

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดสมอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ สมาชิกครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 80 ราย คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2553 ถึงเดือนมีนาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ รัชนิ หลงสวัสดิ์ (2551) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของสายนาท พลไชโย (2543) แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ของ เพ็ญภา พิสัยพันธ์ (2542) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่ (Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adult [MUIS-A]) ของ Mishel ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดยดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับสมาชิกครอบครัวของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 30 ราย พบค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .82 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพเท่ากับ .71 และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่เท่ากับ .79

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดสมอง พบว่าผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.5 อายุเฉลี่ย 49.26 ปี ($SD = 18.87$) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-45 ปี ร้อยละ 30 รองลงมาคือช่วงอายุ 46-60 ปี ร้อยละ 23.8 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.5 รองลงมาอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.5 สถานภาพคู่ ร้อยละ 70 สาเหตุการได้รับบาดเจ็บทางสมองเกิดจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 71.3 ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะเฉลี่ย 1.23 วัน

(SD = 0.42) สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีภาวะก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง ร้อยละ 47.50 รองลงมาคือก้อนเลือดที่ชั้นดura ร้อยละ 38.8 ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ย 65.56 นาที (SD = 21.12) สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 44.56 ปี (SD = 9.34) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 42.5 รองลงมาคือช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 30 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 90 เกี่ยวข้องกับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะโดยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 60 และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.8 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.8

2. ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 90.25$, $SD = 11.69$) การสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บที่ศีรษะได้รับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 57.08$, $SD = 5.44$) สมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดสมองมีความเชื่อมั่นและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ โดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 16.89$, $SD = 3.02$) และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 104.78$, $SD = 16.30$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.426$, $p < .01$) แต่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ($p > .05$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปราย ได้ดังนี้

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัดสมอง จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 104.78$, $SD = 16.30$) จากแนวคิดของ Mishel (1990) ที่เชื่อว่าความรู้สึกไม่แน่นอนของบุคคลเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน ขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยไม่ครบถ้วนหรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและถูกนำส่งโรงพยาบาลมีระยะเวลาเฉลี่ย 1 วัน ก่อนผ่าตัด สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะส่วนใหญ่มีก้อนเลือดใต้เยื่อหุ้มสมอง ร้อยละ 47.50 เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขอย่างเร่งด่วน (Hillton, 1989; Northouse, 1988; Nelson, 1996; Mast, 1998) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี

ความรู้สึกไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ อยู่ในระดับสูง ($M = 27.53$, $SD = 2.66$) และด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 40.71$, $SD = 10.77$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง ไม่เข้าใจขั้นตอนการรักษาของโรงพยาบาลหรือไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ เกี่ยวกับกระบวนการวินิจฉัยและการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การใช้อุปกรณ์พิเศษในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การได้ฟังคำศัพท์แพทย์ที่ไม่คุ้นเคย ไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาว่าการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเจ็บที่ศีรษะหายได้ ซึ่งอาจเกิดขึ้นขณะสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดสมองที่หน้าห้องผ่าตัด จึงทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ ผลการศึกษครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson (1996) ศึกษาในกลุ่มสมาชิกครอบครัวของผู้บาดเจ็บสมองที่มีการวางแผนการผ่าตัดล่วงหน้าและผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน พบว่าสมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เกิดความสับสนทางอารมณ์ เกิดความเครียด กลัวอาการที่เลวลงของผู้บาดเจ็บสมอง

การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 20.24$, $SD = 5.33$) และด้านไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค ($M = 16.30$, $SD = 2.83$) ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยังต้องการข้อมูลสำคัญ ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เจ้าหน้าที่อาจมุ่งเน้นการดูแลที่ผู้ป่วยเจ็บที่ศีรษะเป็นหลักจึงไม่ได้ให้ข้อมูลต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ซึ่ง Mishel (1990) เชื่อว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยตรงจะทำให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนลง การศึกษาของ Anne & Ingegerd (2007) ศึกษาในสมาชิกครอบครัวของผู้บาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาทและการผ่าตัดอื่น ๆ ในหอผู้ป่วยบาดเจ็บสมองวิกฤต พบว่าการที่เจ้าหน้าที่มุ่งเน้นการดูแลที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นหลักไม่สนใจในการให้ข้อมูล การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ต่อสมาชิกครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการศึกษาของ Molleman & others (1984) พบว่าการได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญที่เพียงพอจะสามารถลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้

นอกจากนั้นการบาดเจ็บที่ศีรษะมีความรุนแรงและต้องทำการผ่าตัดอย่างกระตือรือร้น สมาชิกครอบครัวซึ่งขาดความรู้ ขาดข้อมูลไม่สามารถคาดการณ์ ทำนายหรืออธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน จึงทำให้สมาชิกครอบครัวไม่สามารถประเมินและคาดเดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง (Mishel, 1990)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ และความรู้สึกไม่แน่นอนของ สมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

ผลการศึกษา พบว่าความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดเปิดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.426, p < .01$) กล่าวคือเมื่อสมาชิกครอบครัวมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจในบุคลากรทีมสุขภาพสูงขึ้น จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ซึ่งความเชื่อมั่นและไว้วางใจเกิดจากความศรัทธา ความนับไวในการให้บริการและผลของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ ขั้นตอน วิธีการรักษาและการผ่าตัดที่ได้รับ ข้อมูลดังกล่าวจะลดความคลุมเครือทำให้สมาชิกครอบครัว เกิดความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งนี้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย จึงลดลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel & Braden (1988) พบว่าความเชื่อถือในบุคลากรทีมสุขภาพมีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหญิง โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Van Den Borne, Pruyn, & Van Den Heuvel (1987) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง พบว่าบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญสามารถลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ซึ่งพบว่าไม่ตรงตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1990) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น รูปแบบของอาการมีความรุนแรง ไม่ชัดเจนหรือเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจะทำให้สมาชิกเกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถทำความเข้าใจหรือให้ความหมายที่เกิดขึ้นได้จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าสมาชิกครอบครัวมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 90.25, SD = 11.69$) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 40-60 นาที ถึงร้อยละ 60 ซึ่งเป็นระยะเวลาผ่าตัดที่ไม่นานมากนัก และสมาชิกครอบครัวมีโอกาสดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตลอดเวลา เห็นอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และขั้นตอนการรักษาอย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนถึงส่งเข้าห้องผ่าตัด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นความสอดคล้องระหว่างเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริงและกำลังประสบอยู่ ทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับที่ไม่สูงมาก นอกจากนั้นการที่สมาชิกครอบครัวได้ตอบแบบสอบถามภายหลังผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการผ่าตัดผ่าตัดไปแล้ว 10 นาที เป็นระยะเวลาที่เหมาะสมทำให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้สึกไม่แน่นอนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชริย์ แสงสว่าง

(2552) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยหอบหืด ($r = .177, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ($p > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ Mishel (1990) ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นสามารถทำให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง เนื่องจากการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาจากคนที่ใกล้ชิดจะช่วยส่งเสริมด้านอารมณ์ และการให้ข้อมูลการรักษา การสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพจะทำให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและทำให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าสมาชิกครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 57.08, SD = 5.44$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจะมีอาชีพเกษตรกรรมถึงร้อยละ 48.8 ส่วนใหญ่สังคมชาวชนบท จะมีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีการสนับสนุนทางสังคมซึ่งกันและกัน แต่อย่างไรก็ตามบางครอบครัวยังอยู่ในภาวะที่เป็นทุกข์ ตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิดและอยู่ในสถานการณ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนเหมือนกัน อาจไม่สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเต็มที่ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา นะรมรัมย์ (2545) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของหญิงตั้งครรภ์ที่รอผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ อภรชา ลำดับวงศ์ (2544) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาล ($r = -.69, p < .001$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ด้านบริหาร

ควรมีการพัฒนาความสามารถ และทักษะการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของบุคลากรทางการแพทย์ การเข้าถึงสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บศีรษะของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสร้างความตระหนักและความสามารถให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้บาดเจ็บศีรษะขณะรอผู้ป่วยสมองผ่าตัดสมองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การอบรม หรือสัมมนาทางวิชาการขึ้นทั้งภายในโรงพยาบาล และหน่วยงานอื่น ๆ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. สร้างแนวปฏิบัติในการดูแลสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ เป็นที่ไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ
2. จัดระบบบริการให้มีพยาบาลรับผิดชอบดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ศีรษะขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองควรมีบทบาทในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ การรักษา การผ่าตัดและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่าง ๆ และความก้าวหน้าของการผ่าตัด เพื่อให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยผ่าตัดสมองเกิดความรู้ ความเข้าใจและสามารถคาดการณ์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นได้

ด้านการศึกษา

นำข้อมูล ไปใช้จัดการศึกษาและอบรมให้แก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัดให้เห็นความสำคัญและอบรมเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ซึ่งมีหน้าดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ศีรษะขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมองเพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ศีรษะลดความรู้สึกไม่แน่นอนลง

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ศีรษะขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง โดยขยายการศึกษาตั้งแต่ระยะวิกฤติไปจนถึงระยะการฟื้นฟูเพื่อทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อลดระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น
2. สร้างรูปแบบหรือนวัตกรรมในการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ศีรษะขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นควรเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่มีการผ่าตัดดำเนินไปได้ระยะหนึ่งประมาณ 30 นาที หลังการผ่าตัด ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะแตกต่างจากการเก็บข้อมูลหลังจากผู้ป่วยที่ศีรษะเข้าห้องผ่าตัด 10 นาที
2. การวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการสุ่มตัวอย่าง โดยเลือกวิธีสุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีคุณลักษณะครอบคลุมลักษณะประชากร
3. ควรมีการวางแผนในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความสับสน กลัว เครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยต้องรับฟังปัญหา ให้กลุ่มตัวอย่างพูดระบายความรู้สึก ให้กำลังใจและอยู่เป็นเพื่อนคอยปลอบใจตลอดเวลา