

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดพฤติกรรม ความคิดในผู้ป่วยมะเร็ง จากกลุ่มตัวอย่าง 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดและเปรียบเทียบความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค

ตอนที่ 2 ระดับความซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงของ คะแนนความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ดังนี้

n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของข้อมูล
S.D.	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S.D. ₁	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
S.D. ₂	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม
O_1	หมายถึง	ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งก่อนได้รับการ บำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ
O_2	หมายถึง	ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการ บำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ
O_3	หมายถึง	ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งก่อนได้รับการ พยาบาลตามปกติ
O_4	หมายถึง	ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการดูแล ตามปกติ
$\bar{D}_1$	หมายถึง	ผลต่างระหว่างระดับความซึมเศร้าที่วัดได้หลังการ ทดลอง (O_2) ในกลุ่มทดลองลบด้วยค่าตัวแปรตามที่วัด ได้ก่อนให้สิ่งทดลอง (O_1) โดยให้ $\bar{D}_1 = O_2 - O_1$
$\bar{D}_2$	หมายถึง	ผลต่างระหว่างระดับความซึมเศร้าที่วัดได้หลังการ ทดลอง (O_4) ในกลุ่มควบคุมลบด้วยค่าตัวแปรตาม (O_3) ที่ วัดได้ในช่วงเดียวกับการวัด O_1 โดยให้ $\bar{D}_2 = O_3 - O_4$

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ
รายได้ สถานภาพสมรส ระดับความรุนแรงของโรค

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ						
ชาย	9	45	9	45	18	45
หญิง	11	55	11	55	22	55
2.อายุ						
20-40	3	15	3	15	6	15
40-60	17	85	17	85	34	85
3.การศึกษา						
ประถมศึกษา	10	50	10	50	20	50
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	15	1	5	4	10
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15	3	15	4	15
อนุปริญญา	0	0	0	0	0	0
ปริญญาตรี	4	20	6	30	10	25
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	0	0
4.อาชีพ						
งานบ้าน	7	35	6	30	13	32.5
รับจ้าง	5	25	5	25	10	25
ค้าขาย	2	10	1	5	3	7.5
เกษตรกรรวม	0	0	1	5	0	2.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	25	7	35	10	30
อื่นๆ	1	5	0	0	1	2.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5.รายได้						
เพียงพอ	15	75	15	75	30	75
ไม่เพียงพอ	5	25	5	25	10	25
6.สถานภาพสมรส						
โสด	3	15	4	20	7	17.5
คู่	11	55	11	55	22	55
หม้าย	3	15	3	15	6	15
หย่าร้าง	3	15	2	10	5	12.5
7.ระดับความรุนแรงของโรค						
Stage ที่ 1	8	40	8	40	16	40
Stage ที่ 2	9	45	9	45	18	45
Stage ที่ 3	3	15	3	15	6	15
8.ประเภทของผู้ป่วยมะเร็ง						
มะเร็งปอด	8	40	5	25	13	32.5
มะเร็งเต้านม	7	35	6	30	13	32.5
มะเร็งลำไส้	4	20	9	45	13	32.5
มะเร็งเม็ดเลือด	1	5	0	0	1	2.5

จากตารางที่ 4 แสดงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 20 คน โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มี เพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค จำนวนเท่ากันในแต่ละคู่ คือ ส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 55 และเพศชาย ร้อยละ 45 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 85 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน Stage ที่ 1 และ Stage ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 45 40 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ระดับความซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรม
ความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 ระดับความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง (n = 40)

ระดับความ ซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม
	n(%)		n(%)		n(%)
	Pretest(O ₁)	Posttest(O ₂)	Pretest(O ₃)	Posttest(O ₄)	
ปกติ	-	19 (95)	-	8 (32)	-
น้อย	19 (95)	1 (5)	20 (100)	12 (68)	39 (97.5)
ปานกลาง	1 (5)	-	-	-	1 (2.5)
รุนแรง	-	-	-	-	-
รวม	20 (100)	20 (100)	20 (100)	20 (100)	40 (100)

จากตารางที่ 5 พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 95 และ 100 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความซึมเศร้ามลดลง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ รองลงมาอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 95 และ 1 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย รองลงมาอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 68 และ 32 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)				(Wilcoxon mathched -pairs signed test)	กลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=20)				(Wilcoxon mathched- pairs signed test)
	$\overline{X}$	S.D	$\overline{D}_1$	SD_1			$\overline{X}$	S.D	$\overline{D}_2$	SD_2	
ระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วย											
O ₁	18.40	8.30			-9.27***	O ₃	18.60	4.60			-2.17*
O ₂	5.95	3.81	12.45	5.414		O ₄	16.15	7.42	2.25	4.48	

* p<.05

***p<.001

จากตารางที่ 6 จากตารางพบว่า ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความซึมเศร้าด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test ในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความซึมเศร้าแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าเฉลี่ยความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.4 และหลังจากได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยความซึมเศร้าเท่ากับ 5.95 และผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความซึมเศร้าด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test ในกลุ่มควบคุมพบว่าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติค่าเฉลี่ยของความซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		(Mann-Whitney U Test)
	$\bar{D}_1$	SD ₁	$\bar{D}_2$	SD ₂	
ระดับความซึมเศร้า	12.45	5.414	2.25	4.48	25.5***

***p<.001

จากตารางที่ 7 พบว่าการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของความซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดและการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดมีความซึมเศร้าน้อยลง เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดมีกระบวนการเป็นขั้นตอน มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดทิศทางของโปรแกรมที่จะช่วยลดความซึมเศร้าลง มีระยะเวลา มีขอบเขต ระเบียบข้อตกลงในการบำบัด ดังที่ Aron Beck (1979) กล่าวไว้ว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time - limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) ในส่วนของผู้ป่วยก็มีการกำหนดทิศทางเช่นกัน คือความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และการสร้างระเบียบหรือข้อตกลงของกลุ่มในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง ตามที่ ถวิล ธาดา โภชน์ และศรัณย์ ดำริสุข (2544) กล่าวว่า การบำบัดแต่ละครั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการ

เรียนรู้ จากหลักการของการเรียนรู้ ในการดำเนินชีวิตแต่ละวันมนุษย์มีการเรียนรู้สิ่งต่างๆมากมาย เช่น เรียนรู้ว่าจะต้องทำอะไร แล้วทำอะไร เรียนรู้เพื่อนร่วมงานแต่ละคนเป็นอย่างไร ซึ่งการดำเนินการตามขั้นตอนมีการแจ้งรายละเอียดของกิจกรรม การมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำอย่างมีขั้นตอน การได้ฝึกทำแบบฝึกหัดในกลุ่ม เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ของระหว่างกิจกรรม และความรู้สึกของตนเอง เป็นวิธีที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มต้น การรักษา และผู้ป่วยที่ซึมเศร้ารู้สึกไม่ดีกับตนเอง และการแยกแยะความสัมพันธ์ ระหว่างกิจกรรมและอาการ ทำให้ผู้ป่วยบำบัดสามารถให้ความช่วยเหลือที่ตรงเป้าหมาย ในการดำเนินโปรแกรมการบำบัด พฤติกรรมความคิดเป็นกิจกรรมที่เป็นขั้นตอน ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีกิจกรรมที่มีความสำคัญแตกต่างกันออกไป โดยกิจกรรมทั้งหมดได้ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลง ในแต่ละขั้นตอนโดย

ขั้นที่ 1 การสอนผู้ป่วย มีกิจกรรมที่สำคัญอยู่ 1 กิจกรรม ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อม ในการได้รับการบำบัด และเกิดความพร้อมในการที่จะนำวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดไป ใช้ในชีวิตประจำวัน ในกิจกรรมที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและการประเมินพฤติกรรมความคิด ในการพบกันครั้งแรกทั้งผู้วิจัยและผู้ป่วยต่างเป็นบุคคลแปลกหน้า แต่เมื่อได้มีการดำเนินกิจกรรม “คนแปลกหน้า” พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และเกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตรในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม มีการบอกจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของการบำบัด แนวทางการปฏิบัติ ระยะเวลา รวมถึงการให้ ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบำบัด รักษา จึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ โดยเฉพาะ เรื่องของการรักษาความลับที่ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อและยินดีที่จะเปิดเผยความรู้สึก และทำให้ความวิตกกังวลในการเข้ากลุ่มน้อยลงแล้วจึงนำไปสู่การที่จะให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องความซึมเศร้า จากนั้นเมื่อผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cohesiveness) ที่สำคัญ คือ การตั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ามา เชื่อมโยงกับเนื้อหาตามทฤษฎีที่สอนเกี่ยวกับความซึมเศร้า และทำให้ผู้ป่วยได้รู้จักกับความซึมเศร้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับความซึมเศร้ามากขึ้น และเป็นการเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจาก ประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับ กนกวรรณ ทาสอน(2545) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้ เรียนรู้จากการมีส่วนร่วม ได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเองทำให้ความวิตกกังวลลดลง ถือว่าเป็น ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ สำหรับกิจกรรมที่ 4 การป้องกันการ กลับเป็นซ้ำเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้อีก สามารถช่วยลด ความซึมเศร้าลงได้ สอดคล้องกับ White and Freeman (2000) ซึ่งกล่าวว่าปัจจัยกระตุ้นด้านชีวภาพอาจส่งผลต่อการเกิดเป็นซ้ำได้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพวิกฤต การให้ ข้อมูลกับผู้ป่วยสำหรับการเตรียมตัวในการเผชิญชีวิตในสังคม เป็นกระตุ้นให้มีการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จริงจังในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าการมุ่งเน้นที่การรักษา และยัง

สอดคล้องกับ Tsai – HweiChen (2006) ว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นการแสดงถึงความห่วงใยทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ทำให้ความซึมเศร้าลดน้อยลง ดังนั้นการดำเนินโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิด ตามขั้นตอนจึงถือว่ามีความสำคัญในการช่วยให้เกิดประโยชน์ในการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการบำบัด

ขั้นที่ 2 เป็นการใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิด ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคบำบัดทางพฤติกรรมเป็นเทคนิควิธีการที่ดำเนินร่วมกันเป็นหัวใจของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 – 3 โดยกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความต่อเนื่องเป็นขั้นตอนที่เริ่มจากง่ายไปสู่ยากโดยกิจกรรมทุกกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ความซึมเศร้าลดลง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ในกิจกรรมนี้มีการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรม พบว่าผู้ป่วยยังเข้าใจว่าความคิดคืออารมณ์ และอารมณ์คือความคิดผู้ป่วยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ยกตัวอย่างส่วนหนึ่งในการดำเนินกิจกรรมที่ 3 จากสถานการณ์สมมติ“ตั้งใจซื้อของมาให้คนคนหนึ่งแต่เขากลับบอกว่าซื้อมาทำไม” ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกความรู้สึกว่า“รู้สึกว่าจะเอาของชิ้นนั้นทิ้งไปเลย เราอุตส่าห์ขับรถไปซื้อให้แล้วเขามาพูดอย่างนี้” เมื่อผู้วิจัยถามถึงความรู้สึกซ้ำอีกครั้งผู้ป่วยตอบว่า“ตอนนั้นทั้งโกรธ แล้วก็เสียใจ รู้สึกว่าเราเป็นคนโง่” จะเห็นว่าผู้ป่วยได้บอกทั้งความคิดและอารมณ์ความรู้สึก ผสมกันยังแยกไม่ได้ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้เป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าความคิด หมายถึงอะไร อารมณ์หมายถึงอะไร และพฤติกรรมหมายถึงอะไร ก็จะไม่สามารถนำไปสู่การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบได้ ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยได้เข้าใจว่าความหมายของความคิดอารมณ์และพฤติกรรมจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเริ่มต้นที่จะฝึกจับความคิดอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป การฝึกให้ผู้ป่วยได้ทำแบบฝึกหัดในห้องก็เป็นการช่วยให้เกิดความเข้าใจในการบันทึกความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อกลับไปทำที่บ้านในสมุดบันทึกความคิดนอกจากนี้ยังมีการยกตัวอย่างประโยคความคิดที่เป็นความคิดทางลบแล้วให้ผู้ป่วยบอกว่าเป็นความคิดทางลบ หรือทางบวก ซึ่งจะเป็นการสะท้อนความคิดของผู้ป่วยเช่นกัน ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “ที่ผ่านมามันเองเป็นคนคิดทางลบมาตลอด คิดโน้นคิดนี้ คิดว่าเราทำไม่ได้ คิดมาก” จากกิจกรรมนี้ยังเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินได้ด้วยว่าลักษณะการคิดของผู้ป่วยเป็นการคิดทางลบที่มีความคิดบิดเบือนหรือไม่ สอดคล้องกับ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย(2549) ที่กล่าวว่า การเข้าใจความคิดของตัวเองจะเป็นเครื่องมือนำไปสู่เป้าหมายของการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด คือเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และความคิดที่ไม่สมเหตุสมผล การให้เหตุผลที่ไม่ถูกต้อง และการมองตนเองในด้านลบและสอดคล้องกับสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต(2549) ว่าการทดแทนการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การ

ประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริงและยังเป็นการบรรเทาอาการซึมเศร้า และป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำโดยช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาและทำการทดสอบความคิดด้านลบ (negative cognition) ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของการคิดที่ยืดหยุ่น ช่วยให้ผู้ป่วยชักซ้อม การคิดที่เกิดขึ้นใหม่และพฤติกรรมที่กำเนิดขึ้นใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา กฤติยาวรรณ (2548) ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหลังจากที่นักศึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแล้วพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงและจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่านักศึกษามีการพัฒนา ด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวกและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ขั้นตอนที่ 3 การใช้เทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนมีการใช้เทคนิคบำบัดทางพฤติกรรม ด้วยการฝึกปฏิบัติโดยผู้วิจัยได้มอบหมายงาน ให้ผู้ป่วยทำอย่างเป็นขั้นตอนชัดเจน ซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติตามได้ เช่น การทำกิจกรรมในห้อง การทำแบบฝึกหัดการทำการบ้าน ซึ่งผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือ และทำการบ้านทุกคน แต่มีข้อสังเกตเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับการศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษาซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางคนทำกิจกรรมเกี่ยวกับการทำแบบฝึกหัดในห้องซ้ำ กว่าผู้ป่วยคนอื่น ดังนั้น ผู้บำบัดจึงต้องถามผู้ป่วยถึงความเข้าใจ และปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรมเสมอ สอดคล้องกับ จันทิมา องค์โษษิต (2545) ที่กล่าวว่าถึงแม้ผู้ป่วยทำไม่ได้ตามที่มอบหมายก็ตาม แต่การถามของผู้บำบัดจะเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้บำบัดมีความเป็นห่วงใยในตัวผู้ป่วยเสมอ ในกิจกรรมที่3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ช่วยลดความซึมเศร้าได้สอดคล้องกับ ดวงมณี จงรักษ์ (2549) ที่กล่าวว่าการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบทำให้ผู้ป่วยเข้าใจกับความคิดของตนเองว่าเป็นความคิดแบบใด ส่งผลต่ออารมณ์เศร้า ความคิดที่ส่งผลลบต่อตนเองมีส่วนทำให้มีอาการเสีย และมีผลกับปฏิกิริยาทางสรีระและมีผลกับพฤติกรรมโดยเฉพาะพฤติกรรมหลีกเลี่ยง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Seok – Man Kwon และ Tiam P.S. Oei (2003) ที่ทดสอบความสัมพันธ์ที่เป็นเหตุเป็นผลกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความคิดอัตโนมัติความบกพร่องของทัศนคติ และอาการของโรคซึมเศร้า โดยการใช้กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า กลุ่มบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยลดความคิดด้านลบและเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ และความบกพร่องของทัศนคติชักนำให้เกิดการลดลงของอาการซึมเศร่าดังนั้น จากงานวิจัยนี้ พบว่าผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดช่วยให้ผู้ป่วยมี ภาวะซึมเศร่าลดลง

จากการศึกษาครั้งนี้จึงจะไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า การเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังผ่านโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน