



**Depression among adolescents in Thailand:
Cross-cultural assessment of depression and
development of a mental health education
programme for Thai teachers**

**Thesis submitted for the degree Doctoral of Philosophy
School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading**

Nanthaka Fuseekul

August 2021

Declaration

I confirm that this is my own work and the use of all material from other sources has been properly and fully acknowledged.

Nanthaka Fuseekul

August 2021

Funding

This work has been funded by the faculty of Education, Chiang Mai University, Thailand

Contributions by chapter

I was the lead researcher for all research reported in the papers included in this thesis. My contribution and other researchers' contributions to each paper are outlined below.

Chapter 3: Paper 1

Fuseekul, N., Orchard, F. & Reynolds, S. (2021). Psychometric properties of the Thai Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) for adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 15,17 <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00372-8>

Contributor	Statement of contribution
Author: Nanthaka Fuseekul Author: Faith Orchard Author: Shirley Reynolds	NF, FO, and SR contributed to study design of the present study. NF carried out data collection and performed the data analysis. NF conducted the diagnostic interviews and coded them, supervised by FO. NF wrote the manuscript with input from all authors (FO and SR). All authors read and approved the final manuscript for submitted to the journal. NF revised the manuscript after receiving feedback from journal's reviewers with discussion with all authors (FO and SR) <i>Overall contribution candidate 85%</i>

Chapter 4: Paper 2

Fuseekul, N., Watson R., Orchard, F., Reynolds, S., and Jenkins, P. (under review).

Factors structure and measurement invariance of the Mood and Feelings Questionnaire:

A cross-cultural study among Thai and British adolescents. *Assessment*.

Contributor	Statement of contribution
Author: Nanthaka Fuseekul Author: Rebecca Watson Author: Faith Orchard Author: Shirley Reynolds Author: Paul Jenkins	NF, RW, FO, SR, and PJ contributed to study design of the present study. Two researchers independently recruited participants and collected the MFQ in Thailand (NF) and in the UK (RW). NF analysed the data, supervised by PJ. NF wrote the manuscript with input from all authors (RW, FO, SR, and PJ). All authors read and approved the final manuscript. <i>Overall contribution candidate 85%</i>

Chapter 5b: Paper 3

Fuseekul, N., Orchard, F. & Reynolds, S. Implementing a mental health training programme about depression for teachers in Thai schools: A feasibility study. (under review). *Journal of Mental Health Training Education and Practice*.

Contributor	Statement of contribution
Author: Nanthaka Fuseekul Author: Faith Orchard Author: Shirley Reynolds	NF, FO, and SR contributed to study design of the present study. NF carried out data collection and deliver the training. NF performed the data analysis andwrote the manuscript with input from all authors (FO and SR). All authors read and approved the final manuscript. <i>Overall contribution candidate 85%</i>

Acknowledgements

'Don't worry, everything is hard to begin with, but the more you practice the easier it gets. The more you know, the less you fear'

- Devoted to PhD life -

The completion of this thesis has been a long journey and was accomplished with the help of many people along the way.

First of all, I would like to express my greatest gratitude to my wonderful supervisors, Dr Faith Orchard and Prof Shirley Reynolds for their insightful guidance, encouragement and constant support over the past four years. I appreciate all their contributions of time and ideas, as well as their enthusiasm through the various stages of this thesis. I have been extremely grateful to both of them who always believe in me.

I owe my deepest gratitude to all participants in Thailand, offered their time and willingness to share their experiences and be involved in this research. I am also thankful to Phayao Educational Service Area Office; PESAO and all the teaching staff for facilitating the data collection process and making this process smooth and successful.

Special thanks to the Faculty of Education, Chiang Mai University for offering me a PhD studentship, which enabled me to study in the UK and conducted this research. Special thanks to my colleagues at the Faculty of Education and Faculty of humanity, Chiang Mai University in Thailand for their help and support during the data collection and data analysis.

I would like to thank my wonderful friends in the UK, PhD sisters in office 215 for all the experiences we shared and all the memories we created throughout this journey. An extra thank you to my beloved Thai friends, Sign and Bom, who helped make Reading feel like home (Thailand). With excellent Thai food and international student experiences we shared, I've much thoroughly enjoyed PhD life in the UK.

Finally, I'm very lucky to have a very supportive family who always believes in me and support any decision I made. Thanks to my parents and twin sister for always be there for me during the happy and hard moments throughout my PhD journey. Special thanks to my beloved husband, Mimie, for his love, support, understanding, and sharing my wish to reach the goal of completing this journey. I would like to also thank my friends from Thailand, in particular Goy. Without their love, encouragement, and continuing support, this achievement would not have been possible.

Abstract

Adolescence is a challenging developmental phase, with a high incidence of the onset of depression. Despite this, many countries in lower-and middle-income countries (LMICs) have faced significant mental health challenges. Thailand is one of LMICs in South-East Asia and has faced a lack of mental health resources and investment in mental health care for young people. There is currently limited self-report of depression validated for adolescents in Thailand. Also, despite the fact that national policy states that schools should support children and adolescents with mental health needs, schools and teachers are not adequately prepared to offer this support. The aim of this thesis is to provide a valid self-report measure to identify depression symptoms in Thai young people and to diminish unmet mental health needs in Thai adolescents by developing evidence-based mental health education for teachers in Thai secondary schools to support adolescents with depression.

The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) was examined for its psychometric properties and the optimal cut-off score with a community sample of Thai adolescents ($N = 1,275$) (Chapter 3). Using the cut-off of 28 of the MFQ, 11% of Thai adolescents in this sample had elevated symptoms of depression. In Chapter 4, the factorial structure and the measurement invariance of the MFQ were examined by using multi-group confirmatory factor analysis (MGCFA) This is a prerequisite for its use in cross-cultural comparisons between Thai ($N = 1,275$) and British samples ($N = 1,817$) to better understand cross-cultural variation in depression symptomatology. The findings indicated that a five-factorial structure of the MFQ was confirmed across cultural groups. The measurement invariance examination of the MFQ yielded a partial scalar invariance model across cultural groups. This finding suggests that although the MFQ shows differences on

individual items, they are generally comparable across the two cultural groups, which provides the possibility for cross-cultural comparison in this study. Cross-cultural comparison of depression symptoms between Thai and British adolescents was then explored. Compared to British adolescents, Thai adolescents had a significant lower mean score in four of five factors (Vegetative Symptoms, Suicidality, Cognitive Symptoms, and Agitated Distress) and did not differ on one factor (Core Symptoms). These studies demonstrated that the Thai MFQ is valid and appropriate to use in community settings and might be beneficial to use in primary care and clinical settings.

The feasibility of an evidence-based mental health training programme for teachers in Thai secondary schools was also developed and evaluated in a feasibility study (Chapter 5). The data suggests that the training was highly acceptable to Thai teachers and may help improve their understanding and skills related to adolescent depression. This needs further testing in a larger randomised trial. If it is effective it could then be introduced into initial teacher training and/or as post qualification training for Thai secondary school teachers.

Table of Contents

1. CHAPTER 1: GENERAL INTRODUCTION	1
1.1 Introduction.....	2
1.2 Depression in Adolescents.....	3
1.3 Cross-cultural studies of depression in adolescents.....	6
1.4 Cross-cultural translation and validation of measurement instruments in psychological research.....	13
1.5 Mental health resources and services for adolescents with depression	18
1.6 Challenging issues in mental health resources and research in low- and middle- income countries (LMICs).....	22
1.7 Conclusion	26
1.8 Aims of the thesis.....	27
1.9 Thesis overview	27
1.10 References.....	32
2. CHAPTER 2: ‘ADOLESCENTS DEPRESSION IN THAILAND’	47
2.1 The Thai context	48
2.2 Literature review of prevalence of depression in Thai adolescents.....	53
2.3 Challenging issues in mental health resources for adolescents in Thailand Thailand’s welfare policies related to mental health in young people.....	59
2.4 Conclusion	59
2.5 References.....	63
3. CHAPTER 3: PAPER 1 ‘PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE THAI MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (MFQ) FOR ADOLESCENT DEPRESSION’ .	69
3.1 Introduction.....	73
3.2 Methods.....	77
3.3 Results.....	87
3.4 Discussion.....	91

3.5	Conclusion	94
3.6	References.....	95
4.	CHAPTER 4: PAPER 2 ‘FACTORS STRUCTURE AND MEASUREMENT INVARIANCE OF THE MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE: A CROSS-CULTURAL STUDY AMONG THAI AND BRITISH ADOLESCENTS’	103
4.1	Introduction.....	106
4.2	Method	110
4.3	Results.....	118
4.4	Discussion	123
4.5	Conclusion	127
4.6	References.....	128
5.	CHAPTER 5: ‘DEVELOPING MENTAL HEALTH EDUCATION TRAINING FOR TEACHERS IN SUPPORTING STUDENTS WITH DEPRESSION IN THAI SECONDARY SCHOOLS’.....	133
5.1	Introduction.....	134
5.2	Chapter 5a: Teachers’ perception of current mental health needs of students with symptoms of depression.....	137
5.2.1	Introduction	137
5.2.2	Methods.....	139
5.2.3	Results	142
5.2.4	Discussion	151
5.2.5	Conclusion.....	154
5.2.6	References	156
5.3	Chapter 5b: Paper 3: Implementing a mental health training programme about depression for teachers in Thai schools: A feasibility study	159
5.3.1	Introduction	162
5.3.2	Part 1: Teachers’ experiences and additional training needs to support students with depression	165

5.3.3	Part 2: The Mental health training about depression for teachers in Thai schools	168
5.3.4	Discussion	168
5.3.5	Conclusion.....	180
5.3.6	References	182
6.	CHAPTER 6: GENERAL DISCUSSION	187
6.1	Summary and synthesis of thesis findings	188
6.2	Strengths and limitations.....	193
6.3	Thesis implications	196
6.4	Recommendations for future research	201
6.5	Conclusion	203
6.6	References.....	205
7.	APPENDICES	209
7.1	Appendix 1: Ethics committee approval letters	210
7.2	Appendix 2: Information sheets for schools, parents and adolescents	214
7.3	Appendix 3: Consent and assent forms.....	273
7.4	Appendix 4: Questionnaires, interview topic guides, training structure and materials	295
7.5	Appendix 5: Supplementary of statistical analyses	368

List of Figures

Figure 2. 1 Map of Thailand _____	48
Figure 3. 1 A flowchart of the participants recruitment for Part 1& Part 2 of the study	78
Figure 4. 1 The path diagrams of the one- and five-factor models of the MFQ _____	115
Figure 5. 1 Participation feedback evaluation on 5 Likert-scale questions _____	174
Figure 5. 2 Mean knowledge and skills before and after training for both groups of teachers _____	178

List of Tables

Table 1.1 Screening measures for identifying depression in children and adolescents. _	11
Table 1.2 Structured diagnosis interviews for depression in children and adolescents _	12
Table 2.1 Summary of studies that estimated the rate prevalence of depression in Thai adolescents from 2011-2021 _____	55
Table 3. 1 Demographic and descriptive statistics of the MFQ _____	87
Table 3. 2 Sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value for different cut-off points of the MFQ _____	90
Table 3. 3 Frequencies for depression determination using the MFQ at cut-off of 28 and the K-SADS-PL diagnosis. _____	91
Table 4. 1 Demographic details of the Thai and British samples _____	112
Table 4. 2 Fit indices of different CFA models of the MFQ _____	119
Table 4. 3 Analysis of measurement invariance across cultures using the 5-factor solution of the MFQ _____	121
Table 4. 4 Mean (SD), and mean comparisons of the MFQ invariant items (24 items) between Thai and British sample. _____	122
Table 5.1 Participants demographics characteristics _____	140
Table 5.2 Themes and sub-themes of the interview results _____	142
Table 5.3 Teacher-identified mental health training needs – knowledge and skills ____	168
Table 5.4 Characteristics of teachers who completed mental health training (n = 110)	169
Table 5.5 Overview of the training _____	171
Table 5.6 Key areas of focus for feasibility studies and evidence by Bowen et al., (2009) _____	173

1. CHAPTER 1: General introduction

1.1 Introduction

Depression is one of the most common causes of illness and disability in the world. At a global level, at any point in time over 4.4% of the world population are estimated to suffer from depression (WHO, 2017a). Depression symptoms cause clinically significant distress or impairment in individuals in many areas of functioning, e.g. physical, occupational, and psychosocial functioning (Jaycox et al., 2009; McKnight & Kashdan, 2009; Mehta et al., 2014) that may vary according to age, gender, and cultural background (Rey & Birmaher, 2009). The onset of depression is at its highest rate during adolescence and increases the risk of a range of problems that can have long term effects in the transition to adulthood. There are over 87 million people with depression living in South-East Asia (WHO 2017). Most countries in this region belong to the low- and middle-income countries (LMICs) group and have limited resources and investment in mental health resources and investment in mental health care. Thailand is one of the LMICs in South-East Asia that has faced challenges of investment as well as structural barriers that have limited the development of mental health services for young people, including assessment tools and treatments.

The lack of reliable and valid measures to identify depression symptoms in Thai adolescents mean that depression is largely unrecognized and untreated. Most depression measures for children and adolescents were developed in Western countries and validated in the English-speaking population. Therefore, it is important to assess if these measures are acceptable, reliable, and valid in Thailand (Roberts et al., 1991; Tsang et al., 2017). In addition, there may be differences in how symptoms of depression are experienced in

different cultures and it is important to examine cross-cultural validity and measurement invariance to help interpret the results of measures of depression symptoms.

Identifying depression in adolescents in Thailand could help prevent depression and increase early intervention. However, resources for mental health services are limited in Thailand (and many other countries) and developing community-based mental health care is a priority. Preventing depression is another aspect to which much importance, which suggests that school interventions aimed at teachers and school staff help reduce the prevalence of depression. Schools are a possible venue for building accessible mental health services for children and young people. However, schools and the staff who work within them are currently not organised to support students' mental health needs. Mental health training is not provided as part of teacher training in Thailand. Thus, practical mental health training about adolescent depression for Thai teachers may need to be developed and piloted to evaluate if it is feasible to deliver and implement.

The following chapter provides the overview and the classification of children and adolescents with depression. It also considers differences in the manifestation of symptoms across cultures in the context of conceptualising and assessing, and strategies used to prevent and support depression in cultural contexts.

1.2 Depression in Adolescents

Overview of depression in adolescents

Adolescence is a challenging developmental phase with many biological, psychological, and social changes (Patton & Viner, 2007). The incidence of the onset of

depression increases throughout adolescence (Avenevoli et al., 2015). A review of worldwide prevalence reported that at any point in time approximately 2.6% of young people experience major depressive disorder (MDD: Polanczyk et al., 2015). The clinical diagnosis of MDD, following the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013), requires the presence of at least two core symptoms (low mood or irritability, and anhedonia) and a minimum of 5 symptoms in total, which can also include negative thoughts about the self or feelings of guilt, disturbed sleep and appetite, fatigue, psychomotor agitation or retardation, concentration problems or decision-making difficulties, and thoughts about suicide. The core symptoms define depression similarly for young people and adults, but "irritable mood" in young people is a core diagnostic symptom equivalent to depressed mood. These symptoms must be present for most of the day and persist nearly every day for at least two weeks.

Depression in adolescents increases the risk of various problems, including educational impairment, physical health difficulties, peer relationships, substance misuse, and suicidal behaviours (Breslau et al., 2017; Jacobs & Taylor, 2009; Kroning & Kroning, 2016). It is also associated with relapse later in life (Burcusa & Iacono, 2007; Rey & Birmaher, 2009) and predicts a range of mental health disorders in adulthood (Jaycox et al., 2009). Those with depression are also at high risk of adverse psychosocial outcomes, e.g. leaving secondary school, unemployment, early parenthood/pregnancy (Clayborne et al., 2019). In addition, there is no gender difference in the prevalence of depression during childhood. Gender differences in depression begin in adolescence and increases substantially around puberty (Angold & Costello, 2006; Salk et al., 2017; Thapar et al.,

2012). The prevalence ratio in females and males is approximately 2:1 by mid-adolescence (Jacobs & Taylor, 2009).

Risk factors and comorbidity of depression in adolescents

Depression is a complex disorder that is influenced by multiple biological and psychological factors (Bernaras et al., 2019; Beirão et al., 2020; Pilowsky, 2009). These factors are likely to interact with each other to increase depression risk. Biological risks include genetic influences (Rice et al., 2002; Shadrina et al., 2018), hormonal changes associated with puberty (Angold & Costello, 2006; Lewis et al., 2018), and neurobiological mechanisms (Bora et al., 2012; Chan et al., 2007; Kraus et al., 2017; Straub et al., 2019; Thapar et al., 2012). Psychological theories explain depression as a result of exposure to stressful life events (Low et al., 2012; Stikkelbroek et al., 2016), chronic stress (Thapar et al., 2012), severe relationship stressors (Low et al., 2012; Restifo & Bogels, 2009) as well as behavioural (Carvalho & Hopko, 2011; Lewinsohn, 1974) and cognitive processes (Beck et al., 1979; Gotlib & Joormann, 2010; Orchard & Reynolds, 2018).

It is common for adolescents who have depression to also have other mental health problems, especially anxiety disorders (Melton et al., 2016; Mineka & Vrshek-Schallhorn, 2014). Depression and anxiety frequently overlap (Melton et al., 2016); around 25-55% of young people with depression also experience anxiety symptoms (Garber & Weersing, 2010; Orchard et al., 2016). Depression is also likely to be present with other psychiatric disorders, e.g. conduct disorder and substance use disorders (Thapar et al., 2012).

The high prevalence and long-term consequences of adolescent depression lead to high economic costs for families and society (WHO, 2017a). Although prevention may

help reduce adolescent depression and prompt identification and early intervention may reduce the duration of depression and risk of relapse, most countries have very limited resources dedicated to mental health services (Maramis et al., 2011). Therefore, most depressed young people are not identified and do not receive professional or informal support or treatment.

1.3 Cross-cultural studies of depression in adolescents

Cultural differences in the meaning and experience of depression symptoms have critical implications for assessment, diagnosis, and treatment in clinical practices. People from different cultural contexts and traditions may experience and define depression in different ways. Currently, studies are increasingly exploring the cross-cultural differences in the prevalence and symptom profile of depression, with the aim of understanding the reasons underpinning these differences (Juhasz et al., 2012). This will help to provide the appropriate services to various cultural populations and deliver an appropriate treatment plan by acknowledging cultural contexts (Kirmayer et al., 2013). In this section, the definition of culture and culture influence on depression are discussed.

Definition of culture

According to Berry et al. (2011, p.2), "culture is the shared way of life of a group of people". Hofstede (2011, p.3) defined culture as "Culture is the collective programming of the mind that distinguishes the members of one group or category of people from others". Culture includes patterns of symbols, skills, beliefs, ideas, and attached values, rituals and traditions. Cultural principles are transmitted from one person to another (e.g. from parents to their children) and from generation to generation through processes of interaction and

communication that can shape and guide the developing individuals' mind and behaviours (Berry et al., 2011). Thus, humans obtain patterns of thought and behaviours through experiences that are transmitted from the cultural group within which they live.

The term *Cross-cultural psychology* describes the empirical study of individuals' experiences that lead to different behaviours in various culture groups (Brislin, 1976, p.5).

Berry et al. (2011) proposed three goals of cross-cultural psychology;

- first, to examine the hypotheses and findings of existing psychology knowledge and theories in other cultural contexts to test their validity and feasibility in other groups of people.
- second, to explore cultural and psychological variations regarding new aspects of behaviours.
- third, to assemble and integrate psychological knowledge from various cultures and generate more nearly "universal laws" of human behaviours.

Cultural influences on depression

Cultural influences of depression are gaining more attention in clinical practice with the increasing worldwide mobility and migration. Although depression is considered to be a universal phenomenon, the clinical features may differ across cultures (Bhugra & Mastrogianni, 2004; Tasman et al., 2013). Most depression research has been focused on people living in Western countries and cultures. Over the past decade, there has been growing research that has focused on the role of culture and context in shaping individual's physical and mental health that may link to depression. This will help to provide the

appropriate services to various cultural populations and deliver an appropriate treatment plan by acknowledging cultural contexts (Kirmayer et al., 2013).

One way to conceptualise cultural differences is through using the concepts of individualistic and collectivistic orientation (Hofstede, 1980). An example of individualistic cultures includes the United Kingdom, most European countries, and North America. In individualistic cultures typically emphasise personal autonomy. Accordingly, parents encourage their children to develop individual skills and reward them for achievement and self-confidence (Johnson et al., 2013). However, these values may trigger difficulties if achievement and success are not achieved (Aycicegi-dinn & Caldwell-harris, 2016). Experiencing powerlessness, helplessness, and detachment from the value of individual autonomy and personal control has been hypothesised to be related to depressive disorders (Beck et al., 1979; Marsella, 2003)

In contrast, collectivist cultures, e.g. many Asian and Mediterranean countries, are more likely to prioritise maintaining social relationships over the autonomy and development of the 'self'. Asian cultures in particular are more likely to value interdependence and collaboration. People living in collectivist cultures view the family or society as more important than individuals and emphasise being part of the group and prioritising group goals above individual goals (Hofstede, 2011; Tafarodi & Smith, 2001). An advantage of these values is social sensitivity and close relationships with family, friends, and community. However, collectivist cultures emphasise obedience to authority, emotional self-control, and humility (Chao & Tseng, 2002. Weiss et al., 2009). When conflict occurs in family, friends, and community groups, it is a significant source of

psychological distress and can eventually lead to mental health problems such as anxiety and depression (Beck et al., 1979; Seangsanah et al., 2017; Tammariello et al., 2012).

There are other ways in which culture may influence the experience and presentation of depression. Even core symptoms of depression, e.g. depressed mood or irritability and loss of interest, may not be as important in all cultures (Bhugra & Mastrogianni, 2004). For example, some cultures are more comfortable reporting depression symptoms that are physical rather than mental. Expression of somatic symptoms may be influenced by stigma and awareness of depression. Thus, reporting somatic complaints is considered an appropriate and nonstigmatised reason to seek help in Asian countries (Grover & Ghosh, 2014; Waza et al., 1999). These conceptually different aspects of depression experience generally coexist, require different diagnostic strategies, and may call for a different treatment plan (Kirmayer, 2001).

To sum up, there are various cultural components related to depression. Cultural factors may influence how depression is presented, experienced and expressed. This diversity has been relatively unexplored by clinical researchers, but emerging research suggests broad cultural differences. Therefore, clinicians should explore and understand their patient's personal and cultural context to help them develop an appropriate assessment and treatment plan (Kirmayer et al., 2013).

Cross-cultural assessment of depression in adolescents

Early detection of depression may allow for more effective health care pathways. A growing number of measures that assess depression in adolescents are available but importantly most of these were developed in Western countries (Angold et al., 1987;

Kaufman et al., 1997; Kovacs, 1992; Radloff, 1997). Current tools for assessing children and adolescents for depression include symptom rating scales and diagnostic interviews (Jacobs & Taylor, 2009). Self-report measures cannot be used to determine diagnosis, but can indicate if young people have elevated symptoms that might warrant support and further investigation (Hodges, 1993; Sharp & Lipsky, 2002).

Self-report measures

Self-report measures provide a relatively rapid and cost effective assessment of depression symptoms (Myers & Winters, 2002; Paola, 2020; Santor et al., 2006). They can therefore be used as screening measures can be used in community settings to detect symptoms in adolescents, identify potential participants for research or treatment, and to evaluate the outcomes of treatment (Myers & Winters, 2002). Self-report measures typically include a checklist of symptoms of depression. Higher scores reflect elevated depressive symptoms and elevated risk. Table 1.1 outlines the common self-report measures of depression in children and adolescents.

These scales have been examined for their psychometric properties and are currently adapted and used in research and clinical settings worldwide (Bernaras et al., 2019; Stevanovic et al., 2017; Santor et al., 2006)

Table 1.1 Screening measures for identifying depression in children and adolescents.

Scale	Reference, year	No. of items	Core symptoms assessed*	Age group	Country of origin	Validated versions
Children's Depression Inventory (CDI)	Kovacs (1992)	27	Yes	7-17	USA	Arabic, Spanish, Swedish, Chinese, etc.
Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-D)	Radloff (1997)	20	No	12 and over	USA	Arabic, Chinese, Norwegian, Dutch, etc.
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale for Children (CES-DC)	Weissman et al. (1980)	20	No	6-17	USA	German, French, Russian, Chinese, etc.
Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)	Angold (1987)	33	Yes	8-18	USA	Arabic, Norwegian, Korean, Spanish, Thai etc.
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)	Reynolds (1987)	30	Yes	11-20	USA	Spanish, Chinese, Japanese, Croatian, etc.
Beck Depression Inventory (BDI-II)	Beck et al. (1996)	21	Yes	13 and over	USA	Arabic, Chinese, Dutch, French, Spanish, etc.

Note: *Based on diagnostic criteria to DSM-5 for major depressive disorder in children and adolescents, including depressed or irritable, loss of interest, psychomotor agitation or retardation, fatigue, feeling of worthlessness or guilt, decreased concentration or indecisiveness, sleep disturbance, weight loss or decrease in appetite, and recurrent thoughts of death or suicide.

Diagnostic interviews

Standardised diagnostic interviews have been developed to improve the reliability and validity of psychiatric diagnoses (Leffler et al., 2015). These typically include both a child and parent versions and have standard procedures and specific criteria to assess and identify individual symptoms (Hodges, 1993). Clinicians or trained assessors can administer interviews to elicit specific information relative to diagnostic thresholds, which are completed by the young person or by a parent or carer. Their parents, caregivers, or teachers are often the primary sources of information (Fisher et al., 2015). Although the use of multiple informants' reports is recommended, there are often differences between informant reports of adolescents' mental health problems (De Los Reyes et al., 2015; Orchard et al., 2019). Adolescents have a unique perspective on their own internal experiences (Jacobs & Taylor, 2009) and report more depression symptoms than their parents (Orchard et al., 2019). Table 1.2 provides an overview of commonly used diagnostic interviews of major depressive disorder in young people (Bernaras et al., 2019; Leffler et al., 2015).

Table 1.2 Structured diagnosis interviews for depression in children and adolescents

Interview	Reference , year	Age group	Country of origin	Classification system	Validated versions
Diagnostic interview for Children and Adolescents (DICA-IV)	Reich (2000)	8-18	USA	DSM-IV, ICD-10	Spanish, Thai, Dutch, Italian.
The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime (K-SADS-PL)	Kaufman et al. (1997)	6-18	USA	DSM-IV	Korean, Persian, Farsi, Turkish, Icelandic, Japanese, Brazilian, etc.

Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)	Shaffer et al. (2000)	6-17	USA	DSM-IV, ICD-10	Korean, Chinese, Dutch, Icelandic, Finnish, Xhosa
Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)	Angold & Costello (1995)	9-17	USA	DSM-IV, ICD-10	Spanish

Note: DSM-IV= The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders version 5, ICD-10 = the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 10.

1.4 Cross-cultural translation and validation of measurement instruments in psychological research

A variety of standardised measures of depression have been used internationally for the study of depression (Angold, 1987; Kovacs, 1992; Radloff, 1997), thereby allowing researchers to compare of prevalence and symptomology in these new culture groups. Translation and adaptation are efficient solutions for the lack of available instruments (Widenfelt et al., 2005) and it is often assumed that they offer an equivalent measure across cultures (Epstein et al., 2015). However, these measures of depression may not reflect aspects of depression that are experienced in non-Western contexts. People in different cultures may understand and respond to items differently, leading to inequivalence when scale means are used for comparison (Stevanovic et al., 2017). The notion of measurement invariance is as important as reliability and validity of the scale when using it cross-culturally (Johnson, 2006). Researchers therefore need to ensure that measurement invariance is established before cross-cultural comparisons can be made (Steenkamp & Baumgartner, 1998).

Translation

The aim of translating a source language version (e.g. English) into a new language is to keep the new version as equivalent as possible to the source language version. The two languages can have non-equivalent words, or idiomatic expressions, or specific words that may have no meaning in a specific cultural background (Epstein et al., 2015; Widenfelt et al., 2005). Therefore, an appropriate translation requires an equivalence of linguistic and cultural contexts. There are several steps in preparing a translation of measurement instruments across cultures (Borsa et al., 2012; Epstein et al., 2015; Hall et al., 2017; Widenfelt et al., 2005). First, contacting the original author or the copyright holder to find out if a version of the measure already exists in the language and culture where it is going to be used. If the same language version already exists, it still must be reviewed to assess what cross-cultural adaptation steps have been taken and to identify any limitations. Next, at least two independent translators are needed as a translation team. Bilingual and bicultural native speakers who are fully proficient in both languages and understand the cultural context should be involved in the translation process. Including a clinician in the process can be helpful in which they can review the translation and phrasing of certain items that are suitable for the target group.

The Back-translation method is the most common technique used for cross-cultural research (Epstein et al., 2015). This method involves having a preliminary translated version of the measure by the first translator then translated back into the original language by a second translator. The original version and the back-translation version are evaluated in semantic, idiomatic, experiential, and conceptual equivalence (Borsa et al., 2012). Discrepancies between the two versions help identify problematic items and can be

resolved by discussion among committees of experts in the area of interest (Widenfelt et al., 2005). Once the consensus version is adequately adapted culturally and linguistically, evaluation of the measure with representatives of the target population is needed. This process aims to check if the items are comprehensible to the people it targets and obtains their feedback and suggestion to change, if necessary (Borsa et al., 2012; Epstein et al., 2015).

Reliability and validity of the translated measure in the new context

Reliability refers to the stability, consistency, equivalence, and homogeneity of the translated measure. Test-retest reliability aims to examine the measure's stability to see how similar the results are when measured at two different times. Internal consistency assesses if all scale items have the same construct of the original measure (Arnold & Matus, 2000; Souza et al., 2017). Validity describes the extent to which a measure accurately measures what it proposes to measure. Content validity examines experts' judgement as to whether the measure's content adequately reflects the construct that it claims to measure. Criterion validity can be used to test the correlation coefficient between the measure and the 'gold standard' instrument. The result must correspond to the results of the criterion measure. Correlation between the screening measure and criterion measure (e.g. diagnostic interview) can represent the potential of a screening tool to accurately distinguish between adolescents with or without condition (Souza et al., 2017).

Construct validity is the most crucial concept in evaluating a measure designed to examine a construct that is not directly observable (e.g. depression). It is vital to justify whether the translated instrument preserves the structure of the construct as the original. Cross-cultural validity is one type of construct validity that emphasises the degree to which

the translated measure is an adequate reflection of the original version of the measure, e.g. culturally adapted versions are equivalent (Souza et al., 2017).

Validation of measures for cross-cultural studies

Factor analysis is widely used to verify the construct validity of adapted instruments (Borsa et al., 2012; Byrne, 2010). Factorial validity includes exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). EFA is a tool to explore the possible underlying factor structure of a set of observed variables. In cross-cultural research, it is used to check whether the factorial structure of translated measure corresponds to the original measure. On the other hand, CFA is used to confirm that the structural model corresponds to the original version (Byrne, 2001; Hair et al., 2019).

Measurement invariance in cross-cultural comparative studies

In cross-cultural comparative analyses, one needs to use similar measurement instruments and methods in the originating culture to one or more other cultures (Borsa et al., 2012). Although EFA and CFA are used for construct validation of adapted measures when researchers aim to conduct cross-cultural comparative studies between ethnic/culture groups, measurement invariance should also be assessed within the various groups (Juhasz et al., 2012; Milfont & Fischer, 2010; Stevanovic et al., 2017). Measurement invariance assesses the psychometric equivalence of a construct across groups. It suggests that a construct has a similar structure or meaning to a different group so that the construct can be meaningfully tested. Therefore, the researcher needs to ensure that the measure similarly evaluates the same construct in different people across groups (Steenkamp & Baumgartner, 1998). Without evidence of measurement invariance, comparison between cultural groups is likely invalid and unreliable (Vijver & Tanzer, 2004).

Multi-group confirmatory factor analysis (MG-CFA) is widely used to assess measurement invariance in multi-group comparison because it enables assessing invariance for the measure structure and the various test parameters (Byrne, 2010; Milfont & Fischer, 2010; Vandenberg & Lance, 2000). There are four main steps for testing measurement invariance, including (1) configural invariance to test whether the same number of factors is the same in the different groups; (2) metric invariance (i.e. weak invariance) is to ensure that the factor loadings are equivalent between groups; (3) scalar invariance (i.e. strong invariance) is assessing the similarity of covariance of the latent variables between groups; and (4) residual (i.e. uniqueness invariance) is the equivalence of residues of the observable to test whether measurement errors are similar in the different groups (Byrne et al., 1989; Milfont & Fischer, 2010). In general, scalar invariance needs to be established for cross-cultural mean comparison, but in most cases, full scalar invariance does not hold due to the noninvariant items across culture (i.e. some items are not rated in the same way by people in different cultural group). Given that, partial scalar invariance with a small number of noninvariant items is considered to be sufficient for comparing latent means across groups (Byrne et al., 1989; Hair et al., 2019).

In conclusion, there is a growing interest in cross-cultural studies about adolescent depression. The findings from these studies could help us to better understand cross-cultural differences in depression epidemiology and symptomatology. However, this is only possible if measurement instruments are valid within the specific cultures where they are used. Therefore, establishing the reliability and validity of the translated measure is crucial and needs to be established before use in a given culture. The cross-cultural validity of factorial invariance between groups is also vital for comparing groups in cross-cultural

studies. If the measures are not equivalent between the different groups, they are more likely measurement biases and do not reflect the differences between groups.

1.5 Mental health resources and services for adolescents with depression

Despite the high rate and impact of depression among adolescents, a low percentage of young people with depression access specialist mental health services, even in high income countries (Avenevoli et al., 2015; Georgiades et al., 2019; Gulliver et al., 2010). Studies have showed low rates of service use and this appears to be a worsening trend for depression among young people, suggesting that the number of untreated depressed young people may be growing (Georgiades et al., 2019; Gulliver et al., 2010; Mojtabai et al., 2016). Understanding the factors that contribute to low rates of accessing professional service is essential to effectively address this public health concern and to increase accessibility of support by expanding access to community-based mental health services.

Factors that contribute to low rates of adolescents with depression accessing professional help

Although, several effective treatments for adolescents with depression exist, e.g. cognitive behavioural therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) (Bernaras et al., 2019), a low percentage of young people successfully access specialist mental health services (Georgiades et al., 2019; Mojtabai et al., 2016). Several reasons have been proposed to explain why adolescents do not seek professional help, including attitudes and perceived stigma, low mental health literacy, low perceived sources of help, and no knowledge of available services (Martínez-Hernández et al., 2014; Gulliver et al., 2010; Radez et al., 2020).

Role of stigma in adolescent depression

Stigma is a social construct that includes negative attitudes, beliefs, prejudices, and discrimination that motivate people to reject and social exclude people with mental health problems (Lynch, et al., 2021). Stigma is one of the major barriers to help-seeking behaviour among young people (Gulliver et al., 2010, Radez et al., 2020). Perceived stigma may impact help-seeking when adolescents are concerned about the reactions of others, including family, friends, or their local community. It can also worsen symptoms and reduce the likelihood of getting timely support and appropriate treatment (Lynch, et al., 2021).

Stigma can manifest itself in various ways. There is evidence that sociocultural contexts and cultural values may shape the way stigma is expressed (Martínez et al., 2020). In various countries, some stigmatising beliefs are more strongly endorsed than others. Several studies suggested that stigma associated with mental health problems can affect individuals' symptoms presentation (Grover & Ghosh, 2014; Griffiths et al., 2006; Waza et al., 1999). Griffiths (2006) suggested that potential reasons for these differences were mental health service delivery systems and the availability of public mental health awareness education programmes in each country. Reducing stigma can contribute to better prevention and treatment for depression. Therefore, it is crucial to attempt to intervene with educational strategies in those countries where mental health literacy is lacking.

Mental health literacy in adolescent depression

The low rate of help-seeking behaviours may be related to low mental health literacy among young people, families, and local communities. Mental health literacy is the “knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management,

or prevention” (Jorm et al., 1997, p.182). Mental health literacy is crucial as it can ensure that mental health problems are recognised early, and help-seeking behaviour is encouraged (Furnham & Hamid, 2014). Further, mental health literacy can be used to prevent depression symptoms. An increase in mental health literacy may be related to maintaining good levels of mental health and emotional well-being. Better knowledge and more positive beliefs about depression will encourage adolescents’ help-seeking behavioural and more likely to respond to treatment options (Altweck et al., 2015).

However, mental health literacy has generally been found to be low in adolescent populations (Brooks et al., 2019). In addition, a previous study found that non-Western people show less recognition and mental health is poorly understood than Western populations (Furnham & Hamid, 2014). Clinical mental health facilities are more accessible in Western countries, e.g. USA, UK, Australia. There is also a wide range of mental health services available in those countries compared to non-Western countries. Therefore, appropriate educational interventions of mental health literacy are essential, especially in countries where mental health literacy and resources are limited.

Limited mental health services availability for adolescent depression

It is also important to consider that low rates of professional health seeking may be response to lack of accessibility (e.g. time, transport, and cost), particularly in rural areas (Fox et al., 2001; Gulliver et al., 2010). Other structural factors include limited mental health service availability in some areas where families may have to travel long distances or be placed on long waiting lists to receive care (Fox et al., 2001; Kutcher et al., 2013). Even when adolescents enter a treatment service, many young people do not engage in treatment (Haan et al., 2013; Wang, 2007). Variables shown to interfere with completion

of treatment include the therapeutic relationship, family barriers, types of treatment, time and effort concerns as well as financial issues to access service (Garcia & Weisz, 2002).

Based on the evidence summarised above, low service use rates for young people with depression and other common mental health difficulties have prompted a range of initiatives designed to increase the availability and accessibility of support. Expanding access to community-based mental health care has been identified to be priority of the grand challenges of global mental health (Collins et al., 2011). Timely intervention for young people with depression can potentially minimise the impact and severity of the condition.

Prevention and early intervention for adolescent depression

Due to low rates of service use and lack of accessibility to mental health care for young people, it is increasingly acknowledged as important to develop and implement early intervention approaches. The provision of child and adolescent mental health (CAMH) interventions in school has been recognised for its potential to prevent the onset of mental health problems and to reduce the incidence of mental illnesses (Fazel et al., 2014; Opler et al., 2010).

Schools are a setting that reaches most young people; they are therefore a potential way to provide mental health support to young people (Barry et al., 2013; Fazel et al., 2014; Kutcher et al., 2013; Reinke et al., 2011). In addition, teachers and other welfare staff have the opportunity to detect behaviour changes in students that could be presenting the first signs of mental illness and can refer them to appropriate services (Fazel et al., 2014; Graham et al., 2011).

There are a number of challenges in successfully implementing and maintaining good mental health practice in schools. For instance, teachers may not have the necessary resources, knowledge or skills to support mental health needs in students (Reinke et al., 2011). Thus, to fulfil this role and provide the initial help for students in school, teachers and staff need to have relevant knowledge and skills to be confident in supporting adolescents with depression. Practical training and ongoing consultation or coaching in transporting effective mental health practices to schools will be required (Reinke et al., 2011).

1.6 Challenging issues in mental health resources and research in low- and middle- income countries (LMICs)

The prevalence of depression varies considerably within and between countries across the world. It may reflect the role of contextual factors, e.g. socioeconomic status (SES), demographic, and environmental factors, which have become a crucial determinant of depression. There is growing interest in the relationship between SES and mental health in low-and middle-income countries (LMICs). Low SES is associated with a higher prevalence of depression (Freeman et al., 2016), particularly in the LMICs where the high levels of income inequality are widespread (Maselko et al., 2018; Lorant, 2003) and availability of mental health services is most limited (Jacob, 2011; Juengsiragulwit, 2015; Patel et al., 2008; Sharan et al., 2017).

Barriers to providing child and adolescent mental health services in LMICs

In high-income countries (HIC), child and adolescent mental health services (CAMHS) are provided across different organisational structures. In addition to specialist

mental health services, professional help may be available from a wide range of other sources, these include the Children and Young People's Improving Access to Psychological Treatment programme (CYP-IAPT) in the UK, KidsMatter in Australia, National Alliance on Mental illness (NAMI) in the US, and Youth Mental Health Canada (YMHC) in Canada. In particular, the role of schools has been recognised as an important role in the initiation of pathways into mental health care and support of young people with mental health needs in these countries.

In contrast, many countries in lower-and middle-income countries (LMICs) face significant mental health challenges. There is a large gap between mental health needs and the availability of mental health resources (Patel et al., 2008). People in these countries are less likely to access mental health treatment than in HICs due to lack of access to high-quality mental health services, human resource shortages, and lack of capacity for implementation and policy (Jacob, 2011; Juengsiragulwit, 2015; Sharan et al., 2017; Wainberg et al., 2017). There is also an urban-based specialist provision of CAMHS whereby most mental health professionals are concentrated in urban areas but most of the population is based in rural areas (Juengsiragulwit, 2015).

In addition, the shortage of funds and mental health professionals are important challenges for LMICs (Patel et al., 2007). According to the WHO Mental Health Atlas 2017, the median number of psychiatrists per 100,000 population in many LMICs is below 2 for adults and below 1 for children and adolescents (WHO, 2017b) compared to over 10 psychiatrists per 100,000 for adults and 2 per 100,000 for young people in the USA. Lack of experience in psychiatric patient care and limited mental knowledge and training in primary care staff were also critical barriers to identifying mental disorders

(Juengsiragulwit, 2015). Thus, the gap between mental health need in young people and the resources provided remains large.

The evidence base on CAMH in LMICs is relatively small due to insufficient skilled mental health professionals, low priority, and lack of funding for LMICs research (Patel et al., 2008). There is also limited CAMH awareness in the community. Services for mental health diagnosis, treatment, and referral that are based in primary care and community health centres are also lacking (Wainberg et al., 2017) which can cause young people or their families to delay the help-seeking process (Fox et al., 2001; Gulliver et al., 2010). Although, epidemiological evidence is now growing from a number of LMICs which demonstrate the validity of measurement tools of psychiatric symptoms and demonstrate their impact on effective interventions, capacity building for mental health services and research in LMICs need urgent attention and funding. Thus, to help decrease the global mental health gap, implementation research is now required to understand how to integrate and sustain mental health services within health care systems and in other contexts of care, e.g. primary care and community settings.

Promotion of young people mental health in school settings in LMICs

Schools are one of the most critical community settings for promoting young people's mental health, especially in LMICs (Fazel et al., 2014; Gimba et al., 2020). However, the number of school staff and teachers who were actually trained in mental health in LMICs was very limited (Nishio et al., 2020; Reinke et al., 2011). The number of LMICs to date have adopted and implemented availability of school-based mental health education programmes for teachers. For example, Nguyen et al. (2020) reported on the adaptation and evaluation of an intervention developed in Canada and delivered in Vietnam

and Cambodia. The Mental health & High School Curriculum Guide, “*The Guide*” was delivered in a secondary school classroom by trained teachers. The intervention produced measurable increases in mental health literacy among teachers and students in Vietnam. However, there were less improvement in mental health literacy (e.g. recognition, stigma, and help-seeking) amongst school staff after training in Cambodia. Nguyen et al. (2020) proposed that this was because of challenges implementing the original programme in Cambodia because Cambodia has culturally distinct mental health syndrome presentations that were not incorporated into *The Guide*.

As Nguyen et al. (2020) demonstrates adapted intervention must align with specific cultural contexts. Differences in the ways in which mental health illnesses are defined, understood, and treated in non-Western cultures may also contribute to different results (Tasman et al., 2013). Therefore, contextual factors and socio-economic settings need to be considered for adoption and adaptation in LMICs of well-validated interventions that have been developed in HICs contexts (Barry et al., 2013). In addition, understanding the perspective of teachers on current mental health needs in their schools, barriers for addressing mental health needs, issues related to their experience, and their knowledge and skills can be useful for development and evaluation of an appropriate evidence-based interventions in school settings in each particular context.

In summary, there is a need for an effective evidence-based intervention in the field of mental health promotion in LMICs where mental health professionals are scarce. Strengthening the capacity of community settings, e.g. schools. The education sector is important to increase awareness and engagement in young people mental health.

1.7 Conclusion

Depression is amongst the most mental health disorders in adolescents. It can increase the risk of various problems and predicts a range of mental health disorders in adulthood. Despite the high rate of depression among adolescents, a low percentage of adolescents with depression access specialist mental health services. Low rates of service used contributes to the lack of recognition of depression in adolescents.

Identifying depression early could help prevent depression and improve early intervention. In cross-cultural depression studies, several standardised self-report measures of depression in young people are available in research and practice but it is essential to assess if these measures are reliable and valid to use in a specific culture as depression may define and experience differently in different cultural contexts. Understand the reasons underpinning these differences may help us to better understand cross-cultural variation in depression and have implications for assessment, diagnosis, and treatment. Therefore, it is crucial to examine cross-cultural measurement invariance of the measure used for meaningful and valid results.

Moreover, a limited mental health service availability is one of the structure barriers to help-seeking and receive appropriate supports, in particular in low-and middle-income countries (LMICS). Implementing mental health practice in school can provide early identification and intervention to young people. However, this is only possible if teachers or school staff have necessary knowledge and skills to support mental health needs in students. Therefore, practical training in mental health for teachers will be needed.

1.8 Aims of the thesis

In light of the different aspects related to adolescence depression outlined above, this thesis has the following aims: (1) To understand Thai adolescent depression and begin to address the mental health gap in Thailand related to depression. (2) To provide a reliable and valid self-report measure the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ); (3) To understand how depression is expressed and experienced by Thai adolescents compared to Western countries (i.e. the UK), possible factor solutions and the measurement invariance of the MFQ as a prerequisite for its use in cross-cultural comparison between Thai and Western countries (i.e. the UK) is examined; and (4) To diminish unmet mental health needs in Thai adolescents, this thesis aims to develop and evaluate the feasibility of the evidence-based mental health training programme for teachers in Thai schools to support adolescents with depression.

1.9 Thesis overview

This thesis consists of six chapters. Three chapters represent individual papers that have been published (Chapter 3) and submitted (Chapter 4 and 5b) for publication in international peer-reviewed journals. Together, these chapters aim to answer the following research questions:

Phenomenology of adolescent depression in Thailand (Chapter 2)

1. What is the prevalence of depression among Thai adolescents?
2. What are the current situation of mental health resources for Thai adolescents?

Assessment of depression in Thai adolescents using the Mood and Feelings questionnaire (MFQ) (Chapter 3)

3. Does the MFQ reliable and valid to use for assessing depression in Thai adolescents?
4. What is the optimal clinical cut-off of the Thai MFQ?

Cross-cultural comparison of depression symptoms between Thai and British adolescents (Chapter 4)

5. Does measurement invariance of the MFQ establish across the Thai and British samples?
6. What are the most common symptoms of depression reported by Thai adolescents? Are they different or similar to British adolescents?

The feasibility evaluation of the evidence-based mental health training programme for Thai teachers (Chapter 5a and 5b)

7. What is the perception of teachers of students' mental health needs with symptoms of depression?
8. What are the resources or training requirements of Thai teachers regarding the implementations of mental health support in schools?
9. Is the mental health education training feasible and acceptable to Thai secondary school teachers to support adolescents with symptoms of depression?

The aims of each chapter are outlined below.

Chapter 1: General introduction

This chapter introduced the research problem, the rationale for focusing on depression in adolescents, and outlines the aims of the thesis. Depression in adolescence was discussed, in particular measurement instruments and mental health resources for young people with depression. This chapter also described challenging issues in mental health services and resources in low-and middle-income countries (LMICs), where a large gap between mental health needs and the availability of mental health resources.

Chapter 2: Adolescent Depression in Thailand

This chapter provides an overview of Thailand's cultural and social context. It includes a literature review of 16 studies that measured depression symptoms in Thai adolescents. The chapter also provides a brief history about mental health resources for adolescents in Thailand. With the lack of mental health literacy, resources, and services, there is a need to develop and implement community strategies to reduce the future burden of depression in Thailand.

Chapter 3: Paper 1 Psychometric properties of the Thai Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) for adolescent depression

The lack of reliable and valid measures to identify depression symptoms in Thai young people suggest that there is potential benefit in validating a self-report measure of depression symptoms in this age group. Chapter 3 translated and adapted the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ), the 'gold standard' screening tool that has been recommended for screening depression symptoms in young people (NICE, 2019). The

psychometric properties of the Thai MFQ are reported and the optimal clinical cut-off was determined and compared against a semi-structured diagnostic interview (K-SADS-PL).

Chapter 4: Paper 2 Factor structure and measurement invariance of the Mood and Feelings Questionnaire: A cross-cultural study among Thai and British adolescents

This study evaluates the cross-cultural validity; the factorial structure of the Thai MFQ and examined the measurement invariance of the MFQ across Thai and British samples. The study also compared depression symptoms across Thai and British adolescents to better understand cross-cultural variation in depression symptomatology.

Chapter 5: Developing mental health education training for teachers in supporting students with depression in Thai secondary schools

Thailand has faced significant mental health challenges because of low-resources and lack of attention to mental health care for young people. Therefore, mental health promotion interventions in community settings may help reduce the prevalence of depression. In this chapter, the development of evidence-based training about adolescent depression for secondary school teachers in Thailand is described in two parts.

Chapter 5a: Teachers' perception of current mental health needs of students with symptoms of depression

To assess teachers' perception about depression in adolescents, their attitude and experience in supporting students with depression, and barriers to supporting mental health needs in school settings, a sample of secondary school subject teachers and guidance teachers took part in a semi-structure interview.

Chapter 5b: Paper 3 Implementing a Mental health training programme about depression for teachers in Thai schools: A feasibility study

Following the information obtained from Chapter 5a, this study developed an evidence-based mental health training for Thai secondary school teachers and provided preliminary feasibility and acceptability data. This study included an online survey to assess teachers' mental health awareness and experiences with student and additional training needs survey. Following this, a one-day training programme was developed and delivered to teachers to assess the feasibility of the training. Teachers completed questionnaires assessing their knowledge and skills before and after the training.

Chapter 6: General discussion

This chapter summaries the key research findings of each study. Thesis implications and recommendation for future research is discussed, followed by strengths and limitations of the research.

1.10 References

- Altweck, L., Marshall, T. C., Ferenczi, N., & Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: Across-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychology, 6*(1272). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01272>
- Angold, A. (1987). Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). <https://devepi.duhs.duke.edu/files/2018/03/Dear-potential-MFQ-user.pdf>
- Angold, A., Costello, E. J., & Pickles, A. (1987). The development of a questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *London: Medical Research Council Child Psychiatry Unit.*
- Angold, A., & Costello, J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(2000), 39–48.
- Angold, A., & Costello, J. (2006). Puberty and Depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics in North America, 15*(4), 919–937. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.05.013>
- Arnold, B. R., & Matus, Y. E. (2000). Chapter 7 – Test Translation and Cultural Equivalence Methodologies for Use with Diverse Populations. In *Handbook of Multicultural Mental Health* (pp. 121–136). <https://doi.org/10.1016/B978-012199370-2/50008-0>
- American Psychological Association. (2013). *DSM 5. American Journal of Psychiatry.* <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(1), 37-44.e2. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Aycicegi-dinn, A., & Caldwell-harris, C. L. (2016). How Collectivism and Family

- Control Influence Depressive Symptoms in American and European American College Students. *Electronic Journal of Social Sciences*, 15(57), 579–599.
<https://doi.org/10.17755/esosder.09354>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 835.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beirão, D., Monte, H., Amaral, M., Longras, A., Matos, C., & Villas-Boas, F. (2020). Depression in adolescence: a review. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 50.
<https://doi.org/10.1186/s43045-020-00050-z>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019a). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10(543).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019b). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, preventopm programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10(543).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Breugelmans, S. M., Chasiotis, A., & Sam, D. L. (2011). *Cross-Cultural Psychology: Research and Applications* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Bhugra, D., & Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders: Overview with relation to depression. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 10–20.
- Borsa, J. C., Damasio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia*.
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314> Cross-Cultural
- Breslau, J., Gilman, S., Stein, B., Ruder, T., T, G., & Miller, E. (2017). Sex differences in

- recent first-onset depression in an epidemiological sample of adolescents.
Transcultural Psychiatry, 7. <https://doi.org/doi:10.1038/tp.2017.105>
- Brislin, R. W. (1976). Comparative research methodology: Cross-cultural studies.
International Journal of Psychology. <https://doi.org/10.1080/00207597608247359>
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for Recurrence in Depression. *Clinical Psychological Review*, 27(8), 959–9855. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
- Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts.
Applications, and Programming, Mahwah, New Jersey.
- Byrne, B. M. (2010). Factor analytic models: Viewing the structure of an assessment instrument from three perspectives. *Journal of Personality Assessment*, 85(1), 17–32. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8501_02
- Byrne, B. M., Shavelson, R. J., & Muthén, B. (1989). Testing for the Equivalence of Factor Covariance and Mean Structures: The Issue of Partial Measurement Invariance. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.3.456>
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 154–162.
<https://doi.org/doi:10.1016/j.jbtep.2010.10.001>
- Chan, S., Goodwin, G., & Harmer, C. (2007). Highly neurotic never-depressed students have negative biases in information processing. *Psychological Medicine*, 37, 1281–1291. <https://doi.org/doi:10.1017/S0033291707000669>
- Chao, R., & Tseng, V. (2002). Parenting of Asians. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of Parenting* (pp. 59–93). Lawrence Erlbaum Associates.
- Clayborne, Z., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S., March, D., Insel, T. R., & Daar, A. S. (2011). Grand

- challenges in global mental health. *Nature*, 475, 27–30.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The Validity of the Multi-Informant Approach to Assessing Child and Adolescent Mental Health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858–900. <https://doi.org/10.1037/a0038498>
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>
- Fazel, M., Patel, V., Thomas, S., & Tol, W. (2014). Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70357-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70357-8)
- Fisher, P., Chin, E., & Vidair, H. (2015). Use of structured interviews, rating scales, and observational methods in clinical settings. In A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. Snowling, & E. Taylor (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (Six, pp. 419–435). John Wiley&Sons.
- Fox, J. C., Blank, M., Rovnyak, V., & Barnett, R. Y. (2001). Barriers to Help Seeking for Mental Disorders in a Rural Impoverished Population. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 421–436.
- Furnham, A., & Hamid, A. (2014). Mental health literacy in non-western countries: A review of the recent literature. *Mental Health Review Journal*, 19(2), 84–98. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2013-0004>
- Garber, J., & Weersing, R. (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clinical Psychology*, 17(4), 293–306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When Youth Mental Health Care Stops: Therapeutic Relationship Problems and Other Reasons for Ending Youth Outpatient Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439–443. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.2.439>
- Georgiades, K., Duncan, L., & Wang, L. (2019). Six-Month Prevalence of Mental

- Disorders and Service Contacts among Children and Youth in Ontario: Evidence from the 2014 Ontario Child Health Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(4). <https://doi.org/10.1177/0706743719830024>
- Gimba, S. M., Harris, P., Saito, A., Udah, H., Martin, A., & Wheeler, A. J. (2020). The modules of mental health programs implemented in schools in low- and middle-income countries: findings from a systematic literature review. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09713-2>
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285–312. <https://doi.org/doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., & Fitzgerald, R. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher views. *Teachers and Teaching: Theory and Practice*. <https://doi.org/10.1080/13540602.2011.580525>
- Griffiths, K., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6(21). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-21>
- Grover, S., & Ghosh, A. (2014). Somatic symptom and related disorders in Asians and Asian Americans. *Asian Journal of Psychiatry*, 7, 77–79. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.11.014>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Haan, A. M. de, Boon, A. E., Jong, J. T. V. . de, Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. J. M. (2013). A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychological Review*, 33(5), 698–711. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.005>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (Eighth). Hampshire: Annabel Ainscow.
- Hall, D. A., Domingo, S. Z., Hamdache, L. Z., Manchaiah, V., Thammaiah, S., Evans, C.,

- & Wong, L. L. N. (2017). A good practice guide for translating and adapting hearing-related questionnaires for different languages and cultures. *International Journal of Audiology*, 57(3), 161–175.
<https://doi.org/10.1080/14992027.2017.1393565>
- Hodges, K. (1993). Structured Interviews for Assessing Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb00967.x>
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
- Hofstede, G. H. (1980). *Culture's consequences: international differences in work-related values*. *Cross-Cultural Research and Methodology series*.
<https://doi.org/10.5465/AME.2004.12689661>
- Jacob, K. S. (2011). Repackaging mental health programs in low- and middle-income countries. *Indian J Psychiatry*, 53, 195–198.
- Jacobs, B., & Taylor, E. (2009). Depression in Children and Adolescents: A Review. In H. Herrman, M. Maj, & N. Sartorius (Eds.), *Depressive disorders* (Thrid, pp. 145–191). John Wiley&Sons.
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N. V., Chandra, A., Meredith, L. S., ... Burnam, M. A. (2009). Impact of Teen Depression on Academic, Social, and Physical Functioning. *PEDIATRICS*, 124(4), e596–e605.
<https://doi.org/10.1542/peds.2008-3348>
- Johnson, L., Radesky, J., & Zuckerman, B. (2013). cross-cultural Parenting: Reflections on Autonomy and Interdependence. *Pediatrics Perspectives*, 131(4), 631–633.
- Johnson, T. P. (2006). Methods and frameworks for crosscultural measurement. *Medical Care*. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000245424.16482.f1>
- Juengsiragulwit, D. (2015). Opportunities and obstacles in child and adolescent mental health services in low- and middle-income countries: a review of the literature. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 4(2), 110–122.

- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy': a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182–186.
- Juhász, G., Eszlari, N., Pap, D., & Gonda, X. (2012). Cultural differences in the development and characteristics of depression. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, *14*(4), 259–265.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 980–988.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., Jarvis, G. E., & Guzder, J. (2013). The Cultural Context of Clinical Assessment. In *The Psychiatric Interview: Evaluation and Diagnosis*. (1st ed., pp. 47–63). John Wiley & Sons.
- Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory CDI Manual. *New York: Multi-Health Systems.*, 1–800. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/generic/ChildrensDepressionInventory\(CDI\)/Resources/Technical.pdf](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/generic/ChildrensDepressionInventory(CDI)/Resources/Technical.pdf)
- Kraus, C., Castren, E., Kasper, S., & Lanzenberger, R. (2017). Serotonin and neuroplasticity -Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 317–326.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.03.007>
- Kroning, M., & Kroning, K. (2016). Teen Depression and Suicide, A SILENT CRISIS. *Journal of Christian Nursing : A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, *33*(2), 78–86. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000254>
- Kutcher, S., Wei, Y., McLuckie, A., & Bullock, L. (2013). Educator mental health literacy: A programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. *Advances in School Mental Health Promotion*. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784615>

- Leffler, J. M., Riebel, J., & Hughes, H. M. (2015). A Review of Child and Adolescent Diagnostic Interviews for Clinical Practitioners. *Assessment*, 22(6), 690–703.
<https://doi.org/10.1177/1073191114561253>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.
- Lewis, G., Loannidis, K., Harmelen, A.-L. V., Neufeld, S., Stochl, J., Lewis, G., ... Goodyer, I. (2018). The association between pubertal status and depressive symptoms and diagnoses in adolescent females: A population-based cohort study. *PLoS ONE*, 13(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198804>
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis*, 157(2), 98–112.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Low, N. C., Dugas, E., O’Loughlin, E., Rodriguez, D., Contreras, G., Chaiton, M., & O’Loughlin, J. (2012). Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry*, 12(116). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-116>
- Lynch, H., McDonagh, C., & Hennessy, E. (2021). Social Anxiety and Depression Stigma Among Adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 281, 744–750.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.073>
- Maramis, A., Van Tuan, N., & Minas, H. (2011). Mental health in southeast Asia. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62181-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62181-2)
- Marsella, A. (2003). Cultural aspects of depressive experience and disorders. *Online Readings in Psychology and Culture*, 10(2). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1081>
- Martínez-Hernández, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M., & Martorell-Poveda, M. A. (2014). Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 124.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-124>

- Martinez, V., Crockett, M. A., Jimenez-Molina, A., Espinosa-Duque, D. H., Barrientos, E., & Ordonez-Carrasco, J. L. (2020). Stigmatizing Beliefs and Attitudes to Depression in Adolescent School Students in Chile and Colombia. *Frontiers in Psychology, 11*.
- Maselko, J., Bates, L., Bhalotra, S., Gallis, J. A., O'Donnell, K., Sikander, S., & Turner, E. L. (2018). Socioeconomic status indicators and common mental disorders: Evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. *Population Health, 4*, 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.10.004>
- McKnight, P. E., & Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychological Review, 29*(3), 243–259.
- Mehta, S., Mittal, P. K., & Swami, M. K. (2014). Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A comparative study between major depressive disorder and bipolar affective disorder. *Depression Research and Treatment*. <https://doi.org/ttps://doi.org/10.1155/2014/302741>
- Melton, T. H., Croarkin, P. E., Strawn, J. R., & McClintock, S. M. (2016). Comorbid Anxiety and Depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and analysis. *Journal of Psychiatric Practice, 22*(2), 84–98. <https://doi.org/https://10.1097?PRA.0000000000000132>
- Milfont, T. L., & Fischer, R. (2010). Testing measurement invariance across groups: applications in cross-cultural research. *International Journal of Psychological Research, 3*(1), 111–121. <https://doi.org/10.21500/20112084.857>
- Mineka, S., & Vrshek-Schallhorn, S. (2014). Comorbidity of unipolar depressive and anxiety disorders. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (Third, pp. 84–97). The Guilford Press.
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *PEDIATRICS, 138*(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Myers, K., & Winters, N. (2002). Ten-Year Review of Rating Scales. I: Overview of

- Scale Functioning, Psychometric Properties, and Selection. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 114–122.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00004>
- Nguyen, A. J., Dang, H.-M., Bul, D., Phoeun, B., & Welss, B. (2020). Experimental Evaluation of a School-Based Mental Health Literacy Program in two Southeast Asian Nations. *School Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s12310-020-09379-6>
- Nishio, A., Kakimoto, M., Bermardo, T. M. S., & Kobayashi, J. (2020). Current situation and comparison of school mental health in ASEAN countries. *Pediatrics International : Official Journal of the Japan Pediatric Society*.
<https://doi.org/10.1111/ped.14137>
- Opler, M., Sodhi, D., Zaveri, D., & Madhusoodanan, S. (2010). Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*.
- Orchard, F., Pass, L., Cocks, L., Chessell, C., & Reynolds, S. (2019). Examining parent and child agreement in the diagnosis of adolescent depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(4), 338–344. <https://doi.org/doi:10.1111/camh.12348>
- Orchard, F., Pass, L., Marshall, T., & Reynolds, S. (2016). Clinical characteristics of adolescents referred for treatment of depressive disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 61–68. <https://doi.org/10.1111/camh.12178>
- Orchard, F., & Reynolds, S. (2018). The combined influence of cognitions in adolescent depression: Biases of interpretation, self-evaluation, and memory. *British Journal of Clinical Psychology*, 57, 420–435. <https://doi.org/DOI:10.1111/bjc.12184>
- Paola, G. (2020). The Importance of Using Valid and Reliable Measures in Psychology and Psychiatry. *Psychology and Psychiatry*, 9(4), 24–25.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302–1313.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Patel, V., Flisher, A. J., Nikapota, A., & Malhotra, S. (2008). Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/j.1469->

7610.2007.01824.x

- Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, *369*, 1130–1139. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60366-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60366-3)
- Pilowsky, D. J. (2009). Depression: Causes and risk factors. In J. M. Rey & B. Birmaher (Eds.), *Treating Child and Adolescent Depression* (1st ed., pp. 17–20). Lippincott Williams & Wilkins.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *56*(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence J., P., Evdoka-Burron, G., & Waite, P. (2020). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Radloff, L. S. (1997). The CES-D Scale: A self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 59–66.
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R., & Goel, N. (2011). Supporting Children's Mental Health in Schools: Teacher Perceptions of Needs, Roles, and Barriers. *School Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1037/a0022714>
- Restifo, K., & Bogels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychological Review*, *29*, 294–316. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.005>
- Rey, J. M., & Birmaher, B. (2009). *Treating Child and Adolescent Depression*. (C. W. Mitchell, Ed.) (1st ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

- Reynolds, W. M. (1987). Reynolds Adolescent Depression Scale. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 65–79.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00004>
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening for Adolescent Depression: A Comparison of Depression Scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 58–66.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199101000-00009>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin Journal*, 143(8), 783–822.
<https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Santor, D., Gregus, M., & Welch, A. (2006). Eight Decades of Measurement in Depression. *Measurement*, 4(3), 135–155.
https://doi.org/10.1207/s15366359mea0403_1
- Seangsanaoh, S., Vatanasin, D., Hengudomsub, P., & Pratoomsri, W. (2017). The influence of intrpersonal factors on depression among late adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 33(3), 59–69.
- Shadrina, M., Bondarenko, E. A., & Slominsky, P. A. (2018). Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in Psychiatry*, 9(334).
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00334>
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH diagnostic interview schedule for children, version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 28–38.
- Sharan, P., Sagar, R., & Kumar, S. (2017). Mental health policies in South-East Asia and the public health role of screening instruments for depression. *WHO South-East Asia*

Journal of Public Health. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206165>

- Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *American Family Physician*, 66(6), 1001–1008.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Brito Guirardello, E. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Applications of Epidemiology*, 26(3).
- Steenkamp, J. B. E. M., & Baumgartner, H. (1998). Assessing measurement invariance in cross-national consumer research. *Journal of Consumer Research*, 25, 78–90. <https://doi.org/10.1086/209528>
- Stevanovic, D., Jafari, P., Knez, R., Franic, T., Atilola, O., Davidovic, N., ... Lakic, A. (2017). Can we really use available scales for child and adolescent psychopathology across cultures? A systematic review of cross-cultural measurement invariance data. *Transcultural Psychiatry*, 54(1), 125–152. <https://doi.org/10.1177/1363461516689215>
- Stikkelbroek, Y., Bouden, D. H. M., Kleinjan, M., Reijnders, M., & Barr, A. L. (2016). Adolescent Depression and Negative Life Events, the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation. *PLoS ONE*, 11(8). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0161062>
- Straub, J., Brown, R., Malejko, K., Bonenberger, M., Gron, G., Plener, P. L., & Abler, B. (2019). Adolescent depression and brain development: evidence from voxel-based morphometry. *Journal Psychiatry Neuroscience*, 44(4), 237–245. <https://doi.org/10.1503/jpn.170233>
- Tafarodi, R. W., & Smith, A. J. (2001). Individualism-collectivism and depressive sensitivity to life events: : the case of Malaysian sojourners. *International Journal of Intercultural Relations*. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(00\)00043-2](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(00)00043-2)
- Tammariello, A. E., Gallahue, N. K., Ellard, K. A., Woldesemait, N., & Jacobsen, K. H. (2012). Parental involvement and mental health among Thai adolescents. *Advances in School Mental Health Promotion*, 5(4), 236–245. <http://dx.doi.org/10.1080/1754730X.2012.728095>

- Tasman, A., Kay, J., & Ursano, R. J. (2013). The Cultural Context of Clinical Assessment. In L. J. Kirmayer, C. Rousseau, E. JarvisG, & J. Guzder (Eds.), *The Psychiatric Interview: Evaluation and Diagnosis*. (First, pp. 47–63). John Wiley&Sons.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, *379*, 1059–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Tsang, S., Royse, C. F., & Terkawi, A. S. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a question perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anaesthesia*, *11*, 80–89. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_203_17
- Vandenberg, R. J., & Lance, C. E. (2000). A Review and Synthesis of the Measurement Invariance Literature: Suggestions, Practices, and Recommendations for Organizational Research. *Organizational Research Methods*, *3*, 4–70. <https://doi.org/10.1177/109442810031002>
- Vijver, F. Van de, & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, *54*(2), 119–135. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K., ... Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports*, *19*(5). <https://doi.org/doi:10.1007/s11920-017-0780-z>.
- Wang, J. (2007). Mental Health Treatment Dropout and Its Correlates in a General Population Sample. *Medical Care*, *45*(3), 224–229.
- Waza, K., Graham, A. V., Zyzanski, S. J., & Inoue, K. (1999). Comparison of symptoms in Japanese and American depressed primary care patients. *Family Practice*. <https://doi.org/10.1093/fampra/16.5.528>
- Weiss, B., Tram, J. M., Weisz, J. R., Rescorla, L., & Achenbach, T. M. (2009). Differential Symptom Expression and Somatization in Thai Versus U.S. Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/a0016779>

- Weissman, M. M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's Symptom and Social Functioning Self-Report Scales Comparison of Mothers' and Children's Reports. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(12), 736–740.
- WHO. (2017a). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
- WHO. (2017b). Mental Health Atlas-2017 country profiles. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/#U
- Widenfelt, B. M. van., Treffers, P. D. A., De Beurs, E., Siebelink, B. M., & Koudijs, E. (2005). Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4752-1>

2. CHAPTER 2: ‘Adolescents depression in Thailand’

2.1 The Thai context

Overview of Thailand

The kingdom of Thailand is located in Southeast Asia. The capital city is Bangkok. It has a total size of 513,120 km². Thailand shares borders with Myanmar, Cambodia, Laos and Malaysia and is divided into four different geographical regions: north, northeast, central and south and is administratively divided into 77 provinces.



Figure 2. 1 Map of Thailand

Source <http://ontheworldmap.com/thailand/thailand-political-map.jpg>

Thailand is one of the low-and-middle income countries (Worldbank, 2020). The current population of Thailand is 69,929,559, with about 5.5 million adolescents aged of 12 to 18 (8.3%; Worldometer, 2021). Although most people in Thailand are ethnically Thai, there are also ethnic communities such as the Chinese, Malay, Khmer and hill tribe peoples living primarily in the mountains of the northern area.

Thailand's cultural and social context related to characteristics of Thai young people

Buddhist beliefs in relation to Thai culture

The official religion in Thailand is Buddhism, and approximately 95% of the people in Thailand are Buddhist. Therefore, Buddhism is a key component to identifying Thai people in many ways, including lifestyle, beliefs, traditions, characters, mannerisms, and other aspects of Thai culture (Plamintr, 1994). Therefore, it is important to understand the key Buddhist teaching and concepts that shape characteristics among Thai young people, for example, the Buddhist concept of *Karma* and *Bunghun*, i.e. gratitude and indebtedness. Buddhists believe that karma is an intentional action that is viewed as a cause and effect. Every situation and circumstance exist because of those previously experienced that can affect the future of a person's life or future life (Ratanakul, 2013). Every act creates and accumulates 'good karma' or 'bad karma', which will be returned in the form of good things or bad things in the next life (Choowattanapakorn, 2002).

Buddhist Thai young people are taught to realise the importance of the concept of *Bunghun* for those who have done favours for them. In Buddhist-based beliefs, Thai young people should be aware of their indebtedness and acknowledgement those people's

kindness by doing good in return. Thai children should feel *Bunghun* to their parents, teacher, or friend who has helped them as well as the significance of reciprocity (Holmes & Tangtongtavy, 2000). For instance, there is an expectation for young people to look after their parents and support them financially in old age as showing gratitude to their parents for giving birth and raising them. Caregiving is also believed as the child's opportunity to gain merit or good karma to a favourable for the future (Choowattanapakorn, 2002). Thus, the idea of sending elderly parents to a care home, for example, is considered unacceptable.

Thai society and hierarchy

Thai society has hierarchical relations, which are mainly influenced by Buddhism and Brahmanism (Duan, 2019). Social relationships are defined by superiority and inferiority. There are different versions of the Thai languages to use with Buddhism and monks, and royal terms with the king and royal family. All Thai people occupy a position in the hierarchy relationship with one another according to age, sex, qualification, wealth and power. These social positions determine the way Thais behave towards one another and are reflected in the family, at work, and society. Gestures are also needed to be expressed differently according to a person's status. Young people have to 'Wai' (i.e. a gesture that shows respect to the older or senior) and use appropriate words or polite words when speaking with older people (e.g. the words "Kha" (for female) and "Krab" (for male) should be said at the end of almost every sentence to be polite (Kuwinpant, 2002).

Older people can expect to be respected and valued by younger people. Younger and junior people will follow instruction with older or senior people even if they disagree with them, demonstrating their respect for those people. At a very young age, Thai children

are also taught to be polite, respectful, and humble to older people and people of higher status (Weisz et al., 1993). Thus, Thai people must try to locate themselves in the hierarchical order to identify how to treat a person they want to interact with appropriately. As such, emotion suppression is one of the coping strategies that many Thai young people use to avoid expressing negative emotions and maintain social relationships (Weisz et al., 1993).

Family in Thailand

It is common in many Thai families for several generations to live together. It is common for Thais to live with their parents until they are married or stay until they have their own family. Although, Thailand has received and assimilated the cultural habits and characteristics of various countries around the world, especially from western cultures, the existence of “Thainess” is still a fundamental element of Thai society because of the deeply rooted patterns and upbringing used by Thai parenting styles. Thai parenting styles draw Buddhist beliefs, which respect older family members and obedience to parents. Strong family relationships are crucial to well-being in Thailand. Parental involvement in the lives of Thai adolescents can be beneficial for reducing the odds of depression (Tammariello, 2012). Therefore, when conflict occurs in the family or when family is broken due to separation, divorces, remarriage or parental death, it can be a major source of psychological distress and precipitate depression (Kwaunpanomporn, 2017; Seanganaoh et al., 2017; Tammariello et al., 2012).

In addition, the expectations of the roles of males and females in the family are distinct in Thailand. Thai males typically have a higher status than females in leading their

family, the community and the country (Kuwinpant, 2002). Most male adolescents are expected from family to learn about Buddhist practice typically by becoming a monk. This involves a brief period of ordination, i.e. between one week and up to a few months with a belief that this is a way of passing on good karma to themselves and their parents. Females, on the other hand, are restricted by many rules and norms. For example, daughters typically perform more household work and look after the family. They are often expected to be the primary caregivers and nurturers of older parents. High expectation from parents and over involved in children's lives can contribute to pressure towards young people. Weisz et al (1993) observed Thai adolescents' behavioural and emotional problems and found that Thai culture may cause pressure and emotional inhibition among Thai young people, which contribute overcontrolled problems (e.g. shyness, somatisation, and depression). Trangkasombat & Rujiradarporn (2012) observed gender differences in depressive symptoms in Thai adolescents and the study found that there was no difference in the prevalence and severity of depression between Thai males and females adolescents.

Socioeconomic status in Thailand

Socioeconomic inequality in Thailand is certainly high (Thongsawang et al., 2020). It has been recognised that the greater the income inequality in a society, the worse the social outcomes for the society (Lorant et al., 2002). To date, previous studies evaluated the risk factors associated with depression among Thai young people and socio-economic status (SES) is consistently identified (Kaewpornsawan & Tuntasood, 2012; Sriphet, 2001). There are differences between families regarding family SES, which may contribute to poor mental health, e.g. depression (Freeman et al., 2016; Fortenberry, 2003). Adolescents from low SES families slightly increases the risk of depression and are less

likely to use specialised mental care (Lorant et al., 2013; Fortenberry, 2003; Zou et al., 2020). This inequality is one of the major social determinants of poor mental health in Thailand. Therefore, strategies for tackling SES inequality to reduce depression in young people is needed.

2.2 Literature review of prevalence of depression in Thai adolescents

There is a concerning prevalence of depression among Thai adolescents. In the national survey reported by The Thai Department of Mental Health, (2019) the point prevalence of major depressive disorders among the Thai population aged 15 and above was 2.4%. Over the past decade, several studies have estimated the prevalence of depression among young people in Thailand. Conducting a literature review is necessary to synthesise the results of these studies and making an accurate information to guide research and clinical work to help prevent and treat depression among Thai young people.

Literature search

Literature related to the prevalence of depression in Thai adolescents was identified through a search of peer-reviewed academic journals during a 10-year period of time.

The key words used in the search were: (1) prevalence, (2) depression, (3) young people/ adolescents, and (4) Thailand. The search strategy was performed based on published articles in Thai and English in domestic and international journals. First, peer-reviewed articles were searched in various databases, including PubMed, Scopus, and Google scholar and Thailand databases, including Thai Journal Online (ThaiJO), and ThaiLis from January 2011 until March 2021.

In the second step, the title and abstract of studies identified in the search were screened to exclude studies that did not meet inclusion criteria. Studies were included if reported the prevalence of depression in Thai young people aged between 11-19 years old by using self-report and were published between January 2011 and March 2021. Studies reporting only parent's or caregiver's report of the adolescent depression were excluded due to established discrepancies between child and parents reports of child depressive symptoms (Eg et al., 2018; Kim et al., 2016; Orchard et al., 2016). Other exclusion criteria included intervention studies, studies with no access to the full text, and studies that did not report the prevalence of depression. Next, reference lists of the selected articles were also reviewed for finding relevant studies. Finally, information was extracted from each study including (1) publication year; (2) sample size; (3) screening method and measures used; (4) participant characteristics (i.e. age range and gender); (5) the percentage of reported prevalence of depression symptoms; and (6) settings (community and clinic; see Table 2.1).

Study Descriptive

The initial search strategy yielded 42 potentially relevant. Twenty-six studies were not retrieved since they did not meet the inclusion criteria after the title and abstract of the studies were screened (i.e. intervention studies and studies that did not report the prevalence rate of depression). Sixteen studies met the inclusion criteria. They had a wide range of sample size (from 23 to 5,345 participants) and age (10 to 22 years). Most studies were conducted in schools (88%) with 6% in others community settings, and 6% in clinical settings.

Table 2. 1 Summary of studies that estimated the rate prevalence of depression in Thai adolescents from 2011-2021

References	Sample size	City	Mean age (age range)	Gender (%)		Setting	Measures, Cut point	Prevalence rate (%)
				Male	Female			
Trangkasombat & Rujiradarporn (2012)	1,220	Bangkok	M = 17 (15-19)	39	61	School	CES-D, ≥ 22	18
Tittabut & Panza (2012)	23	Chiang-Mai	M = 15.5 (12-19)	43.5	56.5	School	PHQ-9, no data	43.4
Vatanasin et al (2012)	800	Chiang-Mai	M = 16.5 (14-19)	50	50	School	CES-D, ≥ 16	42
Tuklang (2012)	426	Samutsakorn	M = 15 (12-18)	46	54	School	RADS, ≥ 77	11
Leelatrakarnkun & Trangkosombat (2012)	469	Ubonratchathani	M = 12 (11-13)	60	40	School	CDI, ≥ 21	11
Somrongthogn et al. (2013)	871	Bangkok	M = 16.5 (11-22)	43	57	Community	CES-D, ≥ 22	35
Wisitpongaree et al (2014)	2,162	Bangkok	M = 11 (10-12)	46	54	School	CDI, ≥ 15 & DSM IV-TR	1.6
Sittanomai et al (2014)	1,373	Bangkok	M = 15 (12-18)	39	60	Clinic	DSM IV-TR	7.7
Jiamjaroenkul & Limsuwan (2015)	1,107	Chiang-Mai	M = 13.5 (12-15)	47	53	School	CDI, ≥ 21	14.6
Chaveepojnkamjorn et al.(2016)	479	Nonthaburi	M = 16.5 (16-17)	41	59	School	CES-D, ≥ 22	14
Suksri et al. (2016)	283	South of Thailand	M = 15 (12-18)	34	66	School	CES-D, ≥ 22	23.3
Suwanwaiphatthana et al. (2016)	442	Nakhon-ratchasima	M = 15.5 (13-18)	39	61	School	CES-D, ≥ 22	46.2

Table 2.1 (continued)

References	Sample size	City	Mean age (age range)	Gender (%)		Setting	Measures, Cut point	Prevalence rate (%)
				Male	Female			
Seangsanaoh et al. (2017)	265	Rayong	M = 17 (15-19)	35	65	School	CES-D, ≥ 22	46.4
Boonprathum et al. (2017)	289	Samutprakan	M = 13.5 (11-16)	38	62	School	CDI, ≥ 15	28.7
Panyawong et al. (2020)	5,345	13 cities	M = 15 (11-19)	48	52	School	PHQ-A ≥ 10	17.5
Cheung et al. (2020)	2,070	National study	M = 15.5 (13-18)	41	59	School	CES-D, ≥ 22	14.7

Note. explanation of Abbreviation: CDI Thai: Children's Depression Inventory Thai version, CES Thai: Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale Thai version, PHQ9: Thai Patient Health Questionnaire, PHQ-A: PHQ 9 modified to Adolescents, RADS: The Reynolds Adolescents Depressive scale, DSM IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

In 14 studies, participants' depression was assessed using Thai versions of well-established questionnaires. These were (1) CDI Thai: Children's Depression Inventory Thai version, (2) CES-D Thai: Centre for Epidemiologic Studies-Depression Scale Thai version, (3) PHQ9: Thai Patient Health Questionnaire, (4) PHQ-A: PHQ 9 modified to Adolescents (5) RADS: The Reynolds Adolescents Depressive scale. The CES-D was most frequently used to identify depression in Thai adolescent (8 studies) followed by the CDI (4 studies), the PHQ 9 (1 study), PHQ-A (1 study), and RADS (1 study). Two studies (12.5%) assessed depression using diagnostic interviews by psychiatrists based on DSM-IV criteria.

Based on these self-report questionnaires, the prevalence of elevated symptoms of depression varied from 11% to 46%. Estimates based on diagnostic interviews were much

lower, i.e. 1.6% (Wisitpongaree et al., 2014) to 7.7% (Sittanomai et al., 2014; see Table 2.1).

Methodological limitations to previous studies examining elevated depression symptoms in Thai adolescent.

The review of recent studies highlighted wide variation in estimates of the prevalence studies of depression among Thai young people. Possible reasons for the varied prevalence estimates include researchers using different criteria to determine depression and from potential methodological problems with the measures used to measure the severity of depression.

The CDI and the CES-D have often been used to measure adolescent depression in Thailand. However, studies that estimated the prevalence of depression have used different criteria for determining depression symptoms. For example, for the CDI, Kovacs (1992) recommended that the cut-off score in clinical settings, where the prevalence of depression is likely to be higher, needs to be sensitive and is set at 12 or 13. Meanwhile, in non-clinical samples, where the prevalence of depression is likely to be lower, a cut-off score of 20 is suggested for screening in the general population. In Thailand contexts, the CDI Thai version's cut-off score to be used with clinical samples is at 15 (Trangkasombat & Likanapichitkul, 1996), and cut-off scores of 19 or 21 are recommended for used in the Thai general population (Trangkosambat, 2002). However, no published study has examined the optimal cut-off of the CDI in Thai adolescents and therefore it is unclear how these cut offs were established and if they are valid.

Variability of estimates from different studies may also originate from the shortcomings of the measures' ability to screen and measure the severity of depression. For example, although the CES-D is one of the most commonly used measures of depression symptoms, it has some problems with its construct validity. In particular it does not assess all of the symptoms of major depressive disorder, i.e suicidal ideation (APA, 2013). The CES-D also includes items that are not symptoms of depression e.g. "People were unfriendly" (Yang & Jones, 2007; Shafer, 2006). Although the CES-D has been translated for use in Thai adolescents (Trangkasombat et al., 1997), its psychometric properties have not been fully investigated in the Thai context. Trangkasombat et al. (1997), suggested that the CES-D had high reliability and validity in assessing depression symptoms in Thai adolescents. A cut-off point of 22 produced the best overall screening characteristics and accuracy. However, these results were based on sample of 125 male adolescents and therefore cannot represent all adolescents particularly given there are well-established differences in the manifestation of depression symptoms between genders across a number of different contexts (Salk et al., 2017).

In addition, the CDI also has some problems with wordings as each item includes three statements that describe symptoms of varying severity and a young person is asked to endorse the one that best describes their symptoms. This requirement to select the "best" description is cognitively demanding, and some items have complex wording and may be confusing (e.g. I do not do what I am told most of the time" or "I do not like being with people many times" (Costello & Angold, 1988; Reynolds, 1994).

Given these problems with the two most commonly used self-report measures of adolescent depression in Thailand, there is potential benefit in identifying an alternative

measure of assessing depression symptoms that is more valid and reliable and covers all the DSM criteria (APA, 2013) of adolescent depression.

2.3 Challenging issues in mental health resources for adolescents in Thailand

Thailand's welfare policies related to mental health in young people

Thailand has faced significant mental health challenges because of young peoples' limited mental health services (Kongsuk et al., 2017). There are national mental health policies and plans established by the Department of Mental Health (MHD), the national mental health authority. However, the public mental health care system has faced a problem of inequitable distribution of qualified health professionals. Mental health professionals cannot meet the needs of people because too few qualified mental health staff are working in the public healthcare system (Pagaiya & Noree, 2009; Maramis et al., 2011). Approximately 9,500 Thai mental health professionals, i.e. psychiatrists, mental health nurses, psychologists, and social workers (14.36 workers per 100,000 population), are working in mental health care (WHO, 2017b). These rates are better for Thailand than for some of its regional neighbours, e.g. Cambodia and Vietnam, but relatively low compared to high-income countries such as Japan, United States, and Australia. For example, in Japan, there are 146 mental health professionals per 100,000 population (WHO, 2017a).

Well-trained professionals, e.g. doctors, concentrate their services more in the urban areas or the main cities (i.e. Bangkok, Chiang Mai, and Khonkaen) while there are insufficient professional health workers in rural facilities (Wibulpolprasert & Pachanee, 2008). Furthermore, a survey of general practitioners in Thailand reported that time constraints, lack of experience in psychiatric care, and limited mental health knowledge

among GPs were critical barriers to identifying psychiatric disorders, e.g. there are few diagnosis and treatment options available for those with mental health disorders (Lotrakul & Saipanish, 2006). The consequence is that only 3.7% of Thai people with depressive symptoms have access to services and received a diagnosis; most were adults and older people (Kongsuk et al., 2017). As a result, depression in Thai adolescents is mainly unrecognised, undiagnosed and also not treated appropriately.

Mental health support in community settings for Thai adolescents

One of the primary goals of the mental health strategy and policy of the Thai Department of Mental Health (DMH, 2017) from 2017 – 2021 is to promote good mental health, to prevent mental health problems and to improve access to services for all age groups. This national plan calls for actions that will enhance the mental health literacy of Thai people and shift from traditional clinic-based care to community-based mental health services. The Thai government has sponsored media campaigns to increase awareness of mental illness, workshops for educators and community leaders and training for health-care staff.

For young people, the Ministry of Education is trying to promote a state of perfect happiness in four areas: physical, mental, social and intellectual (Erawan, 2015). In the area of mental health, the Ministry of Education co-operates with the Ministry of Public Health to encourage schools to promote mental health and support well-being at school. This policy reflects that awareness of the issue of mental health in Thai young people has been increasing. However, it is also necessary to increase access to diagnosis and treatment and to ensure an adequate number of mental health-care facilities for young people (Tammariello et al., 2012).

Given the limited mental health resources in Thailand, schools are one of the most critical settings for reaching out to young people and their families in Thailand. Particularly in the Thai social context, teachers are highly respected as they are authoritative and knowledgeable. Therefore, mental health care in schools has the potential to prevent and reduce the onset of mental health problems in Thailand. Thai young people spend 9 hours a day at school, and over 96% are enrolled in compulsory education (Education Council, 2015). Early intervention is recognised as one of the critical principles of effective mental health promotion and prevention (Barry et al., 2013). Therefore, early detection and prompt intervention for depression in young people at school could reduce the prevalence and severity of depression in this population.

To promote and prevent mental health in school, teaching staff must have specific knowledge about mental health problems and be confident and comfortable supporting adolescents with mental health difficulties. Although school health education is widely implemented in Thailand (e.g. life skills, sex education, and substance misuse; Erawan, 2015), school mental health education is not routine in Thailand. Therefore, developing and implementing teacher training strategies is needed to reduce the future burden and socioeconomic costs of depression.

2.4 Conclusion

Depression among young people is a concern in the Thai context. Cultural and social issues related to the characteristics of Thai young people may contribute to the onset of depression in this population. Estimates of the prevalence of depression amongst young people are highly variable due to studies differ in study methods and assessment

procedures. The different criteria for determining depression in those studies and shortcomings of the screening measure properties may contribute to this variation. Thus, the true prevalence of depression amongst Thai adolescents cannot be drawn. To provide better and more accurate data about depression in this group, a valid self-report measure of depression symptoms in Thai young people is needed.

In addition, there are also considerable challenges in the Thai mental health care system. With the lack of mental health literacy, resources, and services, there is a need to develop and implement community strategies to reduce the future burden of depression in Thailand. However, there are limited research in Thailand focus on mental health in young people, and this is not a sufficient volume for assessing the burden of adolescence depression or for identifying appropriate interventions to reduce the burden. Therefore, further research on adolescence depression is necessary for understanding the magnitude of the burden of depression and for providing an evidence base to support new mental health interventions, planning services, allocation of resources, enhance mental health policies and infrastructure.

2.5 References

- Angold, A., & Costello, J. (2006). Puberty and Depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics in North America*, 15(4), 919–937.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.05.013>
- American Psychological Association. (2013). *DSM 5. American Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(1), 835.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Boonprathum, P., Hengudomsab, P., & Vatanasin, D. (2017). Factors Influencing Depression among Adolescents in Extended Opportunity Schools. *Journal of Public Health Nursing*, 31(2), 43–58.
- Chaveepojnkamjorn, W., Pichainarong, N., Adthasangsri, V., Sativipawee, P., & Prasertsong, C. (2016). Depression and its Associated Factors among Senior High School Students in Nonthaburi Province, Thailand: a Cross-sectional Study. *Journal of Public Health in Developing Countries*, 2(3), 224–234.
- Cheung, D. H., Boonmongkon, P., Ojanen, T. T., Damri, T., Samoh, N., Cholratana, M., ... Guadamuz, T. E. (2020). Peer victimisation and depression among gender conforming and non-conforming Thai adolescents. *Culture, Health & Sexuality*, 22(7). <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1737235>
- Choowattanapakorn, T. (2002). The social situation in Thailand: The impact on elderly people. *International Journal of Nursing Practice*, 5(2), 95–99.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-172x.1999.00155.x>
- Costello, E. & Angold, A. (1988). Scales to Assess Child and Adolescent Depression: Checklists, Screens, and Nets. *Journal of the American Academy of Child &*

- Adolescent Psychiatry*, 27(6), 726–737. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00011>
- Council of Education. (2015). *Statistics Education in Thailand*. Bangkok. <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1497-file.pdf>
- Department of Mental Health. (2019). ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต [The Prevalence of Major Depressive Disorder in Thai Population Aged 15 and over]. <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=780>
- Duan, Z. (2019). The concrete embodiment of hierarchy in Thailand society and its analysis (pp. 887–890). China: *Advance in Social Science, Education and Humanities Research*.
- Eg, J., Bilenberg, N., Costello, E. J., & Wesselhoeft, R. (2018). Self- and parent-reported depressive symptoms rated by the mood and feelings questionnaire. *Psychiatry Research*, 268, 419–425. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.016>
- Erawan, P. (2015). Healthy Schools Promotion: An Experience in Thailand. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.102>
- Fortenberry, D. J. (2003). Socioeconomic status, schools, and adolescent depression: progress in the social epidemiology of adolescent health. *The Journal of Pediatrics*, 143(4), 427–429. [https://doi.org/10.1067/S0022-3476\(03\)00467-0](https://doi.org/10.1067/S0022-3476(03)00467-0)
- Health, D. of M. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต [The mental health strategy for Thailand from 2017-2021], Pub. L. No. 12 (2017). Thailand. <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/แผนพับยุทธฯ-ฉบับสมบูรณ์.pdf>
- Holmes, H., & Tangtongtavy, S. (2000). *Working with the Thais* (Second). Bangkok: White Lotus.
- Jiamjaroenkul, J., & Limsuwan, N. (2015). Depression among Junior High School Students in Muang District, Chiang Mai Province. *Journal Psychiatry Association*

Thailand, 60(4), 253–263.

- Kaewpornsawan, T. & Tuntasood, B. (2012). The Prevalence of Depression in 2nd Year High School Students in Bangkok. *Journal Psychiatry Association Thailand*, 57(4), 395–402. Retrieved from <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/57-4/02-Titawee1.pdf>
- Kim, J., Chan, Y.-F., McCauley, E., & Stoep, A. Vander. (2016). Parent-Child Discrepancies in Reporting of Child Depression in Ethnic Groups. *Journal of Nursing Practice*, 12(6), 374–380. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.01.018>.
- Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 34–48. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206162>
- Kuwinpant, P. (2002). *Thai society and culture. Graduate School of International Development (GSID)*. Nagoya University.
- Leelatrakarnkun, K., & Trangkosombat, U. (2012). The Association Between Depression and Family Functioning in Seventh Grade Students in Ubonratchathani Province. *Journal Psychiatry Association Thailand*, 57(1), 29–38.
- Lotrakul, M., & Saipanish, R. (2006). Psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. *BMC Psychiatry*, 7(48). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-48>
- Maramis, A., Van Tuan, N., & Minas, H. (2011). Mental health in southeast Asia. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62181-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62181-2)
- Orchard, F., Pass, L., Marshall, T., & Reynolds, S. (2016). Clinical characteristics of adolescents referred for treatment of depressive disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(2), 61–68. <https://doi.org/10.1111/camh.12178>
- Pagaiya, N., & Noree, T. (2009). *Thailand's Health Workforce: A Review of Challenges and Experiences*. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/453661468171879780/pdf/546330WP0THLHe10Box349423B01PUBLI>

C1.pdf

- Panyawong, W., Santitadukul, R., & Pavasuthipaisit, C. (2020). Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(2), 136–149.
- Plamintr, S. (1994). Getting to Know Buddhism. Bangkok: Buddhadhamma Foundation
- Ratanakul, P. (2013). Reflections on Aging in Buddhist Thailand. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 25, 12–19.
- Reynolds, W. M. (1994). Assessment of Depression in Children and Adolescents by Self-Report Questionnaires. In *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 209–234). Boston: Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1510-8_11
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin Journal*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Seangsanaoh, S., Vatanasin, D., Hengudomsub, P., & Pratoomsri, W. (2017). The influence of intrpersonal factors on depression among late adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 33(3), 59–69.
- Sittanomai, N., Hosiri, T., Witulchart, C., & Timjang, J. (2014). Depression in Child and Adolescent Inpatients Psychiatric Consultation at Siriraj Hospital between 2007-2011. *Journal Psychiatry Association Thailand*, 59(2), 111–120.
- Somrongthogn, R., Wongchalee, S., & Laosee, O. (2013). Depression among adolescents: a study in a Bangkok slum community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 327–334.
- Suksri, A., Nintachan, P., & Taweekoon, T. (2016). Relationships between resilience and depression and aggressive behaviours in adolescents exposed to violence. *The journal of psychiatric nursing and mental health*, 30(2), 97–112.
- Suwanwaiphattana, W., Keawtha, J., Chumkrathok, K., & Yaephangphanao, T. (2016).

- Relationship between Selected Factors and Depression of Adolescents in Nakhonratchasima, Thailand. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, *10*(2), 129–134.
- Tammariello, A. E., Gallahue, N. K., Ellard, K. A., Woldesemait, N., & Jacobsen, K. H. (2012). Parental involvement and mental health among Thai adolescents. *Advances in School Mental Health Promotion*, *5*(4), 236–245. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2012.728095>
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, *379*, 1059–1067. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60871-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60871-4)
- Thongsawang, S., Rehbein, B., & Chantavanich, S. (2020). Inequality, Sociocultures and Habitus in Thailand. *Journal of Social Issues in Southeast Asia*, *35*(3), 493–524. <https://doi.org/10.1355/sj35-3d>
- Tittabut, J., & Panza, A. (2012). Situational analysis of adolescent attempted suicide in Chaiprakarn district, Chiang Mai province, Thailand. *Journal of Health Research*, *26*(3), 131–137.
- Trangkasombat, U., Larpoonsarp, V., & Havanond, P. (1997). CES-D as a screening for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, *42*(1).
- Trangkasombat, U., & Likanapichitkul, D. (1996). Depressive Symptoms in Children : A Study Using The Children’s Depression Inventory. *Journal Psychiatry Association Thailand*, *41*(4).
- Trangkasombat, U., & Rujiradarporn, N. (2012). Gender differences in depressive symptoms in Thai adolescents. *Asian Biomedicine*, *6*(5), 737–745. <https://doi.org/10.5372/1905-7415.0605.115>
- Trangkosombat, U. (2002). Screening for depression in children and adolescents. Retrieved April 5, 2021, from <https://www.dmh.go.th/test/download/files/cdi.pdf>
- Tuklang, S., Thongtang, O., Satra, T., & Phattharayuttawat, S. (2012). Factors Influencing Depression among Early Adolescents in Extended Educational Opportunity School of Samutsakhon Province. *Journal Psychiatry Association*

Thailand, 57(3), 283–294.

Vatanasin, D., Thapinta, D., Thompson, E. A., & Thungjaroenkul, P. (2012). Testing a Model of Depression Among Thai Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 195–206. <https://doi.org/10.1111/jcap.12012>

Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. M., & Eastman, K. L. (1993). Behavioral and Emotional Problems Among Thai and American Adolescents: Parent Reports for Ages 12-16. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(3), 395–403. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.3.395>

WHO. (2017a). Mental Health Atlas-2017 country profiles. Retrieved August 5, 2020, from https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/#U

WHO. (2017b). Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile: Thailand. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/THA.pdf?ua=1

Wibulpolprasert, S., & Pachanee, C.-A. (2008). Addressing the internal brain drain of medical doctors in Thailand: The story and lesson learned. *Global Social Policy*, 8(1), 12–14. <https://doi.org/10.1177/14680181080080010104>

Wisitpongaree, C., Kolkijkovin, V., & Techakasem, P. (2014). Depression in Primary School Student in Dusit District Bangkok. *Vajira Medical Journal*, 58(3), 43–53.

Worldbank. (2020). World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

Worldometer. (2021). Thailand population. Retrieved March 29, 2021, from <https://www.worldometers.info/world-population/thailand-population/>

Zou, R., Xu, X., Hong, X., & Yuan, J. (2020). Higher Socioeconomic Status Predicts Less Risk of Depression in Adolescence: Serial Mediating Roles of Social Support and Optimism. *Frontiers in Psychology*, 11(1955).

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01955>

3. CHAPTER 3: PAPER 1 ‘Psychometric properties of the Thai Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) for adolescent depression’

Published in *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health Journal*

Fuseekul, N., Orchard, F. & Reynolds, S. (2021). Psychometric properties of the Thai Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) for adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 15 (17). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00372-8>

Psychometric properties of the Thai Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) for adolescent depression

Nanthaka Fuseekul¹, Faith Orchard², and Shirley Reynolds¹

¹School of Psychology and Clinical language School Sciences, University of Reading,
Reading, UK

²School of Psychology, University of Sussex, Sussex, UK

Corresponding author:

Nanthaka Fuseekul, School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of
Reading, RG6 6AL, UK. Email: n.fuseekul@pgr.reading.ac.uk

The ORCID of the author:

<https://orcid.org/0000-0002-0579-8360>

Abstract

Background: The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) is a widely used screening tool for child and adolescence depression but has not been validated with young people in Thailand. This study aimed to assess the reliability and validity and to determine the optimal clinical cut-off of the Thai MFQ.

Methods: The Thai MFQ was evaluated in two parts. In part 1, The MFQ was translated and back translated into the Thai language and piloted on a small number of Thai adolescents. Then 1,275 young people aged 12-18 years from three secondary schools in Thailand completed the MFQ and related measures of depression. In part 2, 138 students were invited to take part in a structured diagnostic interview (the Thai translation of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (the K-SADS-PL). Of those, 103 students were interviewed and completed the Thai MFQ a second time to assess test-retest reliability. Receiver Operating Characteristics (ROC) analyses were conducted to evaluate diagnosis accuracy and examine the optimal cut-off score of the Thai MFQ.

Results: The Thai MFQ had excellent internal consistency ($\alpha = 0.92$) and good to moderate test-retest reliability in 2-week and 4-week intervals. The Thai MFQ also had good convergent validity with related measures of depression. The ROC analyses demonstrated that the Thai MFQ also had excellent accuracy distinguishing between depressed and non-depressed adolescents [AUC = 0.95, 95% CI [0.92, 0.99]. A total score of 28 on the Thai MFQ was the optimal cut-off score (sensitivity was 0.97 and specificity was 0.83).

Conclusion: The Thai MFQ demonstrated excellent psychometric properties and accurately distinguished between depressed and non-depressed adolescents. It is appropriate to use as a screening measure to identify adolescents with depression in community settings in Thailand.

3.1 Introduction

Depression is a common mental health problem in adolescents worldwide (WHO, 2017). Adolescence is a life stage when individuals are at high risk to the onset of depression (Avenevoli et al., 2015). At any point in time approximately 2.6% of young people worldwide are experiencing a depressive disorder (Polanczyk et al., 2015). Depression during this period of life is associated with impaired functioning across multiple life areas, including school and education, interpersonal problems, and suicidal behaviour (Rudolph & Flynn, 2014). These impairments have long term effects in the transitions to adulthood (Jaycox et al., 2009). The long-term consequences of experiencing depression adolescence, mean that it is vital that assessment tools for identifying depression can accurately establish the presence of depressive symptoms in order to provide appropriate prevention and treatment.

Many self-report measurement instruments are used to assess depression in adolescents in research and clinical practice (Costello & Angold, 1988). Most of these instruments have been developed for use in the USA or Europe and their psychometric properties have been evaluated with young people from those countries. The validity of these instruments varies when they are translated and used in new contexts and with young people from other cultures (Roberts et al., 1991; Stevanovic et al., 2017). It is crucial to assess the psychometric qualities of translated questionnaires and to establish their validity and reliability when used in different cultural contexts (He & Vijver, 2012; Vijver & Tanzer, 2004).

There are over 87 million people with depression living in South-East Asia (WHO, 2017). Most of the countries in this region belong to the lower- and middle-income

countries (LMICs) group (Worldbank, 2020). Thailand is one of the LMICs in South-East Asia (Worldbank, 2011). The Thai Department of Mental Health (2019) reported that the point prevalence of major depressive disorder among the Thai population aged 15 and above was 2.4%. Although this prevalence rate is equivalent to the worldwide rate, the country has faced significant mental health challenges for a range of reasons including lack of investment and structural barriers that have limited the development of mental health services for young people (Kongsuk et al., 2017). As a result, depression in Thai adolescents is largely unrecognised, undiagnosed and not appropriately treated. To develop better support and services for depressed young people in Thailand, it is important to identify screening tools for depression that are valid and reliable.

The Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992), and the Centre for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D; Radloff, 1997) have been used to measure of adolescent depression in Thailand. Based on these questionnaires the prevalence of elevated symptoms of depression in Thai adolescents is highly variable, ranging from 11% to 46.2% (Pundee, 2015; Panyawong et al., 2020; Tuklang et al., 2012; Somrongthogn et al., 2013; Suwanwaiphatthana et al., 2016). In studies that have assessed depression using diagnostic interviews based on Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (DSM) criteria rates of depression were much lower and less variable, i.e. in the range from 1.6%-7.7% (Sittanomai et al., 2014; Wisitpongaree et al., 2014). The discrepancy in point prevalence based on these self-report questionnaires and interviews in Thailand were similar to studies conducted in other countries e.g., China, Uganda, Egypt, and Iran (Khalil et al., 2010; Nalugya-Sserunjogi et al., 2016; Sajjadi et al., 2013; Tang et

al., 2019). This discrepancy suggests that self-report measures of depression are highly sensitive but lack specificity and require further psychometric testing and improvement.

The measures of adolescent depression that have been used in Thailand have some shortcomings in their ability to screen and measure the severity of depression. For example, in the CDI, each item includes three statements that describe symptoms of varying severity and which a young person is asked to endorse the one that best describes their symptoms. This requirement to select the “best” description is cognitively demanding, and some items have complex wording and may be confusing (e.g., I do not do what I am told most of the time” or “I do not like being with people many times” (Costello & Angold, 1988; Reynolds, 1994). The CES-D also has some problems with its construct in particular it does not include all of the symptoms of major depressive disorder, e.g., suicidal ideation (Nalugya-Sserunjogi et al., 2016). It also includes items that are not symptoms of depression i.e. “People were unfriendly” and “I felt that people dislike me” (APA, 2013; Jiang et al., 2019; Shafer, 2006; Yang & Jones, 2007). Given these shortcomings there is potential benefit in identifying an alternative self-report measurement of depression symptoms in Thai young people.

In the UK, the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ; Angold et al., 1987) is considered to be the ‘gold standard’ screening tool for depression (NICE, 2019). The MFQ was developed to screen DSM-III-R depression symptoms in young people aged 8-18 years. It has been validated in clinical and community settings and has high internal consistency and good test-retest reliability (Daviss et al., 2006; Kent et al., 1997; Wood et al., 1995). The MFQ discriminates between depressed and non-depressed young people (Daviss et al., 2006; Kent et al., 1997). The MFQ has been translated into many languages such as

Norwegian (Sund et al., 2001), Arabic (Tavitian et al., 2014), and Swedish (Jarbin et al., 2020) using the back-translation method. The MFQ is therefore a plausible measure to adapt for a Thai population although the psychometric properties of a Thai version would need to be established.

In addition, to identify the diagnostic accuracy of the MFQ in Thailand it is necessary to compare the results of the MFQ with the gold standard diagnostic tool for depression. The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children -Present and Lifetime Version (K-SADS-PL; Kaufman et al., 1997) is considered to be the gold standard diagnostic instrument for depression in children and young people. The K-SADS-PL has good reliability and shows good convergent validity with self-report rating scales of depression (Kaufman et al., 1997; Lauth et al., 2010; Wood et al., 1995). The K-SADS-PL has also been translated and validated in other countries, for instance, Korea (Kim et al., 2004) and Iran (Shahrivar et al., 2010) and shows good psychometric properties on those versions.

The present study had two aims. The first was to translate the MFQ into Thai and to assess its internal reliability, test-retest reliability, construct validity and criterion validity in a large community sample of young people. The second aim was to determine the optimal clinical cut-off of the Thai MFQ when compared against a structured diagnostic interview (the K-SADS-PL), which was also translated into the Thai language. These aims were addressed in two parts of our study.

3.2 Methods

Ethical approval

This study was approved by University of Reading Research Ethics Committee, the UK (SREC 2018/105) and Chiang Mai University Research Ethic Committee, Thailand (CMUREC 61/073). Informed written consent was obtained from all participants and from the parents of young people under 18 years of age based on standards prescribed by Chiang Mai University Research Ethic Committee.

Part 1: Psychometric properties of the Thai Mood and Feelings Questionnaire

Participants

Three public secondary schools in Thailand agreed to take part in the study; two from Phayao province and one from Chiang Mai province. A total of 1,737 adolescents aged between 12 -18 years old were invited to take part (male 44%, female 56%). Eighty percent ($n = 1,382$) of those who were invited agreed to take part and provided written consent from their caregiver as well as written assent for themselves. Ninety-nine young people for whom consent was obtained were not included because they were absent from school on the day the research was conducted. Eight young people were excluded because more than 25% of their data were missing. Of the 1,275 adolescents who took part 39% were male ($n = 500$) and 61% ($n = 775$) were female; significantly more females than males took part, $\chi^2(1) = 10.72, p = .001$. The flow chart of participant recruitment is presented in Figure 3.1.

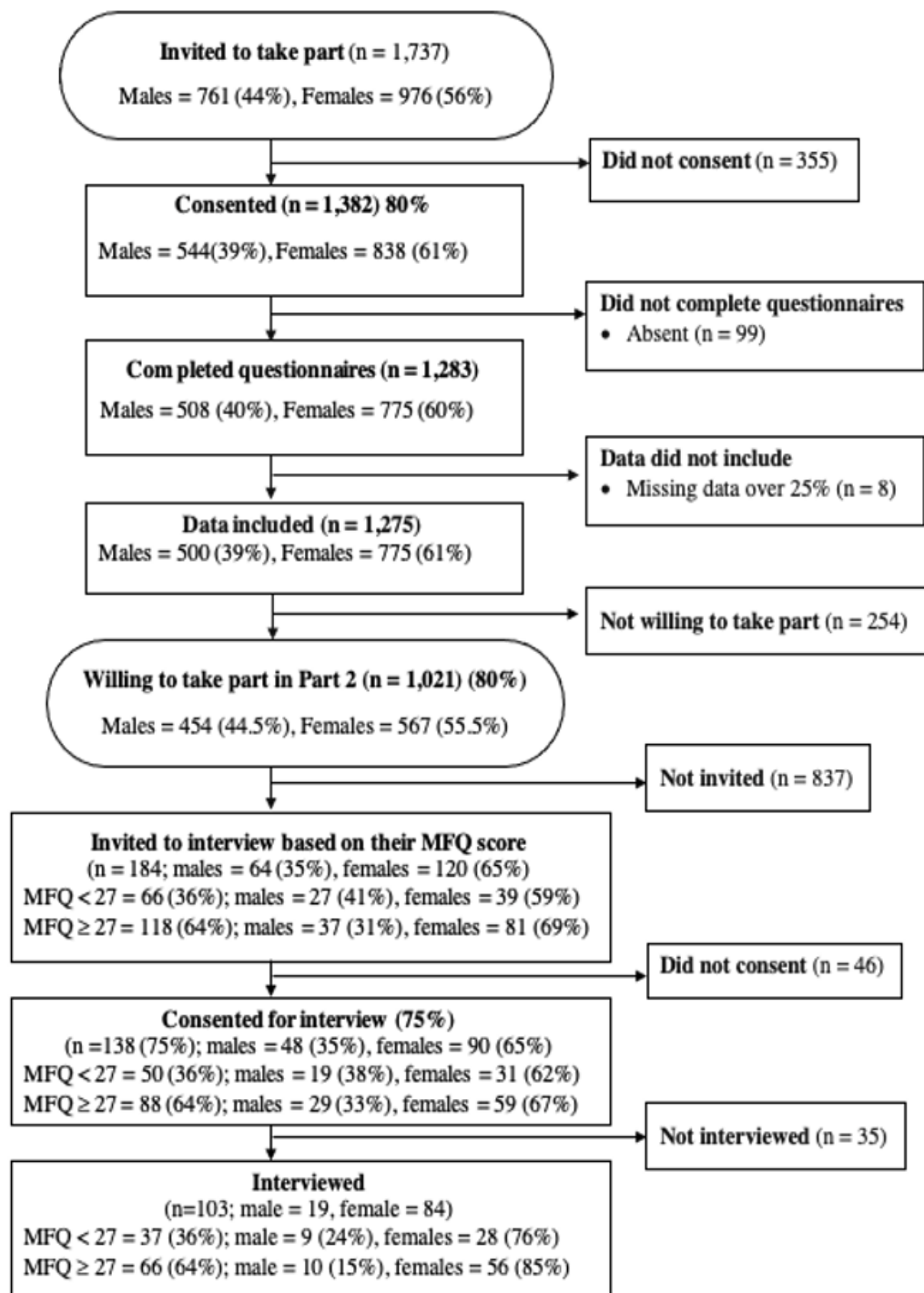


Figure 3. 1 A flowchart of the participants recruitment for Part 1& Part 2 of the study

Measure

The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ; Angold, 1987) is a 33-item questionnaire used to assess depression symptoms in children and adolescents aged between 8 and 18 years old. Items are rated for the past 2 weeks. Each item is rated on a three-point Likert scale of “true” (“2”), “sometimes true” (“1”) or “not true” (“0”), yielding a maximum score of 66. The MFQ has high internal consistency ($\alpha = 0.94$; Wood et al., 1995) and can discriminate between depressed and non-depressed children and adolescents sampled from both clinical and community settings (Daviss et al., 2006; Kent et al., 1997). A cut-off of 27 provided optimal sensitivity and specificity in identifying young people who met criteria for a diagnosis of major depressive disorder (Wood et al., 1995). The MFQ has been adapted and translated into a number of languages and demonstrated an excellent internal consistency in translated versions e.g. Norwegian ($\alpha = 0.91$; Sund et al., 2001), Arabic ($\alpha = 0.92$; Tavitian et al., 2014), and Swedish version ($\alpha = 0.93$; Jarbin et al., 2020).

The Children’s Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992) is a 27-item self-report questionnaire that measures of depression for children and adolescents ages 7 to 17 years. It measures current levels of depression symptoms on five factors: negative mood, interpersonal problems, negative self-esteem, ineffectiveness, and anhedonia. The CDI has good internal consistency and test-retest reliability (Kovacs, 1992). The CDI has been translated into Thai (Trangkasombat & Likanapichitkul, 1997) and had good internal consistency ($\alpha = 0.83$).

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) is a 25-item screening questionnaire used to assess mental health in children and adolescents aged 4-16 years old. The SDQ has four subscales to measure emotional symptoms, peer problems, hyperactivity and inattention, and conduct problems and one subscale that assesses prosocial behaviour. The emotional subscale includes items related to young people's mood and feelings which are often reported in depression measures. Therefore, the emotional subscale was identified as a relevant measure for evaluating estimates of concurrent validity of scales measuring depression (Bryant, 2020; Tavitian et al., 2014). In addition, in Thailand the SDQ has been widely used to assess mental health and behavioural difficulties in children and adolescents in schools. The SDQ Thai version (Woerner et al., 2011) has acceptable internal consistency of total difficulties subscales ($\alpha = .70$) but slightly low in emotional subscale (SDQ-ESS: $\alpha = 0.63$)¹.

Translation of the MFQ

Permission was obtained from the developer for translation of the MFQ to the Thai language. The translation and adaptation of the MFQ followed guidance cross-cultural adaptation of psychological instruments (Borsa et al., 2012). First, the original version of the MFQ was translated into Thai by the first author (NF) a native Thai speaker. The Thai version was adapted for linguistic context and aimed to preserve all essential characteristics of the original version. Next, the Thai translation was back translated into English by a bilingual (Thai - English) translator from the Psychology Department at Chiang Mai

¹ This material has been added at the instructions of the examiners and is not included in the published paper.

University who did not have knowledge about the original instrument. The original version of the MFQ was then evaluated and compared with the back-translation. All differences were resolved by discussion. The consensus version was adequately adapted culturally and linguistically for the target population.

The Thai translation of the MFQ was then piloted with five young people in Thailand to check if they interpreted the questions as intended. Adolescents were asked to express their understanding of the measure and to suggest any changes they considered necessary. Adolescents understood all items on the MFQ. Once this was completed, the MFQ was released for use in this study (see Appendix 4.1).

Procedures

In part 1 of the study, following receipt of informed consent, adolescents (N = 1,275) were given and completed a pack of questionnaires in their classroom during the school day at a time convenient to their schools. These were distributed and collected by the first author (NF). These data were used to examine internal consistency, descriptive statistics and construct validity of the MFQ. Participants were also asked to indicate if they were willing to take part in Part 2 of the study (diagnostic interview) and, if so, to provide contact details for the researcher.

Research procedures and risk management process were discussed with schools in advance. Information sheets for parents and adolescents provided information about the safeguarding procedures. On the day of data collection, the researcher identified students whose response to the questionnaires suggested that they were at risk of suicide or self-

harm. The researcher informed a member of the school safeguarding team on the same day as the risk was disclosed, following school's safeguarding guidelines².

Statistical Analysis

Data were analysed using SPSS version 25. Fewer than 1% of items had missing values. Participants' data were excluded from the analysis if more than 25% was missing (n = 8). Where fewer than 25% of item were missing, mean item substitution was used to impute missing data. *The items of the MFQ were checked for skewness and kurtosis by using the Shapiro-Wilk test was significant for all MFQ items ($p < 0.001$), indicating a violation of multivariate normality of the MFQ scores. However, due to the large sample size, parametric tests were used in current study (Fagerland, 2012; Uttley, 2019)³.*

An independent t-test was used to examine the mean difference between male and female. The association between age and depression symptoms was assessed by a Pearson's correlation. Internal consistency of the MFQ was assessed with Cronbach's alpha. Convergent validity of the MFQ was assessed through Pearson correlation coefficients between total score of the MFQ and the CDI total score and the SDQ Emotion symptoms subscale.

^{2,3} These materials have been added at the instructions of the examiners and are not included in the published paper.

Part 2: Diagnostic interview

Participants

One thousand and twenty-one (80%) adolescents agreed to take part in a follow up interview. Based on the MFQ score in Part 1, participants were divided into two groups (elevated, i.e. 27 and above, and sub-threshold, i.e. below 27; Wood et al., 1995). Random samples were then selected from each group. MadCalc version 19.7 was used to estimate a required sample size for a Receiver Operating Characteristics (ROC) curve. The power analysis determined a minimum sample size of 31 participants in each group (i.e. elevated and sub-threshold group) included in ROC analyses to achieve a sufficient power of .80 with an Area Under the Curve (AUC) of .70 and $\alpha = 0.5$. To ensure that there were sufficient participants with elevated symptoms of depression, young people with elevated MFQ scores ($n = 168$) were over-sampled in a ratio of 1.8 (elevated) to 1.0 (sub-threshold). Of the 184 young people invited to the interview, 138 young people and their guardians consented to take part (75%). Twenty-five young people could not subsequently be contacted, and ten young people were not at school on the day of the interview. The remaining 103 young people were interviewed (see Figure 3.1). Based on their MFQ scores on the second administration participants were classified as having an elevated Thai MFQ ($n = 44$) or sub-threshold Thai MFQ ($n = 59$).

Measure

The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; Present and Lifetime Version; Depressive Disorder (K-SADS-PL DSM-5; Kaufman et al., 1997) is a semi-structured interview with well-established psychometric

properties that generates a reliable and valid diagnosis of depression in children and adolescents (Kaufman et al., 1997). The K-SADS-PL has been widely used in epidemiological and treatment research (Klein et al., 2005; Shahrivar et al., 2010) and has also been translated and adapted into many languages (Ghanizadeh et al. 2006; Kim et al., 2004; Shahrivar et al., 2010). In the present study, the depressive disorder section of the K-SADS-PL, revised to be compatible with DSM-5 diagnoses, was used to determine the presence/absence of depressive disorder in Thai adolescents.

Translation of the K-SADS-PL; Depressive Disorder

The translation and adaptation of the K-SADS-PL followed the procedure in Part 1. The K-SADS-PL; Depressive disorder was translated into Thai by the first author (NF). The Thai version was adapted for linguistic context and aimed to preserve all essential characteristics of the original version. The K-SADS-PL; Depressive disorder Thai version was back-translated into English by a bilingual child and adolescent psychologist (Thai-English) translator from the Psychology Department at Chiang Mai University. The back-translation version was reviewed and compared with the original version. The final translation was fixed by consensus. The completed Thai version of the K-SADS-PL; Depressive disorder was administered to five young people in Thailand to check if they understood the questions of the measure. Once this was completed, the K-SADS-PL was used in this study (Appendix 4.4).

Procedures

Part 2 of the study took place between 11 and 30 days after participants completed the self-report questionnaires. Participants took part in the K-SADS-PL interviews, which

were conducted in a quiet room at school by the first author (NF), and completed the MFQ after the interviews. The interviews were audio-taped and detailed assessment notes were taken. Subsequently each interview recoding (n = 103) was coded according to K-SADS-PL diagnostic criteria by the first author (NF). NF has enhanced DBS and was trained to deliver and score the K-SADS-PL through training which included verbal instruction, watching training videos, and participating in diagnostic consensus supervision meetings where each individual symptom was discussed for parent and child, and a consensus agreed for each symptom before reaching an overall diagnosis decision. To check reliability of the diagnosis, 10% of the samples were double-rated by an experienced K-SADS-PL assessor (FO). Inter-rater reliability for the presence of depression diagnoses on the K-SADS-PL was $\kappa = .80$, and on individual symptoms was $\kappa = .75$.

The researcher discussed the diagnostic interview and safeguarding procedures with the schools before the interview. The school's safeguarding guidelines were followed on the day of interview. Therefore, the researcher alerted the school safeguarding team on the same day as the risk was disclosed (i.e. experienced or thoughts of self-harm or suicide). Research procedures and safeguarding processes were also explained in information sheets to students and their parents.

Statistical Analysis

In Part 2, the MFQ data from the second administration were used and analysed using SPSS version 25. Diagnoses were assigned according to the K-SADS-PL. There was no missing data on the MFQ or demographic information for the sub-sample of 103. Chi-square test was used to determine association of categorical variables. Mean differences of

the MFQ were examined for young people who were given a diagnosis of MDD versus those who did not receive a diagnosis of MDD. Test-retest reliability was assessed by using Intraclass correlation coefficients (ICCs) absolute agreement model. *Based on the 95% confidence interval of the ICC estimate, values less than 0.5 reflects poor, between 0.5 - 0.75 reflects moderate, between 0.75 – 0.9 indicates good, and greater than 0.90 is indicative of excellent reliability (Koo & Li, 2016).*⁴ Because the interval between completing the MFQ at first and second administration varied, participants were allocated to two groups. Group one completed the MFQ approximately 2 weeks apart (11-19 days, n = 40); group two completed the MFQ approximately 4 weeks apart (20 - 30 days, n = 63). Receiver Operating Characteristic (ROC) analyses (Swets, 1988) were conducted to examine the ability of the MFQ to discriminate between individuals with and without a diagnosis of Major Depressive Disorder.

The ROC curve analysis provided information regarding sensitivity (the probability that the test correctly classifies subject with condition as positive), specificity (the probability that the test correctly classifies subject without condition as negative), positive predictive value (the probability of the presence of disease in those with a positive test result), and negative predictive values (the probability of the absence of disease in those with a negative test results; Haynes et al., 2006) of the MFQ for candidate cut-off points. As the MFQ is designed to be used primarily as a screening instrument, the optimal cut-off was determined by favouring sensitivity over specificity; therefore, minimum sensitivity was set as 80% as minimum specificity was set at 70% (Pettersson et al., 2015). The

⁴ This material has been added at the instructions of the examiners and is not included in the published paper.

accuracy of the MFQ in detecting depression was evaluated by the area under the curves (AUC). AUC measures the ability of screening measures to correctly classify those with and without the disease. AUC of 1.0 represents perfect diagnostic accuracy, AUC greater than 0.9 reflects high accuracy, 0.7 - 0.9 moderate accuracy and below 0.7 indicates low diagnostic accuracy (Swets, 1988).

3.3 Results

Part 1: Psychometric properties of the Thai MFQ

Demographic Characteristics

All adolescents described themselves as Thai national. Their mean age was 15.04 years (SD = 1.73; range = 12-18). *There were more females than males (females = 60.8%)⁵.* There was no statistically significant difference in age between males and females (see Table 3.1).

Table 3. 1 Demographic and descriptive statistics of the MFQ

Characteristics	Mean (SD)	Test
Demographics		
Age: 12-18 years	15.04 (1.73)	$t(1273) = -1.62, p = .76$
Males: n = 500	14.95 (1.73)	$\chi^2(1) = 10.72, p = .001$
Females: n = 775	15.11 (1.73)	
MFQ total: ranged 0-55		
Male	13.32 (8.62)	$t(1273) = -3.8, p < .001, d = .22$
Female	15.51 (10.66)	

Note. MFQ = Mood and Feeling Questionnaire; SD = standard deviation.

⁵ This material has been added at the instructions of the examiners and is not included in the published paper.

Descriptive statistics of the MFQ

Using the cut-off score 27 and above recommended by Wood et al. (1995), the mean MFQ score for the whole sample was 14.65 (SD = 9.97). Females reported MFQ scores that were significantly higher than males (See Table 3.1). There was no association between age and the MFQ score, $r = 0.01$ ($p = 0.67$). MFQ items that were most highly endorsed were “I felt miserable or unhappy” ($M = 0.98$, $SD = 0.56$), “I ate more than usual” ($M = 0.90$, $SD = 0.60$), and “It was hard for me to make up my mind” ($M = 0.87$, $SD = 0.61$).

Reliability: Internal consistency of the MFQ

The internal consistency of the Thai MFQ was excellent, Cronbach’s alpha $\alpha = 0.92$ (Taber, 2018). The corrected item-total correlation coefficients showed that each item contributed substantially to the total MFQ score; these ranged from $r = 0.32$ to $r = 0.66$; except for item 4 with a correlation $r = 0.20$: “I ate more than usual”. The alpha values of the scale after deletion of item 4 did not change ($\alpha = 0.92$). Therefore, all items were retained.

Validity: Construct validity

To assess the convergent validity of the Thai MFQ we examined correlations between the MFQ total score, total scores on the CDI, and the SDQ difficulties subscales. There was a strong positive correlation between the MFQ and the CDI ($r = .76$, $n = 1275$, $p < 0.001$), and between the SDQ difficulties subscales ($r = .73$, $n = 1275$, $p < 0.001$) (Ratner, 2009).

Part 2: Establishing cut-off for the Thai MFQ

At the second administration of the MFQ, the mean score of the elevated MFQ group ($n = 44$) was 36.07 ($SD = 6.95$) and the mean MFQ for the sub-threshold group ($n = 59$) was 15.29 ($SD = 6.06$), $t(101) = -16.17$, $p < 0.001$. There was no significant age difference between participants with elevated MFQ scores and those with sub-threshold scores $t(101) = -1.31$, $p = .11$. There were more females than males in both groups; elevated MFQ, $\chi^2(1) = 32.06$, $p < 0.001$ and sub-threshold MFQ $\chi^2(1) = 10.52$, $p < 0.01$ (Figure 3.1).

Test-retest reliability

Test-retest reliability of the MFQ was assessed by examining the intraclass correlation coefficient of the MFQ. Forty participants completed the MFQ two weeks apart and 63 completed the MFQ four weeks apart. Two-week test-retest reliability was good; $ICC = 0.88$, $p < 0.001$, 95% CI [0.76, 0.94] and four-week test-retest was moderately reliable; $ICC = 0.57$, $p < 0.001$, 95% CI [0.13, 0.78] (Koo & Li, 2016).

Receiver Operating Characteristic of the MFQ

ROC curve analysis was performed to assess the accuracy of the MFQ to discriminate between depressed and non-depressed adolescents. The diagnostic accuracy of the MFQ was high [$AUC = 0.95$, 95% CI [0.92, 0.99]] (Swets, 1988). The MFQ accurately classified young people as depressed or non-depressed. Table 3.2 shows the predicted percentage of sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value for each MFQ score. The examination of the ROC curve suggested that

the optimal cut-off point for screening depression was 28, where the corresponding sensitivity (0.97) and specificity (0.83) most closely intersected.

Table 3. 2 Sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value for different cut-off points of the MFQ

Cut-off (n= 103)	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
25	0.97	0.76	0.64	0.98
26	0.97	0.79	0.67	0.98
27	0.97	0.81	0.68	0.98
28*	0.97	0.83	0.71	0.98
29	0.93	0.88	0.76	0.97
30	0.90	0.90	0.80	0.96

Note. *Optimal cut-off value; PPV = Positive predictive value; NPV = Negative predictive value

Criterion validity

Of the sub-sample of 103 adolescents who had the K-SADS-PL diagnostic interview, 31 met criteria for major depressive disorder and 72 did not meet the criteria. Adolescents who met diagnostic criteria for major depression reported significantly higher MFQ score ($M = 37.68$, $SD = 7.32$) than those who did not meet criteria ($M = 18.35$, $SD = 8.71$), $t(101) = -10.82$, $p < 0.001$, $d = 2.4$. Using the MFQ cut-off of 28 (the present study cut-off), the majority of participants were identified correctly as depressed or non-depressed ($n = 90$, 87.38%) and 13 participants had a discrepant diagnostic status (Table 3.3).

In addition, when using the cut-off score 28 with the whole sample of Part 1 ($N = 1,275$), there are 11% adolescents ($N = 141$; females = 104 (74%), males = 34 (26%)) who have elevated symptoms of depression.

Table 3. 3 Frequencies for depression determination using the MFQ at cut-off of 28 and the K-SADS-PL diagnosis.

MFQ scores	K-SADS-PL diagnosis		Total	<i>p</i>
	Depressed	Non-depressed		
Elevated (MFQ \geq 28)	30	12	42	$\chi^2 (1) = 57.58,$ $p < 0.001$
Sub-threshold (MFQ $<$ 28)	1	60	61	
Total	31	72	103	

Note. MFQ = Mood and Feeling Questionnaire; K-SADS-PL= The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; Present and lifetime version; Depressive disorder.

3.4 Discussion

This is the first study to evaluate the psychometric properties and validity of the Thai MFQ in a community sample in young people in Thailand. This study also determined the optimal clinical cut-off of the Thai MFQ when compared against a structured diagnostic interview (the K-SADS-PL). The results indicate that the Thai MFQ is a reliable and valid instrument for assessing depression in Thai adolescents. The Thai MFQ had excellent internal consistency, comparable to the original English language version in the previous studies (Daviss et al., 2006; Wood et al., 1995) and other versions of the scale such as Norwegian (Sund et al., 2001), Arabic (Tavitian et al., 2014), and Swedish versions (Jarbin et al., 2020). Regarding validity, the Thai MFQ reported high correlation with scales that measure depressive symptoms as well as good levels of sensitivity and specificity. The Thai MFQ also had good construct validity and good to moderate test-retest reliability in two-week and four-week intervals.

The Thai MFQ had excellent accuracy distinguishing between depressed and non-depressed adolescents. The AUC was better than those reported found in the previous validation studies in the original English language version (Daviss et al., 2006; Kent et al., 1997; Wood et al., 1995) and translated versions (Jarbin et al., 2020; Sund et al., 2001). The cut-off points that best combined sensitivity and specificity corresponds to a score of 28. This is slightly higher than the cut-off of 27 proposed by Wood et al (1995) in the UK, and for other translations of the scale (e.g. Arabic and Norwegian). This cut-off is comparable to that found in another study exploring the psychometric properties of the English language MFQ in a psychiatric sample of young people in New Zealand (Thabrew et al., 2018).

The psychometric qualities of the Thai MFQ were excellent. Furthermore, adolescents found the phrasing of the items and structure of the Thai MFQ easy to understand and to follow, whereas some young people, especially younger adolescents, had difficulty understanding some items of the CDI and asked for clarification, e.g. “I do not do what I am told most of the time”.

One strength of this study is the large community sample with a high response rate. The results of this study are therefore likely to be representative of the Thai adolescent population. This study also examined a range of psychometric properties of the Thai MFQ and used the gold standard structured clinical interview, the K-SADS-PL to discriminate between participants with and without depression. This procedure provided unbiased estimates of the diagnostic accuracy of the Thai MFQ. However, some limitations mean that our findings should be considered cautiously. First, this study recruited young people from the community, therefore the results of our study may not generalise to young people

recruited in other settings, e.g. primary care and mental health settings, where the prevalence of depression is expected to be higher. Future research should aim to validate a Thai MFQ with a clinical sample. In addition, the diagnostic interviews were administered and coded by one researcher, which could introduce bias. We mitigated this by randomly checking the coding of the K-SADS-PL interviews with an experienced K-SADS assessor and trainer (FO). Future validation of the Thai MFQ should include multiple diagnostic interviewers and a comprehensive assessment of inter-rater reliability. Further, despite good psychometric properties of the Thai MFQ, this is not sufficient to establish cross-cultural validity. This should also be incorporated into future studies.

Despite these limitations the psychometric properties of the Thai MFQ, its coverage of all depression symptoms and ease of administration and scoring, suggest that the Thai MFQ may be the most efficient measure of detecting adolescent depression in community settings. The Thai MFQ could also be used with individuals attending primary care or mental health services. In addition, the cut-off score indicated in this study could help identify young people who are most likely to have an episode of major depressive disorder. Using the Thai MFQ could therefore improve the efficiency of identifying adolescents with depression in Thailand. The Thai MFQ could also help mental health staff in community settings, such as school psychologists or guidance counsellors, to effectively screen young people for depression and to determine whether further assessment and referral are indicated. The Thai MFQ would potentially help save time and resources in a country where mental health resources for young people are limited (Kongsuk et al., 2017).

3.5 Conclusion

Our findings suggest that the Thai MFQ is reliable, valid, and easily understood by young people. We provide promising evidence that the Thai MFQ is an appropriate screening measure for depression in Thai adolescents and may also be suitable for use in primary care and mental health settings, but this should be established before widespread use. The Thai MFQ could fill a gap in the assessment tools available to researchers and clinicians for assessing depression in Thai young people. The findings also provide support to the existent literature for the MFQ validation across cultures. However, the equivalence of the Thai MFQ across different cultures has not yet been examined. Therefore, evaluating the measurement equivalence of the MFQ across cultures should be examined in future studies.

In addition, our findings highlight that depression affect number of adolescents in Thailand and the identification of depression symptoms have important implications to service, training, and research planning in Thailand.

3.6 References

- Angold, A. (1987). Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). Retrieved November 9, 2020, from <https://devepi.duhs.duke.edu/files/2018/03/Dear-potential-MFQ-user.pdf>
- Association, A. P. (2013). *DSM 5. American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(1), 37-44.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Borsa, J. C., Damasio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia*. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Bryant, A., Guy, J., Team, T. C., & Holmes, J. (2020). The Strengths and Difficulties Questionnaire Predicts Concurrent Mental Health Difficulties in a Transdiagnostic Sample of Struggling Learners. *Frontiers in Psychology*, *11*(587821). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.587821>
- Costello, E. J., & Angold, A. (1988). Scales to Assess Child and Adolescent Depression: Checklists, Screens, and Nets. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *27*(6), 726–737. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00011>
- Daviss, B. W., Birmaher, B., Melhem, N. A., Axelson, D. A., Michaels, S. M., & Brent, D. A. (2006). Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *47*(9), 927–934. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01646.x>
- Department of Mental Health. (2019). ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต [The Prevalence of Major Depressive Disorder in Thai Population Aged 15 and over].

<http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=780>

- Fagerland, M. W. (2012). t-tests, non-parametric tests, and large studies—a paradox of statistical practice? *BMC Medical Research Methodology*, *12*(78).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-78>
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M. R., & Yazdanshenas, A. (2006). Psychometric properties of the Farsi translation of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version. *BMC Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-10>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–586.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Haynes, B., Sackett, L. D., Guyatt, H. G., & Tugwell, P. (2006). *Clinical Epidemiology: How to do clinical practice research*. Lippincott Williams and Wilkins (Third edit). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.06.005>
- He, J., & Vijver, F. van de. (2012). Bias and Equivalence in Cross-Cultural Research. *Online Readings in Psychology and Culture*, *2*(2), 3–19.
<https://doi.org/10.9707/2307-0919.1111>
- Jarbin, H., Ivarsson, T., Andersson, M., Bergman, H., & Skarphedinsson, G. (2020). Screening efficiency of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) and Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in Swedish help seeking outpatients. *PLoS ONE*, *15*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230623>
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N. V., Chandra, A., Meredith, L. S., ... Burnam, M. A. (2009). Impact of Teen Depression on Academic, Social, and Physical Functioning. *PEDIATRICS*, *124*(4), e596–e605.
<https://doi.org/10.1542/peds.2008-3348>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of*

- the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kent, L., Vostanis, P., & Feehan, C. (1997). Detection of major and minor depression in children and adolescents: evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(5), 565–573. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01543.x>
- Khalil, A. H., Rabie, M. A., Abd-El-Aziz, M. F., Abdou, T. A., El-Rasheed, A. H., & Sabry, W. M. (2010). Clinical characteristics of depression among adolescent females: A cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(26). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-26>
- Kim, Y. S., Cheon, K. A., Kim, B. N., Chang, S. A., Yoo, H. J., Kim, J. W., ... Leventhal, B. (2004). The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version-Korean Version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Medical Journal*, 45(1), 81–89.
<https://doi.org/10.3349/ymj.2004.45.1.81>
- Klein, D. N., Dougherty, L. R., & Olino, T. M. (2005). Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 412–432.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_3
- Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 34–48.
<https://doi.org/10.4103/2224-3151.206162>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory CDI Manual. *New York: Multi-Health Systems.*, 1–800. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/generic/ChildrensDepressionInventory\(CDI\)/Resources/Technical.pdf](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/generic/ChildrensDepressionInventory(CDI)/Resources/Technical.pdf)

- Lauth, B., Arnkelsson, G. B., Magnusson, P., Skarphéinsson, G. A., Ferrari, P., & Pétursson, H. (2010). Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version) depression diagnoses in an adolescent clinical population. *Nordic Journal of Psychiatry*, *64*(4), 409–420. <https://doi.org/10.3109/08039481003777484>
- Nalugya-Sserunjogi, J., Rukundo, G. Z., Ovuga, E., Kiwuwa, S. M., Musisi, S., & Nakimuli-Mpungu, E. (2016). Prevalence and factors associated with depression symptoms among school-going adolescents in Central Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0133-4>
- NICE. (2019). Depression in children and young people: identification and management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28/resources/depression-in-children-and-young-people-identification-and-management-pdf-975332810437>
- Panyawong, W., Santitadukul, R., & Pavasuthipaisit, C. (2020). Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *Journal of Mental Health of Thailand*, *28*(2), 136–149.
- Pettersson, A., Boström, K. B., Gustavsson, P., & Ekselius, L. (2015). Which instruments to support diagnosis of depression have sufficient accuracy? A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, *69*(7), 497–508. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1008568>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *56*(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Pundee, W. (2015). Depression among Late Adolescents in Extended Educational Opportunity School of Srisaket Province. *Journal of Public Health*, *45*(3), 298–309.
- Radloff, L. S. (1997). The CES-D Scale: A self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, *1*(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

- Ratner, B. (2009). The correlation coefficient: Its values range between 1/1, or do they. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 17, 139–142. <https://doi.org/10.1057/jt.2009.5>
- Reynolds, W. M. (1994). Assessment of Depression in Children and Adolescents by Self-Report Questionnaires. In *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 209–234). Boston: Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1510-8_11
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening for Adolescent Depression: A Comparison of Depression Scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 58–66. <https://doi.org/10.1097/00004583-199101000-00009>
- Rudolph, K. D., & Flynn, M. (2014). Depression in Adolescents. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression Third Edition* (3rd ed., pp. 391–402). New York: Guilford Press.
- Sajjadi, H., Mohaqeqi Kamal, S. H., Rafiey, H., Vameghi, M., Forouzan, A. S., & Rezaei, M. (2013). A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among iranian adolescents. *Global Journal of Health Science*, 5(3), 16–27. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n3p16>
- Shahrivar, Z., Kousha, M., Moallemi, S., Tehrani-Doost, M., & Alaghband-Rad, J. (2010). The Reliability and Validity of Kiddie- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Present and Life-time Version - Persian Version. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(2), 97–102. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00518.x>
- Sittanomai N., Hosiri T., Witulcart C., and T. J. (2014). Depression in Child and Adolescents inpatients Psychiatric Consultation at Sirirag Hospital between 2007-2011. *Journal Psychiatry Association Thailand*, 59(2), 111–120. Retrieved from <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/59-2/03-Napat.pdf>
- Somrongthogn, R., Wongchalee, S., & Laosee, O. (2013). Depression among adolescents: a study in a Bangkok slum community. *Scandinavian Journal of Caring*

Sciences, 27(2), 327–334.

- Stevanovic, D., Jafari, P., Knez, R., Franic, T., Atilola, O., Davidovic, N., ... Lakic, A. (2017). Can we really use available scales for child and adolescent psychopathology across cultures? A systematic review of cross-cultural measurement invariance data. *Transcultural Psychiatry*, 54(1), 125–152.
<https://doi.org/10.1177/1363461516689215>
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(4), 222–229.
<https://doi.org/10.1007/s007870170011>
- Suwanwaiphathana, W., Keawtha, J., Chumkrathok, K., & Yaephangphanao, T. (2016). Relationship between selected factors and depression of adolescents in Nakhonratchasima, Thailand. *Journal Science and Technology*, 10(2), 129–134.
- Swets, J. A. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science Science*, 240(4857), 1285–1293. <https://doi.org/10.1126/science.3287615>
- Taber, K. S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48, 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Tang, X., Tang, S., Ren, Z., & Wong, D. F. K. (2019). Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 498–507.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.043>
- Tavitian, L., Atwi, M., Bawab, S., Hariz, N., Zeinoun, P., Khani, M., & Maalouf, F. T. (2014). The arabic mood and feelings questionnaire: Psychometrics and validity in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(3), 361–368.
<https://doi.org/10.1007/s10578-013-0406-6>
- Thabrew, H., Stasiak, K., Bavin, L. M., Frampton, C., & Merry, S. (2018). Validation of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) and Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in New Zealand help-seeking adolescents. *International*

- Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(3).
<https://doi.org/10.1002/mpr.1610>
- Trangkasombat, U., & Likanapichitkul, D. (1997). The Children's Depression Inventory as a Screen for Depression in Thai Children. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 80(8), 490–499.
- Tuklang, S., Thongtang, O., Satra, T., & Phattharayuttawat, S. (2012). Factors Influencing Depression among Early Adolescents in Extended Educational Opportunity School of Samutsakhon Province. *Journal Psychiatry Association Thailand*, 57(3), 283–294.
- Vijver, F. Van de, & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, 54(2), 119–135. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2003.12.004>
- WHO. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Retrieved February 25, 2020, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
- Wisitpongaree, C., Kolkijkovin, V., & Techakasem, P. (2014). Depression in Primary School Student in Dusit District Bangkok. *Vajira Medical Journal*, 58(3), 43–53.
- Woerner, W., Nuanmanee, S., Becker, A., Wongpiromsarn, Y., & Mongkol, A. (2011). Normative data and psychometric properties of the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of Mental Health of Thailand*, 19(1), 42–56.
- Wood, A., Kroll, L., & Moore, A. (1995). Properties of the Mood and Feelings Questionnaire in Adolescent Psychiatric Outpatients: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(2), 327–334. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01828.x>
- Worldbank. (2020). World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

Yang, F. M., & Jones, R. N. (2007). Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) item response bias found with Mantel-Haenszel method was successfully replicated using latent variable modeling. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*(11), 1195–1200. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.02.008>

Uttley, J. (2019). Power Analysis, Sample Size, and Assessment of Statistical Assumptions—Improving the Evidential Value of Lighting Research. *Taylor & Francis*, *15*(2–3), 143–162.

4. CHAPTER 4: PAPER 2 ‘Factors structure and measurement invariance of the Mood and Feelings Questionnaire: A cross-cultural study among Thai and British adolescents’

Submitted for publication in Assessment (17.06.2021)

Fuseekul, N., Watson R., Orchard, F., Reynolds, S., and Jenkins, P. (under review).

Factors structure and measurement invariance of the Mood and Feelings Questionnaire:

A cross-cultural study among Thai and British adolescents. *Assessment*.

Factor structure and measurement invariance of the Mood and Feelings

Questionnaire: A cross-cultural study among Thai and British adolescents

Nanthaka Fuseekul¹, Rebecca Watson², Faith Orchard³, and Shirley Reynolds¹, Paul Jenkins¹

¹School of Psychology and Clinical language School Sciences, University of Reading, Reading, UK

²Departments of Experimental Psychology and Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK

³School of Psychology, University of Sussex, Sussex, UK

Corresponding author:

Nanthaka Fuseekul, School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, RG6 6AL, UK. Email: n.fuseekul@pgr.reading.ac.uk

The ORCID of the author: <https://orcid.org/0000-0002-0579-8360>

Abstract

The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) is a widely used measure of child and adolescent depression. This study evaluated possible factor solutions and examined the measurement invariance of the MFQ as a prerequisite for its use in cross-cultural comparisons between Thai (N = 1,275) and British samples (N = 1,817) by using multi-group confirmatory factor analysis (MGCFA). The latent means of Thai and British adolescents were also examined. A five-factorial structure of the MFQ was confirmed. A partial scalar invariant model was supported, and thus latent means were compared. British adolescents had a significantly higher mean MFQ score than Thai adolescents on four of the five factors (Vegetative Symptoms, Suicidality, Cognitive Symptoms, Agitated Distress). There was no difference for the Core Symptoms factor. The findings suggest that the MFQ is valid to assess depression in Thai adolescents and for use in cross-cultural comparison of adolescent depression.

4.1 Introduction

Adolescence is a life stage when individuals are at a high risk of the onset of depression (Avenevoli et al., 2015). Depression in adolescence is associated with functional impairment in several life areas, including interpersonal problems, academics, substance misuse and suicidal behaviour (Kroning & Kroning, 2016; Rudolph & Flynn, 2014). Self-report symptom measures are often used to identify young people who are at increased risk of meeting diagnostic criteria for depression. Elevated depression symptoms are a strong predictor of major depressive disorder and persistent elevated symptoms cause significant distress and impairment (Jaycox et al., 2009). The long-term consequences of experiencing depression in adolescence mean that assessment tools to establish the presence of depressive symptoms can help provide relevant and timely support. However, this is only possible if screening instruments are valid within the specific countries and cultures where they are used (He & Vijver, 2012).

Establishing cultural validity of measurement of depression is important for a number of reasons. The expression and experience of depression may vary between cultural or ethnic groups (Dutton-Chentsova et al., 2014; Shafi & Shafi, 2014; Steptoe et al., 2007). Differences in the manifestation of symptoms across cultures have been observed among young people from Western and non-Western countries. In the cultural dimensions related to well-being by Hofstede (1980), many Asian countries are more likely to be characterised as collectivist (where individuals are associated with cohesive groups and emphasise harmony with others) while most European countries and the USA are characterised as individualist (where independence, autonomy, and self-fulfillment are emphasised; Hofstede, 2011; Steptoe et al., 2007). These cultural characteristics may be related to how

depression is experienced and presented (Dutton-Chentsova et al, 2014). For instance, Weiss, et al (2009) compared depression symptoms from the parent-report Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) in American and Thai adolescents. Within a clinical sample, those from Thailand reported higher levels of somatic problems (e.g. fatigue, dizziness, and headaches) than American adolescents, who reported higher levels of cognitive symptoms (e.g. worthless, guilty, and affect). However, in community samples Thai and American adolescents reported similar levels of cognitive and somatic symptoms.

Most depression measures in young people were conceived in Western contexts and developed with Western populations (Angold, 1987; Kovacs, 1992; Radloff, 1997). It is therefore possible that the content of depression symptoms may not reflect aspects of depression that are experienced in non-Western contexts. As such, before administering a screening measure in a culture other than the one in which it was developed it is important to assess if the measure is suitable and valid in the new culture, i.e. its reliability and validity (Roberts et al., 1991; Tsang et al., 2017). In addition, people in different cultures may respond to items in different ways, and the underlying latent construct(s) of the measure might differ across cultural groups, risking bias when scale means are used for comparison (Stevanovic et al., 2017); demonstrating consistent properties of a measure (and its items) is known as measurement invariance (Juhász et al., 2012; Milfont & Fischer, 2010; Steenkamp & Baumgartner, 1998; Stevanovic et al., 2017; Vijver & Tanzer, 2004). Without evidence of measurement invariance, comparison across groups (such as different cultures) is unreliable (Steenkamp & Baumgartner, 1998).

In addition to cultural effects, there are well-established differences in the manifestation of depression symptoms between genders. Across a number of different

contexts, rates of major depressive disorder are higher for adolescent females than for males (Salk et al., 2017), and females are more likely to endorse certain symptoms of depression than males. For example, Bares et al. (2012) examined the differential item endorsement between males and females of the Youth Self-Report anxious/depressed problem scale (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001). Females and males answered six of the thirteen items of the scale differently (e.g. “I cry a lot” and “I have to be perfect” were both endorsed significantly more frequently by females than males). Despite these gender differences, few cross-culture comparison studies test the gender measurement invariance within a culture before comparing with another culture, meaning that any observed difference might represent bias in the scale’s measurement, rather than ‘true’ differences. Therefore, it is crucial to examine a measure’s equivalence for different gender groups to ensure that cross-cultural comparison results are both meaningful and valid.

The structural equation modelling (SEM) framework using multigroup confirmatory factor analysis (MGCFA) is one of the most comprehensive methodological approaches to assess measurement invariance in multigroup comparisons (Byrne, 2010; Milfont & Fischer, 2010; Putnick & Bornstein, 2016). These methods examine whether a scale that is intended for use in a cross-cultural study is operating similarly - i.e whether the measure shows similar latent structures and conceptual meaning across groups (Vandenberg & Lance, 2000).

In the current study, we examined the measurement invariance of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ; Angold, 1987) across two national samples: Thai and British adolescents. The MFQ is a well-established instrument for assessing depression symptoms in young people aged 8-18 years (NICE, 2019). There are similar versions for

the 33-item self-report (MFQ-C) and the 34-item parent-report (MFQ-P), the latter containing one additional item. The MFQ has been validated in clinical and community settings and has high internal consistency and good test-retest reliability (Daviss et al., 2006; Kent et al., 1997; Wood et al., 1995). The MFQ has been translated into many languages, including Arabic (Tavitian et al., 2014), Norwegian (Sund et al., 2001), Swedish (Jarbin et al., 2020), Korean (Kim et al., 2020), and Thai (Fuseekul et al., 2021). However, the factor structure and measurement invariance of the MFQ across culture groups has not been clearly established. To date, only one study has tested the factor structure of the MFQ across racial/ethnic groups (White, Asian, African American and Hispanic; Banh et al., 2012) and found that a one-factor model of the MFQ fit the data well. Their findings also supported the measurement invariance of the MFQ across White, Asian, African American, and Hispanic ethnic groups.

Despite the good psychometric properties of the MFQ, few studies have examined the structure validity. Although the MFQ was developed to assess various aspects of depression symptoms such as affective, vegetative, cognitive, and suicidality (Angold et al., 1995), several studies have supported a unidimensional structure, suggesting that it captures one general domain (i.e. depression). For example, in the original study of the psychometric properties of the MFQ, Angold et al (1995) proposed a unidimensional model of both the MFQ-C and MFQ-P based on the results of their exploratory factor analysis in a clinical sample. The finding was supported by two studies of the MFQ-C (Banh et al., 2012) and MFQ-P (Fernández-Martínez et al., 2020) in community samples. Jeffreys et al. (2016), on the other hand, reported a five-factor model of the MFQ-P (Core Mood Symptoms, Vegetative Symptoms, Suicidality, Cognitive Symptoms, and Agitated

Distress) in a sample of families seeking treatment at an outpatient mental health clinic, a finding which was replicated in a non-clinical sample of children (aged 6-8) in Spain (Fernández-Martínez et al., 2020).

Establishment of measurement invariance of the MFQ is a prerequisite for its use in cross-cultural comparisons and represents the primary aim of the current study. To achieve this, two proposed factor solutions of the MFQ (i.e. the original one-factor model and the five-factor model) will be evaluated. Measurement invariance of the MFQ between groups of Thai and British adolescents will be examined, including an assessment of gender invariance in each country. Finally, if measurement invariance is supported, we will look at possible differences in latent means in depression scores.

4.2 Method

Ethical approval

The study was approved by the University of Reading Research Ethics Committee, UK, and Chiang Mai University Research Ethics Committee, Thailand. In the UK, informed consent was obtained from participants aged 16 and above, and parental opt-out consent and participant opt-in assent were obtained for participants under 16. In Thailand, parental opt-in consent and participant opt-in assent were obtained for all participants based on Chiang Mai University Research Ethics Committee's standards. All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Participants and procedures

The MFQ was evaluated in two independent samples: adolescents aged 12-18 years old from Thailand and the UK. All participants completed the paper-and-pencil assessments in their classrooms during the school day at a time convenient to their schools. Two researchers independently collected the MFQ in Thailand (NF) and in the UK (RW). For the Thai sample, eighty percent of invited participants took part. Ninety-nine young people were not included because they were absent from school on the day the research was conducted. Eight young people were excluded because more than 25% of their data were missing. Overall, participants comprised 1,275 adolescents (61% females) from three secondary schools in the north of Thailand. All adolescents described themselves as Thai national.

The UK sample, sixty-five percent of invited participants took part. Participants who were aged under 12 ($n = 134$), who completed fewer than 75% of the questionnaire items ($n = 136$), or for whom data on gender and age were missing ($n = 38$) were removed from data analysis. Participants were 1,817 students (56% females) attending five state-funded schools or colleges in the South of England. Self-identified ethnicity for the sample was 46.6% White British and 33.8% Asian (e.g. Indian, Chinese, and other Asian background). Demographic characteristics of the participants of both countries are shown in Table 4.1.

Table 4. 1 Demographic details of the Thai and British samples

	Thai (N = 1,275)	British (N = 1,817)	Statistics
Sex, N (%)			
Males	500 (39%)	801 (44%)	$\chi^2 = 69.64, p = 0.001$
Females	775 (61%)	1,016 (56%)	
Age (in years)			
M (SD)	15.04 (1.73)	14.70 (1.91)	$t(3090) = 5.18, p = 0.001$
Range	12-18	12-18	
Ethnicity			
	Thai = 100%	White British = 46.6%	
		White non-British = 4.5%	
		White Asian = 3.4%	
		Asian = 33.8%	
		Mixed background = 6.4%	
		Other = 5.3%	

Note. The comparison of sex was calculated using Chi-squared test. The age comparison was calculated using T-test.

Measure

The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ; Angold, Costello, & Pickles, 1987), is a 33- item questionnaire used to assess depression symptoms over the past two weeks in children and adolescents aged between 8 and 18 years old. There are similar versions for a child self-report (33 items) and parent report (34 items) with the parent-report including an additional item (“S/he wasn’t as happy as usual, even when s/he was praised or rewarded”). Each item is rated on a three-point Likert scale of “true” (2), “sometimes true” (1) or “not true” (0) giving a maximum total score of 66 for the MFQ-C and 68 for the MFQ-P.

The MFQ has been validated in the UK and demonstrated high internal consistency for the total score ($\alpha = 0.94$; Wood et al., 1995) and can discriminate between depressed

and non-depressed children and adolescents sampled from both clinical and community settings (Daviss et al., 2006; Kent et al., 1997). A cut-off of 27 suggested by Wood et al. (1995) provided optimal sensitivity and specificity in identifying young people who met criteria for a diagnosis of major depressive disorder in the UK. In Thailand, the MFQ has been validated and translated into the Thai language and demonstrated excellent internal consistency ($\alpha = 0.92$; Fuseekul et al., 2021). Tests of criterion validity suggested a cut-off score of 28 for optimal prediction of depressive disorder in Thai population.

Data preparation and assumption checking

Data were excluded from the analysis if more than 25% of the items on the MFQ were missing. Little's Missing Completely at Random (MCAR) was used to examine the pattern of missing values, indicating that data were not missing completely at random (Thai sample = $\chi^2(93) = 142.94, p < 0.001$; British sample, $\chi^2(1639) = 1885.51, p < 0.001$). When fewer than 25% of items were missing, mean total score item substitution was used to impute missing data (Fox-Wasylyshyn & El-Masri, 2005).

The items of the MFQ were checked for skewness and kurtosis in both Thai and British samples. The Shapiro-Wilk test was significant for all MFQ items ($p < 0.001$) in both groups, indicating a violation of multivariate normality of the MFQ scores (see Appendix 5.1). However, the Maximum likelihood (ML) estimation was used to analyse data in current study. Lei and Lomax (2005) suggested that ML estimation is relatively robust in the presence of moderate non-normality when large sample sizes are available. Also goodness-of-fit indicators that used to assess confirmatory factor are rarely affected by the distribution of data (Ainur et al., 2015).

Data analytic plan

SPSS version 27 was used to conduct descriptive statistics and means comparison across Thai and British samples. AMOS version 25 was used in confirmatory factor analysis (CFA) and measurement invariance with MGCFA. The analytical procedures included three stages related to the aims of the study: (1) find out the most appropriate factor model by conducting the CFA on the Thai and British samples and comparing the global fit indices across different models; (2) examine measurement invariance across gender and cultures of the MFQ in Thai and British samples; and (3) compare latent mean differences between Thai and British samples.

Stage 1: Confirmatory Factor Analysis (CFA) comparison of model fit

Previous studies have conducted an exploratory factor analysis (EFA) to identify a latent structure of the MFQ (Angold et al., 1995; Banh et al., 2012; Jeffreys et al., 2016). Therefore, in this current study the confirmatory factor analysis (CFA) was used to investigate the most appropriate factor structure model of the MFQ in Thai and British samples we evaluated two proposed models based on previous studies – a one-factor model and a five-factor model (Jeffreys et al., 2016; Figure 4.1).

In Model 1, all 33 items load on a single ‘Depression’ variable. Model 2 was developed through exploratory analyses (EFA) of the parent-report (Jeffreys et al., 2016) as a five-factor model with thirty items; three items (Items 4, 20, and 26) were removed due to failure to load on a primary factor. Four items comprise the Core Mood Symptoms factor, 6 items the Vegetative Symptoms factor, 4 items the Suicidality factor, 12 items the Cognitive Symptoms factor, and 4 items the Agitated Distress factor. Standardised factor

loadings from the CFA five-factor models of the MFQ in Thai and British samples can be seen in Appendix 5.2.

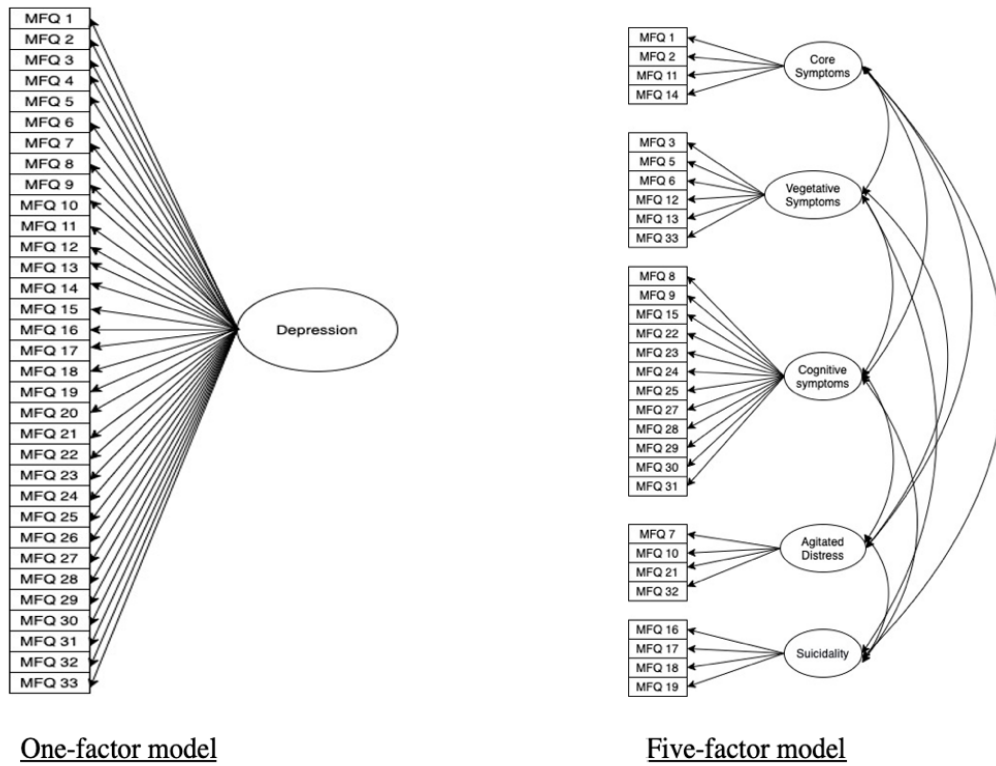


Figure 4. 1 The path diagrams of the one- and five-factor models of the MFQ

Maximum likelihood (ML) estimation was used to evaluate model fit in the CFA. Lei and Lomax (2005) suggested that ML estimation is relatively robust in the presence of moderate non-normality when large sample sizes are available. Goodness-of-fit indicators used to assess the adequacy of models include: (1) the comparative fit index (CFI) (2) Tucker Lewis Index (TLI) (3) Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) (4) Standardised Root Mean Square of Residual (SRMR), and (5) Akaike’s information criterion (AIC). In tests of model fit, CFI and TLI values greater than 0.90 suggest the model shows acceptable fit (desirable ≥ 95 ; Hu & Bentler, 1999) and values less than 0.10

for both RMSEA and SRMR suggest acceptable model fit (desirable ≤ 0.06). Similarly, a lower AIC indicates better fit. Chi-square values and p -values will be reported but these should not be relied upon for model fit as they are sensitive to sample size and nonnormal data (Cheung & Rensvold, 2002; Lei & Lomax, 2005). The RMSEA is less severely affected by non-normality when sample size is large, and CFI and TLI values are rarely affected by the distribution of data (Ainur et al., 2015)

Stage 2: Examining measurement invariance across gender and cultures in Thai and British samples

Multi-group confirmatory factor analysis (MGCFA) was used to test measurement invariance across groups, assessing gender invariance prior to cultural invariance. Tests for measurement invariance were conducted within a series of nested models where each step contains more restrictions; configural invariance, metric invariance, scalar invariance, and residual invariance (Vandenberg & Lance, 2000). In general, full scalar invariance needs to be established for cross-group mean comparison (Steenkamp & Baumgartner, 1998; Vandenberg & Lance, 2000). As residual invariance is not required for latent mean comparisons, this step was not carried out in the current study. To verify equivalence at each level of restriction, the chi-square test was used to determine the significance of decrement in fit. A nonsignificant increase indicates the more restrictive model is noninvariant compared to the previous model. Given that, χ^2 has been shown to be highly sensitive to large sample sizes (Cheung & Rensvold, 2002), change (Δ) in CFI < 0.01 and RMSEA $< .015$ were used to indicate measurement invariance across groups (Chen, 2007; Cheung & Rensvold, 2002), as well as reporting AIC to evaluate the model fit.

To test for measurement invariance, the sequence starts with testing configural invariance as the baseline to see whether two groups have the same number of factors and pattern of factor loadings across groups (Vandenberg & Lance, 2000). Once configural invariance has been supported, the corresponding factor loadings across groups are then constrained to be equal to establish the metric invariance model. This step ensures that the factor loadings are equivalent between groups. In the next step, the intercepts are constrained to be equal to compare latent means to establish the scalar invariance (Byrne, 2001). In some cases, full scalar invariance does not hold, indicating that at least one intercept is not equivalent across groups. In such cases, researchers can constrain the intercept which causes noninvariance by referring to the modification index (MIs) and parameter changes (PCs; Steenkamp & Baumgartner, 1998). These MI values indicate how much the chi-square statistic value of a model would drop when a constrained intercept was freed (Byrne et al., 1989; Jung & Yoon, 2016; Steenkamp & Baumgartner, 1998; Yoon & Millsap, 2007), so larger MIs suggest sources of misfit in a model. MIs were considered when they approached the critical value of 3.84, which corresponds with 1 degree of freedom at an alpha level of .05 (Whittaker, 2012). In the current study, this process was conducted with the largest MI and freely constrained intercept one at a time until the model fit was not significantly worse than the metric invariance model (Byrne et al., 1989; Putnick & Bornstein, 2016), known as partial scalar invariance.

In addition, to assess partial scalar invariance, invariant reference variables (RVs) needed to be identified to avoid invalid results if the chosen RV is not invariant across groups (Meade & Wright 2012; Steenkamp & Baumgartner, 1998; Yoon & Millsap, 2007). In an RV method, one of the items was chosen as the reference variable (RV) of the

construct. As such, the parameters of the chosen RVs are assumed to be equal across groups (Byrne, 2001; Yoon & Millsap, 2007). Modification indices were used to identify a noninvariant RV. Based on the modification index value criterion (MI = 3.84), a variable with a MI value exceeding the criterion was assumed to be a noninvariant variable and one with MI below the criterion was treated as invariant (Jung & Yoon, 2016; Yoon & Millsap, 2007). Therefore, the variable that has the smallest modification index in each construct (min-mod; Jung & Yoon, 2016) was chosen to be the RV (Steenkamp & Baumgartner, 1998).

Stage 3: Mean comparison between Thai and British samples

Mean scores for all items and factors of the best-fitting model were calculated separately for Thai and British samples. An independent *t*-test was used to examine the mean difference across groups. Due to multiple comparison, a Bonferroni correction to the alpha level was applied. Since 24 comparisons were conducted, the alpha level used was $.05/24 = 0.002$. Cohen's *d_s* (Cohen, 1988) was calculated as a measure of effect size by dividing the mean difference between two groups by the pooled standard deviation.

4.3 Results

Stage 1: Confirmatory Factor Analysis (CFA) comparison of model fit

For the British sample, Model 1 (one-factor) presented a good fit according to the SRMR and adequate fit using the RMSEA while the CFI and the TLI suggested a poor fit. In Model 2 (five-factor), all fit indices had either acceptable or good fit levels (see Table 4.2). For the Thai sample, Model 1 fit the data well according to the SRMR and provided adequate fit using the RMSEA. However, the CFI and TLI values presented a poor fit. For

Model 2, fit statistics supported the model according to all indices. Given that Model 2 performed best across sample, this was used to test measurement invariance of the MFQ between Thai and British samples.

Table 4. 2 Fit indices of different CFA models of the MFQ

		χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Model 1	British	2705.11	495	0.860	0.851	0.071	0.047	2837.11
One-factor	Thai	2971.10	495	0.821	0.809	0.063	0.049	3103.10
Model 2	British	2261.51	395	0.936	0.930	0.051	0.033	2401.51
Five-factor*	Thai	1322.37	395	0.925	0.918	0.043	0.037	1462.37
Suggested cut-off				≥ 0.90	≥ 0.90	≤ 0.06	≤ 0.06	

Note. Item 4, 20, and 26 were removed according to the Jeffreys et al.'s (2016) model, χ^2 , Chi square goodness-of-fit statistic is statistically significant ($p < 0.05$); df, degrees of freedom; CFI, Comparative Fit Index; TLI, Tucker-Lewis Index; RMSEA, root-mean-square error of approximation; SRMR, standardized square root mean residual; AIC, Akaike information criterion.

Stage 2: Examining measurement invariance across gender and cultures in Thai and

British samples

Measurement invariance across gender

For the Thai sample, the configural model for Model 2 fit the data well in both Thai boys and girls (CFI = 0.91, RMSEA = 0.033). The metric invariance model did not result in worse model fit compared to the configural model ($\Delta\text{CFI} = 0.003$, $\Delta\text{RMSEA} = 0.00$). The scalar invariance also suggested equivalence across Thai gender groups ($\Delta\text{CFI} = 0.007$, $\Delta\text{RMSEA} = -0.001$).

For the British sample, the configural model fit the data well (CFI = 0.929, RMSEA = 0.037) and factor loadings were similar in British boys and girls. The metric invariance

model also fit the data well ($\Delta\text{CFI} = 0.003$, $\Delta\text{RMSEA} = 0.00$). The CFI change between the metric model and the scalar model was less than 0.01 ($\Delta\text{CFI} = 0.009$, $\Delta\text{RMSEA} = -0.002$), suggesting scalar invariance was established. The full scalar invariance suggested that the MFQ performed similarly across females and males in both countries (for more details see Appendix 5.3).

Measurement invariance across cultures

The configural model for Model 2 was supported in both Thai and British samples and factor loadings were similar across groups. Changes in fit indices between the configural model and metric model were below thresholds, supporting metric invariance across cultures (see Table 4.3). However, the CFI change between the metric model and the scalar model was greater than 0.01 ($\Delta\text{CFI} = 0.041$) and the AIC value increased. Although the $\Delta\text{RMSEA} < 0.015$, the findings suggested that scalar invariance cannot be established across the two cultures.

As a result, partial scalar invariance was assessed. Modification indices were used to select intercepts that should be free to vary. This process indicated that the intercepts of Item 10 (“It was hard for me to make up my mind”; Agitated Distress factor), Item 11 (“I felt grumpy and cross with my parents”; Core Symptoms factor), Item 33 (“I slept a lot more than usual”; Vegetative Symptoms factor), and Items 22 (“I thought bad things would happen to me”, 25 “I thought I looked ugly”, and 29 “I didn’t have any fun in school”; all in Cognitive Symptoms factor) were noninvariant across the two groups. Once these intercepts were freely estimated, change in CFI did not exceed 0.01, and a decrease in AIC also supported this conclusion. Therefore, partial scalar invariance across Thai and British samples with six noninvariant items was supported.

Table 4. 3 Analysis of measurement invariance across cultures using the 5-factor solution of the MFQ

	χ^2	df	CFI	Δ CFI	AIC	RMSEA	Δ RMSEA
Configural	3583.85	790	0.933	-	3863.85	0.034	-
Metric	3796.21	815	0.928	0.004	4026.19	0.034	0.000
Scalar	5326.78	840	0.892	0.041	5626.83	0.042	-0.008
Partial Scalar	4178.42	834	0.920	0.008	4490.43	0.036	0.002
Suggested Δ				<0.01			<.015

Note: χ^2 , Chi square goodness-of-fit statistic is statistically significant ($p < 0.05$); df, degrees of freedom; CFI, comparative Fit Index; RMSEA, root-mean-square error of approximation; AIC, Akaike information criterion.

Stage 3: Mean comparison between Thai and British samples

Given establishment of partial scalar invariance across cultures, means were compared for each factor and individual items scores (Byrne et al., 1989; Steenkamp & Baumgartner, 1998; Vandenberg & Lance, 2000). The partial scalar invariance analyses results suggested that items 10, 11, 22, 25, 29, and 33 are noninvariant in Thai and British samples, and comparisons are therefore not reported on those items. Comparison of the latent means (adjusted for Core Symptoms, Vegetative Symptoms, Cognitive Symptoms, and Agitated Distress subscales) found that the British sample had a significantly higher mean score than the Thai sample on four factors; Vegetative Symptoms ($t(3090) = -7.60$, $p < .001$, $d = 0.28$), Cognitive Symptoms ($t(3090) = -6.98$, $p < .001$, $d = 0.25$), Agitated Distress ($t(3090) = -19.35$, $p < .001$, $d = 0.71$), and Suicidality ($t(3090) = -5.23$, $p < .001$, $d = 0.19$). However, the Core Symptoms factor mean was not significantly different between two groups ($t(3090) = 1.27$, $p = .203$, $d = 0.05$). Factor and item mean comparisons between two groups can be seen in Table 4.4.

Table 4. 4 Mean (SD), and mean comparisons of the MFQ invariant items (24 items) between Thai and British sample.

Item	M (SD)		<i>p</i>	<i>d_s</i>
	Thai	British		
Factor 1: Core Symptoms	0.59 (0.43)	0.57 (0.50)	0.203	0.05
1. I felt miserable or unhappy	0.98 (.56)	0.87 (.61)	<.001	0.18
2. I didn't enjoy anything at all.	0.40 (.52)	0.39 (.56)	.333	0.03
14. I cried a lot.	0.39 (.62)	0.46 (.71)	.016	0.09
Factor 2: Vegetative Symptoms	0.44 (0.37)	0.57 (0.48)	<.001	0.28
3. I was less hungry than usual.	0.54 (.61)	0.60 (.74)	.023	0.08
5. I felt so tired I just sat around and did nothing.	0.76 (.68)	0.84 (.73)	<.001	0.14
6. I was moving and walking more slowly than usual.	0.27 (.50)	0.43 (.66)	<.001	0.26
12. I felt like talking less than usual.	0.51 (.64)	0.73 (.77)	<.001	0.31
13. I was talking more slowly than usual.	0.15 (.40)	0.24 (.53)	<.001	0.18
Factor 3: Suicidality	0.20 (0.38)	0.29 (0.49)	<.001	0.19
16. I thought that life wasn't worth living.	0.18 (.43)	0.29 (.59)	<.001	0.21
17. I thought about death or dying.	0.21 (.47)	0.39 (.64)	<.001	0.32
18. My family would be better off without me	0.25 (.50)	0.26 (.56)	.799	0.01
19. I thought about killing myself.	0.16 (.41)	0.20 (.52)	.011	0.93
Factor 4: Cognitive Symptoms	0.37 (.38)	0.50 (.56)	<.001	0.25
8. I felt I was no good anymore.	0.36 (.55)	0.50 (.73)	<.001	0.21
9. I blamed myself for things that weren't my fault.	0.47 (.59)	0.57 (.74)	<.001	0.15
15. I thought there was nothing good for me	0.23 (.48)	0.38 (.64)	<.001	0.27
23. I hated myself	0.27 (.51)	0.49 (.73)	<.001	0.34
24. I felt I was a bad person.	0.43 (.58)	0.49 (.70)	.009	0.09
27. I felt lonely	0.41 (.59)	0.61 (.73)	<.001	0.29
28. I thought nobody really loved me.	0.33 (.57)	0.34 (.64)	.808	0.08
30. I thought I could never be as good as other kids	0.46 (.62)	0.67 (.75)	<.001	0.31
31. I did everything wrong.	0.37 (.56)	0.40 (.66)	.129	0.05
Factor 5: Agitated Distress	0.40 (.39)	0.76 (.58)	<.001	0.71
7. I was very restless.	0.37 (.54)	0.65 (.73)	<.001	0.42
21. I found it hard to think properly or concentrate	0.42 (.56)	0.92 (.71)	<.001	0.75
32. I didn't sleep as well as I usually sleep.	0.40 (.62)	0.72 (.80)	<.001	0.43

Note: significant level $p < .05$, Bonferroni correction adjusted $p < .002$.

4.4 Discussion

In the present study, we evaluated two proposed factor solutions and examined the measurement invariance of the MFQ across cultural groups. Gender invariance in each country was also assessed as a prerequisite for making valid cross-cultural comparisons results. We then compared the latent means in depression between Thai and British samples. The results indicate that a five-factor model of the MFQ showed good model fit in Thai and British samples. The measurement invariance examination of the MFQ yielded a full scalar invariant model across gender in both groups, meaning that the MFQ is comparable across females and males in Thailand and the UK. Furthermore, partial scalar invariance model was found across cultural groups. This finding suggests that although the MFQ shows differences on individual items, they are generally comparable across the two cultural groups, which provides the possibility for cross-cultural comparison in this study. In a comparison of latent means, the British sample reported a significantly higher mean MFQ score than the Thai sample on four factors (Vegetative Symptoms, Suicidality, Cognitive Symptoms, and Agitated Distress). However, means for the Core Symptoms factor were not significantly different between groups.

The findings indicate that partial scalar invariance of the five-factor model of the MFQ was evident after allowing six item intercepts to be different between Thai and British samples. One solution to the lack of scalar invariance is excluding noninvariant items before comparisons of observed or latent mean scores are made across cultures (Hair et al, 2019). It has been suggested that partial scalar invariance is sufficient for comparing latent means if at least two loadings in metric invariance and intercepts in scalar invariance per construct are invariant (Byrne et al., 1989; Hair et al., 2019). Our findings suggest that six

items (Items 10, 11, 22, 25, 29, and 33) were not equivalent between Thai and British samples. A possible explanation for these noninvariant items is that the Thai and British samples may have read and interpreted different meaning from the same MFQ items because of important cultural differences. For example, Item 11 “I felt grumpy and cross with my parents” was noninvariant across two groups. Response to this question may reflect cultural expectations about how emotions are regulated and expressed (Matsumoto et al., 2010; Butler et al., 2007). Collectivistic cultures, such as Thailand are relatively less expressive of anger towards ingroups (i.e. family and peer) as this can be perceived as inappropriate, and emotional suppression is encouraged, especially with authority figures (e.g. parents; Holmes & Tangtongtavy, 2000). In comparison, individualistic cultures (e.g. the UK) are associated with greater expression of negative emotions and lower expectations that emotions will be suppressed (Matsumoto et al., 2010; Matsumoto, 2006). Accordingly, it is reasonable to suggest that Thai adolescents may have interpreted the wording of this question and its acceptability differently than British adolescents.

Comparison of the latent means highlighted that the British sample had a significantly higher mean scores than the Thai sample on the Agitated Distress and Vegetative Symptoms factors (e.g. items that included sleep disturbance, fatigue or loss of energy, appetite disturbance, psychomotor disturbance). These findings are in line with previous studies that have found that Asian young people recruited from the community samples reported similar or lower rates of somatic symptoms than their Western counterparts (Yen et al., 2000; Iwata & Buka, 2002; Wu et al., 2012; Weiss et al., 2009). Furthermore, the British sample reported significantly higher cognitive symptoms (i.e. self-perceptions) than the Thai sample. Similar results have been reported suggesting that

Western individuals tend to emphasise the cognitive symptoms compared to non-Western individuals (Stewart et al., 2004; Ryder et al., 2008; Huang et al., 2016). However, the mean score on the Core Symptoms factor (e.g. depressed mood and anhedonia) was not significantly different between Thai and British samples, consistent with previous findings between Thai and the US adolescents (Weiss et al., 2009).

These data have potential clinical implications. They suggest that attention to cultural norms regards to experience and expression of depression that can be important as part of culturally measures and treatment practices (Dutton-Chentsova et al., 2014; Shafi & Shafi, 2014). Clinicians will also find it useful to understand cross-cultural differences in depression epidemiology and symptomology between Western and non-Western countries. The expression and intensity of the symptoms may vary from culture to culture (López et al., 2000). Therefore, it is crucial for the clinicians to become familiar with these variations to accurately assess the patient who is at risk of depression. In addition to detection of depression, clinicians can also explore and understand patients' personal and cultural background to help them develop an appropriate treatment plan (Kirmayer et al., 2013).

The main strength of the present study is the large community sample of adolescents from two nations: Thailand and the UK. Moreover, gender invariance was also assessed to ensure that the latent means comparison was valid across cultures. Findings of the MGCFA indicate that a five-factor model of the MFQ is comparable across females and males in Thailand and the UK and that differences in observed MFQ scores between females and males reflect true differences in depression symptoms. Thus, the MFQ is likely to be a valid measure of depression for both female and male adolescents. Several

limitations should however be considered when interpreting our findings. First, our data were not normally distributed in both Thai and British samples. This is to be expected in a screening questionnaire completed by participants in community settings who are likely to have relatively low levels of symptoms. Although the goodness-of-fit indices used in this study are rarely affected by the distribution, the CFA findings should be interpreted with caution, and Type 1 error cannot be excluded as an explanation for the results (Ryu, 2011).

Second, the British group comprised adolescents from many ethnic subgroups, this reflects the local demographic and the area where the study was conducted but the relatively large proportion of participants who were an Asian ethnic background (34%) may have made the two samples more similar than would be found in a randomly selected sample of young people. In addition, although the Thai group were 100% Thai nationality, it may include those from different ethnic subgroups, e.g. Chinese, Malay, Khmer, and hill tribe. Future research should collect further information on ethnic origin background and investigate these potential effects on comparison results.

In addition, as unidimensional and multidimensional models of the MFQ have been proposed, future research should examine an alternative structural model, a bifactor model, which is a latent structure where each item loads simultaneously on a broad general factor and specific constructs (Chen et al., 2006; Reise et al., 2012). This general factor reflects the conceptually broad construct of *Depression* and would represent more focused constructs e.g., “Core Symptoms”, “Vegetative Symptoms”, “Suicidality”, “Cognitive Symptoms”, and “Agitated Distress”.

4.5 Conclusion

This study suggested that the MFQ held up well as a multidimensional scale as evidenced by the good fit of the five-factor solution. The findings of measurement invariance of the MFQ across gender and cultures in Thai and British samples support the construct validity of the scale for the purposes of comparative research. Empirical evidence of measurement invariance of the MFQ could fill an essential gap in the literature and enhance understanding of its potential cross-cultural validity and depression symptoms differences across cultures.

4.6 References

- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Form & Profiles*. Burlington.
- Ainur, A. K., Sayang, M. D., Jannoo, Z., & Yap, B. W. (2015). Sample size and non-normality effects on goodness of fit measures in structural equation models. *Pertanika Journal of Science and Technology*, 25(2), 575–586.
<https://www.researchgate.net/publication/299430159>
- Angold, Adrain, Costello, E. J., & Messer, S. C. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237–249.
- Angold, Adrian, Costello, E. J., & Pickles, A. (1987). The development of a questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *Medical Research Council Child Psychiatry Unit*.
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Banh, M. K., Crane, P. K., Rhew, I., Gudmundsen, G., Stoep, A. Vander, Lyon, A., & McCauley, E. (2012). Measurement equivalence across racial/ethnic groups of the mood and feelings questionnaire for childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(3), 353–367. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9569-4>
- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, Applications, and Programming*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Byrne, B. M., Shavelson, R. J., & Muthén, B. (1989). Testing for the Equivalence of Factor Covariance and Mean Structures: The Issue of Partial Measurement

- Invariance. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.3.456>
- Chen, F. F., West, S. G., & Sousa, K. H. (2006). A comparison of Bifactor and Second-order models of Quality of life. *Multivariate Behavioral Research*, *41*(2), 189–225. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr4102_5
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Daviss, B. W., Birmaher, B., Melhem, N. A., Axelson, D. A., Michaels, S. M., & Brent, D. A. (2006). Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *47*(9), 927–934. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01646.x>
- Dutton-Chentsova, Y., Ryder, A., & Tsai, J. (2014). Understanding Depression across Cultural Contexts. In I. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression Third Edition* (3rd ed., pp. 337–348). Guilford.
- Fox-Wasylyshyn, S. M., & El-Masri, M. M. (2005). Focus on Research Methods Handling Missing Data in Self-report Measures. *Research in Nursing & Health*, *28*, 488–495. <https://doi.org/10.1002/nur.20100>
- Fuseekul, N., Orchard, F., & Reynolds, S. (2021). Psychometric properties of the Thai Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) for adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *15*(17). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00372-8>
- He, J., & Vijver, F. van de. (2012). Bias and Equivalence in Cross-Cultural Research. *Online Readings in Psychology and Culture*, *2*(2), 3–19. [/https://doi.org/10.9707/2307-0919.1111](https://doi.org/10.9707/2307-0919.1111)
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. *Online Readings in Psychology and Culture*. <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>

- Hofstede, G. H. (1980). *Culture's consequences: international differences in work-related values. Cross-Cultural Research and Methodology series.*
<https://doi.org/10.5465/AME.2004.12689661>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling.* <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jeffreys, M., Rozenman, M., Gonzalez, A., Warnick, E. M., Dauser, C., Scahill, L., Woolston, J., & Robin Weersing, V. (2016). Factor Structure of the Parent-Report Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) in an Outpatient Mental Health Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology.* <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0108-6>
- Jung, E., & Yoon, M. (2016). Two-Step Approach to Partial Factorial Invariance: Selecting a Reference Variable and Identifying the Source of Noninvariance. *Structural Equation Modeling,* 1–15.
<https://doi.org/10.1080/10705511.2016.1251845>
- Kent, L., Vostanis, P., & Feehan, C. (1997). Detection of major and minor depression in children and adolescents: evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines,* 38(5), 565–573. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01543.x>
- Lei, M., & Lomax, R. G. (2005). The effect of varying degrees of nonnormality in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling.*
https://doi.org/10.1207/s15328007sem1201_1
- López SR & Guarnaccia PJ. (2000). Cultural psychopathology: uncovering the social world of mental illness. *Annu Rev Psychol.*
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.571>.
- Meade, A. W., & Wright, N. A. (2012). Solving the measurement invariance anchor item problem in item response theory. *Journal of Applied Psychology.*
<https://doi.org/10.1037/a0027934>
- Reise, S. P. (2012). The Rediscovery of Bifactor Measurement Models. *Multivariate Behavioral Research,* 47(5), 667–696.

<https://doi.org/10.1080/00273171.2012.715555>

Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening for Adolescent Depression: A Comparison of Depression Scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *30*(1), 58–66.

<https://doi.org/10.1097/00004583-199101000-00009>

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin Journal*, *143*(8), 783–822.

<https://doi.org/10.1037/bul0000102>

Steenkamp, J. B. E. M., & Baumgartner, H. (1998). Assessing measurement invariance in cross-national consumer research. *Journal of Consumer Research*, *25*, 78–90.

<https://doi.org/10.1086/209528>

Step toe, A., Tsuda, A., Tanaka, Y., & Wardle, J. (2007). Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine*.

<https://doi.org/10.1007/BF03004175>

Vandenberg, R. J., & Lance, C. E. (2000). A Review and Synthesis of the Measurement Invariance Literature: Suggestions, Practices, and Recommendations for Organizational Research. *Organizational Research Methods*, *3*(1), 4–70.

<https://doi.org/10.1177/109442810031002>

Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. M., & Eastman, K. L. (1993). Behavioral and Emotional Problems Among Thai and American Adolescents: Parent Reports for Ages 12-16. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*(3), 395–403. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.3.395>

Whittaker, T. A. (2012). Using the modification index and standardized expected parameter change for model modification. *Journal of Experimental Education*, *80*(1), 26–44. <https://doi.org/10.1080/00220973.2010.531299>

Wood, A., Kroll, L., & Moore, A. (1995). Properties of the Mood and Feelings Questionnaire in Adolescent Psychiatric Outpatients: A Research Note. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry, 36(2), 327–334. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01828.x>

Yoon, M., & Millsap, R. E. (2007a). Detecting violations of factorial invariance using data-based specification searches: A Monte Carlo study. *Structural Equation Modeling*, 14(3), 435–463. <https://doi.org/10.1080/10705510701301677>

Yoon, M., & Millsap, R. E. (2007b). Detecting violations of factorial invariance using data-based specification searches: A Monte Carlo study. *Structural Equation Modeling*. <https://doi.org/10.1080/10705510701301677>

5. CHAPTER 5: ‘Developing mental health education training for teachers in supporting students with depression in Thai secondary schools’

5.1 Introduction

Schools have an important role to play in supporting the mental health and wellbeing of their students. School can promote the welfare of students by preventing impairment of mental health and helping young people to have the best outcomes. School-based mental health education programmes have become increasingly prevalent in many countries. The majority of research on mental health education has been carried out in Western countries, e.g. the UK, the US, Australia, and many countries in Europe (Furnham & Hamid, 2014; Kutcher et al., 2013). Lack of accessibility to mental health care is a main barrier for young people not seeking help and not receiving treatment especially in the countries that have faced challenging issues in mental health resources, i.e. low-and middle-income countries (LMICs). Therefore, prevention and early intervention for young people with depression has the potential to minimise the impact of a serious mental health condition. A potential context for introducing depression prevention programmes in the general population of young people is the school context. As adolescents spend a great deal of time at schools therefore there is an opportunity for schools to play a crucial role in promoting adolescent good mental health and development.

In Thailand, schools are among the most important settings for reaching out to Thai young people and their families. In general, Thailand's education mandates nine years of basic education and is free for all Thai children from ages six (primary education) to fifteen (lower secondary education). The enrolment rate of compulsory education in Thailand was 96% (Education Council, 2015). However, upper secondary education is not compulsory (starts at the age of 16 to 18). Once basic education is completed, only 55% of adolescents in these age groups enrolled in high schools or lower vocational schools (Thailand, 2019).

There are three main schools in Thailand: public schools (government schools), private schools, and international schools. Public schools in Thailand are free for Thai nationals and administered by the government. Due to budgetary limitations, rural public schools are generally less well equipped than the schools in the cities. Most public schools in those areas lack facilities and often have overcrowded classrooms and inadequate monitoring of students' progress and welfare. On the other hand, private and international schools that school fee paid by parents are usually of a very high learning standard, and the class sizes are small. These schools are almost always well-financed, well-equipped facilities and have an impressive range of extra-curricular activities. The majority of private schools and international schools are located in Bangkok, the capital of Thailand.

To sum up, schools in Thailand have the potential to prevent the onset of mental health problems. Mental health promotion can make useful links between education and health care sectors, and can include school staff, families and communities (Fazel et al., 2014). However, to fulfil this role and effectively promote mental health in schools, teachers would need to have relevant knowledge and skills to support adolescents with mental health difficulties. There is also no research examining teachers' perceptions of the current mental health needs in Thai schools and mental health education training for teachers is not routine in Thailand at pre-qualification or following qualification (Nishio et al., 2020). Therefore, there were two aims of this study, including (1) to explore Thai secondary teachers' perception of mental health needs of students with symptoms of depression in schools and (2) to develop an evidence-based mental health education training programme for secondary school teachers and examine the feasibility of delivering the training programme.

This chapter describes a study that is presented in two parts.

Chapter 5a: Teachers' perception of current mental health needs of students with symptoms of depression.

The rationale for this chapter was to explore teachers' perception of current mental health needs of students with symptoms of depression in Thai school contexts and to understand the most common concerns of teachers towards supporting students with symptoms of depression in schools, e.g. barriers for addressing depression, issues related to their experience, and their mental health knowledge and skills. In this study, ten secondary school teachers took part in a semi-structured interview. The findings from this chapter provide insightful information on what practical solutions can be used to support teachers to provide appropriate care for Thai adolescent depression in Chapter 5b.

Chapter 5b: Implementing a mental health training programme about depression for teachers in Thai schools: A feasibility study.

In this chapter, we set out to develop a training programme on adolescent depression for Thai secondary school teachers. Building on what was learnt in Chapter 5a, an online survey was conducted to establish the specific the training needs of Thai secondary school teachers, including mental health knowledge, skills, and training experiences with regards to adolescent depression. The survey results were used to inform the development of a training programme, and a feasibility study was conducted.

This chapter (survey and development of training) is presented in paper that is under review in *Journal of Mental Health Training Education and Practice*.

5.2 Chapter 5a: Teachers' perception of current mental health needs of students with symptoms of depression

5.2.1 Introduction

This chapter presents exploratory qualitative work that provides information about teachers' perceptions regarding supporting students with symptoms of depression, and about the Thai education system related to mental health promotion in school in Thailand. Thailand has faced significant mental health challenges because of limited mental health services for young people (Kongsuk et al., 2017). The Thai Ministry of Public health cooperates with the Ministry of Education to acknowledge the importance of mental health prevention and promotion in community settings, e.g. schools (Department of Mental Health, 2017), but mental health awareness and education in Thai community settings are lacking (Nishio et al., 2020). The provision of child and adolescent mental health (CAMH) interventions in school has been recognised for its potential to prevent the onset of mental health problems and to reduce the incidence of mental illnesses (Fazel et al., 2014; Opler et al., 2010). Schools are considered well placed in promoting student mental health and addressing mental health literacy as a foundation for mental health promotion and mental health care (Gimba et al., 2020; Kutcher et al., 2013).

In Thailand, with regards to promoting mental health in schools, the Thai Ministry of Education and the Ministry of Public Health proposed the National Education Act (1991) to introduce student care and support system. The aim of this policy is to encourage teachers and school staff to promote mental health and support well-being at school. In the student care and support system, "subject teachers" are those who deliver a specific subject (e.g. Mathematics, History, Biology), have a degree in education and work as classroom

teachers. They are responsible for monitoring the student, organising the classroom and taking care of students' learning progress. Subject teachers are required to visit their students' home at least once each school year to get to know students' families and early detection of potential behavioural concerns. In addition, classroom teachers are required to administer the Thai Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Woerner et al., 2011) to identify students' behavioural and mental health issues and report data to Educational Service Area office (National Education Act, 1991).

In addition, a "guidance teacher" is a teacher who has a degree in educational psychology or clinical psychology and has the primary responsibility for students' welfare and well-being and provides guidance services for students in schools. There are five components of the guidance service in Thai schools, including (1) individual inventory service; which aims to gather systematic records of students' personal information of monitoring and evaluation of their academic and personal well-being, e.g. psychological measurement instruments (2) information service; which provides students with knowledge of educational, vocational, and personal-social opportunities (3) counselling service; which helps students to discover and develop their educational and vocational planning and also resolve emotional or behavioural problems (4) placement service; which aims to help students in accordance with the potential, interests and talents in a variety of school programmes (5) follow-up service; which aims to determine if the goals of the four services are fulfilled and to gain feedback from anyone who has received guidance services to improve the sufficiency of the guidance programme (National Education Act, 1991).

There was little evidence about implementing mental health practice in Thai schools. Research in Thailand has also yet to determine teachers' perspectives regarding supporting students with depression, and about the Thai education system related to mental health promotion in school in Thailand (Nishio et al., 2020). To establish how best to support teachers to provide the appropriate care for Thai adolescent depression, it is important to explore Thai teacher's perceptions of current mental health needs of students with symptoms of depression, working with both subject and guidance teachers and identifying their needs. This study involved semi-structured interviews with 10 secondary school teachers. The interview elicited information about the teachers' perception about depression in adolescents, their attitude and experience in supporting students with depression, and barriers to supporting mental health needs in school settings.

5.2.2 Methods

Participants and recruitment

Eligible participants were teachers in secondary schools (student aged 12-18 years old) in Thailand. The sample was recruited via social networks, i.e. Facebook. Fifteen teachers were interested in taking part in the study. Six subject teachers (teachers deliver teaching in a specific subject, e.g. Mathematics, History, Chemistry) and six guidance teachers (teachers who responsible for supporting students' welfare) were invited to take part in the interview. Ten teachers, three males (30%) and seven females (70%), gave consent to take part and two did not respond to requests to participate. Following consent, participants were contacted via email or text and invited to arrange a convenient appointment for the interview via Skype or telephone with the researcher. Five subject and five guidance teachers completed the interview (see Table 5.1).

Table 5. 1 Participants demographics characteristics

Pseudonym	Gender	Teaching subject	Years of experience	Type of school
Cheer	Male	Physical Education	1-5 years	Public school
Boy	Male	Career and Technology	11-15 years	Private school
Apple	Female	Guidance	6-10 years	Public school
Aim	Female	Guidance	6-10 years	Private school
Tae	Female	Guidance	6-10 years	Private school
Star	Female	English Language	6-10 years	Public school
Bank	Male	Guidance	1-5 years	Public school
Nil	Female	Science	31-35 years	Public school
Fai	Female	Mathematics	1-5 years	Public school
Nong	Male	Guidance	11-15 years	Public school

Procedure

This study was approved by the University of Reading Research Ethics Committee (2019/150). Informed consent from all respondents were obtained through an online form. Gender, years of experience, and the subject area taught were collected.

One-to-one, semi-structured interviews were conducted with teachers by the researcher. All interviews were conducted by Skype call and in the Thai language. At the beginning of the interview, the researcher briefed the participant about the purpose and the format of the interview. All participants consented to be audio recorded and for the

researcher to take brief notes during the interview. Each interview lasted between of 30-45 min.

Topic guides were used to facilitate responses. Open questions explored the following areas (1) Teachers' awareness of and knowledge about adolescent depression, e.g. 'Are you able to recognise the signs that student might be depressed?' (2) Teachers' experience working with students with symptoms of depression, e.g. 'Have you had the experience providing intervention for students with depression?' and (3) Barriers that teachers perceived to promoting students with depression in school, e.g. 'What do you think are the barriers to promoting students' mental health in school?' (see Appendix 4.6).

Data analysis

Qualitative research

Qualitative research is an exploratory scientific method that involves a description of things and interpretations. The subjective nature of qualitative research may introduce researcher bias on study questions, data collection methods, and data analysis with the personal agenda of the researchers (Noble & Smith, 2015; Galdas, 2017). It is recognised that clear guidance is needed on the practical aspects of conducting qualitative analysis to maintain objectivity and avoid bias (Maguire & Delahunt, 2017). Therefore, Thematic analysis (TA) was used to identify and analyse patterns of meaning in the dataset, highlighting the most salient clusters of contents. Braun & Clarke (2006) six-steps of thematic analysis method is the most effective approach that offers a clear and usable framework for doing TA. These are, (1) the researcher (NF) became familiar with the data by reading and re-reading the text to identify keywords (2), researcher generating initial codes by conducting a line by line coding to interpret and capture the essence of the data

(3) codes were combined into potential themes which reflected significant patterns in the data (4) themes were reviewed in relation to the coded extract (5) themes were sorted into potential meaningful names based on their relation and were reviewed by the research team (NF, SR, and FO), and (6) agreed themes were finalised, and quotations illustrative of each theme were then identified.

In line with this process, audio records and notes from the interview were transcribed into a Thai written form by the researcher. The coding process was conducted in the Thai language to maintain its meaning and following analysis interpretation from Thai to English was carried out to present the results. The researchers considered their own sources of bias and prior assumptions, including knowledge and experience gained from working in young people mental health services and conducting research into young people’s mental health.

5.2.3 Results

The data were captured in three main themes, all with subthemes according to topic: 1) teachers’ perception of depression in adolescents; 2) teachers’ experience in supporting students with depression, and 3) barriers to promoting students’ mental health (see Table 5.2)

Table 5. 2 Themes and sub-themes of the interview results

Themes	Subthemes
Teachers’ perception of depression in adolescents	1. Knowledge about depression in adolescents 2. Recognition of depression symptoms in school 3. Teachers’ attitude towards their role in supporting students’ mental health

Teachers' experience in supporting students with depression	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teachers' role in promoting students' mental health 2. Early identification of mental health at school
Barriers to promoting students' mental health	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individual barriers 2. Structural barriers 3. Lack mental health training

Theme 1: Teachers' perception of depression in adolescents

This theme described teachers' knowledge about depression in adolescents and their attitude towards their roles in supporting students' mental health.

Sub-theme 1.1: Knowledge about depression in adolescents

Teachers provided a variety of perceptions about depression in adolescents. All teachers knew the word "*Depression*" (in Thai language "ซึมเศร้า" [seum sao]). Some teachers did not give a clear explanation regarding what depression is but provided a range of behavioural problems related to depression symptoms. These included 'withdrawn', 'behaviour changes', 'silent', and 'school absent'. Some participants also highlighted causes of depression in adolescents. These frequently included internal factors, e.g. low self-esteem and biological factors. For example,

"Depression is caused by low self-esteem, feeling abandoned from groups, feeling unloved" (Apple, guidance teacher).

"I don't know much about depression, but I think it related to the neurotransmitter in the brain that not well functioning" (Fai, subject teacher).

In addition, some participants believed that environmental factors, e.g. parental pressure on academic performance can be the root of adolescent depression. For example,

“There is a bright student who won the national science Olympiad suffering from depression. Now he is in the final year of secondary school. He is expected and forced to become a doctor by his parents. He has spent much time on a private tutor course. I think he is unable to cope with these pressures anymore, and now his behaviours have changed, e.g. not talking, withdrawn, and has worsened academic performance” (Boy, subject teacher).

Sub-theme 1.2: Recognition of depression symptoms in school

Most teachers found it difficult to recognise depression symptoms because they considered that these were internal and subjective.

“It hard to spot the signs of depression in the classroom because students sometimes do not exhibit any symptoms. They all look happy and cheerful. I would know it when they come to me and ask for help” (Aim, guidance teacher).

“Actually, it is hard to tell. Depression symptoms are too hard to be recognised until I notice that their behaviours have changed, e.g. their work standard or grade dropping” (Boy, subject teacher)

Despite the previous responses in difficulty recognising symptoms of depression, one guidance teacher in private schools said she has confidence in identifying students who experience depression.

“During teaching, I always observe students’ behaviours. I can recognise some signs of depression symptoms, e.g. they are not happy like they used to be, they withdraw from friends and school activities. Then I talk with them and see if they need help or anything” (Tae, guidance teacher).

Sub-theme 1.3: Teachers’ attitude towards teachers’ role in supporting students with depression

This theme focuses on teachers’ viewpoint on their role with students who are depressed. Most teachers showed positive feelings towards supporting students with depression. For example,

“Our school supports students in many areas. We also encourage guidance teachers to attend courses related to supporting students’ mental health. We are ready to support and provide help to students as much as we can” (Nill, subject teacher).

“I am interested in mental health and want to know more about it. I want to know how to communicate with them and want them to trust me in supporting them” (Fai, subject teacher).

“I have depression, and I know what it is like. Depression is serious. I understand what they have been through. Children cannot deal with this alone. School should establish early detection of depression, e.g. screening before it too late” (Cheer, subject teacher.)

However, one guidance teacher described concerns about their responsibility and their role in promoting students’ mental health. His responses also indicated that promoting students’ mental health is not teachers’ job as teachers are already have a heavy workload

and that professionals such as school psychologist should take primary responsibility to do so.

“Guidance teacher’s primary job is to teach guidance subject and provide 5 guidance services. We are not a psychologist that can provide screening or providing counselling for students with mental health problems. We don’t have enough knowledge to do that. It’s more like we have given the additional tasks and we don’t have adequate skills and experience to deal with them” (Nong, guidance teacher).

Theme 2: Teachers’ experience in supporting students with depression

This theme focuses on teachers’ experience in preventing and helping students with depression in school.

Subtheme 2.1: Teachers’ role in promoting students’ mental health

The findings from the interviews revealed different perceptions of responsibilities between subject and guidance teachers in promoting mental health in students. There is also a perceived difference in teachers’ role between teachers in private school and public school.

“Teachers are required to do home visit of every student’s home once a term for keeping in touch with their families. This visit makes school and families work collaboratively in helping students in many areas. When students have any problem, we can provide initial help and contact their families right away” (Nill, subject teacher).

“In my school, every classroom teacher needs to be an advisor for students and take care of students if they need any help” (Bank, subject teacher).

Guidance teachers are responsible for students’ welfare and well-being, but this depends on their school’s policy and system. Although providing counselling for students is one of their roles, guidance teachers who worked in public schools mentioned their primary responsibility to support students with special needs, educational planning, and career development rather than supporting students with mental health problems.

“Personally, I barely talked with students with depression, just only two students since I’ve worked here. I generally work with students with special needs (autism, learning disabilities, ADHD) and students who want to talk about their academic performance, their career choices because many students are experience anxiety when applying to university” (Apple, guidance teacher).

“I’m the head guidance teacher, but I’m not too close to student to talk about their problems. Most students come to me to discuss their portfolio for applying to college or choosing a major. Students rarely talk about their personal or their mental health problems to me” (Nong, guidance teacher).

However, guidance teachers who work in private schools indicated that apart from supporting students with career plans, one of their main responsibilities is providing initial help to students with mental health problems.

“Our guidance department is given full support from the school to support students’ mental health. There are two guidance teachers who have clinical psychology degree to

provide counselling service for students and also refer to mental health hospital when needed” (Aim, guidance teacher).

“I always tell students to come to me when they need help. I use a screening questionnaire to identify if they have depression symptoms and provide counselling session if they want to talk” (Tae, guidance teacher).

Subtheme 2.2: Early identification of depression symptoms at school

Although as part of student care and support system of the National Education Act (1991) teachers are encouraged to use the Strengths and Difficulties Questionnaire Thai version (SDQ; Woerner et al., 2011), there are some problems with the implementation in schools as teachers have no guidelines regarding what to do with the data.

“Generally, subject teachers conduct the SDQ in their classroom and then send them to school administrator who will gather all data and send it back to the Educational Service Area office” (Bank, guidance teacher).

“We conduct the SDQ with students in school, and we don’t know what to do next. We just report the number of students who have difficulties to school administrator then do nothing about it” (Nong, guidance teacher).

As there is no national guidance about depression screening in young people, some guidance teachers mentioned that they had used depression screening questionnaire online (e.g. CES-D) on Department of Mental Health website (Tae, guidance teacher; Cheer, subject teacher) and Depression and risk of suicide questionnaire on the mental health hospital website; Manarom hospital (Aim, guidance teacher).

Theme 3: Barriers to promoting students' mental health

Subtheme 3.1: Individual barriers

Most teachers indicated that they lack knowledge and skills related to students' mental health. They perceived that lacking knowledge about mental health problems could result in treating students with depression in an inappropriate way.

“As a guidance teacher, I know depression is a serious illness. But I don't think that most teachers out there would know and understand it. Some guidance teachers do not have a psychology degree or have enough knowledge about depression. Some might mistreat students with inappropriate language if they don't understand student” (Apple, guidance teacher).

“I don't feel confident in helping a student with depression. I don't know how to talk to them. I afraid that my wording might hurt their feelings” (Fai, subject teacher).

Subtheme 3.2: Structural barriers

A few teachers in public schools emphasised that their schools lack a school mental health policy in their schools. There is also a lack of collaboration between subject and guidance teachers in the school, which is a critical structural barrier in promoting students' mental health.

“There is no clear guideline in school policy and practice related to supporting students' mental health within the school. We don't know what to do.” (Fai, subject teacher).

“In the Ministry of education’ policy, one mentioned that each school would be allocated psychologists or counsellors to support students’ mental health, but I don’t see one at my school. I’ve been waiting for four year, but nothing happened” (Nong, guidance teacher).

Most teachers in public schools reported that guidance teachers in their schools are unable to support students’ mental health as they do not have a psychology degree and have no relevant experience. Cheer said,

“I know that there is a guidance teacher in school that would help students with mental health problems, but they don’t have degree in psychology, so I’m not sure if they can help. I really don’t know the process on how to transfer a student to them. It seems like when a student has problem, most teachers refer them to school administrators instead”

However, teachers from private schools mentioned that their schools have mental health policies and guidelines to support with students with mental health problems. Some subject teachers viewed co-operation between subject teachers and guidance teachers as a condition for the implementation of promoting students’ mental health.

“In my school, classroom teachers know all information about their students. When a student has problems, we collaborate with guidance teachers who are responsible for supporting students’ mental health. They know what to do next and refer to external services if needed” (Boy, subject teacher).

Subtheme 3.3: Lack mental health training

It is clear from the data that all teachers perceived that their poor mental health knowledge and limited skills were the main barrier to support students' mental health. Importantly, all teachers had no training experience in supporting student with depression. They all agreed that mental health training for teachers is needed.

“I think teachers should know what to do and not do when helping students with depression, and the training would be beneficial” (Nill, subject teacher)

“In my experience, most mental health training taking place in Bangkok, but there is no such training in the North. I have never seen it” (Tae, guidance teacher)

“I want to know about how to provide initial help for students with mental health difficulties. Actually, my schools have a wide range of training but not in mental health areas. I think if we have the training, we will be able to support our students” (Boy, subject teacher).

5.2.4 Discussion

In this exploratory study, the aim was to understand teachers' perception of current mental health needs of adolescent with symptoms of depression and their concerns towards supporting students with depression in schools. Five subject teachers and five guidance teachers with different responsibilities for students' welfare were interviewed to explore Thai school contexts related to mental health promotion in schools.

Most teachers described positive feelings towards supporting students with depression and felt that it is the schools' responsibility to support students with mental health needs. These findings align with evidence that teachers in other high-income countries (e.g. the UK and the US) perceive their roles as involving promotion of students' mental health (Shelemy et al., 2019; Reinke et al., 2011). Young people who suffer with mental health problems often seek help from familiar people, e.g. their teacher (Jorm et al., 2010; Rickwood et al., 2007). Furthermore, teachers see their students nearly every day and are able to notice behavioural changes. Thus, they can play a crucial role in identifying the depression symptoms and supporting students who experience it (Fazel et al., 2014; Jorm et al., 2010; Reinke et al., 2011).

All guidance teachers and some subject teachers reported that they had experience working with young people who had experienced depression, but most of them did not clearly explain what depression is. In addition, most teachers found it difficult to identify depression symptoms and considered them to be internal and subjective. These findings suggest that if teachers can better understand the characteristics of depression and recognise it, they can reach out to more young people who need help and intervene with appropriate and timely support. However, the findings also highlighted that most teachers lacked knowledge and skills related to adolescent depression and it makes teachers feel less confident in supporting students who need help. Importantly, all teachers had no training experience in supporting student with depression. They all agreed that mental health training for teachers is needed.

In the Thai schools' student care and support system (1991), different roles are described for guidance teachers and subject teachers in supporting mental health in

students. However, there are problems with the implementing and maintaining mental health practices in schools. For example, early identification of depression in schools is recognised as one of the key principles of effective mental health promotion and prevention (Barry et al., 2013), but subject teachers mentioned they use the SDQ to assess students' behavioural and mental health problems in line with National Education Act (1991) policy, but there is no clear guideline about what to do with the data. This similar finding was also reported in the previous study (Kwaunpanomporn, 2017). Likewise, most guidance teachers did not use valid self-report depression symptom measures to identify child and adolescent who are at risk of depression in schools as there is no national guidance about depression screening in Thai young people.

In addition, guidance teacher should have a degree in educational psychology or clinical psychology in line with Ministry of Education policy, in reality some guidance teachers do not have psychological degree, and they are subject teachers who are assigned and allocated to work in this position. These situations were reported to be one of the main issues of schools' student care and support system in several schools, especially in public schools (SESAO 9). Thus, with significant role as advisor for adolescents, those guidance teachers have limited knowledge and skills in supporting students with mental health issues. All of them had experience in taking care of adolescents with depression and some had experienced related with suicidal problems. The lack of knowledge and skills related to adolescent mental health makes teachers feel less confident in supporting students who need helps. Importantly, all subject and guidance teachers had no training experience in supporting student with depression. They all agreed that mental health training about depression adolescence for teachers is needed.

Furthermore, interviewees also identified structural barriers in schools, especially in public schools which had no clear mental health policy and no clear guideline about promoting adolescents' mental health. These challenges are shared by many LMICs, where they are also faced with policy implementation difficulties (Nishio et al., 2020; Zhou et al., 2020). Therefore, long-term collaboration and coordination from different sectors, e.g. government, stakeholders, researchers, mental health specialists, and school teachers is needed to overcome these challenges (Zhou et al., 2020).

It is a strength of this study that subject teachers and guidance teachers who are working with students with symptoms of depression were recruited. This provided diversity among participants regarding responsibilities and work experiences with adolescents' mental health. However, although this exploratory qualitative study offers rich data, the interviews were conducted and analysed by one researcher, which may introduce bias. Likewise, the researcher's personal experiences, including knowledge and experience gained from working in young people mental health services and conducting research into young people's mental health, may influence the conduct and interpretation of results.

5.2.5 Conclusion

Thai teachers believed that they should support the mental health needs of adolescents. However, there are some challenges in successfully implementing the student care and support system in Thai schools as subject teachers do not have enough resources, knowledge, and skills necessary to support students who experience depression or other mental health problems. Likewise, most guidance teachers do not have training experience

about depression in adolescents. This suggests that mental health training about adolescent depression for Thai teachers is needed.

The findings also suggest that mental health training for teachers should focus on improving knowledge on recognising and understanding common symptoms of depression in adolescents. This knowledge can help teachers better understand the characteristics of depression in adolescents and can recognise these symptoms among their students. Moreover, training curriculum should include information related to early identification of depression in adolescent as now there is no clear national national guidance about using depression measure in Thai young people. Early intervention to identify issues and provide effective support for adolescents is crucial so that teachers can reach out to more young people who need helps and intervene with appropriate and timely support.

5.2.6 References

- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, *13*(1), 835.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Department of Mental Health. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต [The mental health strategy for Thailand from 2017-2021], Pub. L. No. 12 (2017). Thailand.
<https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/แผนทั่วยุทธฯ-ฉบับสมบูรณ์.pdf>
- Fazel, M., Patel, V., Thomas, S., & Tol, W. (2014). Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70357-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70357-8)
- Furnham, A., & Hamid, A. (2014). Mental health literacy in non-western countries: A review of the recent literature. *Mental Health Review Journal*, *19*(2), 84–98.
<https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2013-0004>
- Galdas, P. (2017). Revisiting Bias in Qualitative Research: Reflections on Its Relationship With Funding and Impact. *International Journal of Qualitative Methods*, *16*(1–2). <https://doi.org/DOI: 10.1177/1609406917748992>
- Gimba, S. M., Harris, P., Saito, A., Uдах, H., Martin, A., & Wheeler, A. J. (2020). The modules of mental health programs implemented in schools in low- and middle-income countries: findings from a systematic literature review. *BMC Public Health*.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09713-2>
- Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Sawyer, M. G., Scales, H., & Cvetkovski, S. (2010). Mental health first aid training for high school teachers: A cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-51>
- Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO*

South-East Asia Journal of Public Health, 6(1), 34–48.

<https://doi.org/10.4103/2224-3151.206162>

Kutcher, S., Wei, Y., McLuckie, A., & Bullock, L. (2013). Educator mental health literacy: A programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. *Advances in School Mental Health Promotion*. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784615>

Kwaunpanomporn, T. (2017). Depression Risk Assessment Tool for Adolescents. *Psychiatric Nursing*, 32(3), 343–347. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.023>

Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. *All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 8(3351–33514).

National Education Act. (1991). คู่มืออกรุ ระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน [Student care and support system manual]. <https://www.dmh.go.th/ebook/dl.asp?id=25>

Nishio, A., Kakimoto, M., Bernardo, T. M. S., & Kobayashi, J. (2020). Current situation and comparison of school mental health in ASEAN countries. *Pediatrics International : Official Journal of the Japan Pediatric Society*. <https://doi.org/10.1111/ped.14137>

Noble, H., & Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence Based Nursing*, 18(2). <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102054>

Opler, M., Sodhi, D., Zaveri, D., & Madhusoodanan, S. (2010). Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*.

Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R., & Goel, N. (2011). Supporting Children’s Mental Health in Schools: Teacher Perceptions of Needs, Roles, and Barriers. *School Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1037/a0022714>

Rickwood, D., Deane, F. P., & Wilson, C. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(7), S35–S39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>

SESAO9. (2020). ข้อมูลงานแนะแนวโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 9 [Guidance

service information of schools in SESAO 9]. Supanbury.

http://www.mathayom9.go.th/websp9/upload/information/051115101621_1.pdf

Shelemy, L., Harvey, K., & Waite, P. (2019). Supporting students' mental health in schools: what do teachers want and need? *Emotional and Behavioural Difficulties*, 24(1). <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1582742>

Woerner, W., Nuanmanee, S., Becker, A., Wongpiromsarn, Y., & Mongkol, A. (2011). Normative data and psychometric properties of the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of Mental Health of Thailand*, 19(1), 42–56.

Zhou, W., Ouyang, Feiyun, Nergui, O.-E., Banura, J. B., Acheampong, K., Massey, I. Y., & Xiao, S. (2020). Child and Adolescent Mental Health Policy in Low- and Middle-Income Countries: Challenges and Lessons for Policy Development and Implementation. *Frontiers in Psychiatry*, 11(150). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00150>

5.3 Chapter 5b: Paper 3: Implementing a mental health training programme about depression for teachers in Thai schools: A feasibility study

Submitted for publication in *Journal of Mental Health Training Education and Practice* (16.07.21)

Fuseekul, N., Orchard, F. & Reynolds, S. Implementing a mental health training programme about depression for teachers in Thai schools: A feasibility study. (under review). *Journal of Mental Health Training Education and Practice*.

Introduction to Chapter 5b: Paper 3

Chapter 5a highlighted that secondary teacher in Thai schools perceived their roles as involving the promotion of students' mental health and had positive feelings towards supporting student with depression. However, it was identified that there are barriers to supporting mental health in Thai schools, including lack of knowledge about adolescent depression and necessary skills to support adolescents who experience depression. Giving practical training to teachers may help them to recognise and help address depression in adolescents. Therefore, Chapter 5b describes the development of an evidence-based training for Thai secondary school teachers and provides feasibility and acceptability data. This has been submitted to *Journal of Mental Health Training Education and Practice*.

**Implementing a mental health training programme about depression for teachers in
Thai schools: A feasibility study**

Nanthaka Fuseekul¹, Faith Orchard², and Shirley Reynolds¹

¹School of Psychology and Clinical language School Sciences, University of Reading,
Reading, UK

²School of Psychology, University of Sussex, Sussex, UK

Corresponding author:

Nanthaka Fuseekul, School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of
Reading, RG6 6AL, UK. Email: n.fuseekul@pgr.reading.ac.uk

The ORCID of the author:

<https://orcid.org/0000-0002-0579-8360>

Abstract

Background: Depression in adolescents is recognised as a global health priority. There is evidence that school-based mental health education for teachers may be an effective way to support adolescents with depression in countries that have limited mental health resources. This study assessed the feasibility of delivering a one-day training workshop for secondary school teachers in Thailand.

Methods: This study comprised two parts. In Part 1, teachers (N = 71) completed an online survey about their mental health experiences with student and additional training needs survey. In Part 2, the training curriculum was developed and delivered to teachers (N = 110) in a one-day training session.

Results: Preliminary data suggest that it was feasible to deliver mental health training about depression to Thai secondary school teachers. The training was successfully developed and implemented. The content and delivery of the training were highly acceptable to teachers and potentially useful.

Conclusion: This study provides early evidence to support the development and highlights the need for future evaluation of evidence-based training in adolescent depression for Thai secondary school teachers. These findings also provide a method for developing mental health training about depression for teachers that could be adapted and implemented in other countries.

Keywords

Depression; Adolescence; Mental health training; School mental health; Feasibility study

5.3.1 Introduction

Depression is a serious worldwide public health problem that has significant economic costs (WHO, 2017a). There are over 87 million people with depression living in South-East Asia (WHO, 2017a). Most of the countries in this region belong to the lower- and middle income countries (LMICs; Worldbank, 2020). Many countries have faced significant mental health challenges because of low-resource settings with structural barriers (Sharan et al., 2017), and lack of attention and investment in mental health care (Maramis et al., 2011).

The onset of depression is at its highest rate during adolescence (Avenevoli et al., 2015). A meta-analysis of the worldwide prevalence reported that 2.6% of children and adolescents have a major depressive disorder (Polanczyk et al., 2015). Depression at this age increases the risk of a range of problems including low academic achievement in schools, substance misuse and suicide (Kroning and Kroning, 2016). Depression in adolescence is also associated with functional impairment in many areas including peer, academic, and family relationships and these impairments can have long term effects in the transitions to adulthood (Jaycox et al., 2009). Thus, it is crucial to recognise symptoms of depression among adolescents so that appropriate prevention and treatment can be provided.

However, many young people who experience depression do not seek help; this may be for different reasons, including stigma and embarrassment, low mental health literacy, and lack of knowledge about where to find help. In addition to these barriers, the availability of professional mental health services is often limited (Gulliver et al., 2010;

Radez et al., 2020). There are limited evidence-based interventions to promote good mental health and prevent the onset of mental health problems in many LMICs countries in Southeast Asia, meaning that the burden of mental health is considered to be significant in this region (Eustache et al., 2017; Nishio et al., 2020).

Thailand is one of the LMICs in South-East Asia (Worldbank, 2020). The Thai Department of Mental Health (2019) reported that the point prevalence of major depressive disorders among the Thai population aged 15 and above is 2.4%. Although the rate of prevalence of the major depressive disorder among the Thai young people is equivalent to the worldwide rate, the country has faced significant mental health challenges because of a limited of mental health services for young people (Kongsuk et al., 2017). Mental health professionals are not able to meet the needs of people because few qualified mental health professionals are working in the public healthcare system (Maramis et al., 2011; Pagaiya and Noree, 2009; WHO, 2017). There are approximately 9,500 Thai mental health professionals, i.e. psychiatrists, mental health nurses, psychologists, social workers (14 workers per 100,000 population) working in mental health care (WHO, 2017c). These numbers are relatively low compare to high-income countries such as Japan, United States, and Australia. For example, In Japan there are 146 workers per 100,000 population (WHO, 2017b). The consequence is that only 3.7% of Thai people with symptoms of depression have access to services and receive a diagnosis and most of these are adults (Kongsuk et al., 2017). As a result, depression in Thai adolescents is largely unrecognised, undiagnosed and not appropriately treated.

Promoting mental health has the potential to prevent the onset of mental health problems and to reduce the incidence of mental illnesses (Fazel et al., 2014; Opler et al.,

2010). It is recognised that the provision of child and adolescent mental health (CAMH) interventions in schools has potential benefits in filling the gap between the burden of mental health problems and access to mental health services in countries that have limited mental health resources (Gimba et al., 2020). As adolescents spend a great deal of time at schools, there is an opportunity for schools to play a crucial role in promoting adolescent good mental health and development (Fazel et al, 2014; Kutcher et al., 2013; Reinke et al., 2011). Thailand is among many countries around the world that provide compulsory education for children and adolescents. The enrolment rate in compulsory education (aged 6 – 15 years old) in Thailand was 96% (Education Council, 2015). Therefore, schools have the potential to reach a majority of adolescents and supporting young people who have mental health difficulties.

Teachers are considered well placed to identify students with emerging mental health problems (Fazel et al., 2014; Graham et al., 2011). However, to fulfil this role and effectively promote mental health in schools, teachers would need to have relevant knowledge and skills and be confident and comfortable supporting adolescents with mental health difficulties. Mental health training for teachers is not routine in Thailand at pre-qualification or following qualification (Nishio et al., 2020). Therefore, it is crucial to evaluate if providing mental health training for teachers is possible and whether it is useful.

The present research comprised two parts. The first used an online survey to assess teachers' awareness of and knowledge about adolescent depression, their experience working with students with symptoms of depression, and what they perceived they needed to learn in order to support students with depression in school. The aim of part two were to

develop a one-day mental health training to secondary school teachers in Thailand and assess the preliminary feasibility and acceptability data of the training.

5.3.2 Part 1: Teachers' experiences and additional training needs to support students with depression

Method

Participants

Eligible participants were teachers in secondary schools in Thailand (students aged 12-18 years). Participants were invited to take part in the research by email and social media platform; Facebook and Line, which contained the link to an online survey. The author created the online survey using Survey Monkey⁶. Ninety-four respondents were registered to the survey, and 23 did not finish and withdrew during the survey. Therefore, 71 respondents; 24 male (34%) and 47 females (66%) completed the online survey and were included in the analysis. The two largest age categories were between 31-35 years (35.2%, n = 25) and 25 and 30 years (17%, n = 12). The majority were subject teachers (90%, n = 64) e.g. Math, Foreign Languages and etc, and 10% (n = 7) were guidance teachers.

Procedures

This study was approved by the University of Reading Research Ethics Committee (2019/150). The online survey was voluntary and anonymous. Informed consent from all

⁶ SurveyMonkey is an online survey software programme that enables a person to create and run online survey ([http:// www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com)).

respondents were obtained through an online form. Gender, age, education, and the subject area taught were collected.

Measures

The online surveys were designed and developed to follow the aims of the study included 3-point Likert-scaled items, yes/no questions, and multiple-choice questions. The survey had two parts (described below) and was written in Thai, which was back translated into English for analysis (see Appendix 4.7).

Perceptions towards the role of schools in supporting students' mental health survey consisted of seven questions that addressed participants' perceptions and attitudes towards the role of schools in supporting students' mental health. Example items included "It is not responsible for a teacher to take care of students with health problems?", "As far as possible mental health services should be provided for students at school?", and "There are not enough existing services for mental health problems?"

Mental health experiences and additional knowledge and skills training needs survey consisted of five questions that addressed participants' experiences and additional knowledge and skills training needs. Example items included "Have you attended training for supporting students with particular mental health needs, e.g. depression before?", "Do you feel that you have enough knowledge to meet the mental health needs of students with depression?", and "Do you visit any resources giving information about mental health problems? Which one did you visit?"

Data analysis

Data were transported into SPSS software version 24. Preliminary analysis of the data was undertaken using descriptive statistics.

Results

Perceptions towards the role of schools in supporting students' mental health.

The majority of teachers (89%) agreed that teachers are responsible for taking care of students with mental health problems. However, half of teachers (52%) did not visit any resources related with mental health problems. Most teachers (86%) agreed that there are not enough existing mental health services for young people. Also, almost all respondents (98%) agreed that schools should provide some mental health services to students, but only half of teachers (50%) indicated that their school had a written mental health policy. Most teachers (73%) indicated that their school offered a guidance service provided by guidance teachers to facilitate growth and development in various aspects of living for students such as educational planning, personal, and career development.

Mental health experiences and additional knowledge and skills training needs.

Almost all teachers (91%) of teachers had no training experience in supporting students with depression. Not surprisingly, therefore, only 11% of teachers agreed that they had enough knowledge and skills to support students with depression. Teachers were asked to indicate the areas in which they felt they needed additional knowledge or skills training. This was asked in multiple-choice questions format, and teachers could select all answers that apply (see Table 5.3)

Table 5. 3 Teacher-identified mental health training needs – knowledge and skills

Knowledge and skills	Frequency of responses (%)
1. Recognising and understanding common symptoms of depression in adolescents	78.87
2. Effective communication skills in interaction with adolescents with depression	74.65
3. Early screening for depression in young people	63.38
4. Key risk factors for depression in adolescents	50.50
5. Engaging and working effectively with students and families	45.07

Note. Respondents could select all answers that apply

5.3.3 Part 2: The Mental health training about depression for teachers in Thai schools

Method

Participants

Eligible participants were teachers from 54 secondary schools (students aged 12 – 18 years) in Phayao city, Thailand. All secondary schools in the region (n = 54) were identified from Phayao Educational Service Area Office; PESAO’s formal records. Headteachers were sent an invitation letter outlining the aims of the study and the procedure. All 54 schools expressed an interest in taking part and were sent information sheets and consent forms to distribute to teaching staff. Because there were limited training places, the PESAO suggested that each school invited subject teachers to volunteer for the training and that guidance teachers were required to attend the training. Subject teachers

deliver teaching in a specific subject (e.g. Mathematics, History, Biology) and have a degree in education. Guidance teachers have a bachelor's or master's degree in educational psychology and are responsible for supporting students' mental health and well-being.

One hundred and twenty-one teachers from 54 schools were registered on the training. Eight teachers did not complete the study and three withdrew during the training. A total of 110 participants (91% of those invited to attend) completed pre-and post-training questionnaires and were included in the data analysis (see Table 5.4).

Table 5. 4 Characteristics of teachers who completed mental health training (n = 110)

Characteristics	n	Frequency (%)
Gender		
Male	23	20.9
Female	87	79.1
Time working as a teacher		
1 – 5 years	18	16.4
6 - 10 years	24	21.8
11 – 15 years	18	16.4
16 – 20 years	13	11.8
21 – 25 years	16	14.5
26 – 30 years	15	13.6
> 31 years	6	5.4
Teaching roles		
Guidance	34	30.9
Subject teacher e.g., math, sciences etc.	76	69.1

Procedures

Written informed consent was obtained from each participant before participating in the training. The training programme aims to increase recognition of depression in adolescents and improve mental health promotion in schools. The design and content of which was informed by the literature (Gotlib and Hammen, 2014; Rey and Birmaher, 2009; WHO, 2017a). “CARE” programme was introduced to guide teachers through the mental health training about depression programme: C = communicate non-judgmentally, A = Awareness, R = Recognising common symptoms, E = Engaging with students more effectively. This framework was designed and developed based on information in Part 1 (see above) which intended to provide a foundation of mental health knowledge relevant to teachers’ needs and their role in supporting the mental health and well-being in school.

Delivery of the training

The training was delivered by the first author (NF) at the Phayao Educational Service Area Office (PESAO), Thailand. Due to the requirement of The Office of the Basic Education Commission, the Ministry of Education Thailand’s statute (OBEC; 2015), which states that teachers must be in the classroom in school days and attend the training workshop on a weekend. Therefore, the training was delivered in a single session lasting one day during a weekend.

In addition, with regards to promoting mental health in schools, the Thai Ministry of Education and the Ministry of Public Health proposed the National Education Act (1991) to introduce student care and support system. The aim of this policy is to encourage subject teachers and guidance teachers to promote mental health and support well-being at school.

Therefore, two alternative versions were delivered: one for subject teachers and another one for guidance teachers. The content was similar for both groups in the morning session but different in the afternoon session reflecting their skills and responsibilities (see Table 5.5). All teachers were also given the “Mental Health Training Manual” a set of worksheets, pre- and post- questionnaire, and feedback forms.

This study involved an evaluation of a mental health training programme using criteria of a feasibility study proposed by Bowen et al., (2009): demand, acceptability, implementation and practicality, integration, adaptation, and efficacy potential. Feasibility study were used to determine whether the training can be done and appropriate for further testing. A pre-test post-test design was used to examine the efficacy potential at baseline and at completion of the training.

Table 5. 5 Overview of the training

Sessions	Content
Introduction to mental health	<ul style="list-style-type: none"> - Welcoming the participants - Pre-training questionnaire - Overview of mental health problems in adolescents - Reducing the stigma of mental illness
Depression	<ul style="list-style-type: none"> - Facts and figures - Signs and symptoms of depression - Risk factors for depression
Supporting students with depression	<ul style="list-style-type: none"> - Engaging and working effectively with adolescents with depression - Effective communication skills - Engaging with specialists and external support (guidance teachers only)
	<ul style="list-style-type: none"> - Post-training questionnaire - Feedback forms

Measures

Perception of mental health knowledge and skills questionnaires

Participants completed a pre- and post- questionnaires to assess their perception of mental health knowledge and skills. The questionnaires were designed to follow the training curriculum content and be suitable for the local social context. Each item was rated on a 5-point Likert scale ranging from -2 (strongly disagree) to 2 (strongly agree) and the total score range between -30 to 30. Example items included “I have enough knowledge about mental health problems in adolescents”, “I feel confident to help students with depression”, and “I can advise students experiencing mental health problems to seek professional help when needed” (see Appendix 4.8). Cronbach's coefficient alpha = 0.93, indicating high internal reliability. The pre-questionnaire was completed and returned to the researcher when the training began. Post-questionnaire was collected at the end of the training

Participant feedback

A feedback form was used to assess the feasibility and acceptability of training immediately after the training with five Likert-scale items. These items explored participants' feedback on training curriculum content and schedule. Example items included “The mental health training increase my knowledge”, “Were you satisfied with schedule?”, and “Did you find the mental health training useful?” (see Appendix 4.8).

Questionnaire were translated from English into Thai, and back-translation was performed by two bilingual translators and adjusted for accuracy after comparison with the original version.

Data analytic plan

Quantitative data were entered into SPSS software version 24. Descriptive statistics were used to identify sample characteristics. Mixed measures analysis of variance (ANOVA) was conducted to evaluate the effectiveness of the training on participants' knowledge and skills. The differences between subject teachers and guidance teachers were also examined.

Results

As this is a feasibility study, the results are reported using criteria proposed by Bowen et al., (2009): demand, acceptability, implementation and practicality, integration, adaptation, and efficacy potential. To assess the criteria evidence was drawn from a range of sources, highlighted in Table 5.6.

Table 5. 6 Key areas of focus for feasibility studies and evidence by Bowen et al., (2009)

Area of focus	The feasibility study asks	Source of evidence
Demand	How much the training is likely to be used?	Online survey (Part 1) Participant uptake rate
Acceptability	To what extent is the training suitable, satisfying, attractive to recipients?	Participant feedback

Implementation and Practicality	To what extent can the programme be successfully delivered to intended participants? and can it be carried out using existing resources?	Participant completion rate
Adaptation	To what extent does a programme perform when changes are made for use with a different population?	Participant feedback
Integration	To what extent can a programme be integrated within an existing system?	Willingness of all schools to take part in the training Compliance with Thai Ministry of Education and Public Health policy
Efficacy Potential	Does the new programme show promise of being effective with intended population?	Knowledge and skills questionnaire

Demand

There was strong evidence of demand for mental health training for teachers. In Part 1 teachers indicated that they lack knowledge and skills about depression in young people. Headteachers of every secondary school in the region (n = 54) that we approached and invited expressed interested in taking part and volunteer teachers to take part. The training was delivered at the weekend, and therefore all teachers took part in their own personal time. Further, 91% of enrolled participants completed the training and returned to pre- and post-questionnaire.

Acceptability

Acceptability of the training and method of delivery was assessed using participant feedback with Likert scale items. Feedback from participants showed that the training was

acceptable among secondary teachers. For instance, the majority of participants rated that they “really liked” or “liked” the training, with just one who said, ‘it was okay”. All participants also perceived that the training was interesting, useful and improved their mental health knowledge (see Figure 5.1).

Implementation and Practicality

There were no difficulties in delivering the intervention. Several factors significantly enhanced the feasibility of implementing the training. Of those, the most critical was visible and direct support from the Phayao Educational Service Area office leaders (PESAO) who are responsible for supervision, support, and promotion in response to Thai Ministry of Education’s policies within the schools in Phayao area. The training was facilitated by the PESAO, providing direction for overcoming contextual implementation challenges. The PESAO also provided the training venue, facilities, and staff assistants to ensure that participants and resources are in place to deliver the training.

Following the requirement of The Office of the Basic Education Commission, the Ministry of Education Thailand’s statute (OBEC; 2015), which states that teachers must be in the classroom or on other responsibilities in school days. Therefore, training was delivered on a weekend and teachers attended in their free time. This could have created a significant obstacle to engagement, but attendance was excellent. However, 9% of participants withdrew during the training perhaps because they prioritised personal and family responsibilities.

Integration

An important aspect of implementation is the extent to which a new programme or process can be integrated into routine practice i.e. in this context the Thai school system. The Thai Ministry of Education aims to promote a state of “perfect happiness” among students in four areas; physical, mental, social, and intellectual (Erawan, 2015). In the area of mental health, Ministry of Education co-operates with the Ministry of Public Health to encourage schools to promote mental health and support well-being at school. However, in reality, most school staff lack the knowledge and skills to do so. The finding that every school accepted our invitation to take part in the training suggests that school leaders are motivated to improve support for students, in line Ministry of Education and Ministry of Public Health policy (Department of Mental Health, 2018).

Adaptation

The curriculum, materials, and measurement instruments of the training programme were developed based on teachers’ responses to the online survey in Part 1 (see Table 5.3). The content and materials of the training were also informed by the literatures (Gotlib and Hammen, 2014; Rey and Birmaher, 2009) and free mental health resources in the UK, e.g. Charlie Waller Trust website. Two bilingual translators with mental health knowledge and understanding of the Thai cultural context were involved in the translation to avoid errors and bias during the translation process. To assess the suitability of the content and to ensure that the translated documents are culturally and linguistically appropriate for the target population the training programme was then reviewed by three members of the target population i.e. teachers in Thai secondary schools.

Efficacy Potential

To assess whether the training shows promise of being successful with Thai teachers, the efficacy potential was examined. The participants' knowledge and skills about adolescent depression were assessed at baseline and immediately after training by calculating total scores of the assessment at each time point. A mixed measures ANOVA was conducted with a within-subjects factor of time (pre- and post-training) and a between-subjects factor of teacher status (guidance or subject). The results revealed a significant main effect between the pre- and post-questionnaire total scores, $F(1, 108) = 365.66$, $p < 0.001$, $\eta_p^2 = 0.78$, with participants receiving a higher score after training ($M = 17.54$, $SD = 8.77$) compared to before training ($M = 1.15$, $SD = 8.77$). There was also a significant main effect in knowledge and skills score between the group of teachers, $F(1, 108) = 6.61$, $p < 0.05$, where the guidance teachers reported that they had better knowledge and skills score compared to the subject teachers at baseline. There was no significant interaction between teacher group and the training effect, suggesting that the effects of training were similar for both teacher groups, $F(1, 108) = 1.79$, $p = 0.183$, $\eta_p^2 = 0.02$ (see Figure 5.2).

5.3.4 Discussion

Low-resource settings and mental health care investment for young people are a particular challenge in many countries in South-East Asia e.g. Malaysia, Laos, Philippines (Maramis et al., 2011; Sharan et al., 2017; Xu et al., 2020), including Thailand (Kongsuk et al., 2017). There is growing research that supports the potential of mental health training for engaging teachers to support students with mental health problems in other South East Asian countries such as Vietnam and Cambodia (Nguyen et al., 2020).

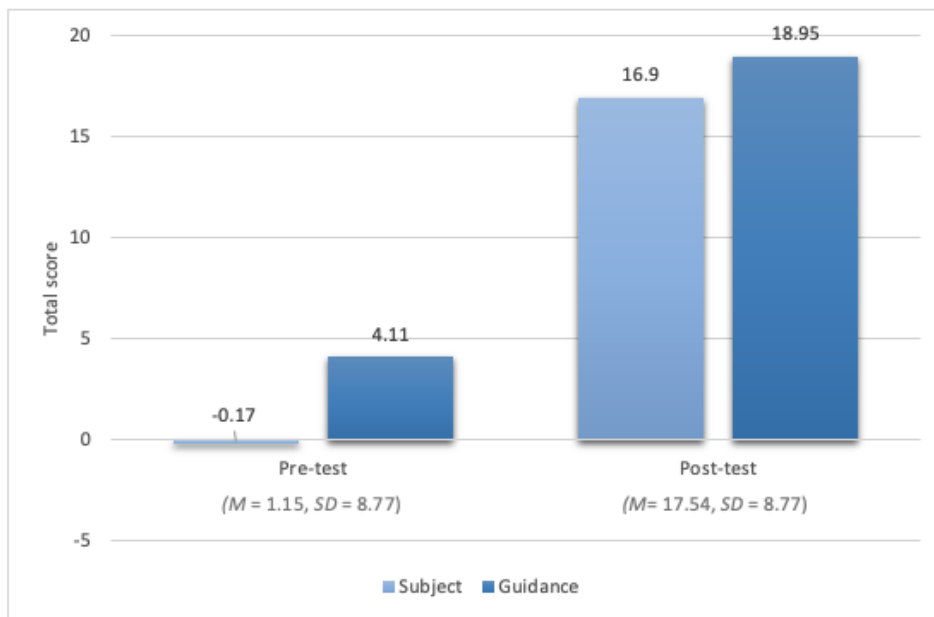


Figure 5. 2 Mean knowledge and skills before and after training for both groups of teachers

In Thailand, despite growing rates of depression among Thai young people, no previous research has assessed the extent to which teachers are confident to identify and provide adequate early support for young people with mental health difficulties or examined the feasibility of delivering mental health training for teachers (Nishio et al., 2020). This research describes the development of an evidence-based training for Thai secondary school teachers and provides preliminary feasibility and acceptability data.

We examined a range of feasibility criteria, including recruitment, acceptability and suitability of the intervention, adequacy of available resources, and preliminary evaluation of participants responses to the intervention (Bowen et al., 2009; Orsmond and Cohn, 2015). All school headteachers accepted the invitation to take part and invited their teaching staff to take part in the study. Engagement from teachers was also extremely high, and this may reflect the lack of existing mental health training for teachers (Nishio et al.,

2020). Participants' feedback reflected high level of satisfaction with the content of training and delivery. Although, the curriculum of the training programme and materials were developed and adapted from literatures written in English, e.g. free mental health resources for teacher in the UK, we did not encounter challenges using the adapted materials. The training was developed to meet the role expectations of teachers in Thailand and the materials adapted to fit the linguistic and cultural aspects of the Thai social context. Participants were enthusiastic, motivated and engaged by the training, and even though the training was delivered during a weekend, the rate of attendance and completion of the training was high.

A key strength of this study is that we assessed teachers' perceived training needs to support students with depression via the online survey in Part 1 and used this information to design and develop the training. The pre-training survey helped to identify participants' expectations, backgrounds, and training needs for developing the training curriculum to fit with their preferences (Strein and Koehler, 2003). Part 2 also evaluated the feasibility of the training with different formats for two groups of teachers (guidance and subject teachers), who have different responsibilities in supporting student mental health. The data obtained from this study can help to determine what training methods were potentially effective, which helped to enhance the most promising format that is more likely to succeed in future testing for both teacher groups.

Although the results of this study were positive, there are limitations to the extent to which the findings can be generalised. The sample was recruited from a single city in Thailand. Furthermore, although every school invited to take part accepted the invitation, participants were volunteers and may not represent the wider body of teachers in Thai

secondary schools. Importantly the effects of training were only assessed at the end of the training, and we are not able to infer lasting effects on teachers' knowledge, and skills, or on their behaviours. We also did not engage a control group, and that would be a necessary aspect of any future evaluation. Although, the internal consistency of the pre-and post-questionnaire was high, other psychometric properties of the measure were not examined in this current study. Future study should evaluate a particular construct: reliability and validity of the measure. Finally, the training was delivered and evaluated by the same researcher which introduces the potential of bias. Therefore, in the next stage of evaluating this intervention, it will be important to that delivery and evaluation of training are conducted independently.

This research highlights a number of opportunities for the future development of mental health training programme for preventing and promoting mental health in Thai schools. We examined a wide of feasibility criteria (Bowen et al., 2009). As we did not assess expansion of the training further and larger replication studies are now needed. These could include recruiting more teachers from each school, recruiting schools across the country, and assessing improvements in behaviours and attitudes as well as changes in knowledge and skills (Yamaguchi et al., 2020). Behavioural change could be assessed by blinded assessors rather than self-report to reduce social desirability effects, and ideally the effects of training would be assessed in the context of a randomised controlled trial.

5.3.5 Conclusion

Despite the universal growing demands of school-based mental health education programmes, there was no previous evidence of mental health education programme for

teacher in Thailand. Schools should be a place that can offer an environment to support adolescents in developing good mental health and in preventing mental health problems. To do this, teachers would need to have relevant knowledge and skills and be confident in supporting adolescents who need help. The current study has shown that mental health education training for Thai secondary school teachers is feasible, acceptable, and potentially effective in improving knowledge, skills and attitudes. The results of this study provide support for the continued development and evaluation of school-based mental health education for teachers. These findings could also help other countries where mental health resources are limited, to adopt and implement mental health training programmes about depression for the prevention and promotion of mental health problems in young people in school.

5.3.6 References

- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). "Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(1), pp. 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.010>
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., ... Fernandez, M. (2009). "How We Design Feasibility Studies". *American Journal of Preventive Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Charlie Waller Trust. "Resources". <https://shop.charliewaller.org/collections/>
- Education council. (2015). "Statistics Education in Thailand". <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1497-file.pdf>
- Department of Mental Health. (2018) "แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต นโยบายกรมสุขภาพจิตประจำปี" 2561-2562 [Mental Health Strategy and Policy 2018-2019]", available at <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/แผนพับยุทธฯ-ฉบับสมบูรณ์.pdf>
- Department of Mental Health. (2019). "ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต [The Prevalence of Major Depressive Disorder in Thai Population Aged 15 and over]. <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=780>
- Thailand Education Act. (1991). "คู่มือครูระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน" [Student care and support system manual]. <https://www.dmh.go.th/ebook/dl.asp?id=25>
- Erawan, P. (2015). "Healthy Schools Promotion: An Experience in Thailand". *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.102>
- Fazel, M., Patel, V., Thomas, S., and Tol, W. (2014). "Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries". *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70357-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70357-8)
- Furnham, A., and Hamid, A. (2014). "Mental health literacy in non-western countries: A review of the recent literature". *Mental Health Review Journal*, 19(2), pp. 84–98.

<https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2013-0004>

Gimba, S. M., Harris, P., Saito, A., Udah, H., Martin, A., and Wheeler, A. J. (2020). "The modules of mental health programs implemented in schools in low- and middle-income countries: findings from a systematic literature review". *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09713-2>

Gotlib, I. H., and Hammen, C. L. (2014). "*Handbook of Depression* (3rd ed.)". New York: The Guilford Press.

Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., and Fitzgerald, R. (2011). "Supporting children's mental health in schools: Teacher views". *Teachers and Teaching: Theory and Practice*. <https://doi.org/10.1080/13540602.2011.580525>

Gulliver, A., Griffiths, K. M., and Christensen, H. (2010). "Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review". *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>

Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N. V., Chandra, A., Meredith, L. S., ... Burnam, M. A. (2009). "Impact of Teen Depression on Academic, Social, and Physical Functioning". *PEDIATRICS*, 124(4), e596–e605. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3348>

Koc, V., and Kafa, G. (2018). "Cross-Cultural Research on Psychotherapy: The Need for a Change". *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 50(1), pp. 100–115. <https://doi.org/10.1177/0022022118806577>

Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., and Leejongpermpoon, J. (2017). "Services for depression and suicide in Thailand". *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 34–48. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206162>

Kroning, M., and Kroning, K. (2016). "Teen Depression and Suicide, A SILENT CRISIS". *Journal of Christian Nursing : A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 33(2), pp. 78–86. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000254>

Kutcher, S., Wei, Y., McLuckie, A., and Bullock, L. (2013). "Educator mental health

- literacy: A programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide". *Advances in School Mental Health Promotion*. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784615>
- Maramis, A., Van Tuan, N., and Minas, H. (2011). "Mental health in southeast Asia". *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62181-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62181-2)
- Nguyen, A. J., Dang, H.-M., Bul, D., Phoeun, B., and Welss, B. (2020). "Experimental Evaluation of a School-Based Mental Health Literacy Program in two Southeast Asian Nations." *School Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s12310-020-09379-6>
- Nishio, A., Kakimoto, M., Bernardo, T. M. S., and Kobayashi, J. (2020). "Current situation and comparison of school mental health in ASEAN countries." *Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society*. <https://doi.org/10.1111/ped.14137>
- Opler, M., Sodhi, D., Zaveri, D., and Madhusoodanan, S. (2010). "Primary psychiatric prevention in children and adolescents". *Annals of Clinical Psychiatry*.
- Pagaiya, N., and Noree, T. (2009). "*Thailand's Health Workforce: A Review of Challenges and Experiences*". Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/453661468171879780/pdf/546330WP0THLHe10Box349423B01PUBLIC1.pdf>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., and Rohde, L. A. (2015). "Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(3), ppl 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence J., P., Evdoka-Burron, G., and Waite, P. (2020). "Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies". *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R., and Goel, N. (2011). "Supporting Children's Mental Health in Schools: Teacher Perceptions of Needs, Roles, and

- Barriers". *School Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1037/a0022714>
- Rey, J. M., and Birmaher, B. (2009). "*Treating Child and Adolescent Depression*". (C. W. Mitchell, Ed.)(1st ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Sharan, P., Sagar, R., and Kumar, S. (2017). "Mental health policies in South-East Asia and the public health role of screening instruments for depression". *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206165>
- Strein, W., and Koehler, J. (2003). "Best Practices in Developing Prevention Strategies for School Psychology Practice". *Best Practices in School Psychology V, 000*, 1–15.
- Thailand OBEC. (2015). "การพัฒนาครูและบุคลากรทางการศึกษา" [Teachers and School Staffs Development]. <https://www.kroobannok.com/77534>
- WHO (2017a). "Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates". <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
- WHO (2017b). "Mental Health Atlas-2017 country profiles.". https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/#U
- WHO (2017c). "Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile: Thailand". https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/THA.pdf?ua=1
- Woerner, W., Nuanmanee, S., Becker, A., Wongpiromsarn, Y., and Mongkol, A. (2011). "Normative data and psychometric properties of the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)". *Journal of Mental Health of Thailand*, 19(1), pp. 42–56.
- Worldbank. (2020). "World Bank Country and Lending Groups". <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- Xu, T., Tomokawa, Gregorio, R., Mannava, P., Nagai, M., and Sobel, H. (2020). "School-based interventions to promote adolescent health: A systematic review in low- And middle-income countries of WHO Western Pacific Region". *PLoS ONE*,

15(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230046>

Yamaguchi, S., Foo, J. C., Nishida, A., Ogawa, S., Togo, F., and Sasaki, T. (2020). "Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis." *Early Intervention in Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1111/eip.12793>

6. CHAPTER 6: General discussion

Depression among young people is a concern worldwide. Similarity to many other countries in LMICs, Thailand has been limited investment in mental health care for young people. The gap between mental need and resources, including assessment tools and treatments contribute to the lack of recognition of depression in Thai adolescents. The main objective of this thesis was to address the mental gap in Thailand by providing a reliable and valid self-report measure to identify depression symptoms in Thai adolescents (Chapter 3). To better understand depression symptoms of adolescents between Thailand and Western country (i.e. the UK), the cross-cultural comparison was examined. To do this, factor structure and the measurement invariance of the MFQ between Thai and British samples were examined (Chapter 4). In addition, to reduce unmet the mental health needs in Thai adolescents, this thesis developed and evaluated the evidence-based mental health training programme for teachers in schools to support adolescents with depression (Chapter 5).

In this final chapter, the key research findings are summarised to provide a synthesis of evidence and indicate implications for clinical practice and research. Strengths and limitations of the research are acknowledged, and future research directions are considered.

6.1 Summary and synthesis of thesis findings

Chapter 2: Adolescent depression in Thailand

In this chapter, an overview of Thailand's cultural and social context associated with depression was discussed. Stigma is one of the major barriers to seeking-help behaviour among young people (Gulliver et al., 2010, Radez et al., 2020). It can also

contribute to worsening symptoms and reduced likelihood of getting timely support and appropriate treatment (Lynch, et al., 2021). In Thailand, stigma and low mental health literacy are the major barriers to seeking-help behaviour among the Thai population (WHO, 2013). Thus, depression in Thai adolescents is mainly unrecognised, undiagnosed and also not treated appropriately. In addition, with the lack of mental health resources, including a lack of valid measures to identify depression symptoms and mental health services for Thai adolescents, there is a need to fill these gaps.

Summaries of previous studies that examined the prevalence of depression amongst Thai adolescents were reviewed. The results suggest highly variable prevalence rates in Thai adolescent depression. Different criteria for determining depression in those studies and the shortcomings of the existing screening measure properties (i.e. the CDI and CES-D) may contribute to this variation. Thus, the true prevalence of depression amongst Thai adolescents is not known. Therefore, to provide better and more accurate data about depression in this group, there is a potential benefit in establishing a valid self-report measure of depression symptoms in Thai young people. Using valid and appropriate measures can help identify depression early and help adolescents at risk of depression get relevant and timely support.

Regarding the unmet mental health resources for Thai young people, there is a need to expand mental health services into community strategies and improve mental health literacy in community settings, i.e. schools that support reducing the future burden of depression in Thailand.

Chapter 3: Paper 1 Psychometric properties of the Thai Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) for adolescent depression

Despite several screening instruments for depression that have been developed in Western countries, few have been translated and validated in Thailand. Screening measures that have been validated exclusively in Western countries may not perform equivalently in Thai populations, as depression often presents differently in different cultural contexts (Marsella, 2003). Therefore, in this study, the Mood and Feeling Questionnaire (MFQ), the gold standard screening tool to identify depression symptoms in young people, was translated and adapted. Cross-cultural translation guidelines were followed by using the Back-translation method and piloting the translation on a small number of Thai adolescents. Next, the reliability and validity of the MFQ were examined in a community sample of Thai adolescents ($N = 1,275$). Finally, the diagnosis accuracy and the optimal clinical cut-off score of the Thai MFQ were determined compared against a semi-structured diagnostic interview, the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL).

The Thai MFQ had excellent psychometric properties and was excellent at discriminating between depressed and non-depressed Thai adolescents. In addition, Thai adolescents found the phrasing of the items and structure of the Thai MFQ easy to follow and understand. Thus, the MFQ is an appropriate community screening measure for adolescent depression in Thailand.

Chapter 4: Paper 2 Factor structure and measurement invariance of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ): A cross-cultural study among Thai and British adolescents

In Chapter 4, the cross-cultural validity; factorial structure and the measurement invariance of the MFQ were examined. The confirmatory factor analysis (CFA) was used to verify the construct validity of the Thai MFQ, i.e. to assess if the factorial structure of the Thai version corresponds to the original version. To better understand depression symptoms across cultures, cross-cultural comparison in a large group of samples between Thai and British adolescents was examined. Measurement invariance of the MFQ across Thai and British groups was examined to ensure that any observed difference in the scale's measurement represents the 'true' differences, not the results of measurement bias. Gender invariance in each country was also assessed to ensure that cross-cultural comparison results were valid and meaningful.

The five-factor model of the MFQ across Thai and British samples was confirmed (Core Symptoms, Vegetative Symptoms, Suicidality, Cognitive Symptoms, and Agitated Distress). Gender invariance was established, suggesting that the MFQ performed similarly across females and males in both countries. In cross-cultural measurement invariance analysis, the partial scalar invariance model was supported. There were differences on six items between the Thai and British samples suggesting that they may have read and interpreted different meanings from the same MFQ items because of cultural differences. These six noninvariant items were excluded before comparisons of latent means were made across cultures.

In the cross-cultural comparison, British adolescents had a significantly higher mean MFQ score than Thai adolescents on four of the five factors (Vegetative Symptoms, Suicidality, Cognitive Symptoms, Agitated Distress). There was no difference for the Core Symptoms factor. The findings suggest that the MFQ is valid to assess depression in Thai adolescents and for cross-cultural comparison of adolescent depression.

Chapter 5: Paper 3 Developing mental health education training for teachers in supporting students with depression in Thai secondary school

The results of Chapters 3 and 4 indicated that the MFQ can be used as a valid self-report screening tool amongst Thai adolescents and that, in a community sample, 11% of Thai adolescents had elevated symptoms of depression. Previous research suggested that most Thai adolescents experiencing depression symptoms had not accessed mental health services or received a diagnosis (Kongsuk et al., 2017). The main barriers to seeking-help behaviours may be stigma and low mental health literacy among the Thai population (WHO, 2013). Therefore, providing child and adolescent mental health (CAMH) interventions in schools could increase mental health knowledge and access to mental health support for adolescents. Teachers are in a good position to help with early detection of students at risk of depression and provide relevant and timely support. In Chapter 5a, teachers' knowledge and perceptions about mental health concepts, and the current needs of students with depression, were explored via the interview with five subject teachers and five guidance teachers. Results of the qualitative analysis showed that Thai teachers perceived their roles as including promoting and supporting students' mental health but felt that they lacked mental health knowledge and skills. Teachers' overall confidence in their abilities to support a student with mental health problems was relatively low. The findings

suggest that practical training in mental health for teachers could help them to promote and support students' mental health in schools.

Based on the findings of the interviews and a subsequent online survey of Thai teachers, in Chapter 5b, a mental health training programme was developed. The one-day training was delivered separately to guidance and subject teachers sessions. Preliminary feasibility and acceptability data were evaluated. The results suggested that evidence-based mental health training was feasible, acceptable, and potentially effective in improving knowledge and skills for teachers. These results support the future development and evaluation of school-based mental health education for teachers in Thailand.

6.2 Strengths and limitations

The methodological strengths and limitations of each individual study reported in the thesis have been described in each chapter. This section will focus on the strengths and limitations of the thesis as a whole.

Strengths of the research

This thesis used a range of different research methods (i.e. psychometric analysis, qualitative methods, and a feasibility study). In Chapter 3 and 4, a range of psychometric properties, factor analysis, and measurement invariance of the MFQ were examined to assess if the Thai MFQ is reliable and valid, and if it can also be used in gender and cross-cultural comparative research (i.e. measurement invariance). The large community sample (Thai; N = 1,275, British; N = 1,817) and high response rates suggest that the data were likely to be representative of the Thai and British adolescent populations. Second, a subset

of participants in Chapter 3 were also assessed by the ‘gold standard’ diagnostic interview, the K-SADS-PL, to discriminate between those with and without depression. This helped to provide a more valid diagnosis of depression and was used to determine the optimal cut-off of the Thai MFQ. Our diagnostic accuracy results were better than those reported in previous validation studies in the original English language version (Daviss et al., 2006; Kent et al., 1997; Wood et al., 1995) and translated version (Jarbin et al., 2020; Sund et al., 2001).

In Chapter 5a, an exploratory study was conducted to gain information about Thai teachers’ perceptions, backgrounds, preferences, and Thai school contexts related to mental health in adolescents. Data were used to help design and adapt a training programme to ensure that it fits with teachers’ expectations and needs. A wide range of feasibility criteria were used to ensure that the training was acceptable and feasible. Our findings suggest that the training was successfully developed and highly acceptable to Thai teachers. It highlights several opportunities for future development of evidence-based interventions for preventing and promoting mental health in Thai schools.

Limitations of the research

One of the main limitations of Chapters 3 and 4 is that all participants were recruited from the community. Therefore, the results of our studies may not generalise to young people in other settings, e.g. in primary care and mental health settings. Similarly, in Chapter 5b, all teachers were recruited from a single city in Thailand (Phayao), and all participants were volunteers; therefore, the results may not represent the broader body of teachers in Thai secondary schools.

Another possible drawback is a challenging aspect regarding translation. Data were collected using interviews and questionnaires in The Thai language. However, the results have been reported in the English language. Although we followed guidelines in preparing a translation of the MFQ by using the Back-translation method (Epstein et al., 2015) in Chapter 3, other aspects of data collection, e.g. the interviews were not translated in this way and this factor could introduce bias. For instance, in Chapter 3, the semi-structured interview of the K-SADS-PL was transcribed in Thai and coded by one researcher because no other Thai psychologist or psychiatrist has been trained to administer and code the K-SADS-PL. Given that, we mitigated this by randomly checking 10% of the coding of the K-SADS-PL interviews (translated to English) with an experienced K-SADS assessor and trainer. Likewise, the training in Chapter 5b was delivered and evaluated in the Thai language by one researcher, which may introduce bias.

It is important to note that only pilot data on the effectiveness of the mental health education training programme for teachers was collected. Therefore, it is not possible to infer lasting effects on teachers' knowledge and skills. Furthermore, participants were not assigned randomly to the training and to a control group, which limits reliable evidence on the effectiveness of the intervention. However, the findings of the feasibility study can help to inform a more structured trial of the training in future testing. Ideally, the effects of training would be assessed in the context of a randomised controlled trial (RCT) which provides reliable evidence on the effectiveness of interventions.

6.3 Thesis implications

The findings from the studies in this thesis have important implications for theories of depression, clinical practice, and recommendations for future research, which are discussed below.

Theoretical implications

Measurement of depression

There are several findings from this thesis that add to the measurement of depression literature. First, the good psychometric properties of the Thai MFQ support the existing literature for the MFQ validation across cultures. The findings from this thesis could be helpful for other countries where valid self-report measures for depression are limited. Second, this thesis provides further evidence that the MFQ assess different dimensions of depression in adolescents Thai and British samples. To date, only a few studies have examined the factor structure of the MFQ. Although the MFQ was developed to assess various aspects of depression symptoms such as affective, vegetative, cognitive, and suicidality (Angold et al., 1995), several studies have supported a unidimensional structure (Angold et al., 1995; Banh et al., 2012; Ferna'ndez-Marti'nez et al., 2020). However, our data supported the five-factor model of the MFQ-C (Core Mood Symptoms, Vegetative Symptoms, Suicidality, Cognitive Symptoms, and the Agitated Distress) in line with the MFQ-P proposed by Jeffreys et al. (2016). Multidimensional aspects of depression of the MFQ may provide valuable information to clinicians and researchers when rating

the severity of depression and increase the probability of finding better treatment choices (Vares et al., 2015).

Furthermore, the empirical evidence of cross-cultural measurement invariance of the MFQ (Chapter 4) could fill an important gap in the limited cross-cultural measurement invariance across cultures of the MFQ. The MFQ could potentially be used in research on epidemiology and symptomatology of depression in young people across cultures in future studies. Last, the results reported in this thesis (Chapter 4) add to the literature on the MFQ as a valid measure to use across male and female adolescents in Thailand and the UK. Future studies should consider using the MFQ when they aim to compare depression symptoms across male and female adolescents.

Cross-cultural experience and expression of adolescent depression

The analysis of the cross-cultural measurement invariance (Chapter 4) highlighted that Thai and British adolescents appeared to respond to and interpret some MFQ items differently (e.g. Item 10 ‘It was hard for me to make up my mind’, ‘I felt grumpy and cross with my parents’, and ‘I thought I looked ugly’). It is important to note that MFQ items may measure the same mood and behaviour across groups, but that mood or behaviour can have a different meaning for the different cultural groups. For example, suppose frequency of irritability is indicative of the severity of depression in British adolescents but not in Thai adolescents. If this indicator is on a scale to compare depression in Thai and British, mean differences may mislead because irritability has little relation to depression in Thai adolescents. In this example, Thai adolescents may score lower than British adolescents on

the item ‘I felt grumpy and cross with my parents’ because they feel irritable less, but irritability is not associated with depression in Thai adolescents in the first place.

One possible reason is that collectivistic cultures, such as Thailand, are relatively less expressive of anger towards ingroups (i.e. family and peer) as this can be perceived as inappropriate, and emotional suppression is encouraged, especially with authority figures (e.g. parents; Holmes & Tangtongtavy, 2000). Therefore, when using the Western-based measures, it is essential to note that it may not reflect all aspects of depression that are experienced in non-Western contexts. These conceptually different aspects of depression experience generally coexist, require different diagnostic strategies, and call for a different treatment plan (Kirmayer, 2001). Thus, exploring and understanding an individual’s personal and cultural context to deliver an appropriate treatment plan is crucial (Kirmayer et al., 2013).

Practical implications

Improving early identification of depression in adolescent

As reported in Chapter 3, the MFQ is a valid and reliable screening measure for Thai adolescents. Using a validated depression screening measure with validated cut-off scores that give low levels of ‘false positives’ and ‘false negatives’ is an essential part of detection in clinical practice (Anderson et al., 2018). High accuracy distinguishing between depressed and non-depressed adolescents can save time from large numbers of referrals to diagnosis and help clinicians determine possible intervention options and monitor their treatment outcomes.

Furthermore, early detection of warning signs of pre-onset of depression by adolescents themselves may lead to effective prevention implementation in community settings, e.g. schools (Kwaunpanomporn, 2017). Identification of depression can lead to a possibility of significantly diminishing the negative consequences of depression. Screening for depression in schools is a viable way to identify students in need (Fazel et al., 2014).

In the student care and support system in Thailand (1991), teachers are well placed in the early identification of mental health issues in students. However, subject teachers mentioned they use the SDQ to assess students' mental health problems, but there is no clear guideline about what do to with the data. Likewise, most guidance teachers did not use valid-self report depression symptom measures. Therefore, providing the MFQ, which is easy and practical, is needed to detect depression risk for adolescents in schools. Students who are identified in school are likely to receive parental, school support, and referral to mental health services (Anderson et al., 2018; Kwaunpanomporn, 2017). This assessment could focus on students who present themselves to the guidance office or are referred by classroom teachers due to concern about mental health problems. The MFQ could therefore be used as a part of universal screening for depression in schools. However, for this to be helpful, teachers will need training to help them improve understanding and awareness of adolescent depression, learning how to use and interpret the MFQ scores, and to identify and refer students to mental health services.

Promoting mental health education in schools

Typically, mental health knowledge tends to be higher in Western cultures than non-Western ones, particularly in LMICs (Angermeyer & Dietrich, 2006; Eustache et al.,

2017). Limited community awareness of mental health is one of the main challenges accessing mental health care in LMICs (Wainberg et al., 2017). Given that, investment in dissemination and implementation in mental health promotion interventions in the community is critical. Furthermore, implementing prevention programmes to decrease the incidence of mental disorders is one of the main priorities to diminish the mental health gap and improve access to high-quality mental health services globally (Wainberg et al., 2017).

Lack of mental health resources for young people in Thailand could inform mental health education intervention aiming at schools. Although 11% of adolescents reported elevated symptoms of depression on the MFQ (Chapter 3), most teachers said that they found it difficult to recognise depression symptoms because they were internal and subjective (Chapter 5a). The results reported in this thesis (Chapter 5a) highlighted that mental health education about depression needed to be improved for teachers in Thailand so that they were better equipped with methods for reaching out to students who may be developing depression and more confident supporting students in need. Providing school staff training on mental health well-being is paramount to ensuring support for students suffering and teachers' own mental health.

Increasing mental health education in schools on a larger scale, may help to promote early identification of mental health disorders, enhance help-seeking behaviours, and reduce discrimination and stigma toward those living with mental health problems (Gulliver et al., 2010; Kutcher et al., 2013). Due to the accuracy, easy administration/scoring, and good levels of sensitivity and specificity, the Thai MFQ has the potential to be introduced and integrated in the future training for teachers to use in

school settings as a measure to screen for depression. Despite the growing universal demand in school-based mental health education to improve mental health knowledge and literacy in prevention and provide initial intervention for adolescents in schools, this is the first study to develop and evaluate the mental health education training about depression for teachers in Thailand.

Chapter 5b findings also provide support for the continued development and evaluation of school-based mental health education for teachers to be the proper training for teachers at pre-qualification or following qualification in the future. In addition, implementing a mental health policy in the schools is also needed, which aim to guide all stakeholders on the importance of promoting mental health. Investment in a research capacity for implementation and policy change contribute to and provide support for students who need helps (Zhou et al., 2020).

6.4 Recommendations for future research

Several matters are arising from the current research and suggest that further study would be useful. These include:

Identification of depression in adolescents

Our findings highlighted several possibilities for future research. First, the MFQ should be re-evaluated in other settings. The findings of psychometric properties and the optimal cut-off score of the MFQ in this study were based on adolescents from the community. Therefore, future research should validate a Thai MFQ in other settings, e.g.

primary care and clinical settings, where the prevalence of depression is expected to be higher.

Construct validity of the MFQ

Although the MFQ has been validated in different socio-cultural contexts, only a few studies examined the factorial structure of the MFQ. It has been suggested that the MFQ Child version is a unidimensional structure that measures a single construct (i.e. depression). However, in Chapter 4, both Thai and British samples failed to meet the goodness-of-fit criteria of unidimensionality required by the single-factor model of the MFQ. Our findings supported the five-factor model of the MFQ in both Thai and British samples (Core Symptoms, Vegetative Symptoms, Suicidality, Cognitive Symptoms, and Agitated Distress), meaning that the MFQ is well represented by a multidimensional scale. As this is the first study that proposed the multidimensional structure of the MFQ Child version, further study should consider evaluating the five-factor model of the MFQ child version in other contexts. The factorial structure of the MFQ child version has been mixed so it is important issue that requires further study.

School-based mental health intervention

In Chapter 5b, our preliminary findings supported the feasibility and acceptability of teachers' mental health education training. However, this feasibility study offers an early stage of the training programme, further evaluation of the training programme is needed before it widely delivers to teachers throughout Thailand. Robust study methodologies and valid measurement tools in the field are needed. Next steps require a scaling up to a larger number of teachers, e.g. pilot study and randomised controlled trial (RCT) to assess the

programme's effectiveness, including a follow-up measurement of participants' concepts, to establish if knowledge acquired during the session is sustained (Eldridge et al., 2016).

6.5 Conclusion

Depression is the most common mental health disorder in adolescents worldwide. Despite this, and similarly to many other countries, there has been limited investment in mental health care for young people in Thailand. This thesis provides a detailed account of Thai adolescent depression and addresses the gap between need and resources in Thailand. We aimed to provide a self-report measure to identify depression symptoms in Thai young people. Providing this may help to meet some of the mental health needs of Thai adolescents by helping to identify young people who are at elevated risk of having depression. Beyond this, increased awareness of adolescent depression and the development of teaching training may help support evidence-based mental health education for teachers in Thai schools to support adolescents with depression.

Translation and adaptation of standardised measures of depression are efficient solutions for the lack of available instruments (Widenfelt et al., 2005). However, there is a concern in adapting depression measures that have been developed in Western countries and validated in the English-speaking population because these measures may not be valid when used in non-Western countries. In Chapter 3, the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) was translated and examined a range of psychometric properties and determined its optimal cut-off score. The Thai MFQ had excellent psychometric properties and was excellent at discriminating adolescents with and without depression. Therefore, the MFQ is a valid and appropriate community screening measure for adolescent depression in

Thailand. Early identification of depression by using valid screening measures could help adolescents in the community benefit from further professional help. It also might be beneficial to practitioners working in primary care and mental health settings. Furthermore, factorial structure and the measurement invariance across gender and culture of the MFQ were also examined in Chapter 4. Our findings highlighted that the MFQ could be potentially used in epidemiology and symptomatology of depression in young people across gender and cultures in future studies.

Regarding to challenges in mental health resources in Thailand, including lack of awareness in the community, limited human and resources, and insufficient implementation research infrastructure to evaluate mental health interventions to meet local population needs. Our findings suggest that investment in disseminating and implementing mental health promotion interventions in the community is critical to challenge these barriers. Therefore, the evidence-based mental health education training for secondary school teachers in Thailand was developed and delivered in a one-day session. The findings suggest that the training was successfully developed and highly acceptable to Thai teachers. This can help to identify a most promising format that is more likely to succeed in future testing and can be implemented for teachers at pre-qualification or following qualification in the future.

6.6 References

- Anderson, J., Ford, T., Sonesson, E., Coon, J. T., Humphrey, A., Rogers, M., ... Howarth, E. (2018). A systematic review of effectiveness and cost-effectiveness of school-based identification of children and young people at risk of, or currently experiencing mental health difficulties. *Psychological Medicine*, *49*(1), 9–19. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002490>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public Beliefs About and Attitudes Towards People with Mental Illness: A Review of Population Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 163–179. <https://doi.org/0.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Angold, A., Costello, E. J., & Messer, S. C. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *5*, 237–249.
- Banh, M. K., Crane, P. K., Rhew, I., Gudmundsen, G., Stoep, A. Vander, Lyon, A., & McCauley, E. (2012). Measurement equivalence across racial/ethnic groups of the mood and feelings questionnaire for childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*(3), 353–367. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9569-4>
- Daviss, B. W., Birmaher, B., Melhem, N. A., Axelson, D. A., Michaels, S. M., & Brent, D. A. (2006). Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *47*(9), 927–934. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01646.x>
- Eldridge, S. M., Lancaster, G. A., Campbell, M. J., Thabane, L., Hopewell, S., Coleman, C., & Bond, C. (2016). Defining Feasibility and Pilot Studies in Preparation for Randomised Controlled Trials: Development of a Conceptual Framework. *PLoS ONE*. <https://doi.org/doi:10.1371/journal.pone.0150205>
- Epstein, J., Santo, R. M., & Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*, 435–441. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>

- Eustache, E., Gerbasi, M. E., Smith Fawzi, M. C., Fils-Aimé, J. R., Severe, J., Raviola, G. J., ... Becker, A. E. (2017). Mental health training for secondary school teachers in Haiti: a mixed methods, prospective, formative research study of feasibility, acceptability, and effectiveness in knowledge acquisition. *Global Mental Health*. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.29>
- Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools in high-income countries. *Lancet Psychiatry*, *1*(5), 377–387. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8).
- Ferna'ndez-Marti'nez, I., Morales, A., Espada, J. P., & Orgile's, M. (2020). Psychometric properties and factorial structure of the Spanish version of the parent-report Mood and Feelings Questionnaire (MFQ-P). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *25*(2), 533–544. <https://doi.org/10.1177/1359104519897939>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (Eighth). Hampshire: Annabel Ainscow.
- Holmes, H., & Tangtongtavy, S. (2000). *Working with the Thais* (Second). Bangkok: White Lotus.
- Jarbin, H., Ivarsson, T., Andersson, M., Bergman, H., & Skarphedinsson, G. (2020). Screening efficiency of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) and Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in Swedish help seeking outpatients. *PLoS ONE*, *15*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230623>
- Jeffreys, M., Rozenman, M., Gonzalez, A., Warnick, E. M., Dauser, C., Scahill, L., ... Robin Weersing, V. (2016). Factor Structure of the Parent-Report Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) in an Outpatient Mental Health Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0108-6>
- Kent, L., Vostanis, P., & Feehan, C. (1997). Detection of major and minor depression in children and adolescents: evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire.

- Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 38(5), 565–573. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01543.x>
- Kirmayer, L. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22–28.
- Kongsuk, T., Supanya, S., Kenbubpha, K., Phimtra, S., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2017). Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 34–48. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206162>
- Kutcher, S., Wei, Y., McLuckie, A., & Bullock, L. (2013). Educator mental health literacy: A programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. *Advances in School Mental Health Promotion*. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.784615>
- Kwaunpanomporn, T. (2017). Depression Risk Assessment Tool for Adolescents. *Psychiatric Nursing*, 32(3), 343–347. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.023>
- Marsella, A. (2003). Cultural aspects of depressive experience and disorders. *Online Readings in Psychology and Culture*, 10(2). <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1081>
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(4), 222–229. <https://doi.org/10.1007/s007870170011>
- Thailand Education Act. (1991). "คู่มือครูระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน" [Student care and support system manual]. <https://www.dmh.go.th/ebook/dl.asp?id=25>
- Vares, E. A., Salum, G. A., Spanemberg, L., Caldleraro, M. A., & Fleck, M. P. (2015). Depression Dimensions: Integrating Clinical Signs and Symptoms from the Perspectives of Clinicians and Patients. *PLoS ONE*, 10(8). <https://doi.org/doi:10.1371/journal.pone.0136037>
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K., ...

- Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports, 19*(5).
<https://doi.org/doi:10.1007/s11920-017-0780-z>.
- WHO. (2013). Creating awareness on prevention and control of depression. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/activities/creating-awareness-on-prevention-and-control-of-depression>
- Widenfelt, B. M. van., Treffers, P. D. A., De Beurs, E., Siebelink, B. M., & Koudijs, E. (2005). Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4752-1>
- Wood, A., Kroll, L., & Moore, A. (1995). Properties of the Mood and Feelings Questionnaire in Adolescent Psychiatric Outpatients: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(2), 327–334. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01828.x>
- Zhou, W., Ouyang, Feiyun, Nergui, O.-E., Banura, J. B., Acheampong, K., Massey, I. Y., & Xiao, S. (2020). Child and Adolescent Mental Health Policy in Low- and Middle-Income Countries: Challenges and Lessons for Policy Development and Implementation. *Frontiers in Psychiatry, 11*(150).
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00150>

7. APPENDICES

7.1 Appendix 1: Ethics committee approval letters (English and Thai versions)

Appendix 1.1: School Research Ethics Committee, School of Psychology and Clinical

Language Sciences approval letter (SREC 2018/105) – Paper 1

Appendix 1.2: Chiang Mai University Research Ethics Committee (CMUREC 61/073) –

Paper 1

Appendix 1.3: School Research Ethics Committee, School of Psychology and Clinical

Language Sciences approval letter (SREC 2019/095) – Paper 3

Appendix 1.1: School Research Ethics Committee, School of Psychology and Clinical Language Sciences approval letter (SREC 2018/105) - Paper 1

New Application: Mental health in Thai adolescents 2018-105-SR



PCLS Ethics

Mon 10/09/2018 08:39

To: Nanthaka Fuseekul

Cc: Shirley Reynolds

Hi Nanthaka

Your study was submitted for approval at school level – SREC – and was approved by Peter Cooper to go ahead. His email below is the official confirmation that you need for this.

You don't need to apply to UREC.

Many thanks

Liz

Liz White

Executive Support Administrator to Professors Cathy Creswell and Jonathan Hill

Ethics Administrator

School of Psychology and Clinical Language Sciences, Earley Gate, Reading. RG6 6AL

e.m.white@reading.ac.uk | Telephone: +(44) 0 118 378 5539 | www.reading.ac.uk

(For SatNav, please use post code **RG6 7BE** for Earley Gate)

New Application: Mental health in Thai adolescents 2018-105-SR

From: Peter Cooper

Sent: 04 September 2018 10:25

To: PCLS Ethics; Carmel Houston-Price

Subject: Re: New Application: Mental health in Thai adolescents 2018-105-SR


Dear Liz

I have read this submission and I feel all ethical issues have been well covered and I am happy for this study to go ahead.

All the best

Peter

**Appendix 1.2: Chiang Mai University Research Ethics Committee (CMUREC
61/073) -- Paper 1**



COA No. 044/61 CMUREC No. 61/073

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย
(Certificate of Approval)

ชื่อโครงการ: ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา
Project title: Mental health among adolescents in Chiang Mai and Phayao, Thailand

ผู้วิจัยหลัก: นันทกา ฟุสีกุล
Principal Investigator: Nanthaka Fuseekul

สังกัดหน่วยงาน: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Affiliation: Faculty of Education, Chiang Mai University

วิธีการทบทวน (Reviewed Method): การพิจารณาโดยคณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

เอกสารรับรอง: 1. โครงร่างการวิจัย
Document reviewed: 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง ส่วนที่ 1-2
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยสำหรับเด็กอายุ 8 ปี - ต่ำกว่า 18 ปี ส่วนที่ 1-2
4. หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยฯ สำหรับเด็กอายุ 8 ปี - ต่ำกว่า 18 ปี ส่วนที่ 1-2
5. แบบประเมินอารมณ์และความรู้สึก
6. แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน
7. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก
8. K-SADS-PL Screen Interview
9. ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้รับการรับรอง
การพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ ประกาศเฮลซิงกิ แนว
ทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี และรายงานเบลมอนต์

This is to certify that Chiang Mai University Research Ethics Committee has reviewed and approved the above research
protocol based on international guidelines for human research protection including the Declaration of Helsinki, International
Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) and The Belmont Report.

ลงนาม (Signed).....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชัจฉรา วัฒนภิญญา)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chairperson
Chiang Mai University Research Ethics Committee

วันที่รับรองการพิจารณาจริยธรรม: 28 กันยายน 2561 วันหมดอายุ: 27 กันยายน 2562
Date of approval: 28 September 2018 Date of expiration: 27 September 2019

Appendix 1.3: School Research Ethics Committee, School of Psychology and Clinical Language Sciences approval letter (SREC 2019/095) -- Paper 3

New Ethics Application: Supporting Students with depression In Thai Schools. 2019-150-FO 4

PE PCLS Ethics
Mon 11/11/2019 09:47
To: Nanthaka Fuseekul
Cc: Faith Orchard; Shirley Reynolds

Hi Nanthaka

I am pleased to inform you that this project (2019-150-FO) has been reviewed by the School Research Ethics Committee and has been given a favourable ethical opinion for conduct. The project may proceed.

Many thanks
Liz

Liz White
Executive Support Administrator to PCLS Research Ethics

School of Psychology and Clinical Language Sciences, Earley Gate, Reading. RG6 6AL
pclsethics@reading.ac.uk | Telephone: +(44) 0 118 378 5539 | www.reading.ac.uk

(For SatNav, please use post code **RG6 7BE** for Earley Gate)

7.2 Appendix 2: Information sheets for schools, parents and adolescents (English and Thai versions)

Appendix 2.1: Invitation letter for schools – Paper 1

Appendix 2.2: Information Sheet for Parents Part 1 – Paper 1

Appendix 2.3: Information Sheets for Adolescents Aged 12 -18 years old Part 1 – Paper 1

Appendix 2.4: Information Sheet for Parents Part 2 – Paper 1

Appendix 2.5: Information Sheets for Adolescents Aged 12 -18 years old Part 2 – Paper 1

Appendix 2.6: Debrief Form Part 1– Paper 1

Appendix 2.7: Debrief Form Part 2 – Paper 1

Appendix 2.8: Sources of Support (Part 1& Part2) – Paper 1

Appendix 2.9: Information Sheet for teachers (interview) – Paper 3

Appendix 2.10: Information Sheet for teachers Part 1 – Paper 3

Appendix 2.11: Information Sheet for schools Part 2 – Paper 3

Appendix 2.12: Information Sheet for teachers Part 2 – Paper 3

Appendix 2.1: Invitation letter for schools - Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences

University of Reading

Harry Pitt Building

Whiteknights Road

Reading RG6 6AL



HEAD TEACHER INFORMATION SHEET

Project Title: Mental Health in Thai Adolescents

Dear, (name of head teacher)

My name is Nanthaka Fuseekul. I am a PhD student at the School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, UK. As part of my study I am carrying out research which aims to estimate the rates of mental health issues among adolescents aged 12 -18 years old in Thailand. The study will also explore how depression is experienced and expressed by Thai adolescents. The information from the study will help us better recognize and understand depressive symptoms in young people. I am hoping to recruit approximately 1,000 young people from Thailand.

I am writing to ask for permission to recruit students currently enrolled at your school. I would like to invite them to take part in my study. I would also need help to send parental consent letters in order to gain parental permission for their child to take part in the study. Attached to this letter is an information sheet about the study. This gives more details about exactly what is involved. This letter provides a brief summary of what students would be asked to do so that you can consider if this could work in your school. If you would like to know more or are not sure if this is something your school can help

with I would be very pleased to talk to you by phone or face to face, or to discuss further over email or skype.

Brief Summary:

The study will collect data in two parts. In Part 1, students will complete paper questionnaires in class during school hours. These ask about their mood and feelings. These questions will take students about 40 minutes to complete. Students will also be asked if they are willing to be contacted about the next part of our research study. In Part 2, I will contact a small group of students (130) who have expressed interest in the next part of our research. I will meet them individually at school and interview them using a semi-structured diagnosis interview. This will take approximately 45 minutes to 1 hour. Moreover, I would need your permission to complete the study during school hours and have access to an appropriate space in which to conduct the interviews in Part 2.

I very much hope you will be interested in discuss this further. Please let me know if you require further information. You contact me by letter or email. With many thanks for your time.

Regards,

.....(Signature)

Nanthaka Fuseekul

...../...../.....

Invitation letter for schools - Paper 1 (Thai version)

โครงการวิจัย สุขภาพจิตในวัยรุ่น

การศึกษานี้มุ่งเน้นในการส่งเสริมภาวะปกติสุขและสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทย โดยมุ่งเน้นศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทยอายุ 12 – 18 ปี เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างได้แก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 1,000 คน

วิธีการศึกษา

1. ส่วนที่ 1 คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักเรียน

นักเรียนจะตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินที่เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก Mood and Feeling questionnaire (MFQ), แบบวัดภาวะซึมเศร้า Children's depression inventory (CDI) และแบบประเมินพฤติกรรม The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) โดยให้นักเรียนเป็นผู้ตอบคำถามเอง โดยจะใช้เวลา 30 นาทีโดยประมาณในชั่วโมงเรียน ถ้านักเรียนมีความประสงค์จะเข้าร่วมงานวิจัยในส่วนที่ 2 สามารถที่จะลงชื่อระบุความประสงค์ในการเข้าร่วมงานวิจัยกับผู้วิจัย

2. ส่วนที่ 2 การสัมภาษณ์และวินิจฉัยโดยผู้วิจัย

จากส่วนที่ 1 ผู้วิจัยจะทำการติดต่อนักเรียนที่ลงชื่อระบุความประสงค์ในการเข้าร่วมงานวิจัยในส่วนที่ 2 และมีรายงานผลการประเมินสูงกว่าเกณฑ์มาสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างจำนวน 130 คน โดยจะสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลในชั่วโมงเรียน ใช้เวลา 1 – 1.30 ชั่วโมง

ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์ทางโรงเรียนในการอนุญาตให้เข้ามาเก็บข้อมูลในโรงเรียนและจัดหาห้องสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์นักเรียนในการวิจัยส่วนที่ 1 และ 2 ซึ่งจะดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือนธันวาคม 2561 ถึงกุมภาพันธ์ 2562 ในครั้งนี้จะเป็นพระคุณอย่างสูง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

นันทกา พุสีกุล ผู้วิจัย

ข้อมูลติดต่อ Email:

, โทรศัพท์ 086-1818706

Appendix 2.2: Information Sheet for Parents Part 1- Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



INFORMATION SHEETS FOR PARENTS

Project Title: Mental Health in Thai Adolescents Part 1

Dear Parent

My name is Nanthaka Fuseekul. I am doing research in Thailand to find out more about the mental health of young people aged 12-18. I am writing to you to invite your son or daughter to take part. This information sheet describes the aims of the study and what your son or daughter would be asked to do if they take part. As your son or daughter is under 18 years of age it is important that you agree that they can take part- this is called giving 'consent'. Please get in touch with me if you have any questions about the research study.

The purpose of the study

This study aims to investigate the rates of depressive symptoms among adolescents in Thailand. It will also explore how depression is experienced and expressed by depressed Thai adolescents. This will help us to better recognize and understand depressive symptoms in young people and provide help in the right way.

Why are we inviting your son/daughter to take part?

The study is part of a programme of research about well-being in young people based at the University of Reading, United Kingdom. We want to find out more about the mental health and well-being of young people who live in Thailand. This will help us develop and provide services for young people to help them fulfil their potential.

We are working with a number of schools in Thailand, including the school your son or daughter attends. At those schools all students aged 12 to 18 years will be invited to take part in the research. Taking part in this study is completely voluntary; your son or daughter may withdraw at any time without having to give a reason. Please feel free to ask any questions that you may have about this study at any point. If your child is aged between 12 and 18 years old and you are happy for them to take part in the research please sign and return the parental consent form to the school. You can also contact the school or me by telephone or email. If you give consent for your son or daughter to take part in the research they will also be asked if they are happy to take part. If you or your child change your minds about taking part and want to withdraw from the study you can do this at any time.

What are the possible advantages of taking part?

The young people who take part in this research will be asked questions about their well-being and mental health. In addition, they will be given information, resources and tools to help promote well-being. They will experience university-based research and if the school agrees I am happy to talk to groups or classes of young people about the research and our findings. We hope that the information obtained from this study will help to

improve our understanding of well-being and mental health in Thai adolescents and help improve services for young people and their families.

What will happen if your child does take part?

The study will be conducted during the school day. Your child will be asked to fill out a questionnaire about their mood and feelings. This will take around 50 minutes to complete and be done in the classroom.

What are the possible risks of taking part?

The young people who take part in this research will be asked questions about their moods and emotions. For some young people this might draw their attention to some upsetting thoughts but these are usually temporary. Young people do not have to answer any questions they do not want to and they can stop the researcher at any time. They will be able to talk to the researcher and ask any questions. They will also be encouraged to discuss the research with their family and friends.

What if there is a problem?

If you have any concerns about the study or you feel unhappy with the study, you can contact Nanthaka Fuseekul, the researcher, Professor Shirley Reynolds, the supervisor of this project or the head teacher of the school.

Will the information obtained in this study be kept confidential?

Yes. All the information collected from your son or daughter will be anonymous and confidential. Your son or daughter's name will not be kept with their responses – we will use an identification number for each young person. Data stored on computer will not have names or information that could identify any student. The data collected from your

son or daughter's in this study will be preserved and made available in anonymized form, so that the data can be consulted and re-used by others. All computer data will be kept securely on a University of Reading server and password protected.

Occasionally young people may report thinking about harming themselves or others. If this happens the researcher will immediately inform a member of the school staff who is responsible for the well-being of students. They will then follow the standard school policies to support that student.

What will happen to the results of the research study?

The results of the research will be present as part of a doctoral thesis. The results may also be published in scientific journals. We will also will make the digital data available to other researchers in anonymized form. No personal information will be kept or shared. We will be happy to send you a summary of our results.

Who has reviewed the study?

To protect your interests this application has been reviewed by the University of Reading Research Ethics Committee, UK and the Chiang Mai University Research Ethic Committee, Thailand, and have been given a favourable ethical opinion for conduct to protect your interest. Everyone working on this study has been through the formal Criminal Records Bureau Disclosure process and has been approved by the School of Psychology at the University of Reading to work with children and adolescents.

An opportunity to take part in the next stage of the research

Whilst your son/daughter is completing the questionnaires, they have the option to give us their contact details so they can take part in the next stage of the study. This will also take place at the school and will involve talking about their mood and feeling. About 90 young people will take part, and they will receive a self-help book set as a thank you gift for their time.

Any Question?

If you have any questions about the study, please feel free to contact me or my supervisor (Professor Shirley Reynolds) by phone or email.

Thank you very much,

Nanthaka Fuseekul (Researcher) email:

Prof. Shirley Reynolds (Supervisor) email:

.....(Signature)

Nanthaka Fuseekul

...../...../.....

Information Sheet for Parents Part 1- Paper 1 (Thai version)



AF 04-09

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้ปกครอง)

ข้าพเจ้า นางสาวนันทกา พุสสิกุล ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาเอก สาขาจิตวิทยา มหาวิทยาลัย Reading ประเทศอังกฤษ และกำลังทำการศึกษาระดับปริญญาโท เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา โดยมีความประสงค์ที่จะทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดพะเยา อายุ 12 – 18 ปี โดยมีที่มาของโครงการวิจัย คือ ปัจจุบันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในวัยรุ่น และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กวัยรุ่น ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้จะนำไปสู่การวางแผนป้องกันช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต รวมไปถึงวางแผนการส่งเสริมและพัฒนาให้เด็กวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี

เอกสารนี้จะให้ข้อมูลพื้นฐานของโครงการวิจัยที่ท่านซึ่งเป็นผู้ปกครองควรศึกษาทำความเข้าใจ เพื่อช่วยในการตัดสินใจอนุญาตให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัย หากท่านอ่านเอกสารนี้และมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนได้ ท่านสามารถนำเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านและสามารถหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้องการปรึกษาได้

ท่านมีอิสระเต็มที่ในการตัดสินใจว่าจะให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมในการวิจัยนี้หรือไม่ หากท่านไม่อนุญาต จะไม่มีผลต่อการเรียนหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของเด็กในปกครองของท่าน และเมื่อท่านอนุญาตให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการ

วิจัยหรือมีข้อคิดเห็น ข้อข้องใจ หรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อนักวิจัยได้ที่
email: หรือเบอร์โทรศัพท์ 086-1818706

รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

1. ชื่อโครงการวิจัย

(ภาษาไทย): ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา

(ภาษาอังกฤษ): **Mental health among adolescents in Chiang Mai and Phayao, Thailand**

2. หัวหน้าโครงการวิจัย/ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวนันทกา พุสีกุล

ตำแหน่ง อาจารย์

สถานที่ทำงาน สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว ภาควิชาพื้นฐานและการพัฒนาการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หมายเลขโทรศัพท์ 086-1818706 - อีเมลล์

3. แหล่งทุน

ทุนการศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย สาขาวิชาการ
ประเภทคณาจารย์ประจำ นักวิจัยและสำหรับบุคคลภายนอกที่ไปศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ

4. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาใน
ประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และนำข้อมูล
ที่ได้ไปสู่การวางแผนป้องกัน ช่วยเหลือ รวมไปถึงการส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี

5. ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ

การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่
เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก การกระทำ รวมไปถึงการแสดงออกของวัยรุ่นที่ประสบกับปัญหา
สุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นศึกษาลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งในปัจจุบันนั้นยังมี
การศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถช่วยในการประเมิน
อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า สาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมไปถึงการทำความเข้าใจ
ลักษณะอาการของโรค เพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันหรือการวางแผนการช่วยเหลือในการ
ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตให้แก่วัยรุ่นในอนาคต

6. เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ

บุตรของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในงานวิจัยเพราะทางโรงเรียนได้รับทราบการดำเนินงาน
ของโครงการวิจัยแล้ว นอกจากนี้บุตรของท่านมีอายุระหว่าง 12-18 ปี ซึ่งเป็นช่วงกลุ่มอายุที่นักวิจัย

ต้องการทำการศึกษา การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่เข้าร่วมหรือเข้าร่วมแล้วประสงค์ออกจากงานวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลให้กับผู้วิจัยทราบ

7. หากท่านอนุญาตให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย เด็กในปกครองของท่านจะถูกขอข้อมูลด้วยวิธี (ตอบแบบสอบถาม/สัมภาษณ์ระดับลึก/สนทนากลุ่ม ฯลฯ)

บุตรของท่านจะได้ตอบแบบประเมินความคิดและความรู้สึก รวมไปถึงแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น และแบบประเมินพฤติกรรมในเวลาเรียน คาบวิชาและแนวเป็นระยะเวลา 50 นาทีโดยประมาณ

8. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยคือ

ทางผู้วิจัยมิได้ประสงค์ที่จะให้เกิดความเสี่ยงใดใดในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามในแบบประเมินอาจจะมีบางข้อคำถามที่เป็นคำถามเฉพาะตัวบุคคลและบางข้อคำถามจะเป็นการถามถึงความรู้สึกที่เป็นอารมณ์ด้านลบ ซึ่งเด็กบางคนอาจจะรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามหรือมีความยากในการระบุมุมความคิดและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งข้อคำถามเหล่านั้นอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับภาวะของนักเรียนในขณะนั้น ถ้านักเรียนคนไหนรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามไม่ว่าข้อใดก็ตาม ทางผู้วิจัยจะแนะนำให้หยุดการทำแบบประเมินโดยทันที และบุตรของท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่แจ้งเหตุผลใดต่อการหยุดการเข้าร่วมงานวิจัย นอกจากนี้ระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์นโยบายความปลอดภัยและการคุ้มครองเด็กของโรงเรียนอย่างเคร่งครัดโดยยึดหลักของความปลอดภัยของเด็กเป็นที่ตั้ง

9. แนวทางการป้องกันความเสี่ยงของโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ผู้วิจัยมีการวางแผนป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน ทั้งนี้เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยตามหลักเกณฑ์นโยบายความปลอดภัยและการคุ้มครองเด็กของโรงเรียนอย่างเคร่งครัดโดยยึดหลักของความปลอดภัยของเด็กเป็นที่ตั้ง ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้กับคุณครูที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยทันทีเมื่อพบนักเรียนที่มีแนวโน้มที่อาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อตนเอง เช่น มีความคิดของการทำร้ายตัวเอง จากนั้นคุณครูจะดำเนินการตามกระบวนการของโรงเรียนเพื่อส่งต่อนักเรียนไปยังหน่วยงานที่ให้บริการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน

ถ้าทางผู้ปกครองมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัย นางสาวนันทกา พุสิกุล ได้โดยตรง หรือถ้ามีความไม่พึงพอใจหรือประสงค์อยากจะร้องเรียนการวิจัยครั้งนี้อย่างเป็นทางการสามารถติดต่อ Professor Shirley Reynolds ผู้ให้คำปรึกษางานวิจัยฉบับนี้โดยตรง กรุณาดูช่องทางการติดต่อผู้วิจัยในเอกสารหน้าข้อมูลการติดต่อที่แนบมาด้วยนี้

10. ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ในการศึกษาส่วนที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับแฟ้มชนิดบางและดินสอไม้คนละ 1 ชุด

11. ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง

ไม่มี

12. การเข้าร่วมงานวิจัยในขั้นต่อไป

เมื่อบุตรของท่านได้ทำการตอบแบบประเมินในการศึกษาส่วนที่ 1 แล้ว นักเรียนจะสามารถเลือกได้ว่าสนใจจะเข้าร่วมงานการศึกษาในส่วนที่ 2 หรือไม่ ซึ่งในการศึกษาส่วนที่ 2 นี้จะมีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก และทำแบบประเมิน โดยใช้เวลา 45-60 นาที โดยประมาณในชั่วโมงเรียนหรือช่วงเวลาพักของโรงเรียน ในขั้นนี้ผู้วิจัยจะเลือกผู้เข้าสัมภาษณ์ 90 คนโดยประมาณ และผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับชุดความรู้เสริมสร้างสุขภาวะทางใจ คนละ 1 ชุด เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

ข้อมูลที่ได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ข้อมูลทุกฉบับจะถูกเก็บรักษาโดยจะมีเพียงผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมเท่านั้นสามารถเข้าถึงได้ หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยเร็วไม่ปิดบัง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลที่เป็นเอกสารไว้ในตู้ล็อกใส่กุญแจ หากเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะมีวิธีการตั้ง Password เพื่อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลด้วยเช่นกัน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยโดยทันที

ข้อมูลที่ได้รับการยกเว้นในการเก็บรักษาไว้เป็นความลับคือ ข้อมูลที่บุตรของท่านได้บอกบางสิ่งบางอย่างที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวเองหรือบุคคลอื่น กรณีนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้กับทางโรงเรียนได้ทราบ เนื่องจากงานวิจัยในครั้งนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก ถ้าทางผู้วิจัยพบว่าบุตรหลานของท่านอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตราย ทางผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้กับทางโรงเรียนให้ทราบและดำเนินการตามกระบวนการของโรงเรียนต่อไป

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและสิทธิประโยชน์ที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด และข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกทำลายทันทีหลังจากที่ถอนตัวจากการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานตั้งอยู่ที่ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 โทรศัพท์/โทรสาร 053-943565 ในช่วงเวลาราชการ หรืออีเมล

หากเด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรง

ตามที่ระบุไว้ สามารถติดต่อประชาชน หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่หมายเลขโทรศัพท์ หรืออีเมลข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นันทกา ฟุสีกุล)

วันที่.....

ช่องทางการติดต่อ

นางสาวนันทกา ฟุสีกุล (นักวิจัย)

email:

โทร: 0861818706

Prof. Shirley Reynolds (อาจารย์ที่ปรึกษา)

email:

Appendix 2.3: Information Sheets for Adolescents Aged 12 -18 years old Part 1 - Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



INFORMATION SHEETS FOR ADOLESCENTS AGED 12 -18 YEARS

Project title: Mental Health in Thai Adolescents Part 1

Hello, my name is Nanthaka Fuseekul and I am inviting you to take part in a research study.

Why is this project being done?

We want to find out about how young people in Thailand experience low mood and depression. Depression is quite common amongst young people but we do not understand very much about it. This research will help us understand depression and develop better ways to improve well-being and to help young people who experience depression.

Why have I been asked to take part?

We want to ask young people aged 12 to 18 about their experiences and you are in this age group. You have been invited to take part because your school has agreed to support this project.

Do I have to take part?

No. Taking part in this study is completely voluntary, you do not have to take part. Also, if you agree to take part, you still can withdraw at any time without having to give a

reason. Please feel free to ask any questions that you may have about this study at any point.

What will happen if I take part in the project?

If you take part in the project, you will be asked to complete some questions about your thoughts, feelings and behaviours. This will take about 50 minutes during class time.

Might anything about the research upset me?

Some of the questions are personal and ask about your positive and negative feelings. Sometimes this can make people feel a bit uncomfortable or upset. Usually this does not last long. If you feel upset or unhappy you can stop the research immediately. You can also talk to me, a teacher or your family and friends.

Will my information be kept private if I take part?

All information you tell me will be kept confidential and securely stored. Your name will not be stored with your answers. I will use an identification number for each young person so that no one can link what you tell me. The data collected from you in this study will be preserved and made available in anonymized form, so that the data can be consulted and re-used by others. No personal information will be kept or shared.

However, if you tell us something that makes us worried about your safety or someone else's safety I will share this information with a teacher at your school who can help you.

Did anyone else check the project is okay to do?

Before any research is allowed, it has to be checked by a group of people called an Ethics Committee. They make sure the research is safe. This study has been looked at by The

Chiang Mai University Research Ethic committee, Thailand and The University of Reading Ethics Committee, UK and they were happy for it to go ahead.

An opportunity to take part in more research

After we receive your questionnaire I will invite around 90 young people to meet me and take part in an individual interview. This will take about 45- 60 minutes. If you are interested in this I will ask you to give us your contact details. Everyone who takes part in the interview (Part2) will receive a self-help book as a thank you for your time.

Is there any Incentive for participation in the study?

Everyone who completes the questionnaires will receive a folder and pencil as a thank you gift.

Any Question?

If you have any questions about the study, please feel free to contact me or my supervisor Professor Shirley Reynolds by phone or email.

Contact Details

Nanthaka Fuseekul (Researcher) email:

Prof. Shirley Reynolds (Supervisor) email:

.....(Signature)

Nanthaka Fuseekul

...../...../.....

Information Sheets for Adolescents Aged 12 -18 years old Part 1 -Paper 1 (Thai version)



AF 06-09

**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา
ส่วนที่ 1
สำหรับเด็กอายุ 8 ปี - ต่ำกว่า 18 ปี**

พี่ชื่อ นันทกา พุสีกุล ปัจจุบันกำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาเอก สาขาจิตวิทยา มหาวิทยาลัย Reading ประเทศอังกฤษ และกำลังทำการศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในประเทศไทย ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา และปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้น้องรู้ถึงภาวะสุขภาพจิตของตนเอง นำไปสู่การหาแนวทางป้องกันและช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต และการวางแผนการส่งเสริมให้วัยรุ่นไทยมีสุขภาพจิตที่ดี

น้องได้รับเชิญให้เข้าร่วมในงานวิจัยนี้เพราะทางโรงเรียนได้รับทราบการดำเนินการของโครงการวิจัยแล้ว และน้องมีอายุระหว่าง 12-18 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ที่ต้องการทำการศึกษา ถ้าน้องยินดีเข้าร่วมโครงการนี้ น้องจะได้ตอบแบบประเมินความคิดและความรู้สึก, แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก และวัยรุ่น และแบบประเมินพฤติกรรมในคาบวิชาแนะแนว เป็นระยะเวลา 50 นาทีโดยประมาณ

งานวิจัยนี้อาจเกิดความเสียดังนั้น แบบประเมินอาจจะมีบางข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เป็นด้านลบ น้องบางคนอาจจะรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามหรือมีความยากในการระบุมุมมองและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับภาวะของน้องในขณะนั้น แต่ถ้าน้องไม่อยากจะเข้าร่วมโครงการนี้ หรือเข้าร่วมแล้วรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด อยากหยุด น้องสามารถบอกพี่ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ กับน้อง และถ้าน้องหรือผู้ปกครองมีเรื่องสงสัย สามารถถามพี่ได้

พี่จะเก็บเรื่องส่วนตัวของน้องเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ใครทราบเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของน้องจะมีเพียงพี่นักวิจัยและบุคคลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้นสามารถดูได้ แต่ในกรณีที่พี่ได้รับการยกเว้นคือ ข้อมูลใดของน้องที่บอกบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวน้องเองหรือ

ผู้อื่นที่จะต้องแจ้งให้กับทางโรงเรียนได้รับทราบและดำเนินการตามกระบวนการของโรงเรียนเพื่อให้ห้อง
ได้รับการช่วยเหลือต่อไป

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งต่อไป

เมื่อน้องได้ทำการตอบแบบประเมินในส่วนที่ 1 แล้ว มีความสนใจอยากจะเข้าร่วมการวิจัยในส่วน
ที่ 2 ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลโดยการพูดคุยเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกกับพี่วิจัยแบบรายคน โดยใช้เวลา
45-60 นาทีโดยประมาณในช่วงโมงเรียนหรือช่วงเวลาที่พักของโรงเรียน พี่จะทำการคัดเลือกน้องที่สนใจเข้า
รับการพูดคุยคนที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับชุดความรู้เสริมสร้างสุขภาวะทางใจ คนละ 1 ชุดถ้าน้อง
สนใจอยากจะเข้าร่วมการวิจัยในส่วนที่ 2 ช่วยกรอกข้อมูลเพื่อติดต่อกลับด้านล่างและส่งกลับคืนที่ครูแนะ
แนวหรือนักวิจัย

ชื่อ.....เบอร์โทร.....ห้อง.....
ที่อยู่.....Email:.....

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานตั้งอยู่ที่ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถนนห้วยแก้ว
ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 โทรศัพท์/โทรสาร 053-943565 ในช่วงเวลาราชการ
หรืออีเมล หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ สามารถติดต่อประธานฯ
หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ หรืออีเมลข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(.....)
วันที่.....

ช่องทางการติดต่อ

นางสาวนันทกา พุสีกุล (นักวิจัย) email:

โทร 0861818706

Prof.Shirley Reynolds (อาจารย์ที่ปรึกษา) email:

Appendix 2.4: Information Sheet for Parents Part 2 - Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



INFORMATION SHEETS FOR PARENTS

Project title: Mental Health in Thai Adolescents Part2

Dear parent/ guardian,

Your son or daughter has already helped us with our study and agreed to take part in the second stage. This information sheet is to help you support your child to decide whether to be part of the next stage of the study.

The purpose of the study

This study aims to explore how depression is experienced and expressed by young people in Thailand. This will help us better recognize and understand depressive symptoms in Thai adolescents. We hope that it will help us understand how it develops, the associated factors, and the key symptoms of depression as well as how Thai adolescents interpret it. Then we will develop ways to prevent and help young people who suffer from depression in appropriate way.

Why are we inviting your son/daughter to take part?

Your son or daughter school has agreed to help us with this research. Your child took part in Part 1 of this study and filled in some questionnaires. They indicated that they would be interested in taking part in the next stage of the study. Taking part in this study is completely voluntary; your child may withdraw at any time without having to give any

reason. Because your son or daughter is under 18 years old they need your written consent to take part. If you agree that they can take part please sign and return the consent form overleaf to the school or the researcher via post or email. If you provide consent we will also check that your child is happy to take part in the study. They can also withdraw at any time without having to give any reason.

What are the possible advantages of taking part in the research?

The young people who take part in this research will have opportunity to explore and discuss their well-being and mental health with a researcher. They will also be given information, resources and tools to help their well-being.

What will happen if your child agreed to take part?

The study will be conducted during school day. During the interview, your child will be asked more detailed questions about their mood and feelings. The interview will be audio recorded so that the information is correctly collected. After the interview has been transcribed the audio will be destroyed.

What are the possible risks of taking part?

The young people who take part in this research will be asked questions about their moods and emotions. There may be some feelings of psychological discomfort associated with sharing information about negative thoughts and feelings. The researcher is trained to support young people in the research and they can stop the research at any time or not answer any questions that they do not want to. All young people will be given the opportunity to talk to the researcher during the interview or afterwards. They will also be encouraged to discuss the research with their family and friends.

What if there is a problem?

If you have any concerns about the study you can contact Nanthaka Fuseekul, the researcher or Professor Shirley Reynolds, the supervisor of this project or the head teacher of the school.

Will the information obtained in this study be kept confidential?

Yes. All the information collected from your son or daughter will be anonymous and confidential. Your son or daughter's name will not be kept with their responses – we will use an identification number for each young person. Data stored on computer will not have names or information that could identify any student. The data collected from your son or daughter in this study will be preserved and made available in anonymized form, so that the data can be consulted and re-used by others. All computer data will be kept securely on a University of Reading server and password protected. Occasionally young people may report thinking about harming themselves or others. If this happens the researcher will immediately inform a member of the school staff who is responsible for the well-being of students. They will then follow the standard school policies to support that students.

What will happen to the results of the research study?

The results of the research will be present as part of a doctoral thesis. It may also be published in scientific journals. We will make the anonymized data available to other researchers who work in this area. No personal information will be stored or shared. We will be happy to send you a summary of our results.

Who has reviewed the study?

This application has been reviewed and given a favourable opinion by the University of Reading Research Ethics Committee, UK and the Chiang Mai University Research Ethic Committee, Thailand, to protect your interest. Everyone working on this study has been through the formal Criminal Records Bureau Disclosure process and has been approved by the School of Psychology at the University of Reading to work with children and adolescents.

Is there any Incentive for participation in the study?

The participants who take part in the interview will receive a mental health booklet as a thank you gift for their time.

Any Question?

If you have any questions about the study, please feel free to contact me or my supervisor (Professor Shirley Reynolds) by phone or email.

Contact Details

Nanthaka Fuseekul (Researcher) email:

Prof.Shirley Reynolds (Supervisor) email:

.....(Signature)

Nanthaka Fuseekul

...../...../.....

Information Sheet for Parents Part 2 - Paper 1 (Thai version)



AF 04-09

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และ พะเยา ส่วนที่ 2 (สำหรับผู้ปกครอง)

ข้าพเจ้า นางสาวนันทกา พุฒิสกุล นักวิจัยในการศึกษาเรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา ครั้งที่ 2 ได้ส่งเอกสารนี้มาเพื่อแจ้งข้อมูลพื้นฐานของโครงการวิจัยที่ท่านซึ่งเป็นผู้ปกครองควรศึกษาทำความเข้าใจ เพื่อช่วยในการตัดสินใจอนุญาตให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัย หากท่านอ่านเอกสารนี้และมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนได้ ท่านสามารถนำเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านและสามารถหารือกับผู้ที่ท่านต้องการปรึกษาได้

ท่านมีอิสระเต็มที่ในการตัดสินใจว่าจะให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมในการวิจัยนี้หรือไม่ หากท่านไม่อนุญาต จะไม่มีผลต่อการเรียนหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของเด็กในปกครองของท่าน และเมื่อท่านอนุญาตให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยหรือมีข้อคิดเห็น ข้อข้องใจ หรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อนักวิจัยได้ที่
email: หรือเบอร์โทรศัพท์ 086-1818706

รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

1. ชื่อโครงการวิจัย

(ภาษาไทย): ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา

(ภาษาอังกฤษ): Mental health among adolescents in Chiang Mai and Phayao, Thailand

2. หัวหน้าโครงการวิจัย/ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวนันทกา พุสีกุล ตำแหน่ง อาจารย์

สถานที่ทำงาน สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว ภาควิชาพื้นฐานและการพัฒนาการศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หมายเลขโทรศัพท์ 086-1818706 อีเมล

3. แหล่งทุน

ทุนการศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย สาขาวิชาการ
ประเภทคณาจารย์ประจำ นักวิจัยและสำหรับบุคลากรภายนอกที่ไปศึกษาต่อ ณ ต่างประเทศ

4. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในประเทศไทย โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การวางแผน
ป้องกัน ช่วยเหลือ รวมไปถึงการส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี

5. ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ

การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่
เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก การกระทำ รวมไปถึงการแสดงออกของวัยรุ่นที่ประสบกับปัญหา
สุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นศึกษาลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งในปัจจุบันนั้นยังมี
การศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถช่วยในการประเมิน
อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า สาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมไปถึงการทำความเข้าใจ
ลักษณะอาการของโรค เพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันหรือการวางแผนการช่วยเหลือในการ
ให้บริการทางด้านสุขภาพจิตให้แก่วัยรุ่นในอนาคต

5. เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ

บุตรหลานของท่านได้เข้าร่วมงานวิจัยในส่วนที่ 1 ด้วยการทำแบบประเมินที่เกี่ยวกับภาวะ
สุขภาพจิตและมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในส่วนที่ 2

6. หากท่านอนุญาตให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย เด็กในปกครองของท่านจะถูกขอข้อมูลด้วยวิธี (ตอบแบบสอบถาม/สัมภาษณ์ระดับลึก/สนทนากลุ่ม ฯลฯ)

บุตรของท่านจะได้ตอบแบบประเมินและการสัมภาษณ์โดยข้อความจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึก ในการสัมภาษณ์จะมีการบันทึกเสียง โดยจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีในช่วงพักของโรงเรียนแฉะแนวหรือช่วงพักของโรงเรียน

7. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยคือ

ทางผู้วิจัยมิได้ประสงค์ที่จะให้เกิดความเสียหายใดใดในการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ อย่างไรก็ตามในการสัมภาษณ์อาจจะมีข้อความที่เป็นคำถามเฉพาะตัวบุคคลและบางข้อความจะเป็นการถามถึงความรู้สึกที่เป็นอารมณ์ด้านลบ ซึ่งเด็กบางคนอาจจะรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามหรือมีความยากในการพูดถึงความรู้สึกของตนเอง ถ้านักเรียนคนไหนรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามไม่ว่าข้อใดก็ตาม นักเรียนสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อดังกล่าวได้ และบุตรของท่านมีสิทธิ์ที่จะแจ้งเหตุผลใดใดต่อการหยุดการเข้าร่วมงานวิจัย นอกจากนี้ระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์นโยบายความปลอดภัยและการคุ้มครองเด็กของโรงเรียนอย่างเคร่งครัดโดยยึดหลักของความปลอดภัยของเด็กเป็นที่ตั้ง

8. แนวทางการป้องกันความเสี่ยงของโครงการวิจัย (ถ้ามี)

ผู้วิจัยมีการวางแผนป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน ผู้วิจัยมีการวางแผนป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน ทั้งนี้เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยตามหลักเกณฑ์นโยบายความปลอดภัยและการคุ้มครองเด็กของโรงเรียนอย่างเคร่งครัดโดยยึดหลักของความปลอดภัยของเด็กเป็นที่ตั้ง ผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้กับคุณครูที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยทันทีเมื่อพบนักเรียนที่มีแนวโน้มที่อาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อตนเอง เช่น มีความคิดของการทำร้ายตัวเอง จากนั้นคุณครูจะดำเนินการตามกระบวนการของโรงเรียนเพื่อส่งต่อนักเรียนไปยังหน่วยงานที่ให้บริการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน

ถ้าทางผู้ปกครองมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัย นางสาวนันทกา พุทธิกุล ได้โดยตรง หรือถ้ามีความไม่พึงพอใจหรือประสงค์อยากจะทำเรียนการวิจัยครั้งนี้อย่างเป็นทางการสามารถติดต่อ Professor Shirley Reynolds ผู้ให้คำปรึกษางานวิจัยฉบับนี้โดยตรง กรุณาดูช่องทางการติดต่อผู้วิจัยในเอกสารหน้าข้อมูลการติดต่อที่แนบมาด้วยนี้

9. ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

นักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งที่ 2 จะได้รับได้รับชุดความรู้เสริมสร้างสุขภาวะทางใจ คนละ 1 ชุด เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์

10. ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเอง ไม่มี

ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นภาพรวมของการศึกษา โดยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ข้อมูลทุกฉบับจะถูกเก็บรักษาโดยจะมีเพียงผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรม หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยไม่ปิดบัง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลที่เป็นเอกสารไว้ในตู้ใส่กุญแจ หากเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เช่น คลิปเสียงจากการสัมภาษณ์ จะถูกบันทึกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีการตั้งรหัส Password เพื่อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลด้วยเช่นกัน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยทันที

ข้อมูลที่ได้รับการยกเว้นในการเก็บรักษาไว้เป็นความลับคือ ข้อมูลที่บุตรของท่านได้บอกบางสิ่งบางอย่างที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือบุคคลอื่น กรณีนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้กับทางโรงเรียนได้ทราบ เนื่องจากงานวิจัยในครั้งนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก ถ้าทางผู้วิจัยพบว่าบุตรหลานของท่านอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ทางผู้วิจัยจะรีบแจ้งให้กับทางโรงเรียนให้ทราบและดำเนินการตามกระบวนการของโรงเรียนต่อไป

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและสิทธิประโยชน์ที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด และข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกทำลายทันทีหลังจากที่ถอนตัวจากการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานตั้งอยู่ที่ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 โทรศัพท์/โทรสาร 053-943565 ในช่วงเวลาราชการ หรืออีเมล หากเด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ สามารถติดต่อประธานฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่หมายเลขโทรศัพท์ หรืออีเมลข้างต้น

ช่องทางการติดต่อ

นางสาวนันทกา พุทธิกุล (นักวิจัย)

email:

โทร:

0861818706

Prof. Shirley Reynolds (อาจารย์ที่ปรึกษา)

email:

**Appendix 2.5: Information Sheets for Adolescents Aged 12 -18 years old Part 2 -
Paper 1**

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



INFORMATION SHEETS FOR ADOLESCENTS AGED 12 -18 years

Project title: Mental Health in Thai Adolescents Part 2

I am inviting you to take part in a study we are doing.

Why is this project being done?

As you might remember we are interested in how mood problems are experienced and expressed by adolescents. This will help us better recognize and understand the symptoms of depression in young people.

Why have I been asked to take part?

You took part in Part 1 in the study and filled out some questionnaires. As you might remember, you told us that you were interested in taking part in Part 2.

Do I have to take part?

No. Taking part in this study is completely voluntary, you do not have to take part. Also, if you agree to take part, you still can withdraw at any time without having to give a reason. Please feel free to ask any questions that you may have about this study at any point.

What will happen if I take part in the project?

If you take part in the project, you will be asked to take part in an interview with the research. This will take up to 45-60 minutes to complete. I will audio record our meeting to help me collect accurate data. After I have transcribed the interview I will destroy the audio tape.

Might anything about the research upset me?

Some of the questions are personal and asking about your feelings. If you feel upset or uncomfortable, you can stop the research immediately, at any time.

Will my information be kept private if I take part? Will anyone else know I'm doing this?

All information you tell me will be kept confidential and securely stored. Your name will not be stored with your answers. I will use an identification number for each young person so that no one can link what you tell me. All the information you give me will be stored on a computer at the University of Reading in the UK. The data collected from you in this study will be preserved and made available in anonymized form, so that the data can be consulted and re-used by others. No personal information will be given.

However, if you tell us something which makes us worried about your safety or someone else we will pass on this information to a member of the school staff team who will be able to help you.

Did anyone else check the project is okay to do?

Before any research is allowed, it has to be checked by a group of people called an Ethics Committee. They make sure the research is safe. This study has been looked at by The

Chiang Mai University Research Ethic committee, Thailand and The University of Reading Ethics Committee, UK and they were happy for it to go ahead. Everyone working on this study has been through the formal Disclosure Barring Service (DBS) checks and has been approved by the School of Psychology, University of Reading to work with young people.

Is there any Incentive for participation in the study?

You will receive a mental health booklet as a thank you gift.

Any Question?

If you have any questions about the study, please feel free to contact me or my supervisor Professor Shirley Reynolds by phone or email.

Contact Details

Nanthaka Fuseekul (Researcher) email:

Prof. Shirley Reynolds (Supervisor) email:

.....(Signature)

Nanthaka Fuseekul

...../...../.....

Information Sheets for Adolescents Aged 12 -18 years old Part 2 -Paper 1 (Thai version)



AF 06-09

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา

ส่วนที่ 2

สำหรับเด็กอายุ 8 ปี - ต่ำกว่า 18 ปี

น้องได้รับเชิญให้เข้าร่วมในงานวิจัยนี้อีกครั้งเพราะทางโรงเรียนได้รับทราบการดำเนินงานของโครงการวิจัยแล้ว และน้องได้แจ้งความประสงค์ว่าจะเข้าร่วมการวิจัยในส่วนที่ 2 ซึ่งน้องจะได้ทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตและการสัมภาษณ์เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก โดยพี่จะทำการบันทึกเสียงและจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีในช่วงโมงเรียนแนะแนวหรือช่วงพักของโรงเรียน

งานวิจัยนี้อาจเกิดความเสี่ยงได้ เช่น ในการสัมภาษณ์อาจจะมีข้อคำถามที่เป็นคำถามเฉพาะตัวบุคคลและบางข้อคำถามจะเป็นการถามถึงความรู้สึกที่เป็นอารมณ์ด้านลบ ซึ่งน้องบางคนอาจจะรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามหรือมีความยากในการพูดถึงความรู้สึกของตนเอง ถ้าน้องคนไหนรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามไม่ว่าข้อใดก็ตาม น้องสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อดังกล่าวได้ หรือเข้าร่วมแล้วรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด อยากหยุด น้องสามารถบอกพี่ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ กับน้อง และถ้าน้องหรือผู้ปกครองมีเรื่องสงสัย สามารถถามพี่ได้

พี่จะเก็บเรื่องส่วนตัวของน้องเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ใครทราบเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของน้องจะมีเพียงพี่นักวิจัยและบุคคลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้นสามารถดูได้ แต่ในกรณีที่จะได้รับการยกเว้นคือ ข้อมูลใดของน้องที่บอกบางสิ่งทีอาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวน้องเองหรือผู้อื่น พี่จะต้องแจ้งให้กับทางโรงเรียนได้รับทราบและดำเนินการตามกระบวนการของโรงเรียนเพื่อให้น้องได้รับการช่วยเหลือต่อไป

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานตั้งอยู่ที่ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 239 ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 โทรศัพท์/โทรสาร 053-943565 ในช่วงเวลาราชการ

หรืออีเมล

หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ สามารถติดต่อประธานฯ

หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่ หมายเลขโทรศัพท์ หรืออีเมลข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

ช่องทางการติดต่อ

นางสาวนันทกา พุสีกุล (นักวิจัย)

email:

โทร: 0861818706

Prof. Shirley Reynolds (อาจารย์ที่ปรึกษา)

email:

Appendix 2.6: Debrief Form Part 1 - Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



DEBRIEF FORM

Project Title: Mental Health in Thai Adolescents -Part 1

Thank you very much for helping me with this research. This study aims to investigate the rates of depressive symptoms among adolescents in Thailand. It will also explore how depression is experienced and expressed by depressed Thai adolescents. This will help us to better recognize and understand depressive symptoms in young people and provide help in the right way. Your answers will be kept confidential and your data will be preserved in anonymized form. If at any point you wish to withdraw your answers or ask any questions about this study please email me or my supervisors (contact details above). The project was approved by the University of Reading research Ethics Committee, UK and the Chiang Mai University Research Ethic Committee, Thailand.

We also asked you about your mood and feeling. Everyone's feelings go up and down from time to time. This is perfectly normal and nothing to worry about. Sometimes we feel down for quite a while. If you are feeling down there are lots of people that can help, for example, your parents, your sibling, a teacher or a friend. Sometimes it is useful to talk to someone else so we have included information about other organizations that can help young people. Please have a look at sources of support document. We hope you have found it interesting. If you would like to know more about our results please let me know. You can email me

Debrief Form Part 1 (Thai version) - Paper 1

ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น ครั้งที่ 1

ขอบคุณนักเรียนทุกคนที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยนำร่อง เพื่อมุ่งเน้นในการเสริมสร้างสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดภาคเหนือ ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความประสงค์อยากจะศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก การกระทำ รวมไปถึงถึงการแสดงออกของวัยรุ่นที่ประสบกับปัญหาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นศึกษาลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งในปัจจุบันนั้นมีอัตราที่สูงขึ้น เนื่องจากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และส่งผลต่อการเรียนและการใช้ชีวิตของนักเรียนทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถช่วยในการประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนในเบื้องต้น รู้ถึงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อพัฒนาการที่ดีของนักเรียน รวมไปถึงให้ครู เพื่อนและผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจทางด้านสุขภาพจิตของนักเรียน เพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันหรือการวางแผนการช่วยเหลือในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตให้แก่นักเรียนในอนาคต

ข้อมูลส่วนตัวของนักเรียนจะเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ใครทราบเป็นรายบุคคล ถ้านักเรียนมีคำถามหรือข้อสงสัยสามารถส่งอีเมลล์มาที่นักวิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษานักวิจัย (ตามช่องทางการติดต่อ) งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก the University of Reading research Ethics Committee, UK and the Chiang Mai University Research Ethic Committee, Thailand.

ข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งนักเรียนบางคนอาจจะรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามหรือมีความยากในการพูดถึงความรู้สึกของตนเอง ถ้านักเรียนคนไหนรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามไม่ว่าข้อใดก็ตาม นักเรียนสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อดังกล่าวได้ หรือเข้าร่วมแล้วรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด อยากหยุด นักเรียนสามารถแจ้งนักวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ถ้านักเรียนมีข้อสงสัยหรืออยากสอบถามเกี่ยวกับผลของงานวิจัย ทางผู้วิจัยจะดำเนินการส่งรายงานผลการวิจัยให้ โดยสามารถส่งอีเมลล์มาที่

Appendix 2.7: Debrief Form Part 2 - Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



DEBRIEF FORM

Project Title: Mental Health in Thai Adolescents -Part 2

Thank you very much for helping us with this research. As you know, I wanted to explore how depression is experienced and expressed by young people in Thailand. This will help us better recognize and understand depressive symptoms in Thai adolescents. The questionnaires you filled in also tell us more about how this relates to your mood and well-being.

The interview you completed also help us understand more about your experience and expression of depression in Thai adolescents. This is very important because depression is a problem for many adolescents and we want to develop better ways to identify depression and to prevent it developing.

Your answers will be kept confidential and your data will be preserved in anonymized form. If at any point you wish to withdraw your answers or ask any questions about this study please email me or my supervisors (contact details above). The project was approved by the University of Reading research Ethics Committee, UK and the Chiang Mai University Research Ethic Committee, Thailand.

We hope you have found it interesting. If you would like to know more about our results please let me know and I would be happy to send you a brief summary of what we found. You can email me .

Debrief Form Part 2 (Thai version) - Paper 1

ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น ครั้งที่ 2

ขอบคุณนักเรียนทุกคนที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์ในครั้งนี้ การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยนำร่อง เพื่อมุ่งเน้นในการเสริมสร้างสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในจังหวัดภาคเหนือ ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความประสงค์อยากจะศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่น เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก การกระทำ รวมไปถึงการแสดงออกของวัยรุ่นที่ประสบกับปัญหาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นศึกษาลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งในปัจจุบันนั้นมีอัตราที่สูงขึ้น เนื่องจากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไป และส่งผลต่อการเรียนและการใช้ชีวิตของนักเรียนทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถช่วยในการประเมินสุขภาพจิตของนักเรียนในเบื้องต้น รู้ถึงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อพัฒนาการที่ดีของนักเรียน รวมไปถึงให้ครู เพื่อน และผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจทางด้านสุขภาพจิตของนักเรียน เพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันหรือการวางแผนการช่วยเหลือในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตให้แก่นักเรียนในอนาคต

ข้อมูลส่วนตัวของนักเรียนจะเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ใครทราบเป็นรายบุคคล ถ้านักเรียนมีคำถามหรือข้อสงสัยสามารถส่งอีเมลล์มาที่นักวิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษานักวิจัย (ตามช่องทางการติดต่อ) งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก the University of Reading research Ethics Committee, UK and the Chiang Mai University Research Ethic Committee, Thailand.

ข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งนักเรียนบางคนอาจจะรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามหรือมีความยากในการพูดถึงความรู้สึกของตนเอง ถ้านักเรียนคนไหนรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามไม่ว่าข้อใดก็ตาม นักเรียนสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อดังกล่าวได้ หรือเข้าร่วมแล้วรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด อดอยากหยุด นักเรียนสามารถแจ้งนักวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ถ้านักเรียนมีข้อสงสัยหรืออยากสอบถามเกี่ยวกับผลของงานวิจัย ทางผู้วิจัยจะดำเนินการส่งรายงานผลการวิจัยให้ โดยสามารถส่งอีเมลล์มาที่

Appendix 2.8 : Sources of Support (Part 1& Part2) - Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



SOURCES OF SUPPORT (Part 1 & Part2)

The young people who take part in this research will be asked questions about their moods and emotions. For some young people this might draw their attention to some upsetting thoughts. I am giving you information about different types of support that you and/ or your friends might find useful.

Where to Find Support & Advice:

Department of Mental Health hotline 1323 or 1667

The DMH's helpline is open 24/7, and even offers online consultations through their Facebook page (facebook.com/pg/helpline1323) from 5-10pm. Note that the consultants on the hotline, while professionally trained, are not medical professionals. Patients with serious conditions are still encouraged to seek out help from mental health doctors.

Samaritans Thailand

Established in the UK in 1953, the Samaritans organization is a non-profit, volunteer-based group with the aim of providing confidential emotional support. You can call 24 hours a day, 7 hours a week on 02-7136793 (Thai) or 02713-6791 (English) to speak to understand volunteers willing to listen. The Samaritans are anonymous, which means you don't even have to give your real name.

Primary Care Unit (PCUs)

No appointments are necessary for consultation. A typical visit lasts about 3-5 minutes.

Your GP will be able to offer support and advice on possible treatment options for any mental health difficulties. You will be referred to access specialist care or appropriate treatment when needed.

Sources of Support (Part 1& Part2) (Thai version) - Paper 1

อย่าลืม.... ขอความช่วยเหลือ

เมื่อรู้สึกเศร้า เราสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้จากบุคคลและองค์กรเหล่านี้ได้

- **คนใกล้ตัว**

เช่น เพื่อน พ่อแม่ พี่น้อง หรือครูในโรงเรียนที่เราารู้สึกไวใจและอยากจะพูดคุยเรื่องราวที่เกิดขึ้น การพูดคุยจะช่วยให้เราผ่อนคลายและรู้สึกเบาขึ้น สามารถมองเห็นเรื่องราวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

- **Hotline สายด่วนสุขภาพจิต โทร 1323**

นักจิตวิทยาคอยรับโทรศัพท์และรับฟังเรื่องราวของเราตลอด 24 ชั่วโมง

- **Facebook fanpage: [facebook.com/pg/helpline1323](https://www.facebook.com/pg/helpline1323)**

นักจิตวิทยาพูดคุยผ่านช่องทางการแชท ตั้งแต่เวลา 17.00-22.00 น. ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์

- **[Smaritans](https://www.smaritans.com) [ประจำประเทศไทย](https://www.smaritans.com) โทร 02-7136793**

อาสาสมัครที่มีความประสงค์อยากช่วยเหลือและรับฟังเรื่องราวของเราตลอด 24 ชั่วโมง

Appendix 2.9: Information Sheet for teachers (interview) – Paper 3

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



Information Sheet for Teachers

My name is Nanthaka Fuseekul. I am a PhD student at the School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, UK. As part of my study I am carrying out research which aims to examine teachers' perceptions of current mental health needs in schools. It is important to know the knowledge and training requirements of teachers regarding the implementation of mental health practices to the adolescent with symptoms of depression in schools.

If you agree to participate

If you agree to participate in this study you will be asked to take part in an interview with the researcher (Nanthaka Fuseekul) via Skype or telephone, this will take approximately 45 – 60 minutes to complete. The questions will ask about your perceptions and attitudes towards student's mental health, the role of schools in supporting student's mental health, your knowledge, skills, and training needs.

What will happen to the results of the research study

The results of the research will be presented as part of a doctoral thesis and we will publish our findings in scientific journals. No personal information will be given.

Will the information obtained in this study be kept confidential?

All the information you tell me will be kept confidential and securely stored. The interview data will be collected in form of anonymized transcripts of audio recordings which will be kept on a password protected drive and only the research team can access. Once the interview has been transcribed, the original recording will be deleted. However, the consent forms will be kept for 5 years before disposal.

What are the possible risks of taking part?

This research is not likely to cause significant harm and risk to be involved in taking part in this research. You will be asked questions about your experience as a teacher related with supporting mental health for students in school. You can choose not to answer any questions. You may also withdraw from a study for any reason at any point, without penalty.

What are the possible benefits?

We hope that this research will help develop mental health training for teachers and more support for students who have mental health problems.

Who has reviewed the study?

This study has been reviewed by the University of Reading Research Ethics Committee, UK and has been given a favourable ethical opinion for conduct to protect your interest.

Is there any incentive for participation in the study?

You will receive an online shopping voucher value 400 Baht as a Thank you gift.

Any Question?

If you have any questions about the study, please feel free to contact me or my supervisors by email.

Contact details:

Nanthaka Fuseekul (Researcher) email:

Dr. Faith Orchard (Supervisor) email:

Prof. Shirley Reynolds (Supervisor) email:

Information Sheet for teachers (interview)(Thai version) – Paper 3

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เรื่อง มุมมอง, บทบาทและทักษะที่จำเป็นของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน

ดิฉัน นางสาวนันทกา พุสีกุล นักศึกษาระดับปริญญาเอก ณ the School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, UK งานวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา มุมมอง บทบาท ความรู้ ทักษะ และความต้องการของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเครื่องมือและพัฒนาหลักสูตรที่ช่วยให้ครูสามารถช่วยเหลือ และดูแลนักเรียนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนได้

ปัจจุบันโรงเรียนนั้นมีได้เป็นเพียงสถานที่ที่ให้ความรู้ ส่งเสริมทางด้านวิชาการเท่านั้น แต่โรงเรียนยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของนักเรียนอย่างรอบด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมด้านสุขภาพจิตของนักเรียน เพราะเมื่อนักเรียนมีสุขภาพจิตที่ดีแล้วก็จะสามารถเรียนและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครูถือว่าเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับนักเรียน ครูสามารถสังเกตพฤติกรรมของนักเรียน เป็นผู้คัดกรองที่ดี แยกแยะเด็กที่มีความเสี่ยง สามารถช่วยเหลือปัญหาเบื้องต้น และสามารถพูดคุยกับผู้ปกครอง หรือส่งต่อเด็กให้กับผู้เชี่ยวชาญได้ ทำให้เด็กได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ

การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของครูที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียน ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถช่วยในการพัฒนาเครื่องมือและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ครูได้มีความรู้ ความเข้าใจและมีความมั่นใจในการช่วยเหลือนักเรียนให้มีสุขภาพจิตที่ดี

หากท่านยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับมุมมองและทัศนคติของท่านที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน, บทบาทของโรงเรียนและท่านในการส่งเสริม ดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนและ ความรู้ ทักษะ ที่ท่านต้องการในการพัฒนาตนเองเพื่อช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิต โดยการสัมภาษณ์จะใช้เวลา 45 – 60 นาทีโดยประมาณ ผ่านทางโทรศัพท์หรือ Skype โดยท่านสามารถเลือกเวลาที่ท่านสะดวกในการสัมภาษณ์ได้

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยคือ

ทางผู้วิจัยมีได้ประสงค์ที่จะให้เกิดความเสี่ยงใดใดในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้ตอบคำถามที่เกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นครูที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนักเรียน ถ้ามีข้อคำถามใดที่ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามท่านสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อดังกล่าวได้ และท่านสามารถหยุดการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดใด

การเก็บรักษาข้อมูล

ข้อมูลทุกชนิดที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การบันทึกเสียงจะถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีการตั้งรหัส Password เพื่อจำกัดการเข้าถึงข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยทันที

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์จะได้รับคูปองเงินสดจำนวน 500 บาท โดยผู้วิจัยจะทำการติดต่อกับท่านผ่านทางข้อมูลส่วนตัวที่ท่านแจ้งไว้

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จาก School of Psychology and Clinical Language Sciences Research Ethics Committee, University of Reading ถ้าท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยได้ตามช่องทางการติดต่อด้านล่าง

ช่องทางการติดต่อ

นางสาวนันทกา พุสีกุล (นักวิจัย)

email:

Dr. Faith Orchard (อาจารย์ที่ปรึกษา)

email:

Prof. Shirley Reynolds (Supervisor)

email:

Appendix 2.10: Information Sheet for teachers Part 1 – Paper 3

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



Online Survey Information Sheet Part 1

Project Title: Supporting Students with Depression at School: Teacher Perceptions of Awareness, Roles, and Training Needs.

My name is Nanthaka Fuseekul. I am a PhD student at the School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, UK. As part of my study I am carrying out research which aims to examine teachers' perceptions of current mental health needs in schools. It is important to know more about teachers' training and knowledge of young people's mental health and how schools can support young people who have mental health problems.

If you agree to participate

If you agree to participate in this study you will be first asked to complete an online survey, which will take approximately 10 – 15 minutes to complete. The questions will ask about your perceptions and attitudes towards student's mental health, the role of schools in supporting student's mental health, and your knowledge, skills, and training needs. After you complete the survey you may be invited to take part in a skype interview with the researcher.x

What will happen to the results of the research study?

The results of the research will be presented as part of a PhD thesis. We will also publish the key findings in scientific journals. Anonymised data from the study may also be shared with by other authenticated researchers. No information that would identify you will be shared or stored.

Will the information obtained in this study be kept confidential?

All the information collected from this online survey will be anonymous and confidential. We will not collect your computer IP address, e-mail address or capture information that you do not provide voluntarily. Neither your name nor any identifying information will be asked on the survey. The anonymized data collected may be shared with other researchers. All consent forms will be kept securely on password protected drive that can only be accessed by the researcher team. This will be destroyed after 5 years.

What are the possible risks of taking part?

We do not expect any disadvantages or risks to be involved in taking part in this research. You will be asked questions about your experience as a teacher. You can choose not to answer any questions. You may also withdraw from a study for any reason at any point, without penalty.

What are the possible benefits?

We hope that this research will help develop mental health training for teachers and more support for students who have mental health problems.

Who has reviewed the study?

This study has been reviewed by the University of Reading Research Ethics Committee, UK and has been given a favourable ethical opinion for conduct to protect your interest.

An opportunity to take part in the next stage of the research

Whilst you are completing the questionnaires, you have the option to give us your contact details so you can take part in the next stage of the study. This will be an interview via Skype or telephone involve talking about your perception, knowledges, skills, and training needs to support students with mental health needs. 12 teachers will be interviewed; they will receive an online shopping voucher value £10 (400 Baht) as a thank you gift for your time.

Is there any incentive for participation in the study?

If you complete the online survey you will get a chance to win online shopping voucher value £5 (200 Baht) as a Thank you gift.

Any Question?

If you have any questions about the study, please feel free to contact me or my supervisors by email.

Nanthaka Fuseekul (Researcher) email:

Dr. Faith Orchard (Supervisor) email:

Prof. Shirley Reynolds (Supervisor) email:

Information Sheet for teachers Part 1 (Thai version) – Paper 3

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เรื่อง มุมมอง, บทบาทและทักษะที่จำเป็นของครูในการดูแลช่วยเหลือ นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน ส่วนที่ 1

ดิฉัน นางสาวนันทกา พุทีกุล นักศึกษาระดับปริญญาเอก ณ the School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, UK งานวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา มุมมอง บทบาท ความรู้ ทักษะ และความต้องการของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเครื่องมือและพัฒนาหลักสูตรที่ช่วยให้นักเรียนสามารถช่วยเหลือ และดูแลนักเรียนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนได้

ด้วยบทบาทหน้าที่ของครูที่ต้องเป็นผู้จัดการเรียนการสอน แนะนำ ช่วยเหลือให้นักเรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ตามที่หลักสูตรต้องการ จึงเป็นผู้ที่ได้ใช้เวลาใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุด หากครูสามารถสังเกตพฤติกรรมของนักเรียน คัดกรองนักเรียนที่มีแนวโน้มต้องการความช่วยเหลือ จำแนกนักเรียนที่มีความเสี่ยงเพื่อดำเนินการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาเบื้องต้น สามารถพูดคุยแนะนำแนวทางการช่วยเหลือกับผู้ปกครอง หรือส่งต่อเด็กให้กับผู้เชี่ยวชาญได้ จะทำให้เด็กที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแล ช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง

ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ

การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของครูที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียน ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถช่วยในการพัฒนาเครื่องมือและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับครูในการดูแล ช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ครูได้มีความรู้ ความเข้าใจและมีความมั่นใจในการช่วยเหลือนักเรียนให้มีสุขภาพจิตที่ดี

หากท่านยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ท่านจะได้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับมุมมองและทัศนคติของท่านที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน, บทบาทของโรงเรียนและท่านในการส่งเสริม ดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนและ ความรู้ ทักษะ

ที่ท่านต้องการในการพัฒนาตนเองเพื่อช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิต การทำแบบสอบถามจะใช้เวลา 10 – 15 นาทีโดยประมาณ โดยท่านสามารถทำในเวลาที่ท่านสะดวก

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยคือ

ทางผู้วิจัยมิได้ประสงค์ที่จะให้เกิดความเสียหายใดใดในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้ตอบคำถามที่เกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นครูที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนักเรียน ถ้ามีข้อคำถามใดที่ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบคำถามท่านสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามข้อดังกล่าวได้ และท่านสามารถหยุดการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดใด

การเก็บรักษาข้อมูล

ข้อมูลทุกชนิดที่ได้รับจากการแบบสอบถามออนไลน์ในครั้งนี้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะไม่มีเก็บ IP address, e-mail address, ชื่อ, ข้อมูลส่วนตัว หรือข้อมูลใดๆที่ท่านไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล แต่มีข้อยกเว้นในกรณีที่ท่านต้องการเข้าร่วมงานวิจัยในขั้นที่ 2 ท่านจำเป็นต้องกรอกข้อมูลเพื่อให้ผู้วิจัยติดต่อกลับ ข้อมูลของท่านจะถูกทำลายทันทีเมื่องานวิจัยสิ้นสุดลง

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

ผู้เข้าร่วมทำแบบสอบถามมีสิทธิ์ลุ้นรับบัตร gift card ของ Tesco Lotus มูลค่า 200 บาท จำนวน 10 รางวัล โดยผู้วิจัยจะทำการจัดส่งให้กับท่านผ่านทางข้อมูลส่วนตัวที่ท่านแจ้งไว้ โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจาก School of Psychology and Clinical Language Sciences Research Ethics Committee, University of Reading ถ้าท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยได้ตามช่องทางการติดต่อด้านล่าง

ช่องทางการติดต่อ

นางสาวนันทกา พุสีกุล (นักวิจัย) email:

Dr. Faith Orchard (อาจารย์ที่ปรึกษา) email:

Prof. Shirley Reynolds (อาจารย์ที่ปรึกษา) email:

Appendix 2.11: Information Sheet for Schools Part 2 – Paper 3

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



Head Teacher Information Sheet

Project Title: Supporting Students with depression at School: Mental health training programme for teachers

Dear Head Teacher,

My name is Nanthaka Fuseekul. I am a PhD student at the School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, UK. As part of my study I am carrying out research which aims to assess the feasibility and acceptability of a mental health training programme for teachers in Thailand. This training programme aims to improve knowledge and skills of teachers to provide initial assistance to students who are experiencing mental health problems. The information from the study will help us to improve the mental health training for teachers and help them to provide appropriate support and referral to professional help.

I am writing to ask for permission to recruit teachers currently working at your school. I am hoping to invite guidance teacher and class room teacher in your school who are interested in taking part in the study. I would also need help to send an information sheet and consent letter to teachers. Attached to this letter is the study information sheet. This gives more details about exactly what is involved. If you would like to know more or are

not sure if this is something your school could help with I would be very pleased to talk to you by phone or email or skype.

Brief Summary:

The training will take place during the weekend (date would be confirmed later) at Secondary Educational Service Area, Phayao, Thailand. Teachers who attend will be asked to complete the pre-training questionnaire before the training starts. The course will last for one-day (i.e. seven hours). One course will be designed for guidance teachers and another will be designed for class room teachers. The effects of the training of teachers in both groups will be evaluated using questionnaire post-training.

I very much hope you will be interested in discuss this further. Please let me know if you require further information. You can contact me by email.

Many thanks for your time.

Regards,

.....

Nanthaka Fuseekul

...../...../.....

Information Sheet for Schools Part 2 (Thai version) – Paper 3

เรื่อง การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิต (School Mental Health and Wellbeing Awareness Training)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาพะเยา เขต 36

ด้วยดิฉัน นางสาวนันทกา พุทธิกุล อาจารย์สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก ณ The School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, ประเทศสหราชอาณาจักร ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการพิจารณาการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิตให้แก่ครูแนะแนวและครูประจำชั้นในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 จังหวัดพะเยา โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยนาร่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ครูมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน เนื่องด้วยปัจจุบันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้ามีอัตราที่สูงขึ้นอย่างมากในเด็กวัยรุ่น ผลจากงานวิจัยล่าสุดพบว่านักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดพะเยา มีนักเรียนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าเป็นจำนวนร้อยละ 13 โดยพบในนักเรียนหญิงมากกว่านักเรียนชาย และพบว่าเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือและเข้ารับการรักษา เนื่องจากส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคและขั้นตอนการขอรับการช่วยเหลือ นอกจากนี้นักเรียนหลายคนมีความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง แต่ไม่อยากจะมองว่าตนเองมีปัญหา จึงมักไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาทางด้านพฤติกรรมตามมา เช่น การขาดเรียน ผลการเรียนตกต่ำ การใช้สารเสพติด รวมไปถึงความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าโรงเรียนนั้นมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมและพัฒนาให้นักเรียนทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ครูประจำชั้นเป็นผู้ที่ได้ใช้เวลาใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุด หากครูประจำชั้นสามารถสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนที่มีแนวโน้มต้องการความช่วยเหลือ จำแนกนักเรียนที่มีความเสี่ยงเพื่อดำเนินการช่วยเหลือ สามารถพูดคุยแนะนำแนวทางการช่วยเหลือกับผู้ปกครอง หรือส่งต่อช่วยเหลือให้นักเรียนให้แก่ครูแนะแนวผู้ที่ทำหน้าที่ในการบริการช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิต

โดยตรง โดยการทำงานร่วมกันวางแผนช่วยเหลือ หรือส่งต่อให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยให้เด็กที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและทันที่

โครงการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของครูประจำชั้นและครูแนะแนวที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักเรียนในโรงเรียน ผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถช่วยในการพัฒนาเครื่องมือและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับครูในการดูแล ช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิตและจะสามารถขยายผลไปสู่การอบรมแก่ครูในทุกโรงเรียนทั่วประเทศในอนาคตต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวนันทกา พุสีกุล

อาจารย์สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ช่องทางการติดต่อ

นางสาวนันทกา พุสีกุล (นักวิจัย)

email:

Dr. Faith Orchard (อาจารย์ที่ปรึกษา)

email:

Prof. Shirley Reynolds (อาจารย์ที่ปรึกษา)

email:

**การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นของครูในการดูแลช่วยเหลือ
นักเรียนด้านสุขภาพจิต (School Mental Health and Wellbeing Awareness Training)**

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อ การเรียนและการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กวัยรุ่น ผู้วิจัยเห็นว่าโรงเรียนนั้นมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ นักเรียนทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ครูประจำชั้นเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับนักเรียนและสามารถ ช่วยเหลือนักเรียนในเบื้องต้นได้ การอบรมเชิงปฏิบัติการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ครูประจำชั้น และครูแนะแนวมีความรู้ ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนเบื้องต้น เพื่อให้ครูประจำชั้น สามารถสังเกตและสามารถเข้าถึงนักเรียนที่ต้องการความช่วยเหลือ รวมไปถึงการใช้เครื่องมือในการ คัดกรองเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนป้องกันร่วมกับครูแนะแนว การส่งต่อช่วยเหลือนักเรียนที่มี ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตไปถึงผู้เชี่ยวชาญ รวมไปถึงการส่งเสริมและพัฒนาให้นักเรียนมีสุขภาพจิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. ครูผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิต ในโรงเรียน
2. ครูผู้เข้ารับการอบรมสามารถสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนที่มีแนวโน้มต้องการความช่วยเหลือ
3. ครูผู้เข้ารับการอบรมสามารถส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียนได้
4. ครูผู้เข้ารับการอบรมสามารถส่งต่อนักเรียนให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบหรือผู้เชี่ยวชาญได้

กลุ่มเป้าหมาย

1. ครูประจำชั้นระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 โรงเรียนละ 1 คน
2. ครูแนะแนว โรงเรียนละ 1 คน

ระยะเวลาของการฝึกอบรมปฏิบัติการ

การฝึกอบรมจะดำเนินการในวันที่ 26 ตุลาคม 2562 เวลา 08.30 – 17.00 น.

Appendix 2.12: Information Sheet for teachers Part 2 – Paper 3

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading
RG6 6AL



Information Sheet for Teacher Part 2

Project Title: Supporting Students with depression at School: Mental health training programme for teachers

My name is Nanthaka Fuseekul. I am a PhD student at the School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, UK. As part of my study I am carrying out research which aims to assess the feasibility and acceptability of a mental health training programme for teachers in Thailand. This training programme aims to improve knowledge and skills of teachers to provide initial assistance to students with mental health problems. The information from the study will help us to improve the mental health training for teachers so that they can provide appropriate support and referral to professional help.

If you agree to participate

If you agree to participate in this study you will take part in one-day mental health training for teachers. The training will include 3 parts; introduction to depression, the signs of depression and supporting young people with depression. To help us evaluate and develop the training you will be asked to complete questionnaire before and after the training.

What will happen to the results of the research study?

The results of the research will be presented as part of a doctoral thesis and key findings may be published in scientific journals. Anonymised data from the study may also be

shared with by other authenticated researchers. No personal information will be published in any form.

Will the information obtain in this study by kept confidential?

All the information you provide will be kept confidential and securely stored. You will have a unique identification number, and this will be used to pair questionnaires you complete before and after the training session. The anonymized data collected may be shared with other researchers. However, the consent forms will be kept for 5 years before disposal.

What are the possible risks of taking part?

This research is not likely to cause significant harm and risk to be involved in taking part in this research. You can choose not to participate in any activities that you do not like. You may also withdraw from a study for any reason at any point, without penalty.

What are the possible benefits?

We hope that this research will help develop mental health training for teachers and more support for students who have mental health problems.

Who has reviewed the study?

This study has been reviewed by the University of Reading Research Ethics Committee, UK and has been given a favourable ethical opinion for conduct to protect your interest.

Is there any Incentive for participation in the study?

This is a free training (refreshments provided). You will also receive mental health training materials as a Thank you gift.

Any Question?

If you have any questions about the study, please feel free to contact me or my supervisor by email.

Nanthaka Fuseekul (Researcher) email:

Dr. Faith Orchard (Supervisor) email:

Prof. Shirley Reynolds (Supervisor) email:

Information Sheet for teachers Part 2 (Thai version) – Paper 3

การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นของครูในการดูแลช่วยเหลือ นักเรียนด้านสุขภาพจิต (School Mental Health and Wellbeing Awareness Training)

หลักการและเหตุผล

ด้วยดิฉัน นางสาวนันทกา พุสิกุล อาจารย์สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว คณะ
ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก ณ The School of
Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, ประเทศสหราชอาณาจักร ขอความ
อนุเคราะห์จากท่านในการพิจารณาการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้าน
สุขภาพจิตให้แก่ครูแนะแนวและครูประจำชั้นในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 จังหวัดพะเยา โดย
การอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยนำร่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
เสริมสร้างให้ครูมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน

หากท่านยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ท่านจะได้ร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการและทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้าน
สุขภาพจิตในโรงเรียน การอบรมนี้จะประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ บทนำโรคซึมเศร้า, การสังเกตเบื้องต้น
อาการของโรคซึมเศร้าและการช่วยเหลือเบื้องต้นนักเรียนที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงเรียน ก่อนและ
หลังจากการอบรมท่านจะได้ทำแบบประเมินการอบรมเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการประเมินและ
พัฒนาการอบรมต่อไป

การจัดการกับข้อมูลงานวิจัย

ข้อมูลทุกชนิดที่ได้รับจากงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยระดับปริญญาเอก ผลงานวิจัยจะ
นำเสนอและถูกตีพิมพ์ในวารสารทางวิทยาศาสตร์ ข้อมูลของงานวิจัยนี้อาจจะมีการแลกเปลี่ยนกับ
นักวิจัยท่านอื่นแต่ข้อมูลที่เป็นส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกนำไปเปิดเผย

การเก็บรักษาข้อมูล

ข้อมูลทุกชนิดที่ได้รับจากการอบรมในครั้งนี้จะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ข้อมูลของท่านที่ได้
จากการตอบแบบประเมินก่อนและหลังการอบรมจะมีการเข้ารหัสเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยทันที อย่างไรก็ตามแบบแสดงความยินยอม จะถูกเก็บรักษาไว้ 5 ปีก่อนถูกทำลาย

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยคือ

ทางผู้วิจัยมิได้ประสงค์ที่จะให้เกิดความเสียหายใดใดในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ถ้ามีกิจกรรมใดที่ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจในการเข้าร่วมท่านสามารถเลือกที่จะไม่เข้าร่วมข้อดังกล่าวได้ และท่านสามารถหยุดการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดใด

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัย

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะช่วยในการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมทางด้านสุขภาพจิตสำหรับครูในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

ค่าตอบแทนที่จะได้รับ

การเข้าร่วมการอบรมในครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย (ฟรีอาหารเช้าและอาหารกลางวัน) ผู้เข้าร่วมการอบรมจะได้รับ คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียน จำนวน 1 เล่มฟรี

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจาก School of Psychology and Clinical Language Sciences Research Ethics Committee, University of Reading ถ้าท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยหรืออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยได้ตามช่องทางการติดต่อด้านล่าง

ช่องทางการติดต่อ

นางสาวนันทกา พูลีกุล (นักวิจัย) email:

Dr. Faith Orchard (อาจารย์ที่ปรึกษา) email:

Prof. Shirley Reynolds (อาจารย์ที่ปรึกษา) email:

7.3 Appendix 3: Consent and assent forms (English and Thai versions)

Appendix 3.1: Parent Consent Form Adolescent aged 8-18 years old Part 1 –Paper 1

Appendix 3.2: Assent Form for Adolescents Aged 8-18 years old Part 1 –Paper 1

Appendix 3.3: Parent Consent Form for Adolescents aged 8-18 years old Part 2 –Paper 1

Appendix 3.4: Assent Form for Adolescents Aged 8-18 years old Part 2 –Paper 1

Appendix 3.5: Consent Form (interview) – Paper 3

Appendix 3.6: Consent Form for Teachers Part 1 – Paper 3

Appendix 3.6: Consent Form for Teachers Part 2 – Paper 3

Appendix 3.1: Parent Consent Form Adolescent aged 8-18 years old Part 1 –Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



PARENT CONSENT FORM FOR ADOLESCENTS AGED 8-18

Project title: Mental Health in Thai Adolescents (Part 1)

(Please initial each box)

1. I confirm that I have read and understand the Information Sheet for the
above study and that I have had the opportunity to consider the information.
2. I understand that my son/daughter’s participation is voluntary and that
we are free to withdraw at any time
3. I agree that my child can be audio-recorded. I understand that this recording
will be heard only by members of the research team and they will be
destroyed at the end of the research study.
4. I agree for my son/daughter to take part in the above study.
5. I understand that the data collected from my son/daughter in this study
will be preserved and made available in anonymized form, so that they
can be consulted and re-used by others.

Your child’s name: _____

Your name: _____

Signature: _____ Date: _____

Name of Researcher: Nanthaka Fuseekul Date: _____

Parent Consent Form Adolescent aged 8-18 years old Part 1 (Thai version)



AF 07-09

หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา ส่วนที่ 1

(สำหรับเด็กอายุ 8 ปี- ต่ำกว่า 18 ปี)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าร่วมการวิจัย

.....อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

อีเมล.....

ขอแสดงความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่
และพะเยา ส่วนที่ 1 ชื่อ-นามสกุล

ผู้ปกครอง.....

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายใน
การทำวิจัย รายละเอียดต่างๆ ในแบบสอบถาม/สัมภาษณ์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และ
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข และของตอบ
แทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านหรือรับทราบข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง
ได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับทราบถึงสิทธิ ข้อมูล ทั้งประโยชน์และความเสี่ยง
จากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบ
ใดๆ ต่อผลการเรียนและสิทธิอื่นใดของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าในอนาคตและอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้
ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เด็กในปกครองของข้าพเจ้า แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล

โดยจะนำเสนอผลเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครอง
ของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และ
หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวนี้โดยตลอดแล้ว และมีสิทธิ
ขอสำเนาเอกสารนี้จากนักวิจัยได้ จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Appendix 3.2: Assent Form for Adolescents Aged 8-18 years old Part 1 –Paper 1

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading
RG6 6AL



ASSENT FORM FOR ADOLESCENTS

AGED 8-18

(to be completed by the youngperson)

Project title: Mental Health in Thai Adolescents (Part 1)

Please circle all you agree with (yes or no):

- | | |
|---|--------|
| Have you read (or had read to you) the information about this project? | YES/NO |
| Has somebody explained this project to you? | YES/NO |
| Do you understand what this project is about? | YES/NO |
| Have you asked all the questions you want? | YES/NO |
| Have you had all your questions answered in a way you understand? | YES/NO |
| Do you understand it is okay to stop taking part at any time? | YES/NO |
| Are you happy to take part? | YES/NO |
| Do you understand that your data will be preserved and made available in anonymized form? | YES/NO |

PLEASE SIGN YOUR NAME HERE IF YOU ARE HAPPY TO TAKE PART:

Name: _____

Date: _____

We are also running another study, and if you are selected, you will receive a self-help book set!

If you are interested in taking part please give us your contact details:

Phone

Number: _____

Email

Address: _____

Please circle how you would rather be contacted?

Text/ Phone Call/

Email

The person you have spoken to needs to sign this too:

Print Name: Nanthaka Fuseekul

Sign: _____

Date: _____

Assent Form for Adolescents Aged 8-18 years old Part 1 (Thai version)



AF 07-09

หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา ส่วนที่ 1

(สำหรับเด็กอายุ 8 ปี- ต่ำกว่า 18 ปี)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าร่วมการวิจัย

.....อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

อีเมลล์.....

ขอแสดงความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่
และพะเยา ส่วนที่ 1 ชื่อ-นามสกุล

ผู้ปกครอง.....

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายใน
การทำวิจัย รายละเอียดต่างๆ ในแบบสอบถาม/สัมภาษณ์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และ
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข และของตอบ
แทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านหรือรับทราบข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยัง
ได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับทราบถึงสิทธิ ข้อมูล ทั้งประโยชน์และความเสี่ยง
จากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบ
ใดๆ ต่อผลการเรียนและสิทธิอื่นใดของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าในอนาคตและอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้
ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เด็กในปกครองของข้าพเจ้า แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล

โดยจะนำเสนอผลเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครอง
ของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และ
หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวนี้โดยตลอดแล้ว และมีสิทธิ
ขอสำเนาเอกสารนี้จากนักวิจัยได้ จึงลงลายมือชื่อไว้

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งต่อไป

เมื่อน้องได้ทำการตอบแบบประเมินในส่วนที่ 1 แล้ว มีความสนใจอยากจะเข้าร่วมการวิจัยในส่วน
ที่ 2 ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลโดยการพูดคุยเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกกับพี่วิจัยแบบรายคน โดยใช้เวลา
45-60 นาทีโดยประมาณในช่วงเวลาพักของโรงเรียน พี่จะทำการคัดเลือกน้องที่สนใจเข้า
รับการพูดคุยคนที่ได้รับการคัดเลือกจะได้รับชุดความรู้เสริมสร้างสุขภาวะทางใจ คนละ 1 ชุดถ้าน้อง
สนใจอยากจะเข้าร่วมการวิจัยในส่วนที่ 2 ช่วยกรอกข้อมูลเพื่อติดต่อกลับด้านล่างและส่งกลับคืนที่ครูแนะ
แนวหรือนักวิจัย

ชื่อ.....เบอร์โทร.....ห้อง.....
ที่อยู่.....Email:.....

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Appendix 3.3: Parent Consent Form for Adolescents aged 8-18 years old Part 2

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



PARENT CONSENT FORM FOR ADOLESCENTS AGED 8-18 YEARS

Project title: Mental Health in Thai Adolescents Part 2

(Please initial each box)

1. I confirm that I have read and understand the Information Sheet for the above study and that I have had the opportunity to consider the information.
2. I understand that my son/daughter's participation is voluntary and that we are free to withdraw at any time
3. I agree that my child can be audio-recorded. I understand that this recording will be heard only by members of the research team and they will be destroyed at the end of the research study.
4. I agree for my son/daughter to take part in the above study.
5. I understand that the data collected from my son/daughter in this study will be preserved and made available in anonymized form, so that they can be consulted and re-used by others.

The study was reviewed and given a favourable ethical opinion for conduct by The Chiang Mai University Research Ethic committee, Thailand and School Research Ethics Committee, School of Psychology and Clinical Language Sciences, University of Reading, the UK.

Your child's name: _____

Your name:

Signature: _____ Date: _____

Name of Researcher: Nanthaka Fuseekul Date: _____

Signature: _____

Parent Consent Form for Adolescents aged 8-18 years old Part 2 (Thai version)



AF 07-09

หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา ส่วนที่ 2 (สำหรับเด็กอายุ 8 ปี- ต่ำกว่า 18 ปี)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าร่วมการวิจัย

.....อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

อีเมล.....

ขอแสดงความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ และพะเยา ส่วนที่ 2 ชื่อ-นามสกุล

ผู้ปกครอง.....

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดต่างๆ ในแบบสอบถาม/สัมภาษณ์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข และของตอบแทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านหรือรับทราบข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับทราบถึงสิทธิ ข้อมูล ทั้งประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผลการเรียนและสิทธิอื่นใดของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าในอนาคตและอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เด็กในปกครองของข้าพเจ้า แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอผลเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวนี้โดยตลอดแล้ว และมีสิทธิขอสำเนาเอกสารนี้จากนักวิจัยได้ จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Appendix 3.4: Assent Form for Adolescents Aged 12-18 years old Part 2

School of Psychology and Clinical Language Sciences

University of Reading

Harry Pitt Building

Whiteknights Road

Reading RG6 6AL



ASSENT FORM FOR ADOLESCENTS

AGED 12-18

(to be completed by the young person)

Project title: Mental Health in Thai Adolescents Part 2

Please circle all you agree with (yes or no):

Have you read (or had read to you) the information about this project? YES/NO

Has somebody explained this project to you? YES/NO

Do you understand what this project is about? YES/NO

Have you asked all the questions you want? YES/NO

Have you had your questions answered in a way you understand? YES/NO

Do you understand it's OK to stop taking part at any time? YES/NO

Is it ok to audio record the session? YES/NO

Do you understand that your data will be preserved and made available in
anonymized form? YES/NO

Are you happy to take part YES/NO

PLEASE SIGN YOUR NAME HERE IF YOU ARE HAPPY TO TAKE

PART:

Name: _____

Date: _____

The person who explained this project to you needs to sign too:

Name of Researcher: _____ Nanthaka Fuseekul _____

Date: _____ Signature: _____

Assent Form for Adolescents Aged 12-18 years old Part 2 (Thai version)



AF 07-09

หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่และพะเยา ส่วนที่ 2 (สำหรับเด็กอายุ 8 ปี- ต่ำกว่า 18 ปี)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าร่วมการวิจัย

.....อายุ.....ปี

อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

อีเมล.....

ขอแสดงความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในจังหวัดเชียงใหม่ และพะเยา ส่วนที่ 2 ชื่อ-นามสกุล

ผู้ปกครอง.....

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดต่างๆ ในแบบสอบถาม/สัมภาษณ์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไข และของตอบแทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านหรือรับทราบข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับทราบถึงสิทธิ ข้อมูล ทั้งประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผลการเรียนและสิทธิอื่นใดของเด็กในปกครองของข้าพเจ้าในอนาคตและอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เด็กในปกครองของข้าพเจ้า แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอผลเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น ดังนั้นข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้า เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และ
หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวนี้โดยตลอดแล้ว และมีสิทธิ
ขอสำเนาเอกสารนี้จากนักวิจัยได้ จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Appendix 3.5: Consent Form (interview) – Paper 3

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



Consent Form for Teachers (interview)

Please read the following declarations and if you agree and understand, please initial each relevant box. If you have any questions or issues please email us at

1. I have read the participant information sheet.
2. I understand what this project is about
3. I have had opportunity to ask questions about the study, and if have,
I have satisfactory answers to these questions.
4. I understand I can withdraw from the study at any point, with no penalties
5. I understand this project has been reviewed and received ethics
clearance through the University of Reading Research Ethics Committee.
6. I understand that the researcher team will be the only people to
have access to the data and that this data will be securely protected.
7. I understand that my data will be preserved and made available in
anonymized form.
8. I understand that the data obtained from this study will be included
within a PhD student's research.
9. I agree to take part in this study.

Participant

name.....

Name of Researcher: Nanthaka Fuseekul

Consent Form (interview) (Thai version) – Paper 3

หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เรื่อง มุมมอง, บทบาทและความต้องการของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะ
ซึมเศร้าในโรงเรียน

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความด้านล่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นด้วย

- ท่านได้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
- ท่านรับทราบว่างานวิจัยนี้เกี่ยวกับอะไร
- เมื่อมีข้อสงสัยท่านได้มีโอกาสได้ถามคำถามเกี่ยวกับงานวิจัย และได้รับคำตอบที่พึงพอใจ
- ท่านทราบว่าท่านสามารถออกจากงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ
- ท่านทราบว่างานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจาก
School of Psychology and Clinical Language Sciences Research Ethics Committee,
University of Reading
- ท่านทราบว่าข้อมูลของฉันทันจะได้รับการดูแลและรักษาไว้เป็นความลับโดยจะมีเพียงทีมวิจัย
เท่านั้นที่จะเข้าถึงได้
- ท่านทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจากงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยของนักเรียนระดับ
ปริญญาเอก
- ท่านยินดีเข้าร่วมงานวิจัยนี้

ลงชื่อ.....

ชื่อนักวิจัย นันทกา พุทธิกุล

Appendix 3.6: Consent Form for Teachers Part 1 – Paper 3

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



Online Consent Form for teachers Part 1

Please read the following declarations and if you agree and understand, please initial each relevant box. If you have any questions or issues please email us at

1. I have read the participant information sheet.
2. I understand what this project is about
3. I have had opportunity to ask questions about the study, and if have,
I have satisfactory answers to these questions.
4. I understand I can withdraw from the study at any point, with no penalties
5. I understand this project has been reviewed and received ethics
clearance through the University of Reading Research Ethics Committee.
6. I understand that the researcher team will be the only people to have access
to the data and that this data will be securely protected.
7. I understand that my data will be stored and shared with other researchers
in anonymized form.
8. I understand that the data obtained from this study will be included
within a PhD student's research.
9. I agree to take part in this study.

Participant

name.....

Name of Researcher: Nanthaka Fuseekul

Consent Form for Teachers Part 1 – Paper 3 (Thai version)

หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เรื่อง มุมมอง, บทบาทและความต้องการของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะ
ซึมเศร้าในโรงเรียน

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความด้านล่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นด้วย

- ท่านได้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
- ท่านรับทราบว่างานวิจัยนี้เกี่ยวกับอะไร
- เมื่อมีข้อสงสัยท่านได้มีโอกาสได้ถามคำถามเกี่ยวกับงานวิจัย และได้รับคำตอบที่พึงพอใจ
- ท่านทราบว่าท่านสามารถออกจากงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ
- ท่านทราบว่างานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจาก
School of Psychology and Clinical Language Sciences Research Ethics Committee,
University of Reading
- ท่านทราบว่าข้อมูลของฉันทันจะได้รับการดูแลและรักษาไว้เป็นความลับโดยจะมีเพียงทีมวิจัย
เท่านั้นที่จะเข้าถึงได้
- ท่านทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจากงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยของนักเรียนระดับ
ปริญญาเอก
- ท่านยินดีเข้าร่วมงานวิจัยนี้

ลงชื่อ.....

ชื่อนักวิจัย นันทกา พุทธิกุล

Appendix 3.6: Consent Form for Teachers Part 2 – Paper 3

School of Psychology and Clinical Language Sciences
University of Reading
Harry Pitt Building
Whiteknights Road
Reading RG6 6AL



Consent Form for Teachers Part 2

Please read the following declarations and if you agree and understand, please initial each relevant box. If you have any questions or issues please email us at

1. I have read the participant information sheet.
2. I understand what this project is about
3. I have had opportunity to ask questions about the study, and if have,
I have satisfactory answers to these questions.
4. I understand I can withdraw from the study at any point, with no penalties.
5. I understand this project has been reviewed and received ethics
clearance through the University of Reading Research Ethics Committee.
6. I understand that the researcher team will be the only people to
have access to the data and that this data will be securely protected.
7. I understand that the data obtained from this study will be included
within a PhD student's research.
8. I understand that the data obtained from this study will be anonymized
and may be shared with other authenticated researchers.
9. I agree to take part in this study.

Participant name.....

Name of Researcher: Nanthaka Fuseekul

Consent Form for Teachers Part 2 – Paper 3 (Thai version)

หนังสือแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

เรื่อง มุมมอง, บทบาทและความต้องการของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะ
ซึมเศร้าในโรงเรียน

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความด้านล่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ท่านเห็นด้วย

- ท่านได้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย
- ท่านรับทราบว่างานวิจัยนี้เกี่ยวกับอะไร
- เมื่อมีข้อสงสัยท่านได้มีโอกาสได้ถามคำถามเกี่ยวกับงานวิจัย และได้รับคำตอบที่พึงพอใจ
- ท่านทราบว่าท่านสามารถออกจากงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ
- ท่านทราบว่างานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจาก School of Psychology and Clinical Language Sciences Research Ethics Committee, University of Reading
- ท่านทราบว่าข้อมูลของฉันทันจะได้รับการดูแลและรักษาไว้เป็นความลับโดยจะมีเพียงทีมวิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงได้
- ท่านทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจากงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยของนักเรียนระดับปริญญาเอก
- ท่านยินดีเข้าร่วมงานวิจัยนี้

ลงชื่อ.....

ชื่อนักวิจัย นันทกา พุทธิกุล

7.4 Appendix 4: Questionnaires, interview topic guides, training structure and materials (English and Thai versions)

Appendix 4.1: The Mood and Feeling Questionnaire –Paper 1

Appendix 4.2: The Children’s Depression Inventory (CDI) –Paper 1

Appendix 4.3: The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) –Paper 1

Appendix 4.4: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; Present and lifetime version (K-SADS-PL) –Paper 1

Appendix 4.5: Mental health booklet for young people –Paper 1

Appendix 4.6: Teachers’ interview topic guide – Paper 3

Appendix 4.7: Online survey– Paper 3

Appendix 4.8: Pre-post training questionnaire and Feedback form – Paper 3

Appendix 4.9: Training Structure – Paper 3

Appendix 4.10: Mental health Training Manual – Paper 3

Appendix 4.1: Mood and Feeling Questionnaire (MFQ) English version – Paper 1

Child Self-Report

MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE: Long Version

This form is about how you might have been feeling or acting **recently**.

For each question, please check (✓) how you have been feeling or acting *in the past two weeks*.

If a sentence was not true about you, check NOT TRUE.

If a sentence was only sometimes true, check SOMETIMES.

If a sentence was true about you most of the time, check TRUE.

Score the MFQ as follows:

NOT TRUE = 0

SOMETIMES = 1

TRUE = 2

To code, please use a checkmark (✓) for each statement.	NOT TRUE	SOME TIMES	TRUE
1. I felt miserable or unhappy.			
2. I didn't enjoy anything at all.			
3. I was less hungry than usual.			
4. I ate more than usual.			
5. I felt so tired I just sat around and did nothing.			
6. I was moving and walking more slowly than usual.			
7. I was very restless.			
8. I felt I was no good anymore.			
9. I blamed myself for things that weren't my fault.			
10. It was hard for me to make up my mind.			
11. I felt grumpy and cross with my parents.			
12. I felt like talking less than usual.			
13. I was talking more slowly than usual.			
14. I cried a lot.			

English version (continued)

Child Self-Report

15. I thought there was nothing good for me in the future.			
16. I thought that life wasn't worth living.			
17. I thought about death or dying.			
18. I thought my family would be better off without me.			
19. I thought about killing myself.			
20. I didn't want to see my friends.			
21. I found it hard to think properly or concentrate.			
22. I thought bad things would happen to me.			
23. I hated myself.			
24. I felt I was a bad person.			
25. I thought I looked ugly.			
26. I worried about aches and pains.			
27. I felt lonely.			
28. I thought nobody really loved me.			
29. I didn't have any fun in school.			
30. I thought I could never be as good as other kids.			
31. I did everything wrong.			
32. I didn't sleep as well as I usually sleep.			
33. I slept a lot more than usual.			

Copyright Adrian Angold & Elizabeth J. Costello, 1987; Developmental Epidemiology Program; Duke University

Mood and Feeling Questionnaire (MFQ) Thai version

แบบประเมินตนเองสำหรับเด็ก

แบบประเมินอารมณ์และความรู้สึก Mood and Feelings Questionnaire

แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกหรือการกระทำในปัจจุบัน

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ถ้าข้อความไหนไม่ใช่ความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่อง ไม่จริง

ถ้าข้อความไหนใช่เกี่ยวกับตัวท่านบางครั้ง

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่อง บางครั้ง

ถ้าข้อความไหนเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านเป็นส่วนใหญ่

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่อง จริง

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่จริง = 0

บางครั้ง = 1

จริง = 2

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในทุกข้อความ	ไม่จริง	บางครั้ง	จริง
1. ฉันรู้สึกเศร้าหรือไม่มีความสุข			
2. ฉันไม่เพลิดเพลินกับสิ่งใดเลย			
3. ฉันหิวน้อยกว่าปกติ			
4. ฉันกินมากขึ้นกว่าปกติ			
5. ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย ฉันมักนั่งเฉยๆและไม่ทำอะไร			
6. ฉันเคลื่อนไหวช้าและเดินช้ากว่าปกติ			
7. ฉันกระสับกระส่ายอย่างมาก			
8. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีอะไรดีเลย			
9. ฉันตำหนิตัวเองในสิ่งที่ไม่ใช่ความผิดของฉัน			
10. มันยากสำหรับฉันที่จะทำการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ			
11. ฉันรู้สึกหงุดหงิดและฉุนเฉียวกับพ่อแม่			
12. ฉันรู้สึกว่าฉันพูดน้อยกว่าปกติ			
13. ฉันพูดช้าลงกว่าปกติ			
14. ฉันร้องไห้บ่อยมาก			
15. ฉันคิดว่าในอนาคตไม่มีสิ่งดีๆรอฉันอยู่			

Thai version (continued)

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในทุกข้อความ	ไม่จริง	บางครั้ง	จริง
16. ฉันคิดว่าชีวิตฉันไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่			
17. ฉันคิดถึงความตายหรือภาวะใกล้ตาย			
18. ฉันคิดว่าครอบครัวคงจะดีกว่านี้ถ้าไม่มีฉันอยู่			
19. ฉันมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย			
20. ฉันไม่อยากเจอเพื่อน ๆ			
21. ฉันพบว่าการใช้ความคิดหรือมีสมาธิเป็นเรื่องยาก			
22. ฉันคิดว่าสิ่งร้ายๆอาจจะเกิดขึ้นกับฉัน			
23. ฉันเกลียดตัวเอง			
24. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนไม่ดี			
25. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด			
26. ฉันกังวลเกี่ยวกับการเจ็บปวด			
27. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว			
28. ฉันคิดว่าไม่มีใครรักฉันอย่างแท้จริง			
29. ฉันไม่สนุกเวลาที่อยู่โรงเรียน			
30. ฉันคิดว่าฉันไม่สามารถดีได้เท่ากับเด็กคนอื่น			
31. ฉันทำทุกอย่างมิดเสมอ			
32. ฉันนอนไม่ค่อยหลับเมื่อเทียบกับปกติ			
33. ฉันนอนมากกว่าปกติ			

ทำการแปลโดย นันทกา พุสีกุล

Appendix 4.2: The Children’s Depression Inventory (CDI) English version –Paper 1

Choose phrases that describe your feelings and your thoughts in the last two weeks.

1. a. I am rarely sad b. I am sad most of the time c. I am sad all the time	2. a. Nothing will ever work out for me b. I’m not sure if things will work out for me c. Everything will work out for me
3. a. I do well most things b. I do wrong most things c. I do everything wrong	4. a. I have fun with many things b. I have fun with some things c. Nothing is fun at all
5. a. I am bad all the time b. I am bad most of the time c. I am bad sometimes	6. a. I think terrible things will happen to me sometimes b. I fear that terrible things will happen to me c. I am sure that terrible things will happen to me all the time
7. a. I hate myself b. I do not like myself c. I like myself	8. a. All bad things are my fault. b. Many bad things are my fault. c. Bad things that happen are not my fault.
9. a. I do not think about killing myself b. I think about killing myself c. I want to kill my self	10. a. I feel like crying everyday b. I feel like crying most of the time c. I feel like crying sometimes
11. a. Thing bother me all the time b. Things bother me most of the time c. Things bother me sometimes	12. a. I do not want to be with people at all b. I do not like to be with people c. I like being with people
13. a. I cannot make up my mind about things b. It is difficult to make up my mind c. I can make up my mind easily	14. a. I am a good looking b. I am not good looking c. I am ugly
15. a. I have to push myself all the time to do my school work b. I have to push myself most of the time to do my school work c. I have no problem with my school work	16. a. I have trouble sleeping almost every night b. I have trouble sleeping some nights c. I sleep well at night
17. a. I am tired sometimes b. I am tired most of the time c. I am tired all the time	18. a. Most days I do not feel like eating b. Some days I do not feel like eating c. I like eating
19. a. I am not worry about my aches and pains b. I am worry about my aches and pains most of the time c. I am worry about my aches and pains all the time	20. a. I do not feel alone b. I feel alone most of the time c. I feel alone all the time

21. a. I never have fun at school b. I have fun at school sometimes c. I have fun at school most of the time	22. a. I have lot of friends b. I have a few friends and need more c. I do not have any friends.
23. a. I do very good in any subjects b. I do not good in subjects like I used to c. I do very badly in subjects I used to be good at	24. a. I can never be as good as other kids b. If I push myself, I can be as good as other kids c. I am as good as other kids
25. a. Nobody really loves me b. I am not sure if anyone loves me c. I am sure I am loved by someone	26. a. I always do what I'm told b. I do what I'm told most of the time c. I never do what I'm told
27. a. I get along well with others b. I get into fight most of the time c. I get into fight all the time	

Note: The CDI Thai version (Trankasombat & Likanapichitkul, 1997) will be used in the study

The Children's Depression Inventory (CDI) Thai version –Paper 1

แบบสอบวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย

เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของท่านมากที่สุด ณ ขณะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
โดยกา / ลงใน

1. ก. ฉันรู้สึกเศร้านานๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
2. ก. อะไร ๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดี
 ค. สิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
3. ก. ฉันทำอะไรๆ ได้ค่อนข้างดี ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง
 ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
4. ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง ข. ฉันรู้สึกสนุกกับบางสิ่งบางอย่าง
 ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน
5. ก. ฉันทำตัวไม่ตีเสมอ ข. ฉันทำตัวไม่ตีบ่อยครั้ง
 ค. ฉันทำตัวไม่คืนานๆ ที่
6. ก. นานๆ ครั้งฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน
 ค. จะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ๆ
7. ก. ฉันเกลียดตัวเอง ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง
 ค. ฉันชอบตัวเอง
8. ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความคิดของฉัน ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความคิดของฉัน
 ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความคิดของฉัน
9. ก. ฉัน ไม่คิดจะฆ่าตัวตาย ข. ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย
 ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย
10. ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ครั้ง
11. ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนาน ๆ ครั้ง
12. ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น
 ค. ฉัน ไม่ต้องการอยู่กับใครเลย
13. ก. ฉัน ไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆ ด้วยตนเอง ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ลำบาก
 ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ง่าย

14. ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี
 ค. ฉันเป็นคนหน้าตาน่าเกลียด
15. ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำกรบ้าน
 ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำการบ้าน
 ค. การทำการบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน
16. ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน
 ค. ฉันนอนหลับสบาย
17. ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนานๆ ครั้ง ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา
18. ก. มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สีกอยากกินอาหาร ข. มีบางวันที่ฉันไม่รู้สีกอยากกินอาหาร
 ค. ฉันกินอาหารได้ดี
19. ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
 ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
20. ก. ฉันไม่รู้สีกเหงา ข. ฉันรู้สีกเหงาบ่อยๆ
 ค. ฉันรู้สีกเหงาตลอดเวลา
21. ก. ฉันไม่รู้สีกสนุกเลย เวลาอยู่ที่โรงเรียน ข. ฉันรู้สีกสนุกนานๆ ครั้ง เวลาอยู่ที่โรงเรียน
 ค. ฉันรู้สีกสนุกบ่อยครั้ง เวลาอยู่ที่โรงเรียน
22. ก. ฉันมีเพื่อนมาก ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คน และอยากมีมากกว่านี้
 ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย
23. ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน
 ค. การเรียนของฉันแย่มาก
24. ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น ข. ฉันทำอะไร ได้ดีเท่าคนอื่น ถ้าฉันพยายาม
 ค. ฉันทำได้ดีพอๆ กับคนอื่นอยู่แล้ว ในขณะที่
25. ก. ไม่มีใครรักฉันจริง ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า
 ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
26. ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง
 ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่ง
27. ก. ฉันเข้ากับคนอื่นได้ดี ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
 ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

Appendix 4.3: The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) English version - Paper 1

Strengths and Difficulties Questionnaire

S 11-17

For each item, please mark the box for Not True, Somewhat True or Certainly True. It would help us if you answered all items as best you can even if you are not absolutely certain or the item seems daft! Please give your answers on the basis of how things have been for you over the last six months.

Your Name

Male/Female

Date of Birth.....

	Not True	Somewhat True	Certainly True
I try to be nice to other people. I care about their feelings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am restless, I cannot stay still for long	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get a lot of headaches, stomach-aches or sickness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I usually share with others (food, games, pens etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get very angry and often lose my temper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am usually on my own. I generally play alone or keep to myself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I usually do as I am told	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I worry a lot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am helpful if someone is hurt, upset or feeling ill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am constantly fidgeting or squirming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have one good friend or more	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I fight a lot. I can make other people do what I want	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am often unhappy, down-hearted or tearful	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other people my age generally like me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am easily distracted, I find it difficult to concentrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am nervous in new situations. I easily lose confidence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am kind to younger children	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I am often accused of lying or cheating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other children or young people pick on me or bully me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I often volunteer to help others (parents, teachers, children)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I think before I do things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I take things that are not mine from home, school or elsewhere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I get on better with adults than with people my own age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have many fears, I am easily scared	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I finish the work I'm doing. My attention is good	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Do you have any other comments or concerns?

Overall, do you think that you have difficulties in one or more of the following areas:
emotions, concentration, behaviour or being able to get on with other people?

	No	Yes- minor difficulties	Yes- definite difficulties	Yes- severe difficulties
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you have answered "Yes", please answer the following questions about these difficulties:

• How long have these difficulties been present?

	Less than a month	1-5 months	6-12 months	Over a year
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Do the difficulties upset or distress you?

	Not at all	Only a little	Quite a lot	A great deal
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Do the difficulties interfere with your everyday life in the following areas?

	Not at all	Only a little	Quite a lot	A great deal
HOME LIFE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRIENDSHIPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASSROOM LEARNING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEISURE ACTIVITIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Do the difficulties make it harder for those around you (family, friends, teachers, etc.)?

	Not at all	Only a little	Quite a lot	A great deal
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Your Signature

Today's Date

Thank you very much for your help

© Robert Goodman, 2005

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai version - Paper 1

พ.ศ.2546

ตนเอง

แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

ทำเครื่องหมาย X ในช่อง ได้ข้อความ ไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อความ กรุณาตอบทุกข้อ ให้ใกล้เคียงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ชื่อ..... เพศ ชาย
วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ.....ปี หญิง

	ไม่จริง	จริงบ้าง	จริงแน่นอน
1. ฉันพยายามทำดีต่อผู้อื่น ฉันใส่ใจความรู้สึกของผู้อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ฉันอยู่ไม่สุข ฉันไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ฉันปวดศีรษะ ปวดท้องหรือคลื่นไส้บ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. โดยปกติแล้ว ฉันแบ่งปันกับผู้อื่น (อาหาร เกมส์ ปากกา ฯลฯ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ฉันโกรธรุนแรงและมักควบคุมอารมณ์ไม่ได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ฉันมักอยู่กับตัวเอง ฉันมักเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. โดยปกติแล้ว ฉันทำตามที่คนอื่นบอก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ฉันกังวลมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ฉันช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ฉันหยุดหยิก หรือเดินไปเดินมาตลอดเวลา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ฉันมีเพื่อนสนิทอย่างน้อยหนึ่งคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ฉันมีเรื่องต่อสู้บ่อยๆ ฉันบังคับให้ผู้อื่นทำตามที่ต้องการได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ฉันมักไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. คนอื่นในวัยเดียวกับฉันมักชอบฉัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ฉันวอกแวกง่าย ฉันมีความลำบากที่จะใช้สมาธิ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ฉันวิตกกังวลเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ ฉันเสียความมั่นใจง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ฉันใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ฉันถูกกล่าวหาว่า พุดปดหรือชี้โก่งบ่อยๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. เด็กคนอื่นๆ แกล้งหรือรังแกฉัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ฉันมักอาสาช่วยเหลือผู้อื่น (พ่อแม่ ครู เด็ก)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ฉันคิดก่อนทำ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ฉันเอาของที่ไม่ใช่ของฉันออกไปจากบ้าน โรงเรียนหรือที่อื่น	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ฉันเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ฉันมีความกลัวหลายอย่าง ฉันหวาดกลัวง่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ฉันทำงานที่ทำอยู่ได้เสร็จ ฉันมีสมาธิดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

โปรดกรอกเพิ่มเติมถ้าคุณมีความเห็นอื่น.....

(โปรดพลิกหน้าถัดไป)

โดยรวมคิดว่าตัวเองมีปัญหาในด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่นด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่

ไม่มีปัญหา	มีปัญหาเล็กน้อย	มีปัญหาชัดเจน	มีปัญหาอย่างรุนแรง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ถ้าคุณตอบ "มีปัญหา....." โปรดตอบข้อ 1) - 4) ต่อไปนี้ด้วย

1) ปัญหาที่มี เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

น้อยกว่า 1 เดือน	1 - 5 เดือน	6 - 12 เดือน	มากกว่า 1 ปี
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) คุณรู้สึกหงุดหงิดหรือไม่สบายใจกับปัญหาที่มีหรือไม่

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) ปัญหาที่มี รบกวนชีวิตประจำวันของคุณในด้านต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่

	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
ความเป็นอยู่ที่บ้าน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การคบเพื่อน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
การเรียนในห้องเรียน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กิจกรรมยามว่าง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) ปัญหาที่มี ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน ครู ฯลฯ)

ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ลายเซ็น..... วันที่

โปรดตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านตอบครบทุกข้อ
ขอคุณที่ให้ความร่วมมือกรอกแบบประเมินนี้

Appendix 4.4: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children; Present and lifetime version (K-SADS-PL) – English version -- Paper 1

1. Depressed Mood

DSM-5 DR# 6: Felt down, depressed:

Parent Rating: _____ Child Rating: _____

*Have you ever felt sad, blue, down, or empty?
 Did you feel like crying? When was that?
 Do you feel _____ now?
 Was there ever another time you felt _____?
 Did you have any other bad feelings?
 Did you have a bad feeling all the time that you couldn't get rid of?
 Did you cry or were you tearful? Did you feel (____) all the time, some of the time? (Percent of awake time: summation of % of all labels if they do not occur simultaneously).*
(Assessment of diurnal variation can secondarily clarify daily duration of depressive mood)
*Did it come and go?
 How often? Every day?
 How long did it last?
 What do you think brought it on?
 Could other people tell that you were sad?*

P C S

- () () () **0** - No information.
- () () () **1** - Not present. Not at all or less than once a week.
- () () () **2** - Subthreshold: Depressed mood at least 2-3 days/ week, for much of the day.
- () () () **3** - Threshold: Depressed mood, more days than not (4-7 days/week), most of the day (at least 50% of awake time).

PAST:

P	C	S

**Duration of Depressed Mood:
(current)**

--	--	--

**Duration of Depressed Mood:
(most severe past)**

--	--	--

NOTE: SOMETIMES THE CHILD WILL INITIALLY GIVE A NEGATIVE ANSWER AT THE START OF THE INTERVIEW BUT WILL BECOME OBVIOUSLY SAD AS THE INTERVIEW GOES ON. THEN THESE QUESTIONS SHOULD BE REPEATED ELICITING THE PRESENT MOOD AND USING IT AS AN EXAMPLE TO DETERMINE ITS FREQUENCY. SIMILARLY, IF THE MOTHER'S REPORT IS THAT THE CHILD IS SAD MOST OF THE TIME AND THE CHILD DENIES IT, THE CHILD SHOULD BE CONFRONTED WITH THE MOTHER'S OPINION AND THEN ASKED WHY HE THINKS HIS MOTHER BELIEVES HE FEELS SAD SO OFTEN.

NOTE: WHEN A CHILD OR PARENT REPORTS FREQUENT SHORT PERIODS OF SADNESS THROUGHOUT THE DAY, IT IS LIKELY THAT THIS CHILD IS ALWAYS SAD AND ONLY REPORTS THE EXACERBATIONS, IN WHICH CASE THE RATING OF DEPRESSIVE MOOD WILL BE 4. THUS, IT IS ALWAYS ESSENTIAL TO ASK ABOUT THE REST OF THE TIME: "Besides these times when you felt (____), during the rest of the time, did you feel happy or were you more sad than your friends?"

2. Irritability and Anger

DSM-5 DR# 7: Felt more irritated than usual:

Parent Rating: _____ Child Rating: _____

Was there ever a time when you got annoyed, irritated, or cranky at little things?

Did you ever have a time when you lost your temper a lot? When was that?

Are you like that now? Was there ever another time you felt _____? What kinds of things made you _____?

Were you feeling mad or angry also (even if you didn't show it)?

How angry?

More than before?

What kinds of things made you feel angry?

Did you sometimes feel angry and/or irritable and/or cranky and didn't know why?

Did this happen often?

Did you lose your temper?

With your family?

Your friends?

Who else?

At school?

What did you do?

Did anybody say anything about it?

How much of the time did you feel angry, irritable, and/or cranky?

All of the time?

Lots of the time?

Just now and then?

None of the time?

When you got mad, what did you think about?

Did you think about killing others or hurting yourself? Or about hurting them or torturing them? Whom? Did you have a plan? How?

NOTE: IRRITABILITY MAY BE DUE TO OTHER DISORDERS (e.g., BIPOLAR DISORDER, ADHD, ODD, CD, SUBSTANCE ABUSE, AUTISM SPECTRUM DISORDER).

P C S

() () () **0** - No information

() () () **1** - Not present. Not at all or less than once a week.

() () () **2** - Subthreshold: Feels definitely more angry or irritable than called for by the situation at least (2-3 days/week), for much of the day.

() () () **3** - Threshold: Feels irritable/angry, more days than not, (4-7 days/week), most of the day (at least 50% of awake time.).

PAST:

--	--	--

P C S

**Duration of Irritable Mood
(current)**

--	--	--

**Duration of Irritable Mood
(most severe past)**

--	--	--

	<u>P</u>	<u>C</u>	<u>S</u>	
3. Anhedonia, Lack of interest, Apathy, Low Motivation, or Boredom	()	()	()	0 - No information.
DSM-5 DR# 5: Has less fun doing things:	()	()	()	1 - Not present.
Parent Rating: _____ Child Rating: _____	()	()	()	2 - Subthreshold: Several activities definitely less pleasurable or interesting. Or bored or apathetic at least 3 times a week during activities.
Boredom is a term all children understand and which frequently refers to loss of ability to enjoy (anhedonia) or to loss of interest or both. Loss of pleasure and loss of interest are not mutually exclusive and may coexist.	()	()	()	3 - Threshold: Most activities much less pleasurable or interesting. Or bored or apathetic daily, or almost daily, at least 50% of the time.
<i>What are the things you do for fun? Enjoy?</i> (Get examples: nintendo, sports, friends, favorite games, school subjects, outings, family activities, favorite TV programs, computer or video games, music, dancing, playing alone, reading, going out, etc.)				PAST: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> P C S
<i>Has there ever been a time you felt bored a lot of the time? When?</i> <i>Do you feel bored a lot now?</i> <i>Was there another time you felt bored a lot?</i> <i>Did you feel bored when you thought about doing the things you usually like to do for fun? (Give examples mentioned above).</i> <i>Did this stop you from doing those things?</i> <i>Did you (also) feel bored while you were doing things you used to enjoy?</i>				Duration of Anhedonia: (current) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anhedonia refers to partial or complete (pervasive) loss of ability to get pleasure, enjoy, have fun during participation in activities which have been attractive to the child like the ones listed above. It also refers to basic pleasures like those resulting from eating favorite foods and, in adolescents, sexual activities.				Duration of Anhedonia: (past) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Did you look forward to doing the things you used to enjoy? (Give examples)</i> <i>Did you try to get into them?</i> <i>Did you have to push yourself to do your favorite activities?</i> <i>Did they interest you?</i> <i>Did you get excited or enthusiastic about doing them? Why not?</i> <i>Did you have as much fun doing them as you used to before you began feeling (sad, etc.)?</i> <i>If less fun, did you enjoy them a little less? Much less? Not at all?</i> <i>Did you have as much fun as your friends?</i> <i>How many things are less fun now than they used to be (use concrete examples provided earlier by child)?</i> <i>How many were as much fun? More fun?</i> <i>Did you do _____ less than you used to? How much less?</i>				
In adolescents: (if sexually active) <i>Do you enjoy sex as much as you used to? Are you less sexually active than you used to be?</i>				
This item does not refer to inability to engage in activities (loss of ability to concentrate on reading, games, TV, or school subjects).				
Two comparisons should be made in each assessment: Enjoyment as compared to that of peers and/or enjoyment as compared to that of child when not depressed. The second is not possible in episodes of long duration because normally children's preferences change with age. Severity is determined by the number of activities which are less enjoyable to the child, and by the degree of loss of ability to enjoy.				
Do not confuse with lack of opportunity to do things which may be due to excessive parental restrictions.				

4a. Recurrent Thoughts of Death

Sometimes children who get upset or feel bad, wish they were dead or feel they'd be better off dead.

Have you ever had these type of thoughts? When?

Do you feel that way now?

Was there ever another time you felt that way?

P C S

() () ()

0 - No information.

() () ()

1 - Not present.

() () ()

2 - Subthreshold: Infrequent thoughts of death (e.g., less than once per month, vague, non-specific).

() () ()

3 - Threshold: Recurrent thoughts of death, "I would be better off dead" or "I wish I were dead."**PAST:**

P

C

S

4b. Suicidal Ideation

DSM-5 DR# 24: Thoughts of committing suicide

Parent Rating: _____ Child Rating: _____

Sometimes children who get upset or feel bad think about dying or even killing themselves.

Have you ever had such thoughts?

How would you do it?

Did you have a plan?

P C S

() () ()

0 - No information.

() () ()

1 - Not at all.

() () ()

2 - Subthreshold: Infrequent or vague thoughts of suicide (e.g., less than once per month).

() () ()

3 - Threshold: Recurrent thoughts of suicide.**PAST:**

P

C

S

4c. Suicidal Acts - Intent

DSM-5 DR# 25: Ever tried to kill self

Parent Rating: _____ Child Rating: _____

Have you actually tried to kill yourself? When?

What did you do?

Any other things?

How close did you come to doing it?

Was anybody in the room? In the apartment?

Did you tell them in advance?

How were you found? Did you really want to die?

Did you ask for any help after you did it?

P C S

() () ()

0 - No information.

() () ()

1 - No attempt.

() () ()

2 - Subthreshold: Preparations with no actual intent to die (e.g., held pills in hand) or planned attempt but did not follow through or engage in self harming behavior.

() () ()

3 - Threshold: Self injurious behavior with ANY suicidal intent. (If subject endorses even a 1% intent to die, code as threshold here).**PAST:**

P

C

S

NOTE: CODE SELF-HARMING BEHAVIOR WITH NO INTENT TO DIE AS NON-SUICIDAL, SELF-INJURIOUS BEHAVIOR - NOT AS SUICIDAL BEHAVIOR.

Ever attempted suicide: Yes No

4d. Suicidal Acts - Medical Lethality

Actual medical threat to life or physical condition following the most serious suicidal act. Take into account the method, impaired consciousness at time of being rescued, seriousness of physical injury, toxicity of ingested material, reversibility, amount of time needed for complete recovery and how much medical treatment needed.

*How close were you to dying after your (most serious suicidal act)?
What did you do when you tried to kill yourself?
What happened to you after you tried to kill yourself?*

NOTE: CODE SELF-HARMING BEHAVIOR WITH NO INTENT TO DIE AS NON-SUICIDAL, SELF-INJURIOUS BEHAVIOR - NOT AS SUICIDAL BEHAVIOR.

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - No attempt or engaged in behavior with no intent to die (e.g., held pills in hand). No medical damage.
- () () () 2 - Subthreshold: superficial cuts, scratch to wrist, took a couple of extra pills.
- () () () 3 - Threshold: Medical intervention occurred or was indicated; or significant cut with bleeding, or took more than a couple of pills.

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

4e. Non-suicidal, Self-Injurious Behavior

Refers to intentional self-inflicted damage to the surface of the body, of a sort likely to induce bleeding or pain for purposes that are not socially sanctioned AND done without intent of killing himself, with the expectation that the injury will lead to only minor or moderate physical harm.

*Did you ever try to hurt yourself?
Have you ever burned yourself with matches/ candles?
Or scratched yourself with needles/ a knife? Your nails?
Or put hot pennies on your skin?
Anything else?
Why did you do it?
How often?
Do you have many accidents?
What kind?
How often?*

Some kids do these types of things because they want to kill themselves, and other kids do them because it makes them feel a little better afterwards. Why do you do these things?

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not present.
- () () () 2 - Subthreshold: Once. Has engaged in the behavior on 1-4 occasions. Has never caused serious injury to self.
- () () () 3 - Threshold: Repetitive. Has engaged in the behavior more than 5 times and/or has engaged in the behavior with significant injury to self (e.g., bum left scar, cut required stitches).

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

- IF RECEIVED A SCORE OF **3** ON **CURRENT** RATING OF **ANY** OF THE PREVIOUS ITEMS, COMPLETE THE DEPRESSIVE/ DYSTHYMIC DISORDERS (CURRENT) SECTION OF THE DEPRESSIVE AND BIPOLAR RELATED DISORDERS SUPPLEMENT, AFTER FINISHING THE SCREEN INTERVIEW.
- IF RECEIVED A SCORE OF **3** ON **PAST** RATING OF **ANY** OF THE PREVIOUS ITEMS, COMPLETE THE DEPRESSIVE/ DYSTHYMIC DISORDERS (PAST) SECTION OF DEPRESSIVE AND BIPOLAR RELATED DISORDERS SUPPLEMENT, AFTER FINISHING THE SCREEN INTERVIEW.
- NO EVIDENCE OF DEPRESSIVE/ DYSTHYMIC DISORDER.

1a. Reassessment of depressed and irritable mood

The interviewer should reassess depressed and irritable mood. For children and adolescents the mood criteria can be fulfilled by adding together the duration of the reported depressed and irritable moods, for the past month. For example, the child could be irritable 3 days per week and depressed on the other days. Therefore, the child has had depressed and/ or irritable mood nearly every day for the past month.

In the past, you said that you started feeling depressed and that the sad mood lasted _____. Around that time, were you feeling irritable or angry as well? How often?

Currently, you said that you started feeling depressed and that the sad mood lasted _____. Around this time, were you feeling irritable or angry as well? How often?

P C S

() () ()

() () ()

() () ()

() () ()

0 - No information.**1 -** Not at all or less than once a week.**2 -** Subthreshold: Depressed and/or irritable mood, at least 2-3 days per week for much of the day.**3 -** Threshold: Depressed and/or irritable mood, nearly every day (5-7 days/week), most of the day (or > 1/2 of awake time).

PAST:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P	C	S

Duration of Depressed/Irritable
Mood (weeks):

(Current)

Duration of Depressed/Irritable
Mood (weeks):

(Most Severe Past)

Persistent Depression/Dysthymia Probes:**1b. Depressed and/or irritable mood is present
more days than not for at least one year.**

Have you ever had a time when you felt depressed and/or irritable for most of the day, more days than not that lasted for at least one year?

P C S

() () ()

() () ()

() () ()

0 - No information.**1 -** Not Present.**2 -** Present. Depressed and/or irritable mood present for more days than not for at least one year.

PAST:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P	C	S

2. Insomnia

Sleep disorder, including initial, middle and terminal difficulty in getting to sleep or staying asleep. Do not rate if he/ she feels no need for sleep. Take into account the estimated number of hours slept and the subjective sense of lost sleep. Normally a 6 - 8 year old child should sleep about 10 hours +/- one hour. 9 -12 years, 9 hours +/- 1 hour. 12 - 16 years, 8 hours +/- one hour.

NOTE: DO NOT RATE IF INSOMNIA IS EXCLUSIVELY DUE TO ADHD, OPPOSITIONALITY, MEDICAL PROBLEMS, SLEEP DISORDER, OR OTHER PSYCHIATRIC DISORDERS.

a. Initial Insomnia

When you are feeling down/ depressed, do you have trouble falling asleep? How long does it take you to fall asleep?

b. Middle Insomnia

When you are feeling down/ depressed, do you wake up in the middle of the night? How many times? How long does it take you to fall back asleep?

c. Terminal Insomnia

When you are feeling down/ depressed, what time do you wake up in the mornings? Are you waking up earlier than you had to?

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not Present.
- () () () 2 - Subthreshold: Insomnia at least 2-3 days per week.
- () () () 3 - Threshold: Insomnia nearly every night (5-7 nights per week). See below for type of insomnia (initial, middle and/or terminal).

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not Present.
- () () () 2 - Subthreshold: More than 30 minutes but less than 1 1/2 hours at least 2-3 nights per week.
- () () () 3 - Threshold: At least 1 1/2 hours nearly every night (5-7 nights per week).

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not Present.
- () () () 2 - Subthreshold: Less than 30 minutes awake during the middle of the night or trying to fall back asleep, at least 2-3 nights per week.
- () () () 3 - Threshold: More than 30 minutes, nearly every night (5-7 nights/week).

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not Present.
- () () () 2 - Subthreshold: Waking up less than 30 minutes earlier, at least 2-3 days per week.
- () () () 3 - Threshold: Waking up more than 30 minutes earlier, most days (5-7 days/week).

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

3. Hypersomnia

Increased need to sleep, sleeping more than usual. Inquire about hypersomnia even if insomnia was rated 2-3. Sleeping more than normal in 24 hour period.

Do not rate positive if daytime sleep time plus nighttime true sleep equals normal sleep time (compensatory naps).

Do not include "catch-up" sleep on weekends and/ or holidays if child is not getting sufficient sleep on school nights.

Are you sleeping longer than usual?
Do you go back to sleep after you wake up in the morning?
When did you start sleeping longer than usual?
Did you used to take naps before?
When did you start to take naps?
How many hours did you use to sleep before you started to feel so (sad)?

Parents may say that if child was not awakened he/ she would regularly sleep > 11-12 hours and he/ she actually does so, every time he/ she is left on his/ her own. This should be rated 3.

NOTE: DO NOT RATE IF HYPERSOMNIA IS EXCLUSIVELY DUE TO NARCOLEPSY, MEDICAL PROBLEMS (e.g., infection), OR OTHER PSYCHIATRIC DISORDERS.

P **C** **S**

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not Present. Or needs less sleep than usual.
- () () () 2 - Subthreshold: Often sleeps at least 1 hour more than usual (at least 2-3 times per week).
- () () () 3 - Threshold: Most nights (5-7 nights/week) sleeps at least 2 hours more than usual.

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

4. Fatigue, Lack of Energy and Tiredness

This is a subjective feeling. (Do not confuse with lack of interest) (Rate presence even if subject feels it is secondary to insomnia).

Have you been feeling tired? How often?
Do you feel tired -
All of the time?
Most of the time?
Some of the time?
Now and then?
When did you start feeling so tired?
Was it after you started feeling ()?
Do you take naps because you feel tired? How much? Do you have to rest?
Do your limbs feel heavy?
Is it very hard to get going? to move your legs?
Do you feel like this all the time?

NOTE: DO NOT RATE POSITIVELY IF EXCLUSIVELY DUE TO MEDICAL PROBLEMS, OTHER PSYCHIATRIC PROBLEMS (e.g., GAD), MEDICATIONS OR USE OF DRUGS OR ALCOHOL.

P **C** **S**

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not at all or more energy than usual.
- () () () 2 - Subthreshold: Often tired or without energy (2-3 days/week).
- () () () 3 - Threshold: Tired or without energy most of the day, nearly every day (5-7 days/week).

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

5. Cognitive Disturbances**a. Decreased Concentration or Slowed Thinking**

(School information may be crucial to proper assessment of this item)

Complaints (or evidence from teacher) of diminished ability to think or concentrate which was not present to the same degree before onset of present episode. Distinguish from lack of interest or motivation. (Do not include if associated with formal thought disorder)

*Do you know what it means to concentrate?
Sometimes children have a lot of trouble concentrating. For instance, they have to read a page from a book, and can't keep their mind on it so it takes much longer to do it or they just can't do it, can't pay attention.*

*Have you been having this kind of trouble? When did it begin?
Is your thinking slowed down?
If you push yourself very hard can you concentrate?
Does it take longer to do your homework?
When you try to concentrate on something, does your mind drift off to other thoughts?
Can you pay attention in school?
Can you pay attention when you want to do something you like?
Do you forget about things a lot more?
What things can you pay attention to?
Is it that you can't concentrate? or is it that you are not interested, or don't care?
Did you have this kind of trouble before? When did it start?*

NOTE: IF CHILD HAS ATTENTION DEFICIT DISORDER, DO NOT RATE POSITIVELY, UNLESS THERE WAS A WORSENING OF THE CONCENTRATION PROBLEMS ASSOCIATED WITH THE ONSET OF DEPRESSED MOOD.

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not at all.
- () () () 2 - Subthreshold: Definitely aware of limited attention span or slowed thinking, at least 2-3 days/week.
- () () () 3 - Threshold: Interferes with school work. Forgetful. Takes substantially increased effort in schoolwork nearly everyday (5-7 days/week) or causes significant drop in grades.

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

b. Indecision

*When you were feeling sad, was it hard for you to make decisions?
Like did you find recess was over before you could decide what you wanted to do?*

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not present.
- () () () 2 - Subthreshold: Often has difficulty making decisions (at least 2-3 days/week).
- () () () 3 - Threshold: Nearly every day (5-7 days/week) has difficulty making decisions; has significant effect on functioning.

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

6. Appetite/Weight**a. Decreased Appetite**

Appetite compared to usual or to peers if episode is of long duration. Make sure to differentiate between decrease of food intake because of dieting and because of loss of appetite.

Rate here loss of appetite only.

*How is your appetite? Do you feel hungry often?
Are you eating more or less than before?
Do you leave food on your plate?
When did you begin to lose your appetite?
Do you sometimes have to force yourself to eat?
When was the last time you felt hungry?
Are you on a diet? What kind of diet?*

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not at all - normal or increased.
- () () () 2 - Subthreshold: Often has decrease in appetite (at least 2-3 days/week). (Regular snacks not consumed.)
- () () () 3 - Threshold: Clear decrease in appetite every or nearly every day (5-7 days/week) (e.g., regular snacks not consumed, eats smaller meals than usual, some meals missed).

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

b. Weight Loss

Total weight loss from usual weight since onset of the present episode (or maximum of 12 months). Make sure he/she has not been dieting. In the assessment of weight loss it is preferable to obtain recorded weights from old hospital charts or the child's pediatrician. Rate this item even if later he/she regained weight or became overweight. If possible, rater should have verified weights available at time of interview. Consider looking at BMI.

*Have you lost any weight since you started feeling sad?
How do you know?
Do you find your clothes are looser now?
When was the last time you were weighed?
How much did you weigh then?
What about now? (measure it).*

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - No weight loss (stays in same percentile grouping).
- () () () 2 - Subthreshold: Questionable weight loss.
- () () () 3 - Threshold: Clear loss of weight during mood disturbance.

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

NOTE: DO NOT RATE POSITIVELY IF WEIGHT LOSS IS MAINLY ACCOUNTED FOR BY ANOREXIA NERVOSA. WEIGHT LOSS MUST BE DUE TO MOOD AND NOT OTHER FACTORS (MEDICAL PROBLEMS, MEDICATIONS, SUBSTANCE USE, ETC.)

c. Increased Appetite

As compared to usual. Inquire about this item even if anorexia and/ or weight loss were rated 2 - 3.

*Have you been eating more than before? Since when?
Is it like you feel hungry all the time?
Do you feel this way every day?
Do you eat less than you would like to eat? Why?
Do you have cravings for sweets?
What do you eat too much of?*

P C S

- () () () 0 - No information.
() () () 1 - Not at all - normal or decreased.
() () () 2 - Subthreshold: Often snacks somewhat more than usual, or eats somewhat bigger meals (at least 2-3 days/week).
() () () 3 - Threshold: Nearly every day (5-7 days/week) snacks notably more or eats bigger meals than usual.

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

d. Weight Gain

Total weight gain from usual weight during present episode (or a maximum of the last 12 months) not including gaining back weight previously lost or not gained according to the child's usual percentile for weight.

*Have you gained any weight since you started feeling sad?
How do you know?
Have you had to buy new clothes because the old ones did not fit any longer?
What was your last weight?
When were you last weighed?*

P C S

- () () () 0 - No information.
() () () 1 - No weight gain (stays in same percentile).
() () () 2 - Subthreshold: Questionable inappropriate weight gain.
() () () 3 - Threshold: Clear weight gain during mood disturbance beyond expected growth.

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

NOTE: DO NOT RATE POSITIVELY IF WEIGHT GAIN IS RELATED TO OTHER FACTORS (MEDICAL PROBLEMS, MEDICATIONS, SUBSTANCE USE, ETC.) WEIGHT GAIN MUST BE DUE TO MOOD DISTURBANCE.

7. Psychomotor Disturbancesa. Agitation

Includes inability to sit still, pacing, fidgeting, repetitive lip or finger movement, wringing of hands, pulling at clothes, and non-stop talking. **To be rated positive, such activities should occur while the subject feels depressed, not associated with the manic syndrome, and not limited to isolated periods when discussing something upsetting. Do not include subjective feelings of tension or restlessness which are often incorrectly called agitation.** To arrive at your rating, take into account your observations during the interview, the child's report and the parent's report about the child's behavior during the episode.

Since you've felt sad, are there times when you can't sit still, or you have to keep moving and can't stop?

Do you walk up and down?

Do you wring your hands? (demonstrate)

Do you pull or rub on your clothes, hair, skin or other things?

Do people tell you not to talk so much?

Did you do this before you began to feel (sad)?

When you do these things, is it that you are feeling (sad or do you feel high or great)?

If someone was taking movies of you while you were eating breakfast and talking to your (mother), and they took these movies before you got (depressed) and again while you were (depressed) would I be able to see a difference?

What would it be?

What would I see?

Probe: *Would it take longer before or while you were (depressed)?*

A little longer?

Much longer?

If I saw a videotape or heard an audiotape of your child at home while he/she was depressed and another when he/ she wasn't depressed, could I tell the difference? If yes, what would I see (hear different)?

Make sure it does not refer to content of speech or acts or to facial expression. Refer only to speed and tempo.

NOTE: IF CHILD HAS ATTENTION DEFICIT DISORDER, DO NOT RATE THE PSYCHOMOTOR AGITATION ITEM POSITIVELY UNLESS THERE WAS A WORSENING OF AGITATION THAT CORRESPONDED WITH THE ONSET OF THE DEPRESSED MOOD.

P C S

- () () () 0 - No information.
- () () () 1 - Not at all, retarded, or associated with manic syndrome.
- () () () 2 - Subthreshold: Often unable to sit quietly in a chair; often fidgeting, pulling and/or rubbing or pacing (at least 2-3 days/week).
- () () () 3 - Threshold: Nearly everyday (5-7 days/ week) is unable to sit still in class; frequently fidgeting, pulling and/ or rubbing or pacing, etc.

PAST:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

b. Psychomotor Retardation

Visible, generalized slowing down of physical movement, reactions and speech. It includes long speech latencies. Make certain that slowing down actually occurred and is not merely a subjective feeling. To arrive at your rating take into account your observations during the interview, the child's report and the parent's report about the child's behavior during the episode.

Since you started feeling (sad) have you noticed that you can't move as fast as before?
Have you found it hard to start talking?
Has your speech slowed down?
Do you talk a lot less than before?
Since you started feeling sad, have you felt like you are moving in slow motion?
Have other people noticed it?

If someone was taking movies of you while you were eating breakfast and talking to your (mother), and they took these movies before you got (depressed) and again while you were (depressed) would I be able to see a difference?

What would it be?
What would I see?
What would I hear?

Probe: Would it take longer before or while you were (depressed)?
A little longer?
Much longer?

If I saw a videotape or heard an audiotape of your child at home while he/she was depressed and another when he/she wasn't depressed, could I tell the difference? If yes, what would I see (hear) different?

P C S() () () **0** - No information.() () () **1** - Not at all.() () () **2** - Subthreshold: Often (2-3 days/week) conversation is noticeably retarded and/ or body movement is slowed.() () () **3** - Threshold: Nearly everyday, noticeably retarded speech or movement.**PAST:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

8. Self-Perceptions**a. Worthlessness/Negative Self-Image**

Includes feelings of inadequacy, inferiority, failure and worthlessness, self depreciation, self belittling.

Rate with disregard of how "realistic" the negative self evaluation is.

How do you feel about yourself?
Do you like yourself? Why or Why not?
Do you ever think of yourself as pretty or ugly?
Do you think you are bright or stupid?
Do you like your personality, or do you wish it were different?
How often do you feel this way about yourself?

P C S() () () **0** - No information.() () () **1** - Not at all.() () () **2** - Subthreshold: Often feels inadequate or does not like him/herself (2-3 days/week).() () () **3** - Threshold: Feels like a failure or worthless, or unable to identify any positive attribute nearly every day (5-7 days/week).**PAST:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P	C	S

b. Excessive or Inappropriate Guilt

...and self reproach, for things done or not done, including delusions of guilt.

Rate according to proportion between intensity of guilt feelings or severity of punishment child thinks she deserves and the actual misdeeds.

When people say or do things that are good, they usually feel good, and when they say or do something bad they feel bad about it. Do you feel bad about anything you have done? What is it? How often do you think about it? When did you do that? What does it mean if I said I feel guilty about something?

How much of the time do you feel like this?

- Most of the time?*
- A lot of the time?*
- A little of the time?*
- Not at all?*

What kind of things do you feel guilty about? Do you feel guilty about things you have not done? or are actually not your fault? Do you feel guilty about things your parents or others do? Do you feel you cause bad things to happen? Do you think you should be punished for this? What kind of punishment do you feel you deserve? Do you want to be punished? How do your parents usually punish you? Do you think it's enough?

For many young children it is preferable to give a concrete example such as: "I am going to tell you about three children and you tell me which one is most like you. The first is a child who does something wrong, then feels bad about it, goes and apologizes to the person, the apologies are accepted, and he just forgets about it from then on. The second child is like the first but after his apologies are accepted, he just cannot forget about what he had done and continues to feel bad about it for one to two weeks. The third is a child who has not done much wrong, but who feels guilty for all kinds of things which are really not his fault like.... Which one of these three children is like you?"

It is also useful to double check the child's understanding of the questions by asking him to give an example, like the last time he felt guilty "like the child in the story."

NOTE: IF GUILT APPEARS TO BE OF DELUSIONAL INTENSITY, COMPLETE THE PSYCHOSIS SUPPLEMENT.

P C S

- () () () **0** - No information.
- () () () **1** - Not at all.
- () () () **2** - Subthreshold: Sometimes(2-3 days/week) feels very guilty about past actions, the significance of which he exaggerates, and which most children would have forgotten about.
- () () () **3** - Threshold: Nearly every day feels guilt which he cannot explain or about things which objectively are not his fault. (Except feeling guilty about parental separation and/or divorce which is normative and should not lead by and of itself to a positive guilt rating in this score, except if it persists after repeated appropriate discussions with the parents)

PAST:

P	C	S

**The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children;
Present and lifetime version (K-SADS-PL) – Thai version -- Paper 1**

1

**K-SADS-PL SCREEN INTERVIEW
Depression**

1. อาการซึมเศร้า (Depressed Mood)

- คุณเคยมีอาการเศร้า, หม่นหมอง, ซึม หรือรู้สึกว่างเปล่าบ้างหรือไม่?
- คุณเคยรู้สึกอยากร้องไห้บ้างหรือไม่? เมื่อไหร่?
- ตอนนี้คุณรู้สึกเศร้าหรือไม่?
- เคยมีช่วงเวลาไหนบ้างที่ทำให้คุณรู้สึกเศร้า?
- คุณเคยมีอาการไม่ดีอื่นๆอีกบ้างไหม?
- คุณเคยมีอาการที่ไม่ดีตลอดเวลาและไม่สามารถที่จะกำจัดมันออกไปบ้างหรือไม่?
- คุณเคยร้องไห้หรือเกิดความรู้สึกอยากร้องไห้หรือไม่? คุณรู้สึกเศร้าตลอดเวลาหรือเป็นบางครั้ง?
- อาการที่เกิดขึ้นผ่านมาแล้วก็ผ่านไปหรือไม่?
- อาการดังกล่าวเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน? เกิดขึ้นทุกวันหรือไม่?
- อาการนี้คงอยู่นานหรือไม่?
- คุณคิดว่าอะไรที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เหล่านี้?
- คนอื่นสามารถบอกได้หรือไม่ว่าคุณเศร้า?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 – ไม่ปรากฏข้อมูล

1 – ไม่มีอาการเลยหรือมีอาการน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง

2 - Subthreshold: มีอาการเศร้าอย่างน้อย

2-3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลาส่วนมากของวัน

3 – Threshold: มีอาการเศร้าเกือบทุกวัน (4-7 วันต่อสัปดาห์) เกือบทั้งวัน (อย่างน้อย 50% ของช่วงเวลาดีน)

2. อาการหงุดหงิดและอารมณ์โกรธ (Irritability and Anger)

- คุณเคยมีช่วงเวลาที่รู้สึกไร้ค่า ไร้ค่า, หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวกับเรื่องเล็กน้อยหรือไม่?
- คุณเคยมีช่วงเวลาที่ควบคุมอารมณ์โกรธของตัวเองได้น้อยหรือไม่? เมื่อไหร่?
- ปัจจุบันนี้คุณยังเป็นอย่างนั้นอยู่ไหม? มีช่วงเวลาอื่นอีกหรือไม่ที่คุณรู้สึกโกรธหรือหงุดหงิด? อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกอย่างนั้น?
- คุณเคยมีอาการโกรธหรือโมโหแม้ว่าคุณจะไม่ได้แสดงออกมาภายนอกหรือไม่?
- คุณมีอาการโกรธอย่างไรบ้าง?
- คุณมีอาการโกรธมากกว่าแต่ก่อนหรือไม่?
- อะไรที่ทำให้คุณรู้สึกโกรธ?
- เคยมีบางครั้งไหมที่คุณรู้สึกโกรธ, หงุดหงิด หรือฉุนเฉียวแต่คุณไม่รู้ว่าเป็นเพราะอะไร?
- อารมณ์เหล่านี้เกิดขึ้นกับคุณบ่อยไหม?
- คุณหงุดหงิดกับคนในครอบครัวบ้างหรือไม่? กับเพื่อน? คนอื่นๆ? ที่โรงเรียน?
- คุณทำอย่างไรบ้างเวลาที่โกรธ?
- เคยมีคนอื่นพูดถึงสิ่งเหล่านี้กับคุณหรือไม่?
- คุณรู้สึกโกรธ, หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวมากน้อยแค่ไหน? ตลอดเวลา? บ่อยครั้ง? บางครั้ง? ไม่เคยเลย?
- เวลาที่คุณโมโห คุณคิดอะไรอยู่?
- คุณเคยคิดถึงการทำร้ายตัวเองบ้างหรือไม่? หรือทำร้ายคนอื่น หรือทรมาณคนอื่น? ถ้าเคย เขาเหล่านั้นเป็นใคร? คุณมีการวางแผนหรือไม่? อย่างไร?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 – ไม่ปรากฏข้อมูล

1 – ไม่มีอาการเลยหรือมีอาการน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง

2 - Subthreshold: มีอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดอย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลาส่วนมากของวัน

3 – Threshold: มีอารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดเกือบทุกวัน (4-7 วันต่อสัปดาห์) เกือบทั้งวัน (อย่างน้อย 50% ของช่วงเวลาตื่น)

3. เบื่อหน่าย, ขาดความสนใจ, ไร้อารมณ์, ขาดแรงจูงใจ (Anhedonia, Lack of interest, Apathy, Low Motivation, or Boredom)

ความเบื่อหน่ายคือ การสูญเสียความเพลิดเพลิน หรือขาดความสนใจในสิ่งต่างๆหรืออาจเกิดขึ้นทั้งคู่ การขาดความเพลิดเพลินใจและขาดความสนใจอาจจะไม่เกิดขึ้นพร้อมกันหรืออาจจะเกิดร่วมกันก็ได้

- อะไรที่คุณทำเพื่อความสนุก เพลิดเพลิน?

(ตัวอย่างเช่น เกมส่นินเทนโด, กีฬา, เพื่อน, เกมสที่ชอบ, วิชาเรียน, การออกไปท่องเที่ยว, กิจกรรมครอบครัว, รายการทีวีโปรด, วีดีโอเกมสหรือคอมพิวเตอร์เกมส, ดนตรี, เดินร่ำ, เล่นคนเดียว, อ่านหนังสือ, ออกไปสังสรรค์ข้างนอก อื่นๆ)

- คุณเคยมีช่วงเวลาารู้สึกเบื่อบ่อยครั้งหรือไม่? มันเกิดขึ้นเมื่อไหร่?
- คุณรู้สึกเบื่อบ่อยๆช่วงนี้ไหม?
- มีช่วงเวลาอื่นอีกหรือไม่ที่คุณรู้สึกเบื่อบ่อยครั้ง?
- คุณเคยรู้สึกเบื่อเมื่อคิดถึงสิ่งที่คุณเคยทำเพื่อความสนุก เพลิดเพลินหรือไม่? (ที่กล่าวไว้ในตัวอย่างในข้อแรก)
- นี่คือนิสัยที่ทำให้คุณหยุดทำสิ่งเหล่านั้นหรือไม่?
- คุณเคยรู้สึกเบื่อในขณะที่คุณกำลังทำสิ่งที่เคยทำเพื่อความสนุกหรือไม่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 - ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 - ไม่มีอาการเลย
- 2 - Subthreshold: มีความเพลิดเพลินหรือสนใจในกิจกรรมหลายอย่างน้อยลงหรือเบื่อหน่าย หรือเฉื่อยชาอย่างน้อยสามครั้งต่อสัปดาห์ระหว่างที่ทำกิจกรรมเหล่านั้น
- 3 - Threshold: มีความเพลิดเพลินหรือสนใจในกิจกรรมส่วนใหญ่ลดลงอย่างมาก หรือเบื่อหน่าย หรือเฉื่อยชาทุกวันหรือเกือบทุกวัน (อย่างน้อย 50% ของช่วงเวลาตื่น)

Anhedonia: คือการสูญเสียความสามารถในการรับรู้ความพึงพอใจ, ความสนุกระหว่างการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยชอบดังตัวอย่างที่กล่าวไว้ในข้อแรกในบางครั้งหรือทุกครั้ง นอกจากนี้ยังหมายความว่าความพึงพอใจพื้นฐาน เช่น อาหารที่โปรด และในเด็กวัยรุ่น เช่น กิจกรรมทางเพศ

- คุณเคยตั้งตาคอยที่จะทำในสิ่งที่คุณเคยทำแล้วสนุกหรือไม่? (ยกตัวอย่างเพิ่มเติม)
- คุณเคยพยายามจะกลับไปทำสิ่งเหล่านั้นหรือไม่?
- คุณเคยบังคับตัวเองให้ทำในกิจกรรมที่คุณชอบทำหรือไม่?
- กิจกรรมนั้นทำให้คุณสนใจหรือไม่?
- คุณรู้สึกตื่นเต้นหรือมีความกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมนั้นหรือไม่?
- คุณรู้สึกสนุกในการทำกิจกรรมเหล่านั้นเท่ากับที่คุณเคยสนุกก่อนที่คุณจะมีอาการเศร้าหรือไม่?
- ถ้าคุณสนุกน้อยลง ความสนุกของคุณอยู่ในระดับน้อยลงเล็กน้อย? หรือน้อยลงมาก? หรือไม่สนุกเลย?
- คุณรู้สึกสนุกกับกิจกรรมมากเท่ากับเพื่อนคุณหรือไม่?
- มีกิจกรรมกึ่งอย่างที่คุณรู้สึกสนุกน้อยลงกว่าเดิม (ยกตัวอย่างที่ชัดเจน)?
- มีกิจกรรมกึ่งอย่างที่เคยทำแล้วสนุกมาก? คุณทำ_____น้อยลงกว่าเดิมหรือไม่? ถ้าใช่ น้อยลงเท่าใด?

4. การฆ่าตัวตาย (Suicide)

4a. ความคิดถึงความตาย

ในบางครั้งเด็กที่รู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกเศร้าจะมีความปรารถนาอยากตาย หรือรู้สึกว่าเขาควรจะต้องตายดีกว่า

- คุณเคยมีความคิดเหล่านี้หรือไม่? เมื่อไหร่?
- คุณรู้สึกแบบนี้ในตอนนี้หรือไม่?
- มีช่วงเวลาอื่นอีกไหมที่ทำให้คุณรู้สึกแบบนี้?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 – ไม่มีอาการเลย
- 2 - Subthreshold: มีความคิดถึงการตายบ้าง หรือมีความคิดที่คลุมเคลือเกี่ยวกับการตาย (เช่น น้อยกว่าเดือนละครั้ง)
- 3 – Threshold: มีความคิดถึงการตายบ่อยครั้ง , หรือพูดว่า “ฉันคิดว่าฉันควรตายดีกว่า” หรือ “ฉันอยากตาย”

4b. ความคิดฆ่าตัวตาย DSM-5 DR#24: Thoughts of committing suicide

ในบางครั้งเด็กที่รู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกเศร้าจะคิดถึงภาวะใกล้ตาย (ถาม supervisor) หรือการฆ่าตัวตาย

- คุณเคยมีความคิดเหล่านี้หรือไม่?
- เมื่อเกิดความคิดดังกล่าว คุณจะทำอะไรบ้าง?
- คุณเคยมีการวางแผนหรือไม่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 – ไม่มีอาการเลย
- 2 - Subthreshold: มีความคิดถึงการฆ่าตัวตายบ้างหรือมีความคิดที่คลุมเคลือเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย(เช่น น้อยกว่าเดือนละครั้ง)
- 3 – Threshold: มีความคิดถึงการตายบ่อยครั้ง , หรือพูดว่า “ฉันคิดว่าฉันควรตายดีกว่า” หรือ “ฉันอยากตาย”

4c. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย – โดยเจตนา DSM-5 DR#25:

Ever tried to kill self

- คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่? เมื่อไหร่?
- คุณได้ทำอะไรบ้าง?
- มีอย่างอื่นอีกไหม?
- คุณเข้าใกล้การกระทำนั้นมากแค่ไหน?
- มีใครในห้องนั้นหรือไม่? หรือในบ้านหรือไม่?
- คุณได้บอกพวกใครล่วงหน้าหรือไม่?
- คุณถูกพบได้อย่างไร? คุณต้องการที่จะตายจริงหรือไม่?
- คุณได้ขอความช่วยเหลือหลังจากที่คุณได้ทำมันลงไปหรือไม่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 – ไม่เคยทำ
- 2 - Subthreshold: มีการเตรียมการแต่ไม่ได้ลงมือกระทำ (เช่น ถือขวดยาไว้ในมือ) หรือวางแผนที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่ได้ทำจนเสร็จสิ้น หรือลงมือทำพฤติกรรมที่ทำร้ายตัวเอง
- 3 – Threshold: มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองโดยเจตนาในการฆ่าตัวตาย (ถ้าผู้ปวยยืนยันว่ามีเจตนาที่จะตายเพียงแต่ 1% ให้ใส่คะแนนตรงช่องนี้

เคยฆ่าตัวตาย ใช่ ไม่ใช่
จำนวนครั้งที่มีการให้คะแนนใน Threshold of 3.....

4d. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย – โดยใช่ Medical Lethality

การช่วยเหลือทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต หรือสภาพร่างกาย หลังจากการฆ่าตัวตายที่ร้ายแรงที่สุด พิจารณาจากขั้นตอน ภาวะขาดสติในช่วงเวลาที่ได้รับการช่วยเหลือ การบาดเจ็บทางสภาพร่างกายที่รุนแรง, สารพิษที่บริโภคเข้าไป, ช่วงเวลาที่จำเป็นในการฟื้นฟูทั้งหมด และการรักษาที่จำเป็น

- คุณมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตายมากแค่ไหนหลังจากที่คุณลงมือฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง?
- คุณได้ทำอะไรบ้างเมื่อพยายามที่จะฆ่าตัวตาย?
- อะไรที่เกิดขึ้นหลังจากที่คุณพยายามที่จะฆ่าตัวตาย?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
 1 – ไม่เคยทำหรือมีพฤติกรรมที่ไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตาย (ถือยาไว้ในมือ) ไม่มีความเสียหายทางด้านร่างกาย
 2 - Subthreshold: มีรอยกรีดตื้นๆ, มีรอยข่วนที่ข้อมือ, มีการใช้ยาเกินขนาด 2-3 เม็ด
 3 – Threshold: มีการช่วยเหลือทางการแพทย์, หรือมีรอยกรีดที่มีเลือดไหลชัดเจน, หรือกินยาเกินขนาดหลายเม็ด

4e. พฤติกรรมการทำร้ายตนเองโดยมิใช่การฆ่าตัวตาย

การลงมือทำร้ายตัวเองเพื่อให้เกิดความเสียหายต่อพื้นผิวของร่างกาย โดยเจตนา โดยก่อให้เกิดเลือดไหลหรือความเจ็บปวดโดยเจตนา โดยการกระทำเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับการลงโทษทางสังคมและเป็นกระทำที่ไม่มีเจตนาที่จะฆ่าตัวตาย การกระทำนี้คาดหวังว่าจะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่จะนำไปสู่การทำร้ายร่างกายเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง

- คุณเคยพยายามที่จะทำร้ายตัวเองหรือไม่?
- คุณเคยใช้ไม้ขีดหรือเทียนไขเพื่อทำให้ตัวเองไหม้หรือไม่?
- หรือเคยข่วนตัวเองด้วยเข็มหรือมีด หรือเล็บหรือไม่?
- หรือเคยวางเหรียญที่ร้อนๆลงบนผิวหนังหรือไม่?
- มีอย่างอื่นอีกไหม?
- ทำไมคุณถึงทำสิ่งนี้?
- คุณทำบ่อยแค่ไหน?
- คุณประสบอุบัติเหตุบ่อยๆไหม?
- เป็นอุบัติเหตุลักษณะใด?
- อุบัติเหตุเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน?

เด็กบางคนทำสิ่งเหล่านี้เพราะพวกเขาต้องการที่จะฆ่าตัวตายและเด็กบางคนทำเพียงเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้เขา รู้สึกดีขึ้นหลังจากทำเสร็จ

- ทำไมคุณถึงทำสิ่งเหล่านี้?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
 1 – ไม่เคย
 2 - Subthreshold: ครั้งเดียว มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องเพียง 1-4 ครั้งไม่เคยทำอะไรที่ก่อให้เกิดการทำร้ายตัวเองอย่างรุนแรง
 3 – Thresholdเกิดขึ้นหลายครั้งซ้ำๆ มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องมากกว่า 5 ครั้งและ/หรือมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตัวเองอย่างชัดเจน (เช่น มีรอยแผลเป็นจากการถูกไหม้, มีรอยเย็บจากการกรีด)

K-SADS-PL Supplement #Depressive disorders supplement

1. ประเมินซ้ำ อาการซึมเศร้าและอารมณ์หงุดหงิด

- ในช่วงที่ผ่านมา คุณบอกว่าคุณรู้สึกเศร้าและความเศร้านั้นอยู่กับคุณมาช่วงเวลาหนึ่ง..... ในระหว่างนั้นคุณมีอาการหงุดหงิดหรือโกรธด้วยหรือไม่? บ่อยแค่ไหน?
- ปัจจุบันนี้คุณบอกว่าคุณรู้สึกเศร้าและความเศร้านั้นอยู่กับคุณมาช่วงเวลาหนึ่ง..... ในระหว่างนั้นคุณมีอาการหงุดหงิดหรือโกรธด้วยหรือไม่? บ่อยแค่ไหน?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 – ไม่มีอาการเลยหรือมีอาการน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง
- 2 - Subthreshold: มีอารมณ์เศร้าและ/หรืออารมณ์หงุดหงิดอย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลาส่วนมากของวัน
- 3 – Threshold: อารมณ์เศร้าและ/หรืออารมณ์หงุดหงิดเกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์) เกือบทั้งวัน (อย่างน้อย 50% ของช่วงเวลาตื่น)

2. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Persistent Depression/ Dysthymia Probes)

- คุณเคยมีช่วงเวลาที่รู้สึกเศร้าและ/หรือหงุดหงิดเกือบตลอดเวลามาเป็นระยะเวลามากกว่าหนึ่งปีหรือไม่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 – ไม่มีอาการ
- 2- มีอาการเศร้าและ/หรือหงุดหงิดเกิดขึ้นมากกว่า 1 ปี (หนึ่งปีโดยไม่มีกรหยุดพัก)

3. นอนไม่หลับ (Insomnia)

ความผิดปกติด้านการนอน, นอนหลับยาก, ตื่นกลางดึกและตื่นเช้ามืดกว่าปกติ การประเมินควรพิจารณาถึงจำนวนชั่วโมงโดยประมาณของการนอนในแต่ละวันด้วยกับจำนวนชั่วโมงที่หายไป

- อายุ 6-8 ปี มีความต้องการนอนหลับประมาณ 10 +/- 1 ชั่วโมง
- อายุ 9-12 ปี ความต้องการนอนหลับประมาณ 9 +/- 1 ชั่วโมง
- อายุ 12-16 ปี ความต้องการนอนหลับประมาณ 8 +/- 1 ชั่วโมง

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 – ไม่มีอาการ
- 2- Subthreshold: มีอาการนอนไม่หลับอย่างน้อย 2-3 คืนต่อสัปดาห์
- 3 - Threshold: นอนไม่หลับเกือบทุกคืน (5-7 คืนต่อสัปดาห์)

a. นอนหลับยาก (Initial Insomnia)

- ในเวลาที่คุณรู้สึกเศร้า, ซึม คุณมีปัญหาในการหลับยากหรือไม่ คุณใช้เวลาานแค่ไหนถึงจะหลับ?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
 1 – ไม่มีอาการ
 2- Subthreshold: มากกว่า 30 นาทีแต่น้อยกว่า 1,1.5 ชม. อย่างน้อย 2-3 คืนต่อสัปดาห์
 3 - Threshold: อย่างน้อย 1, 1.5 ชม. เกือบทุกคืน (5-7 คืนต่อสัปดาห์)

b. ตื่นกลางดึก (Middle Insomnia)

- ในเวลาที่คุณรู้สึกเศร้า, ซึม คุณมักจะตื่นกลางดึกหรือไม่? จำนวนกี่ครั้ง? คุณใช้เวลาานแค่ไหนถึงจะหลับอีกครั้ง?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
 1 – ไม่มีอาการ
 2- Subthreshold: มากกว่า 30 นาทีที่ตื่นกลางดึกหรือพยายามจะกลับไปนอน อย่างน้อย 2-3 คืนต่อสัปดาห์
 3 - Threshold: มากกว่า 30 นาที เกือบทุกคืน (5-7 คืนต่อสัปดาห์)

c. ตื่นเช้ากว่าปกติ (Terminal Insomnia)

- ในเวลาที่คุณรู้สึกเศร้า, ซึม คุณตื่นกี่โมง? คุณตื่นเช้ากว่าปกติหรือไม่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
 1 – ไม่มีอาการ
 2- Subthreshold: ตื่นก่อน 30 นาที อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์
 3 - Threshold: ตื่นก่อนมากกว่า 30 นาที เกือบทุกคืน (5-7 วันต่อสัปดาห์)

4. หลับมากเกินไป (Hypersomnia)

ต้องการนอนมากขึ้น นอนหลับมากกว่าปกติ แม้ว่าจะถูกให้คะแนน 2-3 ในอาการนอนไม่หลับ

- คุณนอนมากกว่าปกติหรือไม่?
- คุณกลับไปนอนต่อหลังจากที่ตื่นตอนเช้าหรือไม่?
- คุณเริ่มมีอาการนอนมากกว่าปกติเมื่อไหร่?
- คุณเคยงีบหลับก่อนหน้านี้อีกไหม?
- คุณเริ่มมีอาการงีบหลับเมื่อไหร่?
- คุณนอนกี่ชั่วโมงก่อนที่คุณจะเริ่มรู้สึกเศร้า

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 – ไม่ปรากฏข้อมูล
 1 – ไม่มีอาการหรือต้องการนอนน้อยกว่าปกติ
 2- Subthreshold: นอนมากกว่าปกติอย่างน้อยหนึ่งชั่วโมง 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
 3 - Threshold: นอนมากกว่าปกติอย่างน้อยสองชั่วโมง เกือบทุกคืน (5-7 วันต่อสัปดาห์)

5. อ่อนเพลีย, ไม่มีแรง, และความเหนื่อยล้า (Fatigue, Lack of energy and tiredness)

- คุณเคยรู้สึกเหนื่อยล้าบ้างหรือไม่? บ่อยแค่ไหน?
- คุณรู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา? เป็นส่วนใหญ่? หรือบางครั้งบางคราว?
- คุณเริ่มมีความเหนื่อยล้าเมื่อไหร่?
- มันเกิดขึ้นหลังจากที่คุณเริ่มรู้สึกเศร้าใจไหม?
- คุณเจ็บหลังเพราะคุณรู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่? บ่อยแค่ไหน? คุณต้องการการพักผ่อนหรือไม่?
- คุณรู้สึกว่าแขนและขาทั้งสองข้างของคุณหนักบ้างหรือไม่?
- คุณรู้สึกว่าอาการเคลื่อนไหวของคุณยากขึ้นไหม? หรือการขยับขา?
- คุณรู้สึกแบบนี้ตลอดเวลาหรือไม่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 – ไม่ปรากฏข้อมูล

1 – ไม่มีอาการหรือมีแรงมากกว่าปกติ

2- Subthreshold: เหนื่อยล้าบ่อยครั้ง หรือไม่มีแรง 2-3 วันต่อสัปดาห์

3 - Threshold: เหนื่อยล้าหรือไม่มีแรงเกือบ ตลอดทั้งวัน เกือบทุกวัน (5-7 วันต่อ สัปดาห์)

6. ความผิดปกติของการรู้คิด (Cognitive Disturbances)

a. การขาดสมาธิหรือการคิดช้า (Decreased Concentration or Slowed Thinking)

คุณรู้ความหมายของคำว่าสมาธิหรือไม่?

บางครั้งเด็กจะมีปัญหาในเรื่องสมาธิ เช่น เมื่อเด็กต้องอ่านหนังสือ 1 หน้า แต่เด็กไม่สามารถตั้งใจอ่านได้

ทำให้ใช้เวลาในการอ่านนานมาก หรือเด็กอาจจะทำไม่ได้ เพียงเพราะเด็กไม่ใส่ใจที่จะอ่าน

- คุณเคยมีปัญหาเหล่านี้หรือไม่? เกิดขึ้นเมื่อไหร่?
- คุณคิดช้าลงหรือไม่?
- คุณสามารถที่จะมีสมาธิได้ถ้าคุณบังคับตัวเอง?
- คุณใช้เวลาในการทำการบ้านนานขึ้นไหม?
- เมื่อคุณพยายามที่จะมีสมาธิอยู่กับบางอย่าง ใจคุณลอยไปคิดถึงเรื่องอื่น ๆ หรือไม่?
- คุณสามารถตั้งใจในการเรียนได้หรือไม่?
- คุณสามารถตั้งใจทำบางสิ่งที่คุณชอบได้หรือไม่?
- คุณลืมสิ่งต่างๆ มากขึ้นหรือไม่?
- มีเรื่องใดบ้างที่คุณสามารถให้ความตั้งใจบ้าง?
- สาเหตุที่ทำให้คุณไม่มีสมาธิ นั้นมาจากไม่สามารถที่จะมีสมาธิ? หรือเพราะคุณขาดความสนใจ? หรือเป็นเพราะคุณไม่ใส่ใจ?
- คุณเคยมีปัญหานี้มาก่อนไหม? มันเริ่มเมื่อไหร่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 – ไม่ปรากฏข้อมูล

1 – ไม่มีอาการ

2- Subthreshold: กระทบถึงความตั้งใจที่ จำกัลดหรือการคิดช้า อย่างน้อย 2-3 วันต่อ สัปดาห์

3 - Threshold: กระทบการเรียน, ซ้ำลืม, ใช้ ความพยายามมากขึ้นในการเรียน เกือบทุก วัน (5-7 วันต่อสัปดาห์)

b. ตัดสินใจลำบาก (indecision)

- เมื่อคุณมีอารมณ์เศร้า คุณตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ลำบากไหม?
- เวลาว่างของคุณหมดไปก่อนที่จะตัดสินใจทำอะไร?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 – ไม่ปรากฏข้อมูล

1 – ไม่มีอาการ

2- Subthreshold: มีความตัดสินใจลำบาก บ่อยครั้ง 2-3 วันต่อสัปดาห์

3 - Threshold: มีความตัดสินใจลำบาก เกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์) ส่งผล อย่างมากต่อการทำงาน

7. การรับประทานอาหารน้ำหนัก (Appetite/Weight)

a. เบื่ออาหาร (Decreased Appetite)

- การกินอาหารของคุณเป็นอย่างไรบ้าง? คุณรู้สึกหิวบ่อยครั้งไหม?
- คุณกินมากขึ้นหรือน้อยลงกว่าเดิม?
- คุณกินข้าวไม่หมดชามไหม / คุณกินเหลือไหม?
- คุณเบื่ออาหารตั้งแต่เมื่อไหร่?
- บางครั้งคุณต้องฝืนใจตัวเองให้กินหรือไม่?
- คุณรู้สึกหิวครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่?
- คุณกำลังอยู่ในช่วงลดความอ้วนหรือไม่ เป็นการลดความอ้วนแบบไหน?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 - ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 - ไม่มีอาการ - กินปกติหรือกินเพิ่มขึ้น
- 2- Subthreshold: อยากอาหารน้อยลงบ่อยครั้ง (อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์) (ไม่กินขนมตามปกติ)
- 3 - Threshold: อยากอาหารน้อยลงทุกวันหรือเกือบทุกวันอย่างชัดเจน (5-7 วันต่อสัปดาห์) (ไม่กินขนมตามปกติ, กินมีอน้อยลงกว่าปกติ, ไม่กินบางมื้อ)

b. น้ำหนักลด (Weight Loss)

- น้ำหนักของคุณลดลงตั้งแต่คุณเริ่มรู้สึกเศร้าหรือไม่?
- คุณรู้ได้อย่างไร?
- คุณรู้สึกว่าเสื้อผ้าของคุณหลวมลงไหม?
- คุณชั่งน้ำหนักครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่?
- เมื่อก่อนคุณหนักเท่าไร?
- ตอนนี้คุณมีน้ำหนักเท่าไร?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 - ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 - น้ำหนักไม่ลดลง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
- 2- Subthreshold: น้ำหนักลดจนน่าสงสัย
- 3 - Threshold: น้ำหนักลดลงอย่างชัดเจนในช่วงที่มีปัญหาทางอารมณ์

c. รับประทานอาหารเพิ่มขึ้น (Increased Appetite)

- คุณกินอาหารมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่? ตั้งแต่เมื่อไหร่?
- คุณรู้สึกเหมือนหิวตลอดเวลาใช่หรือไม่?
- คุณรู้สึกหิวตลอดเวลาทุกวันหรือไม่?
- คุณกินอาหารได้น้อยลงกว่าที่คุณอยากกินหรือไม่ เพราะอะไร?
- คุณมีความอยากกินของหวานหรือไม่?
- อะไรที่คุณกินเยอะ?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 - ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 - ไม่มีอาการ - กินปกติหรือกินลดลง
- 2- Subthreshold: กินขนมหรือของอื่นๆมากกว่าปกติบ่อยครั้ง หรือกินอะไรที่เป็นมื้อใหญ่ (อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์)
- 3 - Threshold: กินขนมมากขึ้นหรือกินมื้อใหญ่มากกว่าปกติ (5-7 วันต่อสัปดาห์)

d. น้ำหนักเพิ่ม (Weight Gain)

- คุณมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นใหม่หลังจากที่คุณเริ่มรู้สึกเศร้า?
- คุณรู้ได้อย่างไร?
- คุณต้องซื้อเสื้อผ้าใหม่เพราะตัวเดิมไม่สามารถใส่ได้แล้วบ้างหรือไม่?
- น้ำหนักที่คุณชั่งครั้งสุดท้ายคือเท่าไร?
- คุณชั่งน้ำหนักครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

- 0 - ไม่ปรากฏข้อมูล
- 1 - น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้น อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน
- 2- Subthreshold: น้ำหนักขึ้นอย่างผิดปกติ
- 3 - Threshold: น้ำหนักขึ้นอย่างชัดเจนเหนือความคาดหมายในช่วงที่มีปัญหาทางอารมณ์

8. การเคลื่อนไหวผิดปกติ (Psychomotor Disturbances)

a. กระสับกระส่าย (Agitation)

- ตั้งแต่คุณเริ่มมีอาการเศร้า มีช่วงที่คุณไม่สามารถอยู่นิ่งๆได้ หรือต้องขยับตัวตลอดเวลาและไม่สามารถที่จะหยุดได้หรือไม่?
- คุณเดินขึ้นลงบันไดบ่อยๆหรือไม่?
- คุณเคยบีบมือตัวเองหรือไม่?
- คุณดึงหรือถูเสื้อผ้า, ผม, ผิวหนังหรือสิ่งอื่นๆหรือไม่?
- มีคนบอกคุณว่าคุณควรพูดให้น้อยลงไหม?
- คุณทำสิ่งเหล่านี้ก่อนที่คุณจะเริ่มรู้สึกเศร้าใช่หรือไม่?
- เวลาที่คุณทำสิ่งเหล่านี้คุณรู้สึกเศร้าหรือว่าคุณรู้สึกดี?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 - ไม่ปรากฏข้อมูล

1 - ไม่มีอาการ - เชื่องช้าหรือเกี่ยวข้องกับอาการโรคอารมณ์สองขั้ว

2- Subthreshold: ไม่สามารถที่จะนั่งนิ่งบนเก้าอี้ได้, ภาวะวุ่นวาย, ดึง, ถูหรือกัดเท้าบ่อยครั้ง (อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์)

3 - Threshold: ไม่สามารถที่จะนั่งนิ่งในชั้นเรียนได้เกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์) ภาวะวุ่นวายบ่อย ดึง, ถูหรือกัดเท้าเป็นประจำ

b. เชื่องช้า (Psychomotor Retardation)

การเคลื่อนไหว การกระทำและการพูดช้าลงอย่างเห็นได้ชัด

- ตั้งแต่คุณเริ่มมีอาการเศร้า คุณเคยสังเกตไหมว่าคุณไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เร็วเท่าเมื่อก่อน?
- คุณคิดว่าการเริ่มต้นพูดเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก?
- คุณคิดว่าตัวเองพูดช้าลงไหม?
- คุณพูดน้อยลงกว่าแต่ก่อนอย่างมากใช่ไหม?
- ตั้งแต่คุณเริ่มมีอาการเศร้า คุณรู้สึกว่าตัวเองเคลื่อนไหวช้าหรือไม่?
- บุคคลอื่นสังเกตเห็นอาการเหล่านี้ของคุณไหม?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 - ไม่ปรากฏข้อมูล

1 - ไม่มีอาการ

2- Subthreshold: บ่อยครั้ง (อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์) การพูดช้าลงและ/หรือการเคลื่อนไหวช้าลง

3 - Threshold: เกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์) การพูดช้าและการเคลื่อนไหวช้าลงอย่างชัดเจน

9. การรับรู้ตนเอง (Self-Perceptions)

a. ไม่มีคุณค่า/ภาพแห่งตนด้านลบ (Worthlessness/Negative Self-Image)

รวมถึงความรู้สึกต่ำต้อย, ต้อยค่า, ล้มเหลวและไม่มีคุณค่า, ถูกดูถูกตัวเอง, ดูแคลนตัวเอง

- คุณมีความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองอย่างไร?
- คุณชอบตัวเองไหม? เพราะอะไร?
- คุณเคยคิดไหมว่าตัวเองหน้าตาดีหรือหน้าตาน่าเกลียด?
- คุณคิดว่าคุณฉลาดหรือโง่?
- คุณชอบบุคลิกภาพของคุณไหม? หรือคุณอยากที่จะเป็นแบบอื่น?
- คุณรู้สึกกับกับตัวเองแบบนี้บ่อยแค่ไหน?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 – ไม่ปรากฏข้อมูล

1 – ไม่มีอาการ

2- Subthreshold: รู้สึกต่ำต้อยหรือไม่ชอบตัวเองบ่อยครั้ง (อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์)

3 - Threshold: รู้สึกล้มเหลวหรือไม่มีค่า หรือไม่สามารถที่จะค้นหาข้อดีของตัวเองได้เกือบทุกวัน (5-7 วันต่อสัปดาห์)

b. ความรู้สึกผิดเกินควรหรือไม่เหมาะสม (Excessive or Inappropriate Guilt)

การตำหนิตัวเองในสิ่งที่ทำไปแล้วกับสิ่งที่ยังทำไม่สำเร็จ รวมถึงความรู้สึกผิดแบบหลงผิด

เมื่อคนพูดดีหรือทำบางอย่างที่ดีเขามักจะรู้สึกดี แต่เมื่อเขาได้พูดหรือทำบางอย่างที่ไม่ดีเขาก็มักจะรู้สึกแสบกับมัน

- คุณรู้สึกแสบกับทุกสิ่งที่คุณทำไหม? อะไรบ้าง?
- คุณคิดถึงมันบ่อยแค่ไหน? มันเกิดขึ้นเมื่อไหร่?
- ถ้าฉันพูดว่าฉันรู้สึกผิดกับบางสิ่งหมายความว่าอย่างไร?
- คุณรู้สึกแบบนี้บ่อยมากแค่ไหน? เกือบตลอดเวลา? เป็นส่วนใหญ่? บางครั้ง? ไม่เคยรู้สึก?
- คุณรู้สึกผิดกับอะไรบ้าง?
- คุณรู้สึกผิดกับสิ่งที่คุณทำไม่สำเร็จหรือไม่? หรือสิ่งที่ไม่ใช่ความผิดของคุณ?
- คุณรู้สึกผิดกับสิ่งที่พ่อแม่ของคุณหรือคนอื่นทำหรือไม่?
- คุณรู้สึกว่าคุณเป็นสาเหตุที่ทำให้มีเรื่องแย่ๆ เกิดขึ้น?
- คุณคิดว่าคุณควรจะได้รับโทษเพราะสิ่งนี้หรือไม่?
- การลงโทษแบบไหนที่คุณคิดว่าคุณสมควรได้รับ?
- คุณต้องการที่จะถูกลงโทษไหม?
- ปกติแล้วพ่อแม่ของคุณลงโทษคุณแบบไหน? คุณคิดว่าเขาทำโทษคุณเพียงพอหรือไม่?

เกณฑ์การวินิจฉัย

0 – ไม่ปรากฏข้อมูล

1 – ไม่มีอาการ

2- Subthreshold: บางครั้ง (อย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์) รู้สึกผิดอย่างมากเกี่ยวกับการกระทำในอดีต โดยเฉพาะสิ่งที่รู้สึกผิดมากเกินไปและสิ่งที่ไม่ดีไม่มีวันลืม

3 - Threshold: รู้สึกผิดเกือบทุกวันกับสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายหรือสิ่งที่ไม่ใช่ความผิดของเขา ยกเว้นความรู้สึกผิดเกี่ยวกับการแยกทางของพ่อแม่หรือการหย่าร้าง

Appendix 4.: Mental health booklet for young people –Paper 1

กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวช ๑๖๑

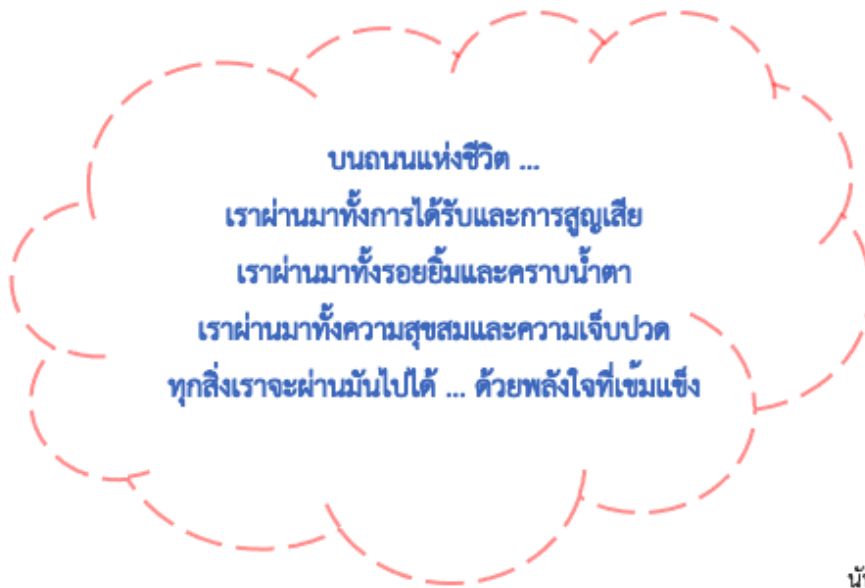


จัดทำโดย อนันท์ ทกา พุสีกุล
สาขาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดูแล..ใจ

ชุดความรู้เสริมสร้างสุขภาวะทางใจ "ดูแล..ใจ" นี้จัดทำขึ้นเพื่อให้วัยรุ่นได้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ สุขภาพจิตของตนเอง ทั้งการรู้จักอารมณ์ อารมณ์ทางร่างกาย ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งนี้ ภายในเล่มยังมีแบบทดสอบความคิด แบบบันทึกความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม รวมไปถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ พบได้บ่อยในวัยรุ่น เพื่อให้ผู้ใช้หนังสือเล่มนี้เข้าใจภาวะสุขภาพจิตของตนเองและสามารถดูแลสุขภาพจิตด้วย ตนเองได้อย่างเหมาะสม

อาจารย์ อนันท์ ทกา พุสีกุล
ธันวาคม 2560



นันทกา

3

สุขภาพจิตคือ

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข ภาวะที่บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปรับตัวแก้ปัญหาเมื่อเจอภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน มีความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และสามารถที่จะสร้างประโยชน์ให้แก่สังคมได้



4

สิ่งที่ทำให้ฉันมีความสุขจิตดี มีอะไรบ้างนะ??

สิ่งที่ควรพิจารณา
 อะไรบ้างที่ทำให้ฉันมีความสุข?
 อะไรที่ทำให้ฉันหายเศร้า?
 อะไรทำให้ฉันรู้สึกผ่อนคลาย?

สิ่งที่ควรพิจารณา
 อะไรที่ฉันอยากจะลองทำ?
 เป้าหมายสำคัญของฉันคืออะไร?

5

วางแผนเพื่อการมีความสุขจิตที่ดีในแต่ละวันกัน



ลองคิดถึงสิ่งที่เราควรลองทำหรือควรหลีกเลี่ยงที่จะทำในแต่ละวันเพื่อที่จะช่วยให้เรารู้สึกดีขึ้นในแต่ละวัน

สิ่งที่ควรทำ		
มองโลกในแง่บวก	ร่วมกิจกรรมกับคนอื่น	ฟังเพลง ดูหนัง
ยิ้ม	ผ่อนคลาย	หาเหตุผลที่จะลุกออกจากเตียง
เชื่อมั่นในตัวเอง	คุยกับผู้อื่นในทางบวก	ลองสิ่งใหม่ๆ
นอนหลับอย่างเพียงพอ	ออกกำลังกาย	แต่งตัว แต่งหน้าให้สดใส
พูดคุยกับเพื่อนหรือครอบครัว	ให้เวลาร่างกับตัวเอง	กินอาหารที่มีประโยชน์

6

สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง		
กดดันตนเองมากเกินไป	มองโลกในแง่ลบ	รู้สึกผิดกับทุกสิ่ง
คิดมาก	ใช้เวลาอยู่บนเตียงทั้งวัน	อยู่คนเดียวทั้งวัน
เปรียบเทียบตัวเองกับคนอื่น	กังวลมากเกินไป	อารมณ์เสียใส่ผู้อื่น
ทำร้ายตัวเอง	กินอาหารไม่มีประโยชน์	ดื่มของมีแอลกอฮอล์, สารเสพติด

เตรียมตัวสำหรับการมีสุขภาพจิตที่ดีในทุกวัน

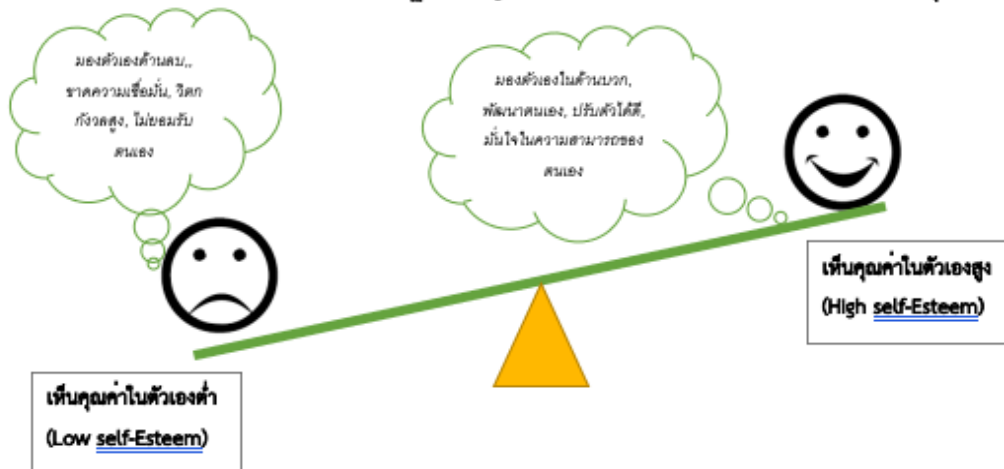


สิ่งที่ฉันสามารถทำให้ตัวเองมีสุขภาพจิตที่ดีในทุกวัน

สิ่งที่ฉันต้องทำให้น้อยลงเพื่อให้ฉันมีสุขภาพจิตที่ดีในทุกวัน

สุขภาพจิตดีด้วยการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-Esteem)

การเห็นคุณค่าในตัวเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลนั้นมีให้กับตัวเอง ที่มองเห็นข้อดีของตนเอง มองเห็นข้อเสียและยอมรับที่จะเปลี่ยนแปลง สิ่งนี้เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการรักตัวเองและการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข



9

ตัวตนของฉันเป็นอย่างไร?

ให้เลือกระดับของคำเหล่านี้ที่คิดหรือว่ารู้สึกว่าเป็นตัวเองมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตาราง

	ไม่ใช่เลย	ใช้เล็กน้อย	ใช้ส่วนใหญ่	ใช้มาก
มีเหตุผล				
ธรรมดา				
อ่อนแอ				
มีความสามารถ				
ฉลาด				
ไม่มีประโยชน์				
โง่				
จิตใจดี				
อ่อนโยน				
หุนหันงิด				

10

ตัวตนของฉันเป็นอย่างไรนะ? (2)

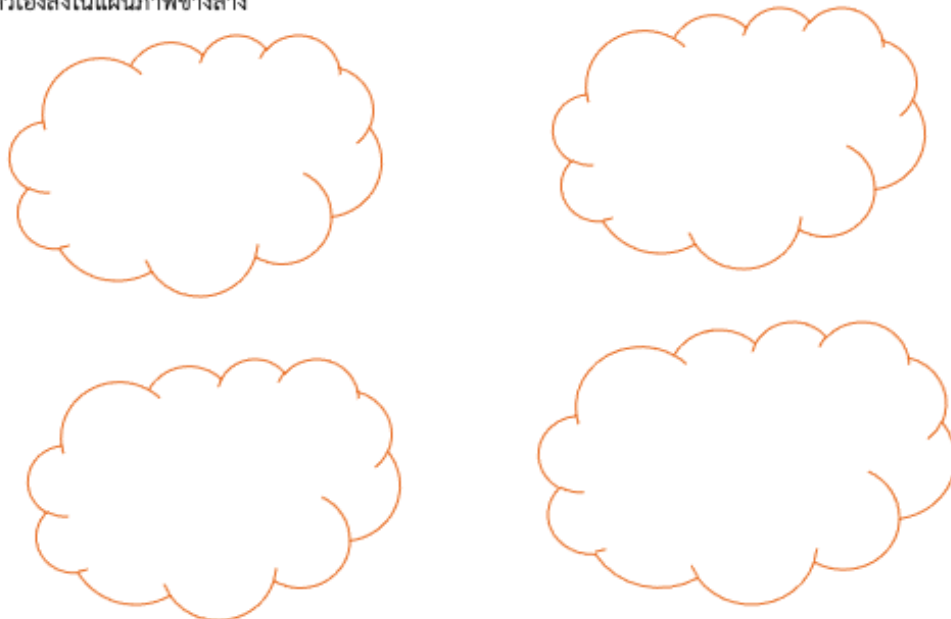
ให้เลือกระดับของคำเหล่านี้ที่คิดหรือว่ารู้สึกว่าเป็นตัวเองมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตาราง

	ไม่ใช่เลย	ใช้เล็กน้อย	ใช้ส่วนใหญ่	ใช้มาก
ประสบความสำเร็จ				
มั่นใจ				
ไม่มีความสามารถ				
เคารพผู้อื่น				
มีน้ำใจ				
ผู้แพ้				
มนุษยสัมพันธ์ดี				
ท้าทาย				
ขี้อาย				

11

ตัวตนของฉันเป็นอย่างไรนะ (3)

จากแบบฝึกก่อนหน้า ลองพิจารณาคำที่เราเลือกที่ใช้ตัวเรามากๆ กับที่ไม่ใช่เลย แล้วลองอธิบายภาพรวมของตัวเองลงในแผนภาพข้างล่าง



12

ปัญหาสุขภาพจิตกับวัยรุ่น

ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นนั้นมีมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากการรายงานของ *The Excellence Center for Depressive Disorder (2018)* พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าทั้งหมดในคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 2.7 และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย

ผลกระทบของโรคซึมเศร้าที่เป็นอันตรายและน่าเป็นห่วงคือ การฆ่าตัวตาย ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานสถิติการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยในปี 2560 สูงถึง 13.3% ซึ่งพบว่ามีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าทุกปีที่ผ่านมา

โรคซึมเศร้าคืออะไร

โรคซึมเศร้าเป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านอารมณ์ซึ่งมาจากภาวะที่ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ ไม่มีแรง ซาตสมาธิ มองโลกในแง่ลบ และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

มารู้จักกับ อารมณ์เศร้า (Low Mood) กันเถอะ...

๑ สาเหตุที่อาจทำให้เกิดอารมณ์เศร้า



โดนกลั่นแกล้ง



ผลการเรียนต่ำ



ปัญหาครอบครัว, การทะเลาะเบาะแว้ง



ความโดดเดี่ยว, อ้างว้าง



เหตุการณ์กระทบจิตใจ



การเจ็บป่วยทางกาย



คนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า



ย้ายบ้านหรือย้ายโรงเรียน



ปัญหาความสัมพันธ์

15

อาการแบบไหนที่เข้าข่ายเป็นโรคซึมเศร้า ???

ทางกาย
<ul style="list-style-type: none"> • อาการเจ็บปวดตามร่างกาย • การกินผิดปกติ • เหนื่อยล้า, ไม่มีแรง • ปัญหาการนอนหลับ • ทำร้ายตัวเอง

ทางจิตใจ
<ul style="list-style-type: none"> • อารมณ์เศร้า, ร้องไห้ • เบื่อ, ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ • แยกตัว, อยากอยู่คนเดียว • รู้สึกผิด, รู้สึกแย่กับตัวเอง • หงุดหงิด, ฉุนเฉียว

16

วิธีการดูแลตัวเองให้ดีขึ้น



ใช้เวลาอยู่กับเพื่อน



ออกกำลังกายเป็นประจำ



นอนหลับให้เพียงพอ



กินอาหารที่มีประโยชน์, ให้เพียงพอในแต่ละวัน



ไม่ใช้สารเสพติด, แอลกอฮอล์



ทำกิจกรรมในเวลาว่าง



คุยกับพ่อแม่, ครู, ผู้เชี่ยวชาญ



วางแผนกิจกรรมในแต่ละวัน

17

อย่าลืม.... ขอความช่วยเหลือ

เมื่อรู้สึกเศร้า เราสามารถที่จะพูดขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้จากบุคคลและองค์กรเหล่านี้ได้

- **คนใกล้ตัว**

เช่น เพื่อน พ่อแม่ พี่น้อง หรือครูในโรงเรียนที่เราารู้สึกไวใจและอยากจะพูดคุยเรื่องราวที่เกิดขึ้น การพูดคุยจะช่วยให้เราผ่อนคลายและรู้สึกเบาขึ้น สามารถมองเห็นเรื่องราวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

- **Hotline สายด่วนสุขภาพจิต โทร 1323**

นักจิตวิทยาคอยรับโทรศัพท์และรับฟังเรื่องราวของเราตลอด 24 ชั่วโมง

- **Facebook fanpage: [facebook.com/pg/helpline1323](https://www.facebook.com/pg/helpline1323)**

นักจิตวิทยาพูดคุยผ่านช่องทางการแชท ตั้งแต่เวลา 17.00–22.00 น. ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์

- **[Smaritans](https://www.smaritans.com) [ประจำประเทศไทย](https://www.smaritans.com) โทร 02-7136793**

อาสาสมัครที่มีความประสงค์อยากช่วยเหลือและรับฟังเรื่องราวของเราตลอด 24 ชั่วโมง

18

Appendix 4.6: Teachers' interview topic guide –Paper 3

Interview Topic Guide Questions

*Please note that the interview questions will be amended following the result of Part1 study

Knowledge about depression

- Please explain what is your role in school?
- Are you only teaching or do you have other responsibilities that related with supporting student's mental health? If so, what are they?
- Do you feel you had enough knowledge and understanding of mental health in young people?
- What do you know about depression?
- What do you what to know more about depression in adolescents?

School policy and procedures

- Do you think school and teachers should be involved in supporting student with depression in schools, and why?
- Does your school have a written policy about how to deal with student mental health problems?
- Could you please tell me how your school help students with their mental health issues?
- Do you present any lectures or activities to raise the awareness of mental health, for example, depression? If no, why? If yes, could you tell me more about it?

Experience in supporting students with depression

- Are you able to recognize the signs that student might be depressed?
- Could you tell me how do you help the students with depression?
- Have you come across students with depression? If yes, how do you assess them?
- Have you had the experience providing intervention for students with depression? If yes, could you tell me more about it?
- How confident do you feel in helping a student with a mental health problem?

Barriers to supporting mental health needs in school settings

- What do you think are the most common barriers that face the student in seeking help from teachers?
- Have you ever have had difficulties in dealing with students with mental health problems? Or their family?
- What do you think are the barriers to promoting students' mental health in school?

Training needs

- Could you tell me about your experience on attended training for supporting students with depression? what do you like most? and what you don't like?
- Do you feel that you need the mental health training about depression in adolescents in order to help students with depression?

Teachers' interview topic guide –Paper 3 (Thai version)

คำถามสำหรับการสัมภาษณ์

ครูประจำชั้น

- ช่วยอธิบายให้ฟังคร่าว ๆ หน่อยค่ะว่าคุณสอนวิชาอะไร และหน้าที่อื่น ๆ ของคุณในโรงเรียน ทำอะไรบ้าง
- คุณสอนอย่างเดียวหรือว่าคุณมีหน้าที่รับผิดชอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือนักเรียน ด้านสุขภาพจิตด้วย ถ้าใช่ คุณทำอะไรบ้างคะ

ประสบการณ์ในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า

- คุณคิดว่าคุณมีความรู้และความเข้าใจเพียงพอเกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือไม่? ช่วยเล่าให้ฟัง หน่อยได้ไหมคะ ว่าคำว่าสุขภาพจิตในความคิดของคุณเป็นอย่างไร?
- คุณรู้จักภาวะซึมเศร้าไหมคะ? คุณคิดว่ามันเป็นอย่างไร คุณรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับมัน
- คุณสามารถสังเกตและรู้ว่าเด็กนักเรียนคนไหนเป็นซึมเศร้าหรือไม่? ดูจากอะไรบ้าง
- คุณมีเครื่องมือในการช่วยคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงเป็นซึมเศร้าหรือไม่? ถ้ามี คุณใช้วิธีการใด?
- คุณเคยให้การช่วยเหลือ หรือดูแลนักเรียนที่เป็นซึมเศร้าหรือไม่? ถ้าใช่ คุณใช้วิธีการใดบ้าง แล้วผลเป็นอย่างไรบ้าง?
- คุณมีความมั่นใจมากน้อยแค่ไหนเวลาช่วยเหลือนักเรียนที่เป็นซึมเศร้า? มีอะไรที่หนักใจ หรือมีอะไรที่ไม่มั่นใจบ้าง?
- มีอะไรที่คุณอยากรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นบ้างคะ

นโยบายและขั้นตอนของโรงเรียน

- คุณคิดว่าโรงเรียนและครูควรมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงเรียนหรือไม่ เพราะอะไร?
- โรงเรียนของคุณมีการเขียนนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่? ถ้ามี ช่วยอธิบายเพิ่มเติมได้หรือไม่?
- คุณช่วยอธิบายให้ฟังหน่อยได้ไหมคะว่าโรงเรียนของคุณมีขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างไรบ้าง?

- คุณได้มีการนำเสนอ, สอน หรือว่ามีกิจกรรมอะไรที่เกี่ยวข้องกับการตระหนักในปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น เช่น โรคซึมเศร้า ถ้าไม่มี เพราะอะไร ถ้ามี เป็นการสอนหรือว่ากิจกรรมแบบไหน ช่วยอธิบายให้ฟังหน่อยได้หรือไม่?

ปัญหาหรืออุปสรรคในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน

- คุณคิดว่าปัญหาหรืออุปสรรคหลัก ๆ เลยในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนคืออะไร?
- คุณคิดว่าอะไรที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กไม่กล้าเข้ามาขอความช่วยเหลือจากครูเวลาที่เขามีปัญหา?
- คุณเคยมีปัญหาในการจัดการหรือช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตบ้างหรือไม่? หรือเคยมีกับผู้ปกครองบ้างหรือไม่?

ความต้องการการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต

- คุณเคยไปเข้าร่วมการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามาบ้างหรือไม่? ช่วยอธิบายหน่อยว่าเป็นอย่างไรบ้าง? อะไรที่คุณชอบในการอบรมนั้น ? อะไรที่คุณไม่ชอบ?
- คุณคิดว่าคุณต้องการได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือนักเรียนที่เป็นซึมเศร้าหรือไม่?

Appendix 4.7: Online survey – Paper 3

Section 1 Perceptions and attitudes towards the role of schools in supporting students' mental health.

1. It is not responsibility for teacher to take care of students with health problems.

- Agree Disagree Unsure

2. There are not enough existing services for mental health problems.

- Agree Disagree Unsure

3. Teacher have an important role in supporting students with mental health problems.

- Agree Disagree Unsure

4. Do you visit any resources giving information about mental health problems?

- Yes No

5. Does your school have a written policy about how to deal with student with mental health problems?

- Yes No

6. Do any other members of staff in your school have responsibilities relating to mental health and wellbeing of students?

- Yes, please specify..... No

7. Does your school have a written policy about how to deal with student with mental health problems? (select all answers that apply)

- Counselling services by guidance counselor or teacher
- Clinical psychological support by clinical psychologist or psychiatrist
- Peer support for mental health and wellbeing
- Support groups for students dealing with particular issues e.g., depression
- None of these Other, please

specify.....

Section 1 Perceptions and attitudes towards the role of schools in supporting students' mental health (Thai version)

ส่วนที่ 1 มุมมองและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพจิตของนักเรียน

1. การดูแลนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ใช่หน้าที่ของคุณ
 เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
2. ประเทศไทยยังขาดแคลนการให้บริการทางด้านสุขภาพจิต
 เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
3. ครูมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต
 เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
4. ท่านได้ทำการศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กบ้างหรือไม่
 เคย ไม่เคย
5. โรงเรียนของท่านมีนโยบายในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่
 มี ไม่มี
6. ในโรงเรียนของท่านมีครูหรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลด้านการให้บริการด้านสุขภาพจิตให้นักเรียนหรือไม่
 มี ไม่มี
7. บริการใดต่อไปนี้ที่โรงเรียนของท่านได้จัดให้นักเรียนที่มีความต้องการด้านสุขภาพจิต (สามารถเลือก ได้มากกว่า 1 ข้อ)
 บริการการให้คำปรึกษา
 นักจิตวิทยาโรงเรียน
 บริการเพื่อนที่ปรึกษา
 บริการการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลุ่มซึมเศร้า
 ไม่มี
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

Section 2: Mental health experiences and additional knowledge and skills training needs

1. Have you attended training for supporting students with particular mental health needs e.g., depression before?

- Yes No

2. Have you had the experience of providing support for students with depression?

- Yes No

3. Do you feel that you have enough knowledge to meet the mental health needs of students with depression?

- Agree Disagree Unsure

4. Do you feel that you have the level of skills required to meet the mental health needs of students with depression?

- Agree Disagree Unsure

5. Following question above, please choose additional knowledge and skills training that you need for development. (select all answers that apply)

- Recognising and understanding common symptoms of depression in adolescents.
- Key risk factors for depression in adolescents.
- Engaging and working effectively with students and families.
- Early screening for depression in young people.
- Awareness of impact of depression on adolescents.
- Ability to provide information to students and families about depression.
- Effective communication skills in interaction with adolescents with depression.
- Other (please specify)

Section 2: Mental health experiences and additional knowledge and skills training needs (Thai version)

ส่วนที่ 2 การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า

1. ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมหรือฝึกปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือนักเรียนที่มีซึมเศร้าหรือไม่
 เคย ไม่เคย ไม่แน่ใจ
2. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่
 เคย ไม่เคย ไม่แน่ใจ
3. ท่านคิดว่าท่านมีความรู้เพียงพอที่จะช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่?
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ ไม่แน่ใจ
4. ท่านคิดว่าท่านมีทักษะเพียงพอที่จะช่วยเหลือนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่?
 เพียงพอ ไม่เพียงพอ ไม่แน่ใจ
5. โปรดเลือกโปรแกรมการฝึกอบรมความรู้และทักษะที่ท่านต้องการที่จะเรียนรู้และฝึกฝนเพิ่มเติม (เลือกได้ 3 ข้อ)
 วิธีการสังเกตและการทำความเข้าใจอาการของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น
 การร่วมมือและทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพกับครอบครัวของนักเรียนที่เป็นโรคซึมเศร้า
 การประเมินและคัดกรองโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นเบื้องต้น
 การตระหนักรู้ถึงผลกระทบของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น
 ความสามารถในการให้ข้อมูลกับนักเรียนและครอบครัวเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
 ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพในการปฏิสัมพันธ์กับนักเรียนที่เป็นโรคซึมเศร้า
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

Appendix 4.8: Pre-post training questionnaire and Feedback form – Paper 3

Section 1: Perception of mental health knowledge and skills questionnaires

Please circle the response to the right of each statement according to the scale to the right of this box. 2 = Strongly Agree, 1 = Agree, 0 = Neutral, 1 = Disagree, -2 = Strongly Disagree	
1. I have enough knowledge about mental health problem in adolescents	2 1 0 1 -2
2. I understand that mental health problem is hard to deal with it	2 1 0 1 -2
3. I have enough knowledge about the factors which put students at risk of depression	2 1 0 1 -2
4. I can recognize the signs and symptoms of depression in my students.	2 1 0 1 -2
5. I understand how depression affect students' concentration and learning.	2 1 0 1 -2
6. I know how to work with student with depression	2 1 0 1 -2
7. I understand the role I play at my school to develop a support plan for students with depression	2 1 0 1 -2
8. I have enough communication skills to help students with depression	2 1 0 1 -2
9. I feel confident to help students with depression	2 1 0 1 -2
10. I know how to access useful resources to support students with depression.	2 1 0 1 -2
11. I can give advice to students experience mental health problems seeking professional help when needed	2 1 0 1 -2
12. I can provide information to students and families about depression concern	2 1 0 1 -2
13. I can provide information about mental health to people for reducing social stigma towards people with mental health problems	2 1 0 1 -2
14. I know how to support student mental health and well-being	2 1 0 1 -2
15. I can give information and advice to other teachers in supporting students with mental health problems.	2 1 0 1 -2

Pre-post training questionnaire and Feedback form – Paper 3 (Thai version)

การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียน

	กรุณาทำเครื่องหมาย ○ ลงในข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด 2 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 1 = เห็นด้วย, 0 = ไม่แน่ใจ, -1 = ไม่เห็นด้วย, -2 = ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
1	ท่านมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น	2 1 0 1 -2
2	ท่านเข้าใจว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก	2 1 0 1 -2
3	ท่านมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้นักเรียนมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรควิตกกังวล	2 1 0 1 -2
4	ท่านสามารถสังเกต ระบุ สัญญาณและอาการของโรควิตกกังวลในนักเรียนของท่าน	2 1 0 1 -2
5	ท่านรู้ว่าโรควิตกกังวลส่งผลต่อสมรรถนะและการเรียนรู้ของเด็กนักเรียน	2 1 0 1 -2
6	ท่านรู้วิธีการดูแลและช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่เป็นโรควิตกกังวล	2 1 0 1 -2
7	ท่านรับรู้บทบาทหน้าที่ของท่านในการวางแผนดูแลช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่เป็นโรควิตกกังวล	2 1 0 1 -2
8	ท่านมีทักษะที่ดีในการช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่เป็นโรควิตกกังวล	2 1 0 1 -2
9	ท่านมีความมั่นใจเมื่อต้องช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่เป็นโรควิตกกังวล	2 1 0 1 -2
10	ท่านรู้วิธีการเข้าถึงข้อมูลและหน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพจิตสำหรับนักเรียนที่เป็นโรควิตกกังวล	2 1 0 1 -2
11	ท่านรู้วิธีการส่งต่อเด็กนักเรียนที่เป็นโรควิตกกังวลให้แก่ผู้เชี่ยวชาญได้	2 1 0 1 -2
12	ท่านสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรควิตกกังวลให้แก่เด็กนักเรียนและผู้ปกครองได้	2 1 0 1 -2
13	ท่านสามารถให้ความรู้แก่ผู้อื่นเพื่อลดการตีตราผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้	2 1 0 1 -2
14	ท่านรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต	2 1 0 1 -2
15	ท่านสามารถให้ความรู้แก่ครูท่านอื่นๆในการดูแลช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้	2 1 0 1 -2

Section 2: Feedback Form

Please choose the response that best fits to you.

1. Did you like the Mental Health in School Programme?

- Really liked it Liked it It was OK
 Disliked it Hated it

2. Did you find the mental Health in School Programme useful?

- Very useful Fairly useful OK but could be improved
 Not very useful Not at all useful

3. Did you think the content of the workshop interesting?

- Very interested Interested Neutral
 Not interested Not at all interested

4. Were you satisfied with schedule e.g., timing of session, time for question, time for breaking?

- Very satisfied Satisfied Neutral
 Dissatisfied Very dissatisfied

5. The programme increased my knowledge about mental health in young people?

- Strongly agree Agree Neutral
 Disagree Strongly disagree

Section 2: Feedback Form (Thai version)

Mental Health in School Programme: Teacher Feedback Form

1. ท่านชอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียนนี้หรือไม่

- ชอบมาก ชอบ เฉยๆ ไม่ชอบ ไม่ชอบอย่างมาก

2. ท่านคิดว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียนมีประโยชน์หรือไม่

- มีประโยชน์มาก มีประโยชน์ ไม่แน่ใจ
 ไม่มีประโยชน์ ไม่มีประโยชน์อย่างมาก

3. ท่านคิดว่าเนื้อหาของการการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียนน่าสนใจหรือไม่

- น่าสนใจมาก น่าสนใจ ไม่แน่ใจ
 ไม่น่าสนใจ ไม่น่าสนใจอย่างมาก

4. ท่านมีความพึงพอใจต่อเวลาในการอบรมหรือไม่ เช่น เวลาของแต่ละกิจกรรม เวลาสำหรับการพัก

- พึงพอใจอย่างมาก พึงพอใจ ไม่แน่ใจ
 ไม่พึงพอใจ ไม่พึงพอใจอย่างมาก

5. การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียนนี้ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะเกี่ยวกับสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นให้แก่ท่าน

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
 ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

Appendix 4.9: Training Structure – Paper 3

Mental health training education for teachers

Classroom Teachers

Session 1

- Pre-test questionnaire
- Mental health problems in adolescents – presentation and group discussion
- Depression – facts and figures – quiz and pair discussions
- Signs, symptoms and risk factors for depression – video and presentation
- Supporting young people with depression: The action plan – case vignettes and group discussion

Session 2

- Listening and communicate non-judgmentally activity – active listening skill practice
- Preventing mental health issues and promoting wellbeing in school
- Post-test questionnaire and feedback form

Guidance Teachers

Session 1

- Pre-test questionnaire
- Mental health problems in adolescents – presentation and group discussion
- Depression – facts and figures – quiz and pair discussions
- Signs, symptoms and risk factors for depression – video and presentation
- Supporting young people with depression: The action plan – case vignette and group discussion

Session 2

- Engaging with specialists and external supports where appropriate – Q&A session with mental health professional
- Early identification of depression in young people
- Preventing mental health issues and promoting wellbeing in school
- Post-test questionnaire and feedback form

Training Structure – Paper 3 (Thai version)

ตารางการฝึกอบรม

การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นของครูในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนด้าน

สุขภาพจิต (School Mental Health and Wellbeing Awareness Training)

ครูประจำชั้น

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
08.30	ลงทะเบียน	
09.00 – 10.00	- ประเมินก่อนฝึกอบรม - บทนำเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักเรียน	Kahoot
10.00 – 10.30	โรคซึมเศร้า	อภิปรายกลุ่ม
10.30 – 10.45	พัก	
10.45 – 12.00	การสังเกต การเฝ้าระวังและทำความเข้าใจสาเหตุของโรคซึมเศร้าของนักเรียน	อภิปรายกลุ่ม กรณีศึกษา
12.00 – 13.00	รับประทานอาหารกลางวัน	
13.00 – 14.30	กิจกรรมฝึกปฏิบัติการทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับนักเรียนและผู้ปกครอง	ฝึกปฏิบัติ
14.30 – 14.45	พัก	
14.45 – 15.30	การป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียน	

หมายเหตุ ตารางการฝึกอบรมนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

ครูแนะแนว

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
08.30	ลงทะเบียน	
09.00 – 10.00	- ประเมินก่อนฝึกอบรม - บทนำเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักเรียน	Kahoot
10.00 – 10.30	โรคซึมเศร้า	
10.30 – 10.45	พัก	
10.45 – 12.00	การสังเกต การเฝ้าระวังและทำความเข้าใจสาเหตุของโรคซึมเศร้าของนักเรียน	อภิปรายกลุ่ม กรณีศึกษา
12.00 – 13.00	รับประทานอาหารกลางวัน	
13.00 – 14.30	แนวปฏิบัติและขั้นตอนการส่งต่อนักเรียนเข้าสู่กระบวนการพบผู้เชี่ยวชาญคลินิกจิตเวช รพ.พะเยา	คุณพรภิมล เพ็ชรกุล ผู้บรรยาย
14.30 – 14.45	พัก	
14.45 – 15.30	การประเมินโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในเด็กและวัยรุ่น	
15.30 – 16.00	ประเมินผลและสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม	

หมายเหตุ ตารางการฝึกอบรมนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียน



บทนำ

คู่มือเล่มนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประกอบการอบรมเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียนสำหรับครู เพื่อให้มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแก่นักเรียนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต โดยมีเป้าหมายดังนี้คือ

- ◇ ครูสามารถให้ความช่วยเหลือแก่นักเรียนที่มีความเสี่ยงเพื่อป้องกันการมีภาวะที่รุนแรงขึ้น
- ◇ ครูสามารถส่งเสริมให้เกิดการสร้างสุขภาพจิตที่ดีในโรงเรียน
- ◇ ครูสามารถสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องของปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนได้
- ◇ ลดการประทุพตราและอคติกับนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต

การอบรมนี้ไม่ได้สอนเพื่อให้ครูเป็นนักจิตบำบัดหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน แต่เราสอนให้ครูนั้นสามารถ

- ◇ สังเกต รับรู้และเข้าใจอาการปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียน
- ◇ มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นแก่นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต
- ◇ ชี้แนะให้นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าถึงการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต

อาจารย์นันทกา ฟุ่สีกุล

ความหมายของสุขภาพจิต

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข ภาวะที่บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปรับตัวแก้ปัญหาเมื่อเจอภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน มีความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และสามารถที่จะสร้างประโยชน์ให้แก่สังคมได้

ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น (Mental health problems in young people)

ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นนั้นมีมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการรายงานของ The Excellence Center for Depressive Disorder (2018) พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าทั้งหมดในคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 2.7 และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย ผลกระทบของโรคซึมเศร้าที่เป็นอันตรายและน่าเป็นห่วงคือ การฆ่าตัวตาย ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานสถิติการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยในปี 2560 สูงถึง 13.3% ซึ่งพบว่ามีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าทุกปีที่ผ่านมา

เมื่อเด็กและวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพทางสังคม การเรียนและยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม เมื่อปัญหาสุขภาพจิตมีอาการที่รุนแรงและไม่ได้รับการช่วยเหลือและจะทำให้สูญเสียหน้าที่ในการใช้ชีวิตประจำวัน



รู้หรือไม่ว่า.....ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นเป็นอย่างไร?

- ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาทางอารมณ์นั้นส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น
- กว่า 50% ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเริ่มตั้งแต่อายุ 15 ปี และ 75% เริ่มตั้งแต่อายุ 18 ปี
- ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในวัยรุ่น จากสถิติ 1 ใน 10 ของวัยรุ่นเคยมีประสบการณ์มีปัญหเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคซึมเศร้า, วิตกกังวล, และการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์
- 10% ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 5 – 16 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางด้านสุขภาพจิต
- การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุหลักของการตายในคนที่มีอายุ 15 - 34 ปี
- ตลอดชีวิตคนเราอาจจะประสบกับปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดประสบปัญหา
- คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีชีวิตน้อยกว่าคนทั่วไป 10 - 20 ปี โดยเฉลี่ย ดังนั้นการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในเด็กจึงเป็นเรื่องสำคัญ
- ประเทศไทยในปี 2560 วัยรุ่นอายุ 13 – 17 ปี พยายามฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 13 โดยพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง
- ประเทศไทยในปี 2560 อัตราการฆ่าตัวตายในคนที่มีอายุ 15-29 ปี คิดเป็น 8 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน

สาเหตุที่เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือ

- การที่สังคมมีอคติกับปัญหาสุขภาพจิตทำให้เด็กและวัยรุ่นไทยหลายคนไม่กล้าที่จะขอความช่วยเหลือ
- เด็กและวัยรุ่นมีความอายที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตกับครอบครัวและเพื่อน และหลีกเลี่ยงการไปพบกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเนื่องจากกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับตน
- คนทั่วไปไม่มีข้อมูลเพียงพอในเรื่องปัญหาสุขภาพจิตและการบริการรักษาที่ได้ผล ทำให้หลายคนไม่มีข้อมูลของการแหล่งบริการช่วยเหลือหรือหาแหล่งช่วยเหลือที่ไม่ถูกต้อง ถ้าประชาชนตระหนักถึงปัญหาและมีข้อมูลเพียงพอก็จะรู้สึกสะดวกใจในการเข้ารับบริการและการไปพบผู้เชี่ยวชาญ
- การให้บริการทางด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยนั้นยังขาดแคลนไม่ว่าจะเป็น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจิตเวช หรือนักสังคมสงเคราะห์ ทำให้บางครั้งการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตนั้นไม่เพียงพอ ดังนั้นถ้าบุคคลใกล้ชิดตัวผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูจึงเป็นบุคคลที่สามารถให้การดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้นและแนะนำบุคคลนั้นให้ได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญต่อไป
- เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นอาจไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ เองได้ จึงไม่สามารถที่จะตระหนักถึงความต้องการขอความช่วยเหลือเมื่อตนประสบปัญหา



ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น

โรคซึมเศร้า

คือภาวะที่จิตใจแสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น มีอารมณ์เศร้า สิ้นหวัง หดหู่ มีพฤติกรรมในชีวิตประจำวันแตกต่างออกไปจากเดิม อาจแสดงให้เห็นถึงการมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นเมื่อพบเจอบุคคลที่มีความเสี่ยงดังกล่าว ควรใช้เวลาหาข้อมูล เช่น สาเหตุ อาการ และการบริการที่มีอยู่ เพราะอาการของแต่ละคนจะแตกต่างกันและไม่ใช่ว่าทุกคนที่จะแสดงอาการซึมเศร้าออกมาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

สาเหตุที่อาจทำให้เกิดอารมณ์เศร้า



เหตุการณ์กระทบจิตใจ



ผลการเรียนต่ำ



ปัญหาครอบครัว,
การทะเลาะเบาะแว้ง



ความโดดเดี่ยว, อังว้าง



โดนกลั่นแกล้ง



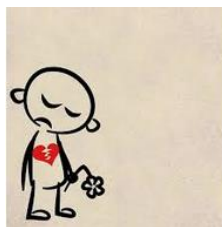
การเจ็บป่วยทางกาย



คนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า



ความกดดันในครอบครัว



ปัญหาความสัมพันธ์



ย้ายบ้านหรือย้ายโรงเรียน

อาการที่แสดงออกของโรคซึมเศร้า

เด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการอย่างน้อย 5 อาการต่อไปนี้ และต้องมีอาการใดอาการหนึ่งของ 2 ข้อแรก เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1. รู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ซึ่งในบางรายอาจจะไม่ได้จำเป็นต้องรู้สึกเหล่านี้ตลอดเวลา บางเวลาเศร้าน้อย บางเวลาเศร้ามาก ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ
2. อารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ และในบางรายไม่รู้ว่าจะหงุดหงิดเพราะสาเหตุอะไร
3. มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆที่เคยชอบหรือสนุก
4. อาการเบื่ออาหาร การรับรู้รสชาติเปลี่ยน ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้จะเป็นอาหารที่ตนชอบ น้ำหนักลดลงอย่างชัดเจน แต่ในบางรายอาจมีความอยากอาหารมากกว่าธรรมดา และน้ำหนักเพิ่มผิดปกติ
5. นอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการเริ่มต้น อาจมีอาการนอนหลับยาก หลับไม่สนิท หรือตื่นกลางดึก และไม่สามารถกลับไปนอนหลับได้ตามปกติ จะเป็นแบบนี้บ่อยหรือแทบทุกคืน ในบางรายอาจมีอาการตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง แต่ในบางรายอาจมีอาการนอนเยอะกว่าปกติเช่น นอนมากกว่าเดิม 1-2 ชั่วโมงแทบทุกคืน
6. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรงเกือบตลอดเวลา การพักผ่อนหรือหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้น บางคนอาจจะเกิดเฉพะส่วนของร่างกาย เช่นรู้สึกแขน ขาหนัก ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
7. เคลื่อนไหวช้า พูดช้ากว่าปกติ หรือบางครั้งมีอาการกระสับกระส่ายโดยไม่สามารถควบคุมได้
8. ไม่มีสมาธิหรือตัดสินใจยาก ลืมง่าย เด็กและวัยรุ่นบางคนมีปัญหาในด้านของการเรียนเนื่องจากอ่านหนังสือแล้วไม่จำ ไม่มีสมาธิจดจ่อ ไม่สามารถตั้งใจเรียนในห้องเรียนได้ ทำงานเกิด

ข้อผิดพลาดโดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้สมาธิและความจำ นอกจากนี้บางรายไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวันได้

9. ความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง หรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น บางรายมีความรู้สึกผิดอย่างมากและตำหนิตัวเอง ถ้าความคิดเช่นนี้รุนแรงมากจะทำให้ตำหนิตัวเองอย่างมากและนำไปสู่ความคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้ เพราะเขาจะมองตัวเองแต่ด้านที่ไม่ดีและไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระให้กับครอบครัว และนำความยุ่งยากมาให้ครอบครัว ถ้าไม่มีตนเองอยู่ ทุกคนก็จะสบาย
10. ความคิดอยากตาย เมื่อเศร้ามากๆจะคิดอยากตาย รู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมากขึ้นถึงจุดที่ไม่อยากทนต่อไป วัยรุ่นบางคนจะหาทางหนีจากความทรมานนี้ จากภาวะตรงนี้ และความตายเป็นทางออกที่สภาพมารทำให้เขาได้ออกจากภาวะที่เผชิญอยู่ เด็กบางคนไม่บอกว่ามีความคิดเช่นนี้ เพราะฉะนั้นถ้าพบเด็กที่มีอารมณ์เศร้ามากๆต้องถามถึงอาการนี้ก่อนเพื่อทำการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่ต่อไป

วิธีสังเกตนักเรียนที่อาจจะมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าในโรงเรียน

- เกรดเฉลี่ยลดลงจากเดิม บางรายอาจจะมีพฤติกรรมในการเรียนที่แตกต่างอย่างชัดเจน
- ขาดเรียนบ่อยหรือมาโรงเรียนสายบ่อยๆ
- ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมกับเพื่อนๆในห้องเรียนหรือแสดงออกถึงความยากลำบากในการทำความเข้าใจหรือการสื่อสารกับเพื่อนร่วมห้อง
- หลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือใช้เวลาร่วมกับเพื่อน มักจะอยู่คนเดียวในช่วงเวลาพักหรือพักกลางวัน
- มีความเสี่ยงในเรื่องการใช้สารเสพติด และการทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น กรีดแขน ชก ตบตีตัวเอง หรือการทำร้ายร่างกายคนอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กผู้ชาย

การเข้าช่วยเหลือนักเรียนที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า

คุณสมบัติของครูประจำชั้นและครูที่ปรึกษาที่ดี

- สัมพันธภาพที่ดีระหว่างครูและนักเรียน
- จริงใจและตั้งใจช่วยเหลือผู้อื่น
- มีท่าที่เป็นมิตร อบอุ่น และมองโลกในแง่ดี
- เป็นผู้รับฟังที่ดี ฟังทั้งเนื้อหา (content) และความรู้สึก (feeling)
- ให้เกียรติและยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข

ความต้องการและสถานการณ์การช่วยเหลือของนักเรียนแต่ละคนแตกต่างกัน

ออกไป การช่วยเหลือนักเรียนจะต้องทำด้วยการให้เกียรติ เคารพในสิทธิ์เสรีภาพของเด็ก ด้วย เพราะทุกคนมีสิทธิและอิสระที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง เคารพความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ ยกเว้นในกรณีที่อันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

ถ้าคุณครูเห็นว่านักเรียนของท่านนั้นอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและต้องการความช่วยเหลือ การเข้าถึงตัวนักเรียนและแจ้งให้นักเรียนทราบถึงความเป็นห่วงของเรา คุณครูควรจะต้องเลือกเวลาที่เหมาะสมที่จะเรียกนักเรียนเข้ามาพบเพื่อพูดคุย รวมไปถึงสถานที่ที่จะทำการพูดคุย ต้องมีความเป็นส่วนตัวและทำให้นักเรียนรู้สึกผ่อนคลาย แจ้งให้นักเรียนทราบว่าคุณครูพร้อมที่จะรับฟังเสมอ ไม่กดดันให้นักเรียนพูดเมื่อเขายังไม่พร้อม และควรแจ้งวันและเวลาที่ท่านสะดวกที่นักเรียนสามารถเข้าพบและติดต่อเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ นอกจากนี้คุณครูควรมีการแจ้งให้นักเรียนทราบถึงความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับในการพูดคุยกัน เพื่อให้นักเรียนรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจที่จะพูดคุยกับท่าน

การเป็นผู้ฟังโดยไม่ตัดสิน

คุณครูสามารถช่วยนักเรียนที่เป็นซึมเศร้าได้โดยการรับฟังและไม่ตัดสิน รับฟังอย่างตั้งใจ ทวนซ้ำว่านักเรียนพูดอะไร ฟังอย่างระมัดระวัง ไม่ตัดสินว่านักเรียนคิดถูกหรือผิด แต่ควรฟังและยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข สิ่งสำคัญคือการที่นักเรียนเป็นซึมเศร้าไม่ได้หมายความว่าเข่าอ่อนแอหรือขี้เกียจ แต่เป็นเพราะโรคที่เขาเผชิญอยู่เลยทำให้มีอาการเหล่านี้ เพราะฉะนั้นครูจึงต้องแสดงให้เห็นว่าเราเข้าใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือ สนับสนุนให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

Understand (เข้าใจ)

- ทำความเข้าใจกับเรื่องที่คุณพูด
- ตรวจสอบว่าเข้าใจตรงกันหรือไม่โดยการทวนความหรือการถาม

Express (แสดงออก)

- แสดงออกถึงความรู้สึกห่วงใย แสดงมุมมองของตัวเอง
- อาจจะให้คำแนะนำ ความคิดเห็น ข้อมูลต่าง ๆ ได้ แต่ไม่ตัดสินใจแทนและไม่โน้มน้าวให้ทำตามที่เราเห็นว่าดี

Validate (ยืนยันในข้อดีและเป็นไปในเชิงบวก)

- บอกข้อดีของเขา
- เลือกคำทางบวกเพื่อชมเชย

การให้กำลังใจนักเรียนในการเข้ารับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ



เมื่อรู้สึกเศร้า นักเรียนสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลและองค์กรเหล่านี้ได้

- **คนใกล้ตัว**

เช่น เพื่อน พ่อแม่ พี่น้อง หรือครูในโรงเรียนที่เราารู้สึกไว้วางใจและอยากจะพูดคุยเรื่องราวที่เกิดขึ้น การพูดคุยจะช่วยให้เราผ่อนคลายและรู้สึกเบาขึ้น สามารถมองเห็นเรื่องราวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

- **คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพะเยา**

เวลาทำการ 08.00 – 11.30 น. โทร 054 – 409317

- **แผนกจิตเวชศาสตร์ (ผู้ป่วยนอก) ศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา**

Walk in เพื่อทำการนัดหมายกับจิตแพทย์เฉพาะทางเด็กและวัยรุ่น หรือโทร 054-466666 ต่อ 7303

- **Hotline สายด่วนสุขภาพจิต โทร 1323**

นักจิตวิทยาคอยรับโทรศัพท์และรับฟังเรื่องราวของเราตลอด 24 ชั่วโมง

- **Facebook fanpage: facebook.com/pg/helpline1323**

นักจิตวิทยาพูดคุยผ่านช่องทางการแชท ตั้งแต่เวลา 17.00–22.00 น. ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์

- **Smaritans ประจำประเทศไทย โทร 02-7136793**

อาสาสมัครที่มีความประสงค์อยากช่วยเหลือและรับฟังเรื่องราวของเราตลอด 24 ชั่วโมง

7.5 Appendix 5: Supplementary of statistical analyses

Appendix 5.1: Mood and Feelings Questionnaire items and item statistics in Thai and British samples – Paper 2

Appendix 5.2: Standardized factor loadings from CFA five-factor models of the MFQ in Thai and British samples – Paper 2

Appendix 5.3: Analysis of measurement invariance across gender in Thai and British samples using MGCFA – Paper 2

Appendix 5.1: Mood and Feelings Questionnaire items and item statistics in Thai and British samples – Paper 2

Items	Means (SD)		Skewness (SE)		Kurtosis (SE)	
	Thai (N=1,275)	British (N=1,817)	Thai (N=1,275)	British (N=1,817)	Thai (N=1,275)	British (N=1,817)
1. I felt miserable or unhappy	.98 (.56)	.87 (.61)	-.01 (.07)	.084 (.06)	.12 (0.14)	-.43 (0.12)
2. I didn't enjoy anything at all.	.40 (.52)	.39 (.56)	.69 (.07)	1.12 (.06)	-.86 (0.14)	.25 (0.12)
3. I was less hungry than usual.	.54 (.61)	.60 (.74)	.65 (.07)	.81 (.06)	-.53 (0.14)	-.74 (0.12)
4. I ate more than usual.	.90 (.63)	.60 (.72)	.07 (.07)	.76 (.06)	-.48 (0.14)	-.71 (0.12)
5. I felt so tired I just sat around and did nothing.	.76 (.68)	.84 (.73)	.35 (.07)	.26 (.06)	-.86 (0.14)	-1.12 (0.12)
6. I was moving and walking more slowly than usual.	.27 (.50)	.43 (.66)	1.68 (.07)	1.27 (.06)	1.96(0.14)	.34 (0.12)
7. I was very restless.	.37 (.54)	.65 (.73)	1.12 (.07)	.66 (.06)	.25 (0.14)	-.86 (0.12)
8. I felt I was no good anymore.	.36 (.56)	.50 (.71)	1.25 (.07)	1.08 (.06)	.58 (0.14)	-.24 (0.12)
9. I blamed myself for things that weren't my fault.	.47 (.59)	.57 (.73)	.86 (.07)	.86 (.06)	-.24 (0.14)	-.65 (0.12)
10. It was hard for me to make up my mind	.87 (.62)	.90 (.75)	.09 (.07)	.17 (.06)	-.45 (0.14)	-1.22 (0.12)
11. I felt grumpy and cross with my parents.	.60 (.59)	.85 (.75)	.37 (.07)	.24 (.06)	-.71 (0.14)	-1.17 (0.12)
12. I felt like talking less than usual.	.51 (.64)	.73 (.77)	.87 (.07)	.50 (.06)	-.29 (0.14)	-1.15 (0.12)
13. I was talking more slowly than usual.	.15 (.40)	.24 (.53)	2.7 (.07)	2.18 (.06)	6.86 (0.14)	3.75 (0.12)
14. I cried a lot.	.39 (.62)	.45 (.70)	1.34 (.07)	1.25 (.06)	.67 (0.14)	.12 (0.12)
15. I thought there was nothing good for me in the future.	.23 (.48)	.38 (.64)	2.05(.07)	1.45 (.06)	3.47 (0.14)	.82 (0.12)
16. I thought that life wasn't worth living.	.18 (.43)	.29 (.58)	2.29 (.07)	1.86 (.06)	4.63 (0.14)	2.29 (0.12)
17. I thought about death or dying.	.21 (.47)	.39 (.64)	2.21 (.07)	1.42 (.06)	4.20 (0.14)	.74 (0.12)
18. I thought my family would be better off without me	.25 (.50)	.26 (.56)	1.82 (.07)	2.08 (.06)	2.48 (0.14)	3.21 (0.12)
19. I thought about killing myself.	.17 (.48)	.20 (.52)	2.61 (.07)	2.35 (.06)	6.37 (0.14)	4.27 (0.12)
20. I didn't want to see my friends.	.16 (.39)	.35 (.57)	2.23 (.07)	1.35 (.06)	4.12 (0.14)	.83 (0.12)
21. I found it hard to think properly or concentrate	.42 (.56)	.91 (.71)	.91 (.07)	.136 (.06)	-.19 (0.14)	-1.01 (0.12)
22. I thought bad things would happen to me.	.70 (.64)	.45 (.65)	.35 (.07)	1.16 (.06)	-.70 (0.14)	.14 (0.12)
23. I hated myself	.27 (.51)	.49 (.73)	1.68 (.07)	1.16 (.06)	1.93 (0.14)	-.23 (0.12)
24. I felt I was a bad person.	.43 (.58)	.49 (.69)	.97 (.07)	1.07 (.06)	-.05 (0.14)	-.17 (0.12)
25. I thought I looked ugly.	.36 (.56)	.74 (.79)	1.25 (.07)	.50 (.06)	.58 (0.14)	-1.23 (0.12)
26. I worried about aches and pains	.66 (.66)	.53 (.71)	.51 (.07)	.96 (.06)	-.73 (0.14)	-.39 (0.12)

27. I felt lonely	.41 (.59)	.61 (.73)	1.15 (.07)	.76 (.06)	.30 (0.14)	-.78 (0.12)
28. I thought nobody really loved me.	.33 (.57)	.34 (.64)	1.49 (.07)	1.67 (.06)	1.23 (0.14)	1.44 (0.12)
0.29. I didn't have any fun in school.	.32 (.51)	.58 (.72)	1.21 (.07)	.81 (.06)	.37 (0.14)	-.66 (0.12)
30. I thought I could never be as good as other kids	.46 (.62)	.67 (.77)	1.01 (.07)	.64 (.06)	-.018 (0.14)	-1.06 (0.12)
31. I did everything wrong.	.37 (.56)	.40 (.66)	1.21 (.07)	1.37 (.06)	.48 (0.14)	.58 (0.12)
32. I didn't sleep as well as I usually sleep.	.40 (.62)	.72 (.80)	1.28 (.07)	.55 (.06)	.52 (0.14)	-1.23 (0.12)
33. I slept a lot more than usual.	.74 (.72)	.43 (.68)	.42 (.07)	1.29 (.06)	-.98 (0.14)	.30 (0.12)

Appendix 5.2 Standardized factor loadings from CFA five-factor models of the MFQ in Thai and British samples

Item	British b	Thai b
Factor 1: Core mood symptoms		
1. I felt miserable or unhappy	.71	.59
2. I didn't enjoy anything at all.	.69	.58
11. I felt grumpy and cross with my parents.	.57	.53
14. I cried a lot.	.65	.59
Factor 2: Vegetative symptoms		
3. I was less hungry than usual.	.44	.43
5. I felt so tired I just sat around and did nothing.	.65	.59
6. I was moving and walking more slowly than usual.	.65	.61
12. I felt like talking less than usual.	.72	.54
13. I was talking more slowly than usual.	.54	.50
33. I slept a lot more than usual.	.27	.36
Factor 3: Suicidality		
16 I thought that life wasn't worth living.	.88	.76
17 I thought about death or dying.	.76	.82
18 I thought my family would be better off without me	.75	.70
19 I thought about killing myself.	.82	.75
Factor 4 Cognitive symptoms		
8. I felt I was no good anymore.	.82	.70
9. I blamed myself for things that weren't my fault.	.71	.48
15. I thought there was nothing good for me in the future.	.75	.45
22. I thought bad things would happen to me.	.64	.61
23. I hated myself	.85	.62
24. I felt I was a bad person.	.78	.63
25. I thought I looked ugly.	.69	.59
27. I felt lonely	.73	.66
28. I thought nobody really loved me.	.76	.58
29. I didn't have any fun in school.	.60	.46
30. I thought I could never be as good as other kids	.72	.62
31. I did everything wrong.	.78	.67
Factor 5: Agitated distress		
7. I was very restless.	.57	.52
10. It was hard for me to make up my mind	.62	.48
21 I found it hard to think properly or concentrate	.72	.48
32. I didn't sleep as well as I usually sleep.	.59	.46

Note. Item 4, 20, and 26 were removed according to the Jeffreys et al.'s (2016) model

Appendix 5.3: Analysis of measurement invariance across gender using MGCFA

Thai sample

	χ^2	df	CFI	Δ CFI	RMSEA	Δ RMSEA
Configural	1905.52	790	0.910	-	0.033	-
Metric	1917.62	815	0.907	0.003	0.033	0.000
Scalar	2087.28	840	0.900	0.007	0.034	-0.001
Suggested Δ				<0.01		<.015

Note: χ^2 , Chi square goodness-of-fit statistic is statistically significant ($p < 0.05$); df, degrees of freedom; CFI, comparative fit index; RMSEA, root-mean-square error of approximation; SRMR, standardized square root mean residual.

British sample

	χ^2	df	CFI	Δ CFI	RMSEA	Δ RMSEA
Configural	2784.53	790	0.929	-	0.037	-
Metric	2892.20	815	0.926	0.003	0.037	0.000
Scalar	3166.75	840	0.917	0.009	0.039	-0.002
Suggested Δ				<0.01		<.015

Note: χ^2 , Chi square goodness-of-fit statistic is statistically significant ($p < 0.05$); df, degrees of freedom; CFI, comparative fit index; RMSEA, root-mean-square error of approximation; SRMR, standardized square root mean residual.