



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

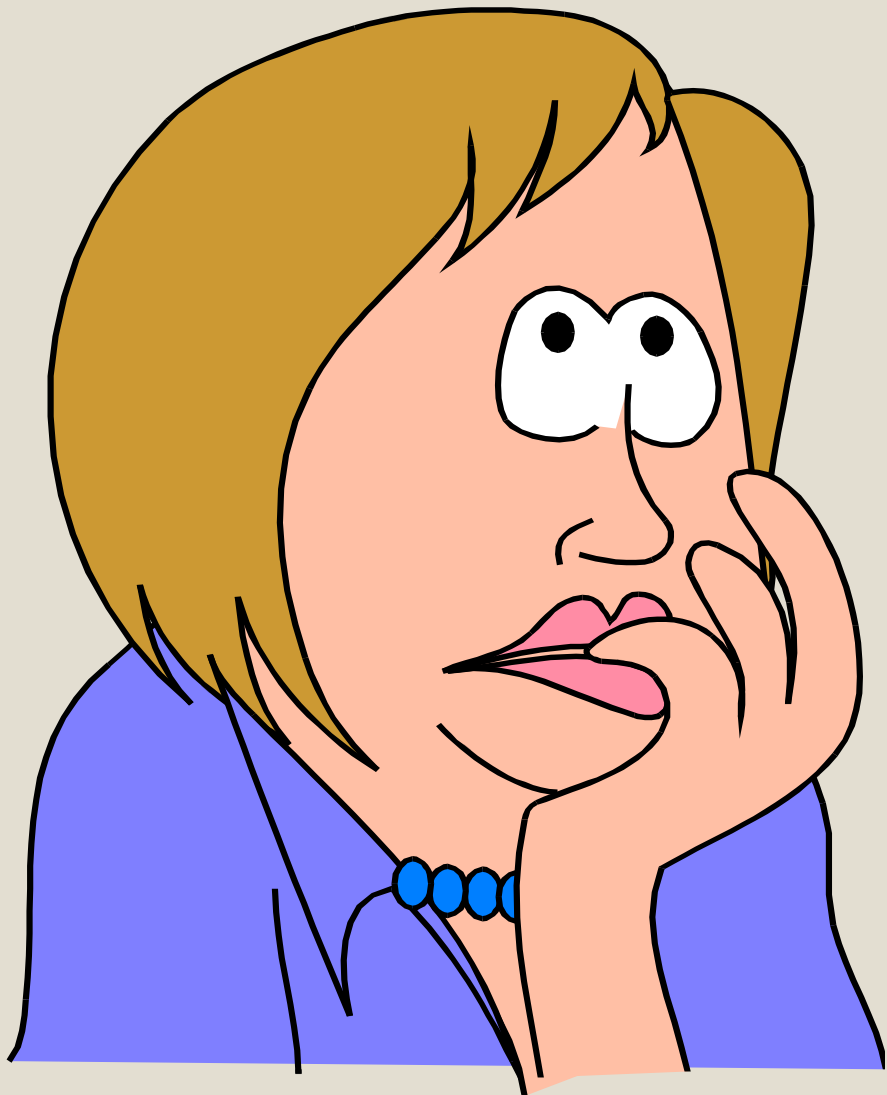
กระบวนการให้การปรึกษา กรณีพบก่อนและเป็นมะเร็งเต้านม

เรืออากาศเอกหญิงฐาปนพร สิงห์โกวินท์
รองผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย



ปัจจัยทางสังคมจิตใจ

- หมายถึง สิ่งต่าง ๆ รอบตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ
ความคิด ความรู้สึก และการกระทำเกี่ยวข้องกับ
กับความเชื่อค่านิยม ทัศนคติ ประเพณี
วัฒนธรรม แนวทางที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา



ปฏิกิริยาต่อการรับรู้ข่าวร้าย (อลิซาเบธ คูเบอร์ รอสส์)

- ❖ ช็อก
- ❖ ปฏิเสธความจริง
- ❖ โกรธ
- ❖ ต่อรอง
- ❖ เศร้า วิตกกังวล
- ❖ ยอมรับ ปรับตัว

คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษา (counselor)

- มีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) สามารถแสดงคำพูด(verbal) และภาษากาย (nonverbal)
- มีความจริงใจ เป็นธรรมชาติ
- ไม่อคติ ไม่ตัดสินโดยใช้ประสบการณ์ หรือใช้ทัศนคติส่วนตัว
- ยอมรับความคิดและการกระทำของผู้รับการปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข

คำสำคัญด้านทัศนคติ ของการเป็นผู้ให้การปรึกษา

- Empathic Understanding
- Non Judgemental
- Unconditioning Positive Regard

การให้การปรึกษา (Counseling)

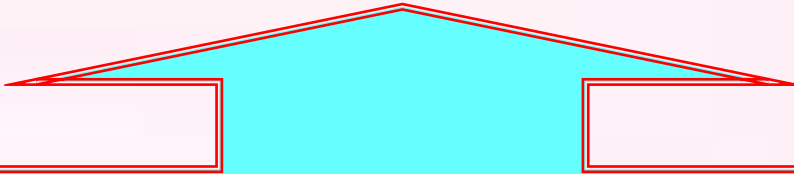
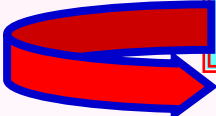
หมายถึง

กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาศัยการสื่อสาร
สองทาง ระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การปรึกษา
ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับการปรึกษา
ได้สำรวจและทำความเข้าใจ สิ่งที่เป็นปัญหา และแสวงหาหนทาง
แก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง



แนวคิดและหลักการ

เป้าหมาย เพื่อให้ client เกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหาตนเอง
จนสามารถตัดสินใจ และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

- 
- เป็นกระบวนการสนทนาที่เน้นการสื่อสาร 2 ทาง
 - ยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (client-centered)
- 
- 

Counselor มีความเข้าใจ ทักษะ และใช้เทคนิคการปรึกษา

หลักการพื้นฐานของการให้การปรึกษา

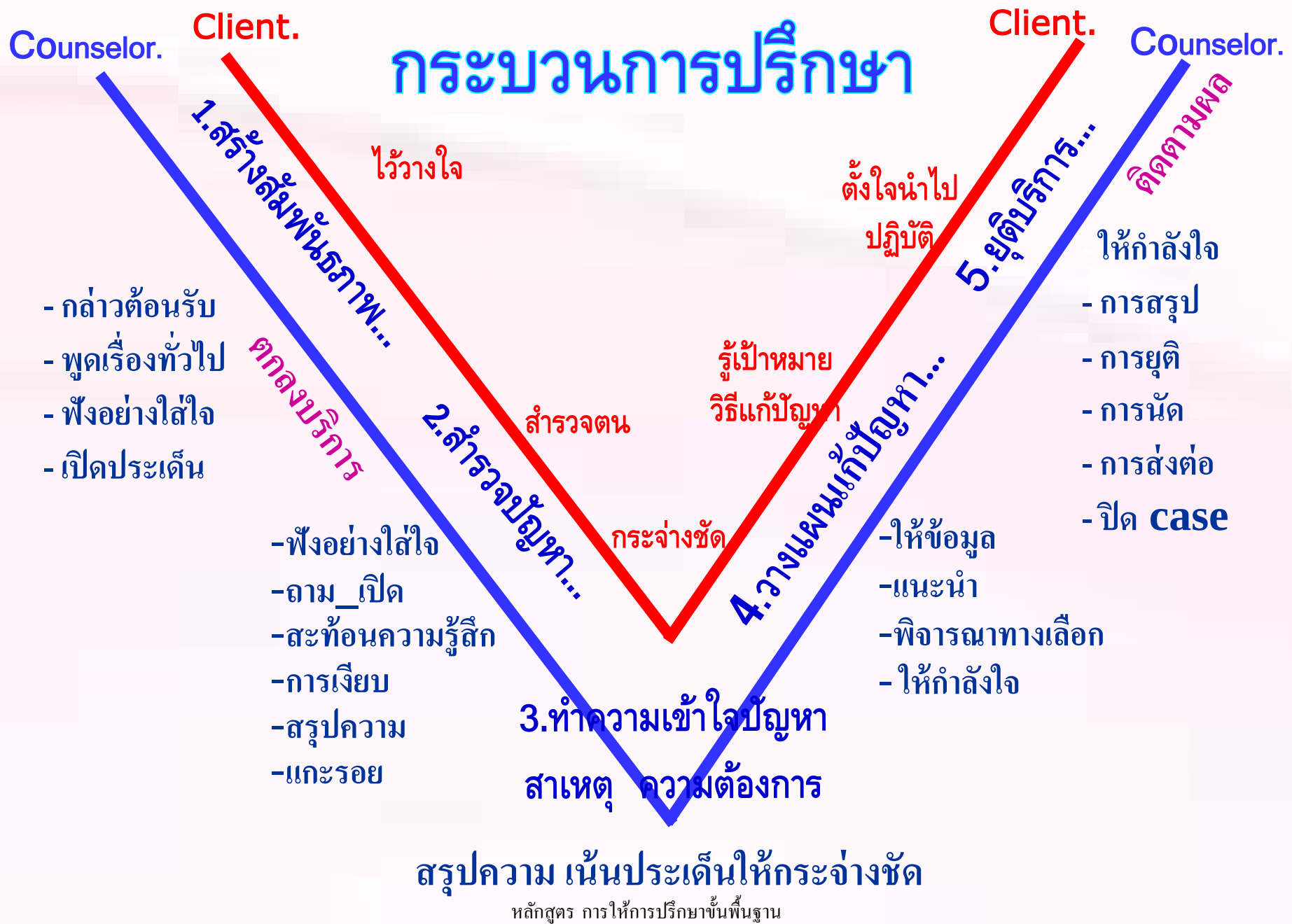
- การให้การปรึกษา มีสิ่งที่แตกต่างจากการให้บริการทั่วไป
- ผู้ให้การปรึกษา(Counselor)จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติ และวิธีการตอบสนองบางอย่างต่อผู้รับการปรึกษา (Client) เช่น
 - * เชื่อในศักยภาพของผู้รับการปรึกษา
 - * แสดงออกถึงความเท่าเทียมกันระหว่าง Counselor & Client
 - * วางตัวเป็นกลาง
 - * ใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการรับรู้ทั้งเนื้อหาและอารมณ์



หลักการพื้นฐานของการให้การปรึกษา

- สร้างความไว้วางใจ
- เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความเห็นอกเห็นใจ จริงใจ
- เน้นการรักษาความลับ
- ศูนย์กลางความคิด ความรู้สึก และการตัดสินใจ
อยู่ที่ผู้รับการปรึกษา (client centered)





Key word : การให้การปรึกษา

- กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์
- บุคคลสองฝ่าย (Counselor & Client)
- มีการสื่อสารสองทาง
- ผู้ให้การปรึกษาเอื้ออำนวย
- ให้ผู้รับการปรึกษา สำรวจ เข้าใจและแก้ไข
ปัญหาด้วยตนเอง

5 ขั้นตอน ในกระบวนการให้การปรึกษา

- สร้างสัมพันธภาพ-ตกลงบริการ
- สำรวจปัญหา
- ทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ
- วางแผนการแก้ไขปัญหา
- ยุติกระบวนการ

คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษา (counselor)

- มีความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) สามารถแสดง
คำพูด(verbal) และภาษากาย (nonverbal)
- มีความจริงใจ เป็นธรรมชาติ
- ไม่อคติ ไม่ตัดสินโดยใช้ประสบการณ์ หรือใช้ทัศนคติส่วนตัว
- ยอมรับความคิดและการกระทำของผู้รับการปรึกษา
อย่างไม่มีเงื่อนไข



ภาษาท่าทางเพื่อสัมพันธภาพ SOLER

Squarely

นั่งเป็นมุมฉาก

Open

ท่าที่เปิดเผย

Lean

โน้มตัวมาด้านหน้า

Eye contact

สบตาขณะพูด

Relax

ท่าที่ผ่อนคลาย

ความสำคัญของการใช้เทคนิคต่างๆในกระบวนการปรึกษา

การปรึกษาที่ใช้เทคนิคต่างๆ อย่างเหมาะสม
ช่วยให้ผู้รับการปรึกษา(**Client**) **สามารถ**

- เปิดเผยเรื่องราวและอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
- ลดปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นให้สงบลง
- เพิ่มศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้

เทคนิคสำคัญที่ใช้ในกระบวนการให้การปรึกษา

- การฟังอย่างใส่ใจ (Active Listening)
- การถาม : คำถามเปิด และคำถามปิด
- การเจียบ : การเจียบทางบวก และ การเจียบทางลบ
- การสะท้อนความรู้สึก
- การสรุปความ
- การพิจารณาทางเลือก
- การให้ข้อมูล
- การให้กำลังใจ

Counseling 1. Encourage for BSE For Early Detection

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ Perceive Susceptibility ,Benefit and threat ของการ BSE อย่างสม่ำเสมอ และ ไม่สม่ำเสมอ
2. สร้างความมั่นใจว่า BSE ทำไม่ยาก สตรีทุกคนสามารถทำได้ ถ้าเชื่อว่าตัวเองทำได้ (Self Efficacy)
3. ทราบเป้าหมายของการจัดการมะเร็งเต้านมอยู่ระหว่างการค้นหาแต่แรกเพื่อให้พบใน stage 1 เพื่อประสิทธิผลของการรักษา ไม่ใช้การลดอุบัติการณ์ เพื่อแนวโน้มมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป

ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นข้อมูลที่น่าไปใช้ในการให้คำปรึกษา

1. มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทยและสตรีทั่วโลก ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ อายุที่เพิ่มขึ้น และเพศหญิง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันไม่ได้ เป็นต้น ถ้าติดตามสตรีที่อยู่ในสหรัฐอเมริกาไปตลอดชีวิต จะมะเร็งเต้านม 1 คน จาก 8 คน (Perceived of Susceptibility) การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเกิดมะเร็งเต้านม (อุบัติการณ์ต่อแสนหญิง 100,000 คน) พบว่า ประเทศพัฒนาแล้วจะพบอุบัติการณ์ประมาณ 90 ต่อแสน ส่วนประเทศกำลังพัฒนาประมาณ 30 ต่อแสน ต่างกันถึง 3 เท่า ในขณะที่อัตราป่วยประเทศพัฒนาเพิ่มขึ้น แต่ อัตราการตายมีแนวโน้มลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งผิดกับประเทศพัฒนาที่เพิ่มทั้งอัตราป่วยและอัตราการตายเมื่อเวลาผ่านไป (ดูที่ภาคผนวกด้านหลัง) เนื่องจากทั่วโลกจึงใช้ยุทธศาสตร์ค้นหาะเร็งเต้านมแต่เริ่มแรก (Early Detection) จึงพบมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 สูง ทำให้สามารถลดผลแทรกซ้อนและต้นทุนค่ารักษา แต่เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิต อีกทั้งสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม ไม่จำเป็นต้องตัดเต้านมออกทั้งข้าง (Perceived benefit)
2. อาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) คือพบก้อนที่เต้านม แต่ในทางกลับกัน ก้อนที่เต้านม มีส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 20) ที่เป็นมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นวิธีการค้นหาะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถตรวจได้ด้วยตัวเอง และไม่มีค่าใช้จ่าย และถ้าตรวจได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะสามารถพบความผิดปกติได้เร็ว โดยถ้าพบก้อนที่เต้านมขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตรและเป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่จะเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ซึ่งประสิทธิผลการรักษาค่อนข้างดี อัตราการรอดชีวิตเกือบร้อยละ 100
3. มีความเข้าใจผิดว่าการตรวจเต้านม ต้องตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สตรีทั่วไปโดยเฉพาะชาวบ้านทำไม่ได้ ซึ่งที่จริงแล้วไม่เป็นเช่นนั้น นิยามการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ “ การทำความคุ้นเคยกับเต้านมตนเองว่าปกติ เป็นอย่างไร ถ้าพบความผิดปกติจากเดิมที่เคยตรวจได้ ให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านโดยไม่ชักช้า “ ไม่มีใครรู้จักเต้านมของตนเองดีเท่าเจ้าของเต้านม (ถ้าเขาตรวจเต้านมด้วยตนเองตรวจสม่ำเสมอ) (Self Efficacy)
4. มีหลักฐานพิสูจน์แล้วหรือยังว่าตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ ก่อนหน้านั้นมีข้อมูลจากต่างประเทศที่ศึกษาในประเทศจีน โดยทำการศึกษาระหว่างประมาณ 2-3 แสนคน พบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่มีประโยชน์ไม่สามารถลดอัตราการตายได้แล้ว ยังไปเพิ่มความกังวลให้กับผู้ป่วยอีก ซึ่งต่อมาเจ้าของงานวิจัยก็ออกมายอมรับจุดอ่อนของการศึกษาให้อ้างอิงเฉพาะในพื้นที่ที่ทำการศึกษานั้น ห้ามนำไปอ้างอิงนอกพื้นที่การศึกษา ในประเทศไทยได้ศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างเกือบ 2 ล้านคน ตั้งแต่ปี 2556-2560 ใน 21 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศไทย พบว่าการ

ตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ ทำให้พบขนาดก้อนเล็กลง พบมะเร็งระยะแรกและอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งได้ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศชื่อ Breast journal April 2020 การศึกษานี้จะลงผลการศึกษาก่อนหน้าว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่มีประโยชน์เพราะลดการตายไม่ได้ (Perceived Benefit)

5. ผู้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกคนหรือไม่ หรือตรวจเฉพาะหญิงกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือเพศหญิงและอายุที่เพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้นผู้หญิงทุกคนที่อายุ 30 ปีขึ้นไปจึงถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละครั้ง สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ค่อยสำคัญ ได้แก่ พันธุกรรม คือมีญาติสายตรงได้แก่ คุณแม่หรือ พี่สาวหรือน้องสาวเป็นมะเร็งเต้านม การได้รับฮอร์โมนเสริมหลังหมดประจำเดือน เป็นต้น กลุ่มเสี่ยงสูงเหล่านี้จึงควรได้รับการคัดกรองที่เข้มข้นขึ้นจากสตรีทั่วไป
6. ถ้าไม่ตรวจเต้านม หรือตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ สิ่งที่จะเกิดตามมาคือ การค้นพบความผิดปกติจะล่าช้า ระยะของมะเร็งเต้านมแปรผันตามขนาดของก้อน ก้อนขนาดใหญ่ระยะของมะเร็งเต้านมก็จะมากขึ้น เป้าหมายสูงสุดของการคัดกรองคือ สามารถค้นพบมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 โดยการพบก้อนขนาดไม่เกิน 2 ซม. จึงจำเป็นต้องตรวจสม่ำเสมอทุกเดือน ในทางตรงกันข้ามถ้าพบก้อนขนาดเกิน 2 ซม. จะเป็นระยะที่ 2,3,4 ข้อมูลจากประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ของ Stage 1,2,3,4 เท่ากับ ร้อยละ 95-100, 85-93, 39-72 และ 9-29 ตามลำดับ และค่ารักษาของระยะที่ 4 เป็น 2 เท่าของระยะที่ 1 ดังตารางที่ 12 (Perceived Threat)

ตารางที่ 12 อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 years Survival) ของมะเร็งเต้านมระยะต่างๆ จำแนกรายประเทศ⁽²⁾

	Stage 0	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4
USA	100%	100%	93%	72%	22%
เกาหลี	100%	95%	86%	65%	29%
ไทย (ตะวันออกเฉียงเหนือ)	100%	100%	85%	39%	9%
ค่ารักษาใน USA ใน 24 เดือนแรก (USD)	71,909	97,066	159,442	182,655	
จำนวนเท่าของค่ารักษาเมื่อเทียบกับ Stage 0	1.0	1.3		2.2	2.5

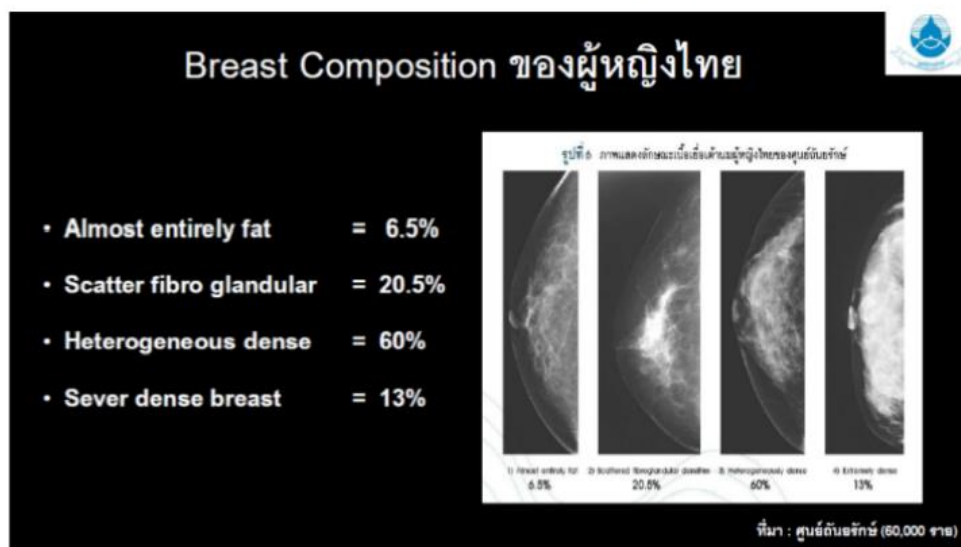
7. กรณีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแล้วพบผิดปกติหรือสงสัยมีความผิดปกติ ต้องไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านโดยไม่ชักช้า เพื่อให้ไปตรวจยืนยันโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แม้สิ่งผิดปกติหรือสงสัยผิดปกติของผู้ที่เริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองมักจะปกติเมื่อตรวจโดยเจ้าหน้าที่ แต่ก็ควรไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยไม่ชักช้า เพื่อให้หายสงสัย และจะได้สอบถามในประเด็นที่สงสัยได้อีกด้วย
8. ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เข้าไปทำแมมโมแกรมเลยได้หรือไม่ ทำได้สำหรับบางคนที่สามารถออกค่าใช้จ่ายได้ แต่ไม่สามารถทำกับสตรีทุกคนได้ เนื่องจากเครื่องแมมโมแกรมทั้งประเทศมีประมาณ 400 เครื่อง รังสีแพทย์มีประมาณ 1400 คน ประเทศไทยสามารถทำแมมโมแกรมได้ประมาณ 200,000 รายต่อปี แต่หญิงไทยอายุ 30 ปีขึ้นไปมีทั้งหมด 20 ล้านคน ถ้าจะตรวจคัดกรองสตรีไทยทุกคน ต้องใช้เวลา 100 ปีถึงจะตรวจได้หมด อีกทั้งค่าตรวจแมมโมแกรมรวมกับการทำอัลตราซาวด์ ค่าใช้จ่ายครั้งละประมาณ 2000 บาท ซึ่งเกินกำลังที่ระบบบริการของประเทศจะสามารถรองรับได้ จึงควรสงวนแมมโมแกรมสำหรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยดีกว่านำมาตรวจเพื่อการคัดกรอง

การเอกซเรย์เต้านม (Screening Mammography)



9. สาเหตุต้องทำการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ในประเทศไทย เนื่องจากส่วนใหญ่ความหนาแน่นของเนื้อเต้านมจะเป็นแบบหนาแน่น โดยมีเพียงร้อยละ 6.5 ที่ส่วนใหญ่เป็น entire fat ซึ่งต่างจากเนื้อเต้านมของฝรั่งที่ส่วนใหญ่เป็น Entirely fat ความหนาแน่นที่เห็นภาพรังสีเป็นสีขาว จึงทำให้รังสีแยกก้อนมะเร็งที่เป็นก้อนสีขาวออกจากเนื้อเต้านมที่หนาแน่นที่เป็นสีขาวได้ยาก ถ้าทำแมมโมแกรมอย่างเดียวจะวินิจฉัยมะเร็งเต้านมครอบคลุมเพียงร้อยละ 80 (ตกหล่นไป ร้อยละ 20) ถ้าทำแมมโมแกรมร่วมกับอัลตราซาวด์ จะวินิจฉัยมะเร็งเต้านมครอบคลุมได้ร้อยละ 95 (ตกหล่นไป ร้อยละ 5)

ภาพที่ 1 Breast Composition ของผู้หญิงไทย⁽¹⁸⁾



10. การตรวจแมมโมแกรม แบ่งเป็น การตรวจคัดกรอง และการตรวจเพื่อการวินิจฉัย 2 คำนี้มีความแตกต่างกันคือ
- 10.1. การตรวจเพื่อคัดกรองคือการตรวจที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำว่าผู้หญิงที่เข้าเกณฑ์ตามที่ระบุไว้ เช่น เป็นผู้หญิง อายุ 50 ปีขึ้นไป ควรไปตรวจคัดกรองโดยไม่ต้องรอให้มีอาการหรืออาการแสดงของโรค โดยกระทรวง

สาธารณสุขจะพิจารณาปัจจัยต่างๆอย่างรอบด้านว่าเป็นการกระทำที่มีความคุ้มค่า ประเทศชาติมีงบประมาณเพียงพอที่จะดำเนินการได้ หรือในกรณีที่ประชาชนต้องจ่ายเองก็เบียดราคาที่สามารถจ่ายได้ อีกอย่างคือมีเครื่องมือหรือแพทย์ที่มากพอที่จะทำการคัดกรองได้ด้วย ซึ่งการนำแมมโมแกรมมาใช้ในการคัดกรองหญิงไทยถึง 20 ล้านคนเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นอกจากนั้นยังมีเหตุผลทางวิชาการพบว่า ถ้าใช้แมมโมแกรมเพื่อการคัดกรอง โดยเฉลี่ยทุกช่วงอายุ การตรวจแมมโมแกรมครั้งแรก 1000 ราย จะพบเป็นมะเร็งเต้านม 9.5 ราย (หรือตรวจ 100 รายพบเป็นมะเร็งเต้านม 1 ราย) ยิ่งถ้าตรวจในอายุน้อยกว่า 40 ปี ตรวจ 1000 ราย จะพบเพียง 4.4 รายเท่านั้น ส่วนในกลุ่มที่ตรวจแมมโมแกรมในครั้งต่อไป (Subsequence Screen) โอกาสพบมะเร็งเต้านมจะน้อยกว่าตรวจครั้งแรก โดยตรวจแมมโมแกรมตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป 1000 รายจะพบมะเร็งเต้านมเพียง 2.3 ราย หรืออาจจะกล่าวได้ว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยแมมโมแกรมตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป โอกาสพบมะเร็งเต้านมน้อยกว่าตรวจครั้งแรก 4 เท่า

ตารางที่ 19 การทำการตรวจคัดกรองโดยใช้ Mammogram ครั้งแรกและครั้งต่อไป ของศูนย์ถันยรักษ์

ปี 2008-2012 ⁽¹⁸⁾

Outcome of Screening Medical audit 2008-2012 Thanyarak breast Center										
	TP	FP	FN	TN	Total	CDR/1000	CR/1000	Sensitivity	Specificity	PPV
Fist Screen										
<40	11	146	1	2,356	2,514	4.4	4.8	92	94.2	29.1
40-49	60	400	15	7,293	7,768	7.7	9.7	80	94.8	15.1
50-59	71	268	12	5,581	5,932	12.0	14.0	86	95.4	11.0
60-69	33	68	4	1,740	1,845	17.9	20.1	89	96.2	15.0
>=70	12	26	-	338	376	31.9	31.9	100	92.9	87.1
รวม	176	908	32	17,308	18,435	9.5	11.3	85	95.0	16.2
Sub Sequent Screen										
<40	5	43	2	3,364	3,414	1.5	2.1	71	98.7	10.4
40-49	42	360	17	26,140	26,559	1.6	2.2	71	98.6	10.4
50-59	74	283	40	35,726	36,123	2.0	3.2	65	99.2	20.7
60-69	52	109	12	13,003	13,176	3.9	4.9	81	99.2	32.3
>=70	13	25	3	2,829	2,870	4.5	5.6	81	99.1	34.2
รวม	186	820	74	81,062	82,142	2.3	3.2	72	99.0	18.5
All Screen										
<40	16	189	3	5,720	5,928	2.7	3.2	84	96.8	7.8
40-49	102	760	32	33,433	34,327	3.0	3.9	76	97.8	11.8
50-59	145	551	52	41,307	42,055	3.4	4.7	74	98.7	20.8
60-69	85	177	16	14,743	15,021	5.7	6.7	84	98.8	32.4
>=70	25	51	3	3,167	3,246	7.7	8.6	89	98.4	32.9
รวม	373	1,728	106	98,370	100,577	3.7	4.8	78	98.3	17.8

TP = True Positive, FP = False Positive, FN = False Negative, TN = True Negative, CDR = Cancer Detection rate, CR=Cancer Rate

10.2. การตรวจเพื่อการวินิจฉัย คือการตรวจเมื่อพบอาการหรืออาการแสดงผิดปกติของเต้านม เช่น พบก้อนที่เต้านมเป็นต้น การตรวจเพื่อวินิจฉัย ตรวจ 1000 ราย จะพบมะเร็งเต้านม 109.5 ราย (หรือตรวจ 100 ราย พบ 11 ราย) หรือจะกล่าวได้ว่า การแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัย จะมีโอกาสพบมะเร็งเต้านมมากกว่าแมมโมแกรมเพื่อการคัดกรอง 11 เท่า สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขไม่แนะนำให้สตรีไทยที่ไม่พบความผิดปกติที่เต้านมตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยแมมโมแกรม แต่แนะนำให้หญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เมื่อพบความผิดปกติหรือสงสัยผิดปกติ ให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้านโดยไม่ชักช้า เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำการตรวจยืนยันความผิดปกติที่เรียกว่า Clinical Breast Examination หรือ CBE ถ้าพบความผิดปกติ จะได้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการวินิจฉัย ซึ่งแพทย์ก็จะส่งตรวจแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัยต่อไป

ตาราง ที่ 20 การทำการตรวจ Diagnostic Mammogram ครั้งแรกและครั้งต่อไป ของศูนย์ถันยรักษ์

ปี 2008-2010⁽¹⁸⁾

Outcome of Diagnostic Mammography Medical audit 2008-2010 Thanyarak breast Center										
	TP	FP	FN	TN	Total	CDR/1000	CR/1000	Sensitivity	Specificity	PPV
Fist diagnose										
<40	120	532	7	2,898	3,557	33.7	35.7	94	84.5	18.4
40-49	288	471	11	2,231	3,001	96.0	99.6	96	82.6	37.9
50-59	279	193	7	1,082	1,561	178.7	183.2	98	84.9	59.1
60-69	164	47	5	315	531	308.9	318.3	97	87.0	77.7
>=70	124	26	2	99	251	494.0	502.0	98	79.2	82.7
รวม	975	1,269	32	6,625	8,901	109.5	113.1	97	83.9	43.4
Sub Sequent diagnose										
<40	13	249	3	5,109	5,374	2.4	3.0	81	95.4	5.0
40-49	67	474	45	12,100	12,686	5.3	8.8	60	96.2	12.4
50-59	71	240	36	8,553	8,900	8.0	12.0	66	97.3	22.8
60-69	35	48	22	1,957	2,062	17.0	27.6	61	97.6	42.2
>=70	13	13	5	453	484	26.9	37.2	72	97.2	50.0
รวม	199	1,024	111	28,172	29,506	6.7	10.5	64	96.5	16.3
All Diagnosis										
<40	133	781	10	8,007	8,931	14.9	16.0	93	91.1	14.6
40-49	355	945	56	14,331	15,687	22.6	26.2	86	93.8	27.3
50-59	350	433	43	9,635	10,461	33.5	37.6	89	95.7	44.7
60-69	199	95	27	2,272	2,593	76.7	87.2	88	96.0	67.7
>=70	137	39	7	552	735	186.4	195.9	95	93.4	77.8
รวม	1,174	2,293	143	34,797	38,407	30.6	34.3	89	93.8	33.9

TP = True Positive,FP = False Positive,FN = False Negative ,TN = True Negative,CDR = Cancer Detection rate,CR=Cancer

Breast Cancer Incidence rate and mortality rate

GLOBOCAN 2012⁽¹⁾ เป็นโครงการ ศึกษาและประมาณการ Incidence & Mortality ของมะเร็งต่างๆ ทั่วโลก ประมาณการโดยใช้ฐานข้อมูลของ International Agency for research on Cancer (IARC) ของ WHO มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งทั่วโลก แต่เป็นมะเร็งมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง โดยคาดการณ์ว่าน่าพบผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกในปี 2012 ประมาณ 1.67 ล้านคน (คิดเป็น 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด) และเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงทั้งประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยจำนวนรายที่พบในประเทศ Less developed (883,000 ราย) สูงกว่าประเทศพัฒนาแล้ว (794,000 ราย) แต่เมื่อพิจารณาอัตราการป่วย (Age Standardized Incidence Rate หรือ ASR) ในแต่ละภูมิภาคจะพบว่าจะมีความแตกต่างกันมากเป็น 4 เท่า โดยมีช่วงของอุบัติการณ์ตั้งแต่ 27 ต่อแสนประชากรใน Africa และ Eastern Asia กับ 92 ต่อแสนประชากร ใน Northern America

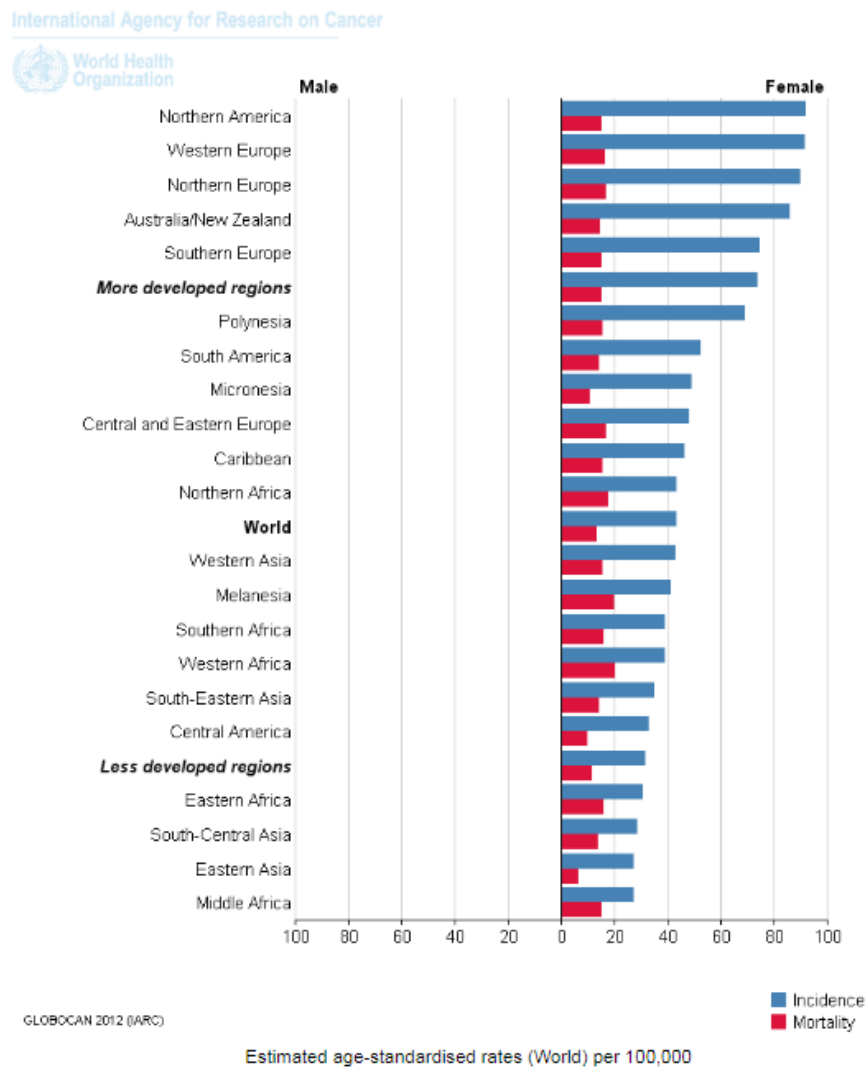
มะเร็งเต้านมติดอันดับ 1 ใน 5 ของสาเหตุตายจากมะเร็งทุกประเภท (ตาย 522,000 รายต่อปี) และเป็นสาเหตุตายอันดับ 1 ของมะเร็งในประเทศกำลังพัฒนา (ตาย 324,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 ของการตายทั้งหมด) แต่เป็นสาเหตุตายอันดับ 2 ของประเทศที่พัฒนาแล้ว (ตาย 198,000 ราย หรือ ร้อยละ 15.4 ของการตายทั้งหมด) รองจากมะเร็งปอด อัตราการตายของมะเร็งเต้านมน้อยกว่าอุบัติการณ์ เนื่องจากเป็นมะเร็งที่มีอัตราการรอดชีวิตสูง Ratio ระหว่าง Mortality ต่อ Incidence เท่ากับ 0.25 ในประเทศพัฒนาแล้ว กับ 0.37 ในประเทศกำลังพัฒนา บ่งบอกคุณภาพและการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 Estimated Breast Cancer Incidence , Death and Prevalence Worldwide in 2012

Breast Cancer Incidence , Death and Prevalence Worldwide in 2012				
Estimated numbers (thousands)	Incidence (Cases)	Mortality (Death)	mortality Incidence ratio	5-year prevalence
World	1,671	522	0.31	6,232
More developed regions	788	198	0.25	3,201
Less developed regions	883	324	0.37	3,032
WHO Africa region (AFRO)	100	49	0.49	318
WHO Americas region (PAHO)	408	92	0.23	1,618
WHO East Mediterranean region (EMRO)	99	42	0.42	348
WHO Europe region (EURO)	494	143	0.29	1,936
WHO South-East Asia region (SEARO)	240	110	0.46	735
WHO Western Pacific region (WPRO)	330	86	0.26	1,276
IARC membership (24 countries)	935	257	0.27	3,591
United States of America	233	44	0.19	971
China	187	48	0.26	697
India	145	70	0.48	397
European Union (EU-28)	362	92	0.25	1,444

(ที่มา : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>)⁽¹⁾

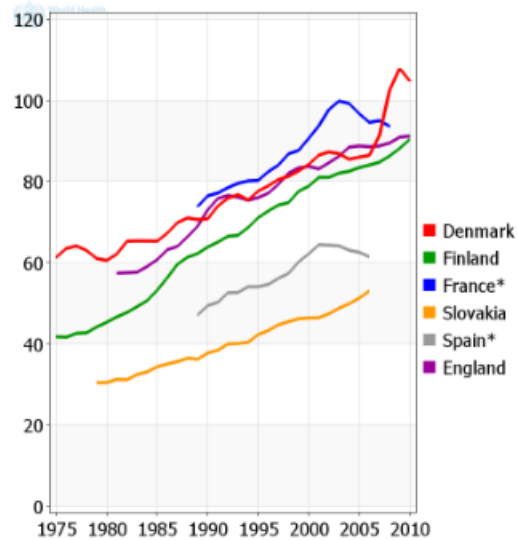
แผนภูมิที่ 1 Incidence Rate (ASR (W) per 100,000) and Mortality rate of Female Breast Cancer



(ที่มา : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>)⁽¹⁾

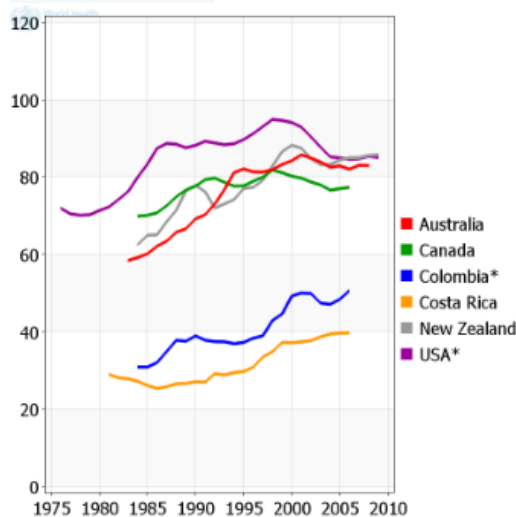
Trend in incidence of female breast Cancer in selected Countries (Age Standardized Rate (W) per 100,000

จากข้อมูลตั้งแต่ปี 1975-2010 จะพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมของประเทศต่างๆเพิ่มสูงขึ้น และแนวโน้มดังกล่าวเกิดขึ้นทุกภูมิภาคทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยยุโรปจะพบอุบัติการณ์สูงที่สุด ตั้งแต่ 30-60 ต่อแสนประชากรในปี 1975 เป็น 50-105 ต่อแสนประชากรในปี 2010 โดยประเทศ Denmark มีอุบัติการณ์สูงที่สุด แถบ America & Australia เพิ่มจาก 30-70 ต่อแสน ในปี 1975 เป็น 40-85 ต่อแสน ในปี 2010 สำหรับทวีป Asia อับัติการณ์ต่ำ ในช่วง 10-50 ต่อแสนในปี 1985 เพิ่มขึ้นเป็น 25-60 ต่อแสนในปี 2005 โดยประเทศ Philippines มีอุบัติการณ์สูงที่สุด ส่วนไทยอุบัติการณ์ 10 ต่อแสนในปี 1985 และเพิ่มเป็น 25 ต่อแสนในปี 2005



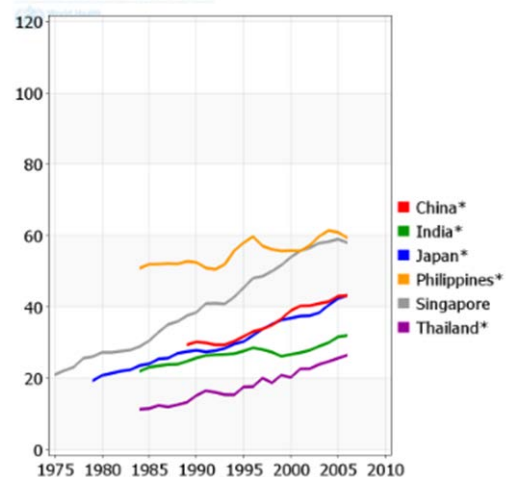
แผนภูมิที่ 2 Trend in incidence of female breast Cancer in selected Countries (Age Standardized Rate (W) per 100,000)

(ที่มา : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>) ⁽¹⁾



แผนภูมิที่ 3 Trend in incidence of female breast Cancer in Australia, Canada, Columbia, Costa Rika, Newzeland และ USA (Age tandardized Rate (W) per 100,000)

(ที่มา : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>) ⁽¹⁾

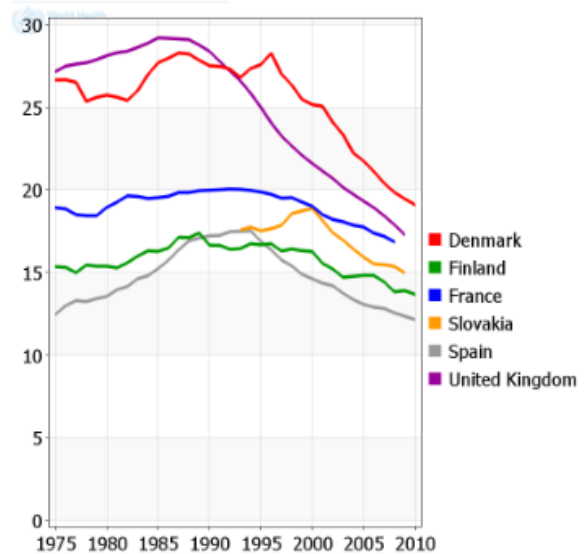


แผนภูมิที่ 4 Trend in incidence of female breast Cancer in Asia (Age Standardized Rate (W) per 100,000)

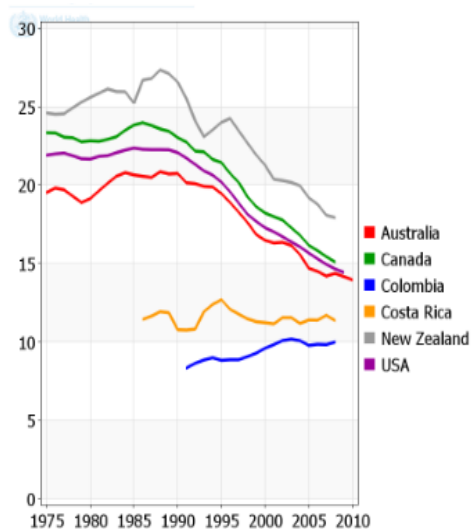
(ที่มา : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>) ⁽¹⁾

Trend in mortality of female breast Cancer in selected Countries (Age Standardized Rate (W) per 100,000

แนวโน้มของอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมขึ้นกับภูมิภาค โดยประเทศใน ยุโรป และ America & Australia มีแนวโน้มลดลง ส่วนประเทศใน Asia ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นประเทศ Israel การลดอัตราการตายนั้น ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือและการตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก รองลงมาคือ มาตรฐานของการรักษาและการเข้าถึงบริการ โดยประเทศที่มีมาตรฐานและการเข้าถึงบริการดี การตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะ 0-1 นั้นอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี เกือบร้อยละ 100 และอัตราการรอดชีวิตจะลดลงตามลำดับในกรณีที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะ 2,3,4

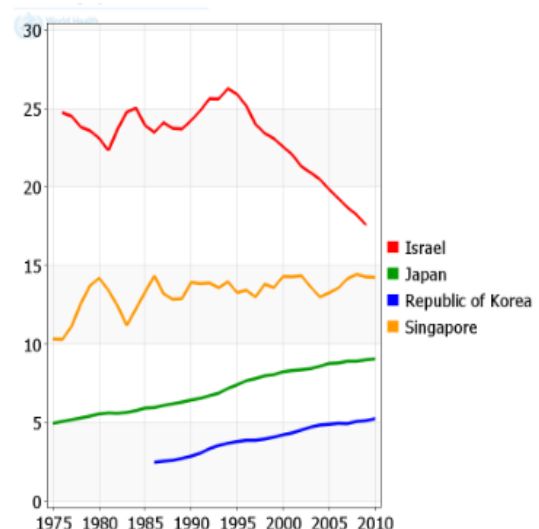


แผนภูมิที่ 5 Trend in mortality of female breast Cancer in Europe (Age Standardized Rate (W) per 100,000 (ที่มา : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>) ⁽¹⁾



แผนภูมิที่ 6 Trend in mortality of female breast Cancer in Australia (Age Standardized Rate (W) per 100,000)

(ที่มา : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>) ⁽¹⁾



แผนภูมิที่ 7 Trend in mortality of female breast Cancer in Asia (Age Standardized Rate (W) per 100,000)

(ที่มา : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>) ⁽¹⁾

Counseling 2 : Conseling หลังจาก CBE แล้วพบผิปกติ

วัตถุประสงค์

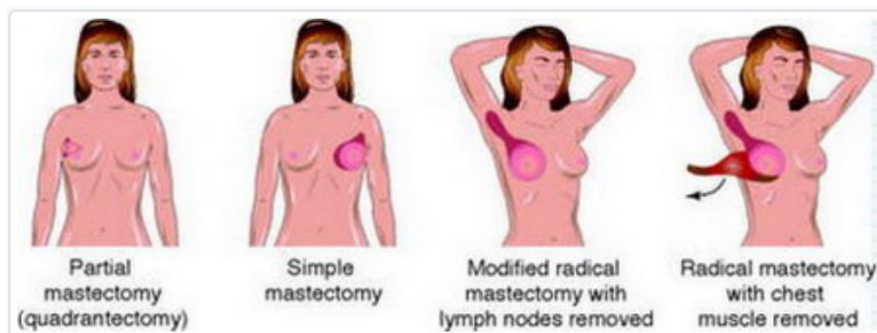
1. Perceived benefit ถ้าไปรับการ Investigate ต่อ และ threat กรณีที่ไม่ได้ไป investigate ต่อ
2. Psychological support with Evidence base Data:
3. Continuity Investigation until Diagnosis

ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นข้อมูลที่น่าไปใช้ในการให้คำปรึกษา

1. อาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) คือพบก้อนที่เต้านม แต่ในทางกลับกัน ก้อนที่เต้านม มีส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 20) ที่เป็นมะเร็งเต้านม (*Psychological support*)
2. แม้จะมีโอกาสน้อยที่ก้อนนั้นจะเป็นมะเร็งเต้านม แต่การทอดระยะเวลาให้ยาวนานออกไป นอกจากจะทำให้เพิ่มความวิตกกังวลซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพจิต อีกทั้งเสียโอกาสในการเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว การเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก อัตราการรอดชีวิตเกือบร้อยละ 100 ไม่ต้องผ่าตัดใหญ่ อาจเลือกผ่าตัดแบบสงวนเต้านมได้ ผลแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ คุณภาพชีวิตดี

ตารางที่ 12 อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 years Survival) ของมะเร็งเต้านมระยะต่างๆ จำแนกรายประเทศ⁽²⁾

	Stage 0	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4
USA	100%	100%	93%	72%	22%
เกาหลี	100%	95%	86%	65%	29%
ไทย (ตะวันออกเฉียงเหนือ)	100%	100%	85%	39%	9%
ค่ารักษาใน USA ใน 24 เดือนแรก (USD)	71,909	97,066		159,442	182,655
จำนวนเท่าของค่ารักษาเมื่อเทียบกับ Stage 0	1.0	1.3		2.2	2.5



3. เมื่อส่งต่อไปถึงโรงพยาบาลแล้ว แพทย์จะทำการตรวจร่างกายและจะส่งตรวจแมมโมแกรม การตรวจแมมโมแกรม อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล เพราะฉะนั้นสามารถใช้ตามสิทธิได้
4. จากข้อมูลของศูนย์ถันยรักษ์ที่ทำแมมโมแกรมเพื่อวินิจฉัยเป็นจำนวนมากพบว่า ตรวจแมมโมแกรม 100 คนโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมขึ้นกับอายุ ถ้าอายุน้อยกว่า 40 ปี ตรวจแมมโมแกรม 100 พบเป็นมะเร็งเต้านมเพียง 3 คน ซึ่งไม่มาก (ใช้ศิลปะในการพูดเพื่อ psycho support เลือกที่จะพูดความจริงบางอย่าง และเลือกที่จะไม่พูดความจริงบางอย่าง แต่เรื่องที่พูดออกมาต้องเป็นความจริง)

ตารางที่ 20 การทำการตรวจ Diagnostic Mammogram ครั้งแรกและครั้งต่อไป ของศูนย์ถันยรักษ์
ปี 2008-2010⁽¹⁸⁾

Outcome of Diagnostic Mammography Medical audit 2008-2010 Thanyarak breast Center										
	TP	FP	FN	TN	Total	CDR/1000	CR/1000	Sensitivity	Specificity	PPV
Fist diagnose										
<40	120	532	7	2,898	3,557	33.7	35.7	94	84.5	18.4
40-49	288	471	11	2,231	3,001	96.0	99.6	96	82.6	37.9
50-59	279	193	7	1,082	1,561	178.7	183.2	98	84.9	59.1
60-69	164	47	5	315	531	308.9	318.3	97	87.0	77.7
>=70	124	26	2	99	251	494.0	502.0	98	79.2	82.7
รวม	975	1,269	32	6,625	8,901	109.5	113.1	97	83.9	43.4

5. การทำแมมโมแกรมเหมือนกับการเอกซเรย์ที่เต้านม สมัยก่อนต้องกดที่เต้านมแรงทำให้เจ็บ แต่ตอนนี้เป็นเครื่อง Digital ทำให้ไม่จำเป็นต้องกดแรง จึงไม่ค่อยเจ็บ ในประเทศไทย จะทำแมมโมแกรมร่วมกับ ultrasound เพราะเต้านมคนไทยมีความหนาแน่นสูง ทำให้กลืนกับก้อนมะเร็งเพิ่มโอกาสที่รังสีแพทย์จะมองไม่เห็นก้อน จึงต้องทำ Mammogram ร่วมกับ ultrasound เสมอ



6. รังสีแพทย์จะอ่านผลแมมโมแกรม โดยประเมินด้วย BIRAD score โดย Score นี้จะบ่งบอกว่ามีโอกาสมะเร็งมากน้อยแค่ไหน โดยตัวเลขยิ่งมากโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมก็จะมากตามไปด้วย [อ่านรายละเอียด](#)

Category	Diagnosis	Number of Criteria
0	Incomplete	แมมโมแกรมที่ทำนั้นไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่รังสีแพทย์เพื่อการวินิจฉัยได้ และควรที่จะทำแมมโมแกรมใหม่ถ้าจำเป็น
1	Negative	ไม่พบความผิดปกติ แนะนำให้ทำแมมโมแกรมตามแผนการคัดกรองปกติ
2	Benign	ตรวจพบว่าเป็นก้อนที่ไม่ใช่มะเร็ง แนะนำให้ทำแมมโมแกรมตามแผนการคัดกรองปกติ
3	Probably Benign	สิ่งที่ตรวจพบมีโอกาสที่จะไม่ใช่มะเร็งสูง (>98%) แนะนำให้ตรวจแมมโมแกรมในอีก 6 เดือน
4	Suspicious Abnormality	ลักษณะที่พบไม่น่าจะเป็นมะเร็ง แต่ก็มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ (3 to 94%) จึงควรที่จะทำการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยัน
5	Highly Suspicious of Malignancy	รอยโรคที่พบมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งสูง (>= 95%); ควรดำเนินการอย่างเหมาะสมเพื่อการวินิจฉัยยืนยัน
6	Known Biopsy Proven Malignancy	ทราบว่ารอยโรคเป็นมะเร็ง แต่ทำการถ่ายภาพเพื่อเป็น Base line ก่อนการรักษา หรือเพื่อมั่นใจถึงการรักษาว่ากระทำได้อย่างสมบูรณ์

7. ถ้า BIRAD ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป ถือว่า Mammogram +ve จะต้องตรวจยืนยันด้วยผลชิ้นเนื้อ การตรวจผลชิ้นเนื้อจะตัดชิ้นเนื้อชิ้นเล็กๆตรงก้อนที่สงสัย ไม่ได้ทำการผ่าตัดใหญ่

8. กระบวนการและเทคนิคทาง counseling คือสิ่งที่จะเรียน โดยจะเรียนแบบ role play และมีการ Feed back นอกจากนั้นยังมีเทคนิคที่ทาง Health Literacy อีก 2 เทคนิคที่จะแนะนำคือ
- 8.1. Chunk and check คือแบ่งเรื่องที่จะพูดเป็นตอนๆ (Chunk) ก่อนที่จะข้ามไปตอนต่อไปก็จะทดสอบความเข้าใจก่อน (Check) โดยไม่ควรกำหนดตอนให้ยาวมาก กำหนดเพียงกระบวนการถัดไปก็พอแล้ว เช่น CBE พบผิดปกติ ต่อไปคือ Refer และแพทย์ทำการตรวจและส่ง Mammogram +/- ultrasound ก็ควรจบเท่านี้พอที่เหลือให้แพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลที่ Refer ไป ทำการ Counseling ต่อไป เพราะถ้ายาวไปนอกจาก counsellee จะจำไม่ได้แล้ว จะไปเพิ่มความกังวลมากขึ้น ทำให้ไม่ยอมทำการ investigate จนถึงวินิจจัย
- (Continuity of investigation until Diagnosis)*
- 8.2. Teach back คือการให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าให้ผู้ให้คำปรึกษา ฟังว่า ที่ฟังมาจับใจความได้อย่างไร เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ถ้ามีประเด็นสงสัยจะได้ clear ให้หายสงสัยได้
9. เนื่องจากแมมโมแกรมมีจำกัด และค่าใช้จ่ายสูง ทางโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี องค์อุปราชราชินี ได้ริเริ่มนำแนวคิด ของการทำ Targeted Breast ultrasound ก่อนที่จะทำ Mammogram การทำ Targeted Breast ultrasound ทำได้ง่ายกว่า Whole breast ultrasound โดย Whole breast ultrasound ต้องทำทั้ง 2 ข้างของเต้านม โดยต้องทำทั่วทั้งเต้านมทั้ง 2 ข้าง ส่วน Targeted Breast ultrasound นั้นทำเฉพาะจุดที่คลำพบผิดปกติ
- วัตถุประสงค์เพื่อแยกแยะก้อนที่พบนั้น เป็น Cyst หรือเป็นก้อนเนื้อ ถ้าเป็น Cyst นั้นเป็น Simple cyst (Cyst ขอบเรียบ) หรือไม่ ถ้าเป็น simple cyst โอกาสที่จะเป็นมะเร็งน้อยมาก ก็สามารถนัดมา follow up ได้ แต่ถ้าเป็นก้อนเนื้อ ก็ต้องรีบส่งไปทำ Mammogram โดยโครงการจะมี green channel เพื่อให้ลดระยะเวลาการรอคอยในการทำแมมโมแกรม

Counseling 3 : Conseling หลังจาก Mammogram พบผิดปกติ

วัตถุประสงค์

1. Perceived benefit ถ้าไปรับการ Investigate ต่อ และ threat กรณีที่ไม่ได้ไป investigate ต่อ
2. Psychological support with Evidence base Data:
3. Continuity Investigation until Diagnosis

ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นข้อมูลที่น่าไปใช้ในการให้คำปรึกษา

1. รังสีแพทย์จะอ่านผล แมมโมแกรม โดยใช้ BIRAD score ซึ่ง Score นี้จะบ่งบอกว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งมากน้อยแค่ไหน โดยตัวเลขยิ่งมากโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมก็จะมากตามไปด้วย [อ่านรายละเอียด](#)

Category	Diagnosis	Number of Criteria
0	Incomplete	แมมโมแกรมที่ทำนั้นไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่รังสีแพทย์เพื่อการวินิจฉัยได้ และควรที่จะทำแมมโมแกรมใหม่ถ้าจำเป็น
1	Negative	ไม่พบความผิดปกติ แนะนำให้ทำแมมโมแกรมตามแผนการคัดกรองปกติ
2	Benign	ตรวจพบว่าเป็นก้อนที่ไม่ใช่มะเร็ง แนะนำให้ทำแมมโมแกรมตามแผนการคัดกรองปกติ
3	Probably Benign	สิ่งที่ตรวจพบมีโอกาสที่จะไม่ใช่มะเร็งสูง (>98%) แนะนำให้ตรวจแมมโมแกรมในอีก 6 เดือน
4	Suspicious Abnormality	ลักษณะที่พบไม่น่าจะเป็นมะเร็ง แต่ก็มีโอกาสเป็นมะเร็งได้ (3 to 94%) จึงควรที่จะทำการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยัน
5	Highly Suspicious of Malignancy	รอยโรคที่พบมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งสูง (>= 95%); ควรดำเนินการอย่างเหมาะสมเพื่อการวินิจฉัยยืนยัน
6	Known Biopsy Proven Malignancy	ทราบว่ารอยโรคเป็นมะเร็ง แต่ทำการถ่ายภาพเพื่อเป็น Base line ก่อนการรักษา หรือเพื่อให่มั่นใจถึงการรักษาว่ากระทำได้อย่างสมบูรณ์

2. ถ้า BIRAD ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป ถือว่า Mammogram +ve จะต้องตรวจยืนยันด้วยผลชิ้นเนื้อ โดยการตรวจผลชิ้นเนื้อ โดยตัดชิ้นเนื้อตรงก้อนที่สงสัยมะเร็ง ตัดชิ้นเล็กๆไม่ได้ตัดชิ้นใหญ่ และไม่ต้องทำในห้วงผ่าตัดใหญ่
3. ตรวจแมมโมแกรมแล้วให้ผลบวก ก็ไม่ใช่ว่าจะต้องเป็นมะเร็งเต้านมทุกราย เนื่องจากผลบวก 2 ประเภทคือ
 - 3.1. ผลบวกจริง (True positive หรือ TP) คือแมมโมแกรมแล้วได้ผลบวก และผลชิ้นเนื้อยืนยันก็ให้ผลบวกคือเป็นมะเร็งเต้านม จากข้อมูลของศูนย์ถันยรักษ์ (ตาราง 20) พบว่า ในภาพรวมทุกกลุ่มอายุ ตรวจแมมโมแกรมแล้วได้ผลบวก 2,244 ราย (975+1,269) ให้ผลบวกจริง 975 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 43.44 ผลบวกจริงหรือจะเรียกอีกอย่างว่า Positive Predictive Value (PPV) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามอายุ จะพบว่า ผลบวกจริงจะลดลงตามอายุ คือ อายุยิ่งน้อย ผลบวกจริงก็จะน้อยลงไปด้วย เช่น อายุ < 40 ปี ผลบวกจริง ร้อยละ 18.4 แต่ถ้าอายุ >= 70 ปี แล้ว ผลบวกจริงจะเพิ่มเป็นร้อยละ 82.7

3.2. ผลบวกปลอม (False Positive หรือ FP) คือตรวจแมมโมแกรมแล้วให้ผลบวก แต่ตรวจยืนยันด้วยชิ้นเนื้อแล้วให้ผลลบคือไม่เป็นมะเร็งเต้านม จากตาราง 20 พบว่า ในภาพรวมทุกกลุ่มอายุ ตรวจแมมโมแกรมแล้วได้ผลบวก 2,244 ราย (975+1,269) เป็นผลบวกปลอม 1,269 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 56.56 ผลบวกปลอมจะตรงข้ามกับผลบวกจริง นั่นคือตรวจแมมโมแกรมในกลุ่มอายุน้อยผลบวกปลอมก็จะมากขึ้นตามอายุที่ลดลง ตาราง ที่ 20 การทำการตรวจ Diagnostic Mammogram ครั้งแรกและครั้งต่อไป ของศูนย์ถันยรักษ์

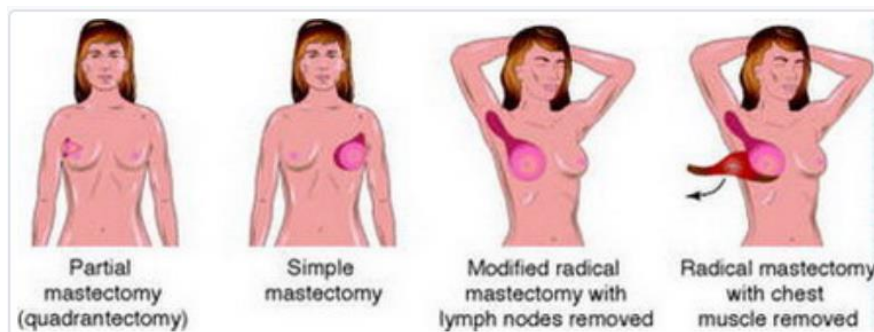
ปี 2008-2010⁽¹⁸⁾

Outcome of Diagnostic Mammography Medical audit 2008-2010 Thanyarak breast Center										
	TP	FP	FN	TN	Total	CDR/1000	CR/1000	Sensitivity	Specificity	PPV
Fist diagnose										
<40	120	532	7	2,898	3,557	33.7	35.7	94	84.5	18.4
40-49	288	471	11	2,231	3,001	96.0	99.6	96	82.6	37.9
50-59	279	193	7	1,082	1,561	178.7	183.2	98	84.9	59.1
60-69	164	47	5	315	531	308.9	318.3	97	87.0	77.7
>=70	124	26	2	99	251	494.0	502.0	98	79.2	82.7
รวม	975	1,269	32	6,625	8,901	109.5	113.1	97	83.9	43.4

4. การ Counselling เป็นการทำให้แต่ละคนไม่เหมาโหล เพราะฉะนั้นการจะตอบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งเท่าไร ต้องพิจารณาช่วงอายุ และ BIRAD ที่ตรงกับผู้รับคำปรึกษาคนนั้นๆ แม้ แมมโมแกรมให้ผลบวก ก็ถือว่าเป็นมะเร็งเต้านมทุกราย มีโอกาสที่จะเกิดผลบวกปลอมขึ้นกับอายุ โดยผันแปรตั้งแต่ 20-80 % นั่นคือยิ่งอายุน้อยผลบวกปลอมก็จะมากขึ้นตามอายุที่ลดลง (*psycho support*)
5. แม้ตรวจแมมโมแกรมให้ผลบวกแล้วมีโอกาสที่จะเกิดจากผลบวกปลอม คือไม่ได้เป็นมะเร็งเต้านม แต่การทอดระยะเวลาให้ยาวนานออกไป ไม่ไปตรวจชิ้นเนื้อยืนยัน นอกจากจะเพิ่มความวิตกกังวลซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพจิต อีกทั้งเสียโอกาสในการเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว การเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก อัตราการรอดชีวิตเกือบร้อยละ 100 ไม่ต้องผ่าตัดใหญ่ อาจเลือกผ่าตัดแบบสงวนเต้านมได้ ผลแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ คุณภาพชีวิตดี (*perceived benefit ad threat*)

ตารางที่ 12 อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 years Survival) ของมะเร็งเต้านมระยะต่างๆ จำแนกรายประเทศ⁽²⁾

	Stage 0	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4
USA	100%	100%	93%	72%	22%
เกาหลี	100%	95%	86%	65%	29%
ไทย (ตะวันออกเฉียงเหนือ)	100%	100%	85%	39%	9%
ค่ารักษาใน USA ใน 24 เดือนแรก (USD)	71,909	97,066		159,442	182,655
จำนวนเท่าของค่ารักษาเมื่อเทียบกับ Stage 0	1.0	1.3		2.2	2.5



6. การส่งตรวจชิ้นเนื้ออยู่ในสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลตามสิทธิของแต่ละคนได้ และการส่งตรวจชิ้นเนื้อ จะทำการตัดชิ้นเล็กๆ ตรงก่อนที่สงสัย เพื่อนำชิ้นเนื้อไปย้อมและดูด้วยกล้อง ไม่ได้ทำการผ่าตัดใหญ่ และจะนัดมาฟังผล

ต่อไปว่าก่อนที่เต้านมเป็นเนื้อดีหรือเนื้อร้าย (ถ้าหลีกเลี่ยงคำว่ามะเร็งได้ก็ดี โดยใช้คำว่าเนื้อร้ายแทนในช่วงก่อน วินิจฉัย)

7. กระบวนการและเทคนิคทาง counseling คือสิ่งที่จะเรียนแบบจำลองสถานการณ์และมีการ Feed back นอกจากนั้น ยังมีเทคนิคที่ทาง Health Literacy ใช้คือ
 - 7.1. Chunk and check คือแบ่งเรื่องที่จะพูดเป็นตอนๆ (Chunk) ก่อนที่จะข้ามไปตอนต่อไปก็จะทดสอบความเข้าใจ ก่อน (Check) โดยไม่ควรกำหนดตอนให้ยาวมาก กำหนดเพียงกระบวนการถัดไปก็พอแล้ว เช่น Mammogram พบผิดปกติ ต่อไปคือ การตรวจชิ้นเนื้อ ก็ควรจบเท่านี้พอ เพราะถ้ายาวไปนอกจาก counsellor จะจำไม่ได้แล้ว จะไปเพิ่มความกังวลมากขึ้น ทำให้ไม่ยอมทำการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย (*Continuity of investigation until Diagnosis*)
 - 7.2. Teach back คือการให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าให้ผู้ให้คำปรึกษา ฟังว่า ที่ฟังมาจับใจความได้อย่างไร และถ้ามี ประเด็นที่สงสัยยังไม่เข้าใจ จะได้ถือโอกาสชี้แจงเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
8. การบอกผลการวินิจฉัยและแนวทางการรักษา เป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของไข้ เพราะฉะนั้น Course Breast cancer Counselling สำหรับพยาบาลจึงขอยุติที่ขั้นตอนการ Counseling เมื่อผล mammogram +ve เท่านั้น ไม่ไปถึงการ counseling หลังจากวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว