



**جمهوري اسلامي ايران**

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني گناباد**

**دانشکده پزشکی**

**معاونت پژوهشی**

**پیشنهاد طرح پژوهشی (مطالعه مروری)**

|  |
| --- |
| **عنوان طرح پژوهشی (به فارسي):** |
| **Title (In English):**  The Effect of Foot Reflexology on the Severity of Labor Pain: a Systematic Review Study |

**تاریخ پیشنهاد : تاریخ تصویب:**

**کد طرح: کداخلاق:** کد IRCT (درصورت لزوم):

چنانچه نتيجه نهائي اين طرح، به تدوين و انتشار مقاله اي در مجلات معتبر و یا ارائه در کنگره‌ها، منجر شود،

ذكر منابع تامين مالي (معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشكي گناباد یا ...) در بخش مواد و روش ها و یا تشکر و قدردانی  
ضروري مي باشد.

**وضعیت اخلاقی طرح:**

اظهار نامه پژوهشگر جهت ارزیابی اخلاق در پژوهش

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | بلی | خیر |
| 1 | باورها، رفتارها و ارزشهای جامعه رعایت شده است؟ |  |  |
| 2 | در بازنگری مدارک رعایت صداقت و امانت شده است؟ |  |  |
| 3 | از منابع معتبر استفاده شده است؟ |  |  |
| 4 | از ابزار و فنون مناسب استفاده شده است |  |  |
| 5 | از روش هایی که سبب آسیب جسمی یا روانی شود استفاده نمی گردد؟ |  |  |
| 6 | آزادی فردی و حق انصراف افراد داوطلب یا بیمار از ادامه تحقیق رعایت شده است؟ |  |  |
| 7 | در صورت مداخله ای بودن طرح، رضایت نامه اخذ می گردد؟ |  |  |
| 8 | اگر خسارات ناخواسته به افراد مورد بررسی وارد شود، جبران خواهد شد؟ |  |  |
| 9 | در صورت شناسایی مشکل نیازمند به پیگیری، نسبت به راهنمایی، ارجاع و مساعدت لازم اقدام خواهد شد؟ |  |  |
| 10 | حقوق افراد صغیر و یا کسانی که قیم لازم دارند حفظ خواهد شد؟ |  |  |
| 11 | اطلاعات مربوط به افراد مورد بررسی محرمانه خواهد ماند؟ |  |  |
| 12 | رعایت سایر موارد کدهای 26 گانه اخلاق در پژوهش (ضمیمه فرم پروپوزال) را تأیید و تعهد می نمایم؟ |  |  |

نام و نام خانوادگی پژوهشگر:

امضاء پژوهشگر تاریخ :

|  |
| --- |
| نظر نهایی کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش: تاریخ جلسه:  □ 1- کاملاً رعایت شده و طرح قابل اجرا می باشد.  □ 2- از نظر اخلاقی با مشکل جدی مواجه بوده و شرایط اجرا را ندارد.  □ 3- علاوه بر بندهای تعهد شده فوق با لحاظ نمودن موارد ذیل اجرای آن بلامانع می باشد: |

نام و نام خانوادگی و امضاء نام و نام خانوادگی و امضاء

رئیس موسسه و یا سازمانی که مجری اصلی در آن اشتغال دارد رئیس موسسه یا سازمانی که همکار مجری اصلی می باشد

**قسمت اول: اطلاعات مربوط به مجریان طرح**

* 1. **مشخصات مجری (مجریان) طرح**(ذکر نام افراد بدون امضای آنان اعتباری ندارد):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگي** | **شغل** | **رشته تخصصی** | **ميزان تحصيلات و رتبه علمی** | **نوع همكاري** | **شماره کد ملی** | **شماره حساب** | **نام بانک** | **امضاء**  **(الزامی است)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. **مشخصات همكاران طرح** (ذکر نام افراد بدون امضای آنان اعتباری ندارد):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگي** | **شغل** | **رشته تخصصی** | **ميزان تحصيلات و رتبه علمی** | **نوع همكاري** | **شماره کد ملی** | **شماره حساب** | **نام بانک** | **امضاء**  **(الزامی است)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**قسمت دوم – اطلاعات تخصصی :**

1. **عنوان طرح:**
2. **سوال اصلی پژوهش:**

**تعریف واژگان:**

**- مرور سیستماتیک :**

**مقدمه و بیان مسئله**

**اهداف**

**هدف کلی:**

سوالات پژوهش

**متدولوژی پژوهش**

**1-9- نوع مطالعه:**

**2-9- جامعه مورد مطالعه:**.

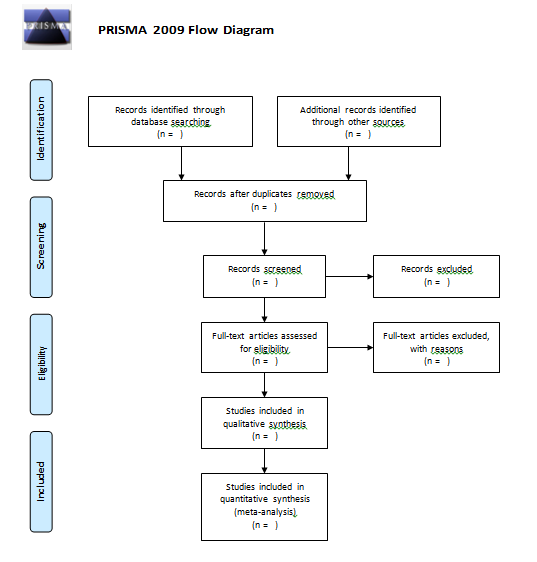
**3-9- نمونه پژوهش**

**-معیار های ورود:**

**-معیارهای خروج:**

**استراتژی جستجو**

**استخراج اطلاعات**



**تصویر شماره 1- فلوچارت انتخاب مقالات**

**8-9- روش های تجزیه و تحلیل**

**ارزیابی کیفیت مقالات:**

ارزیابی کیفیت مقالات وارد شده به مطالعه با استفاده از آخرین ویرایش چک لیست[[1]](#footnote-1)(27)CONSORT 2017[[2]](#footnote-2) انجام خواهد شد. این چک لیست از 6 بخش کلی(شامل 25 زیر مجموعه ) تشکیل شده است که عبارت اند از: عنوان و خلاصه، مقدمه، روش اجرا، نتایج، بحث و سایر اطلاعات. نحوه ی امتیاز دهی به مقالات با استفاده از این چک لیست استاندارد به این صورت بود که در صورت اشاره به آیتم مورد نظر در مقاله نمره یک و در صورت عدم اشاره نمره ی صفر برای آن آیتم در نظر گرفته خواهد شد(28). بر این اساس امتیاز حاصل از این چک لیست بین 44-0 می باشد. جهت انجام این مطالعه مروری، نمره ی CONSORT به سه طبقه تقسیم بندی و گزارش خواهد شد**:**

1)مطالعات با کیفیت بالا: نمره ی مطالعه بیش از 34/29

2)مطالعات با کیفیت متوسط: نمره ی مطالعه بین 34/29-67/14

3)مطالعات با کیفیت ضعیف: نمره ی مطالعه کم تر از 67/14

بررسی کیفیت مقالات توسط هر دو نویسنده مقاله انجام خواهد می شد و در صورت اختلاف نظر با بحث و بررسی مجدد اجماع حاصل خواهد می شد. نتایج حاصل از ارزیابی کیفیت مقالات در جدولی مشابه جدول زیر گزارش خواهد شد:

**امتیازات کسب شده هر مقاله به تفکیک بخش های اصلی چک لیست2017 CONSORT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره** | **نویسنده مقاله (سال)** | **عنوان و خلاصه** | **مقدمه** | **روش اجرا** | **نتیجه** | **بحث** | **سایر اطلاعات** | **نمره کل** | **کیفیت مقاله** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**- نحوه توصیف و تحلیل اطلاعات**

**- محدودیت های پژوهش**

ملاحظات اخلاقی

فهرست منابع :

**References**

**قسمت چهارم: اطلاعات مربوط به هزینه ها**

1-4) **آيا براي اين طرح از سازمانهاي ديگر نيز درخواست اعتبار شده است؟ بلي 🞎 خير 🞎**

**پژوهشگران پیشنهادی برای هزینه ها ندارند و برآورد هزینه را به کمیته مالی واگذار می نمایند .**

**تعهد مجری طرح در قبال انجام طرح:**

**با توجه به تامین مالی طرح از طرف معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد، ضروری است آدرس دهی های (Affiliation) فارسی و انگلیسی در کلیه نتایج حاصل از این طرح به صورت ذیل باشد:**

آدرس ( ...، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران)

[…, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran. (I.R.Iran.)]

نتايج اين طرح حداقل منجر به موارد زير خواهد شد:

● تعداد **یک** مقاله در مجلات ايندكس شده در نمایه های نوع 2 بر اساس فرم ارزشیابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(SCOPOUS)

**مدارک مورد قبول :**

\* براي مقالات تعهد شده،‌ چاپ مقالات مورد قبول خواهد بود.

\* براي اختراع، نوآوري و يا بومي سازي فن­آوري، ارائه برگه ثبت اختراع يا Patent به نام دانشگاه يا مركز تحقيقاتي الزامي است.

\* در ساير موارد ارائه تاييديه بالاترين مقام مسؤول در زمينه استفاده كننده از نتيجه طرح الزامي است.

**نام و نام خانوادگی امضای مجری مسئول طرح**

این طرح تحقیقاتی به شماره

با عنوان:

در جلسه شورای پژوهشی دانشکده علوم پزشکی گناباد مورخ به تصويب رسيد.

نام و امضای معاون پژوهشی دانشکده پزشکی

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

این طرح تحقیقاتی به شماره

با عنوان:

با اعتباري معادل ريال

در جلسه ی کمیته ی بودجه ی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد در مورخ به تصويب رسيد.

نام و امضای مدیر امور پژوهشی دانشگاه

نام و امضای معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه

جدول تعیین درصد پرداختی مجریان و همکاران طرح

**(این جدول الزامی بوده وباید توسط مجری اول و با هماهنگی همکاران طرح تکمیل گردد)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام بانک | شماره حساب | شماره شبا | کد ملی | \*درصد تعیین شده | نام و نام خانوادگی | ردیف |
|  |  |  |  |  |  | **1** |

**- در صورت نیاز به هرگونه تغییر در جدول ، مجری اول بایستی به مدیریت پژوهشی اطلاع دهد در غیر این صورت بر اساس جدول ارائه شده اولیه پرداخت خواهد شد.**

مشخصات مجری جهت درج در سامانه ملی اخلاق

ایمیل مجری اول:

شماره همراه:

کد ملی:

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Consolidated Standard of Reporting Trials (CONSORT) [↑](#footnote-ref-2)