

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดเป็นการกระทำต่อร่างกายของมนุษย์โดยวิธีการทางหัตถการหรือใช้เครื่องมือในการผ่าตัด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางสรีรวิทยา เพื่อการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บหรือขจัดเนื้อร้าย เนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ถูกทำลายออก บรรเทาอาการเจ็บปวดและการรักษาโรค (Harkness & Dincher, 1996; Marek & Boehnlein, 1999; Monahan, Drake & Neighbor, 1994 อ้างใน อิงอร พงศ์พุทธชาติ, 2546) และการผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) นับว่าเป็นการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุดในทางนรีเวชวิทยา จากการสำรวจที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1965 พบว่า ในสตรีอายุ 15 ปีขึ้นไปจนถึงวัยสูงอายุ จำนวน 97 ล้านคน มีสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกเป็นจำนวนถึง 18.5 ล้านคน โดยร้อยละ 25 ของสตรีที่ตัดมดลูก ได้รับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างร่วมด้วย และจำนวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41 ในปี ค.ศ.1984 (Pokras & Hufnagel, 1988 อ้างใน อัญชลี ตาบุรี, 2543) และในปี ค.ศ.1988 ถึง ค.ศ.1990 ได้มีการสำรวจพบว่า มีสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกจำนวนประมาณ 1.7 ล้านคน คิดเป็นอัตรา 100.5 : 10,000 ของสตรีทั้งหมด สำหรับอายุของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างนั้น อยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 45 ปีและอายุ 45 ปีขึ้นไป คิดเป็น ร้อยละ 37 และ 68 ตามลำดับ (Wilcox, Koonin, Pokras, Strauss, Xia, & Peterson, 1994 อ้างใน อัญชลี ตาบุรี, 2543) สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดจนทำให้ผู้หญิงต้องได้รับการผ่าตัดมดลูก คือ โรคนี้ออกมดลูก รองลงมาตามลำดับคือ โรคเยื่อบุมดลูกขึ้นผิดที่ (Endometriosis), มดลูกหย่อนเยื่อบุมดลูกหน้าตัว และที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งมดลูกและปากมดลูกนอกนั้นเป็น สาเหตุอื่น ๆ เช่น เนื้องอกรังไข่ ที่เวลาผ่าตัดก็ตัดมดลูกออกไปด้วย เป็นต้น โดยในการตัดมดลูกออกนั้นสตรีส่วนใหญ่โดยเฉพาะในรายที่มีสาเหตุจากมะเร็งในระบอบวัยวะสืบพันธุ์ มักจะได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมด้วย เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งบริเวณรังไข่ และป้องกันการลุกลามของโรคมะเร็ง (Stovall, 1996 อ้างใน อัญชลี ตาบุรี, 2543)

สำหรับในประเทศไทย ผลการศึกษาในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2538 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2539 จำนวน 93 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-45 ปี ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ และข้อบ่งชี้ของการตัดมดลูกส่วนใหญ่เป็นเนื้องอกในมดลูก (ประอรนุช คุลยาทร, พรรณนิภา ธรรมวิรัช, และจินดา อุไรรัตน์, 2540) ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องในปี พ.ศ.

2549 มีจำนวนทั้งสิ้น 484 คน (สถิติการผ่าตัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2549) ส่วนสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2541 จำนวนทั้งสิ้น 272 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-50 ปี และสาเหตุของการตัดมดลูกเป็นเนื้องอกในมดลูกมากที่สุด รองลงมาเป็นมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะแรก และเนื้องอกบริเวณรังไข่ (สถิติผู้ป่วย ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ้างใน อัญชลี ตาบุรี, 2543) ที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม มีสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องในปี พ.ศ. 2548 จำนวน 141 ราย ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 133 ราย (สถิติการผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม, 2549)

แม้การผ่าตัดจะมีประโยชน์ในการรักษาแต่ในขณะที่เดียวกันการผ่าตัดก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดมักจะมองการผ่าตัดว่าเป็นเรื่องใหญ่และมีความสำคัญ แต่แต่ละคนจะรับรู้ความหมายของการผ่าตัดที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่าตัดและผลกระทบที่ตามมาแตกต่างกัน (Long, Phipps & Cassmeyer, 1993) เมื่อแพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยรับการรักษาโดยการผ่าตัด มีผู้หญิงจำนวนมากที่ต้องวิตกกังวลกับการผ่าตัดมดลูกออก บางรายรู้สึกเสียใจและร้องไห้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการตัดมดลูกน้อย จึงมักทำให้เกิดความกลัวและกังวลใจ มีคำถามอยู่ในใจมากมายทั้งที่กล้าถาม และไม่กล้าถาม เช่น ฉันจะรู้สึกอย่างไรเมื่อฟื้นจากสลบ จะมีผลตามมาอย่างไรบ้าง มีผลระยะยาวอย่างไร จะทำให้แก่ลงเร็วหรือไม่ จะทำให้ชีวิตเกี่ยวกับทางเพศเปลี่ยนไปหรือไม่ เป็นต้น จากการศึกษาของ ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง (2547) เรื่องความต้องการด้านสุขภาพของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคัล(Radical hysterectomy) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นสตรีจำนวน 21 ราย ซึ่งได้รับการเลือกแบบเจาะจงจากสตรีที่มารับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคัลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบเรดิคัลมีความต้องการด้านสุขภาพ 9 ประเด็นหลัก ดังนี้ (1) ความต้องการความปลอดภัยในชีวิต (2) ความต้องการลดความไม่สุขสบายจากการเตรียมลำไส้ก่อนการผ่าตัด (3) ความต้องการให้การทำงานของร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติ (4) ความต้องการได้รับข้อมูล (5) ความต้องการได้รับการปรึกษาปรึกษาทางจิตใจและอารมณ์ (6) ความต้องการการยอมรับในความเป็นบุคคล (7) ความต้องการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว (8) ความต้องการคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ทางเพศกับสามี และ (9) ความต้องการการสนับสนุนทางการเงินและสวัสดิการทางสังคม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการผ่าตัดมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยเสมอทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น แผนการรักษาที่ซับซ้อน วิธีการตรวจรักษาพยาบาลต่างๆ ความ

เจ็บปวดทุกข์ทรมาน การต้องพึ่งพาผู้อื่น การสูญเสียการควบคุม หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต (Long, 1989) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลจากความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ที่จะเผชิญ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ รู้สึกสิ้นหวัง กลัวความเจ็บปวดแผลผ่าตัด กลัวเป็นมะเร็ง กลัวตาย กลัวว่าคมยาสลบแล้วไม่ฟื้น กลัวสูญเสียหน้าที่การงาน มีปัญหาเศรษฐกิจ (Beland & Passos, 1981) และจากการศึกษาของ Graham & Conley (อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล, 2525) เรื่ององค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยกลัวในการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยกลัวตายเป็นอันดับแรก เนื่องจากการไม่ได้รับข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน กลัวการดมยาสลบ กลัวแพทย์ที่จะทำผ่าตัด อันดับรองลงมากลัวว่าจะเป็นมะเร็ง กลัวว่าหลังผ่าตัดจะไม่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่สามารถประกอบภารกิจตามปกติได้ ในบางรายที่ผ่าตัดอวัยวะส่วนหลังกลัวเป็นอัมพาต และมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เด่นชัดที่สุดคือ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจากระดับปกติ ผลจากความกลัวและความวิตกกังวล ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ตามทฤษฎีแรงขับเคลื่อนทางอารมณ์กล่าวไว้ว่า “ความกลัวจะเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เพื่อต่อสู้กับภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัว พฤติกรรมที่ถูกกระตุ้นจากความกลัวนี้มีทั้งผลดี และผลเสียต่อการปรับตัวของบุคคล ในระหว่างที่ต้องต่อสู้กับภาวะการณ์ที่คุกคามความรู้สึกของเขา” (Johnson, Dabbs and Leventhal, 1970 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล, 2525) นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้ผู้ป่วยทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้า และจากการได้รับข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทำให้การรับรู้ผิด หรือเบี่ยงเบนไปจากความจริง (Beland & Passos, 1981) ซึ่งความกลัว ความวิตกกังวลเหล่านี้ อาจมีผลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ที่พบได้คือ ในระบบทางเดินปัสสาวะ มีการติดเชื้อ การมีปัญหาลำบากปัสสาวะลำบาก ภาวะปัสสาวะค้าง แผลผ่าตัดอักเสบติดเชื้อ การมีแผลทะลุระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ระบบไหลเวียนโลหิต เช่น การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Dicker et al., 1982 อ้างใน อัญชลี ตาบุรี, 2544) พบว่า การตัดมดลูกออกทางหน้าท้องมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบภายหลังการตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ได้แก่ ใช้จากการติดเชื้อ ร้อยละ 16.8 ตกเลือด ร้อยละ 15.4 การได้รับการผ่าตัดซ้ำพบร้อยละ 1.7 เช่น การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น สำหรับโรงพยาบาลเชียงใหม่รามา มีผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องที่ได้รับการผ่าตัดซ้ำ ปี พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 0.7 และปี พ.ศ. 2549 คิดเป็นร้อยละ 1.5 (สถิติการผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงใหม่รามา, 2549) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

และถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นและต้องการผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำสิ่งต่างๆ เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจว่าการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับนั้นปลอดภัย ลดความเครียดและความกังวลใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ผู้วิจัยตระหนักและเห็นความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วย ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเชียงใหม่รามจะมีการให้ความรู้กับผู้ป่วยบ้าง แต่ยังไม่มีการกำหนดเนื้อหาและรูปแบบการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยผ่าตัดที่แน่นอนชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการทำการศึกษาถึงผลการจัดโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นจะสร้างตามหลักการออกแบบระบบการเรียนการสอนของดิคส์และแคร์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำสื่อประสมมาใช้ในโปรแกรมเพื่อเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัว ซึ่งในการเลือกใช้สื่อประสมในการสอนนั้นเนื่องจากว่าปัจจัยพื้นฐานในการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน เช่น ความรู้เดิมของผู้ป่วยที่เคยได้รับ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่ในสังคม ระบบครอบครัว ระยะเวลาพัฒนาการ ความรุนแรงและแผนการรักษาของโรค รวมทั้งความเครียดและวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้วิจัยต้องวางแผนการสอนและการเลือกใช้สื่อที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยต่างๆ ของแต่ละบุคคล จากการศึกษาของ โสภากรรณสุด (2541) เรื่องการใช้ชุดสื่อประสมสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การเรียนการสอนโดยใช้สื่อประสมจะทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาและสามารถปฏิบัติตามคำสอนได้ดี เนื่องจากวิธีการเรียนแบบนี้มีลำดับขั้นตอนที่ต่อเนื่อง ไม่ยุ่งยาก เร้าความสนใจ และสามารถซักถามผู้สอนได้ตลอดเวลา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการสอนในลักษณะนี้ในการศึกษาครั้งนี้ด้วย โดยจัดทำออกมาในรูปของชุดการเรียนการสอนที่สามารถนำมาใช้เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยชุดการเรียนการสอนจะมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงจูงใจสูง มีความตั้งใจในการเรียนรู้ ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์เร็วขึ้น (สันทนากนกศิลป์, 2533, พรพรรณ คีลาวงศ์, 2544) ในการสร้างโปรแกรมนี้นี้ยังได้ประยุกต์แนวคิดของ ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา ที่กล่าวว่าวิธีการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 4 วิธี คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยภายในชุดการเรียนการสอนจะให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองและดูตัวอย่างจากสื่อต่างๆ และการให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา การพูดสนับสนุนให้กำลังใจ

จากเหตุผลต่าง ๆ ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัด โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาถึงผลการจัดโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งการทดลอง (Quasi-experimental) โดยกำหนดขอบเขตของประชากรและขอบเขตเนื้อหาของการวิจัยดังนี้

ขอบเขตของประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม และจะต้องได้รับการผ่าตัดมดลูก ผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้องและเยื่อบุช่องท้องเข้าไป

ขอบเขตของเนื้อหา

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดและทฤษฎีซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และหลักการออกแบบระบบการเรียนการสอนของคิกส์และแคร์ โดยได้จัดเป็นโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเนื้อหาของโปรแกรม ดังนี้

1. การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด
2. การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
3. การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หมายถึง โปรแกรมที่จัดเตรียมขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูกเกิดความรู้ ความเข้าใจมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการเตรียมตัวในระยะก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวระยะหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ชุดการเรียนการสอน หมายถึง สิ่งที่ผู้สอนนำมาใช้ในการเรียนการสอนเพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้ และปฏิบัติ ซึ่งการสอนประกอบด้วย เนื้อหา วิธีการสอน สื่อการสอน และกิจกรรม

ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูก หมายถึง บุคคลที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เชียงใหม่ราม และจะต้องได้รับการผ่าตัดมดลูก (Hysterectomy) ผ่านผนังหน้าท้อง กล้ามเนื้อหน้าท้อง และเยื่อช่องท้องเข้าไป

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูก มีความรู้ และสามารถปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตัวเมื่อ กลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หมายถึง ภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด มีไข้ อุจลมปอด แผล ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด หลอดเลือดดำส่วนลึกอักเสบและอุดตัน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้การจัด โปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดมดลูก เพื่อให้ผู้ป่วย ฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้นอีกวิธีการหนึ่ง
2. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น
3. ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการรักษา
4. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ช่วยให้การรักษาพยาบาลดำเนิน ไปด้วยดี
5. ผู้ป่วยและญาติจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับโรงพยาบาลในด้านบริการที่เป็นกันเอง เป็น การประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่งด้วย
6. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัด โปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดด้วยโรคอื่นๆ
7. สามารถนำไปโปรแกรมที่ได้ไปใช้พัฒนาในหน่วยงาน