



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. (02) 354-1081-2, (02) 247-4464, (02) 640-7927

Fax. (02) 247-4704, (02) 247-4470 Website: www.thainurse.org, E-mail: ns.head@thainurse.org

ที่ สพท. 0056 /2558

### หนังสือรับรองการตีพิมพ์บทความวิจัย

โดยหนังสือนี้ขอรับรองว่ารายงานวิจัย เรื่อง “การรับรู้และความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดย รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวางกูร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์ อาจารย์ อุษา น่วมเพชร และ ดร.เจนเนตร พลเพชร ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาล ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ปีที่ 66 ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน – มิถุนายน 2560



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโศด)

บรรณาธิการวารสารพยาบาล

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

15 ธันวาคม 2558

THE NURSES ASSOCIATION OF THAILAND

UNDER THE ROYAL PATRONAGE OF HER ROYAL HIGHNESS THE PRINCESS MOTHER

21/12 RANANAM ROAD, BANGKOK 10400. TEL. (662) 354-1801-2, (662) 247-4464, (662) 640-7927

Fax. (662) 247-4704, (662) 247-4470 Website: www.thainurse.org, E-mail: ns.head@thainurse.org



**การรับรู้และความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

**สายฝน เอกวารังกูร, ปร.ด. (Saifon Aekwarangkoon, Ph.D.)\***

**นัยนา หนูนิล, Ph.D. (Naiyana Noonil, Ph.D.)\*\***

**เรวดี เพชรศิริลาพันธ์, พย.ค. (Rewwadee Petsirasan, Ph.D.)\*\***

**อุษา น่วมเพชร, พย.ม. (Usa Nuampet, MN.S.)\*\*\***

**เจนเนตร พลเพชร, ปร.ด. (Chennet Phonphet, Ph.D.)\*\*\***

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และความต้องการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้คัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 59 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 11-12 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นเรื่องยาก สมรรถนะด้านการเข้าถึงเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ไม่เพียงพอแม้จะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการ ความต้องการพัฒนาสมรรถนะเพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 1) การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาสมรรถนะ 6 ด้าน คือ 2.1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2.2) การเข้าถึงผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความรู้สึกลดลง ไขว้ขวางใจ และให้ความร่วมมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2.3) การใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2.4) การบอกผลการประเมินภาวะซึมเศร้ากับผู้สูงอายุและครอบครัว 2.5) การช่วยเหลือเบื้องต้นตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และ 2.6) การส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือที่มีคุณภาพ 3) การมีพี่เลี้ยงติดตามโคชในพื้นที่ และ 4) มีการประเมินผลเพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้คัดกรองอย่างต่อเนื่อง การตอบสนองความต้องการดังกล่าวช่วยให้กระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเกิดประสิทธิภาพ คำสำคัญ สมรรถนะ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสภาวิจัยแห่งชาติผ่านสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

\*รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

\*\*\*อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

## **Perceptions and Capacity Development Needs of Health Volunteers for Depression Screening among the Elderly in the Community**

### **Abstract**

This study aims to explore perceptions and capacity development needs of health volunteers for depression screening among the elderly in the community. Informants were 59 health volunteers have been assigned to perform screening for depression in the elderly at primary health care center in Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province. The semi-structured questions were used to guide the focus group discussion from 5 groups of the informants: composed of 11-12 health volunteers in each group. Content analysis was performed to explore the data. The findings reveal that the informants' awareness that screening for depression in the elderly is difficult. Performance access to screening for depression, there is not enough even to be well prepared before implementation. The needs to develop capacity for screening depression prospects include four issues: 1) Creating the right attitude about depression in the elderly; 2) Development of competencies six aspects: 2.1) Improve knowledge of depression and select the elderly susceptible to screening for depression; 2.2) Access to the elderly, to give a sense of security, trust and cooperation in screening for depression; 2.3) Using screening tool for depression; 2.4) To tell the depression in the elderly and families; 2.5) To aid according to the severity of depression; and 2.6) Referring so that the elderly were rescued quality; 3) There are chaperoned coach in the area; and 4) Performance evaluation to improve the screening continued. To meet such requirements allows the screening for depression in the elderly community effectively.

**Keywords:** Capacity, Depression Screening, Elderly, Health Volunteers

### **ความสำคัญของปัญหา**

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญ มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และเป็นปัญหาเรื้อรังของผู้สูงอายุที่ต้องการความร่วมมือแก้ไขจากผู้เกี่ยวข้องอย่างเร่งด่วน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558; Park & Unutzer, 2011; Pirkis et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากหลายปัจจัยสาเหตุ ทั้งจากความเสื่อมถอยตามธรรมชาติของร่างกาย ความกังวลจากการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องพึ่งพาครอบครัวและผู้อื่น รวมทั้งการต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากภาวะความเจ็บป่วย การเกิดโรคเรื้อรัง และการสูญเสียคู่ชีวิต (สายฝน เอกวางกูร และอุจน์จิตร

คุณารักษ์, 2558; Park & Unutzer, 2011; Wang, Duan, Jia, Xu, Chen, & Xie, 2015) แม้ภาวะซึมเศร้าจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แต่ประเด็นปัญหาสำคัญกลับพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นหรือสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้น้อยมากเมื่อเทียบกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (Deshpande, Gadkari, & Rajee, 2011) ขณะที่อุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจากภาวะซึมเศร้าพบได้สูงมากในกลุ่มผู้สูงอายุ (Black, 2009)

การไม่สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่อการใช้สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต้องเผชิญกับอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าทั้งทางด้านอารมณ์ (emotional) ได้แก่ ซึมเศร้า เหงา โดดเดี่ยว ด้านความคิด (cognitive) ได้แก่ สมาธิสั้น มองตนเองสิ่งแวดลอม และอนาคตในด้านลบ ด้านพฤติกรรม (behavioral) ได้แก่ แยกตัว อาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และด้านร่างกาย (physical) ได้แก่ หดกำลัง รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดนอนไม่หลับ ในระยะยาวภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องด้านการตัดสินใจ (poor Judgment) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self esteem) หดหวัง (hopeless) และหมดพลังอำนาจ (powerlessness) นำไปสู่การทำร้ายตนเอง อีกทั้งครอบครัวมักได้รับการมองเชิงลบจากสังคม (Wang et al., 2015) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ของโรคซึมเศร้ามีค่าสูงสุด และเป็นค่าจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่สูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแต่ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคทางจิตเวชอื่น ๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ผลการศึกษาดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องต้องดำเนินการด้านระบาดวิทยาเพื่อเฝ้าระวังติดตาม โรคซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า (Deshpande et al., 2011)

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญและเป็นทางออกของการแก้ไข ปัญหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพยายามอย่างมากในการดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในลักษณะเชิงรุกอย่างครอบคลุม โดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างครอบคลุม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินการพบว่ายังสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนได้น้อย เนื่องจากคนส่วนใหญ่เข้าใจว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการปกติสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคทางร่างกายในลักษณะเรื้อรัง ต้องรักษาด้วยยาหลายตัวเป็นระยะเวลานาน มักบ่นไม่สบายทางด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ (สายฝน เอกวรางกูร, 2554) เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะได้รับ

การเตรียมความพร้อมเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ซับซ้อน ยุ่งยาก ต้องอาศัยประสบการณ์ ความเข้าใจ ทักษะ และความช่วยเหลือในการประเมินอย่างต่อเนื่อง (Buchan, Sunderland, Carragher, Louie, Batterham, & Slade, 2015) สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการประเมินและช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น นำไปสู่ความสูญเสียทั้งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคมอย่างไม่สามารถประเมินค่าได้

การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นปัญหาที่ต้องการความร่วมมือแก้ไขอย่างเร่งด่วน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) การเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้พบตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของการป้องกันซึ่งเป็นมาตรการสำคัญและคุ้มค่าในการลดการขยายตัวของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างแท้จริง (Buchan et al., 2015) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้และความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเชื่อว่าผลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตลอดจนเป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าในระยะแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้และความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก มีผู้เข้าร่วมจำนวนทั้งสิ้น 59 คน

#### ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายเพื่อขอเข้าพบและคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และผลกระทบที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียด
4. ผู้วิจัยถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้เซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร
5. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 11-12 คน แต่ละกลุ่มจัด โดยการคละเทศ คละประสพการณ์การทำงาน
6. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มที่ละกลุ่มด้วยตนเอง ใช้เวลาสนทนากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง พร้อมกับขออนุญาตทำการบันทึกเทปและจดบันทึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามกึ่ง โครงสร้าง (semi-structured guideline) เกี่ยวกับการรับรู้และความต้องการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม ครอบคลุมประเด็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ท่านดำเนินงานอยู่ในปัจจุบันมีลักษณะอย่างไร 2) สมรรถนะ/ประสิทธิภาพของท่านในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร 3) ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยใดเกี่ยวข้อง/มีอิทธิพลกับประสิทธิภาพในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของท่าน และ 4) หากจะช่วยให้ท่านมีสมรรถนะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ท่านต้องการการสนับสนุนอะไร อย่างไร ใครควรมีส่วนเกี่ยวข้อง เครื่องมือดังกล่าวถูกนำไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 คน และปรับปรุงคุณภาพก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของ โครงการวิจัยเรื่องการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ทบอบของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และผ่านการขออนุมัติทำการศึกษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการวิจัย (informed consent) ทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มเป้าหมายอาจได้รับจากการเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มเป้าหมายมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ เอกสารบันทึกการสนทนา ภาพถ่าย การบันทึกเทปได้รับอนุญาตจากกลุ่มเป้าหมายก่อนทุกครั้ง หลังการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำลายหลักฐานทั้งหมดทันที และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อหา Theme ของผลการวิจัย

## ผลการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายของการศึกษานี้เป็นตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 59 คน อายุระหว่าง 38-55 ปี ( $M = 45.38$ ,  $SD = 3.99$ ) เป็นเพศหญิงร้อยละ 98 เพศชายร้อยละ 2 ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสอยู่ร้อยละ 98 โสดร้อยละ 1 หม้ายร้อยละ 1 ร้อยละ 92 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 5 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 3 จบปริญญาตรี รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,500-20,000 บาท ( $M = 12,652.47$ ,  $SD = 3,985.03$ ) ร้อยละ 94 รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 6 รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 75 มีประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า 5 ปี และร้อยละ 25 มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเป้าหมายได้พรรณนาถึงการรับรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็น และความต้องการพัฒนาสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตามบริบทและความต้องการใน 4 ประเด็น ดังนี้

1. ด้านสถานการณ์การคัดกรองภาวะซึมเศร้า กลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าการดำเนินงานคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นเรื่องยากเนื่องจากเหตุผล 2 ประการ ประการที่ 1 ภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องของจิตใจ เป็นนามธรรม มีความละเอียดอ่อน ซ้ำซ้อน ประเมินได้ยาก และประการที่ 2 ทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของชุมชนส่วนใหญ่มีลักษณะเชิงลบ มองภาวะซึมเศร้าว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย ไม่ควรพูดถึง โดยเฉพาะการมีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการแสดงถึงความไม่ใส่ใจดูแล และความไม่กตัญญูของบุตรหลาน เหตุผลดังกล่าวส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องตรงกับสถานการณ์ที่เป็นจริง

“...มันยากมาก ละเอียดอ่อน เป็นของที่อยู่ในจิตใจ มองไม่เห็น เข้าถึง หยิบจับไม่ได้ เวลาลงตรวจสอบทุกบ้านเราเลย ไม่พบผู้สูงอายุที่ซึมเศร้า ตั้งแต่ทำงานเป็น อสม. มาหลายปีนี่เพิ่งพบ 2 คน คือเค้าเพิ่งกลับจาก โรงพยาบาลบ้า อันนั้นเห็นชัด ที่เห็นไม่ชัด ไม่รู้มีมัย ประเมินไม่ได้หรอก...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ชาย)

“...ไม่ใช่แค่เรื่องจิตใจที่มองไม่เห็น แต่การที่ชาวบ้านรู้ว่าผู้สูงอายุคนไหนเศร้าจะทำให้ถูกมองติดลบเลยว่าลูกหลานไม่ดูแล ไม่กตัญญู ถูกมองไม่ดี...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หญิง)

“...ถ้าใครซึมเศร้าก็ถูกเรียกว่าคนบ้า โรคจิต ต้องไปรักษา บัดสี (น้าอายุ) ตาย ไม่มีใครบอกแน่ ที่ผ่านมาก็ไม่เคยประเมินได้เลย วัดได้ 2Q ไม่ถึง 9Q สักคน รู้อีกทีก็ผูกคอตายแล้ว...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หญิง)



2. การรับรู้สมรรถนะ/ประสิทธิภาพด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่ามีสมรรถนะด้านการเข้าถึง (approach) เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ตนมีอยู่ไม่เพียงพอแม้จะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการ ทั้งสมรรถนะด้านการเข้าถึงผู้ใช้บริการและครอบครัว กลุ่มเป้าหมายขาดความมั่นใจในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ดูไม่ออกเกี่ยวกับปฏิกิริยา การแสดงออกทางภาษาท่าทาง สีหน้า อารมณ์ การใช้คำถาม การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อใจ มั่นใจ และให้ความร่วมมือในกระบวนการคัดกรอง รู้สึกกังวลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และทักษะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของตน ส่งผลให้ไม่อยากทำงานคัดกรองภาวะซึมเศร้า

“...ถึงแม้ว่าพวกเขาจะถูกเตรียมความพร้อมมาแล้วก่อนทำแต่ก็คิดว่ายังไม่พอ ยังเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุและครอบครัวของเค้า กังวล ไม่รู้ทำถูกผิด ส่วนใหญ่ที่ได้รับการเตรียมมาก่อนคือการให้ความรู้ แต่เรายังกลัวเพราะยังไม่เคยเจอของจริง ไปทำจริงไม่ถูก...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หญิง)

“...ไม่มั่นใจเวลาคัดกรองว่าทำถูกมั๊ย คำถาม การอธิบายที่เราทำมันไม่ชัด ส่วนใหญ่คิดว่าคนไม่ยอมตอบตามความเป็นจริง เค้ากลัวเรารู้ว่าเค้าไม่สบาย กลัวถูกพาส่งโรงพยาบาลบ้า บางคนถูกมานั่งกำกับบพให้ตอบว่า ไม่เศร้า ไว้ก่อน เราก็ทำไม่ถูกว่าจะบอกเค้าว่ายังไง...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ชาย)

“...พวกเราเองก็ไม่ทันเวลาเค้ามีอาการเปลี่ยนแปลง ไม่รู้ใช้เครื่องมือถูกมั๊ย เวลาได้ผลเป็นซึมเศร้าไม่รู้จะบอกยังไงให้เค้าไม่โกรธไม่กลัว เลยอ่านคำถามให้เค้าฟังเร็ว ๆ รอบเดียวจบ ให้ตอบทุกครั้งก็จะออกมาว่าเค้าปกติ ไม่รู้ถูกผิดยังไง...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หญิง)

3. ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง/มีอิทธิพลกับประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายระบุว่าเกิดจาก 3 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจ และทักษะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่ถูกต้อง ส่วนที่ 2 ผู้สูงอายุและครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย ส่งผลให้สังคมไม่ยอมรับ และส่วนที่ 3 ขาดระบบติดตามสนับสนุน/โค้ช (coaching) เพื่อพัฒนาการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ทำให้เกิดช่องว่างของการปฏิบัติ ข้อมูลทั้ง 3 ส่วนส่งผลให้ประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะซึมเศร้าไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

“...ปัญหาหลัก ๆ ทั้งของ อสม. ผู้สูงอายุ และลูกหลานคือเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าคือโรคจิต เป็นบ้า นำบิลลี ทำให้ไม่มีใครยอมรับว่าเศร้า เค้าน่าจะบอกว่าบอดีทุกข้อเลย คะแนนเท่ากับศูนย์ ทั้งที่จริง ๆ คู่ว่าเค้าเศร้ามาก...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หญิง)

“...ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของเราไม่ชัดเจน การเข้าถึงผู้สูงอายุทำไมถูก ทักษะในการถามคำถาม ประเมิน คัดกรอง ทำแบบลองผิดลองถูก ไม่มีใครมาดูมาถามว่าเราทำถูกมั๊ย...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หญิง)

“...บางครั้งเราใช้แบบประเมินที่มีคำถามเป็นภาษากลาง ไม่ใช่ภาษาไทย ทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ ต้องอธิบายเพิ่มจากคำถามทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน เช่น ถามเรื่องเครียดเค้าบอกไม่มี แต่เค้ารู้สึกยุ่งยั้งใจ (วุ่นวายใจ)...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ชาย)

4. ด้านความต้องการการสนับสนุนเพื่อให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเกิดประสิทธิภาพพบว่าการกลุ่มเป้าหมายต้องการการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนา 4 ประการ คือ 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการเชิงลึกเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิธีการปฏิบัติอย่างป็นรูปธรรมเพื่อให้เกิดความสามารถในการเข้าถึงและทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรู้สึกปลอดภัย เปิดใจ ร่วมมือในการคัดกรอง การใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า การแจ้งผลการประเมินภาวะซึมเศร้ากับผู้สูงอายุและครอบครัว การช่วยเหลือเบื้องต้นตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และวิธีการปฏิบัติการส่งต่อเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือที่มีคุณภาพ 3) การมีพี่เลี้ยงติดตามสนับสนุน/โค้ช (coaching) ในพื้นที่จริง และ 4) การประเมินผลเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

“...อยากให้มีการอบรมเชิงลึกกว่าที่ผ่านมา ไม่ใช่เพียงการสอนบรรยาย แต่เป็นการอบรมเพื่อฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างลึกซึ้งเพื่อให้เราทำงานได้จริง อีกอย่างควรเพิ่มความรู้และการปรับความคิดที่เชื่อว่าซึมเศร้าคืออาการเป็นบ้า ต้อง ไปรักษาที่โรงพยาบาลบ้านเท่านั้น หรือ การเลือกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเพื่อคัดกรอง การใช้เครื่องมือ การแจ้งผลซึมเศร้า วิธีการส่งต่อ...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หญิง)

“...อยากให้มีเจ้าหน้าที่อนามัย (รพ.สต.) เป็นพี่เลี้ยงลงติดตามการทำงานจริงในพื้นที่เพื่อประเมินและพัฒนาการทำงานจริงของเราจะได้นั่นใจ ถ้าตรงไหนไม่ดีหรือยังไม่สามารถคัดกรองได้จริง ก็อบรมเพิ่มเพื่อให้ทำได้ดีขึ้น...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หญิง)

“...อยากฝึกคิดปะการเข้าหาผู้สูงอายุและครอบครัวให้เค้ายอมรับเรา การทำงานจะได้ง่ายขึ้น ถ้าเราทำให้เค้ามั่นใจ ปลอดภัยได้ ก็จะได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น...”

ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ชาย)

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนการรับรู้และความต้องการที่น่าสนใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับสถานการณ์การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ณ ปัจจุบันว่าประสิทธิภาพของการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและความคาดหวัง ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าสมรรถนะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร่ายังขาดความครอบคลุมทั้งด้านการมีทัศนคติเชิงลบต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะผิดปกติ น่ากลัว เป็นอันตราย การขาดความรู้และทักษะในการเข้าถึง (approach) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไร้กังวลที่จะบอกความรู้สึกอารมณ์ และปัญหาที่แท้จริง มีความอึดอัดในการใช้คำถามเพื่อการประเมินและคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรอง การช่วยเหลือ รวมทั้งการพิจารณาส่งต่อ ซึ่งการมองเชิงลบ การขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดทักษะส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายไม่สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามสถานการณ์ที่เป็นจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hermens, Akker, Tabak, Wijsman, & Vollenbroek, 2014; Schweisfurth, 2015) ผลการสะท้อนของกลุ่มเป้าหมายยังพบข้อมูลที่น่าสนใจว่าแม้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีกระบวนการเตรียมความพร้อมในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับหนึ่งด้วยการบรรยายให้ความรู้ อย่างไรก็ตาม การเตรียมความพร้อมด้วยการบรรยายให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเตรียมสมรรถนะทั้งด้านทัศนคติ ความรู้ และทักษะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Salleh et al., 2015; Schweisfurth, 2015) กลุ่มเป้าหมายต้องการการอบรมเชิงปฏิบัติการเชิงลึก สอดคล้องกับประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้ของมนุษย์ที่พบว่าการบรรยายให้ความรู้เพียงอย่างเดียวช่วยให้คนเรียนรู้ได้เพียงร้อยละ 20 หากจะช่วยให้บุคคลสามารถเรียนรู้และปฏิบัติได้ถึงร้อยละ 90 จำเป็นต้องจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการได้จริง (Salleh, Khalid, Sulaiman, Mohamad, & Sern, 2015; Schweisfurth, 2015) การจัดการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจึงเป็น

ทางออกของการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง (Salleh et al., 2015)

สำหรับประเด็นปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายระบุว่าประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญ ส่วนที่ 1 คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติเชิงลบต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้อง ทำให้ขาดความมั่นใจ กระบวนการที่เกิดขึ้นจึงไม่เป็นไปตามหลักการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ส่วนที่ 2 คือผู้สูงอายุและครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย สังคมไม่ยอมรับ และส่วนที่ 3 คือการไม่มีระบบติดตามเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยทั้ง 3 ส่วนส่งผลให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไม่บรรลุประสิทธิผลตามความคาดหวัง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าทัศนคติเชิงลบของบุคคลและสังคมส่งผลให้ไม่สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ในขณะเริ่มต้น (Hermens et al., 2014) ประกอบกับการไม่ระบบติดตามโค้ช (coaching) เชิงบวกอย่างเหมาะสมก็จะทำให้ไม่สามารถมองเห็นสถานการณ์และความต้องการการพัฒนากระบวนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างแท้จริง (Karsten, 2010; Kelton, 2014; Wang, 2012)

ด้านความต้องการและแนวทางพัฒนาสมรรถนะเพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายต้องการพัฒนาตนเองด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการเชิงลึกเพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวก การมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะการปฏิบัติการเข้าถึงเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีสมรรถนะครอบคลุมทั้งด้านทัศนคติ ความรู้ และทักษะที่ถูกต้องช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำงานได้อย่างเข้าใจ ไม่รู้สึกกดดัน และมีความสุข ส่งผลให้งานคัดกรองภาวะซึมเศร้าเกิดประสิทธิภาพ (Kelton, 2014) และการมีทัศนคติเชิงบวกช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความร่วมมืออย่างเหมาะสม (Hermens et al., 2014) นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายต้องการมีพี่เลี้ยงติดตามลงพื้นที่และให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกที่ช่วยให้ตนเกิดความมั่นใจในการดำเนินงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากระบวนการโค้ชส่งผลเชิงบวกกับคนและประสิทธิภาพของงาน (Karsten, 2010; Wang, 2012) เช่นเดียวกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ากระบวนการโค้ชเชิงบวกช่วยให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของคนทำงานอย่างมีความสุข (Kelton, 2014; Patton & Menendez, 2013) ความต้องการการพัฒนาที่สำคัญอีกประการสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคือการพัฒนากระบวนการประเมินผลทั้งในกระบวนการและภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้กระบวนการทำงานเกิดประสิทธิภาพ หากผู้เกี่ยวข้องสามารถตอบสนองความต้องการดังกล่าวของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างครอบคลุมจะช่วยลดช่องว่างของการดำเนินการ ส่งผลให้กระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเกิดประสิทธิภาพได้อย่างแท้จริง

#### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร ผู้บริหารด้านสุขภาพควรวางนโยบายและกำหนดให้มีระบบที่เลี้ยง/ที่ปรึกษา/ทีม โศขในการลงติดตามสนับสนุน/การ โศขเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจและสามารถพัฒนาประสิทธิภาพของกระบวนการคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง
2. ด้านการปฏิบัติ ผู้เกี่ยวข้องควรพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะที่ครอบคลุมทั้งด้านการมีทัศนคติเชิงบวก ความรู้ความเข้าใจ และทักษะด้านการคัดกรอง การแจ้งผลการคัดกรอง การช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งแนวปฏิบัติเพื่อการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านการศึกษา ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นเครื่องมือปฏิบัติงานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติการเจ็บป่วยทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน เอกวางกูร และอุจน์จิตร คุณารักษ์. (2558). ภาวะซึมเศร้ากับการบำบัดทางการพยาบาล. ในสายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1* (หน้า 219-254). นครศรีธรรมราช: ไทม์ ฟร้นดิง.
- Black, H. K. (2009). *Pictures of suffering in elders' narratives*. Retrived Febuary 26, 2009, from <http://www.elsevier.com/locate/jaging>
- Buchan, H., Sunderland, M., Carragher, N., Louie, E., Batterham, P. J., & Slade, T. (2015). Investigating factors that bias the reporting of depression symptomatology among older Australian adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(10), 1046-1055.
- Deshpande, S. S., Gadkari, M., & Raje, S. S. (2011). Screening for depression and its risk factors in geriatric population: A rural community based study. *Asian Journal of Psychiatry*, 4, 284-287.

- Hermens, H., Akker, H., Tabak, M., Wijsman, J., & Vollenbroek, M. (2014). Personalized coaching systems to support healthy behavior in people with chronic conditions. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 24(6), 815-826.
- Karsten, M. A. (2010). Coaching: An effective leadership intervention. *Nursing Clinics of North America*, 45(1), 39-48.
- Kelton, M. F. (2014). Clinical coaching: An innovative role to improve marginal nursing students' clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 14(6), 709-713.
- Patton, P. & Menendez, D. (2013). Coaching on the run: Building capacity and capability for the future. *Nurse Leader*, 11(3), 30-31, 39
- Park, M. & Unutzer, J. (2011). Geriatric depression in primary care. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 469-487.
- Pirkis, J. et al. (2009). The community prevalence of depression in older Australians. *Journal of Affective Disorders*, 115, 54-61.
- Salleh, K. M., Khalid, N. H., Sulaiman, N. L., Mohamad, M. M., & Sern, L. C. (2015). Competency of adult learners in learning: Application of the iceberg competency model. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 204(24), 326-334.
- Schweisfurth, M. (2015). Learner-centred pedagogy: Towards a post-2015 agenda for teaching and learning. *International Journal of Educational Development*, 40, 259-266.
- Wang, Q. (2012). Coaching for learning: Exploring coaching psychology in enquiry-based learning and development of learning power in secondary education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 69, 177-186.
- Wang, K., Duan, G., Jia, H., Xu, E., Chen, X., & Xie, H. (2015). The level and influencing factors of gerotranscendence in community-dwelling older adults. *International Journal of Nursing Sciences*, 2, 123-127.