

فرم رضایت نامه

عنوان طرح: مقایسه اثربخشی سه جلسه در مقابل پنج جلسه مشاوره سوگ بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و شدت سوگ اعضای خانواده متوفیان COVID-19: یک کارآزمایی شاهددار تصادفی شده چند مرکزی

بدین وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق الذکر دعوت به عمل می آید. اطلاعات مربوط به این پژوهش در این برگه خدمتتان ارائه شده است و شما برای شرکت یا عدم شرکت در این پژوهش آزاد هستید.

شما مجبور به تصمیم گیری فوری نیستید و برای تصمیم گیری در این باره می توانید سوالات خود را از تیم پژوهشی بپرسید و با هر فردی که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضای این رضایت نامه مطمئن شوید که متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده است.

مجری پژوهش: دکتر نوشین خادم الرضا

۱. من می دانم که اهداف این پژوهش عبارتند از :
بررسی تاثیر مشاوره ی سوگ بر سلامت عمومی، کیفیت زندگی و شدت سوگ بازماندگان متوفیان ناشی از بیماری COVID-19 و بررسی وضعیت رضایت مندی شرکت کنندگان در مطالعه از مشاوره ی سوگ ارائه شده
۲. من می دانم شرکت من در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این پژوهش نیستم به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در این پژوهش نباشم، از مراقبت های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من بامرکز درمانی و پزشک معالج دچار اشکال نشود.
۳. من می دانم که حتی پس از موافقت با شرکت در پژوهش می توانم هر وقت که بخواهم، پس از اطلاع به مجری، از پژوهش خارج شوم و خروج من از پژوهش باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای من نخواهد شد.
۴. نحوه ی همکاری اینجانب در این پژوهش به این صورت است:
شرکت کنندگان در این مطالعه به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم خواهند شد و یک گروه مشاوره ی سوگ را در سه جلسه و گروه دیگر آن را در پنج جلسه دریافت خواهد کرد. مدت زمان هر جلسه به طور متوسط ۴۵ دقیقه خواهد بود. نحوه همکاری شرکت کنندگان به صورت شرکت در جلسات مشاوره سوگ و زمان های پیگیری های آن و پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه در مصاحبه می باشد.
۵. منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه به شرح زیر است:
شرکت در جلسات مشاوره ی سوگ رایگان خواهد بود، در صورت نیاز در هر مرحله از مشاوره، کمک های تخصصی ارائه خواهد شد
- ۶ شرکت در این مطالعه آسیب و عوارض احتمالی ندارد.
۷. در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه روش معمول درمانی برای من ارائه خواهد شد که روش معمول درمانی منافع و عوارضی ندارد.
۸. من می دانم که دست اندرکاران این پژوهش، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و

فقط اجازه دارند فقط نتایج کلی و گروهی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند.
۹. می دانم که کمیته اخلاق در پژوهش با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب می تواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشید

۱۰. من می دانم که هیچ یک از هزینه های انجام مداخلات پژوهشی به شرح ذیل بر عهده من نخواهد بود.
تمام فرآیند مشاوره ی سوگ رایگان است.
۱۱. مشخصات فردی که جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی شد و به من گفته شد تا هر وقت مشکلی یا سوالی در رابطه با شرکت در پژوهش مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم. نام و آدرس و شماره تلفن ثابت و همراه ایشان به شرح زیر به من ارائه شد:
نام و نام خانوادگی دکتر نوشین خادم الرضا
آدرس:

تهران- ستارخان- کوچه شهید منصوری- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان
تلفن ثابت: ۰۲۱۶۶۵۰۶۸۶۲
تلفن همراه: ۰۹۱۲۵۷۰۱۸۲۸

۱۲. من می دانم که اگر به علت شرکت در این پژوهش مشکلی اعم از جسمی و روحی برای من پیش بیاید، درمان عوارض آن و غرامت مربوطه بر عهده مجری خواهد بود.
۱۳. من می دانم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا روند پژوهش دارم میتوانم با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران به آدرس: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بزرگراه شهید همت غرب بین تقاطع شیخ فضل الله و شهید چمران ستاد مرکزی طبقه ۵ معاونت تحقیقات و فناوری با شماره ۰۲۵۳۰۸۶۷۰ تماس گرفته و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایم.
۱۴. این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تهیه شده و پس از امضا یک نسخه در اختیار من و نسخه دیگر در اختیار مجری قرار خواهد گرفت.

اینجانب موارد فوق الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در این پژوهش اعلام میکنم

اینجانب **نوشین خادم الرضا** خود را ملزم به اجرای تعهدات مربوط به مجری در مفاد فوق دانسته و متعهد می گردم در تامین حقوق و ایمنی شرکت کننده در این پژوهش تلاش نمایم.

امضای شرکت کننده

مهر و امضای مجری پژوهش