study of Pain, 150*, 351-357.
- Nisenblat, V., Barak, S., Griness, O. B., Degani, S., Ohel, G., & Gonen, R. (2006). Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. *Obstetrics and Gynecology, 108*, 21-26.
- Nolan, A., & Lawrence, C. (2009). A pilot Study of a nursing intervention protocol to minimize maternal infant separation after cesarean birth. *The Association of Woman's Health Obstetric and Neonatal Nurses, 38*, 430-442.
- Olofsson, C. I., Legeby, M. H., Nygard, E. B., & Ostman, K. M. (2000). Diclofenac in the treatment of pain after caesarean delivery an opioid- saving strategy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 88*, 143-146.
- Olson, K., Hanson, J., & Michaud, M. (2003). A phase II trial of reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 26*, 990-997.
- Opoien, H. K., Valbo, A., Grinde-Anderson, A., & Walberg, M. (2007). Post cesarean surgical site infections according to CDC standard: Rates and risk factors. A prospective cohort study. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica, 86*, 1097-1102.
- Orr, S. S. (2011). Breastfeeding. In S. Mattson & J. E. Smith (Eds.), *Core curriculum for maternal-newborn nursing* (4th ed., pp. 315-334). St Louis, MO: Saunders.



- Orun, E., Yalcin, S. S., Madendag, Y., Ustunyurt-Eras, Z., Kutluk, S., & Yurdakok, K. (2010). Factors associated with breastfeeding initiation time in a baby-friendly hospital. *The Turkish Journal of Pediatrics*, *52*, 10-16.
- Oschman, J. L. (1998). What is healing energy?. Part 6: Conclusion: Is energy medicine the medicine of the future?. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, *2*, 46-60.
- Overdyk, F. J., & Harvey, S. C. (1998). Continuous spinal anesthesia for cesarean section in a parturient with severe pre eclampsia. *Journal of Clinical Anesthesia*, *10*, 510-513.
- Paech, M. J., Scott, K. L., Clavisi, O., Chua, S., & McDonnell, N. (2009). A prospective study of awareness and recall associated with general anaesthesia for cesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, *17*, 298-303.
- Palanisamy, A., Mitani, A. A., & Tsen, L. C. (2011). General anesthesia for cesarean delivery at tertiary care hospital from 2000 to 2005: A retrospective analysis and 10- year update. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, *20*, 10-16.
- Pasero, C., & Belden, J. (2006). Evidence-based perianesthesia care: Accelerated postoperative recovery programs. *Journal of Perianesthesia Nursing*, *21*, 168-176.
- Patolia, D. S., Hilliard, R. M., Toy, E. C., & Baker, B. (2001). Early feeding after cesarean: Randomized trial. *Obstetric and Gynecology*, *98*, 113-116.
- Penczak, C. (2005). *Focused energy for healing, ritual & spiritual development*. St Paul, MN: Llewellyn.
- Peter, H., & Pan, M. (2006). Post cesarean delivery pain management multimodal approach. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, *15*, 185-188.
- Petter, F. A. (2001). *Reiki fire* Twin Lakes, WI: Lotus Press.
- Peura, D. A. (2004). Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug associated gastrointestinal symptoms and ulcer complications. *The American Journal of Medicine*, *117*, s63 -s71.
- Pevzner, L., Goffman, D., Freda, M. C., & Dayal, A. K. (2008). Patients' attitudes associated with cesarean delivery on maternal request in an urban population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *198*, e35-e37.

- Pillitteri, A. (Ed.). (2010). *Maternal and child health nursing: Care of the child bearing and childrearing family*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pilotto, A., Sancarlo, D., Addante, F., Scarcelli, C., & Franceschi, M. (2010). Non-steroid anti-inflammatory drug use in the elderly. *Surgical Oncology, 19*, 167-172.
- Pinder, A. (2006). Complication of obstetric anaesthesia. *Current Anaesthesia and Critical Care, 17*, 151-162.
- Pinto, P. R., McIntyre, T., Almeida, A., & Soares, V.A. (2012). The mediating role of pain catastrophizing in the relationship between presurgical anxiety and acute postsurgical pain after hysterectomy. *International Association for The Study of Pain, 153*, 218-226.
- Plodek, J. L. (2011). *The effect of daily USUI RYOHO reiki self treatment on the perceived stress of staff nurses* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3454127).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Pocotte, S. L., & Salvador, D. (2008). Reiki as a rehabilitative nursing intervention for pain management: A case study. *Rehabilitation Nursing, 33*, 21-232.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (Eds.). (2005). *Fundamental of nursing*. St. Louis, MO: Mosby.
- Potter, P. J., & Frisch, N. C. (2009). The Holistic caring process. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic nursing : A handbook for practice* (5 th ed., pp.141-156). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Priya, B. S., & Rajesh, R. (2011). Understanding abnormal energy levels in aura images. *International Journal on Graphics Vision and Image Processing, 252*, 159-170.
- Quinn, J. F. (2009). Transpersonal human caring and healing. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic nursing :A handbook for practice* (5 th ed., pp. 91-98). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Rahman, M. S., Gasem, T., Suleiman, A. S., Jama, A. F., Burshaid, S., & Rahman, J. (2009). Bladder injuries during cesarean section in a university hospital: A 25-year review. *Arch Gynecology Obstetrics, 279*, 349-352.

- Raingruber, B., & Robinson, C. (2007). The effectiveness of tai chi, meditation, and reiki healing sessions in promoting health and enhance problem solving abilities of registered nurses. *Issues in Mental Health Nursing, 28*, 1141-1155.
- Rakestraw, W. (2009). Reiki: The energy doula. *Midwifery Today*. Retrieved from <http://midwiferytoday.com>
- Rao, R., Devalia, H., & Zaidi, A. (2006). Post caesarean incisional hernia or scar endometrioma. *Surgeon, 4*, 55-56.
- Rashid, M., & Jaruidi, H. M. (2000). The use of rectal diclofenac for post-cesarean analgesia. *Saudi Medical Journal, 21*, 145-148.
- Rauch, E. (2011). Intrathecal hydromorphone for cesarean delivery. *American Association of Nurse Anesthetists Journal, 79*, 427-432.
- Rauch, E. (2012). Intrathecal hydromorphone for postoperative analgesia after cesarean delivery: A retrospective study. *American Association of Nurse Anesthetists Journal, 80*, s25-s32.
- Rawlins, J. M., Dialsingh, I., Crawford, T. V., Rawlins, S. G., & McGrowder, D. A. (2013). The rate of pregnancy in Trinidad and Tobago: A comparison between pregnant teenagers and pregnant adults registered at three health center. *International Journal of Medicine and Public Health, 3*, 129-132.
- Recker, D. C., & Perry, P. M. (2011). Postsurgical pain syndromes: Chronic pain after hysterectomy and cesarean section. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management, 15*, 133-139.
- Redshaw, M., & Hockley, C. (2010). Institutional process and individual response women's experience of care in relation to cesarean birth. *Birth, 37*, 150-159.
- Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal, 15*, 831-835.
- Rice, P. L., & Naksook, R. C. (1998). Cesarean or vaginal birth: Perception and experience of Thai women in Australian hospitals. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22*, 604-608.

- Richeson, N. E., Spross, J. A., Lutz, K., & Peng, C. (2010). Effects of reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community- dwelling older adults. *Research in Gerontological Nursing, 3*, 187-200.
- Ringdahl, D. (2010). Reiki. In M. Snyder & R. Lindquist (Eds.), *Complementary and alternative therapies in nursing* (6 th ed., pp. 271- 282). New York: Springer.
- Rob, K. (1995). The science of biofeedback for inneractive aura video biofeedback imaging system. *Aura Video System Education*. Retrieved from <http://www.aura.net/education>
- Robb, W. W. (2006). *The lived experience of registered nurse reiki practitioners: A phenomenologic study using computer mediated communication*. (Unpublished doctoral dissertation). Widener University, United States.
- Roche, S., & Hughes, E. W. (1999). Pain problems associated with pregnancy and their management. *Pain Review, 6*, 239-261.
- Rochelle, M. L., Holt, V. L., Martin, D. P., & Easterling, T. R. (2000). Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *Journal of American Medical Association, 283*, 2411-2416.
- Rokade, P. B. (2011, December). *Release of endomorphin hormone and its effect on our body and moods*. Paper presented at the International Conference on Chemical Biological and Environment Science, Bangkok, Thailand. Abstract retrieved from <http://psrcentre.org/images/extraimages/1211916.pdf>
- Rossouw, J. N., Hall, D., & Harvey, J. (2012). Time between skin incision and delivery during cesarean. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 121*, 82-85.
- Rowe-Murray, H. J., & Fisher, J. R. (2002). Baby friendly hospital practices: Cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth, 29*, 124-131.
- Rowland, M. A. (1990). Myths: And facts: About post op discomfort. *The American Journal of Nursing, 90*, 60-64.
- Rowlands, I. J., & Redshow, M. (2012). Mode of birth and woman's psychological and physical well-being in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*, 1-11.

- Roy, J. D., Girard, M., & Drolet, P. (2004). Intrathecal meperidine decrease shivering during cesarean delivery under spinal anesthesia. *The International Anesthesia Research, 98*, 230-234.
- Roykulcharoen, V., & Good, M. (2004). Issues and innovations in nursing practice: Systemic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing, 48*, 140-148.
- Salim, R., Braverman, M., Berkovic, I., Suliman, A., Teitler, N., & Shalev, E. (2011). Effect of interventions in reducing the rate of infection after cesarean delivery. *American Journal of Infection Control, 39*, e73-e78.
- Sasisto, T., Salmela, A. K., Nurmi, J. E., Kononen, T., & Halmesmaki, E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 98*, 820-826.
- Sasisto, T., & Halmesmaki, E. (2003). Fear of childbirth: Neglected dilemma. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandianavia, 82*, 201-208.
- Saultz, J. W., Toffler, W. L., & Shackles, J. Y. (1991). Postpartum urinary retention. *The Journal of The American Board of Family Medicine, 4*, 341-344.
- Schindl, M., Birner, P., Reingrabner, M., Joura, E. A., Husslein, P., & Langer, M. (2003). Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: A comparative study of birth experience. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandianavia, 82*, 834-840.
- Sen, H., Sizlan, A., Yanarates, O., Kul, M., Kilic, M., Ozkan, S., & Dagli, G. (2009). The effect of musical therapy on postoperative pain after cesarean section. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 8*, 107-112.
- Seow, K. M., Huang, L. W., Lin, Y. H., Lin, M.Y., Tsai, Y. L., & Hwang, J. L. (2004). Cesarean scarpregnancy: Issues in management. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology Journal, 23*, 247-253.
- Setter, S. M., Corbett, C., Gates, B. J., Terriff, C., Johns, C. A., Sclar, D. A., & Popavian, R. (2001). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: The need for assessment and education. *Home Care Provider Journal, 6*, 100-105.

- Shahrani, M. A. (2012). Bladder injury during cesarean section. A case control study for 10 years. *Bahrain Medical Bulletin*, 34, 1-6.
- Shea, T. M., Klebanoff, M. A., & Signore, C. (2010). Delivery after previous cesarean long-term outcomes in the child. *Seminars in Perinatology*, 34, 281-292.
- Shewmaker, D. R. (2004, Spring). Reiki and the path of transformation. *Reiki News Magazine*. Retrieved from <http://www.reikihypnosis.com/images>
- Shore, A. G. (2004). Long- term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10, 42-48.
- Sia, A. T., Fun, W. L., & Tan, T. U. (2010). The ongoing challenges of regional and general anaesthesia in obstetrics. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24, 303-312.
- Siddik, S. M., Aouad, M. T., Jalbout, M. I., Rizk, L. B., Kamar, G. H., & Baraka, A. S. (2001). Diclofenac and/or Propacetamol for postoperative pain management after cesarean delivery in patients receiving patient controlled analgesia morphine. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 26, 310-315.
- Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A.,...Mercer, B. M. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics and Gynecology*, 107, 1226-1232.
- Simkin, P. P., & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, s131-s159.
- Simm, A., & Ramoutar, P. (2005). Caesarean section: Techniques and complication. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 15, 80-86.
- Simm, A., & Mathew, D. (2008). Caesarean section: Techniques and complications. *Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine*, 18, 93-98.
- Skjeldestad, F. E., & Oian, P. (2012). Blood loss after cesarean delivery: A registry-based study in Norway 1999-2008. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206, e1-e7.

- Spear, H. J. (2006). Policies and practices for maternal support options during childbirth and breastfeeding initiation after cesarean in southeastern hospitals. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 634-643.
- Stein, B., & Stein, F. (2003). *The reiki source book*. Winchester: O book.
- Swanson, K. M., & Wojnar, D. (2004). Optimal healing environments in nursing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10, s43-s48.
- Tan, M. (2012). Post cesarean analgesia. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 2, 128-132.
- Thornton, L., & Mariano, C. (2009). Evolving from therapeutic to holistic communication. In B. M. Dossey & L. Keegan (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (5 th ed., pp. 533-545). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Took, S. A, Platt, R., & Tulandi, T. (1999). Adhesion-related small-bowel obstruction after gynecologic operations. *American Journal Obstetric and Gynaecology*, 180, 313-315.
- Tribotti, S., Lyons, N., Blackburn, S., Stein, M., & Withess, J. (1988). Nursing diagnosis for the postpartum woman. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 17, 410-416.
- Tsang, K. L., Carlson, L. E., & Olson, K. (2007). Pilot crossover trial of reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. *Integrative Cancer Therapies*, 6, 25-35.
- Tulandi, T., Agdi, M., Zarei, A., Miner, L., & Sikirica, V. (2009). Adhesion development and morbidity after repeat cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201, e1-e6.
- Urech, C., Fink, N. S., Hoesli, I., Wilhelm, F. H., Bitzer, J., & Alder, J. (2010). Effect of relaxation on psychobiological well being during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 1348-1355.
- Usui, M., & Petter, F.A. (Eds.). (1999). *The original reiki handbook of Dr.Mikao*. Aitrang, Germany: Lotus press.
- Vaart, S.V., Berger, H., Tam, C., Goh, Y. I., Gijssen, V., Wildt, S.,...Koren, G. (2010). The effect of distant reiki on pain in women after elective cesarean section: A double-blinded randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1, 1-9.

- Vincenzo, B., & Suneet, P.C. (2005). Evidence based surgery for cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 1607-1617.
- Vitale, A. T., & Connor, P. C. (2006). The effect of reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies. *Journal of Holistic Nursing Practice*, November/December, 20, 263-272.
- Vitale, A. (2007). An Integrative review of reiki touch therapy research. *Holistic Nursing Practice*, 21, 167-179.
- Vitale, A. (2009). Nurses's lived experience of reiki self-care. *The Journal of Holistic Nursing Practice*, 23, 129-145.
- Walburn, J., Vedhara, K., Hankins, M., Rixon, L., & Weinman, J. (2009). Psychological stress and wound healing in humans. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 253-271.
- Walling, A. (2006). Therapeutic modulation of psychoneuroimmune system by medical acupuncture creates enhanced feeling of well-being. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 135.
- Warber, S. L., Gordon, A., Gillespie, B. W., Olson, M., & Assefi, N. (2003). Standard for conducting clinical biofield energy healing research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9, 54-64.
- Wardell, D. W., & Engebretson, J. (2001). Biological correlates of reiki touch healing. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 439-445.
- Wattanawech, T. (2002). *The influence of selected factors and self care behavior on abdominal distention in patients with abdominal surgery*. (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Bangkok.
- Wee, M. Y., Brown, H., & Reynolds, F. (2008). The national institute of clinical excellent (NICE) guidelines for cesarean section: Implications for the anaesthetist. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 14, 147-158.
- Weerth, C. D., & Buitelaar, J. K. (2005). Physiological stress reactivity in human pregnancy. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 295-312.



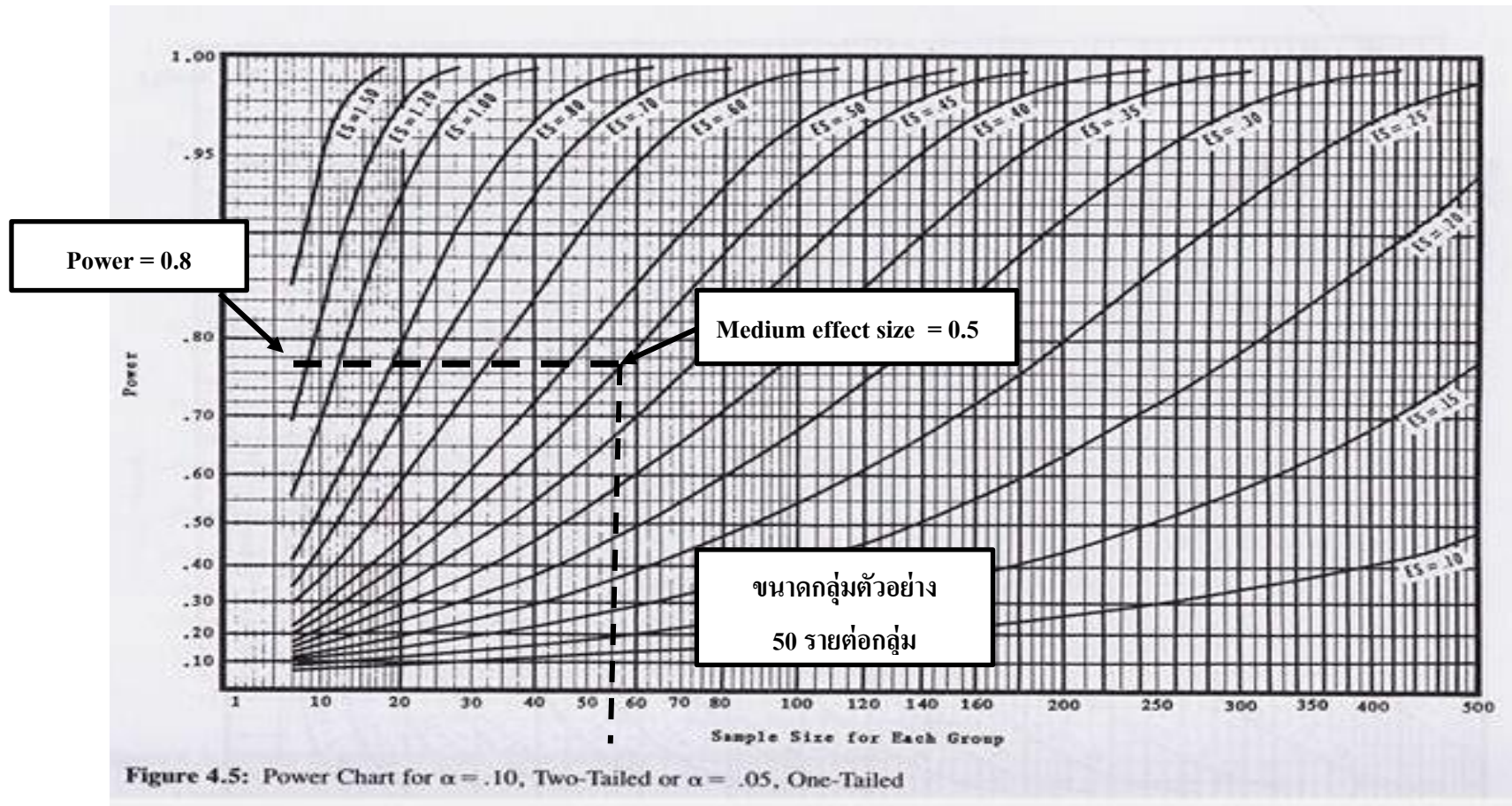
- Weir, S. G. (2004). *Physiological changes and subjective experience of reiki healers* (Master's thesis). Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 0612928888).
- Weiss, M., Fawcett, J., & Aber, C. (2009). Adaption, postpartum concern, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing, 18*, 2938-2948.
- Whelan, K. M., & Wishnia, G. S. (2003). Reiki therapy: The benefits to a nurse/ reiki practioner. *The Journal of Holistic Nursing Practice, 17*, 209-217.
- Wilcox, D., & Dowrick, P. W. (1992). Anger management with adolescents. *Residential Treatment for Children & Youth, 9*, 29-39.
- Williams, C. L., & Davis, C. M. (2005). Using the self to promote health. In C. M. Davis & C. L. Williams (Eds.), *Therapeutic interaction in nursing* (2 nd ed., pp.17-21). London, UK: Jones and Bartlett.
- Williams, P. D. (2008, September). The chakra system and ancient wisdom traditions worldwide. Retrieved from <http://www.patriciadaywilliams.com/chakrasystem.pdf>
- Wilson, C. J., Finch, C. E., & Cohen, H. J. (2002). Cytokines and cognition the case for a head to toe inflammatory paradigm. *The American Geriatrics Society, 50*, 2041-2056.
- Wilson, S. H., Fecho, K., Marshall, J., & Spielman, F. (2010). Factors influencing cesarean delivery operative times: A postoperative observation. *Cohort Study, 19*, 417-421.
- Wilson, D. R. (2012). Birthing traditions in Tibetan culture. *International Journal of Childbirth Education, 27*, 33-38.
- Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: Mutual regulation of physiology and behaviour a selective review. *Development Psychobiology, 47*, 217-229.
- Wirth, D. P. (1996). Would healing and complementary therapies: Review. *Journal of Alternative Medicine, 2*, 493-502.
- Wongsawat, U. (2008). *Effect of holistic comfort care on the physiological and behavioral responses of premature infants undergoing insertion of brainsopharygeal prongs*. (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Thailand.
- Wu, C. L., & Richmand, J. M. (2004). Postoperative pain and quality of recovery. *Current Opinion in Anaesthesiology, 17*, 455-460.

- Wu, S., Kocherginsky, M., & Hibbard, J. U. (2005). Abnormal placentation: Twenty-year analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *192*, 1458-1461.
- Wuitchick, M., Hesson, K., & Bakal, D. A. (1990). Perinatal predictor of pain and distress during labor. *Birth*, *17*, 186-191.
- Yazigi, A., Chalhoub, V., Madi-Jebara, S., Haddad, F., & Hayek, G. (2002). Prophylactic ondansetron is effective in the treatment of nausea and vomiting but not on pruritus after cesarean delivery with intrathecal sufentanil-morphine. *Journal of Clinical Anesthesia*, *14*, 183-186.
- Yentis, S. M., & Rucklidge, M. (2005). Post dural headache in obstetrics: A complication of epidurals and spinal. *Women's Health Medicine*, *2*, 35-37.
- Yeoh, S. B., & Li, S. J. (2013). Anaesthesia for emergency cesarean section. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, *3*, 157-161.
- Yip, S. K., Sahota, D., Pang, M. W., & Chang, L. (2004). Postpartum urinary retention. *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *83*, 881-891.
- Yokoe, D. S., Christiansen, R. J., Sands, K. E., Livingstan, J., Shatatland, E. S., & Platt, R. (2001). Epidemiology of and surveillance of postpartum infections. *Emerging Infectious Disease*, *7*, 837-841.
- Yousefi, H., Abedi, H. A., Yarmohammadian, M. H., & Elliot, D. (2009). Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: A hermeneutic phenomenology study. *Journal of Advanced Nursing*, *65*, 1891-1898.
- Yucel, O., Ozdemir, I., Yucel, N., & Somunkiran, A. (2006). Emergency peripartum hysterectomy: A 9-year review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *274*, 84-87.
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding?. *Birth Issues in Perinatal Care Journal*, *37*, 225-279.
- Ziemssen, T., & Kern, S. (2007). Psychoneuroimmunology cross talk between the immune and nervous system. *Journal of Neurology*, *254*, 8-11.

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**  
**การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

ภาคผนวก ก  
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง



**ภาคผนวก ข**

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

**ภาคผนวก ข**  
**การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ**

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โดยใช้สถิติที่และสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ตาราง ข 1

การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของคะแนนความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องโดยรวมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov

ความสบาย	N	M	SD	One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test	p values
12 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	30	101.06	11.79	0.128	.200
กลุ่มควบคุม	30	93.67	10.85	0.139	.144
24 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	30	108.30	12.30	0.124	.200
กลุ่มควบคุม	30	92.47	14.67	0.098	.200
48 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	30	113.60	15.04	0.156	.060
กลุ่มควบคุม	30	95.33	15.39	0.097	.200
72 ชั่วโมง					
กลุ่มทดลอง	30	113.83	11.76	0.172	.024
กลุ่มควบคุม	30	99.83	15.07	0.115	.200

ตาราง ข1 ผลการแจกแจงของคะแนนความสบายในกลุ่มทดลองจากตารางผลลัพธ์ One – Sample Kolmogorov – Smirnov Test พบว่าค่า นัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .200, .200, .06, และ .024 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมค่า นัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .144, .200, .200, และ .200 ตามลำดับซึ่งทั้งหมดมีค่า  $p > .05$  หมายความว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ตาราง ข 2

จำนวนครั้งของการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลขณะตั้งครุฑเพื่อเตรียมผ้าตัดคลอดทารก  
ทางหน้าท้อง

ระยะเวลาของการฝึก (สัปดาห์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6	16	53.3
7	7	23.3
8	6	20.0
9	1	3.4
$M = 6.733$ ครั้ง ต่อสัปดาห์		
$SD = 0.907$		

ตาราง ข 3

แสดงอายุครุฑที่เข้าร่วมโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลครั้งแรกของกลุ่มทดลอง

อายุครุฑเริ่มเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล (สัปดาห์)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
28	6	20
29	6	20
30	18	60
$M = 29.4$ สัปดาห์		
$SD = 0.81$		



ตาราง ข 4

เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการขอใช้ยาระงับปวดในระยะ 24 ชั่วโมง  
 ภายหลังจากตัดคลอด (N=60)

ชนิดของยาระงับปวด/ จำนวนครั้งของการใช้ ยาระงับปวด	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับยา	5 คน		5 คน	
มอร์ฟิน				
ใช้ยาแก้ปวด 2 ครั้ง	3	10.0	0.0	0.0
ใช้ยาแก้ปวด 3 ครั้ง	3	10.0	1	3.3
ใช้ยาแก้ปวด 4 ครั้ง	0.0	0.0	2	6.7
ใช้ยาแก้ปวด 5 ครั้ง	2	6.7	0.0	0.0
PCA				
ใช้ยาแก้ปวด 2 ครั้ง	1	3.3	0.0	0.0
ใช้ยาแก้ปวด 4 ครั้ง	3	10.0	5	16.7
ใช้ยาแก้ปวด 6 ครั้ง	0.0	0.0	0.0	0.0
ใช้ยาแก้ปวด 8 ครั้ง	3	10.0	3	10.0
ใช้ยาแก้ปวด 10 ครั้ง	1	3.3	0.0	0.0
ใช้ยาแก้ปวด 12 ครั้ง	0.0	0.0	4	3.3
ใช้ยาแก้ปวด 14 ครั้ง	0.0	0.0	0.0	0.0
ใช้ยาแก้ปวด 16 ครั้ง	0.0	0.0	1	3.3

ตาราง ข 5

เปรียบเทียบความถี่ และร้อยละของกลุ่มทดลองในการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองขณะ  
ตั้งครรภ์ในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ (n=30)

ระยะเวลา/ สัปดาห์	ความถี่ของการใช้พลังบำบัดเรกิ/สัปดาห์							M	SD
	1	2	3	4	5	6	7		
1	5	3	12	4	2	3	1	3.26	1.16
2	0.0	1	10	10	3	1	5	4.26	1.48
3	1	3	9	4	5	4	4	4.23	1.71
4	0.0	2	9	7	7	1	4	4.26	1.46
5	2	2	10	8	7	0.0	1	3.66	1.29
6	2	3	12	6	3	3	1	3.6	1.45
7	1	3	5	2	2	1	1	3.53	1.64
8	0.0	1	3	1	2	1	0.0	3.87	1.35
9	0.0	0.0	0.0	0.0	1	0.0	0.0	5.00	0.0

**ภาคผนวก ค**

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

**ภาคผนวก ก**  
**แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

*แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)*

สวัสดิศะ คิฉันชื่อนางสาวฉัตรปภัสร์ เครือแก้ว เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด ทารกทางหน้าท้อง” เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและไม่มีอันตรายใดๆ ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสบายภายหลังผ่าตัด คลอดในครั้งนี้ผู้วิจัยจะสอนและฝึกการใช้พลังบำบัดเรกิร่วมกับท่าน โดยมีผู้ช่วยวิจัยในการถ่ายทอด พลังบำบัดเรกิ โดยฝึกการใช้พลังบำบัดเรกิก่อนผ่าตัดคลอดด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง นาน ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลาอย่างน้อยติดต่อกัน 6-8 สัปดาห์ และร่วมกับผู้วิจัยเป็นเวลา 3 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาทีตามตารางการนัดมาฝากครรภ์ของท่าน ผู้วิจัยจะเข้าเยี่ยมท่านภายหลังคลอดทุกวัน ในช่วงเช้าจนกระทั่งกลับบ้านและมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความสบาย ของท่านภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง

นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตาม ความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล สำหรับ ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างการเก็บ ข้อมูลหากเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โทรศัพท์ 088-7907155 หรือ 083-1534901 อ.ดร.ปรีชา แก้วพิมล อาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำวิจัยครั้งนี้ คิฉันขอขอบคุณมาก ค่ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อหญิง ตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดรายต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วม การวิจัย กรุณาลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือประสงค์จะไม่ลงนามแล้วแต่ความสมัครใจในข้อความ ซึ่งอยู่ข้างล่างนี้

(นางสาวฉัตรปภัสร์ เครือแก้ว)

ผู้วิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

*แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)*

สวัสดิ์คะ ดิฉันชื่อ นางสาวฉัตรปภัสร์ เครือแก้ว เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขา การผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความทุกข์สบายในหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่าตัดคลอด ทารกทางหน้าท้อง” เป็นการวิจัยกึ่งทดลองและไม่มีอันตรายใดๆ เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้ มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความทุกข์สบายภายหลังผ่าตัดคลอดท่านเป็นบุคคลสำคัญที่ได้รับการ คัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเข้าเยี่ยมท่าน 1 วันก่อนผ่าตัดคลอด และภายหลังผ่าตัดคลอดทุกวันในช่วงเข้า จนกระทั่งกลับบ้านและมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความทุกข์สบายของท่าน ภายหลังการผ่าตัดคลอดเมื่อครบ 12, 24, 48, และ 72 ชั่วโมง ตามลำดับภายหลังผ่าตัดคลอด

นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตาม ความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับจากโรงพยาบาล สำหรับ ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ในระหว่างการเก็บ ข้อมูลหากเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โทรศัพท์ 088-7907155 หรือ 083-1534901 อ.ดร.ปรีชา แก้วพิมล อาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำวิจัยครั้งนี้ ดิฉันขอขอบคุณมาก ะที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดรายต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการเข้า ร่วมการวิจัย กรุณาลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือประสงค์จะไม่ลงนามแล้วแต่ความสมัครใจใน ข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้

.....  
(นางสาวฉัตรปภัสร์ เครือแก้ว)

ผู้วิจัย

.....  
(วัน/เดือน/ปี)

.....  
(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....  
(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลำดับที่.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง: ผลของโปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดทารก  
ทางหน้าท้อง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดจำนวน 34 ข้อ

ข้อมูล	ผู้วิจัย
กลุ่ม <input type="radio"/> ควบคุม <input type="radio"/> ทดลอง	
<b>ข้อมูลทางสถิติกรรม</b> 1 อายุครรภ์วันที่ผ่าตัดคลอด.....สัปดาห์.....วัน	
2 จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ <input type="radio"/> ครรภ์ที่ 2 <input type="radio"/> ครรภ์ที่ 3 <input type="radio"/> ตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป	
3. วิธีการคลอดในครรภ์ที่ผ่านมา (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อตามความเป็นจริง) <input type="radio"/> คลอดปกติทางช่องคลอด <input type="radio"/> ผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง <input type="radio"/> เครื่องดูดสุญญากาศ <input type="radio"/> คีมช่วยคลอด	
4. ประวัติการแท้งบุตร <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย	
5. ท่านเคยได้รับการขูดมดลูกหรือไม่ <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย	

ข้อมูล	ผู้วิจัย
<b>ข้อมูลทั่วไป</b> 6. อายุ.....ปี	
7. ระดับการศึกษา <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ไม่ได้รับการศึกษา</li> <li><input type="radio"/> ประถมศึกษา</li> <li><input type="radio"/> มัธยมศึกษา</li> <li><input type="radio"/> อนุปริญญา</li> <li><input type="radio"/> ปริญญาตรี</li> <li><input type="radio"/> สูงกว่าปริญญาตรี</li> </ul>	
8. อาชีพ <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ</li> <li><input type="radio"/> เกษตรกร</li> <li><input type="radio"/> ค้าขาย</li> <li><input type="radio"/> รับจ้าง</li> <li><input type="radio"/> ทำงานบ้าน</li> <li><input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ</li> </ul>	
9. สิทธิการรักษาพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> เบิกต้นสังกัด/จ่ายตรง/ใบส่งตัว</li> <li><input type="radio"/> จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง</li> <li><input type="radio"/> บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า</li> <li><input type="radio"/> บัตรประกันสังคม</li> </ul>	
10. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) .....บาท	
11. ศาสนา <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> พุทธ</li> <li><input type="radio"/> คริสต์</li> <li><input type="radio"/> อิสลาม</li> <li><input type="radio"/> อื่นๆ โปรดระบุ</li> </ul>	



ข้อมูล	ผู้วิจัย
<p><b>ประสบการณ์แพทย์ทางเลือก</b></p> <p>12. ท่านเคยได้ยินเกี่ยวกับพลังบำบัดเรกิมาก่อนหรือไม่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> เคยได้ยิน อย่างไร.....</li> <li><input type="radio"/> ไม่เคยได้ยิน</li> <li><input type="radio"/> เคยฝึก</li> <li><input type="radio"/> ไม่เคยฝึก</li> </ul>	
<p>13. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการใช้สุขภาพทางเลือกในการดูแลตนเองหรือไม่</p> <p>( ) มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> การนวด</li> <li><input type="radio"/> โยคะ</li> <li><input type="radio"/> พลังจักรวาล</li> <li><input type="radio"/> โยเร</li> <li><input type="radio"/> อื่นๆโปรดระบุ.....</li> </ul> <p>( ) ไม่มี</p>	
<p><b>การผ่าตัดและการระงับความรู้สึก</b></p> <p>14. รูปแบบการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> การฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal anesthesia)</li> <li><input type="radio"/> การให้ยาระงับความรู้สึกทั้งตัว (general anesthesia)</li> </ul>	
<p>15. ระยะเวลาของการผ่าตัดคลอด.....ชั่วโมง.....นาที.....</p>	
<p>17. ปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด</p> <p>( ) น้อยกว่า 500 ml      ( ) 500 ml      ( ) มากกว่า 500 ml -1000 ml</p>	

## 18. แบบบันทึกการขอใช้ยาระงับปวดใน 24 ชั่วโมงแรก

		ชนิดของยา/ปริมาณการใช้ยา						วิธีการให้ยา	
ครั้งที่	เวลา	มอร์ฟีน (2 mg)	มอร์ฟีน (3 mg)	เพธาดีน (25 mg)	เพธาดีน (50 mg)	พาราซีว (10 mg)	ออนแตรน เตอรอน (4 mg)	หลอด เลือดดำ	กล้ามเนื้อ

\*\*หมายเหตุ\*\* อื่นๆ ระบุ.....

## 19. Break through pain ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก

		ชนิดของยา/ปริมาณการใช้ยา						วิธีการให้ยา	
ครั้งที่	เวลา	มอร์ฟีน (2 mg)	มอร์ฟีน (3 mg)	เพธาดีน (25 mg)	เพธาดีน (50 mg)	พาราซีว (10 mg)	ออนแตรน เตอรอน (4 mg)	หลอด เลือดดำ	กล้ามเนื้อ

สรุป

มอร์ฟีน.....ครั้ง

พาราซีว.....ครั้ง

เพธาดีน.....ครั้ง

ออนแตรนเตอรอน.....ครั้ง

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด

### เวลาที่ประเมินหลังผ่าตัดคลอด

- ทารกคลอดเวลา.....น
- 12 ชั่วโมง ครบเวลา.....น
- 24 ชั่วโมง ครบเวลา.....น
- 48 ชั่วโมง ครบเวลา.....น
- 72 ชั่วโมง ครบเวลา.....น

**คำชี้แจง:** ข้อความต่อไปนี้เป็นสภาวะการณ์ที่ท่านประสบอยู่และมีผลต่อความสบายของท่านในขณะที่ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย / ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านในขณะที่ตอบแบบสัมภาษณ์นี้ การใช้แบบสัมภาษณ์นี้จะครอบคลุมความสบายในด้านร่างกาย ด้านจิต-จิตวิญญาณ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมลักษณะคำตอบเป็น มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับโดยผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียงข้อเดียวซึ่งแต่ละข้อมีความหมายดังนี้

- 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกระดับมากที่สุดกับประสบการณ์ที่ท่านเผชิญ
- 3 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกระดับมากกับประสบการณ์ที่ท่านเผชิญ
- 2 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกระดับปานกลางกับประสบการณ์ที่ท่านเผชิญ
- 1 คะแนน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกระดับน้อยกับประสบการณ์ที่ท่านเผชิญ
- 0 คะแนน หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเลยกับประสบการณ์ที่ท่านเผชิญ

ตัวอย่างเช่น หากท่านเลือก 4 คะแนนแสดงว่าความรู้สึกสบายของท่านขณะนั้น “มากที่สุด”

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	ไม่เลย 0	น้อย 1	ปานกลาง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
<b>ด้านร่างกาย</b>					
1. ท่านรู้สึกว่าการปวดแผลผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องบรรเทา					
2. ท่านรู้สึกว่าการปวดบริเวณตำแหน่งที่ฉีดยาระงับความรู้สึกได้รับการบรรเทา					
3. ท่านรู้สึกอาการท้องอืด แน่นท้องบรรเทา					
4. ท่านรู้สึกอาการคลื่นไส้ อาเจียนบรรเทา					
5. ท่านได้รับการบรรเทาอาการปวดศีรษะ					

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	ไม่เลย 0	น้อย 1	ปานกลาง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
6. ท่านไม่ได้รับการบรรเทาความรู้สึกหิว/กระหายน้ำ					
7. ขณะนี้ร่างกายของท่านได้รับการผ่อนคลาย					
8. ท่านรู้สึกไม่ได้รับการบรรเทาความเหนื่อยล้า					
9. ท่านรู้สึกแข็งแรงพอที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้					
<b>ด้านจิต-จิตวิญญาณ</b>					
10. ท่านรู้สึกว่าสามารถควบคุมจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับร่างกายของท่านได้ในขณะนี้					
11. ท่านมีแรงบันดาลใจที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูร่างกาย					
12. ท่านกลัวว่าจะมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นตามมาหลังผ่าตัด					
13. ความไม่สบายหลังผ่าตัดตลอดทำให้ท่านรู้สึกไม่อยากเลี้ยงดูบุตร					
14. ท่านรู้สึกสุขสงบขณะพักผ่อนหลังผ่าตัด					
15. ท่านรู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้แสดงบทบาทการเป็นมารดา เช่น การอุ้มทารก การให้ทารกดูดนม					
16. ท่านรู้สึกมีความปลอดภัยภายหลังผ่าตัดตลอด					
17. ท่านสามารถเผชิญกับความปวดภายหลังผ่าตัดตลอด					
18. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้					
19. ท่านสามารถเผชิญกับสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงภายหลังผ่าตัดตลอด					
20. ท่านมีความพร้อมในการทำกิจกรรมเลี้ยงดูบุตร					
21. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง					
<b>ด้านสังคม</b>					
22. ท่านรู้สึกมีที่พึ่งเมื่อต้องการความช่วยเหลือ					
23. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ					

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	ไม่เลย 0	น้อย 1	ปานกลาง 2	มาก 3	มากที่สุด 4
24. ท่านได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัวเป็นอย่างดี					
25. ท่านได้รับการสนับสนุนเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ					
<u>ด้านสิ่งแวดล้อม</u>					
26. ท่านรู้สึกว่าอุณหภูมิในห้องพักเหมาะสมแก่การพักผ่อน					
27. ท่านได้รับความเป็นส่วนตัวในการพักผ่อนหลังผ่าตัดคลอด					
28. เตียงที่นอนอยู่ทำให้ท่านสุขสบาย					
29. บริเวณที่พักมีกลิ่นรบกวน					
30. ท่านสามารถพักผ่อนได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน					
31. ท่านสามารถนอนพักได้ในช่วงเวลากลางวัน					
32. กิจกรรมการพยาบาลรบกวนการพักผ่อนของท่าน					
33. ห้องที่ท่านพักมีความปลอดภัย					
34. ท่านรู้สึกหวาดกลัวขณะพักในสถานที่นี้					

คะแนนรวมระดับความสุขสบายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง.....คะแนน

## เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

ส่วนที่ 2 แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ ประสพการณ์และทัศนคติต่อการใช้พลังบำบัดเรกิ

ส่วนที่ 4 ตัวอย่างสื่อการสอนภาพนิ่ง

ส่วนที่ 5 คู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องประกอบด้วย แบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองที่บ้าน

ส่วนที่ 6 แผ่นพับประชาสัมพันธ์

ส่วนที่ 1 โปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุขสบายในหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง ประกอบด้วย 6 กิจกรรมแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ (1) ระยะตั้งครรภ์ (2) ระยะหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

### ระยะตั้งครรภ์

สำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่คลินิกฝากครรภ์ของสูติแพทย์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีอายุครรภ์ระหว่าง 28-30 สัปดาห์

### กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินภาวะสุขภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องกับพยาบาลและสำรวจประสพการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในครรภ์ก่อน

ระยะเวลา : 10-15 นาที

วิธีการ : การพูดคุยโดยใช้คำถามปลายเปิด

อุปกรณ์ : แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย คู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง สื่อนำเสนอภาพนิ่งของการใช้พลังบำบัดเรกิ

สถานที่ : คลินิกฝากครรภ์

### ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์
2. พูดคุยโดยใช้คำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพแบบองค์รวมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อค้นหาปัญหาความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ผ่านตัดคลอดในครรภ์ก่อน เพื่อชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด ก่อนที่หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรม

ภายหลังหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกหน้าท้องตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยนัดพบหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกหน้าท้องครั้งต่อไปเมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28 สัปดาห์ – 30 สัปดาห์ในการเข้ารับการอบรมการใช้พลังบำบัดเรกิ

### กิจกรรมที่ 2 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกหน้าท้องมีความรู้ ประสบการณ์และทักษะในการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ในการดูแลตนเอง

ระยะเวลา : 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที

วิธีการ : จัดอบรม/บรรยาย

อุปกรณ์/บุคคล : พยาบาลผู้ถ่ายทอดการใช้พลังบำบัดเรกิ (ปรับจักระ) แก้อ้อ คู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกหน้าท้อง

สถานที่ : คลินิกฝากครรภ์ หรือ ห้องออรัลคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. การบรรยายเนื้อหาใช้เวลา 15-20 นาทีเกี่ยวกับ ความหมาย และประวัติความเป็นมาของพลังบำบัดเรกิ วิธีการเรียนรู้และการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลสุขภาพ การปรับพลัง หลักการเยียวยาด้วยพลังบำบัดเรกิ หลักการ 5 ข้อของพลังบำบัดเรกิ ระดับขั้นของการฝึก การวางมือเพื่อดูแลตนเองด้วยพลังบำบัดเรกิ พลังบำบัดเรกิต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด แนะนำการใช้แบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง และจัดเตรียมหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อเตรียมปรับจักระจากพยาบาลผู้ถ่ายทอดการใช้พลังบำบัดเรกิในบริเวณพื้นที่เงียบสงบ

2. หญิงตั้งครรภ์นั่งในท่าที่สบายบนเก้าอี้ เท้าทั้ง 2 ข้างสัมผัสกับพื้น ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้หลังจากนั้นพยาบาลผู้ถ่ายทอดการใช้พลังบำบัดเรกิเริ่มปรับจักระใช้เวลาประมาณ 5 นาทีต่อคน

3. ผู้วิจัยสอนการวางมือไปยังตำแหน่งจักระทั้ง 7 จักระท่าละ 3-5 นาทีของร่างกาย และให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องสาธิตย้อนกลับ

4. ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการปรับจักระ และการใช้พลังบำบัดเรกิในการเยียวยาตนเอง

5. แนะนำการใช้คู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิและแบบบันทึกการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง

6. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องซักถามข้อสงสัยในการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ในการดูแลตนเอง

### กิจกรรมที่ 3 สนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิ

ภายหลังหญิงตั้งครรภ์ได้รับการอบรมการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง หลังจากนั้นสัปดาห์ที่ 3 ถึง สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยมีการติดตามการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสนับสนุนการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

ระยะเวลา : 5 นาที

วิธีการ : โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และการมาพบกันที่คลินิกฝากครรภ์ครั้งต่อไปตามตารางนัดของแพทย์

อุปกรณ์/บุคคล : โทรศัพท์เคลื่อนที่ แผนการให้ความรู้ คู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือที่บ้านและการมาพบกันที่คลินิกฝากครรภ์

สถานที่ : บ้านของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง  
ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยสอบถามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ในการดูแลตนเอง
2. การซักถาม โน้มน้าวถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นแก่ทารกในครรภ์เมื่อหญิงตั้งครรภ์นำพลังบำบัดเรกิไปใช้ โดยให้หญิงตั้งครรภ์สะท้อนคิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง และทารกในครรภ์ และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นมาเป็นตัวกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ใช้พลังบำบัดเรกิอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดซักถามข้อสงสัยที่เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติด้วยตนเอง



4. ผู้วิจัยนัดแนะการมาพบกันครั้งต่อไปที่คลินิกฝากครรภ์ตามตารางการนัดของแพทย์ และการร่วมกันฝึกใช้พลังบำบัดเรกิริร่วมกับผู้วิจัยในการพบกันครั้งต่อไป

5. การเน้นย้ำให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่าลืมฝึกการวางมือเพื่อใช้พลังบำบัดเรกิริบริเวณท้องน้อยต่ำกว่าสะดือ (ท่าที่ 6) เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด ภายหลังผ่าตัดคลอด เพื่อลดอาการท้องอืด การวางมือบริเวณศีรษะหรือกระหม่อม (ท่าที่ 1 และ 2) เพื่อลดความวิตกกังวลพักผ่อนนอนหลับได้อย่างเพียงพอ บรรเทาอาการปวดศีรษะ ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียนภายหลังผ่าตัดคลอด โดยให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติจนเป็นความเคยชินและนำไปใช้ได้จริงภายหลังผ่าตัดคลอด

#### กิจกรรมที่ 4 การเสริมพลังการใช้พลังบำบัดเรกิริ

หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและผู้วิจัยมาพบกันตามตารางการนัดฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 30-32 สัปดาห์ และ อายุครรภ์ 37 สัปดาห์

วัตถุประสงค์ : เพื่อเสริมพลังการใช้พลังบำบัดเรกิริอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลา : 15- 30 นาที

วิธีการ : พูดคุย/อภิปราย

อุปกรณ์/บุคคล : คู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิริในการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง/ผู้วิจัย

สถานที่ : คลินิกฝากครรภ์

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยพูดคุยให้กำลังใจ สนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ กล่าวชมเชยถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นที่เกิดจากการใช้พลังบำบัดเรกิริ

2. นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยบุคคลที่มาฝากครรภ์เป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอด ชักถามถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นภายหลังจากการใช้พลังบำบัดเรกิริในการดูแลตนเองรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยนำคำพูดของบุคคลในครอบครัวมาเสริมพลังในการใช้พลังบำบัดเรกิริอย่างต่อเนื่อง

3. การปฏิบัติใช้พลังบำบัดเรกิริร่วมกันของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดกับผู้วิจัยหรือหญิงตั้งครรภ์รายอื่นที่เข้าร่วม โปรแกรมทำให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างกัน

4. ค้นหาปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการใช้พลังบำบัดเรกิริในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข

5. การเน้นย้ำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องวางมือเพื่อใช้พลังบำบัดบริเวณท้องน้อยต่ำกว่าสะดือ (ท่าที่ 6) เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดภายหลังผ่าตัดคลอด และลดอาการท้องอืด การวางมือบริเวณศีรษะหรือกระหม่อม (ท่าที่ 1 และ 2) เพื่อลดความวิตกกังวลพักผ่อนนอนหลับได้อย่างเพียงพอ บรรเทาอาการปวดศีรษะ ลดอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังผ่าตัดคลอด โดยให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติจนเป็นความเคยชินและนำไปใช้ได้จริงภายหลังผ่าตัดคลอด

6. กล่าวชมเชยที่หญิงตั้งครรภ์ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ

### กิจกรรมที่ 5 ประเมินความพร้อมในการใช้พลังบำบัดเรกิ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินความพร้อมในการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดคลอด

ระยะเวลา : 15-20 นาที

วิธีการ : อภิปราย/ซักถาม

อุปกรณ์/บุคคล : คู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการใช้พลังบำบัดเรกิ ภายหลังการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง

สถานที่ : คลินิกฝากครรภ์

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องจากแบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองที่มีแบบบันทึกอยู่ภายในคู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง

2. ผู้วิจัยซักถาม โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการใช้พลังบำบัดเรกิภายหลังการใช้พลังบำบัดเรกิ และให้ความรู้เพิ่มเติมในข้อที่หญิงตั้งครรภ์เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องตอบได้ไม่ถูกต้อง

3. พุดคุยซักถามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังจากฝึกใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์

### ระยะหลังผ่าตัดคลอด

กิจกรรมที่ 6 การนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดคลอด

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่าตัดคลอด

ระยะเวลา : ในช่วงเช้า 8.00-9.00 น เป็นเวลา 5-10 นาที

วิธีการ : พูดคุย

อุปกรณ์/บุคคล : ผู้วิจัย/มารดาหลังผ่าตัดคลอด

สถานที่ : หอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยซักถามความรู้สึกทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจที่เกิดขึ้นภายหลังใช้พลังบำบัดเรกิหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง โดยถามเชิงเปรียบเทียบกับความสบายเมื่อผ่าตัดคลอดในครรภ์ที่ผ่านมาที่ไม่ได้ใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์

2. ชี้ให้เห็นข้อดีของการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง และปัจจัยที่ทำให้ปฏิบัติได้ต่อเนื่องภายหลังผ่าตัดคลอดและส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ในการปฏิบัติการใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์ด้วยตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องนั้นใช้เวลาประมาณ 6-8 สัปดาห์ โดยการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้วิจัยคอยสนับสนุน ช่วยเหลือเมื่อหญิงตั้งครรภ์มีคำถามหรือข้อสงสัย พร้อมทั้งให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถเกิดทักษะในการดูแลสุขภาพและพึ่งพาตนเองได้โดยได้ มีการติดตามจากแบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ และเน้นย้ำการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องเกิดทัศนคติที่ดีต่อการมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสม และมีการสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องจากพยาบาล

ส่วนที่ 2 แนวทางการประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

ในการดำเนินกิจกรรมมีการประเมินก่อนการสอน หลังการสอน ระหว่างการปฏิบัติพลังบำบัดเรกิด้วยตนเองช่วงระยะเวลา 6-8 สัปดาห์  
จนกระทั่งก่อน และหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการประเมิน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม	
				ผู้วิจัย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียมผ่าตัด คลอด
การประเมิน ภาวะสุขภาพ ของหญิง ตั้งครรภ์ที่มี ประสบการณ์ ผ่าตัดคลอด ทารกทาง หน้าท้อง	- เพื่อสำรวจ ประสบการณ์ ที่ทำให้เกิด ความไม่สุข สบายจากการ ผ่าตัดคลอด ทารกทาง หน้าท้อง	- ให้ท่านระลึกถึงประสบการณ์การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องในครรภ์ก่อน - ตอบคำถามว่าท่านรู้สึกอย่างไร หรือ ท่านประสบกับอาการเหล่านี้หรือไม่ <u>ด้านร่างกาย</u> - ท่านปวดแผลผ่าตัดหรือไม่/อย่างไร - ท่านรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่/อย่างไร - ท่านรู้สึกไม่สุขสบายภายในร่างกายหรือไม่/อย่างไร <u>ด้านจิต-จิตวิญญาณ</u> - การผ่าตัดคลอดครั้งที่ผ่านมาท่านรู้สึกเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ - ท่านรู้สึกว่า การผ่าตัดคลอดที่ผ่านมามีชีวิตท่านมีความหมาย การผ่าตัดคลอดครั้งที่ ผ่านมามีท่านรู้สึกหงุดหงิดภายหลังผ่าตัดคลอดขณะพักรักษาตัว	- 5-10 นาที - อภิปราย/ ซักถาม - แผ่นพับการใช้ พลังบำบัดเรกิ เพื่อเชิญชวนเข้า โปรแกรม	- กล่าวทักทาย ซักถาม ประสบการณ์ การผ่าตัด คลอดใน ครรภ์ก่อน	- ตอบคำถาม แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการประเมิน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม	
				ผู้วิจัย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียมผ่าตัด คลอด
		<p><u>ด้านสังคม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ท่านมีคนที่รัก ห่วงใยและเข้าใจท่าน</li> <li>- ท่านสามารถเลี้ยงดูลูกและทำหน้าที่ของแม่ได้ภายหลังผ่าตัดคลอด</li> <li>- แพทย์และพยาบาลใส่ใจต่อท่านภายหลังผ่าตัดคลอด</li> </ul> <p><u>ด้านสิ่งแวดล้อม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ห้องพักที่โรงพยาบาลไม่รบกวนการนอนหลับและพักผ่อน</li> <li>- ท่านพึงพอใจกับสภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอด สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทำให้ท่านรู้สึกหดหู</li> <li>- จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดท่านคิดว่าท่านมีความไม่สบายเกิดขึ้นหรือไม่ สำหรับภายหลังการผ่าตัดคลอดครั้งนี้หากมีแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดท่านคิดว่าท่านต้องการการดูแลหรือไม่พร้อมเสนอการใช้พลังบำบัดเรกิเตรียมตนเองขณะตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องประกอบสื่อภาพนิ่ง</li> </ul>			

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการประเมิน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม	
				ผู้วิจัย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียมผ่าตัด คลอด
การจัด ประสบการณ์ การเรียนรู้	เพื่อให้หญิง ตั้งครรภ์ที่ เตรียมผ่าตัด คลอดทารก ทางหน้าท้อง มีความรู้ มี ประสบการณ์ และทักษะใน การนำพลัง บำบัดเรกิไป ใช้ในการ ดูแลตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประวัติความเป็นมาและความหมายของพลังบำบัดเรกิ</li> <li>- หลักการทำงานของพลังบำบัดเรกิ</li> <li>- วิธีการเรียนรู้และการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลสุขภาพ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การปรับพลัง</li> <li>- หลักการ 5 ข้อของผู้ปฏิบัติพลังบำบัดเรกิ</li> <li>- ระดับขั้นของการฝึกพลังบำบัดเรกิ</li> <li>- การวางมือในท่าต่างๆ เพื่อเยียวยาด้วยพลังบำบัดเรกิจำนวน 7 ท่า</li> </ul> </li> <li>- ประโยชน์ของพลังบำบัดเรกิต่อภาวะสุขภาพ</li> <li>- พลังบำบัดเรกิต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ต่อกลุ่ม</li> <li>- เล่าบรรยาย ประกอบภาพ</li> <li>- ปรับสนามพลังแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอด</li> <li>- คู่มือการใช้พลังบำบัดเรกิในการส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สาธิตการใช้พลังบำบัดเรกิ</li> <li>- แนะนำขั้นตอนการลงบันทึกในแบบบันทึกในการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รับการปรับสนามพลัง (ปรับจักระ)</li> <li>- พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการใช้พลังบำบัดเรกิ</li> <li>- สาธิตย้อนกลับในการวางมือเพื่อเยียวยาตนเองด้วยพลังบำบัดเรกิ</li> </ul>

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการประเมิน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม	
				ผู้วิจัย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียมผ่าตัด คลอด
			วางแผนผ่าตัด คลอดทารกทาง หน้าท้อง		- ตั้งเป้าหมาย ร่วมกับผู้วิจัย ในการใช้พลัง บำบัดเรกิใน การดูแลตนเอง ต่อเนื่องเป็น เวลา 6-8 สัปดาห์
สนับสนุน การใช้พลัง บำบัดเรกิ	เพื่อ สนับสนุน การใช้พลัง บำบัดเรกิใน การดูแล ตนเองอย่าง	- สวัสดิ์คะดิฉันชื่อ..... - ดิฉันโทรมาสอบถามคุณ.....ว่าหลังจากใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองแล้วมี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างไรบ้าง..... - คุณสามารถปฏิบัติพลังบำบัดเรกิตามเป้าหมายคือ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์หรือไม่คะ/และที่ ผ่านมามีคุณสามารถปฏิบัติได้นานครั้งละเท่าไรคะ.....หากไม่สามารถปฏิบัติได้ให้จด บันทึกไว้	- 5 นาที - โทรศัพท์ เคลื่อนที่ - แผนการให้ ความรู้ - คู่มือการใช้	พูดคุยกระตุ้น ให้สะท้อน ข้อมูลของ ภาวะสุขภาพ และความรู้สึก ที่เกิดขึ้น	- พุดคุย สะท้อนคิด แลกเปลี่ยน ภาวะสุขภาพ ของคนที่ เกิดขึ้น

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการประเมิน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม	
				ผู้วิจัย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียมผ่าตัด คลอด
	ต่อเนื่องใน หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียม ผ่าตัดคลอด ทารกทาง หน้าท้อง	- คุณคิดว่าพลังบำบัดเรกิส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นต่อภาวะสุขภาพของคุณ หรือไม่คะ	พลังบำบัดเรกิ ในการดูแล ตนเองสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ที่ เตรียมผ่าตัด คลอดทารกทาง หน้าท้อง	ภายหลังใช้ พลังบำบัดเรกิ	
การเสริมพลัง การใช้พลัง บำบัดเรกิ	เพื่อเสริมพลัง การใช้พลัง บำบัดเรกิ อย่างต่อเนื่อง	- กล่าวทักทายเมื่อพบหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่เข้าร่วม โปรแกรมมารับการฝากครรภ์ตามนัด - ใช้คำพูดที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอารมณ์ไปในทางบวกเช่น - ภายหลังการใช้พลังบำบัดเรกิเป็นอย่างไรบ้างคะ....พอบอกให้ทราบได้ไม่คะ” - “วันนี้คุณรู้สึกมีความสุขไม่คะ.....” - ชักถามบุคคลที่มาเป็นเพื่อนหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องว่า - “คุณคิดว่าขณะตั้งครรภ์ภายหลังใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเองที่บ้านแล้วมีการ	- 15-30 นาที - พุดคุย/ชักถาม - คู่มือการใช้ พลังบำบัดเรกิ ในการดูแล ตนเองสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ที่	- ชักถามการ ปฏิบัติการใช้ พลังบำบัดเรกิ ด้วยตนเองที่ บ้านของหญิง ตั้งครรภ์ - กล่าวชื่นชม	- พุดคุย สะท้อนคิด ภายหลังใช้ พลังบำบัดเรกิ ด้วยตนเองที่ บ้าน - ปฏิบัติพลัง



หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการประเมิน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม	
				ผู้วิจัย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียมผ่าตัด คลอด
		<p>เปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างไรบ้างคะ”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้วิจัยร่วมฝึกให้หญิงตั้งครรภ์ใช้พลังบำบัดเรกิโดยวางมือเพื่อใช้พลังบำบัดเรกิบริเวณที่หญิงตั้งครรภ์รู้สึกสุขสบายขณะนั่งรอตรวจ</li> <li>- ชื่นชมให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองจากการประเมินจากแบบบันทึกและการใช้ขณะรอตรวจ</li> </ul>	เตรียมผ่าตัด คลอดทารกทาง หน้าท้อง	ให้กำลังใจ หญิงตั้งครรภ์ - ปฏิบัติพลัง บำบัดเรกิ ร่วมกับหญิง ตั้งครรภ์ขณะ รอตรวจ	บำบัดเรกิ ร่วมกับผู้วิจัย ขณะรอตรวจ
เตรียมความพร้อม	เพื่อประเมิน การ เปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นจาก ผลของการ ใช้พลัง บำบัดเรกิใน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะซักถามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการฝึกปฏิบัติพลังบำบัดเรกิด้วยตนเองเมื่อเวลาผ่านไป 8 สัปดาห์ตามประสบการณ์จริงของหญิงตั้งครรภ์</li> <li>- ประเมินจากแบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเองที่บ้าน โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดต้องทำติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ นานครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ร่วมกับการใช้แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ ต่อการใช้พลังบำบัดเรกิ หากตอบผิดข้อใดข้อหนึ่งผู้วิจัยจะถามย้อนกลับหรือให้ความชัดเจนในข้อนั้นๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้</li> </ul>	- 15-20 นาที - คู่มือการใช้ พลังบำบัดเรกิ ในการดูแล ตนเองสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ที่ เตรียมผ่าตัด	- ซักถามและ เปิดโอกาสให้ ซักถามข้อ สงสัยจนเกิด ความเข้าใจที่ ชัดเจน	- ตอบคำถาม/ พูดคุย แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ - และ สอบถามข้อ สงสัย

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการประเมิน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม	
				ผู้วิจัย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียมผ่าตัด คลอด
	การดูแล ตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินความรู้ (knowledge) เรื่องหลักการของพลังบำบัดเรกิ 5 ข้อ ประโยชน์ของการวางมือในแต่ละท่าจำนวน 7 ท่า</li> <li>- ทักษะ (attitude) ความรู้สึกรู้สีก่อนการนำพลังบำบัดเรกิมาใช้ก่อนและหลังในช่วงระยะเวลา 6-8 สัปดาห์</li> <li>- ประสบการณ์การนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ (practice) ลักษณะการวางมือ ตำแหน่งการวางมือที่ถูกต้อง</li> </ul>	<p>คลอดทารกทางหน้าท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ</li> </ul> <p>ภายหลังการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง</p>		
การนำพลังบำบัดเรกิไปใช้ดูแลตนเอง ภายหลังผ่าตัดคลอด	เพื่อส่งเสริมและการกระตุ้นการนำพลังบำบัดเรกิไปใช้อย่างต่อเนื่อง	<p>การเข้าเยี่ยมชมมารดาหลังผ่าตัดคลอด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภายหลังที่ท่านได้นำพลังบำบัดเรกิมาใช้หลังผ่าตัดคลอดท่านรู้สึกอย่างไรบ้างคะ</li> <li>- ท่านมีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้นบ้างเมื่อนำพลังบำบัดเรกิมาใช้ภายหลังผ่าตัดคลอด</li> <li>- ท่านคิดว่า การวางมือในการใช้พลังบำบัดเรกิทำไหนดที่ทำให้ท่านรู้สึกสุขสบายมากที่สุด</li> <li>- โดยภาพรวมท่านสุขสบายดีไหมคะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ในช่วงเช้าของทุกวันภายหลังผ่าตัดคลอดเวลา 8.00 - 9.00 น เป็นเวลา 5-10 นาที จนกระทั่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เข้าเยี่ยม</li> <li>- พูดคุยและให้กำลังใจโดยนำประสบการณ์ด้านบวกที่เกิดขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแล</li> </ul>

หัวข้อ	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	สื่อการประเมิน/ วิธีการ/ ระยะเวลา	กิจกรรม	
				ผู้วิจัย	หญิงตั้งครรภ์ ที่เตรียมผ่าตัด คลอด
	ภายหลัง ผ่าตัดคลอด		มารดาหลังผ่าตัด คลอดกลับบ้าน	เกิดขึ้นกับ มารดาหลัง ผ่าตัดคลอดมา เป็นแรง สนับสนุนให้ ใช้พลัง บำบัดเรกิ อย่างต่อเนื่อง	ตนเอง ภายหลังผ่าตัด คลอด

รหัสแบบสอบถาม.....

วัน/เดือน/ปี.....

## คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

### 1. ด้านร่างกาย

- 1.1 ท่านปวดแผลผ่าตัดหรือไม่อย่างไร.....
- 1.2 ท่านรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่อย่างไร.....
- 1.3 ท่านรู้สึกไม่สบายภายในร่างกายหรือไม่อย่างไร.....

### 2. ด้านจิต-จิตวิญญาณ

- 2.1 การผ่าตัดคลอดครั้งที่ผ่านมาท่านรู้สึกเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ท่านรู้สึก  
ไม่สบายใจ.....
- 2.2 ท่านรู้สึกว่าการผ่าตัดคลอดที่ผ่านมาทำให้ชีวิตทำความเข้าใจ.....
- 2.3 การผ่าตัดคลอดครั้งที่ผ่านมาท่านรู้สึกหงุดหงิดภายหลังผ่าตัดคลอดขณะพักรักษาตัว.....

### 3. ด้านสังคม

- 3.1 ท่านมีคนที่รัก ห่วงใยและเข้าใจท่าน.....
- 3.2 ท่านสามารถเลี้ยงดูลูกและทำหน้าที่ของแม่ได้ภายหลังผ่าตัดคลอด.....
- 3.3 แพทย์และพยาบาลใส่ใจต่อท่านภายหลังผ่าตัดคลอด.....

### 4. ด้านสิ่งแวดล้อม

- 4.1 ห้องพักที่โรงพยาบาลไม่รบกวนการนอนหลับและพักผ่อน.....
- 4.2 ท่านพึงพอใจกับสภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดคลอด.....
- 4.3 สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลทำให้ท่านรู้สึกหงุดหงิด.....
- 4.4 จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดคลอดท่านคิดว่าท่านมีความไม่สบายเกิดขึ้นหรือไม่ และสำหรับภายหลังการผ่าตัดคลอดครั้งนี้หากมีแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมความสบายภายหลังผ่าตัดคลอดท่านคิดว่าท่านต้องการการดูแลหรือไม่.....

รหัสแบบสอบถาม.....

วัน/เดือน/ปี.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติ และการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสุข  
สบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

พลังบำบัดเรกิ / กิจกรรม	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
<p><b>1. หลักการ 5 ข้อ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. วันนี้จะไม่โกรธ</li> <li>2. วันนี้จะไม่กังวล ไม่ลังเล</li> <li>3. วันนี้จะเคารพต่อคุณบิดามารดา ครูบาอาจารย์และผู้ใหญ่</li> <li>4. วันนี้จะดำรงชีวิตและทำงานด้วยความซื่อสัตย์</li> <li>5. วันนี้จะมีจิตใจที่มีเมตตาต่อตัวเองและผู้อื่น</li> </ol>		
<p><b>ตำแหน่งการวางมือเพื่อเยียวยาตนเอง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ทำที่ 1. การวางมือบริเวณศีรษะหรือกระหม่อม</li> <li>ทำที่ 2. การวางมือบริเวณหน้าผากและใบหน้า</li> <li>ทำที่ 3. การวางมือบริเวณตำแหน่งคอ</li> <li>ทำที่ 4. การวางมือบริเวณตำแหน่งหน้าอกและหัวใจ</li> <li>ทำที่ 5. การวางมือบริเวณท้องและล้นปี</li> <li>ทำที่ 6. การวางมือบริเวณท้องน้อยต่ำกว่าตำแหน่งสะดือ</li> <li>ทำที่ 7. การวางมือบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง</li> </ol>		
<p><b>บอกประโยชน์ของการใช้พลังบำบัดเรกิ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลดอาการวิตกกังวล</li> <li>2. นอนหลับสนิท</li> <li>3. มองโลกในแง่ดี</li> <li>4. ทารกในครรภ์มีการตอบสนองดี</li> <li>5. บรรเทาอาการปวดหลัง/ปวดเอว</li> <li>6. อื่นๆ ระบุ.....</li> </ol>		

ส่วนที่ 3 (ต่อ) แบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสุข  
สบายภายหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ตามความรู้สึกที่เป็นจริงของท่าน

1. ท่านรู้สึกได้ว่าการใช้พลังบำบัดเรกิส่งผลต่อความรู้สึกของท่านในทางบวกและมีความ  
ผาสุกเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

- ใช่ (ให้ไปตอบข้อ 1.1)
- ไม่ใช่
- ไม่สามารถบอกได้

1.1 ประสบการณ์ความรู้สึกในทางบวกและความผาสุกของท่านมีดังนี้  
(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- มองโลกในแง่บวก
- ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้มากขึ้น
- รู้สึกมีความมั่นคงมั่นใจในชีวิต
- รู้สึกสงบ
- มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างดีขึ้น
- อื่นๆ ได้แก่.....

2. คุณเชื่อและสัมผัสได้ถึงการมีอยู่จริงของพลังบำบัดเรกิจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

- ใช่ (โปรดอธิบายสั้นๆ ในช่องว่างข้อที่ 3)
- ไม่ใช่
- ไม่สามารถบอกได้

3. ถ้าท่านตอบว่าใช่ในคำถามข้อที่ 2 โปรดอธิบายสั้นๆ ว่าทำไมท่านถึงคิดเช่นนั้น

## ส่วนที่ 4 ตัวอย่างสื่อการสอนภาพนิ่ง เรื่อง โปรแกรมพลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล



### แนวคิดของพลังบำบัดเรกิ



1. พลังบำบัดเรกิไม่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้หรือฝึกฝนไม่มีข้อแตกต่างในเรื่องศาสนาเพศ อายุ และ ระดับการศึกษา สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิตหลังจากผู้ฝึกปฏิบัติได้รับการปรับพลัง

2. ไม่ใช่ศาสนาหรือลัทธิที่จะมาเปลี่ยนแปลงความเชื่อ การเคารพสิ่งศักดิ์ที่มีอยู่เดิมภายในบุคคล

3. ไม่ใช่การสะกดจิต หรือการมีอำนาจอื่นใดมาควบคุมจิตใจเพื่อให้เกิดการเอนเอียงไปในทางที่ไม่ดี

1

### ความสัมพันธ์ของตำแหน่งจักระกับความสมดุลของร่างกายและจิตใจ

**Seven Major Chakras and Major Endocrine Glands**

ตำแหน่งจักระ		ความสัมพันธ์กับอวัยวะ
7		ระบบอิมมูโน ระบบกระดูกส่วนกลาง สิวหนัง
6		ระบบประสาท คาซุ ฉมูก ต่อมไพเนียล ต่อมทิวอิทาธี
5		ทอลอดอม ทอลอดอาหาร ต่อมพาราไทรอยด์ ต่อมไฮโปทาลามัส
4		ระบบไหลเวียนเลือด เส้นผม ต่อมไทมัส
3		กระเพาะอาหาร ฮอร์โมนส่วนบนตับ/ถุงน้ำดี ตับอ่อน ม้าม ต่อมทอมวกไต
2		กระดูกลั้นทรวงอ่าวอึ้งรังกราน กระเพาะปัสสาวะอวัยวะสืบพันธุ์
1		ระบบโครงร่างของร่างกาย กระดูกลั้นหลัง/ ระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งฮอร์โมน

(McNeil, 1999)

2

ที่มาของภาพ <http://projectavalon.net/forum4/showthread.php?66147-Aura-Imaging-Bio-Feedback-See-What-The-Chakras-Look-Like>



### พลังบำบัดเรกิตต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด

ด้านร่างกาย	
<p><b>พลังบำบัดเรกิต</b></p> 	<p><b>ประโยชน์</b></p> <p>เพิ่มการผ่อนคลาย และการพักผ่อนนอนหลับในระดับลึก</p>
	<p>เพิ่มการนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย อย่างมีประสิทธิภาพ</p>

3



### พลังบำบัดเรกิตต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด

ด้านร่างกาย	
<p><b>พลังบำบัดเรกิต</b></p> 	<p><b>ประโยชน์</b></p> <p>เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ภายหลังผ่าตัด ป้องกันท้องผูก ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ</p>
	<p>ป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด</p>

4





## พลังบำบัดเรกิตต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด

### ด้านจิตใจ-จิตวิญญาณ

พลังบำบัดเรกิต	ประโยชน์
	<p>ลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดเช่น การหมกหมุ่นอยู่กับอาการปวดแผลผ่าตัด</p>
	<p>ความมั่นใจมั่นใจใจในการเลี้ยงดูทารก มีความหนักแน่นต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์</p>

5



## พลังบำบัดเรกิตต่อความสุขสบายภายหลังผ่าตัดคลอด

### ด้านสังคม

พลังบำบัดเรกิต	ประโยชน์
	<p>การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การคงไว้ซึ่งความมั่นใจและสัมพันธภาพที่ดีต่อการรับบทบาทมารดา ภรรยาและบทบาทอื่นในสังคม ความไว้วางใจต่อบุคคลรอบข้าง</p>

6



## พลังบำบัดเรกิต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด

### ด้านสิ่งแวดล้อม

พลังบำบัดเรกิ		ประโยชน์
		การผ่อนคลายจากการถูกรบกวนกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นชิน สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้านความเป็นอยู่โดยไม่กระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจ
		การควบคุมอุณหภูมิในร่างกายในการทำงานของต่อมไทรอยด์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปของสิ่งแวดล้อม

7



## แบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง



สัปดาห์ที่ 1																		
วัน	วันที่ถึงบปี	เริ่มฝึกเวลา	สิ้นสุดการฝึกเวลา	ตำแหน่งบริเวณที่มือวางมือ						อาการข้างเคียง								
				ศีรษะ	ใบหน้า	คอ	หัวใจ	ท้อง	ท้องน้อย	ขาหนีบ	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจ					
											มี	ไม่มี	มี	ไม่มี				
จันทร์																		
อังคาร																		
พุธ																		
พฤหัสบดี																		
ศุกร์																		
เสาร์																		
อาทิตย์																		
จันทร์																		

**\*\*หมายเหตุ\*\*** อาการข้างเคียงได้แก่ ท้องเสีย ไข้ต่ำๆ คันแดงขึ้นตามร่างกาย หรือ รู้สึกอ่อนแอลงใจอย่างไม่มีสาเหตุ

8



## แบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง



อัปเดตที่ 2-อัปเดตที่ 6, 8																			
วัน	วันที่/ เดือน/ ปี	เริ่ม ฝึก เวลา	สิ้นสุด การฝึก เวลา	ตำแหน่งบริเวณที่เลือกวางมือ							พออิทธิ								
				ศีรษะ	ใบหน้า	คอ	หัวใจ	ท้อง	หลังบน	ขกบน	ด้านร่างกาย			ด้านจิตใจ					
											ดีขึ้น	คงเดิม	แย่ลง	ดีขึ้น	คงเดิม	แย่ลง			
จันทร์																			
อังคาร																			
พุธ																			
พฤหัสบดี																			
ศุกร์																			
เสาร์																			
อาทิตย์																			

## ส่วนที่ 5

### คู่มือการดูแลตนเองโดยใช้พลังบำบัดเรกิเพื่อส่งเสริมความสุขสบายแก่ หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

จัดทำโดย

นางสาวจันทร์ปภัตร์ เครือแก้ว

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์ที่ปรึกษา อ.ดร. ปรียา แก้วพิมล และรศ.ดร. ศศิธร พุมดวง

รายละเอียดคุณแม่

ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

ที่อยู่.....โทร.....

## คำนำ

การตั้งครรภ์นำมาซึ่งความสุขของสตรีผู้ที่กำลังได้รับบทบาท  
การเป็นมารดา แต่ความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์ก็ย่อมนำมาซึ่งความทุกข์  
ทรมานได้ เช่น อาการปวดหลัง นอนไม่หลับ วิตกกังวลต่อภาวะสุขภาพของตน  
และทารก โดยเฉพาะมารดาที่มีประวัติผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องที่มี  
ประสบการณ์ความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดคลอด นอนพักหลับไม่เพียงพอ ความ  
ยากลำบากในการเลี้ยงทารก ดังนั้นการฝึกใช้พลังบำบัดเรกิขณะตั้งครรภ์จะช่วย  
ปรับสมดุลของกายและจิตใจเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดคลอดและ  
ช่วยให้สามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่อาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ  
ภายหลังผ่าตัดคลอดได้

จันทร์ปภัตร์ เครือแก้ว

ผู้จัดทำ

14 ธันวาคม 2556

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ความหมายและประวัติความเป็นมาของพลังบำบัดเรกิ	1
2. วิธีการเรียนรู้และการใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลสุขภาพ	
การวางมือเพื่อดูแลตนเองด้วยพลังบำบัดเรกิ	2
หลักการเยียวยาด้วยพลังบำบัดเรกิ	2
หลักการ 5 ข้อ	3
ระดับขั้นของการฝึก	3
การปรับพลัง	13
3. พลังบำบัดเรกิต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด	
ด้านสิ่งแวดล้อม	21
ด้านจิต-จิตวิญญาณ	22
ด้านสังคม	23
ด้านร่างกาย	23
4. บรรณานุกรม	24
5. แบบบันทึกการใช้พลังบำบัดเรกิด้วยตนเอง	25

## พลังบำบัดเรกิต่อความสบายกายหลังผ่าตัดคลอด การวางมือเพื่อดูแลตนเองด้วยพลังบำบัดเรกิ



ทำที่ 1 การวางมือบริเวณศีรษะหรือกระหม่อม

**มีวัตถุประสงค์เพื่อ** การผ่อนคลาย ปรับระดับของการทำงานของคลื่นสมองเพื่อให้เหมาะแก่การพักผ่อน ลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล



**ท่าที่ 2** การวางมือบริเวณหน้าผากและใบหน้า

**มีวัตถุประสงค์เพื่อ** ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะและปัญหา  
การทรงตัว การสื่อสารกับบุคคลอื่น



**ท่าที่ 3** การวางมือบริเวณตำแหน่งคอ

**มีวัตถุประสงค์เพื่อ** การดูแลอวัยวะภายในตำแหน่งนี้ ได้แก่ กล่องเสียง  
ต่อมทอลซิด ต่อมไทรอยด์ที่ควบคุมกระบวนการเผาผลาญอาหารและการ  
ควบคุมอุณหภูมิภายในร่างกายให้เกิดความสมดุลต่อการสั่งการของสมองไปสู่  
การทำงานในตำแหน่งอื่นๆในร่างกายได้เป็นอย่างดี



**ท่าที่ 4** การวางมือบริเวณตำแหน่งหน้าอกและหัวใจ

**มีวัตถุประสงค์เพื่อ** เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะภายใน  
ทรวงอก หัวใจ ปอด ต่อมไทมัสและเต้านมที่มีผลในการผลิตน้ำนมให้แก่ทารก  
ภายหลังคลอด การส่งพลังบำบัดเรกิในท่านี้ช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนอารมณ์  
ความรู้สึกเป็นไปทางบวกในการมองโลกและชีวิต



**ท่าที่ 5** การวางมือบริเวณท้องและลีนี่

**มีวัตถุประสงค์เพื่อ** ส่งเสริมการทำงานของระบบย่อยอาหารได้แก่  
กระเพาะอาหาร ตับอ่อน ลำไส้เล็กส่วนบน ตับ และถุงน้ำดี ซึ่งมีความสัมพันธ์  
กับความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง การเคารพตนเองและผู้อื่น หากมีปัญหาใน  
ตำแหน่งนี้จะส่งผลต่อการขาดความมั่นใจ และการตัดสินใจ



**ท่าที่ 6** การวางมือบริเวณท้องน้อยต่ำกว่าตำแหน่งสะดือ

**มีวัตถุประสงค์เพื่อ** ส่งพลังไปยังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ตำแหน่งของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ได้แก่ มดลูก ต่อมมึนน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบ ลำไส้เล็ก ส่วนล่างเป็นการปรับสมดุลของมดลูกให้มีความแข็งแรง ตลอดจนความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจของการคงไว้ซึ่งการอยู่รอดในชีวิตมนุษย์



**ท่าที่ 7** การวางมือบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง

**มีวัตถุประสงค์เพื่อ** การทำงานของระบบกระดูก ระบบประสาท ระบบการจับถ่ายของลำไส้ตรง ป้องกันอาการท้องผูก การเกิดริดสีดวงทวาร อาการปวดเอวและหลังส่วนล่าง และช่วยลดความกลัว หรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น



# ส่วนที่ 6 แผ่นพับประชาสัมพันธ์เข้าร่วมวิจัยการใช้พลังบำบัดเรกิทางการแพทย์พยาบาล เพื่อส่งเสริมความสบายแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

## ความเป็นมาและความสำคัญ

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องมารดาหลังผ่าตัดคลอดต้องประสบกับความปวดแผลผ่าตัดทำให้เคลื่อนไหวร่างกายลำบากท้องอืดแน่นท้องมีความยากลำบากในการรุ่มเพื่อให้ทารกได้ดูดนมช่วยเหลือตนเองได้น้อย ภายหลังผ่าตัดรู้สึกอีกอึดมีความเครียดและวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกายและสุขภาพของตนเองและทารก

## ถามมาตอบไป

**พยาบาล:** ภายหลังผ่าตัดคลอดคุณรู้สึกอย่างไรบ้างคะ  
**คุณP:** ปวดแผลมากคะ นอนไม่หลับเลย ยาที่ช่วยไม่ได้ ลูกร้องหิวนมอยากอุ้มให้นมแต่ทำไม่ได้คะ

**พยาบาล:** ดูเหมือนว่าคุณจะไม่ค่อยสบายเอาซะเลยนะคะหลังผ่าตัดคลอด

**คุณP:** ใช่คะ คุณพยาบาลพอมีวิธีช่วยบ้างไหมคะ ท้องนี้ไม่เอยากเป็นอีกอะคะ

**พยาบาล:** แน่นอนคะแต่คุณต้องฝึกปฏิบัติด้วยตนเองนะคะ แต่พยาบาลจะอยู่ข้างๆคุณคะ คอยให้คำแนะนำคุณเอง

**คุณP:** เอ๊ะ! ทำอะไรหะคะ

**พยาบาล:** ใช้พลังบำบัดเรกิคะ

**คุณP:** นำสนใจนะคะ แล้วพลังบำบัดเรกิคืออะไรคะ?



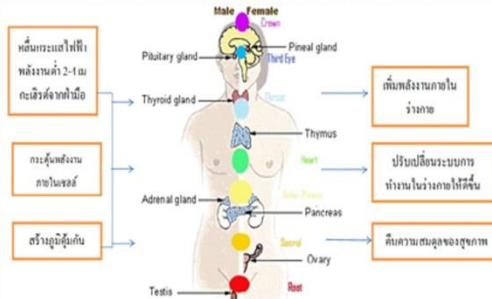
## พลังบำบัดเรกิ คืออะไร

เรกิ มาจากคำว่า เร และ ก็ ในภาษาญี่ปุ่น  
 เร หมายถึง จักรวาล ธรรมชาติสิ่งสูงสุดหรือพลังจิตของจักรวาลที่คงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ก็ หมายถึง พลังซึ่งเป็นพลังชีวิตที่มีความละเอียดอ่อน ดังนั้น เรกิ หมายถึง พลังชีวิตจากธรรมชาติที่มีอยู่ในจักรวาล และเป็นพลังงานที่มีส่วนในการขับเคลื่อนของชีวิต และพัฒนาศักยภาพมนุษย์ (Miles & True, 2003) โดย

- เป็นพลังธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อพลังชีวิตมนุษย์
- เชื่อมต่อจากพลังธรรมชาติจากภายในสู่ภายนอกอย่างไม่จำกัด
- สามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต ไม่เกี่ยวกับเรื่อง ศาสนา อายุ เพศ ระดับการศึกษา
- ไม่มีอันตรายใดๆต่อผู้ฝึกฝน

## หลักการทำงานของพลังบำบัดเรกิ

### Seven Major Chakras and Major Endocrine Glands



Miles, P., & True, G. (2003). Reiki-review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Journal of Alternative and Complementary Therapies*,

## ผลลัพธ์ของพลังบำบัดเรกิต่อภาวะสุขภาพ

- ลดอาการภูมิแพ้
- บรรเทาปวด
- หลังสารเพิ่มความสบายทำให้อารมณ์ดี
- หลับลึก
- มีความหนักแน่นทางอารมณ์
- มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว
- สงบ ไม่หงุดหงิดง่าย
- มองโลกในแง่บวก



Engelbreton, J., & Wardell, D.W., (2002). Experience of a reiki session. *Alternative Therapies in Health and Medicine*

Vitale, A. T., & Conon, P. C. (2006). The effect of Reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies. *Journal of Holistic Nursing Practice*, November/December, 263-272.

## ส่วนที่ 6 แผ่นพับประชาสัมพันธ์เข้าร่วมวิจัยการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสุขสบายแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เตรียมผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

คุณต้องทำอะไรบ้างเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

- มาฝากครรภ์ตามนัด
- ใช้พลังบำบัดเรกิในการดูแลตนเอง 3-5 วัน/สัปดาห์นานครั้งละ 20-30 นาที/วัน
- เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จนกระทั่งผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยจะโทรเยี่ยมคุณสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

เพียงแค่นี้คุณก็มีคุณสมบัติดังนี้

- มีประสบการณ์ผ่าตัดคลอด
- อายุระหว่าง 20-35 ปีในวันที่ผ่าตัดคลอด
- ผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- ไม่ใช่เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ เช่น ทำกิ๊ฟท์ ทำเด็กหลอดแก้ว ฉีดน้ำเชื้อ
- ไม่เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือ ตั้งครรภ์แฝด
- อายุครรภ์ 5 เดือนเป็นต้นไป



ประโยชน์ที่คุณจะได้รับ

ขณะตั้งครรภ์

- สมดุลกาย-จิต
- สงบ
- นอนหลับสนิท
- ทารกมีการตอบสนองที่ดี
- มีความมั่นใจในตนเอง
- บรรเทาอาการปวดหลัง ปวดเอว

ภายหลังผ่าตัดคลอด

- บรรเทาปวด
- แผลหายเร็ว
- ลดอาการท้องอืด แน่นท้อง
- มีความสุข สงบ

หากคุณสนใจเพียงแค่นี้คุณลงชื่อแล้วผู้วิจัยจะมาพบคุณที่คลินิกในครั้งต่อไป  
ชื่อ.....  
เบอร์โทรศัพท์.....  
วันที่แพทย์นัดมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป.....

หรือติดต่อโดยตรง

นางสาวจันทร์ปภัสร เครือแก้ว (กิ่ง)

E-mail janpaphat.k@gmail.com

หรือคุยกันก่อนทาง Facebook ค่ะ :

Janpaphat Kruekaew



ถ้าคุณเป็นคนที่เคยผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง  
เราไม่อยากจะให้คุณพลาดโอกาสนี้

โครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมการใช้พลังบำบัดเรกิทางการพยาบาลต่อความสุข  
สบายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

ดำเนินการโดย

นางสาวจันทร์ปภัสร เครือแก้ว

นักศึกษาปริญญาโท สาขาผดุงครรภ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย

อ.ดร.ปรีญา แก้วพิมล

รศ.ดร.ศศิธร พุ่มดวง

ให้โอกาสตัวคุณเองในการดูแลสุขภาพกายใจ  
ของคุณและลูกน้อยในครรภ์

**ภาคผนวก จ**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

## ภาคผนวก จ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพนาศ ชินวงศ์  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราณีย์ พงศ์ไพบุลย์  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณอวยพร ภัทรภักดีกุล  
ผู้ตรวจการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวจันทร์ปภัสร์ เครือแก้ว	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510421017	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2553

## ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษา

ทุนอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์  
ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

## การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

Oral presentation “Effects of Reiki Therapeutic Nursing Program On Post Cesarean Section Comfort” ในงานการประชุมวิชาการ “International Conference on Recent Advances in Health Science” วันที่ 14-16 สิงหาคม ณ DEWAN TUN DR. ISMAIL HALL, PWTC, KUALA LUMPUR ประเทศมาเลเซีย