Effectiveness of Home-Based Continuing Care Programs on Burden Among Caregivers of Stroke Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมต้า

วิมลพร	ศรีโชติ*	Wimonporn	Srichote*
นาฏอนงค์	พิชญะกุล**	Nadanong	Pitchayakoon**

Abstract

When caring for stroke patients, caregivers must provide ongoing and long-term care, which directly impacts them physically, mentally, emotionally, socially and economically. Caregivers' perceived difficulties in performing caregiving activities lead to feelings of burden. Therefore, appropriate caregiver support is essential to help reduce their burden. This systematic review aimed to summarize knowledge about the effectiveness of home-based continuing care programs in alleviating caregiver burden for stroke patients. It follows the Joanna Briggs Institute's systematic review guidelines, focusing on studies published between 2014 and 2024. Randomized controlled trials and quasi-experimental studies examining the effectiveness of home-based care programs in reducing caregiver burden were included. Out of 4,327 studies, eight met the inclusion criteria and passed quality assessment. Homogeneous studies were analyzed using meta-analysis, while narrative summary was employed to interpret results from heterogeneous studies.

The review revealed that the most effective care model for reducing caregiver burden included a combination of educational components. This model included education on stroke, patient care, skill training, mental health promotion, and emotion regulation and behavior management. Skill training begins while the patient is hospitalized and continues throughout recovery at home, along with ongoing counseling and psychological support for caregivers. This model resulted in a statistically significant reduction in development of burden ($p < 0.00001$).

This review recommends further primary research to evaluate the effectiveness of home-based continuing care programs, aiming to generate more robust evidence to guide practical implementation.

Keywords: Systematic review; Home-based continuing care; Caregivers; Caregiver burden; Stroke

* Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College;
e-mail: nadanong.pitchayakoon@crc.ac.th

Received 26 October 2024; Revised 10 December 2024; Accepted 25 December 2024

บทคัดย่อ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนานส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ ดังนั้นการสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สืบค้นงานวิจัยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 คัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 4,327 เรื่อง ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพจำนวน 8 เรื่อง โดยงานวิจัยที่มีความเป็นเอกพันธ์วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เมต้า ส่วนรายงานวิจัยที่มีความแตกต่างกันใช้การวิเคราะห์สรุปความเชิงเนื้อหา

ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่า รูปแบบการดูแลที่สามารถลดภาระของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิผลมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้ ที่ประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพจิต และการส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และฝึกทักษะ โดยเริ่มตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องจนถึงช่วงเวลาที่กลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ร่วมกับการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดภาระด้านการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00001$)

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาวิจัยปฐมภูมิเพิ่มขึ้นในการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมอง

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: nadanong.pitchayakoon@crc.ac.th

วันที่รับบทความ 26 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 10 ธันวาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 25 ธันวาคม 2567

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเกือบทุกประเทศทั่วโลก สาเหตุจากมีการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของปริมาณเลือดลดลงภายในสมอง เนื่องจากหลอดเลือดตีบอุดตันหรือแตก ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ส่งผลให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทยเมื่อแยกเป็นผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดตีบและสาเหตุจากหลอดเลือดแตก พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง 2565 มีอุบัติการณ์ในภาพรวมสูงขึ้นจาก 278.9 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร และอัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 47.1 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 58.0 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2565 (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2023) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ มีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนคนปกติทั่วไป มีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือญาติที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งให้การดูแลโดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน (family caregiver) ส่วนใหญ่มักจะเป็นสามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care service) เกี่ยวกับเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมไปถึงการประเมินการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพ และการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ได้โดยอิสระตามขอบเขตความสามารถ (Roth et al., 2015)

การดูแลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านในระยะยาว รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญด้านต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Haley et al., 2015; Tiwari et al., 2021) เมื่อต้องมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะต้องปรับเวลาเพื่อมาทำหน้าที่นี้ส่งผลให้ผู้ดูแลบางคนต้องออกจากงานหรืออาจจะต้องปรับเปลี่ยนงานใหม่ การที่สมาชิกในครอบครัวต้องปรับบทบาทอย่างทันทีทันใดเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคโรคหลอดเลือด โดยไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน หากมีความรู้ไม่เพียงพอ รวมทั้งได้รับคำแนะนำเพียงเล็กน้อยในการให้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลหรือความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลซึ่งอาจกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยได้

ภาระในการดูแล (burden) เป็นความรู้สึกกดดันหรือผลกระทบเชิงลบ ที่ผู้ดูแลรับรู้จากบทบาทและความรับผิดชอบในการดูแลบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือ แบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) ภาระเชิงวัตถุวิสัย (objective burden) เป็นภาระที่สามารถวัดผลหรือระบุได้อย่างชัดเจน เช่น เวลาที่ต้องใช้ในการดูแล ความต้องการทางกายภาพของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น หรือการขาดโอกาสในชีวิตส่วนตัว เป็นต้น และ 2) ภาระเชิงอัตวิสัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกภายในของผู้ดูแล เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกสิ้นหวัง หรือความเหนื่อยล้าทางจิตใจ เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการรับรู้ถึงภาระและความคาดหวังที่สูงเกินไป การรับรู้ถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละมิติส่งผลกระทบทางด้านลบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Zarit et al., 1980)

ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลในระดับสูง ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โรคหัวใจและหลอดเลือด และคุณภาพชีวิตลดลง (Caro et al., 2017; Dankner et al., 2016) จากการศึกษาของ ซิอาคา และคณะ (Tziaka et al., 2024) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักประสบกับสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง ซึ่งแสดงออกโดยมีอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง การนอนหลับไม่เพียงพอ

และความเจ็บปวด กรณีที่ผู้ดูแลมีภาระของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางอารมณ์ซึ่งนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ภาระทางการเงินจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการเปลี่ยนแปลงในการทำงานยังส่งผลให้ภาระของผู้ดูแลโดยรวมมีระดับสูงขึ้น นอกจากนี้ ภาระของผู้ดูแลยังส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย (Jaracz et al., 2024) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก การดูแลผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลในระยะยาวต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ควรมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีวิธีการจัดกระทำที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ (Farahani et al., 2021) การให้สุขภาพจิตศึกษา (Mou et al., 2023) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการให้ข้อมูลผ่านทางจดหมาย (Ostwald et al., 2014) การค้นหาประโยชน์ (Fu et al., 2022) การโค้ชด้านสุขภาพ (Lin et al., 2022) การนิเทศการฟื้นฟูสภาพแบบทางไกล (Chen et al., 2017) เป็นต้น ซึ่ง ผลลัพธ์ที่ได้จากวิธีการการจัดกระทำดังกล่าวมีความแตกต่างกัน และยังไม่พบข้อสรุปที่ชัดเจนถึงวิธีการที่เหมาะสมในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ยากต่อการนำผลการศึกษาไปใช้ในทางปฏิบัติ

นอกจากนี้ ยังไม่พบการทบทวนอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมตา (meta-analysis) มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้กับผู้ดูแลทั้งรายบุคคล (individual) และการดูแลแบบครอบครัว (family caregiver) ในการลดภาระของผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery [JBI], 2024) เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาวิธีการลดภาระของผู้ดูแลที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาองค์ความรู้และข้อสรุปเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดย สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2024) โดยคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่กำหนดผลลัพธ์เป็นภาระในการดูแลในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล ทำการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการตามแนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2024) ดังนี้

1. กำหนดปัญหาในการทบทวนพบว่า มีความหลากหลายของโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน จึงนำมากำหนดเป็นจุดมุ่งหมายของการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้

2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (study selection) ดังนี้

2.1 คัดเลือกการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน ที่มีลักษณะครอบคลุมตามหลัก PICO ดังนี้

P (population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง stroke informal caregiver*, stroke carer*, stroke family caregiver*

I (intervention) คือ โปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน home care intervention*, home based intervention*, home care program*, home based program*, home based training program*, home based training intervention*, HBI

C (comparison) คือ มีกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

O (outcome) คือ ภาระการดูแล Care Burden*, Caregiver Burden*, Care Giving Burden*, Caregiver Burnout* , Caregiver Exhaustion, time dependence burden, development burden, physical burden, emotional burden, social burden personal burden, role burden, individual burden, economic burden

2.2 เป็นรายงานการวิจัยตั้งแต่ เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2557 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024)

2.3 เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) และงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study)

3. สืบค้นงานวิจัย ดังนี้

3.1 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยใช้หลัก PICO ดังข้อ 2.1

3.2 สืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่กำหนดจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 9 ฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed, CIHAHL, Cochrane Library, Embase, Scopus, SpringerLink, Wiley Online, Ovid และ Science-Direct ได้งานวิจัยจำนวน 4,327 เรื่อง ดังภาพที่ 1

3.3 สืบค้นด้วยมือ (hand searching) จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย และห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยการสืบค้นจากวารสารทางการแพทย์และการพยาบาลในห้องสมุดตามชื่อเรื่องและคำสำคัญย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024) จากการสืบค้นไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.4 สืบค้นจากวรรณกรรมที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารที่มี Peer review (gray literature) ผ่าน google scholar และสืบค้นงานวิจัยที่อยู่ในระหว่างตีพิมพ์ผ่านฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ProQuest, ThaiLIS Digital Collection (TDC), Mahidol e-thesis, CMU e-Theses ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านรายงานการวิจัยที่สืบค้นได้อย่างอิสระ (independently) จากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ แล้วทำการคัดเลือกงานวิจัยเพื่อพิจารณาเบื้องต้น จากนั้นทีมผู้วิจัยแยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็ม ทำการคัดเลือก แล้วนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันซึ่งทีมผู้วิจัย

มีความเห็นตรงกันในการคัดเลือกงานวิจัยเข้าทบทวน ได้งานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง

5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็มอย่างอิสระเพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมิน ดังนี้

5.1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (JBI critical appraisal tool for assessment of risk of bias for randomized controlled trials) (Barker et al., 2023) โดยทีมผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยและกำหนดคะแนนในการคัดเข้างานวิจัย โดยกำหนดคะแนนในการคัดเข้าตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน โดยมีเกณฑ์สำคัญที่ต้องประเมินผ่าน คือ ต้องมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างแท้จริง

5.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอคติสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลอง (JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies) (Barker et al., 2024) โดยทีมผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน และต้องประเมินผ่านเกณฑ์ประชากรในกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะเหมือนกัน

หลังจากประเมินคุณภาพงานวิจัยได้งานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง เพื่อนำไปสกัดข้อมูล

6. การรวบรวมข้อมูลโดยการสกัดข้อมูล ผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 8 เรื่อง อย่างละเอียด เพื่อสกัดข้อมูลและลงบันทึกในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล (JBI Data Extraction Form for Review for Systematic Reviews and Research Syntheses) ผู้วิจัยดำเนินการสกัดข้อมูลแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสกัดข้อมูลลักษณะของงานวิจัยที่คัดเข้า ประกอบด้วย รายละเอียดของการอ้างอิง รูปแบบการวิจัย ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของการจัดกระทำ เครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแล ผลการศึกษา และ 2) การสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลผลลัพธ์และขนาดอิทธิผล

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปรายงานวิจัยมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้โดยละเอียด ดังนี้

7.1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอในรูปแบบของความเรียงร่วมกับตาราง

7.2 รายงานวิจัยที่มีข้อมูลสถิติเพียงพอที่จะวิเคราะห์เมต้า ได้นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลของรูปแบบโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรูปแบบ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ReviewManager (RevMan) Version 5.4 ที่พัฒนาและเสนอโดย สถาบันคอแครนคอลลาบอเรชัน (The Cochrane Collaboration, 2020)

ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลต่อเนื่อง (continuous data) ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติส่วนต่างค่าเฉลี่ยมาตรฐาน (standardized mean difference: SMD) คำนวณค่าผลรวมของการวิเคราะห์เมต้าโดยใช้โมเดลแบบสุ่ม (random effect model) หากการศึกษาแต่ละการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์ต้องการประมาณค่าประสิทธิภาพของการดูแลรักษามีความแตกต่างกันและใช้โมเดลแบบคงที่ (fixed effect model) หากการศึกษาแต่ละการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์ต้องการประมาณค่าประสิทธิภาพของการดูแลรักษาเดียวกัน วิเคราะห์ความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) ของรายงานการวิจัยจากสถิติ Chi-square หรือพิจารณาจากร้อยละของความเป็นเอกพันธ์ (I^2) โดยกำหนดเกณฑ์นัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 ค่า I^2 รายงานในรูปแบบของร้อยละ ถ้ามีค่ามากแสดงว่ามีความแตกต่างกันมาก โดย ถ้า I^2 มีค่าร้อยละ 0-30 แสดงว่า มีความเป็นเอกพันธ์หรือมีความแตกต่างของงานวิจัยเพียงเล็กน้อย หากมีค่ามีค่าร้อยละ 31-60 แสดงว่าความแตกต่างกันที่พบนั้น อาจจะอยู่ในระดับปานกลาง หากมีค่าร้อยละ 61-75 แสดงว่าความแตกต่างกันที่พบนั้น อาจจะค่อนข้างชัดเจน แต่ถ้ามีค่ามากกว่าร้อยละ 75

แสดงว่าความแตกต่างกันที่พบนั้น ปรากฏอย่างชัดเจน (มีนัยสำคัญ) (Laopaiboon & Lumbiganon, 2009) หากรายงานการวิจัยมีความแตกต่างกัน (heterogeneity) ไม่สามารถวิเคราะห์เมต้าได้ จะสรุปเป็นความเรียง (narrative summary)

7.3 ตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์โดยใช้กราฟ funnel plot โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป RevMan Version 5.4 (The Cochrane Collaboration, 2020) พบว่ามีการกระจายที่สมมาตรกัน แปลผลว่างานวิจัยที่คัดเข้าไม่มีอคติจากการตีพิมพ์

การคัดเลือกงานวิจัย ประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล และการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คน (WS & NP) ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ดำเนินการประเมินแยกกันอย่างอิสระ แล้วนำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องกัน หากผู้วิจัยคนที่ 1 และผู้ร่วมวิจัย มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันในแต่ละขั้นตอนจะปรึกษาที่ปรึกษางานวิจัยเพื่อหาข้อสรุป

8. นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ดังตารางที่ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

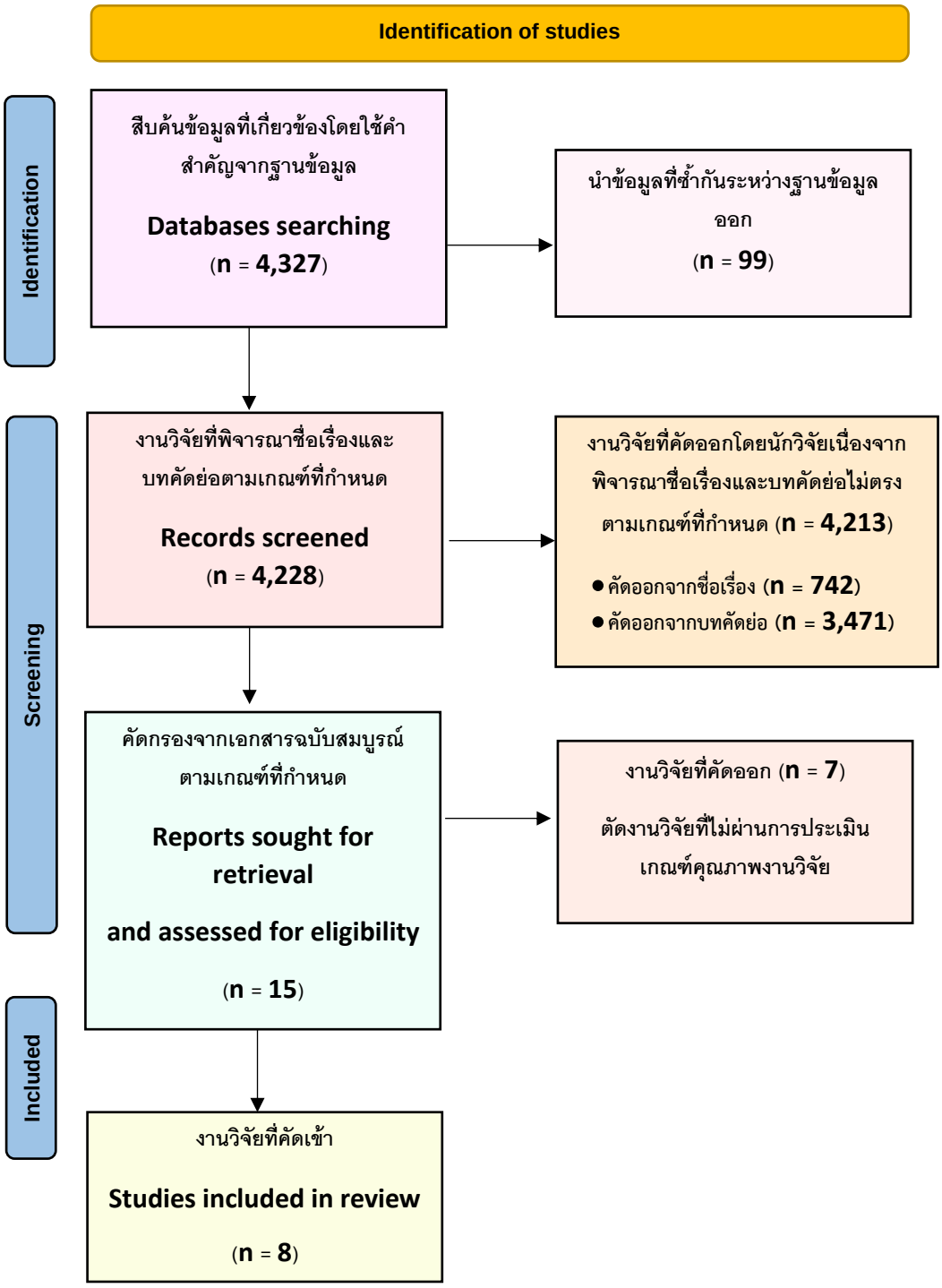
การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารรับรองเลขที่ CRC.IRB No.016/2567 ลงวันที่รับรอง 5 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยตรวจสอบอคติจากการตีพิมพ์โดยใช้ funnel plot ไม่พบอคติจากการตีพิมพ์ และสามารถสรุปผลลัพธ์งานวิจัยได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย จากรายงานการวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพ จำนวน 8 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศร้อยละ 100 การออกแบบวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCTs) จำนวน 5 เรื่อง (Fu et al., 2022; Hosseini et al., 2022; Lin et al., 2022; Mou et al., 2023; Vluggen et al.,2021) คิดเป็นร้อยละ 62.5 และงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental studies) จำนวน 3 เรื่อง (Farahani et al., 2021; Hekmatpou et al., 2019; Wang et al., 2024) คิดเป็นร้อยละ 37.5 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละงานวิจัยมีมากกว่า 60 คนขึ้นไป (ตารางที่ 1)

จากการประเมินเอกสารงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ตามแบบประเมินคุณภาพของสถาบันโจแอนนา-บริกส์ พบว่า ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการทบทวนอย่างเป็นระบบ 5 เรื่อง ได้รับคะแนนเท่ากับ 10-12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน (ตารางที่ 2) และผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลอง ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการทบทวนอย่างเป็นระบบ 3 เรื่อง ได้รับคะแนนเท่ากับ 8-9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน (ตารางที่ 3)



ภาพที่ 1 Review flowchart: The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses (PRISMA) 2020 flowchart

ตารางที่ 1 ลักษณะของรายงานวิจัยที่นำมาทบทวน (จำนวน 8 เรื่อง)

ชื่อผู้วิจัย, ปี, ประเทศ	รูปแบบการวิจัย/ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะของการจัดกระทำ	ผลการศึกษา	คะแนนการประเมินคุณภาพ
1. Mou et al., 2023 จีน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 162 คู่ กลุ่มทดลอง 81 คู่ กลุ่มควบคุม 81 คู่	**กลุ่มทดลอง** ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ ให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 จำนวน 3 ครั้ง 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) การจัดการดูแลตนเอง และ 3) การจัดการความเครียด ครั้งละ 60 นาที และระยะที่ 2 ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครั้งละ 30 นาที 4 สัปดาห์ ร่วมกับวิดีโอให้ความรู้เมื่อกลับบ้าน **กลุ่มควบคุม** ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ดูแลได้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1-2 ครั้ง	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และ เมื่อกลับบ้าน 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.026$, $p = 0.39$ ตามลำดับ) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับต่ำถึงปานกลาง คือ 0.43	11/13
2. Fu et al., 2022 จีน	RCT Level 1.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 68 คน กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 34 คน	**กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรม “The benefit-finding program” โดยใช้รูปแบบการสอนแบบเสมือนจริง (scenario simulation) 4 สัปดาห์แรกได้รับความรู้เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 5-9 เริ่มกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ตามสถานการณ์ของแต่ละราย เช่น การฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น **กลุ่มควบคุม** 4 สัปดาห์แรกได้รับความรู้ สัปดาห์ที่ 5-9ได้รับการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ช่วงเวลา 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง ($p < .05$)	12/13
3. Lin et al., 2022 จีน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล จำนวน 140 คู่ กลุ่มทดลอง 70 คู่ กลุ่มควบคุม 70 คู่	**กลุ่มทดลอง** โปรแกรม “Health coaching activity” ประกอบด้วยโปรแกรมให้ความรู้และการโค้ชด้านสุขภาพ จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้การช่วยเหลือผ่านทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์และกิจกรรมการโค้ชแบบตัวต่อตัวทุก 2 สัปดาห์ที่คลินิกผู้ป่วยนอกและติดตามจนครบ 12 สัปดาห์ **กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่ 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์	11/13
4. Hosseini et al., 2022 อิหร่าน	RCT Level 1.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 72 คน กลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มควบคุม 36 คน	**กลุ่มทดลอง** การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ฝึกอบรมการดูแลและการให้คำปรึกษาจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผ่านโทรศัพท์มือถือเมื่อกลับบ้าน อย่างน้อย 3 ครั้ง ในสัปดาห์แรกหลังการจำหน่าย ให้คำปรึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)	10/13

ตารางที่ 1 ลักษณะของรายงานวิจัยที่นำมาทบทวน (จำนวน 8 เรื่อง) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย, ปี, ประเทศ	รูปแบบการวิจัย/ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะของการจัดกระทำ	ผลการศึกษา	คะแนนการประเมินคุณภาพ
			ในช่วง 3 สัปดาห์ถัดไป ใช้ระยะเวลา 15-20 นาที/ครั้ง **กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติ		
5. Vluggen et al., 2021 เนเธอแลนด์	RCT Level 1.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 190 คน กลุ่มทดลอง 99 คน กลุ่มควบคุม 91 คน	**กลุ่มทดลอง** ให้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยการดูแล 3 โมดูล ได้แก่ 1) การรักษาแบบฟื้นฟูระบบประสาทในหอผู้ป่วย 2) การฝึกการจัดการตนเองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง **กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลกลุ่มทดลองมีผลในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคะแนน Self-Rated Burden VAS scale ($p = .048$)	10/13
6. Farahani et al., 2021 อิหร่าน	quasi-experimental (Part of Mixed method study) Level 2.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 116 คน กลุ่มทดลอง 58 คน กลุ่มควบคุม 58 คน	**กลุ่มทดลอง** โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล 2 ระยะ ระยะแรกให้ความรู้และฝึกทักษะ ให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ที่โรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ระยะที่ 2 ฝึกทักษะและฟื้นฟูร่างกายที่บ้านจำนวน 6 ครั้ง ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที **กลุ่มควบคุม**ได้รับการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)	8/9
7. Wang et al., 2024 จีน	quasi-experimental Level 2.c	ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 90 คน กลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มควบคุม 45 คน	**กลุ่มทดลอง** ได้รับการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูร่างกายร่วมกับการรับการฝึกอบรมเพิ่มเติมผ่านวิธีการสอนด้วยวิดีโอ ความต้องการของผู้ดูแลและสภาพของผู้ป่วย **กลุ่มควบคุม** ได้รับการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตามปกติ	คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$)	8/9
8. Hekmatpou et al., 2019 อิหร่าน	quasi-experimental Level 2.c	สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 6 ชม./วัน มาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 100 คน กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน	กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการฟื้นฟูร่างกาย **กลุ่มทดลอง** ได้รับการฝึกอบรมแบบตัวต่อตัวเพิ่มเติม จำนวน 2 ครั้งในโรงพยาบาล ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง โดยมีช่วงห่างกัน 3 วัน การเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง พร้อมกับการฝึกปฏิบัติหลังจากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครั้งที่สอง 1 สัปดาห์ **กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติ	โปรแกรมการให้ความรู้สามารถลดเวลาการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)	9/9

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (JBI critical appraisal tool for assessment of risk of bias for randomized controlled trials) (Barker et al., 2023)

เกณฑ์การพิจารณา	ชื่อผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)				
	Mou et al. (2023)	Fu et al. (2022)	Lin et al. (2022)	Hosseini et al. (2022)	Vluggen et al. (2021)
1. มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างแท้จริง	Y	Y	Y	Y	Y
2. มีการปกปิดการแบ่งกลุ่ม โดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม	Y	Y	Y	Y	Y
3. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะเหมือนกัน ณ จุดเริ่มต้น	N	Y	N	N	N
4. มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่าง ไม่ให้ทราบว่าถูกสุ่มให้อยู่ในกลุ่มใด	Y	Y	Y	Y	N
5. มีการปกปิดไม่ให้ผู้จัดกระทำทราบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มไหน คือกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม	N	N	N	N	N
6. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน ต่างกันเฉพาะที่กลุ่มทดลองได้รับการจัดกระทำที่สนใจ	Y	Y	Y	Y	Y
7. มีการปกปิดผู้ประเมินผลลัพธ์ไม่ให้ทราบว่ากลุ่มไหน คือกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม	Y	Y	Y	N	Y
8. มีการวัดผลลัพธ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน	Y	Y	Y	Y	Y
9. วิธีการวัดผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือ	Y	Y	Y	Y	Y
10. กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามครบทุกราย หากไม่ครบทุกราย แต่ละกลุ่มมีการติดตามที่แตกต่างกัน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอในการอธิบายผลและวิเคราะห์ข้อมูล	Y	Y	Y	Y	Y
11. มีการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่ได้รับการสุ่มมา	Y	Y	Y	Y	Y
12. มีการใช้สถิติที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ผล	Y	Y	Y	Y	Y
13. ระเบียบวิธีวิจัยมีความเหมาะสม หากมีบางประเด็นที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานการทำวิจัยแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม มีการนำมาอธิบายกระบวนการทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	Y	Y	Y	Y	Y
รวมคะแนน	**11**	**12**	**11**	**10**	**10**

หมายเหตุ

สัญลักษณ์ Y หมายถึง ผ่าน, เหมาะสม N หมายถึง ไม่ผ่าน, UN หมายถึง ข้อมูลไม่ชัดเจน, N/A หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง

การให้คะแนน Y ได้ 1 คะแนน และ N, UN และ N/A ไม่ได้คะแนน

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลอง (JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies) (Barker et al., 2024)

เกณฑ์การพิจารณา	ชื่อผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)		
	Farahani et al. (2021)	Wang et al. (2024)	Hekmatpou et al. (2019)
1. มีการอธิบายสาเหตุและผลของการศึกษาอย่างชัดเจน	Y	N	Y
2. มีกลุ่มควบคุม	Y	Y	Y
3. ประชากรในกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะเหมือนกัน	Y	Y	Y
4. ประชากรในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการปฏิบัติที่เหมือนกัน ต่างกันเฉพาะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการจัดกระทำที่สนใจ	Y	Y	Y
5. มีการวัดผลลัพธ์ซ้ำทั้งก่อนและหลังได้รับการจัดกระทำ	Y	Y	Y
6. มีการวัดผลลัพธ์ในประชากรในกลุ่มเปรียบเทียบเหมือนกัน	Y	Y	Y
7. วิธีการวัดผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือ	Y	Y	Y
8. กลุ่มตัวอย่างมีการติดตามครบทุกราย หากไม่ครบทุกราย แต่ละกลุ่มมีการติดตามที่แตกต่างกัน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอในการอธิบายผลและวิเคราะห์ข้อมูล	N	Y	Y
9. มีการใช้สถิติที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ผล	Y	Y	Y
รวมคะแนน	**8**	**8**	**9**

หมายเหตุ

สัญลักษณ์ Y หมายถึง ผ่าน, เหมาะสม N หมายถึง ไม่ผ่าน, UN หมายถึง ข้อมูลไม่ชัดเจน, N/A หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง

การให้คะแนน Y ได้ 1 คะแนน และ N, UN และ N/A ไม่ได้คะแนน

ส่วนที่ 2 รูปแบบของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากการพิจารณางานวิจัยที่คัดเข้าทุกเรื่องพบว่ามีรูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแล โดยเน้นการให้ความรู้เป็นหลักร่วมกับการใช้วิธีการอื่นสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. การให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์พบว่า มีการวิจัย 2 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ เมา และคณะ (Mou et al., 2023) ให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวแบบคู่ โดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที และการศึกษาของ ฮอซเซนี และคณะ (Hosseini et al., 2022) ให้ความรู้โดยการฝึกอบรมและให้คำปรึกษาจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผ่านโทรศัพท์มือถือเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง ในสัปดาห์แรก และให้คำปรึกษาและการติดตามผลทางโทรศัพท์ตามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในช่วง 3 สัปดาห์ถัดไป (8.00-20.00 น. ระยะเวลา 15-20 นาที/ครั้ง)

2. การให้ความรู้ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน พบว่า มีการวิจัย 1 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ เฮคมาทปู และคณะ (Hekmatpou et al., 2019) ให้การฝึกอบรมแบบตัวต่อตัวนอกเหนือจากการฝึกอบรมตามปกติ จำนวน 2 ครั้งในโรงพยาบาล ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง โดยมีช่วงห่างกัน 3 วัน การเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง พร้อมกับการฝึกปฏิบัติหลังจากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ครั้งที่สอง 1 สัปดาห์

3. การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ พบว่า มีการวิจัย 3 เรื่อง 1) การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะผ่านโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุในการจัดการตนเองที่บ้านแบ่งเป็น 3 โมดูล ให้การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน (Vluggen et al., 2021) 2) การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการทางอารมณ์ ทักษะการดูแลตนเองและให้คำปรึกษา จำนวน 8 ครั้ง (Farahani et al., 2021) และ 3) ให้ความรู้ร่วมกับการฝึกอบรมโดยการใช้สื่อวิดีโอ (Wang et al., 2017) (ตารางที่ 1)

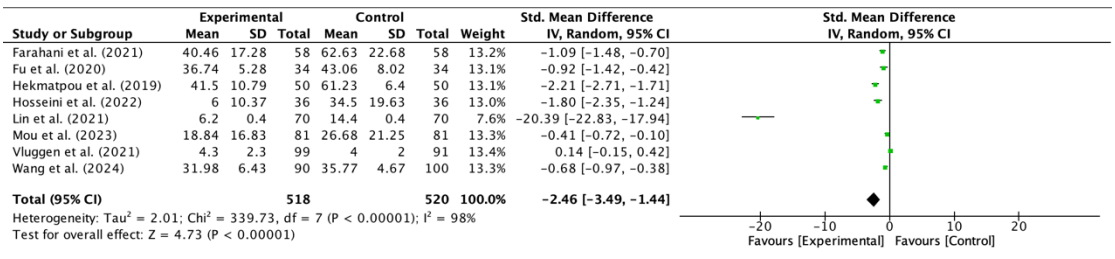
4. การให้ความรู้โดยใช้รูปแบบการสอนแบบเสมือนจริง (scenario simulation) ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยแบบตัวต่อตัว ในแต่ละสัปดาห์มีกิจกรรมการให้ความรู้และสอดแทรกด้วยการปรับทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย (Fu et al., 2022) เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ๆ ละ 45 นาที

5. การให้ความรู้ร่วมกับการโค้ชด้านสุขภาพ (health coaching activity) พบงานวิจัย 1 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาของ หลิน และคณะ (Lin et al., 2022) ระยะที่ 1 เป็นโปรแกรมการโค้ชด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบเฉพาะของการโค้ชด้านสุขภาพ 6 ประการ ได้แก่ เป้าหมายในการเปลี่ยนผ่านการดูแล การฝึกทักษะการดูแล ในด้านการจัดการดูแลตนเอง การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระยะที่ 2 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการติดตาม 12 สัปดาห์ ให้การช่วยเหลือผ่านทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์และกิจกรรมการโค้ชแบบตัวต่อตัวทุก 2 สัปดาห์ ที่คลินิกผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 3 ประสิทธิผลในการลดภาระของผู้ดูแล

สามารถสรุปผลลัพธ์หรือประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแล ดังนี้

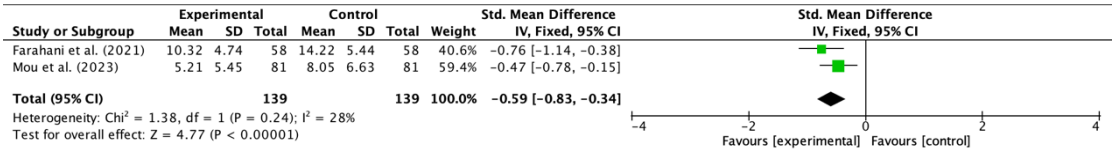
1. ประสิทธิผลในการลดภาระของผู้ดูแลในภาพรวม งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง มีการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแล โดยใช้เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์การลดภาระของผู้ดูแล ได้แก่ Caregiver Burden Inventory (CBI) จำนวน 3 งาน (Farahani et al., 2021; Hosseini et al., 2022; Mou et al., 2023) Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) จำนวน 3 งาน (Fu et al., 2022; Hekmatpou et al., 2019; Wang et al., 2024) The Modified Caregiver Strain Index (CSI) จำนวน 1 งาน (Lin et al., 2022) และ Self-Related Burden VAS scale จำนวน 1 งาน (Vluggen et al., 2021) แม้ว่าในแต่ละงานให้ผลลัพธ์การจัดกระทำที่ดีแต่จากการวิเคราะห์เมต้าพบว่า งานวิจัยมีความแตกต่างกัน (heterogeneity) ในด้านรูปแบบหรือวิธีการวัดผลของการจัดกระทำ โดยในภาพรวมของการศึกษามีค่า I^2 เท่ากับร้อยละ 98 ค่า χ^2 เท่ากับ 339.73 (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 Forest plot ของการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อลดภาระของผู้ดูแลโดยรวม จากงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 8 เรื่อง

2. ประสิทธิผลในการลดภาระของผู้ดูแลรายด้าน โดยพิจารณาจากการผลลัพธ์ของเมต้า พบผลลัพธ์ที่มีความเป็นเอกพันธ์ 1 ด้าน จากงานวิจัย 2 เรื่อง (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023) ได้แก่ ประสิทธิผลในการลดภาระด้านการพัฒนา ดังนี้

2.1 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านการพัฒนา (development burden) พบรายงานการวิจัยที่มีความเป็นเอกพันธ์จำนวน 2 เรื่อง ใช้รูปแบบโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมโดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว (Mou et al., 2023) และวิธีการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการจัดการ กับความโกรธและเทคนิคผ่อนคลาย และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย (Farahani et al., 2021) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) ผลลัพธ์พบว่า ประสิทธิผลในการลดภาระด้านการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของงานวิจัยร้อยละ 59.4 ค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI -0.78, -0.15) (Mou et al., 2023) ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของงานวิจัยร้อยละ 40.6 ค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% CI -1.14, -0.38) (Farahani et al., 2021) ซึ่งผลลัพธ์จากวิธีการดังกล่าวทำให้ภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพาลดลง (95% CI -0.83, -0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00001$) (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 Forest plot ของการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้ความรู้เพื่อลดภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพา จากงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 2 เรื่อง

ประสิทธิผลในการลดภาระรายด้านอื่นจำนวน 7 ด้าน ผู้วิจัยจึงพิจารณาผลลัพธ์โดยใช้รูปแบบบรรยายเนื่องจากไม่มีความเป็นเอกพันธ์ ได้แก่

2.2 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพา (time dependence burden) พบรายงานการวิจัยที่มีความเป็นเอกพันธ์จำนวน 2 เรื่อง ให้ผลลัพธ์ในการลดภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพา (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) ใช้รูปแบบโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมโดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว (Mou et al., 2023) และวิธีการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการจัดการ กับความโกรธและเทคนิคผ่อนคลาย และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย (Farahani et al., 2021) ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง ทั้ง 2 เรื่องส่งผลทำให้ภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.3 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านร่างกาย (physical burden) ประเมินโดยใช้แบบ Caregiver Burden Inventory (CBI) รายงานการวิจัยจำนวน 2 เรื่อง (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) ใช้รูปแบบโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมโดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว (Mou et al., 2023) และวิธีการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการจัดการ กับความโกรธและเทคนิคผ่อนคลาย และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย (Farahani et al., 2021) ผลลัพธ์พบว่า วิธีการดังกล่าวทำให้ภาระด้านร่างกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.4 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านอารมณ์ (emotional burden) พบรายงานการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ให้ผลลัพธ์ในการลดภาระด้านอารมณ์ (Farahani et al., 2021; Hekmatpou et al., 2019; Mou et al., 2023) โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล 2 ระยะ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) จำนวน 1 เรื่อง (Farahani et al., 2021) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา จำนวน 1 เรื่อง (Mou et al., 2023) ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 2 เรื่องส่งผลให้ภาระด้านสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และวิธีการฝึกอบรมร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการฝึกทักษะ โดยให้การฝึกอบรมแบบตัวต่อตัวนอกเหนือจากการฝึกอบรมตามปกติ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) จำนวน 1 เรื่อง (Hekmatpou et al., 2019) ทำให้ภาระด้านอารมณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2.5 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านสังคม (social burden) พบรายงานการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัว โดยให้ความรู้แบบตัวต่อตัว และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Caregiver Burden Inventory (CBI) จำนวน 1 เรื่อง (Mou et al., 2023) และโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล 2 ระยะ จำนวน 1 เรื่อง (Farahani et al., 2021) ซึ่งผลลัพธ์ทั้ง 2 เรื่อง ส่งผลให้ภาระด้านสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และวิธีการฝึกอบรมร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการฝึกทักษะ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) จำนวน 1 เรื่อง (Hekmatpou et al., 2019) ทำให้ภาระด้านสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0. 05$)

2.6 ประสิทธิผลในการลดภาระส่วนตัว (personal burden) พบรายงานการวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Fu et al., 2022) ใช้รูปแบบการสอนแบบเสมือนจริง (scenario simulation) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) ซึ่งผลลัพธ์จากวิธีการดังกล่าวทำให้ภาระส่วนตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2.7 ประสิทธิผลในการลดภาระด้านบทบาท (role burden) ไม่พบรายงานการวิจัยที่สามารถลดภาระด้านบทบาทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.8 ประสิทธิผลในการลดภาระเฉพาะบุคคล (individual burden) และประสิทธิผลในการลดภาระทางเศรษฐกิจ (economic burden) พบรายงานการวิจัยจำนวน 1 เรื่อง (Hekmatpou et al., 2019) ใช้วิธีการฝึกอบรมร่วมกับการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน และการฝึกทักษะ โดยให้การฝึกอบรมแบบตัวต่อตัว ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) ซึ่งผลลัพธ์จากวิธีการดังกล่าวทำให้ภาระเฉพาะบุคคลและประสิทธิผลในการลดภาระทางเศรษฐกิจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบกลับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยคัดเลือกงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์ โดยนำเสนอเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะเวลาย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2014 ถึง ค.ศ. 2024) จากผลการสืบค้นงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก คือ ศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการจัดกระทำและผ่านตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย เพื่อเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน

8 เรื่อง ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า

รูปแบบของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรูปแบบที่มีการจัดกระทำโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุมทุกมิติของปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีการจัดกระทำหลากหลายรูปแบบ จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลที่สามารถลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิผลมากที่สุด ได้แก่ รูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะโดยเริ่มที่โรงพยาบาลและต่อเนื่องไปจนกลับบ้านร่วมกับการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะในการดูแล การส่งเสริมสุขภาพจิต และการส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม โดยให้ผลลัพธ์ในการลดภาระผู้ดูแลรายด้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023)

ประสิทธิผลในการลดภาระของผู้ดูแลโดยรวม จากผลการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่างานวิจัยทั้ง 8 เรื่องให้ผลลัพธ์ที่ดีในการจัดกระทำโดยมีผลต่อการลดภาระของผู้ดูแล แต่เนื่องจากความแตกต่างของรูปแบบการจัดกระทำ ช่วงเวลา และแบบวัดทำให้ไม่สามารถสรุปผลลัพธ์ในภาพรวมโดยใช้เมต้าได้ โดยพบว่างานวิจัยของ หลิน และคณะ (Lin et al., 2022) มีค่าช่วงความเชื่อมั่น ไม่ทับซ้อนกับงานวิจัยอื่น เนื่องจากเป็นโปรแกรมให้ความรู้และการโค้ชด้านสุขภาพในระยะการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่มีพยาบาลเป็นผู้นำ โดยใช้ระยะเวลาการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการโค้ชแบบตัวต่อตัวที่แผนกผู้ป่วยนอกทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งการสอนและการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลและปรับวิธีการดูแลให้เข้ากับบริบทของตนเอง ส่งผลให้มีการปรับตัวของผู้ป่วยและการลดภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ที่ 12 สัปดาห์

เมื่อพิจารณาประสิทธิผลในการลดภาระของผู้ดูแลรายด้าน ในการวิเคราะห์เมต้าพบว่า การให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งเสริมการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง (Farahani et al., 2021; Mou et al., 2023) ให้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนในการลดภาระด้านการพัฒนา โดยการให้ความรู้ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการดูแลอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจและลดความวิตกกังวล อีกทั้งการให้ความรู้ยังช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ลดความเครียดและความรู้สึกหนักใจได้

การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือการสนับสนุนเชิงอารมณ์ ช่วยลดภาระทางด้านอารมณ์และสังคมของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความเครียดและปัญหาที่พบในการดูแลกับผู้ให้คำปรึกษาได้ ทำให้เกิดการผ่อนคลายและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว การมีผู้ให้คำปรึกษาช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ลดความรู้สึกเหนื่อยล้าทางจิตใจได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฉิง และคณะ (Cheng et al., 2018) ที่พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ประกอบไปด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบตัวต่อตัว ร่วมกับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาผ่านทางโทรศัพท์ ส่งผลให้คะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง นอกจากนี้การฝึกทักษะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการและดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ซึ่งช่วยลดความเหนื่อยล้าทางกายจากการดูแล

สำหรับการลดภาระรายด้าน ในด้านประสิทธิผลในการลดภาระด้านเวลาที่ต้องพึ่งพา ประสิทธิผลในการลดภาระด้านร่างกาย ประสิทธิผลในการลดภาระด้านอารมณ์ ประสิทธิผลในการลดภาระด้านสังคม ประสิทธิผลในการลดภาระส่วนตัว ประสิทธิผลในการลดภาระเฉพาะบุคคล และประสิทธิผลในการลดภาระทางเศรษฐกิจ ประสิทธิผลในการลดภาระด้านบทบาท ยังมีข้อจำกัดของจำนวนงานวิจัยปฐมภูมิทำให้ไม่สามารถสรุปรูปแบบได้

ชัดเจน

การทบทวนอย่างเป็นระบบนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดภาระทั้งทางกายภาพ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แม้ว่าจะมีความหลากหลายในวิธีการจัดกระทำ แต่พบว่าทุกโปรแกรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการสนับสนุนและสามารถรับมือกับภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในชุมชน ควรมุ่งเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางอารมณ์ให้กับผู้ดูแล นอกจากนี้ การส่งเสริมทักษะการดูแลและการเป็นที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่โรงพยาบาลจนกลับบ้าน โดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างโรงพยาบาลและบ้านให้ผลลัพธ์ที่ดีในการลดความเหนื่อยล้าและภาระที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในระยะยาว

2. ควรจัดอบรมพยาบาลและผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการจัดการกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีเพื่อการให้คำปรึกษาทางไกล เช่น การติดตามผู้ดูแลผ่านโทรศัพท์หรือแอป-พลิเคชัน เป็นต้น เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในระยะที่ให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่สามารถช่วยลดภาระการดูแลในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยส่วนใหญ่มาจากการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นไปที่การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ในบริบทของประเทศไทย เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและวัฒนธรรม และสามารถนำมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม

References

Barker, T. H., Habibi, N., Aromataris, E., Stone, J. C., Leonardi-Bee, J., Sears, K., Hasanoff, S., Klugar, M., Tufanaru, C., Moola, S., & Munn, Z. (2024). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for quasi-experimental studies. *JBI Evidence Synthesis, 22*(3), 378-388. https://doi.org/10.11124/jbies-23-00268

Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromataris, E., & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis, 21*(3), 494-506. https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00430

Caro, C. C., Mendes, P. V. B., Costa, J. D., Nock, L. J., & Cruz, D. M. C. (2017). Independence and cognition post-stroke and its relationship to burden and quality of life of family caregivers. *Topics in Stroke Rehabiltation, 24*(3), 194-199. https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1234224

Chen, J., Jin, W., Dong, W. S., Jin, Y., Qiao, F. L., Zhou, Y. F., & Ren, C. C. (2017). Effects of home-based telesupervising rehabilitation on physical function for stroke survivors with hemiplegia: A randomized controlled trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 96*(3), 152–160. https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000559

Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, *87*, 84–93. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005

Dankner, R., Bachner, Y. G., Ginsberg, G., Ziv, A., Ben David, H., Litmanovitch-Goldstein, D., Chodick, G., Balicer, R., Tanne, D., & Greenberg, D. (2016). Correlates of well-being among caregivers of long-term community-dwelling stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research, 39*(4), 326-330. https://doi.org/10.1097/mrr.0000000000000192

Farahani, M. A., Ghezeljeh, T. N., Haghani, S., & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: An experimental study. *BMC Health Services Research, 21*(1), 346. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06340-4

Fu, B., Mei, Y., Lin, B., Guo, Y., Zhang, Z., Qi, B., & Wang, Y. (2022). Effects of a benefit-finding intervention in stroke caregivers in communities. *Clinical Gerontologist, 45*(5), 1317-1329. https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1765062

Haley, W. E., Roth, D. L., Hovater, M., & Clay, O. J. (2015). Long-term impact of stroke on family caregiver well-being: A population-based case-control study. *Neurology, 84*(13), 1323–1329. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001418

Hekmatpou, D., Baghban, E. M., & Dehkordi, L. M. (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 12*, 211-217. https://doi.org/10.2147/JMDH.S196903

Hosseini, A., Sharifi, N., Dehghanrad, F., & Sharifipour, E. (2022). Effect of telenursing on caregiver burden of care and incidence of some complications in patients with acute stroke discharged from neurological wards: A randomized control trial. *Shiraz E-Medical Journal, 23*(8), e123479. https://doi.org/10.5812/semj-123479

Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Jaracz, J., Moczko, J., Kleka, P., Pawlicka, A., & Górna, K. (2024). Caregiver burden after stroke: A 10-year follow-up study of polish caregivers for stroke patients. *BMC Nursing*, *23*(1), 589. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02251-x

Joanna Briggs Institute. (2024). *JBI Manual for evidence synthesis.* https://synthesismanual.jbi.global/

Laopaiboon, M., & Lumbiganon, P. (2009). *Research synthesis in healthcare*. Klugnanawittaya.

Lin, S., Xiao, L. D., Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., Chen, Z., & Wu, M. (2022). Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. *Patient Education & Counseling, 105*(4), 917-925. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.020

Mou, H., Lam, S. K. K., & Chien, W. T. (2023). The effects of a family-focused dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and their family caregivers: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 143*, 104504. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104504

Ostwald, S. K., Godwin, K. M., Cron, S. G., Kelley, C. P., Hersch, G., & Davis, S. (2014). Home-based psychoeducational and mailed information programs for stroke-caregiving dyads post-discharge: A randomized trial. *Disability and Rehabilitation, 36(*1), 55-62. https://doi.org/10.3109/09638288.2013.777806

Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies. *Gerontologist, 55*(2), 309-319. https://doi.org/10.1093/geront/gnu177

Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2023). *Public Health Statistics A.D. 2022.* https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9353?fbclid=IwY2xjawGL68ZleHRuA2FlbQIxMAABHb1z7cexeGRpxpSlYd6NmaXwmYjF3ZflPpiTG4CBEZPD1XZpfETL6OHLhg_aem_Wq2Y-iNodZJXx4OsKo7nUw (in Thai)

The Cochrane Collaboration. (2020). *Review manager (revman) [Computer software]*. Version 5.4. The Cochrane Collaboration. https://test-training.cochrane.org/ online-learning/core-software-cochrane-reviews/review-manager-revman

Tiwari, S., Joshi, A., Rai, N., & Satpathy, P. (2021). Impact of stroke on quality of life of stroke survivors and their caregivers: A qualitative study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice, 12*(4), 680–688. https://doi.org/10.1055/s-0041-1735323

Tziaka, E., Tsiakiri, A., Vlotinou, P., Christidi, F., Tsiptsios, D., Aggelousis, N., Vadikolias, K., & Serdari, A. (2024). A holistic approach to expressing the burden of caregivers for stroke survivors: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland), 12*(5), 565. https://doi.org/10.3390/healthcare12050565

Vluggen, T. P. M. M., van Haastregt, J. C. M., Tan, F. E., Verbunt, J. A., van Heugten, C. M., & Schols, J. M. G. A. (2021). Effectiveness of an integrated multidisciplinary geriatric rehabilitation programme for older persons with stroke: A multicentre randomised controlled trial. *BMC Geriatrics, 21*(1), 134. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02082-4

Wang, F., Feng, W. M., Zhu, M., Sun, Q., Zhang, Y. M., Wang, B., Luo, X. Y., Shen, J. T., Fang, X. W., Zhang, T., & Cui, G. (2024). A study on the effect of using the video teach-back method in continuous nursing care of stroke patients. *Frontiers in Public Health, 12*, 1275447. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1275447

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist, 20*(6), 649–655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649