

Justyna Felcenloben¹, Agnieszka Gmitrowicz²

Realizacja „Programu zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży” w województwie łódzkim

The implementation of “Depressive disorders prevention programme for children and adolescents” in the Łódzkie voivodship

¹ Departament Polityki Zdrowotnej, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, Polska

² Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

Adres do korespondencji: Agnieszka Gmitrowicz, Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź

Streszczenie

Zaburzenia depresyjne stanowią istotny czynnik ryzyka zachowań samobójczych wśród nastolatków. Wykazano, że u młodocianych pacjentów po próbach samobójczych z rozpoznaną depresją występują określone czynniki ryzyka, w tym trudności szkolne i w relacjach z rówieśnikami. W programach prewencji samobójstw podkreśla się potrzebę wczesnego wykrywania zaburzeń depresyjnych i szybkiego wdrażania odpowiednich strategii terapeutycznych. Prezentowany w artykule „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży” został opracowany w Departamencie Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Realizowany jest corocznie od 2010 roku przez podmioty wyłaniane w otwartych konkursach ofert. Główne cele Programu to zmniejszenie częstości występowania pełnoobjawowej depresji przez zidentyfikowanie u badanych dzieci czynników predysponujących do jej wystąpienia oraz redukcja tych czynników za sprawą zastosowanej interwencji, czyli uczestnictwa w zajęciach warsztatowych. Za cele szczegółowe autorzy uznali m.in. nabycie pożądaných umiejętności społecznych, nazywania i wyrażania odczuwanych emocji, poznanie technik radzenia sobie ze stresem, poprawę samooceny, a także podniesienie stanu wiedzy dzieci i ich rodzin na temat depresji, metod jej profilaktyki i leczenia, co może być szczególnie przydatne w przypadku pojawienia się lub nawrotu choroby. Analiza efektywności Programu obejmowała lata 2010–2013. Każdego roku Programem obejmowano ponad 0,5% populacji województwa łódzkiego w wieku 11–16 lat, łącznie w ciągu czterech lat przebadano ponad 2% populacji w tej grupie wiekowej. Do warsztatów terapeutycznych zakwalifikowano niemal co drugiego ucznia z ryzykiem depresji (20% nastolatków przebadanych w pierwszym etapie programu), u co piątego dziecka stwierdzono konieczność dalszej diagnostyki bądź terapii w poradni zdrowia psychicznego. Porównanie nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą Krakowskiego Inwentarza Objawowego, u osób z grupy ryzyka (7.–10. sten) przed cyklem warsztatów i po jego zakończeniu wykazało redukcję u blisko co drugiego uczestnika. W ankietach ewaluacyjnych ponad 70% nastolatków potwierdziło zdobycie nowej wiedzy.

Słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, profilaktyka, populacja dzieci i młodzieży, zajęcia warsztatowe, ewaluacja

Abstract

Depressive disorders constitute a significant risk factor for suicidal behaviours among adolescents. Adolescent patients after suicidal attempts diagnosed with depression have been shown to reveal certain risk factors, such as experiencing difficulties at school and in relationships with peers. Suicide prevention programmes emphasise the need for the early detection of depressive disorders, and for the efficient implementation of adequate therapeutic strategies. The “Depressive disorders prevention programme for children and adolescents” presented in this article was developed in the Department of Health Policy at the Office of the Marshall of the Łódzkie voivodship. Since 2010, it has been annually conducted by entities selected in the course of a competitive tender. The main objectives of the Programme are to reduce the prevalence of full-symptom depression by identifying the predisposing factors in the examined children, and to reduce them with an intervention in the form of therapy workshops held for the affected children. The detailed objectives have been specified to include helping children with acquiring desired social skills, learning to pinpoint, name, and express the emotions they experience, acquiring techniques of coping with stress, improving their self-esteem as well as increasing the level of knowledge the children and their families have concerning depression, methods of preventing it, and its treatment. The latter may prove particularly valuable when depressive condition occurs or recurs. The efficacy of the programme has been evaluated for the period of

2010–2013. Each year, the Programme covered over 0.5% of the population of the Łódzkie voivodship aged 11–16. In the four years in question, the total of over 2% of the population in this age group was examined. Nearly every second student with a risk of developing depression was enrolled for the therapy workshops (i.e. 20% of teenagers examined in the first stage of the programme). Every fifth child was diagnosed as needing further diagnostics or therapy at a mental health outpatient centre. The comparison of the intensity level of the depressive symptoms measured with the Kraków Depression Inventory (*Krakowski Inwentarz Objawowy*) in the participants from the risk group (sten 7–10) prior to and following the therapy workshop cycle, revealed a reduction in the intensity in nearly every second participant. In the evaluation surveys they completed, 70% of the teenagers cited acquiring new knowledge as a result of the programme.

Key words: depressive disorders, prevention, children and youth population, workshop classes, evaluation

WSTĘP

Zaburzenia depresyjne stanowią istotny czynnik ryzyka zachowań samobójczych wśród nastolatków. Iloraz szans (*odds ratio*, OR) wystąpienia samobójstwa u nieletnich z rozpoznaniem epizodu depresji wynosi blisko 30 (American Psychiatric Association, 2013; Norden-toft *et al.*, 2011). Wykazano, że u młodocianych pacjentów po próbach samobójczych ze zdiagnozowaną depresją występują określone czynniki ryzyka: niepełna rodzina, samobójstwa wśród krewnych, ucieczki z domu, wykorzystywanie seksualnie, trudności szkolne i w relacjach z rówieśnikami (Goldstein *et al.*, 2009). W programach prewencji samobójstw podkreśla się potrzebę wczesnego wykrywania zaburzeń depresyjnych i szybkiego wdrażania odpowiednich strategii terapeutycznych (World Health Organization, 2014). W zalecenia te wpisują się programy zapobiegające rozwojowi zaburzeń depresyjnych w populacji dzieci i młodzieży. W województwie łódzkim powstał jeden z pierwszych takich programów w Polsce – „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży” (w 2010 roku realizowany pod nazwą „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla uczniów klas VI szkół podstawowych”), opracowany w Departamencie Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego we współpracy z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży – prof. Agnieszką Gmitrowicz. Program, wdrożony w 2010 roku (po uzyskaniu pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych), finansowany jest z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego i realizowany przez podmioty wyłaniane corocznie w otwartych konkursach ofert. W latach 2010–2013 Program prowadziły jednostki z powiatów pączęńskiego, zgierskiego, kutnowskiego, brzezińskiego, łódzkiego wschodniego i sieradzkiego oraz z miasta Łodzi. W badaniach mogli wziąć udział mieszkańcy województwa łódzkiego spełniający określone kryteria.

CELE I REALIZACJA PROGRAMU

Główne cele Programu to zmniejszenie częstości występowania pełnoobjawowej depresji przez zidentyfikowanie u badanych dzieci czynników predysponujących do jej wystąpienia oraz redukcja tych czynników za sprawą

zastosowanej interwencji, czyli uczestnictwa w zajęciach warsztatowych. Za cele szczegółowe autorzy uznali zmniejszenie częstości występowania następstw depresji, w tym trudności szkolnych, zaburzeń odżywiania, prób samobójczych i innych zachowań autodestrukcyjnych, nabycie pożądaných umiejętności społecznych, umiejętności nazywania i wyrażania odczuwanych emocji, poznanie technik radzenia sobie ze stresem, poprawę samooceny, a także podniesienie stanu wiedzy dzieci i ich rodzin na temat depresji, metod jej profilaktyki i leczenia, co może być szczególnie przydatne w przypadku pojawienia się lub nawrotu choroby (Uchwała Nr 83/15 Zarządu Województwa Łódzkiego..., 2015).

Każdego roku realizacja Programu przebiega w dwóch etapach. Pierwszy z nich to badania przesiewowe, mające na celu wychwycenie u nastolatka cech predysponujących do wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Psycholog lub lekarz psychiatra przeprowadzają badanie przy użyciu wystandaryzowanego narzędzia, a także szczegółowy wywiad z dzieckiem i jego rodzicem bądź opiekunem – m.in. w celu oceny obciążenia rodzinnego i relacji rodzinnych. Dzieci, u których w trakcie badań skринingowych zostanie zaobserwowane ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych, mają możliwość wzięcia udziału w warsztatach terapeutycznych. Uczestnictwo w warsztatach ma na celu redukcję czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych, m.in. przez psychoedukację, która wpływa na wzrost samoświadomości zarówno dzieci, jak i rodziców. Każdy cykl zajęć warsztatowych obejmuje osiem dwugodzinnych spotkań grupy liczącej 8–14 osób (w pierwszym roku realizacji Programu na cykl składało się 10 spotkań). W trakcie warsztatów terapeutycznych wykorzystywane są techniki poznawczo-behawioralne.

Warsztaty zawierają następujące moduły: trening umiejętności społecznych (w tym umiejętności rozwiązywania konfliktów), nazywanie i wyrażanie uczuć, techniki radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami (np. wskazanie związku między konkretnymi działaniami a nastrojem), psychoedukacja z zakresu zaburzeń depresyjnych dla dzieci i ich rodziców (w tym budowanie wspierających relacji rodzinnych). Twórcy Programu proponują ogólną tematykę warsztatów (tab. 1), jednak szczegółowy harmonogram zajęć, zawierający m.in. opis metod pracy i propozycji aktywności, stanowi element konkursu ofert i jest każdorazowo opracowywany przez realizatorów Programu.

Zajęcia integracyjne	I część – dla rodziców: zapoznanie z osobami prowadzącymi warsztaty, założeniami i celem Programu, psychoedukacja (zaburzenia depresyjne), przekazanie rodzicom harmonogramu warsztatów (dat kolejnych spotkań) II część – dla dzieci: zapoznanie się oraz integracja uczestników, opracowanie zasad pracy grupowej (np. burza mózgów), kontrakt grupowy, określenie indywidualnych oczekiwań poszczególnych uczestników
Poznaję siebie – emocje	Rozpoznawanie, nazywanie i wyrażanie emocji, rola i funkcje emocji
Poznaję siebie – myśli i zachowania	Negatywne myślenie – jak to, co myślę, wpływa na moje samopoczucie i zachowanie Rozpoznawanie przekonań negatywnych/irracjonalnych i ich zmiana/przeformułowanie na bardziej realistyczne i pozytywne Zajęcia przyjemne dla uczestników
Relacje społeczne i podstawy komunikowania się	Komunikacja werbalna i niewerbalna, bariery w komunikacji Komunikaty „ja”, udzielanie informacji zwrotnych Czym jest empatia? Techniki autoprezentacji W grupie różnie – pozytywne aspekty pracy w grupie
Konflikty i sposoby ich rozwiązywania	Przyczyny konfliktów Stereotypy i uprzedzenia – czy inny znaczy gorszy? Agresja, uległość, postawa asertywna – czym się różnią?
Stres – radzenie sobie w sytuacjach stresowych	Rozpoznawanie stresorów, wpływ stresu na emocje, zachowania i procesy poznawcze Czy stres jest potrzebny? Jakie mam sposoby na radzenie sobie w sytuacjach stresowych? Rozpoznanie własnych stylów radzenia sobie ze stresem Techniki relaksacyjne/ćwiczenia oddechowe/wizualizacje
Wyznaczanie i osiąganie celów, marzenia, plany	Poczucie własnej wartości i sprawczości – czynniki kształtujące obraz własnej osoby Moje wady i zalety (mocne i słabe strony) – odkrywanie i wzmacnianie własnych mocnych stron Co motywuje do działania – nagradzanie siebie
Spotkanie podsumowujące	Ewaluacja: Czy było warto? Czy oczekiwania zostały spełnione? Co było trudne? Co udało się osiągnąć? Gdzie szukać wsparcia i pomocy?

Tab. 1. Proponowana ogólna tematyka zajęć warsztatowych w ramach „Programu zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży”

OCENA REALIZACJI PROGRAMU

Niniejsza analiza dotyczy realizacji „Programu zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży” w latach 2010–2013.

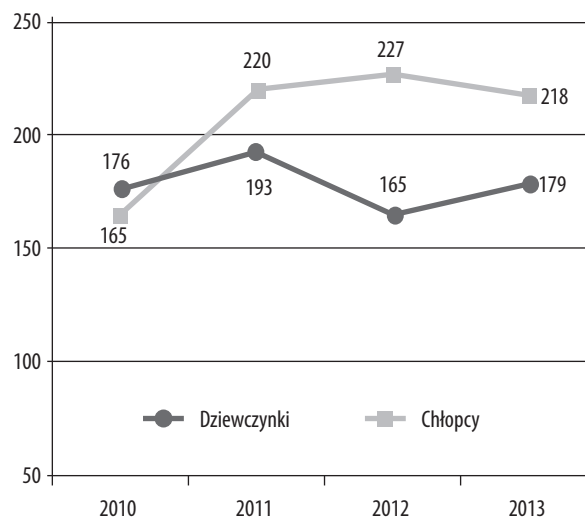
Kryterium włączenia do Programu był wiek (11–16 lat), a w pierwszym roku realizacji (2010) – fakt uczęszczania do VI klasy szkoły podstawowej (niezależnie od wieku). Aby zapewnić uczestnikom jak największe poczucie bezpieczeństwa, a także uniknąć ewentualnej stygmatyzacji dzieci przez rówieśników lub inne osoby z otoczenia szkolnego, badania przesiewowe nie były wykonywane w obrębie jakiegokolwiek zamkniętej społeczności ani grupy formalnej (np. klasy szkolnej). Zgłoszenia do Programu następowały spontanicznie, z inicjatywy rodzica albo opiekuna prawnego. Akcja informująca o możliwości uczestniczenia w badaniach była prowadzona wieloma kanałami – obejmowała rozpowszechnianie wydrukowanych folderów, ogłoszenia w prasie czy radiu, współpracę ze szkołami podstawowymi i organizacjami pozarządowymi z województwa łódzkiego.

BADANIA PRZESIEWOWE: METODA, MATERIAŁ

W latach 2010–2013 przeprowadzono badania przesiewowe 1555 dzieci w wieku 11–16 lat. Ze względu na niedostateczną reprezentację grupy wiekowej 14–16 lat (9 osób w wieku 14 lat, 2 osoby 15-letnie i 1 osoba 16-letnia) dalszej analizie poddano 1543 dzieci w wieku 11–13 lat. Trzynastolatkiem stanowili 35,6% tej grupy, 12-latkowie – 39,9%,

a 11-latkowie – 24,5%. Populacja obejmowała 713 dziewcząt i 830 chłopców. Przebadana grupa to około 2,2% populacji osób w wieku 11–13 lat zamieszkujących województwo łódzkie w latach 2010–2013 (ryc. 1).

Do badań przesiewowych zostały wykorzystane dwa narzędzia: Inwentarz Depresyjności Dziecka M. Kovacs (*Children's Depression Inventory*, CDI) oraz Krakowski Inwentarz Objawowy (KIO), wersja „B1”. Wybór należał do osoby przeprowadzającej badanie, jednak deklarację



Ryc. 1. Liczba dziewcząt i chłopców przebadanych (uwzględnionych w analizie) w ramach pierwszego etapu Programu w latach 2010–2013

stosowania danego narzędzia realizator składał przed rozpoczęciem badań (Bomba *et al.*, 2011; Kovacs, 2004; Szramowska *et al.*, 2012).

Inwentarz Depresyjności Dziecka M. Kovacs to skala służąca do przeprowadzenia samoopisu przez dzieci od 7. do 17. roku życia. Narzędzie zawiera 27 pytań, które odnoszą się do samopoczucia w ostatnich dwóch tygodniach. Pytania tworzą pięć podskal, wyznaczających różne wymiary zaburzeń depresyjnych: obniżony nastrój, problemy interpersonalne, nieefektywność, anhedonię i negatywną samoocenę. CDI charakteryzuje się wysoką rzetelnością – współczynnik α Cronbacha dla wyniku ogólnego wynosi 0,86. W przypadku poszczególnych podskal kwestionariusza współczynniki rzetelności są niższe, lecz nadal akceptowalne (α Cronbacha od 0,59 do 0,68). CDI jest rekomendowane jako narzędzie skriningowe do identyfikacji osób wymagających dalszej diagnostyki w kierunku zaburzeń depresyjnych. Jako punkt odcięcia najczęściej przyjmuje się *T-score* powyżej 65 (1,5 *SD* powyżej średniej), jednakże Kovacs zaleca przesunięcie tej granicy w badaniach populacyjnych do *T-score* powyżej 70 (2 *SD* powyżej średniej) w celu zmniejszenia liczby wyników fałszywie dodatnich (Kovacs, 2004; Szramowska *et al.*, 2012).

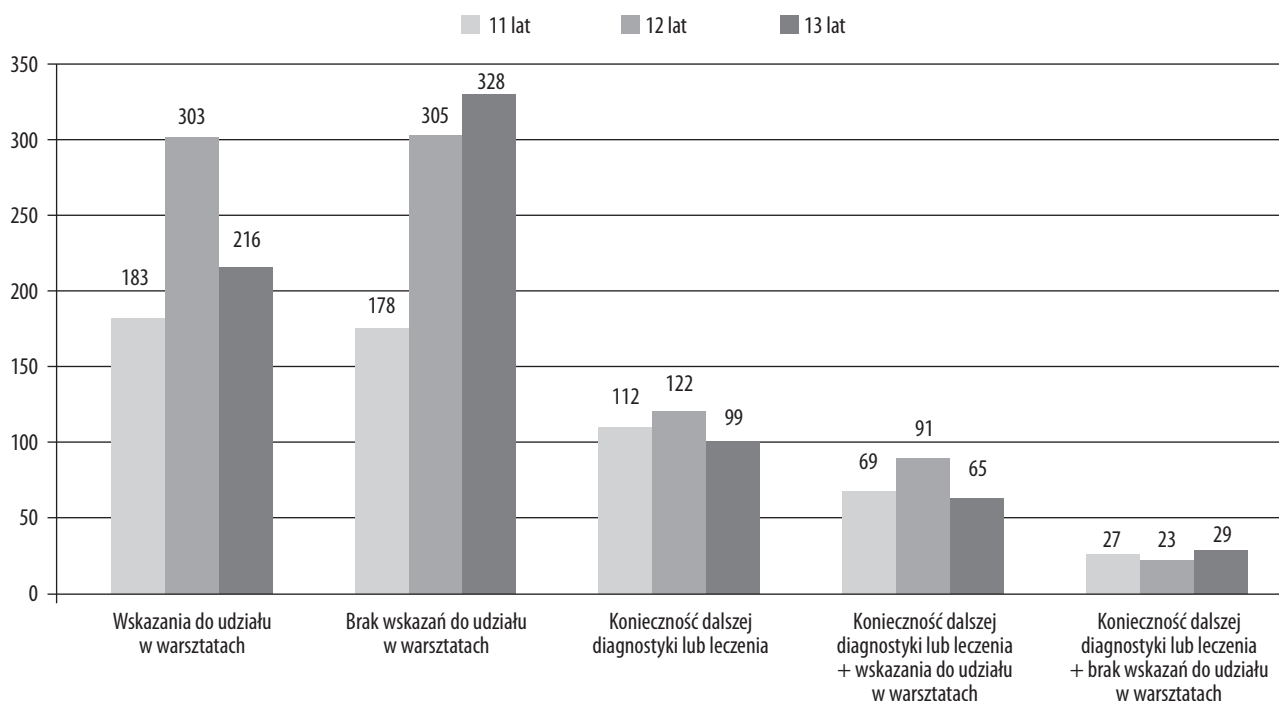
Krakowski Inwentarz Objawowy został skonstruowany przez zespół Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierunkiem prof. Jacka Bomby. KIO charakteryzuje się wysoką rzetelnością (współczynnik α Cronbacha = 0,94). Wersja „B1”, przeznaczona dla młodzieży we wczesnej i średniej fazie dorastania, składa się ze 104 stwierdzeń, które odnoszą się do samopoczucia w ostatnim miesiącu. Osiemdziesiąt dziewięć stwierdzeń odpowiada objawom psychopatologicznym z sześciu wymiarów

(zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia poznawcze, zaburzenia aktywności, autodestrukcja i objawy somatyczne), pozostałe tworzą tzw. skalę kłamstwa. Na przesiewowe rozpoznanie depresji przy użyciu tej wersji KIO pozwala ogólny wynik stenowy 7–10. Wynik z przedziału od 7. do 10. stopnia uzyskany w pojedynczych skalach pozwala na rozpoznanie patologicznego nasilenia objawów z poszczególnych wymiarów (Bomba *et al.*, 2011).

Zdecydowana większość uczestników Programu (74,5%, 1149 osób) została zbadana za pomocą KIO. Z kolei CDI został wykorzystany podczas badania 394 dzieci.

Należy podkreślić, że badanie za pomocą wyżej opisanych narzędzi nie było jedynym elementem badania przesiewowego. W ostatecznej kwalifikacji dziecka do którejś z trzech (umownie przyjętych) grup – 1) wskazanie do udziału w warsztatach w ramach II etapu Programu, 2) brak wskazań do udziału w warsztatach w ramach II etapu Programu, 3) konieczność dalszej diagnostyki lub leczenia w poradni zdrowia psychicznego – uwzględniano przede wszystkim wywiad z dzieckiem i jego rodzicem lub opiekunem. Z informacji przekazanych przez realizatorów badań (Uchwała Nr 83/15 Zarządu Województwa Łódzkiego..., 2015) wynika, że u 702 osób (45,5% badanej populacji) stwierdzono wskazania do udziału w warsztatach terapeutycznych. Zalecenie uczestnictwa w warsztatach wiązało się ze stwierdzeniem u dziecka podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych.

Konieczność dalszej diagnostyki lub leczenia w poradni zdrowia psychicznego stwierdzono u 333 badanych (21,6% populacji poddanej analizie). Większość badanych (67,6%, 225 osób) skierowano również na warsztaty terapeutyczne prowadzone w ramach Programu.



134 Ryc. 2. Grupy nastolatków wyłonione w pierwszym etapie programu

W przypadku 811 osób (52,6% populacji poddanej analizie) badający nie stwierdzili wskazań do udziału w warsztatach terapeutycznych, jednak należy zauważyć, że 79 osobom z tej grupy (9,7%) zalecono dalszą diagnostykę lub leczenie w poradni zdrowia psychicznego. Brak wskazań do udziału w warsztatach nie oznaczał wykluczenia zaburzeń psychicznych (ryc. 2).

WARSZTATY TERAPEUTYCZNE – PRZEBIEG I EWALUACJA

Realizacja Programu w latach 2010–2013 pozwoliła na przeprowadzenie 35 cykli zajęć warsztatowych. W warsztatach terapeutycznych (drugi etap Programu) uczestniczyło łącznie 345 dzieci.

Lekarze i psychologowie przeprowadzający badania przesiewowe byli proszeni o dokonanie ponownej oceny stanu psychicznego dzieci – już po zajęciach warsztatowych. Ponieważ ocena ta była dokonywana dobrowolnie (nie finansowano jej ze środków przeznaczonych na realizację Programu), uzyskano wyniki jedynie 126 uczestników. Dalszej analizie poddano 116 wyników badań, podczas których wykorzystano Krakowski Inwentarz Objawowy.

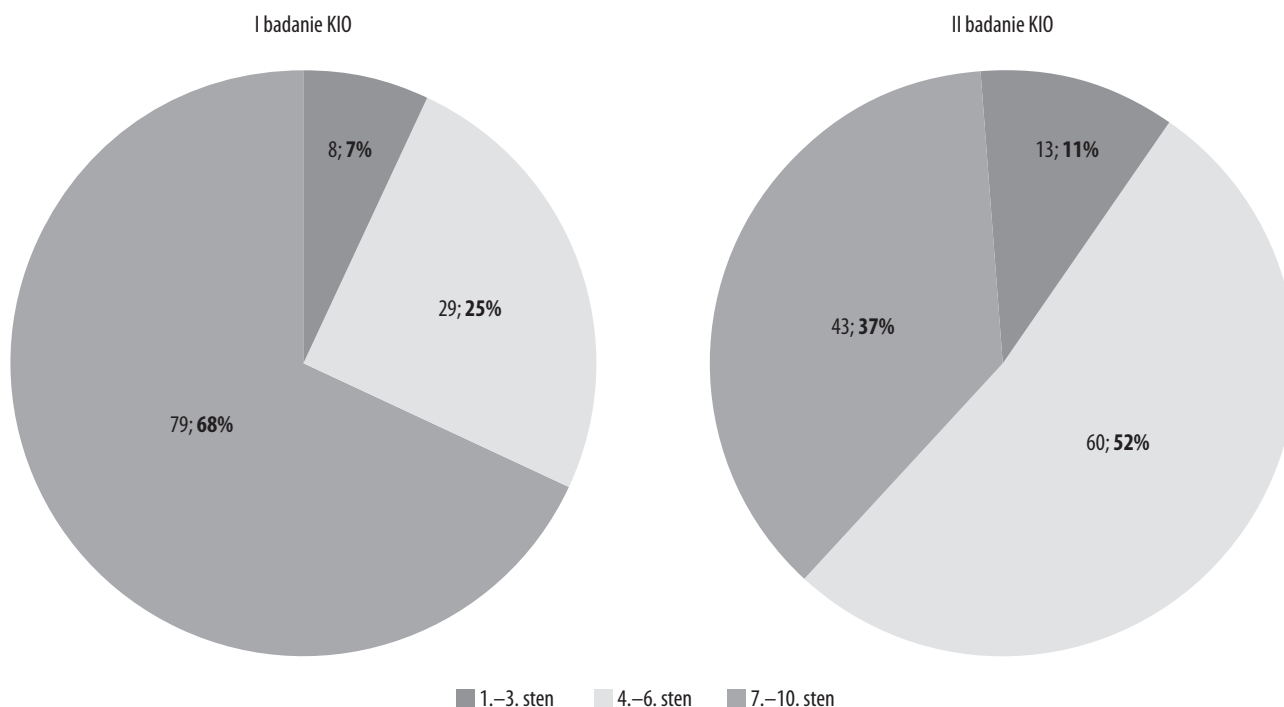
Spśród 116 dzieci skierowanych na warsztaty 79 (68,1%) uzyskało w pierwszym badaniu KIO wynik pozwalający na rozpoznanie depresji, tj. mieszczący się w 7.–10. steniu, u 29 odnotowano wynik z zakresu od 4. do 6. stena, a u 8 uczestników – od 1. do 3. stena. W drugim badaniu KIO, przeprowadzonym po zajęciach warsztatowych, wynik pozwalający na rozpoznanie depresji uzyskały 43 osoby, u 60 odnotowano wynik z zakresu od 4. do 6. stena, a u 13 uczestników – od 1. do 3. stena (ryc. 3).

Poprawę lub brak pogorszenia stanu psychicznego, rozumiane jako uzyskanie w drugim badaniu wyniku stenowego równego lub niższego od wyniku pierwszego badania, odnotowano u 93 dzieci biorących udział w zajęciach warsztatowych (80,2%).

Ponadto badanie tej samej grupy dzieci po zakończonym cyklu zajęć warsztatowych wykazało, że u 37 uczestników, u których w pierwszym badaniu uzyskano wynik mieszczący się w 7.–10. steniu (46,8% grupy), nadal dostrzegalne są objawy pozwalające na rozpoznanie zaburzeń depresyjnych (wynik nadal mieści się w 7.–10. steniu).

W grupie dzieci z rozpoznaną depresją (według kryterium stenowego KIO) redukcję nasilenia objawów patologicznych, rozumianą jako uzyskanie w drugim badaniu wyniku niższego od wyniku pierwszego badania, odnotowano u 56 osób (u 42 z nich w drugim badaniu uzyskano wyniki mieszczące się w przedziale od 1. do 6. stena, u 14 – od 7. do 10. stena). Niepokojące wyniki odnotowano u 6 dzieci, które przed zajęciami warsztatowymi uzyskały w badaniu KIO wynik między 5. a 6. steniem, a w powtórnym badaniu – między 7. a 10. steniem (skutkowało to ponownym skierowaniem do oceny psychologiczno-psychiatrycznej).

Twórcy Programu pozyskali także opinie uczestników na temat organizacji i przydatności zajęć warsztatowych. Podczas ostatniego spotkania każde dziecko biorące udział w warsztatach było proszone o wypełnienie ankiety ewaluacyjnej. Do Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego wpłynęły 282 ankiety. Zdecydowana większość ankietowanych (259 osób, 91,8%) oceniła tematykę zajęć jako bardzo ciekawą lub ciekawą, a 23 – jako niezbyt ciekawą lub nudną.



Ryc. 3. Wyniki uzyskane w pierwszym i drugim badaniu Krakowskim Inwentarzem Objawowym (przed zajęciami warsztatowymi i po nich)

Większość dzieci, które uczestniczyły w warsztatach (69,9%, 197 osób), zadeklarowała chęć ponownego udziału w zajęciach tego rodzaju w przyszłości. Aż 199 osób z badanej grupy (70,6%) uznało, że udział w warsztatach pozwolił im zdobyć nową wiedzę i/lub umiejętności; większość spróbuje wykorzystać je w codziennym życiu, np. w szkole.

WNIOSKI

1. Badania w kierunku depresji realizowane w ramach prezentowanego Programu obejmują corocznie ponad 0,5% populacji osób w wieku 11–16 lat w województwa łódzkiego.
2. W ciągu czterech lat przebadano ponad 2% populacji w wieku 11–13 lat.
3. Do warsztatów terapeutycznych zakwalifikowano niemal co drugiego ucznia z ryzykiem depresji (46%).
4. U co piątego dziecka (21%) stwierdzono konieczność dalszej diagnostyki lub terapii w poradni zdrowia psychicznego (z powodu nasilonych objawów depresji i/lub zachowań samobójczych).
5. W zajęciach warsztatowych wzięło udział ponad 20% nastolatków przebadanych w pierwszym etapie Programu.
6. Ewaluacja Programu – polegająca na porównaniu nasilenia objawów depresyjnych wśród uczestników programu przed cyklem warsztatów i bezpośrednio po ich zakończeniu oraz na analizie ankiet ewaluacyjnych – wykazała redukcję (o blisko połowę) liczby osób z dużym nasileniem objawów depresji (spadek z 80% do 43%); ponad 70% ankietowanych potwierdziło zdobycie nowej wiedzy.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo / References

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5™. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA 2013.
- Bomba J, Modrzejewska R, Beauvale A: Struktura czynnikowa objawów w Krakowskim Inwentarzu Depresyjnym KID IO „B1” w grupie 15-latków. *Psychiatr Pol* 2011; 45: 245–259.
- Goldstein BI, Shamseddeen W, Spirito A *et al.*: Substance use and the treatment of resistant depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 1182–1192.
- Kovacs M: Children's Depression Inventory (CDI). Multi-Health Systems Inc., New York, Toronto 2004.
- Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB: Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 1058–1064.
- Szramowska A, Bornikowska K, Zasada J *et al.*: Ocena występowania objawów depresji u dzieci i młodzieży – badanie pilotażowe. *Przegl Pediatr* 2012; 42: 189–193.
- Uchwała Nr 83/15 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 3 lutego 2015 roku w sprawie zmiany Uchwały Nr 1726/13 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie: zmiany Uchwały Nr 64/12 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 25 stycznia 2012 roku w sprawie: zmiany Uchwały Nr 2208/11 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 19 grudnia 2011 roku w sprawie: zmiany Uchwały Nr 1984/10 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie: uchwalenia realizacji programu zdrowotnego pn. „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży”.
- World Health Organization: Preventing Suicide: A Global Imperative. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014.