

กระบวนการให้คำปรึกษา

คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลจักรีรัช

Contents:

1. มุมมองที่แตกต่างทำให้มองภาพเดียวกันแต่แปลผลแตกต่างกัน
2. ปัจจัยทางสังคมจิตใจ
3. ทฤษฎีบุคลิกภาพของมนุษย์
4. หลักในการเข้าใจมนุษย์
5. คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษา(counselor)
6. นิยามและแนวคิดการให้คำปรึกษา (Counseling)
7. หลักการพื้นฐานในการให้คำปรึกษา
8. ขั้นตอนในกระบวนการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษา 5 ขั้นตอน
9. เงื่อนไขสำคัญและจำเป็นสำหรับความงอกงามของมนุษย์
10. ปัจจัยที่ทำให้การให้คำปรึกษาประสบความสำเร็จ
11. เทคนิคสำคัญในการให้คำปรึกษา
12. ธรรมชาติของมนุษย์
13. ทักษะเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา

มุมมองที่แตกต่างทำให้มองภาพเดียวกันแต่แปลผลแตกต่างกัน

ภาพที่ 1.



ภาพที่ 2.



ภาพที่ 3.



ปัจจัยทางสังคมจิตใจ

ปัจจัยทางสังคมจิตใจ สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว ที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เกี่ยวข้อง กับความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ ประเพณีวัฒนธรรม แนวทางที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา ปัจจุบัน

1. ข้าพเจ้าคือใคร
2. ข้าพเจ้าเป็นบุคคลเช่นไร
3. ข้าพเจ้าภูมิใจอะไรในตนเองบ้าง
4. ข้าพเจ้าภูมิใจอะไรในตนเองบ้าง
5. ข้าพเจ้ามีวิธีการที่จะทำให้ผู้อื่นมีความสุขได้อย่างไร

ทฤษฎีบุคลิกภาพของมนุษย์

1. แนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Approach) Sigmund Freud เชื่อว่ามนุษย์มีสัญชาตญาณ (Instincts) 2 ชนิด ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดคือสัญชาตญาณในการดำรงชีวิต (Life Instinct : Eros) และสัญชาตญาณแห่งความตาย (Death Instinct : Thanatos)
 1. อิด (id)สนองความต้องการของตนตามหลักการแห่งความพอใจ (Pleasure Principle) โดยไม่คำนึงถึงเหตุผล ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมที่ขาดการควบคุม การยับยั้งชั่งใจ ขาดสติ
 2. อีโก้ (Ego) ปฏิบัติการโดยใช้หลักการแห่งความจริง (Reality Principle) เพื่อเปลี่ยนรูปแบบการแสดงออกของพฤติกรรมให้เหมาะสม ที่เรียกว่ากลไกป้องกันตนเอง (Defense Mechanism)
 3. ซุปเปอร์อีโก้ (Super Ego) ควบคุมการแสดงพฤติกรรมของบุคคลโดยยึดหลักค่านิยมของสังคม (Value Principle) ที่ขึ้นอยู่กับกรอบบรรทัดฐานจากพ่อแม่ผู้ปกครอง และบุคคลใกล้ชิด



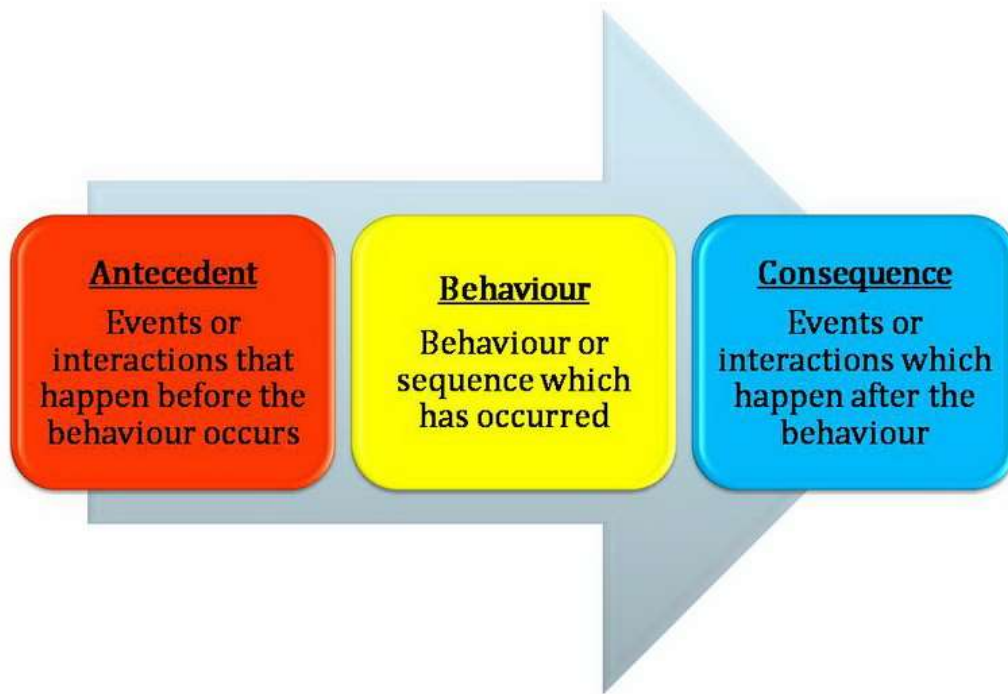
ข้อไหนเป็น Id, Ego, Super Ego

- 1.ทุกอย่างมันเป็นความผิดของคุณ
- 2.ดีแล้วที่ได้เลิกกับเรา เราจะได้มีอิสระ
- 3.ที่แม่ดีเพราะว่าแม่รักนะ

2. แนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic) เชื่อเรื่องคุณค่าของการให้ความเคารพโดยปราศจากเงื่อนไขต่อคนอื่น ที่ได้รับการยอมรับอย่างมากคือ Maslow Hierachy of Need โดยเชื่อในเรื่องแรงจูงใจ และลำดับขั้นของการสนองความต้องการ คือเมื่อสามารถสนองความต้องการในระดับล่างได้แล้ว ก็ต้องการสนองความต้องการในระดับที่สูงขึ้น



3. A-B-C สิ่งเร้า (Antecedent) ทำให้เกิดพฤติกรรม (Behavior) และพฤติกรรมทำให้เกิดผลที่ตามมา (Consequence)



<=""

หลักในการเข้าใจมนุษย์

1. ปฏิกริยาต่อการรับรู้ข่าวร้าย (Elizabeth Kubler-Ross) ปฏิกริยาต่อการรับรู้ข่าวร้าย (Elizabeth Kubler-Ross) ประกอบด้วย
 1. Denial (Shock) คือ การตกใจและปฏิเสธความจริง
 2. Anger : ความโกรธ
 3. Bargaining : อยากต่อรอง
 4. Depression : เศร้า วิตกกังวล ซึมเศร้า
 5. Acceptance เป็นระยะที่ยอมรับความจริง
2. กลไกป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) : กลุ่มจิตวิเคราะห์

คุณสมบัติของผู้ให้การศึกษา(counselor)

1. มีความเห็นอกเห็นใจ(Empathy)สามารถแสดงคำพูด(verbal) และภาษากาย(nonverbal)
2. มีความจริงใจ เป็นธรรมชาติ
3. ไม่อคติ ไม่ตัดสินโดยใช้ประสบการณ์ หรือใช้ทัศนคติส่วนตัว
4. ยอมรับความคิดและการกระทำของผู้รับการปรึกษาอย่างไม่มีเงื่อนไข

นิยาม และแนวคิดในการปรึกษา(counseling)

1. การให้คำปรึกษา คือ กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาศัยการสื่อสารสองทาง ระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การศึกษา(counselor) ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็น ผู้รับการปรึกษา (client) ได้สำรวจและทำความเข้าใจ สิ่งที่เป็นปัญหา และแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง
2. เป้าหมายเพื่อให้client เกิดการเรียนรู้ เข้าใจปัญหาตนเองจนสามารถตัดสินใจ และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง
3. Counselor มีความเข้าใจ ทัศนคติ และใช้เทคนิคการปรึกษา

หลักการพื้นฐานในการให้คำปรึกษา

1. การให้การศึกษา มีสิ่งที่แตกต่างจากการให้บริการทั่วไป ผู้ให้การศึกษา(จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติ และวิธีการตอบสนองบางอย่างต่อผู้รับการปรึกษา เช่น
 1. เชื่อในศักยภาพของผู้รับการปรึกษา
 2. แสดงออกถึงความเท่าเทียมกันระหว่าง Counselor & Client
 3. วางตัวเป็นกลาง
 4. ใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการรับรู้ทั้งเนื้อหาและอารมณ์
2. สร้างความไว้วางใจ
3. เอาใจเขามาใส่ใจเรา มีความเห็นอกเห็นใจ จริงใจ
4. เน้นการรักษาความลับ
5. ศูนย์กลางความคิด ความรู้สึก และการตัดสินใจอยู่ที่ผู้รับการปรึกษา(client centered centered)

ขั้นตอนในกระบวนการให้คำปรึกษา

1. สร้างสัมพันธภาพ-ตกลงบริการ
2. สำรวจปัญหา
3. ทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุ ความต้องการ
4. วางแผนการแก้ไขปัญหา
5. ยุติกระบวนการ



เงื่อนไขสำคัญและจำเป็นสำหรับความมอองามของมนุษย์

1. ความสอดคล้อง (Congruence)
2. การยอมรับทางบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regards)
3. การเข้าถึงใจ (Empathy)

ปัจจัยเสริมที่ทำให้การให้คำปรึกษาประสบความสำเร็จ

1. ภาษาท่าทางเพื่อสัมพันธ์ภาพ SOLER
 1. Squarely นั่งเป็นมุมฉาก ไม่นั่งประจัญหน้ากัน
 2. Open ท่าที่เปิดเผย
 3. Lean โน้มตัวมาด้านหน้า เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าเราฟังอย่างตั้งใจ
 4. Eye contact สบตาขณะพูด ไม่สนใจมองอย่างอื่น รวมถึงห้ามนำปกกาและกระดาษมาจดบันทึก
 5. Relax ท่าที่ผ่อนคลาย
2. การใช้เทคนิคต่างๆในการให้คำปรึกษา ซึ่งจะทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถ
 1. เปิดเผยเรื่องราวและอารมณ์ความรู้สึกของตนได้อย่างต่อเนื่อง
 2. ลดปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นให้สงบลง
 3. เพิ่มศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้

เทคนิคสำคัญในการให้คำปรึกษา

1. เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า
 1. Giving information (การให้ข่าวสาร ให้ข้อมูล ให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้รับบริการ เช่น การบอกสถานที่ การแนะนำชื่อพยาบาล ตำแหน่ง)

ตัวอย่าง “ดิฉันชื่อ.....” หรือ “ดิฉันเป็นพยาบาลวิชาชีพ.....”
 2. Giving recognition คือ การแสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่าพยาบาลรู้จักผู้ให้บริการ พยาบาลเห็นความสำคัญของผู้รับบริการ เช่น การเรียกชื่อผู้รับบริการอย่างถูกต้อง หรือ การบอกกล่าวสิ่งที่พยาบาลเห็นที่เปลี่ยนแปลง

ตัวอย่าง “วันนี้คุณดูไม่สดชื่นเลย” หรือ “ทรงผมใหม่ของคุณทำให้คุณดูสดใสมากขึ้น”

3. Offering self (การเสนอตัวเพื่อรับฟังปัญหา หรืออยู่เป็นเพื่อนผู้รับบริการในยามทุกข์ หรือ ผู้รับบริการต้องการใครสักคน

ตัวอย่าง “ดิฉันจะนั่งเป็นเพื่อนคุณสักครู่” “ดิฉันยินดีรับฟังเรื่องราวของคุณ” “ถ้าคุณมีสิ่งที่ไม่สบายใจสามารถเล่าให้ดิฉันฟังได้” เป็นต้น

2. เทคนิคในการกระตุ้นผู้รับบริการให้เป็นฝ่ายนำในการสนทนาหรือทำให้การสนทนาดำเนินต่อไป

1. Using broad opening statement (การใช้คำกล่าวกว้างๆ เมื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเลือกหัวข้อในการสนทนา เลือกพูดถึงสิ่งที่อยู่ในความคิด หรือสิ่งที่กังวลและครุ่นคิดอยู่

ตัวอย่าง “คุณกำลังคิดอะไรอยู่คะ?” “มีเรื่องอะไรที่ทำให้คุณกังวลใจอยู่หรือ” เป็นคำกล่าวที่สื่อความหมายพยาบาลเต็มใจและพร้อมที่จะรับฟังผู้ให้บริการ

2. Using general lead (การใช้คำกล่าวนำทั่วไป) เป็นคำกล่าวนำที่ช่วยกระตุ้นและจูงใจให้ผู้รับบริการพูดต่อไปในกรณีที่ผู้รับบริการพูดแล้วหยุดเงียบไป

ตัวอย่าง คำว่า “คะ” หรือ “คะ” “แล้วอย่างไรต่อไปคะ” เป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้บริการพูดต่อไป สิ่งสำคัญคือควรเลือกใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับโอกาสเพราะบางโอกาสความเงียบจะมีประโยชน์กว่า การใช้เทคนิคนี้จึงควรใช้แต่น้อย

3. Reflection (การสะท้อนคำพูดของผู้ให้บริการ) จะกล่าวซ้ำทั้งประโยค หรือกล่าวซ้ำเพียงคำพูดหรือกล่าวซ้ำความหมายในสิ่งที่ผู้รับบริการพูด

ตัวอย่าง ถ้าผู้รับบริการกล่าวว่า “คนที่บ้านไม่สนใจฉัน” พยาบาลกล่าวซ้ำ “คนที่บ้านไม่สนใจคุณ” ให้ผู้รับบริการได้ย่นสิ่งที่ผู้รับบริการพูดใหม่ เพื่อให้ประเมินคำพูดของตัวเองอีกครั้ง

4. Accepting (การยอมรับผู้รับบริการและสิ่งที่ผู้ให้บริการพูด โดยการพยักหน้ารับ หรือฟังเฉยๆโดยไม่กล่าวโต้แย้ง ไม่ได้หมายความว่าพยาบาลจะต้องเห็นด้วยเสมอไป แต่เมื่อไม่เห็นด้วยก็อย่าได้โต้แย้งออกไป

ตัวอย่าง การพยักหน้ารับเป็นการบอกว่าเราเข้าใจความรู้สึกของเขา เข้าใจสิ่งที่ผู้ให้บริการพูดและต้องการให้ผู้ให้บริการพูดต่อไป หรือคำว่า “คะ”

3. เทคนิคในการกระตุ้นผู้รับบริการให้พูดระบายความคิดและความรู้สึก

1. Sharing observation (บอกกล่าวถึงสิ่งที่พยาบาลสังเกตเห็นในตัวผู้รับบริการ) เทคนิคนี้จะช่วยกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับบริการ

ตัวอย่าง เช่น พยาบาลอาจบอกว่า “สีหน้าคุณดูเหมือนไม่ได้นอน” หรือ “สีหน้าคุณดูกังวลมาก”

2. Acknowledge the patient's feeling (การแสดงการรับรู้ความรู้สึกของผู้รับบริการ และ ยอมรับว่า ผู้รับบริการมีความรู้สึกเช่นนั้นไม่เป็นสิ่งที่ผิดปกติแต่อย่างใด

ตัวอย่าง ผู้รับบริการบอกว่า “พยาบาลที่นี่ไม่เอาใจใส่คนไข้” พยาบาลอาจแสดงอาการรับรู้ความรู้สึกนี้โดยกล่าวว่า “คุณรู้สึกว่ายพยาบาลที่นี่ไม่เอาใจใส่คนไข้”

3. Using silence (การใช้ความเงียบ) ความเงียบที่มีความหมายและ ถูกจังหวะจะช่วยกระตุ้นผู้รับบริการให้ พูดยุติความคิดและความรู้สึกของผู้รับบริการต่อไป ความเงียบที่ใช้อย่างถูกต้องจะมีประโยชน์กว่าการใช้คำพูดปลอมใจที่ไร้ความหมาย

ตัวอย่าง ขณะสนทนาผู้รับบริการเริ่มร้องไห้.....พยาบาลควรหยุดสนทนาและ นั่งอยู่เป็นเพื่อนเงียบ

4. Clarifying (การขอความกระจ่างในคำพูดที่ไม่ชัดเจน) การให้ผู้รับบริการอธิบายความหมายของคำ ของ ประโยคที่เขาใช้ซึ่งเราอาจจะไม่เข้าใจใหม่

ตัวอย่าง พยาบาลอาจจะบอกผู้รับบริการว่า “ดิฉันไม่แน่ใจว่าดิฉันเข้าใจสิ่งที่คุณพูด” หรือ “คุณช่วยอธิบาย ความหมายของคำว่า....

4. เทคนิคในการส่งเสริมให้ทั้งสองฝ่ายเกิดความเข้าใจตรงกัน

1. Clarifying (การขอความกระจ่างในคำพูดที่ไม่ชัดเจน) การให้ผู้รับบริการอธิบายความหมายของคำ ของ ประโยคที่เขาใช้ซึ่งเราอาจจะไม่เข้าใจใหม่

ตัวอย่าง พยาบาลอาจจะบอกผู้รับบริการว่า “ดิฉันไม่แน่ใจว่าดิฉันเข้าใจสิ่งที่คุณพูด” หรือ “คุณช่วยอธิบาย ความหมายของคำว่า....

2. Verbalizing implied thought and feeling (การให้ความหมายของความคิดและแสดงความรู้สึก) บ่อยครั้ง เราพบว่าผู้รับบริการใช้คำพูดเป็นนัย ให้ผู้ฟังเข้าใจเอาเองถ้ามีกรณีนี้เกิดขึ้นพยาบาลไม่ควรแปลหรือสรุป ความเอง

ตัวอย่าง “ฉันว่าเสียเวลาเปล่าๆ ที่มาคุยกัน” พยาบาลเข้าใจว่า ผู้รับบริการรู้สึกไม่พอใจ ผู้รับบริการอาจ ต้องการวิธีการช่วยเหลือวิธีอื่นๆ ก็ได้ พยาบาลใช้เทคนิคนี้สอบถามความรู้สึกที่แท้จริงโดยการกล่าวว่า “คุณรู้สึกว่าฉันไม่ได้ประโยชน์จากการคุยกันวันนี้ ใช่ไหมคะ” เทคนิคนี้จะช่วยกระตุ้นผู้รับบริการได้พูดถึง ความรู้สึกที่แท้จริงต่อไป และพยาบาลจะได้มีความเข้าใจตรงกัน

3. Validating (การตรวจสอบว่าความเข้าใจของพยาบาลนั้นตรงกับความต้องการและความรู้สึกจริงๆของผู้ใช้บริการหรือไม่)

ตัวอย่าง พยาบาลอาจคาดคะเนว่า ผู้รับบริการมีความรู้สึกกังวลน้อยลงหลังจากได้เล่าเรื่องราวที่ไม่สบายใจ พยาบาลอาจใช้วิธีการ validating ตรวจสอบความเข้าใจโดยการถามว่า “คุณคงสบายใจขึ้นหลังจากได้เล่าเรื่องต่างๆเหล่านี้”

5. เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้รับบริการคิดและไตร่ตรองเรื่องราวของเขาใหม่

1. Focusing (การนำผู้รับบริการให้รวมจุดสนใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่ง) ในกรณีที่พยาบาลรู้สึกสับสนในเนื้อหาที่ผู้รับบริการพูดหรือพูดหลายเรื่องยังจับใจความที่ผู้รับบริการพูดไม่ได้

ตัวอย่าง กรณีที่ผู้รับบริการพูดปัญหาหลายเรื่อง พยาบาลไม่แน่ใจว่าประเด็นสำคัญที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการคืออะไร พยาบาลอาจพูดว่า “ที่คุณเล่ามามี 2 เรื่อง คือ 1) กังวลเรื่องผลการตรวจเต้านม 2) การรักษาด้วยน้ำมันกัญชา คุณคิดว่าเรื่องไหนที่คุณต้องการพูดถึงมากที่สุดในวันนี้”

2. Exploring (การสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้นกระจ่างขึ้น) การสอบถามให้ลึกและกว้างขึ้นนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการได้คิด ได้ไตร่ตรองเรื่องราวใหม่

3. Voicing doubt (การตั้งข้อสงสัย) การแสดงความสงสัยในสิ่งที่ผู้รับบริการเล่า
ใช้กรณีที่พยาบาลเห็นว่าเรื่องราวที่ผู้รับบริการไม่น่าจะเป็นไปได้ การใช้เทคนิคนี้ต้องระวังเป็นอย่างมาก และไม่ควรใช้บ่อย ถ้าใช้บ่อยผู้รับบริการอาจจะเข้าใจว่าพยาบาลไม่เชื่อสิ่งที่เขาพูด เช่น พยาบาลตั้งข้อสงสัยและถามผู้รับบริการว่า “มันไม่น่าจะเป็นไปได้นะที่ทุกคนจะเกลียดคุณหมด” หรือ “เป็นไปได้หรือ”

4. Summarizing (การสรุปข้อความเมื่อผู้รับบริการพูดจบแล้ว) เป็นการกล่าวสรุปเพื่อให้ผู้รับบริการได้ยินสิ่งที่เขาเล่ามาทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง เป็นการตรวจสอบกับผู้รับบริการว่าเรื่องที่เขานำมาเล่าพยาบาลได้เข้าใจถูกต้องหรือไม่ การสรุปความมักจะทำในตอนท้ายๆของ session หรือเมื่อผู้รับบริการเล่าหลายๆเรื่อง พยาบาลช่วยสรุปว่าเขาได้พูดเรื่องอะไรไว้บ้าง พยาบาลอาจพูดว่า “ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีเรื่อง.....”

ธรรมชาติของมนุษย์



ทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

1. ทักษะการใส่ใจ (Attending Skill) “3 V's + 1B”
 1. Visual/eye contact (การประสานสายตา)
 2. Vocal qualities (คุณภาพน้ำเสียง)
 3. Verbal tracking (การติดตามแกะรอยคำพูด)
 4. Body language (ภาษาท่าทาง)
2. ทักษะการใส่ใจ (Attending Skill)

CL: (ขณะพูด ก้มมองพื้น ไม่สบตากับผู้ให้การศึกษา)
CO: “สวัสดิ์ค่ะ พอจะเล่าได้ไหมว่าคุณไม่สบายใจเรื่องอะไร”
CL: (ยกไหล่ ไม่ยอมพูดและไม่เงยหน้าขึ้นสบตาผู้ให้การศึกษา)
CO: “ดิฉันอยากจะเข้าใจค่ะ ว่าลักษณะอาการยกไหล่ของคุณ หมายถึงอะไร หรือคุณอยากจะบอกอะไรค่ะ”
CL: (ยังไม่ยอมเงยหน้าขึ้น) “มันไม่สำคัญ ถึงอย่างไรก็ไม่มีใครสนใจอยู่แล้ว” (พูดด้วยน้ำเสียงต่ำ จมจมในลำคอ)
CO: “คุณคงรู้สึกเหมือนอยู่ตามลำพัง ซึ่งคงไม่มีประโยชน์ถ้าจะพูดถึงมัน ไม่มีใครที่แสดงว่าสนใจคุณ”
CL: (สบตาขึ้นมองผู้ให้การศึกษาอย่างรวดเร็ว และรีบหลบตาก้มมองพื้นเหมือนเดิม ยังคงนั่งทึดตัว) “ผมไม่ได้อยากมาที่นี่ ทำไมใคร ๆ ไม่ปล่อยให้ผมอยู่ตามลำพัง” (น้ำเสียงต่ำอยู่ในลำคอ)
CO: “คุณไม่ได้ต้องการมาที่นี่ ไม่อยากใหใคร ๆ มายุ่ง เหมือนกับว่าให้เขาสิมอะไรต่าง ๆ เกี่ยวกับตัวคุณ”
CL: (สบตาขึ้นมองอีกครั้งเพียงแวบเดียว และก้มหน้ามองพื้นเหมือนเดิม) “ไม่มีประโยชน์อะไรที่จะมายุ่งกับผม ไม่มีใครห่วงผมหรอก”
CO: “คุณรู้สึกโดดเดี่ยวที่ไม่มีใครห่วงใย คุณเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ คงจะดีขึ้น ถ้ามีแม้เพียงใครสักคนแค่คนเดียวที่ห่วงใยคุณอย่าง แท้จริง”

CL: (สบตาขึ้นมอง แต่ครั้งนี้นานกว่าที่ผ่านมา และก้มหน้ามองพื้น) “ผมไม่มีเพื่อน ทุกคนเกลียดผม”
CO: “คุณคงรู้สึกเหงาจริง ๆ และรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง คุณหวังว่าคุณน่าจะมีเพื่อน”
CL: (น้ำตาเริ่มเอ่อเบ้าตา ยังไม่ยอมเงยหน้าขึ้น นั่งเงียบไปนาน)
CO: “มันทำให้รู้สึกไม่ดีเลยกับการอยู่ตามลำพัง กับการไม่มี เพื่อน และกับการนึกหวังว่าจะมีใครสักคนที่ดีกับเรา”
CL: (สบตาชั่วอึดใจเดียว แล้วก้มมองพื้น) “ทุกคนหัวเราะเยาะผม เห็นผมเป็นตัวตลก”
CO: “นั่นส่งผลให้คุณรู้สึกกลับกับตัวเอง สิ่งที่คุณต้องการภายในใจคือ ขอให้ใครสักคนห่วงใย ใครสักคนที่ยอมรับคุณ อย่างที่คุณ เป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่ทำให้คุณรู้สึกแย่”
CL: (เงยศีรษะขึ้น ยอมสบตาแล้วหันไปทางอื่น แต่ไม่ก้มมองพื้น) “พวกนั้นชอบตั้งชื่อล้อเลียนผม เรียกผมด้วยชื่อต่าง ๆ บาง คนเรียกว่าไอ้ขโมย บางคนเรียกผมว่าไอ้ขี้ปไป บางคนเรียก ผมว่าไอ้ขี้ฉ้อ พวกนี้เรียกชื่อล้อเลียนผมในห้องน้ำ ห้องอาหารและในห้องเรียน คนอื่น ๆ ก็หัวเราะชอบใจ นี่ เป็นสิ่งที่ผมรู้สึกเสียใจมาก”
CO: “ฟังดูเหมือนว่าคุณรู้สึกโกรธพวกนั้น เพราะล้อเลียนชื่อ และคุณรู้สึกไม่พอใจตัวเองด้วยที่ทำอะไรไม่ได้ ต้องทน ให้เขาล้อเลียน ดิฉันเองก็รู้สึกอึดอัดไหมได้ที่เขามาล้อเลียน คุณเช่นนั้น เอาอย่างนี้ดีไหม เรามานั่งคุยกันว่า จะ ทำอย่างไรดีเพื่อให้สถานการณ์ดีขึ้น”

3. ทักษะการสังเกต (Observation Skill) สังเกตรูปแบบการใส่ใจของผู้รับการปรึกษา (Observe attending patterns of clients) เช่น

1. หลบสายตา เปลี่ยนท่าทางหรือน้ำเสียง
2. กอดอกหรือนั่งไขว่ห้างเมื่อต้องการยุติประเด็นที่กำลังสนทนาอยู่
3. เบี่ยงเบนสายตาไปมาอย่างรวดเร็วเมื่อรู้สึกสับสน
4. พุดตะกุกตะกักหรือลังเลใจที่จะพูดเมื่อสนทนาเรื่องที่ เป็นปัญหา
5. การเคลื่อนไหวที่ไม่สอดคล้องกัน (Dissynchrony movement)
6. ความขัดแย้งระหว่างพฤติกรรม : หัวเราะทั้งน้ำตา

7. ความขัดแย้งของคำพูด
 8. ความขัดแย้งระหว่างคำพูดและพฤติกรรม
 9. สังเกตภาษากาย (Observe body language)
4. ทักษะการให้การปรึกษา ในส่วนของลำดับขั้นการฟังพื้นฐาน (The Basic Listening Sequence) “เมื่อเกิดความสงสัย โปรดจงรับฟัง” จะทำให้ผู้ให้การปรึกษาได้รับข้อมูลความจริงเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งตรงกับสิ่งที่ผู้รับการปรึกษากังวลใจ และเข้าใจเรื่องราวของผู้รับการปรึกษาอย่างครบถ้วน จะทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความสามารถอันน่าทึ่งในการแก้ไขประเด็นปัญหาและสิ่งท้าทายต่างๆ โดยผู้ให้การปรึกษาไม่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือหรือแทรกแซงใดๆ

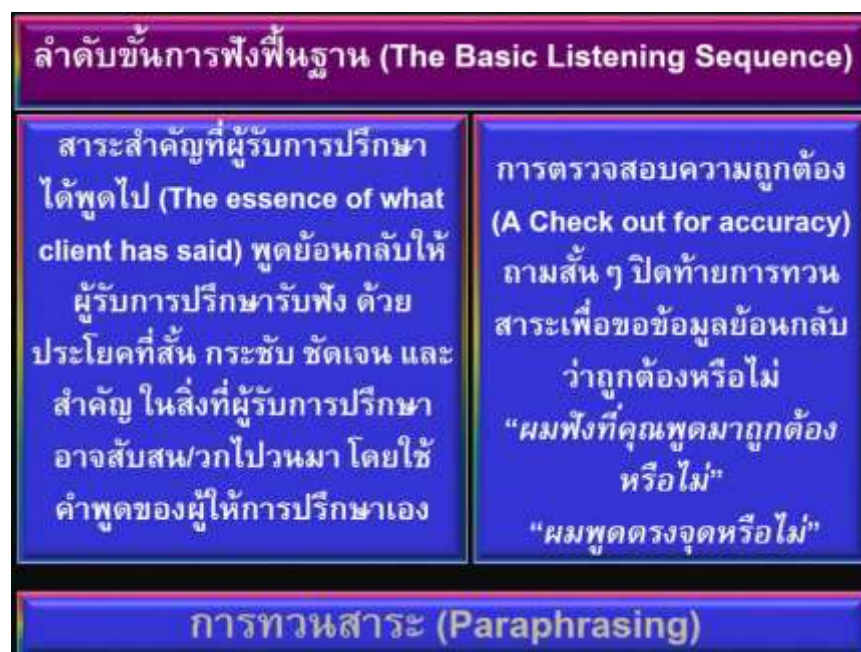
ผู้ให้การปรึกษาเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการให้การปรึกษา

1. คำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด(Open and Closed Questions)



2. การให้กำลังใจ การทวนสาระ และการสรุปความ (Encouraging, Paraphrasing, and Summarizing)

1. การให้กำลังใจ (Encouraging) ควรกระทำอย่างพอเหมาะพอดี
2. การทวนสาระ (Paraphrasing) สังเกต รับฟังคำสำคัญ แล้วทวนให้ผู้รับการปรึกษารับฟัง หรือนำคำพูดของผู้รับการปรึกษามาเรียบเรียงด้วยคำพูดของตนเอง แต่ยังคงสาระสำคัญตามคำพูดของผู้รับการปรึกษาไว้ เพื่อสร้างความชัดเจนในประเด็นที่ผู้รับการปรึกษาสืบสน เพื่อยุติการพูด ประเด็นซ้ำๆกันโดยไม่จำเป็น



ลำดับขั้นการฟังพื้นฐาน (The Basic Listening Sequence)	
“ผมกังวลใจเกี่ยวกับภรรยาผมมาก เธอมักบ่นว่าอยากออกนอกบ้าน อยากเห็นโลกภายนอก และอยากมีงานทำ ผมเป็นคนหาเลี้ยงครอบครัว และผมคิดว่าตัวเองมีรายได้เพียงพอ ๗มองว่าดาวใจเป็นแม่ที่ดีเลิศ ผมเองก็คิดเช่นนั้นเหมือนกัน แต่เมื่อคืนที่ผ่านมา เราเริ่มมองปัญหาแตกต่างกัน และเราทะเลาะกันอย่างรุนแรง”	ทวนสาระ “คุณกังวลใจเกี่ยวกับภรรยา ผู้มีภาพพจน์ดีเลิศ ที่ต้องการทำงาน ถึงแม้คุณจะมีรายได้ที่ดีพอก็ตาม ดังนั้นคุณจึงทะเลาะกันอย่างรุนแรง ใช่มั้ยคะ”
การทวนสาระ (Paraphrasing)	

3. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of Feeling)

1. คือการทำให้คำความรู้สึกที่ซ่อนเร้นภายใน ปรากฏออกมาอย่างชัดเจน
2. คือการทำให้คำความรู้สึกที่ซ่อนเร้นภายใน ปรากฏออกมาอย่างชัดเจน
3. การสังเกตอารมณ์ความรู้สึก ระบุมารมณ์ที่ถูกต้อง และกล่าวซ้ำให้ผู้รับการปรึกษาฟัง
4. ควรที่จะเรียนรู้คำศัพท์ต่างๆ ที่สะท้อนถึงความรู้สึก ทั้งทางด้านลบและบวก

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) เนื่องจากทั่วโลกจึงใช้ยุทธศาสตร์ค้นหามะเร็งเต้านมแต่เริ่มแรก (Early Detection) จึงพบมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 สูง ทำให้สามารถลดผลแทรกซ้อนและต้นทุนค่ารักษา แต่เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิต อีกทั้งสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม ไม่จำเป็นต้องตัดเต้านมออกทั้งข้าง (**Perceived benefit**)
2. อาการแสดงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) คือพบก้อนที่เต้านม แต่ในทางกลับกัน ก้อนที่เต้านม มีส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 20) ที่เป็นมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นวิธีการค้นหามะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพ 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 โดยทำการศึกษาประมาณ 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 ข้ามไปทำแมมโมแกรมเลยได้หรือไม่ 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 จึงควรส่งวนแมมโมแกรมสำหรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยดีกว่านำมาตรวจเพื่อการคัดกรอง

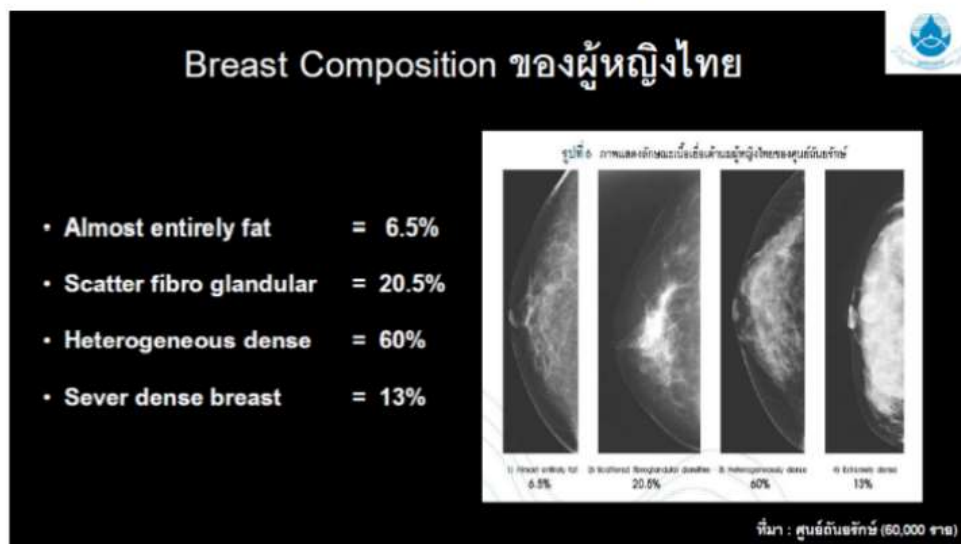
แผนภูมิที่ 10 ทริพยากรณ์ในการทำ Screening Mammogram ในประเทศไทย

การเอกซเรย์เต้านม (Screening Mammography)



9. สาเหตุต้องทำการตรวจแมมโมแกรมร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ในประเทศไทย เนื่องจากส่วนใหญ่ความหนาแน่นของเนื้อเต้านมจะเป็นแบบหนาแน่น โดยมีเพียงร้อยละ 6.5 ที่ส่วนใหญ่เป็น entire fat ซึ่งต่างจากเนื้อเต้านมของฝรั่งที่ส่วนใหญ่เป็น Entirely fat ความหนาแน่นที่เห็นภาพรังสีเป็นสีขาว จึงทำให้รังสีแยกก่อนมะเร็งที่เป็นก้อนสีขาวออกจากเนื้อเต้านมที่หนาแน่นที่เป็นสีขาวได้ยาก 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 หรือในกรณีที่ประชาชนต้องจ่ายเองก็พิจารณาที่สามารถจ่ายได้ 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 ⁽¹⁶⁾

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 จะให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการวินิจฉัย ซึ่งแพทย์ก็จะส่งตรวจแมมโมแกรมเพื่อการวินิจฉัยต่อไป

ตาราง ที่ 20 การทำการตรวจ Diagnostic Mammogram ครั้งแรกและครั้งต่อไป ของศูนย์เต้านมรักษ

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										

Counselling 2 : Counseling หลังจาก CBE แล้วพบผิดปกติ

วัตถุประสงค์

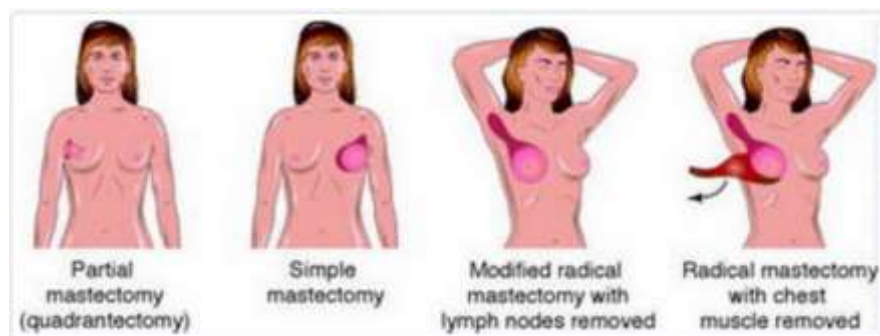
1. Perceived benefit ถ้าไปรับการ Investigate ต่อ และ threat กรณีที่ไม่ได้ไป investigate ต่อ
2. Psychological support with Evidence base Data:
3. Continuity Investigation until Diagnosis

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)

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

5. การทำแมมโมแกรมเหมือนกับการเอกซเรย์ที่เต้านม สมัยก่อนต้องกดที่เต้านมแรงทำให้เจ็บ แต่ตอนนี้มีเครื่อง Digital ทำให้ไม่จำเป็นต้องกดแรง จึงไม่ค่อยเจ็บ ในประเทศไทย จะทำแมมโมแกรมร่วมกับ ultrasound เพราะเต้านมคนไทยมีความหนาแน่นสูง ทำให้กลมกลืนกับก้อนมะเร็งเพิ่มโอกาสที่รังสีแพทย์จะมองไม่เห็นก้อน จึงต้องทำ Mammogram ร่วมกับ ultrasound เสมอ



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

Category	Diagnosis	Number of Criteria
0	Incomplete	แมมโมแกรมที่ทำนไม่สมบูรณ์ 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 หรือเพื่อยืนยันใจถึงการรักษาว่ากระทำได้อย่างสมบูรณ์

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 ก็ควรจบเท่านั้นพอ ที่เหลือให้แพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลที่ Refer ไป ทำการ Counseling ต่อไป เพราะถ้ายาวไปนอกจาก counsellee จะจำไม่ได้แล้ว จะไปเพิ่มความกังวลมากขึ้น ทำให้ไม่ยอมทำการ investigate จนถึงวินิจัย
(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 วัตถุประสงค์เพื่อแยกว่าก้อนที่พบนั้น 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

Counselling 3 : Counseling ก่อนและหลังทราบผล Mammogram ผิดปกติ

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	แมมโมแกรมที่ทาบั้นไม่สมบูรณ์ 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 หรือเพื่อหมั่นใจถึงการรักษาว่ากระทำได้อย่างสมบูรณ์

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 ปีแล้ว 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

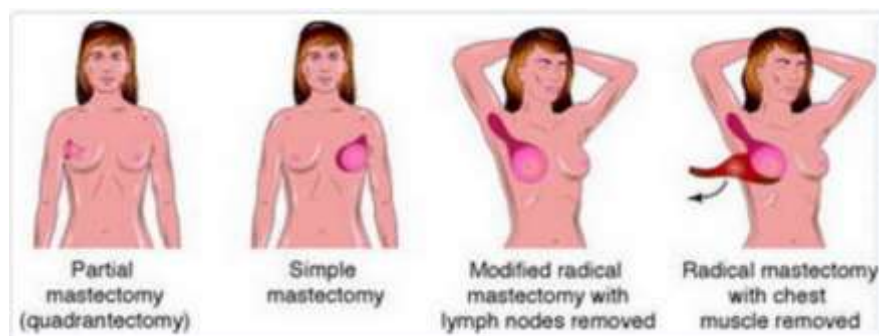
ปี 2008-2010⁽¹⁸⁾

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 เป็นการทำในแต่ละคนไม่เหมือนกัน เพราะฉะนั้นการจะตอบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งเท่าไร ต้องพิจารณาช่วงอายุ และ BIRAD ที่ตรงกับผู้รับคำปรึกษาคนนั้นๆ แม้แมมโมแกรมให้ผลบวก ก็ใช่ว่าจะเป็นมะเร็งเต้านมทุกราย 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 จะทำการตัดชิ้นเล็กๆตรงก้อนที่สงสัย เพื่อนำชิ้นเนื้อไปย้อมและดูด้วยกล้อง ไม่ได้ทำการผ่าตัดใหญ่ และจะนัดมาฟังผลต่อไปว่าก้อนที่เต้านมเป็นเนื้อดีหรือเนื้อร้าย (ถ้าหลีกเลี่ยงคำว่ามะเร็งได้ก็ดี โดยใช้คำว่าเนื้อร้ายแทนในช่วงก่อนวินิจฉัย)
7. กระบวนการและเทคนิคทาง counseling คือสิ่งที่จะเรียนแบบจำลองสถานการณ์และมีการ Feed back นอกจากนั้น ยังมีเทคนิคที่ทาง Health Literacy ใช้คือ
 - 7.1. Chunk and check คือแบ่งเรื่องที่จะพูดเป็นตอนๆ (Chunk) ก่อนที่จะข้ามไปตอนต่อไปก็จะทดสอบความเข้าใจก่อน (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 และถ้ามีประเด็นที่สงสัยยังไม่เข้าใจ จะได้ถือโอกาสชี้แจงเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน
8. การบอกผลการวินิจฉัยและแนวทางการรักษา เป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของไข้ เพราะฉะนั้น Course Breast cancer Counselling สำหรับพยาบาลจึงขอยุติที่ขั้นตอนการ Counseling เมื่อผล mammogram +ve เท่านั้น ไม่ไปถึงการ counseling หลังจากวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว