

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบศึกษา 2 กลุ่มวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson (1993) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลางซึ่งมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือน มกราคม- ธันวาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 14 ราย โดยทำการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 7 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการทางสุขภาพตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ ใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (Two - way Analysis of Variance with Repeated measures) แบบหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (One Between-Subjects Variable and One Within-Subjects Variable) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง จำนวน 7 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 40 – 59 ปี (ร้อยละ 85.71) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 57.14) การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.42) ปัจจุบันประกอบอาชีพงานบ้าน (ร้อยละ 57.14) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 57.14) รวมระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 1 – 3 ปี (ร้อยละ 57.14) และใน 1 วันใช้เวลาในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 71.43) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 85.71) มีผู้ช่วยในการปฏิบัติการดูแล (ร้อยละ 71.43) ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.14) และทุกคนมีแหล่งในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม จำนวน 7 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.14) มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 42.86) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.71) การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 42.85 และ ร้อยละ 28.57 ตามลำดับ) ปัจจุบันประกอบอาชีพงานบ้าน และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 42.85 และร้อยละ 28.57 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 20,000 บาท ขึ้นไป (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 85.71) รวมระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่ระหว่าง 1 – 3 ปี (ร้อยละ 71.42) และใน 1 วันใช้เวลาในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 85.71) เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 85.71) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 57.14) มีผู้ช่วยในการปฏิบัติการดูแล (ร้อยละ 71.43) ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.14) และทุกคนมีแหล่งในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือจากการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลระหว่างกลุ่ม

2. ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง จำนวน 7 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 85.71 และ 14.29 ตามลำดับ) มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.42) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1 – 3 ปี (ร้อยละ 71.43) และปัจจุบันทุกคนรับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม จำนวน 7 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 71.43 และ 28.57 ตามลำดับ) มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 71.42) ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.42) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1 – 3 ปี (ร้อยละ 71.42) และปัจจุบันทุกคนรับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 1 – 2 และ 3 – 4 ตามลำดับ

4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างกันตามสมมติฐานข้อ 5

5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานข้อ 6 – 7 และ 8 – 9 ตามลำดับ

6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแล หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างกันตามสมมติฐานข้อ 10

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 และ 57.14 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรณพ แพนคง (2547); เตือนใจ ภักดีพรหม (2548); Lach and Chang (2007); Chodosh, Mittman, Connor, Vassar, Lee, DeMonte, Ganiats, Heidoff, Rubenstein, Della-Penna and Vickrey (2007); Dias et al. (2008) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แสดงให้เห็นว่า เพศชายนั้นเหมาะสมที่จะรับบทบาทการเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลในเรื่องการบริหารจัดการต่าง ๆ เช่น การรับส่งไปพบแพทย์ การช่วยเหลือด้านการเงิน การจัดหาสิ่งของอำนวยความสะดวก มากกว่าที่จะทำหน้าที่เกี่ยวกับงานบ้าน หรือการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ซึ่งเป็นบทบาทที่คาดหวังของเพศหญิง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547; Duthie et al., 2007) โดยไม่มี ความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ นอกจากนี้ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติการดูแล สมาชิกในครอบครัวสองอันดับแรก ได้แก่ คู่สมรส และบุตร ตามลำดับ (Duthie et al., 2007) ซึ่ง ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่ศึกษาในบริบทของสังคมไทย สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ในกลุ่มทดลองบุตรเป็นผู้ให้การดูแล คิดเป็นร้อยละ 85.71 ส่วนในกลุ่มควบคุม บุตรและคู่สมรสเป็นผู้ให้การดูแลคิดเป็นร้อยละ 57.14 และ 42.86 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามจารีตประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมชาวไทยพุทธ ที่ยึดถือบรรทัดฐาน ความกตัญญูตอเวทิตา และเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องปฏิบัติต่อบุพการี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) หรือกรณีคู่สมรส เมื่อบุคคลใดประสบเคราะห์กรรมจากโรคจำเป็นต้องพึ่งผู้ดูแล อีกฝ่ายมักจะรับ บทบาทผู้ดูแลโดยปริยายเนื่องจากต้องการตอบแทนคุณความดีจากในอดีตอาจเคยช่วยเหลือดูแล กันและกันเป็นอย่างดี หรือความผูกพันรักใคร่ (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2551) นอกจากนี้ผลงานวิจัยยัง พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเฉลี่ย 24 ชั่วโมงต่อวันในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 100 และ 85.71 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับภาระงานในการปฏิบัติ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ระดับปานกลาง ที่พบว่า เริ่มมีความบกพร่องด้านการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง หลงลืมมากขึ้น มีปัญหาด้านพฤติกรรมและสุขภาพจิต

ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากขึ้น (Sorrentino & Gorek, 2007, p. 625)

การอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวทางการเสริมสร้าง พลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่กล่าวว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่แล้ว เป็นกระบวนการเฉพาะบุคคลในการพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจ เพื่อสร้างพลังอำนาจในการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในตนเอง ” (Gibson, 1993, p. 298) โดยผู้วิจัย ได้ดำเนินกิจกรรมเป็นขั้นเป็นตอนตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมที่บ้านเป็นรายบุคคล เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ซึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่การเปิดเผยปัญหา และความรู้สึกที่แท้จริง หลังจากนั้นจึงร่วมกันค้นหา ปัญหาตามสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้ประโยคคำถาม ปลายเปิด เพื่อให้ผู้ดูแลคิดทบทวนสถานการณ์ต่าง ๆ และแสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรม การให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและตนเอง ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลมี ทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหามากขึ้น สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาที่ตนเองเผชิญ อยู่ร่วมกับผู้วิจัยได้เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและตนเอง ในระหว่างนี้ผู้วิจัยได้ ติดตามดูแลให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา รวมทั้งเป็นผู้สนับสนุนในบางกิจกรรมที่ต้องอาศัย ความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแล ร่วมกับการมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ไว้เพื่อเป็นสื่อประกอบการค้นหาความรู้เพิ่มเติม จากการที่ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมใน การคิดวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และให้อำนาจผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยด้วยตนเอง ส่งผล ให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตน เมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามที่ได้เลือกไว้แล้วเกิด ประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น โดยให้แรงเสริมบวก ด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นที่ สามารถจัดการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม และตนเองได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลมีระดับการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้นหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และความคงทนของการรับรู้พลังอำนาจยังต่อเนื่อง ในระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัยที่มีการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้านเป็นรายบุคคล จำนวน 40 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจ และคุณภาพชีวิตภายหลังการ

ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง (ถนอม อาทรศรี และคณะ, 2550) และผลการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังร่วมกับการให้คำปรึกษาในการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 310 ราย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 2 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจ และความพึงพอใจในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = .02$ (Anderson, Funnell, Aikens, Krein, Fitzgerald, Nwankwo, Tannas & Tang, 2009)

2. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อผู้ดูแลได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับผู้วิจัยในการค้นหาปัญหา คิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และผลกระทบจากการดูแลที่มีต่อตนเอง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และให้อำนาจผู้ดูแลในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ เมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามวิธีที่เลือกไว้แล้วเกิดประสิทธิภาพ ด้วยความผูกพัน ความใกล้ชิดจากการปฏิบัติการดูแล ปฏิบัติการสนองตอบของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจ เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงทำให้ผู้ดูแลมีระดับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และความคงทนของการปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดโปรแกรมการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4,933 ราย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 7 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ด้วยตนเองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนในด้านการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นภายในระยะเวลา 6 เดือนแรก ส่งผลให้แนวโน้มในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้น (Welschen, 2008) และการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลในครอบครัวที่บ้าน จำนวน 20 ราย พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ศศิธรณ์ ไพโรเขียว, 2552)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจ และส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารของสถานบริการทางสุขภาพทั้งระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืน
2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน หรือการให้บริการวิชาการแก่สังคม ส่วนนักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติในชุมชนเพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่บ้านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะศูนย์บริการสุขภาพชุมชนควรมีการจัดกิจกรรมโดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง รับรู้ถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และตนเองได้ดียิ่งขึ้น
4. ด้านการวิจัย
 - 4.1 งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาโดยใช้เวลาในการศึกษารวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ มีการประเมินผล 2 ครั้ง คือ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนเท่านั้น ดังนั้นในการวางรูปแบบการวิจัยครั้งต่อไปควรจะมีการพิจารณาเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลซ้ำ เพื่อตรวจสอบความคงทนผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างเหมาะสม
 - 4.2 ควรมีการศึกษาวิจัยโดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปทดลองใช้กับประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อย ๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาค่อนข้างสูง