

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสาร
ในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ

วริศรา ทรงเงินดี, พ.บ.^{1,2}, นวลศิริ สิริประเสริฐ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว,^{2,3} สุทธิ์ศรี กอแก้ววิเชียร, พ.บ.,
วว.เวชศาสตร์ครอบครัว^{1,2}

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ²ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย, ³ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สุทธิ์ศรี กอแก้ววิเชียร, พ.บ.
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย 1873 ถ.พระราม
4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330, ประเทศไทย
Email: sutsri@hotmail.com

Received: September 5, 2024;

Revised: December 2, 2024;

Accepted: December 6, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: เพื่อศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสาร รวมถึงทัศนคติต่อการสวมหน้ากาก ในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

แบบวิจัย: Cross-sectional study

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มา
รับบริการ ณ กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่าง
ผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 404 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ
202 คน พบว่าภาพรวมระดับผลกระทบจากการสวมหน้ากากทั้งด้านการพูดและการฟังของ
ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.003$ ตามลำดับ)
ส่วนสำหรับภาพรวมการสนทนา พบว่าระดับความรู้ถูกปิดกั้น ความเห็นอกเห็นใจ ความ
มั่นใจในการรักษา และความสัมพันธ์กับแพทย์ ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.053$, $p = 0.242$, $p =$
 0.213 , $p = 0.085$ ตามลำดับ) ยกเว้น ความเว้นระยะห่างของแพทย์ต่อผู้ป่วย ($p = 0.001$)

สรุป: การศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสาร พบความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูง
อายุ ทั้งในบทบาทการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสาร นอกจากนี้ ทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากาก
ในสถานการณ์ต่าง ๆ ของประชากรทั้งสองกลุ่มก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เช่นเดียวกัน ยกเว้นกรณีการเลือกสวมหน้ากากในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การสื่อสาร การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การสวมหน้ากาก

ORIGINAL ARTICLE

Impact of Face Mask Use on Doctor-Patient Communication: A Patient-Centric Comparison between Adult and Elderly Patients

Varissara Songnerdee, M.D.^{1,2}, Nawasiri Siriprasert, M.D., MRCFPT^{2,3},
Sutsri Korkaewwichian, M.D., FRCFPT^{1,2}

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, ²Department of Family Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, ³Division of Academic Affairs, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Sutsri Korkaewwichian, MD.,
Department of Family Medicine, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University,
1873 Rama IV Rd, Pathum Wan Subdistrict, Pathum Wan District, Bangkok 10330, Thailand
Email: sutsri@hotmail.com

Received: September 5, 2024;

Revised: December 2, 2024;

Accepted: December 6, 2024

ABSTRACT

Background: This study aims to investigate the impact of wearing face masks on communication, as well as attitudes towards mask-wearing, from the perspective of adult patients compared to elderly patients receiving services at the Family Medicine Clinic, Bhor Por Ror Building, 15th floor, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society.

Design: Cross-sectional study

Methods: The researcher conducted the study using a questionnaire administered to individuals aged 18 and above who visited services at the Family Medicine Clinic, Bhor Por Ror Building, 15th floor, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, from July to August 2024. The data were analyzed to compare the adult group with the elderly group.

Results: A total of 404 participants were included in the study, with 202 individuals in both the adult and elderly groups. The overall impact of mask-wearing on both speaking and listening abilities significantly differed between the two groups ($p < 0.001$, $p = 0.003$, respectively). However, when analyzing overall communication, the levels of feeling of being isolated, empathy, confidence in medical care and doctor-patient relationships were not significantly different ($p = 0.053$, $p = 0.242$, $p = 0.213$, $p = 0.085$, respectively), except for social distance maintained by the doctor towards the patient ($p = 0.001$).

Conclusions: The impact of wearing face masks on communication revealed significant statistical differences when comparing the perspectives of adult and elderly patients, both in their roles as senders and receivers of messages. Furthermore, attitudes towards the decision to wear masks in various situations between the two populations also presented significant statistical differences, except for the decision to wear masks in hospitals.

Keywords: communication, doctor-patient communication, face mask

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ประชากรทั่วโลกต่างสวมหน้ากากอนามัยขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอย่างเป็นสากล แม้การแพร่ระบาดในปัจจุบันจะคลี่คลายลง สังคมได้มีการปรับเปลี่ยนเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ และยังคงสวมหน้ากากอนามัยกันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในโรงพยาบาลยังคงมีมาตรการสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้มารับบริการ

องค์ประกอบของการสื่อสารขั้นพื้นฐาน แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัยหลักจึงจะสมบูรณ์ ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางการสื่อสาร ในขณะเดียวกัน องค์ประกอบเพิ่มเติมที่ส่งผลเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คือ สิ่งรบกวน ทำให้การสื่อสารลดคุณภาพลงได้ดังแสดงรูปที่ 1¹

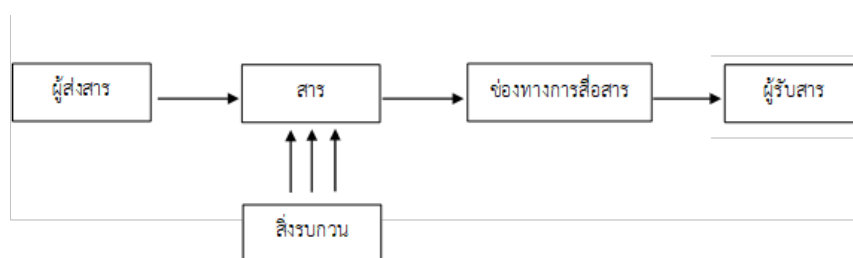
การสวมหน้ากากอนามัยของแพทย์และผู้ป่วย จึงกลายเป็นปัจจัยรบกวนการสื่อสารปัจจัยหนึ่ง ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพลดลง นำไปสู่การแปลผลและความเข้าใจสารคลาดเคลื่อนได้ง่ายมากขึ้น² ในด้านการรักษา การสวมหน้ากากอนามัยสร้างการปิดกั้นทางจิตวิทยา³ การเข้าใจการรักษาที่ผิดจะนำไปสู่การปฏิบัติตนและการรักษาที่คลาดเคลื่อน ส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาในระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยความเชื่อถือและความสัมพันธ์อันดี เพื่อเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี³ การสวมหน้ากากอนามัยยังส่งผลทำให้คุณภาพในการสื่อสารลดลง นำไปสู่ความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยที่ลดลง^{3,4} นอกจากนี้ การสวมหน้ากากอนามัยส่งผลกระทบให้แพทย์และผู้ป่วยสื่อสารได้ไม่ตรงตามความต้องการ นำมาซึ่งอารมณ์ของผู้ป่วยในทางลบ ได้แก่ ความเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ และความรู้สึกทรมานได้มากขึ้น⁵

ในปี ค.ศ. 2013 Wong และคณะ ได้ศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อความเห็นอกเห็นใจและความสัมพันธ์ในการรักษาต่อเนื่อง ในรูปแบบ randomized controlled trial จากกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 1,030 คน ในเขตปกครองพิเศษฮ่องกง วัดผลด้วยการทำแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ (CARE score) และความพึงพอใจในภาพรวมตลอดการรักษาต่อเนื่อง พบว่าทั้งคะแนนทั้งการรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจและความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยที่สื่อสารกับแพทย์ที่สวมหน้ากากอนามัย มีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สื่อสารกับแพทย์ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴

ต่อมา Pandya และคณะ ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในคลินิกศัลยกรรมกระดูกที่สหรัฐอเมริกา ในช่วงปลายปี ค.ศ. 2020 ภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งหมด 178 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารกับแพทย์ที่สวมหน้ากากอนามัย และกลุ่มที่สื่อสารกับแพทย์ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัย ในรูปแบบ cohort study วัดผลด้วยการทำแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ (CARE score) พบว่า คะแนนความเห็นอกเห็นใจในทั้งสองกลุ่มไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

ภาษาเป็นเครื่องมือหนึ่งของการสื่อสาร ประกอบไปด้วย วจนภาษาและอวจนภาษา จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัยที่มีผลระหว่างบุคคล ได้แบ่งผลกระทบทั้งด้านวจนภาษาและอวจนภาษาได้หลายปัจจัย^{7,8}

Saunders และคณะ ได้ศึกษาผลกระทบต่อการสื่อสารจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการศึกษาแบบ qualitative



รูปที่ 1. แผนภาพองค์ประกอบของการสื่อสารขั้นพื้นฐาน

สัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อสื่อสารกับแพทย์ ได้สรุปผลกระทบเป็นประเด็นต่าง ๆ จากมุมมองของผู้ป่วยเป็นประเด็น ทั้งในบทบาทผู้ป่วยที่ฟังแพทย์สวมหน้ากากและบทบาทผู้ป่วยที่สวมหน้ากากอนามัยพูดกับแพทย์ และมีการเก็บข้อมูลด้วยการให้ระดับความรุนแรงของผลกระทบ 4 ด้าน ได้แก่ การได้ยิน ความเข้าใจ การจดจำ ความรู้สึกเชื่อมโยงกับคู่สนทนา พบว่าทุกด้านได้รับผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน⁹

กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นกลุ่มคลินิกผู้ป่วยนอกที่มีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่มวัย ทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพการสื่อสารและผลการรักษาในระยะยาวมีงานทบทวนวรรณกรรมของ Drossman ยืนยันว่าการมีทักษะการสื่อสารที่ดีจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีของแพทย์และผู้ป่วยจริง¹⁰

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุวัยผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอุปสรรคด้านการสื่อสารที่เกิดจากการสวมหน้ากากอนามัยในผู้ป่วยแต่ละช่วงวัย รวมทั้งนำไปต่อยอดพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในบริบทผู้ป่วยนอก ที่จะสามารถเพิ่มคุณภาพการรักษาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบจากการใส่หน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภาปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการสวมหน้ากากในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภาปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) โดยที่ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มารับบริการที่กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภาปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย 3) มีความสามารถสื่อสารด้านการฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารจนไม่สามารถเข้าใจในการตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง 2) ผู้ที่สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเวลามารับบริการตั้งแต่ช่วงก่อนโควิด-19

คำนวณกลุ่มประชากรตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับทดสอบหาความแตกต่างระหว่าง 2 สัดส่วนที่เป็นอิสระต่อกัน

ดังสูตรคำนวณต่อไปนี้

$$\frac{n}{\text{Group}} = \left[\frac{Z_{\alpha/2} \sqrt{2pq} + Z_{\beta} \sqrt{p_1 q_1 + p_2 q_2}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

โดยที่ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

Group = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

α = ความน่าจะเป็นของ Type I error = 0.05 β

= ความน่าจะเป็นของ Type II error = 0.2

p_1 = สัดส่วนของผลกระทบในกลุ่มผู้ใหญ่ = 0.5 จากการตั้งข้อสันนิษฐาน

p_2 = สัดส่วนของผลกระทบในกลุ่มผู้สูงอายุ = 0.65 จากการตั้งข้อสันนิษฐาน

$q_1 = 1 - p_1 = 0.5$ $q_2 = 1 - p_2 = 0.35$

$p = (p_1 + p_2)/2 = 0.575$ $q = 1 - p = 0.425$

คำนวณ n = 183 รวมขนาดตัวอย่างได้ $183 \times 2 = 366$ คน คำนวณเผื่อข้อมูลตกหล่นร้อยละ 10 ได้ 404 คน

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความสะดวก (convenience sampling) โดยทำแบบสอบถามในวันและเวลาที่แตกต่างกันตลอดช่วงเวลาที่กำหนดศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาต่าง ๆ ที่ได้จากเอกสาร งานวิจัย แนวคิดทฤษฎี ผลการวิจัย และการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับผลกระทบจากการใส่หน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารในมุมมองของผู้ป่วย รวมถึงทัศนคติในการเลือกสวมหน้ากากนำแบบสอบถามที่สร้างและผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (face validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องจากคะแนน (index of item objective congruence; IOC) ที่ผู้เชี่ยวชาญให้สำหรับคำถามแต่ละข้อเพื่อดูว่าข้อใดมีค่าสูงกว่าหรือเท่ากับ 0.5 โดยใช้สูตร $IOC = (\sum r)/n$ โดยที่ r แทนผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ ส่วน n แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ถ้าคำถามข้อใดได้ดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับหรือต่ำกว่า 0.5 จะปรับปรุงหรือตัดออก ถ้าได้มากกว่า 0.5 จะเก็บไว้ใช้จริง จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้ว ไปทดสอบกับตัวอย่างกลุ่มประชากรจำนวน 30 ราย เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) โดยใช้สูตรของ Cronbach

แบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย ประวัติโรคประจำตัวของอาสาสมัคร ประวัติความถี่ในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนที่ 2 ผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการรับสาร ส่วนที่ 3 ผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการส่งสาร ส่วนที่ 4 ภาพรวมการสนทนาจากการสวมหน้ากาก และส่วนที่ 5 ทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากากในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยส่วนที่ 1-4 ให้คะแนน Likert scale จากระดับน้อยไปมาก ส่วนที่ 5 ให้เลือกตอบว่าตัดสินใจสวมหรือไม่สวมหน้ากาก

นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้

ผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 60 ปี และผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนับตั้งแต่วันเกิดตามบัตรประชาชนจนถึงวันเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM* SPSS statistics V22.0 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) บรรยายลักษณะและผลสำรวจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งตามลักษณะข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ แสดงเป็น ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากาก
- ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงเป็นความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ

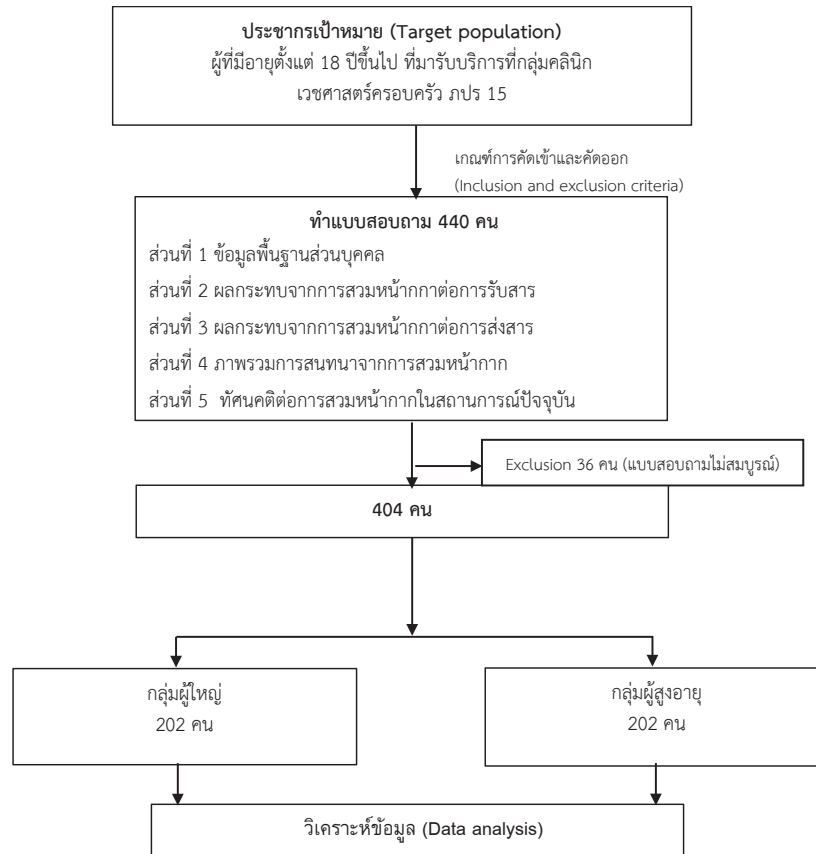
- Chi-Square test หรือ Fisher's exact test เพื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนและทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามเมื่อตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical data) ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและ ทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากาก

- Mann-Whitney U test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระหว่างกลุ่มสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้แก่ ระดับผลกระทบในการสื่อสารเทียบกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ

- Logistic regression analysis เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลกระทบต่อทัศนคติการเลือกสวมหน้ากาก

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออกจำนวนทั้งสิ้น 440 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน 36 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 202 คน (รูปที่ 2) กลุ่มผู้ใหญ่มีค่าเฉลี่ยอายุที่ 43 ± 12 ปี (18-59 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอายุที่ 69 ± 6 ปี (60-91 ปี) แต่ละกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วยเพศชายและหญิงสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัวและประวัติความถี่ในการมารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง



รูปที่ 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

สถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนผลกระทบจากการสวมหน้ากาก พบว่าโดยภาพรวมของระดับผลกระทบทั้งในการพูดและการฟังของกลุ่มผู้ใหญ่อายุและกลุ่มผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.003$ ตามลำดับ) โดยพบว่ากลุ่มผู้ใหญ่อายุให้คะแนนไปในทางผลกระทบมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ในทางกลับกัน ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนผลกระทบจากการสวมหน้ากากในภาพรวมการสนทนา พบว่า ระดับผลกระทบในด้านความรู้สึกถูกปิดกั้น ความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจในการรักษา และความสัมพันธ์กับแพทย์ของทั้งสองกลุ่มไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.053$, $p = 0.242$, $p = 0.213$, $p = 0.085$ ตามลำดับ) ยกเว้น ระดับความรุนแรงของแพทย์ต่อผู้ป่วย สัดส่วนคำตอบของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) รายละเอียดดัง

แสดงในแผนภูมิที่ 2

ในส่วนของการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากาก ในสถานการณ์ต่าง ๆ พบว่าการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากในพื้นที่สาธารณะทั้งในที่ปิดและในที่โล่ง ทั้งที่มีความแออัดและไม่แออัด ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากในโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการตัดสินใจหรือความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากาก พบว่าสองกลุ่มมีการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.030$) รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

เมื่อนำข้อมูลด้านความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากากมาวิเคราะห์ด้วย logistic regression พบว่า ปัจจัยในเรื่องเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลต่อปี และรายได้เฉลี่ย ไม่ได้ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากาก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

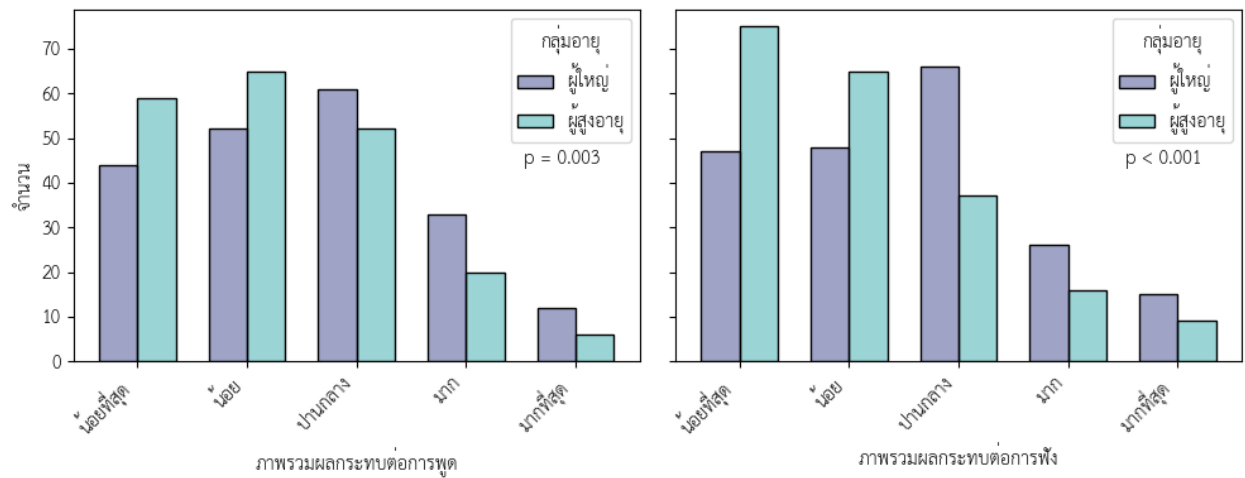
ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุด้วย Chi-Square test

	ผู้ใหญ่ จำนวน (ร้อยละ)	ผู้สูงอายุ จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ			
หญิง	129 (50.6)	126 (49.4)	0.757
ชาย	73 (49.0)	76 (51.0)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	13 (6.4)	34 (16.8)	< 0.001*
มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (5.9)	27 (13.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	29 (14.4)	37 (18.3)	
ปริญญาตรี	110 (54.5)	64 (31.7)	
สูงกว่าปริญญาตรี	26 (12.9)	18 (8.9)	
อนุปริญญา/ปวส./หรือเทียบเท่า	12 (5.9)	22 (10.9)	
สถานภาพสมรส			
โสด	107 (53.0)	33 (16.3)	< 0.001*
สมรส	82 (40.6)	135 (66.8)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7 (3.5)	8 (4.0)	
หม้าย	6 (3.0)	26 (12.9)	
ความถี่ในการมารับบริการ			
≤ 1 ครั้ง/ปี	43 (21.3)	18 (9.0)	< 0.001*
2-3 ครั้ง/ปี	78 (38.6)	64 (31.8)	
4-5 ครั้ง/ปี	46 (22.8)	58 (28.9)	
6-7 ครั้ง/ปี	15 (7.4)	21 (10.4)	
8 ครั้ง/ปีขึ้นไป	20 (9.9)	40 (19.9)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
น้อยกว่า 5,000 บาท	3 (1.7)	61 (35.1)	0.020*
5,001-10,000 บาท	11 (6.3)	19 (10.9)	
10,001-20,000 บาท	50 (28.6)	38 (21.8)	
20,001-30,000 บาท	53 (30.3)	29 (16.7)	
30,001-40,000 บาท	17 (9.7)	9 (5.2)	
40,001 บาทขึ้นไป	41 (23.4)	18 (10.3)	
โรคประจำตัว			< 0.001*
ไม่มีโรคประจำตัว	84 (41.6)	25 (12.4)	
มีโรคประจำตัว	118 (58.4)	177 (87.6)	

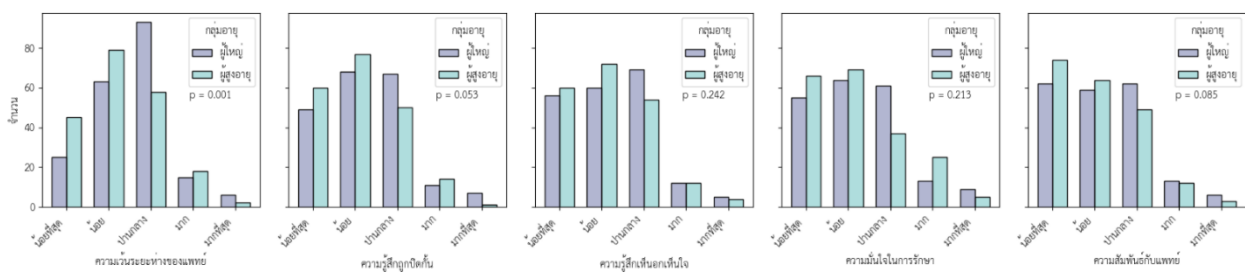
วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าระดับผลกระทบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อศึกษาจากแผนภูมิที่ 1 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเลือกให้คำตอบไปในทิศทางที่การสวมหน้ากากส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งมีความแตกต่างจากข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมของ Robinson ว่าเมื่ออายุมากขึ้นการรับรู้ประสาทสัมผัสมีประสิทธิภาพลดลง เกิดผลกระทบต่อ

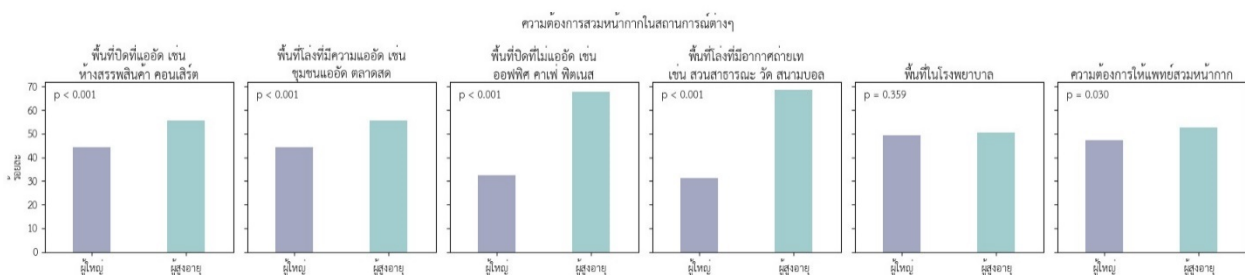
การสื่อสารมาก¹¹ รวมถึงแตกต่างจากผลการศึกษาที่ก่อนการระบาดของโควิด-19 ของ Brown และคณะ ซึ่งศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการได้ยินและการมองเห็นเปรียบเทียบในกลุ่มคนอายุน้อย (18-35 ปี) เทียบกับกลุ่มคนอายุมาก (59-77 ปี) พบว่าในกลุ่มคนอายุมากมีความเข้าใจการสื่อสารน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อย และทั้งสองกลุ่มใช้ความพยายามในการสื่อสารมากขึ้นขณะสวมหน้ากาก¹² ในขณะเดียวกัน Henke และ



แผนภูมิที่ 1 ระดับผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการสื่อสารในภาพรวมการพูดและการฟัง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่วัยกับกลุ่มผู้สูงอายุด้วย Man-Whitney U test



แผนภูมิที่ 2 ระดับผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการสื่อสารในภาพรวมการสนทนา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่วัยกับกลุ่มผู้สูงอายุด้วย Man-Whitney U test



แผนภูมิที่ 3 ทศนคติการเลือกสวมหน้ากากในสถานการณ์ต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่วัยกับกลุ่มผู้สูงอายุ ด้วย Chi-Square test

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากาก ด้วย logistic regression analysis

	กลุ่มประชากร						
	ผู้ใหญ่				ผู้สูงอายุ		
	Odd ratio	95%CI Lower	Upper	P-value	Odd ratio	95%CI Lower	Upper
เพศ							
หญิง							
ชาย	1 (ref)	0.379	2.091	0.789		0.445	3.541
ระดับการศึกษา	0.890				1.256		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า				0.598			0.859
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (ref)	0.007	2.619	0.187		0.530	27.544
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0.138	0.056	9.176	0.799	3.822	0.283	6.205
ปริญญาตรี	0.719	0.031	3.756	0.379	1.326	0.375	7.181
สูงกว่าปริญญาตรี	0.340	0.018	3.371	0.292	1.641	0.216	10.993
อนุปริญญา/ปวส./หรือเทียบเท่า	0.244	0.033	18.862	0.886	1.543	0.175	9.281
สถานภาพสมรส	0.793				1.275		
โสด				1.000			0.693
สมรส	1 (ref)	0.449	2.464	0.907		0.389	4.472
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.052	0.000		0.999	1.319	0.127	21.243
หม้าย	NA	0.000		0.999	1.645	0.469	21.706
ความถี่ในการมารับบริการ	NA				3.190		
≤ 1 ครั้ง/ปี				0.751			0.369
2-3 ครั้ง/ปี	1 (ref)	0.570	4.496	0.372		0.035	3.102
4-5 ครั้ง/ปี	1.601	0.493	5.515	0.417	0.329	0.074	7.508
6-7 ครั้ง/ปี	1.649	0.100	4.174	0.646	0.744	0.075	28.774
8 ครั้ง/ปีขึ้นไป	0.645	0.365	7.422	0.516	1.470	0.069	8.812
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1.647				0.781		
น้อยกว่า 5,000 บาท		0.165	158.532	0.769			0.294
5,001-10,000 บาท	5.110	0.413	260.951	0.352		0.126	3.097
10,001-20,000 บาท	10.387	0.276	196.394	0.155	0.626	0.103	1.314
20,001-30,000 บาท	7.357	0.214	211.399	0.234	0.367	0.283	9.278
30,001-40,000 บาท	6.719	0.282	224.343	0.279	1.619	0.069	8.628
40,001 บาทขึ้นไป	7.956			0.223	0.774	0.045	1.254
โรคประจำตัว					0.238		
ไม่มีโรคประจำตัว							
มีโรคประจำตัว	1 (ref)	0.303	1.616	0.403	1(ref)	0.270	5.851
	0.700				1.256		

NA หมายถึง ไม่สามารถคำนวณได้เนื่องจากไม่มีผู้เลือกสวมหน้ากากในกลุ่มนั้น

คณะ พบว่าคนอายุน้อยสามารถตีความสีหน้าภายใต้การสวมหน้ากากได้แม่นยำมากกว่าคนอายุมาก การสวมหน้ากากส่งผลกระทบในกลุ่มคนอายุมากกว่ากลุ่มคนอายุน้อย แต่ในภาพรวมก็ไม่ได้ส่งผลกระทบที่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสองกลุ่ม¹³ ลักษณะเดียวกันกับการศึกษา

ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในรูปแบบการสำรวจมุมมองความคิดเห็นเท่านั้น หากจะวิเคราะห์รายละเอียดให้

หลักฐานเชิงปริมาณข้อเท็จจริงมากขึ้น อาจมีการเพิ่มมาตรวัดปริมาณเพิ่มเติม เช่น วัดเสียงที่พูดออกมาเป็นเดซิเบล ตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน หรือทำแบบทดสอบเพื่อตีความสิ่งที่ได้ยินเพื่อประเมินความเข้าใจสารที่ถูกต้อง เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน เมื่อศึกษาภาพรวมของการสนทนาพบว่าคำตอบของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านความรู้สึกถูกปิดกั้น ความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจในการรักษา และความสัมพันธ์กับแพทย์ (แผนภูมิที่ 2) มีผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Vijayaprasad ซึ่งเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศอินเดีย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการสนทนาหน้ากากส่งผลกระทบต่อสื่อสารแต่ยังคงมีเชื่อมั่นในตัวแพทย์และการรักษาระดับเดิม² เมื่อศึกษาจากแผนภูมิที่ 2 พบว่า คำตอบมีแนวโน้มผลกระทบระดับน้อย ถึงปานกลาง มีความเป็นไปได้ว่า ทั้งสองช่วงอายุรู้สึกว่าการสนทนาหน้ากากไม่ได้ส่งผลกระทบต่อภาพรวมการสนทนา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Henke ที่กล่าวมาข้างต้น¹³ ทั้งนี้ภายหลังการระบาดอาจทำให้ผู้คนเริ่มมีการปรับตัว และสนทนาหน้ากากจนเกิดความคุ้นชินมากยิ่งขึ้น ดังการศึกษาของขวัญจิรา เมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่าคนญี่ปุ่นมีความคุ้นชินกับการสนทนาหน้ากากอนามัยมากกว่าคนไทย และคนไทยต้องใช้ความพยายามในการสื่อสารมากกว่าคนญี่ปุ่น⁷

ผลการสำรวจทัศนคติการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากมีความแตกต่างกันในหลายสถานการณ์ เมื่อดูรายละเอียดแผนภูมิที่ 3 พบว่าการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากของกลุ่มผู้สูงอายุในสถานที่ต่าง ๆ เลือกที่จะสวมหน้ากากมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ มีความเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงการป้องกันโรค และให้ความสำคัญต่อการสวมหน้ากากมากกว่าผลกระทบต่อการสื่อสาร แตกต่างกับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีการตัดสินใจเลือกจะไม่สวมหน้ากากมีจำนวนร้อยละมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดคลี่คลาย พบความแตกต่างกันในการสอบถามความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากากขณะรักษาพบว่า กลุ่มผู้ใหญ่มีความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากากเทียบกับกลุ่มสูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ เมื่อสำรวจรายละเอียดในแผนภูมิ พบว่าร้อยละของคำตอบกลุ่มผู้ใหญ่ต้องการให้แพทย์ไม่สวมหน้ากากมากกว่าร้อยละในกลุ่มผู้สูงอายุ อาจต่อยอดไปเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนมาตรการของโรงพยาบาลในอนาคต รวมถึงสร้างความตระหนักต่อการสื่อสารของแพทย์ต่อผู้ป่วย พัฒนาทักษะการสื่อสารได้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นได้

เมื่อนำผลมาวิเคราะห์แบบ logistic regression ดังแสดงในตารางที่ 2 ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ทั้งในเรื่องเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และโรคประจำตัว อาจหมายความว่า การตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากนั้นมาจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากปัจจัยข้างต้น หากจะหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจต้องมีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่าการศึกษานี้ หรืออาจพิจารณาศึกษาต่อยอดในประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากข้อมูลพื้นฐานที่ผู้วิจัยเก็บในการศึกษานี้

ข้อเด่นของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการสนทนาหน้ากากต่อการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในมุมมองผู้ป่วยการศึกษาแรก ในประเทศไทยภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารในอนาคต รวมถึงเห็นถึงทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากากสามารถเป็นประโยชน์ในการออกมาตรการการสวมหน้ากากในอนาคตได้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้จัดทำในคลินิกผู้ป่วยนอก ภาปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ เพียงคลินิกเดียว ทำให้มีข้อจำกัดในความหลากหลายของประชากร รวมถึงการศึกษานี้ยังเป็นการศึกษาผลกระทบจากการสนทนาหน้ากากต่อการสื่อสารเป็นการศึกษาแรก การทบทวนวรรณกรรมมาอ้างอิงยังมีจำนวนจำกัด แบบสอบถามที่ใช้ถูกจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรกจากการรวบรวมงานวิจัยเชิงคุณภาพและการทดลองสุ่มตัวอย่าง ในอนาคตต้องอาศัยการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามและข้อมูล รวมถึงเพิ่มการแบ่งช่วงอายุให้ละเอียดมากยิ่งขึ้นอาจทำให้ได้ผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้นได้

สรุป

การศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสาร พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างมุมมองของผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งในบทบาทการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยผลกระทบในมุมมองกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบมุมมองต่อภาพรวมการสนทนากับแพทย์ระหว่างประชากรทั้งสองกลุ่มแล้วพบว่าระดับความรู้สึกถูกปิดกั้น ความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจในการรักษา และความสัมพันธ์กับแพทย์ ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ความเห็นระหว่างของแพทย์ต่อผู้ป่วย ที่สัดส่วนคำตอบของสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ทักษะการเลือกสวมหน้ากากในสถานการณ์ต่าง ๆ ของประชากรทั้งสองกลุ่มก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเลือกสวมหน้ากากมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ในทุกสถานการณ์ ยกเว้น การเลือกสวมหน้ากากในโรงพยาบาล ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณาจารย์ ผู้มารับบริการ แพทย์ประจำบ้าน เจ้าหน้าที่และพยาบาลประจำฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่ให้ความช่วยเหลือทุกท่าน รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจสอบแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้มารับบริการที่สละเวลามาทำแบบสอบถามของผู้วิจัยไว้ ณ ที่นี้

Highlight

1. การใส่หน้ากากเป็นตัวบดบังการสื่อสารที่สำคัญ
2. ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเลือกใส่หน้ากากในทุกสถานการณ์
3. ผู้ใหญ่รับรู้ถึงผลกระทบของการใส่หน้ากากมากกว่าผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การสื่อสาร (Communication) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค 2567]. สืบค้นจาก [http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php/title\(Communication\)2554](http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php/title(Communication)2554)
2. Gopichandran V, Sakthivel K. Doctor-patient communication and trust in doctors during COVID 19 times-A cross sectional study in Chennai, India. PloS One. 2021;16(6):e0253497. PubMed PMID: 34161383
3. Marler H, Ditton A. "I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. Int J Lang Commun Disord. 2021;56:205-14.
4. Wong CK, Yip BH, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MC, et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. BMC Fam Pract. 2013;14:200. PubMed PMID: 24364989
5. Balestracci B, La Regina M, Di Sessa D, Mucci N, Angelone FD, D'Ecclesia A, et al. Patient safety implications of wearing a face mask for prevention in the era of COVID-19 pandemic: a systematic review and consensus recommendations. Intern Emerg Med. 2023;18:275-96.
6. Pandya S, Sedani AB, Syros A, Yakkanti RR, Dodds SD, Aiyer AA. The effects of face masks on the doctor-patient relationship in orthopaedics. Iowa Orthop J. 2022;42:267-73.
7. เสนา ขวัญจิรา. ทักษะเกี่ยวกับการใส่หน้ากากอนามัยที่มีผลต่อการสื่อสารระหว่างบุคคล เปรียบเทียบระหว่างคนไทยและคนญี่ปุ่น. วารสารเครือข่ายญี่ปุ่น. 2022;2:12-32.
8. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2010;60(571): 83-7.
9. Saunders GH, Jackson IR, Visram AS. Impacts of face coverings on communication: an indirect impact of COVID-19. Int J Audiol. 2021;60:495-506.
10. Drossman DA, Chang L, Deutsch JK, Ford AC, Halpert A, Kroenke K, et al. A review of the evidence and recommendations on communication skills and the patient-provider relationship: a Rome foundation working team report. Gastroenterology. 2021;161(5):1670-1688.e7. PubMed PMID: 34331912
11. Robinson TE, 2nd, White GL, Jr., Houchins JC. Improving communication with older patients: tips from the literature. Fam Pract Manag. 2006;13:73-8.
12. Brown VA, Van Engen KJ, Peelle JE. Face mask type affects audiovisual speech intelligibility and subjective listening effort in young and older adults. Cogn Res Princ Implic. 2021;6:49. PubMed PMID: 34275022
13. Henke L, Guseva M, Wagemans K, Pischedda D, Haynes JD, Jahn G, et al. Surgical face masks do not impair the decoding of facial expressions of negative affect more severely in older than in younger adults. Cogn Res Princ Implic. 2022;7:63. PubMed PMID: 35841438