

Instytucjonalna Komisja Rewizyjna Nr. 02-043-2  
**FORMULARZ ZGODY**  
Ośrodek Zdrowia Uniwersytetu stanu Connecticut  
Wydział Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień (DMHAS)

Kto prowadzi to badanie? Dr Robert H. Aseltine junior  
Instytut Badań Zdrowia Publicznego  
Uniwersytet stanu Connecticut  
99 Ash Street, MC-7160, East Hartford, CT 06108

Kto finansuje to badanie? Administracja Leczenia Uzależnień i Zdrowia Psychicznego

Jak brzmi tytuł badania? Ocena programu zapobiegania samobójstwom SOS

Jak długo będzie ono trwało? Uczestnictwo dziecka będzie trwało 4 miesiące

**Imię i nazwisko ucznia** (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

**I. A. Cel badania:** ROBERT ASELTINE i jego pracownicy przeprowadzają badanie, mające na celu ocenę programu „Sygnały ostrzegawcze samobójstwa” (SOS), który jest stosowany w systemie szkolnictwa Państwa dziecka. Spodziewamy się, że w projekcie weźmie udział łącznie 5.000 dziewięcioklasistów z 44 szkół.

**B. Procedura:** W okresie 4 miesięcy dziecko Państwa wypełni 2 kwestionariusze. Kwestionariusze będą rozdawane i zbierane przez pracowników prowadzących badanie w sposób, który zapewni poufność odpowiedzi dziecka. Każdy kwestionariusz wypełniany będzie w czasie godzin lekcyjnych.

**II. Omówienie możliwego zagrożenia dla uczestników badania oraz środków bezpieczeństwa stosowanych dla zapewnienia im ochrony:**

Jedynym zadaniem dziecka w tym badaniu będzie wypełnienie 2 kwestionariuszy w dwóch odstępach czasu. Egzemplarz przykładowy kwestionariusza będzie dostępny do wglądu Państwa w szkole dziecka. Kwestionariusz zawiera pytania dotyczące minionych uczuć depresji i/lub myśli samobójczych. Nie ma w nich żadnych pytań na temat aktualnych myśli czy uczuć. Gdyby pytania ożywiły w dziecku smutne lub bolesne uczucia, szkolni fachowcy od zdrowia psychicznego (doradcy, psychologzy szkolni i pracownicy socjalni) będą mogli z dzieckiem porozmawiać. Szkolni fachowcy od zdrowia psychicznego będą również mogli porozmawiać z Państwem, gdyby Państwo mieli jakieś obawy odnośnie swego dziecka, a w stosownych przypadkach będą także mogli ułatwić Państwu uzyskanie innej pomocy.

Udzielone przez dziecko odpowiedzi będą traktowane jako ściśle poufne. Znaczy to, że nikt oprócz badacza i jego współpracowników nie będzie miał dostępu do odpowiedzi dziecka. Nikt w szkole dziecka nie będzie miał dostępu do tych informacji.

**III. Jakie potencjalne korzyści może przynieść Państwu lub innym osobom udział Państwa dziecka w tym badaniu:**

**A.** Zyska na tym szkoła, dowiadując się, czy program SOS jest skuteczny i czy powinna go kontynuować.

**B.** W oparciu o informacje dostarczone przez badanie, twórcy programu SOS będą mogli go ocenić i ulepszyć.

**C.** Nazwiska wszystkich dziewięcioklasistów, którzy do 30 września 2008 roku oddadzą doradcy szkolnemu podpisane formularze zgody zostaną zgłoszone do udziału w losowaniu nagród: bonu towarowego o wartości 50 dolarów lub przenośnego odtwarzacza płyt DVD. Dziecko Państwa nie musi uczestniczyć w badaniu, aby być uprawnionym do wygrania tych nagród. Będzie mogło uczestniczyć w tym losowaniu nawet, gdy zaznaczą Państwo kwadracik „NIE” poniżej, pod warunkiem, że odda podpisany przez Państwa formularz zgody.

**IV. Prowadzący badanie odpowie na wszelkie pytania, jakie Państwo mogą mieć na temat tego badania.** Mogą Państwo zatelefonować do Dr Roberta H. Aseltine juniora pod numer (860) 679-3282 lub do Dr Amy James pod (860) 679-2021 lub pod numer bezpłatny (866) 705-6623.

Instytucjonalna Komisja Rewizyjna Nr. 02-043-2

V. Gdyby mieli Państwo jakiegokolwiek zapytania odnośnie praw dziecka, jako uczestnika badania Ośrodka Zdrowia Uniwersytetu stanu Connecticut, mogą Państwo skontaktować się z przedstawicielem Instytucjonalnej Komisji Rewizyjnej (IRB) pod numerem (860) 679-1019 lub (860) 679-4851.

VI. **Uczestnictwo dziecka jest dobrowolne i mogą Państwo w każdej chwili bez kary lub utraty jakichkolwiek korzyści, do których dziecko mogłoby być uprawnione, odmówić pozwolenia na jego uczestnictwo, wycofać swoje pozwolenie lub przerwać udział dziecka w tym projekcie.** Znaczy to, że decyzja Państwa odnośnie tego, czy dziecko będzie czy nie będzie brało udziału nie wpłynie w żaden sposób na jego ocenę z lekcji, pozycję w szkole lub przyszłą opiekę medyczną w Ośrodku Zdrowia Uniwersytetu stanu Connecticut/Szpitala John Dempsey. Aby wycofać swoje pozwolenie, muszą Państwo napisać list do: Robert H. Aseltine Jr. Ph D, Institute for Public Health Research, University of Connecticut, 99 Ash Street, MC-7160, East Hartford, CT 06108. Dane zebrane do momentu wycofania pozwolenia będą wykorzystane do analizy.

VII. **Zgodnie z Wytocznymi Krajowych Instytutów Zdrowia, dane dotyczące Państwa dziecka będą traktowane jako poufne.** Nie udostępniemy odpowiedzi dziecka Państwu, szkole ani żadnej innej osobie, która nie jest zaangażowana w zbieranie lub analizę danych czy ochronę danych dotyczących tego badania. Imię i nazwisko dziecka będzie przechowywane oddzielnie od jego odpowiedzi. Aby zabezpieczyć nazwiska dzieci, ich kwestionariusze będą identyfikowane za pomocą kodu. Główne akta, które wiążą kody z poszczególnymi dziećmi będą przechowywane w zamkniętej szafce. Dostęp do wszystkich komputerów, które zawierają informacje dotyczące badania będzie zabezpieczony poufnym hasłem.

VIII. Po zakończeniu badania Dr Aseltine i jego koledzy planują opublikować artykuł na temat uzyskanych wyników. Informacje zostaną przedstawione w formie streszczenia i dziecko Państwa nie będzie zidentyfikowane w żadnych publikacjach ani wykładach. Udzielimy identyfikowalnych informacji tylko władzom, które muszą dopilnować, aby badania te spełniały wymogi oraz zabezpieczenia prawne, instytucjonalne i/lub akredytacyjne.

IX. **Czy dowiedzą się Państwo wyników tego badania?** Mogą Państwo poprosić Roberta Aseltine o kopię końcowego sprawozdania lub publikacji, telefonując pod numer 860-3282 lub wysyłając do niego email na adres [asetine@uchc.edu](mailto:asetine@uchc.edu).

X. **Zgoda na uczestnictwo:** Prosimy o zatrzymanie jednego egzemplarza tego formularza w domu i odesłanie drugiego egzemplarza, podpisanego i opatrzonego datą, do szkoły. Podpisując ten formularz, potwierdzają Państwo, że przeczytali Państwo (lub też ktoś Państwu przeczytał) ten dokument świadomie wyrażanej zgody, że dano Państwu okazję do zadania pytań i otrzymania zadowalających Państwa odpowiedzi, oraz że wyrażają Państwo dobrowolnie zgodę na to, by dziecko Państwa uczestniczyło w projekcie opisanym w tym formularzu. Dziecko Państwa będzie również proszone o wyrażenie zgody na wzięcie udziału w tym badaniu. Prosimy o zaznaczenie odpowiedniego kwadracika poniżej i złożenie swojego podpisu:

**TAK, WYRAŻAM zgodę**, by moje dziecko wzięło udział w tym badaniu. Pozwolenie to wygaśnie wraz z zakończeniem projektu 30 czerwca, 2009 r.

**NIE, NIE wyrażam zgody**

Rola	Nazwisko drukowanymi literami	Podpis	Data
Rodzik/Opiekun			
Uczeń			