

بسمه تعالی



## معاونت تحقیقات و فناوری\*

# "طرح پیشنهادی تحقیق"

عنوان فارسی طرح: طراحی و امکان سنجی برنامه ثبت خشونت منجر به جرح در استان آذربایجان شرقی

عنوان انگلیسی طرح: Designing and Feasibility Study of the Violence Injury Registration Program in East-Azerbaijan province

کد رهگیری پژوهان: ۶۰۲۰۷

نام و نام خانوادگی مجری / استاد راهنمای اول: مهستی علیزاده

نوع طرح: کاربردی - بنیادی

۱. غیر پایاننامه

۲. پایاننامه

محل اجرای طرح: دانشکده: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مرکز تحقیقاتی\*\*:

\* نشانی: تبریز - دانشگاه علوم پزشکی تبریز - سازمان مرکزی شماره ۲ - معاونت تحقیقات و فناوری - تلفن: ۳۳۳۵۷۳۱۴  
 \*\* در صورتی که طرح تحقیقاتی پایاننامه ای، در یکی از مراکز تحقیقاتی دانشگاه انجام خواهد شد قبل از ارسال طرح به دانشکده مربوطه، تایید اولیه مرکز ذیربط ضروری است. بدیهی است ذکر آدرس دقیق مرکز تحقیقات محل اجرای طرح برای نفر اول یا نویسنده مسئول مقاله / مقالات حاصل الزامی است.

### قسمت اول

#### ۱- اطلاعات مربوط به مجری / استاد راهنما:

نام و نام خانوادگی	مهستی علیزاده
نام پدر	مجید

کد ملی	۲۷۵۳۵۷۲۷۲۰
نشانی و تلفن محل کار	-- -- دانشکده پزشکی - ۰۰۹۸۹۱۴۳۱۳۶۱۷۸
مرتبه علمی	استاد
رشته تحصیلی و تخصصی	دکتری تخصصی PhD - پزشکی اجتماعی
تاریخ دریافت تاییدیه کار با حیوانات آزمایشگاهی (مدت اعتبار ۵ سال)	
شماره حساب بانک رفاه	۲۴۱۸۶۸۳۱۲
تلفن همراه	۰۹۱۴۳۱۳۶۱۷۸
پست الکترونیک	alizadm@yahoo.com

## ۲- جدول مشخصات دانشجو ( در صورتی که طرح پایاننامه است تکمیل جدول زیر الزامی است)

نام و نام خانوادگی دانشجو	
مقطع و رشته تحصیلی	-
دانشکده	مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
دانشگاه	دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تلفن همراه	
پست الکترونیک	

## ۳- راهنمای تکمیل طرح پیشنهادی تحقیق را مطالعه کردم و آنها را رعایت میکنم.

[Link راهنمای تکمیل طرح پیشنهادی تحقیق](#)

## ۴- لیست پژوهش های مرتبط با موضوع طرح پیشنهادی که مجری / استاد راهنما در آن مشارکت داشته است:

عنوان طرح	نام مجری	نوع مشارکت	زمان شروع	درصد پیشرفت کار	ملاحظات

		۱۳۹۶/۰۸/۱۵	استاد راهنمای اول (آموزشی)		طراحی، اجرا و ارزشیابی آموزش الکترونیکی بسته «برنامه ریزی عملیاتی» در برنامه پزشکی خانواده
		۱۳۹۶/۱۱/۱۲	استاد راهنمای اول (آموزشی)		نیازسنجی جامع آموزشی مدیران و سیاست گزاران سلامت در زمینه عملکرد مبتنی بر شواهد
			همکار اصلی		مطالعه مروری TOSCE بعنوان ابزار ارزشیابی در یادگیری بین حرفه‌ای
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی انتظار از ازدواج در زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره ی ازدواج
		۱۳۹۹/۰۱/۲۷	استاد راهنمای اول (آموزشی)		تأثیر آموزش بین حرفه‌ای بر کار تیمی، مهارت‌های ارتباطی و کیفیت مراقبت‌های درمانی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه: یک مطالعه مرور نظام‌مند و فرا تحلیل
		۱۳۹۷/۰۲/۲۳	استاد راهنمای اول (آموزشی)		ارزیابی اجرای استانداردهای ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی بر اساس فرم های خودارزیابی و مقایسه نتایج، ۱۳۹۶.
		۱۴۰۰/۰۷/۲۱	استاد راهنمای اول (آموزشی)		وضعیت اجتماعی اقتصادی تعیین گر پاسخ به درمان در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی
			مجری اول (اصلی- هیات علمی)	مهستی علیزاده	تاثیر هنر و علوم انسانی بر نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی با راه اندازی آتلیه هنر و علوم انسانی در دانشکده پزشکی تبریز
		۱۴۰۰/۱۱/۱۷	مجری اول (اصلی- هیات علمی)	مهستی علیزاده	بررسی روند عوامل دموگرافیک و شاخصهای بیماری و مرگ در بیماران مبتلا به سل در استان آذربایجان شرقی طی سالهای ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۹
		۱۳۹۹/۰۲/۱۵	استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی شیوع و عوامل خطر سکتة ی مغزی در جمعیت تحت پوشش کوهورت آذر
		۱۴۰۰/۰۹/۲۰	استاد راهنمای اول (آموزشی)		موانع و تسهیل کننده های تصمیم گیری مشارکتی در فعالیت های بالینی؛ یک مرور چتری نظام مند
		۱۴۰۰/۰۸/۱۵	استاد راهنمای اول (آموزشی)		ارتباط الگوی مصرف دخانیات با اختلالات شبکه چشم در جمعیت آذرکوهورت از سال ۹۴ تا ۹۶

		۱۳۹۵/۰۶/۲۵	همکار اصلی	نازیلا ستاری	: بررسی میزان آگاهی از بیماری ایدز در زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری تبریز و علل مراجعه آنها
		۱۴۰۰/۰۲/۱۲	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	بررسی ویژگی های اپیدمیولوژیک ، جمعیت شناختی و بالینی در بیماران مبتلا به COVID-۱۹ در استان آذربایجان شرقی
		۱۴۰۰/۰۳/۳۱	استاد راهنمای اول (آموزشی )		تاثیر آموزش مجازی برنامه سلامت میانسالان بر دانش، نگرش و مهارت کارشناسان سلامت جمعیت و خانواده مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی در سال ۱۴۰۰
		۱۴۰۲/۰۲/۲۹	استاد راهنمای اول (آموزشی )		تعیین گره های اجتماعی آگاهی زوجین قبل از ازدواج در مورد سلامت جنسی
		۱۴۰۱/۱۰/۲۶	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	بررسی آزار جنسی و پیامد های آن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز
			استاد راهنمای اول (آموزشی )		بررسی چالش های آموزشی مشترک دانشجویان رشته های علوم پزشکی بعد از شروع پاندمی COVID-۱۹
			استاد راهنمای اول (آموزشی )		نیازسنجی دوره ی آموزش مشاوره با بیمار توسط داروساز
		۱۳۹۹/۰۷/۱۶	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	نظام ثبت خشونت خانوادگی منجر به جرح در تبریز
		۱۳۹۹/۱۲/۰۵	استاد راهنمای اول (آموزشی )		تاثیر مداخلات خود مدیریتی دیابت نوع ۲ بر کیفیت زندگی بیماران : یک مرور چتری
		۱۴۰۱/۰۱/۲۴	استاد راهنمای اول (آموزشی )		بررسی ارتباط بین وزن هنگام تولد ، تغذیه دوران نوزادی و شرایط اجتماعی اقتصادی خانواده بر اضافه وزن و چاقی کودکان زیر ۶ سال در آذربایجان شرقی
		۱۴۰۱/۱۰/۲۶	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	تاثیر ارسال پیامک بر پارامترهای مرتبط با چاقی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک دچار چاقی یا اضافه وزن: کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده
		۱۴۰۲/۰۴/۱۷	استاد راهنمای اول (آموزشی )		تاثیر تعیین گر های وضعیت اقتصادی-اجتماعی در بقا و مرگ و میر بیماران سرطان سرویکس: یک مطالعه مرور نظام مند و متاآنالیز

			استاد راهنمای اول (آموزشی)		فرا تحلیل سن هنگام تشخیص سرطان پستان در ایران
		۱۳۹۷/۰۴/۲۵	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	نیازسنجی، طراحی، اجراء و ارزشیابی دوره آموزشی ویژه سازمانهای مردم نهاد در استان آذربایجان شرقی
		۱۴۰۰/۰۷/۲۱	استاد راهنمای اول (آموزشی)		خودمدیریتی دیابت از طریق مراقبت از راه دور و کیفیت زندگی: یک مرور نظام مند
		۱۴۰۰/۱۱/۲۷	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	یکپارچه سازی برنامه آموزش مبتنی بر نسخه نویسی اجتماعی برای دانشجویان رشته پزشکی
		۱۴۰۱/۰۲/۱۹	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	تعیین گره های اجتماعی سلامت در میان شهروندان تبریزی مورد مطالعه: شهروندان بالای ۱۸ سال شهر تبریز
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	بررسی تاثیر پزشکی از راه دور در کودکان و نوجوانان مبتلا به پرفشاری خون: مرور سیستماتیک
		۱۳۹۵/۰۵/۰۳	همکار اصلی	رسول حشمتی	بررسی تعیین کننده های رفتار خودمراقبتی در بیماران سرپایی قلبی بر مبنای مدل ارتقاء سلامتی پندر
		۱۳۹۸/۱۰/۰۸	استاد راهنمای اول (آموزشی)		مطالعه تطبیقی برنامه آموزش تخصصی پزشک خانواده در کشورهای منتخب
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی چالش های مشترک دانشجویان رشته های علوم پزشکی بعد از شروع پاندمی COVID-۱۹
		۱۴۰۰/۰۹/۲۸	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	بررسی اضطراب ناشی از کرونا و کیفیت زندگی سالمندان
		۱۴۰۱/۱۲/۰۱	استاد راهنمای اول (آموزشی)		تله مدیسین و سرطان پستان در پاندمی کووید-۱۹: یک مطالعه مرور نظام مند
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	میزان مرگ و میر پس از جراحیهای الکتیو در دوران پاندمی کووید-۱۹

		۱۴۰۰/۰۷/۲۱	استاد راهنمای اول (آموزشی)		تعیین ارتباط فشار خون و دیابت با سکتة مغزی در جمعیت تحت پوشش کوهورت آذر
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	تدوین معیار های سازمانهای مردم نهاد و خیرین شاخص و شیوه نامه جلب مشارکت آنها
		۱۴۰۰/۰۳/۰۹	استاد راهنمای اول (آموزشی)		سلامت روان و عوامل موثر بر آن در کارکنان سیستم بهداشتی خط اول مراقبت کووید-۱۹
		۱۳۹۹/۰۶/۱۰	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	Falls prevention among psychiatric patients in Razi Hospital ,Tabriz , Iran: a best practice implementation project:۲۰۱۹-۲۰۲۰
		۱۴۰۲/۰۱/۲۸	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	احصاء تعیین کننده های استانی آسیب های اجتماعی
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت عمومی شهروندان تبریز در سال ۱۴۰۱
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی ارتباط تبعیض ادراک شده با سلامت عمومی ساکنین شهر تبریز
		۱۴۰۳/۰۲/۳۰	استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی ارتباط بین محیط آموزشی و سلامت روان در دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۴۰۳
			همکار اصلی		تدوین سند آینده نگاری و نقشه راه تحقق مرجعیت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
		۱۳۹۸/۰۸/۲۷	استاد راهنمای اول (آموزشی)		عوامل مرتبط با عدم پذیرش توصیه های دارویی و غیر دارویی در بیماران دیابتی
		۱۳۹۷/۰۲/۲۳	استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی تعیین گرهای روانی اجتماعی انتظار از ازدواج در مراجعین به مراکز مشاوره ای پیش از ازدواج اسدآبادی و هفتم تیر شهرستان تبریز
		۱۳۹۸/۰۳/۲۶	استاد راهنمای اول (آموزشی)		نقش پیشگویی کنندگی مولفه های اجتماعی در افسردگی و میزان مراقبت در سالمندان شهرستان مراغه

		۱۳۹۷/۰۷/۱۴	همکار اصلی	الهام مسرت	طراحی پورتال تعاملی سازمان های مردم نهاد تبریز
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		الگوی استفاده از اینترنت در افراد بالای ۶۰ سال شهر تبریز
		۱۴۰۴/۰۲/۰۱	استاد راهنمای اول (آموزشی)		تعیین دانش، نگرش و عملکرد دانشجویان پزشکی در مورد تب دانگ و ناقلین آن در دانشگاه علوم پزشکی تبریز
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی فراوانی ۱۰ ساله موارد دائمی و گذرای هیپوتیرویدی مادرزادی بعد از تشخیص در استان آذربایجان شرقی از سال ۱۳۹۴ تا سال ۱۴۰۳
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	طراحی و ارزیابی سیستم حمایت یکپارچه برای پیشگیری و کنترل سلامت روان دانشجویان پزشکی: رویکردی مبتنی بر علم پیاده سازی
		۱۳۹۸/۰۳/۲۹	استاد راهنمای اول (آموزشی)		مقایسه پیامدهای مورد انتظار از دانش آموختگان رشته ی تخصصی پزشکی خانواده از دیدگاه اساتید و مدیران ارشد و میانی نظام سلامت و دستیاران پزشکی خانواده و اجتماعی با کوریکولوم مصوب رشته مربوطه-مطالعه کیفی
		۱۳۹۸/۰۴/۰۲	مشاور		تعیین میزان آگاهی و نگرش و عملکرد دختران مدارس غرب تبریز در مورد قاعدگی
		۱۴۰۲/۰۹/۰۶	همکار اصلی	مدینه عباسی	بررسی شیوع و عوامل موثر بر ترس از حشرات (Entomophobia) در دانش آموزان شهر تبریز
		۱۴۰۲/۱۰/۰۹	استاد راهنمای اول (آموزشی)		ارتباط تفاوت جنسیتی ادراک شده با سلامت روان زنان شاغل در علوم پزشکی تبریز
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		عوامل موثر بر خودکارآمدی تطابقی در دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در پاندمی کوید-۱۹
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی چالش های آموزشی شایع دانشجویان رشته های علوم پزشکی بعد از شروع پاندمی COVID-۱۹
		۱۳۹۸/۰۸/۰۶	مشاور		تبیین موانع ادراکی صمیمیت جنسی و بهبود آن در زوجین سنین باروری با رویکرد زوج درمانی شناختی - رفتاری (Cognitive Behavioral Couples Therapy) :یک مطالعه ترکیبی اکتشافی متوالی

		۱۳۹۹/۰۷/۱۶	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	تحلیل نابرابری در بهره مندی از خدمات سلامت در زنان سرپرست خانوار شهر تبریز در سال ۱۳۹۸
			همکار اصلی	مرتضی سعادتخواه	طراحی الگوی نظام جامع حمایت سالمندی: یک مطالعه چند روشی
		۱۴۰۴/۰۳/۰۵	استاد راهنمای اول (آموزشی)		ارتباط فرسودگی شغلی و محیط یادگیری در رزیدنت‌های دانشکده پزشکی تبریز
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		ارزشیابی برنامه غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید در شهرستان‌های تحت پوشش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		تجربه‌های زیسته زنان از معاینه بکارت و قضاوت‌های اجتماعی و خانوادگی
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		ارزیابی میزان تاب آوری در دانشجویان داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و ارتباط آن با سلامت عمومی
		۱۳۹۹/۰۳/۲۵	استاد راهنمای اول (آموزشی)		شیوع و اتیولوژی آسیب های چشمی ناشی از تروما در ایران مرور سیستماتیک و متاآنالیز
		۱۴۰۲/۱۱/۲۵	استاد راهنما دوم (آموزشی)		بررسی ارتباط پاپ اسمیر غیر طبیعی در سقط سه ماهه دوم و زایمان زودرس با و بدون پارگی پرده آمنیوتیک
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	تاثیر TeleHealth در مدیریت زنان باردار مبتلا به پرفشاری خون: یک مطالعه مروری نظام مند و متاآنالیز
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	درمان ترکیبی دارویی در سالمندان مبتلا به پرفشاری خون: یک مطالعه مرور سیستماتیک
		۱۳۹۷/۰۲/۲۳	همکار اصلی	دل آرا لاغوثی	اولویت بندی مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت در استان آذر بایجان شرقی
		۱۳۹۶/۱۰/۰۲	همکار اصلی	دل آرا لاغوثی	اولویت بندی آسیب های اجتماعی از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تبریز
		۱۳۹۹/۱۱/۲۵	همکار اصلی	عصمت مهرابی	تاثیر مشاوره با مدل EXPLISSIT بر عملکرد جنسی زنان متاهل لامپکتومی شده مبتلا به سرطان پستان: یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده

		۱۴۰۳/۰۱/۱۹	همکار اصلی	زهرا صلاح زاده	ارتقای فرایند ارزیابی عوامل خطر سقوط در سالمندان در مرکز بهداشت شهید منعم پور تبریز: یک مطالعه پیاده سازی بهترین روش عملی
		۱۴۰۰/۰۸/۱۵	استاد راهنمای اول (آموزشی)		عوارض بارداری و زایمان در حاملگی های زیر ۱۸ سال در شهرستان تبریز طی سال های ۹۶،۹۷،۹۸
		۱۳۹۷/۰۵/۰۱	همکار اصلی	دل آرا لاغوثی	تعیین گره های اجتماعی، اقتصادی، محیطی، فرهنگی و مدیریتی مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت در استان آذربایجان شرقی ( مطالعه کیفی )
		۱۳۹۷/۱۲/۲۰	استاد راهنما دوم (آموزشی)		تعیین ارزش تشخیصی نسخه فارسی نرم افزار خطر سنج سکتة مغزی در مقایسه با معاینه پزشک در پیشگویی خطر سکتة مغزی
		۱۳۹۹/۰۵/۱۲	استاد راهنمای اول (آموزشی)		تعیین گره های اجتماعی-اقتصادی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دهان
		۱۳۹۹/۰۸/۲۵	همکار اصلی	مهران سیف فرشد	مقایسه موربیدیتی و مورتالیتی COVID-۱۹ در بیماران با و بدون سابقه واکسیناسیون آنفلوانزا
		۱۳۹۹/۰۴/۰۲	استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی چالش های مشترک دانشجویان رشته های علوم پزشکی بعد از شروع پاندمی COVID-۱۹ و ارزیابی خودکارآمدی تطابقی آن ها
		۱۴۰۱/۰۹/۰۲	استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی تغییرات شیوه ی زندگی بیماران مبتلا به صرع در دوران همه گیری کووید-۱۹ : مطالعه ی مرور نظام-مند
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		تجارب زیسته و ادراکات دانشجویان پزشکی از چالش ها و نیازهای سلامت روان
			همکار اصلی		روند ده ساله و توزیع جغرافیایی لیشمانیوز احشایی در استان آذربایجان شرقی، ایران
			استاد راهنما دوم (آموزشی)		ارتباط مصرف اسید فولیک و وزن هنگام تولد نوزادان
			همکار اصلی	سویل حکیمی	مقایسه وضعیت، موانع و عوامل مستعد کننده های خود مراقبتی و ارتباط آن باتعیین کننده های اجتماعی سلامت در زنان میانسال شهری و روستایی تبریز، ۱۳۹۴

		۱۳۹۸/۰۲/۱۰	استاد راهنما دوم (آموزشی)		تبیین فرایند اجتماعی شدن سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	توانمندیهای مورد انتظار ارزیابان در اعتباربخشی برنامه های آموزشی پزشکی عمومی: یک مرور حیطه ای
		۱۴۰۴/۰۴/۲۸	استاد راهنمای اول (آموزشی)		ارتباط حمایت اجتماعی با وضعیت اجتماعی اقتصادی و جنسیت در شهر تبریز
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	شناسایی توانمندی های مورد نیاز برای ارزیابان خارجی برنامه آموزش پزشکی عمومی: یک مطالعه کیفی
		۱۴۰۴/۰۴/۲۴	استاد راهنمای اول (آموزشی)		مطالعه پراکندگی مکانی- زمانی بیماری سل با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) با رویکرد ارزیابی تاثیر پاندمی کوید در روند بیماری، ۱۴۰۳-۱۳۹۵
		۱۴۰۱/۰۹/۲۷	مشاور		بررسی تاثیر حضور در بالین دانشجویان پزشکی مقطع مقدمات بالینی بر یادگیری مباحث ایمنولوژی بالینی
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	ارتباط بین مصرف استروئید های آنابولیک- آندروژنیک و الکل در مردان بزرگسال بدنساز در تبریز: یک مطالعه روان شناختی- اجتماعی
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	شیوع و علل عفونت های بیمارستانی در بیمارستان سینا تبریز
			دستیار پژوهشی (مجری)		تجارب زیسته روابط عاطفی دانشجویان پزشکی
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		اپیدمیولوژی شیوع گال در استان اصفهان بر پایه نظام مراقبت جمعیتی، سال های ۱۳۹۶-۱۴۰۳
			همکار اصلی	فرزاد رحمانی	بررسی همسرآزاری در زنان متأهل با اقدام به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان سینا-تبریز
		۱۴۰۱/۰۳/۱۰	استاد راهنما دوم (آموزشی)		بار درد گردن در منطقه ی شمال آفریقا و خاورمیانه از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹

		۱۴۰۱/۰۲/۲۶	مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	تدوین مدل نسخه نویسی اجتماعی در نظام سلامت ایران
		۱۴۰۰/۱۱/۲۷	استاد راهنما دوم (آموزشی)		بار بیماری مزمن انسدادی ریه و ارتباط آن با سطح اقتصادی-اجتماعی در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	درمان ترکیبی دارویی در مبتلایان به پرفشاری خون دارای بیماری دیابت: یک مطالعه مرور سیستماتیک
		۱۴۰۱/۰۸/۰۲	استاد راهنما دوم (آموزشی)		بار از دست دادن بینایی در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹
		۱۴۰۰/۰۲/۱۲	همکار اصلی	علیرضا رزاقی	چالش ها و راهکارهای توزیع عادلانه واکسن کرونا در ایران: یک مطالعه کیفی
		۱۴۰۰/۰۹/۱۶	استاد راهنمای اول (آموزشی)		ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در جمعیت تحت پوشش مراکز سلامت شهر تبریز
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	سیمین تقوی، مهستی علیزاده، سیما شاه محمدی فرید	روند و علل مرگومیر مادران و مداخلات انجام شده در طی سالهای ۱۳۸۳-۱۴۰۰ در استان آذربایجان شرقی
		۱۳۹۹/۰۴/۱۸	استاد راهنما دوم (آموزشی)		تعیین طول پرینه آل بادی در زنان نولی پار مراجعه کننده به بیمارستان الزهرا و طالقانی تبریز
		۱۴۰۱/۰۸/۳۰	مشاور		بررسی میزان دستیابی کارورزان به توانمندی های مورد انتظار دوره پزشکی عمومی در بخش های زنان و زایمان و کودکان از دیدگاه اساتید و دانشجویان مقطع کارورزی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
			همکار اصلی	رامین سلماسی	عوامل اقتصادی- اجتماعی و زمین شناختی اثرگذار بر شیوع کم کاری تیروئید در منطقه شبستر، استان آذربایجان شرقی
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		آگاهی از سکنه مغزی در تبریز (۱۴۰۴)
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی ارتباط دیدگاه دانشجویان پزشکی نسبت به محیط آموزشی و ارتباط آن با سلامت روان آنها در دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

		۱۴۰۴/۰۱/۱۹	استاد راهنمای اول (آموزشی)		اپیدمیولوژی حیوان گزیدگی مشکوک به بیماری هاری و هزینه های درمانی آن در شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۳
			مجری اول (اصلی - هیات علمی)	مهستی علیزاده	بررسی و مقایسه‌ی آگاهی و عملکرد زنان مراجعه کننده ۴۵-۲۰ ساله و مراقبین سلامت مراکز جامع خدمات سلامت شهر سهند نسبت به استئوپروز در سال ۱۴۰۳: یک مطالعه مقطعی
		۱۴۰۰/۰۷/۱۱	مشاور		بار سکنه مغزی و عوامل خطر منتسب به آن در منطقه شمال آفریقا و خاورمیانه از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹
			استاد راهنما دوم (آموزشی)		سطح اجتماعی اقتصادی و زایمان به روش سزارین در شهرستان خوی
		۱۴۰۴/۱۱/۲۰	استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی فراوانی آلودگی به شپش سر و عوامل دموگرافیک و عادات بهداشتی مرتبط با آن در دانش آموزان مدارس جنوب تهران
			همکار اصلی	صلاح الدین کریمی	بررسی شیوع افکار، اقدام و کامل خودکشی در سالمندان یک مطالعه مرور سیستماتیک
		۱۴۰۰/۰۲/۰۷	مشاور		اثربخشی مشاوره ی جنسی با مدل EX-PLISSIT بر رضایت و عملکرد جنسی زنان ازدواج کرده ی کمتر از هجده سال (کودک همسری)
			همکار اصلی	مهدی نعیم	بررسی شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در کادر پزشکی بخش ویژه بیماری کرونا و ویروس ۱۹ در سال ۲۰۲۰
			همکار اصلی	مهدی نعیم	طراحی و روانسنجی پرسشنامه انگ اجتماعی کرونا و ویروس در ایران در سال ۲۰۲۰: یک مطالعه ترکیبی
		۱۳۹۷/۰۴/۳۰	همکار اصلی	شینم ایزدی	تعیین ارتباط بین تعیینگرهای اجتماعی سلامت کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، دسترسی به خدمات و کیفیت خدمات
		۱۳۹۶/۰۴/۰۱	همکار اصلی	علیرضا شفیعی	رابطه وضعیت اجتماعی- اقتصادی و سلامت روانی با تمایل به خودکشی در دانشجویان دانشگاه تبریز.
		۱۳۹۷/۰۷/۲۴	همکار اصلی	دل آرا لاغوثی	روایی ترجمه و همزمان مصاحبه تلفنی برای اصلاح وضعیت شناختی (TICS-m) در افراد با وضعیت شناختی عادی، اختلال شناختی خفیف و مبتلا به دمانس
			همکار اصلی	نیره امینی ثانی	بررسی آگاهی از عوامل خطر و علایم هشدار دهنده سرطان و مشارکت در برنامه های غربالگری آن در شهر تبریز ۱۳۹۵: مطالعه پایه راه اندازی سیستم مراقبت از عوامل خطر، آگاهی و غربالگری سرطان

			همکار اصلی	مدینه عباسی	مطالعه اپیدمیولوژی عقرب گزیدگی و نقاط پرخطر آن در استان آذربایجان شرقی طی سالهای ۱۴۰۰-۱۴۰۱
		۱۳۹۹/۰۸/۰۶	مشاور		: تاثیر مشاوره جنسی با مدل EX-PLISSIT بر خود پنداره جنسی زنان در آستانه ازدواج: یک مطالعه مداخله ای
		۱۳۹۷/۱۲/۱۲	مجری اول (اصلی- هیات علمی)	مهستی علیزاده	ارزشیابی دوره یکماهه پژوهشی دستیاران تخصصی دانشکده پزشکی تبریز ۱۳۹۵
		۱۴۰۰/۰۸/۰۴	استاد راهنما دوم (آموزشی)		بار سندرم تخمدان پلی کیستیک در منطقه شمال آفریقا و خاورمیانه از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹
		۱۴۰۳/۰۶/۱۷	همکار اصلی	لیلا دشمنگیر	شناسایی و تحلیل پیامدهای اجرای طرح پزشک خانواده روستایی در ایران
		۱۴۰۳/۰۶/۱۸	همکار اصلی	مدینه عباسی	بررسی مولفه های فردی و اجتماعی موثر در آلودگی به شپش سر (پدیکولوزیس) دانش آموزان شهرستان تبریز در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴
		۱۳۹۹/۱۱/۱۸	همکار اصلی	مدینه عباسی	بررسی دانش، نگرش و عملکرد ارائه کنندگان خدمات سلامت در خصوص بیماری دنگی در استان آذربایجان شرقی
			مجری اول (اصلی- هیات علمی)	مهستی علیزاده	ارتباط سرسختی و تاب آوری با فرسودگی تحصیلی در دانشجویان رشته ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
		۱۴۰۴/۰۴/۲۸	استاد راهنمای اول (آموزشی)		دیدگاه دانشجویان پزشکی در مورد آموزش مجازی در زمان پاندمی کووید-۱۹
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی شیوع سندروم روده تحریک پذیر بین دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
		۱۴۰۵/۰۱/۲۴	مشاور		بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با پرسشنامه SF-۳۶ در بیماران دیابتی با قطع عضو اندام تحتانی از زیر زانو در شهر تبریز
		۱۴۰۱/۰۳/۱۰	استاد راهنما دوم (آموزشی)		بار بیماری استئوآرتریت در منطقه ی شمال آفریقا و خاور میانه از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹
			مشاور		ارزیابی تاثیرات فعالیت در گروه های همتایاری بر سبک زندگی دانشجویان همتایار و دانشجویان همتای دانشگاه علوم پزشکی تبریز از سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۹

			مشاور		ارزیابی اختلالات قامتی و پاسچر همراه با حرکات اصلاحی و ورزش درمانی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز
		۱۴۰۴/۰۹/۱۱	همکار اصلی	مدینه عباسی	مطالعه علائم، عوارض و نوع درمان‌های انجام گرفته در مراجعین مارگزیدگی بیمارستان‌های استان‌های آذربایجان شرقی و کرمان - سالهای ۱۴۰۳-۱۴۰۱
		۱۴۰۲/۱۱/۱۷	همکار اصلی		تبیین فرهنگ مدیریت درد در بیماران مبتلا به سوختگی: یک مطالعه اتنوگرافی متمرکز
			استاد راهنمای اول (آموزشی)		بررسی ارتباط تصویر بدنی با سلامت روان دانشجویان تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۴
		۱۴۰۰/۰۱/۲۵	همکار اصلی	عباسعلی درستی	طراحی، اجرا و ارزشیابی مداخلات پیشگیری و کنترل آسیب‌های فضای مجازی در زمان قرنطینه خانگی در نوجوانان با رویکرد ارتباطات برای توسعه (C4D) در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰
		۱۳۹۸/۰۲/۱۴	استاد راهنمای اول (آموزشی)		نیازسنجی بسته آموزشی سلامت جنسی و باروری در مراکز مشاوره پیش از ازدواج
		۱۴۰۲/۰۳/۱۰	همکار اصلی	مهناز طالبی	نقش اختلالات شناختی در بار اقتصادی مولتیپل اسکروزیس: مطالعه مرور نظام مند
		۱۴۰۱/۰۸/۳۰	مشاور		تبیین تجارب اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز از بازخورد اثربخش در عملکرد آموزشی: یک مطالعه کیفی
		۱۴۰۲/۰۹/۱۹	همکار اصلی	مدینه عباسی	بررسی اپیدمیولوژی گزش‌های زهر آگین (عقرب- مار و زنبور)، شاخص‌های تنوع زیستی و پراکندگی جغرافیایی عقرب‌ها (Arachnida: Scorpiones) در استان آذربایجان شرقی، سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳
		۱۴۰۳/۰۹/۰۵	مشاور		بررسی ارتباط انفیلتراسیون لنفوسیت‌ها با متاستازهای امثال در سرطان اپیتلیال تخمدان
		۱۴۰۳/۰۶/۱۳	مجری اول (اصلی- هیات علمی)	مهستی علیزاده	مطالعه جامعه شناختی تبعیض جنسیتی در زیست حرفه ای زنان پزشک
			همکار اصلی	رعنا دائی سرخابی	بسترسازی برای اجرای پایلوت نظام نوین اعتبار بخشی دوره‌های دستیاری تخصصی: شناسایی چالش‌ها و شکاف‌های برنامه با رویکرد ترکیبی
			همکار اصلی	حسن شاه‌رخی	طراحی، اجرای آزمایشی و ارزشیابی مدل بومی پیشگیری از کودک آزاری

		۱۴۰۴/۰۴/۲۲	همکار اصلی	مدینه عباسی	بررسی اپیدمیولوژیک شیوع تب دنگی و عوامل اجتماعی- اقتصادی آن در منطقه آزاد اقتصادی چابهار ایران-۱۴۰۳
		۱۳۹۸/۰۶/۱۰	همکار اصلی	دل آرا لاغوثی	سنجش و تحلیل شاخص های عدالت در سلامت در استان آذربایجان شرقی
		۱۴۰۰/۰۴/۲۲	استاد راهنما دوم (آموزشی)		شیوع، بروز و سال های زندگی تطبیق شده با ناتوانی (دالی) به دلیل آرتروز روماتوئید در منطقه ی شمال آفریقا و خاورمیانه از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹
			همکار اصلی		بررسی علایم MS روی بیمارانبررسی علایم MS روی بیماران
		۱۴۰۴/۰۴/۲۲	همکار اصلی		طراحی مداخله مبتنی بر جامعه پیشگیری از خودکشی: یک مطالعه ترکیبی
			مشاور		تجمع خانوادگی سندرم متابولیک و عوامل موثر در آن در تبریز
		۱۴۰۱/۰۳/۰۳	مجری اول (اصلی- هیات علمی)	مهستی علیزاده	درمان ترکیبی دارویی در مبتلایان به پرفشاری خون دارای بیماریهای عروق مغزی، نارسایی قلبی و عروق کرونر: یک مطالعه مروری نظام مند
		۱۴۰۱/۰۶/۰۶	مشاور		راهکارهای مدیریتی بهبود کیفیت خدمات سلامت ارائه شده به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در همه گیری کووید ۱۹
		۱۴۰۴/۱۱/۲۰	مشاور		طراحی گایدلاین مدیریت عوارض پس از جراحی شکستگی های بینی در بزرگسالان
			مشاور		تهیه گایدلاین درمان اختلال مصرف الکل
		۱۴۰۴/۰۳/۰۵	مشاور		بررسی دقت تشخیصی و قدرت پیش بینی بسته غربالگری خطر زمین خوردن در سالمندان مقیم جامعه
			همکار اصلی	مدینه عباسی	راه اندازی سیستم جمع آوری و ثبت پشه ها به منظور ارزیابی خطر و پاسخ به موقع در برابر آندسهای مهاجم - استان آذربایجان شرقی

### قسمت دوم

#### ۱- خلاصه مشخصات طرح

نام و نام خانوادگی مجری / استاد راهنما:	مهستی علیزاده
نوع مطالعه	مطالعات کیفی (Qualitative)

اولویت طرح	مطالعات پایه ای شناختی و رفتاری
نوع طرح	کاربردی - بنیادی
عنوان طرح: طراحی و امکان سنجی برنامه ثبت خشونت منجر به جرح در استان آذربایجان شرقی	
Title: Designing and Feasibility Study of the Violence Injury Registration Program in East-Azerbaijan province	

محل یا محل های اجرای طرح (دانشکده/مرکز تحقیقاتی):	عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
مدت اجرای طرح (بر حسب ماه):	۱۳ ماه
هزینه کلی طرح (به ریال):	۱۱۴,۶۵۰,۰۰۰ ریال

### خلاصه روش اجرا:

در این پژوهش ابتدا بمنظور بررسی تجربیات کشورهای مختلف در زمینه اجرای برنامه ثبت خشونت مرور متون انجام خواهد گرفت سپس اسناد موجود در پزشکی قانونی، مرکز بهداشت استان و سازمان بهزیستی مورد بررسی قرار خواهد گرفت تا شناختی از وضعیت جاری بدست آید. در مرحله دوم با استفاده از روش های کیفی دیدگاه صاحب نظران در زمینه ابعاد و الزامات راه اندازی برنامه ثبت خشونت منجر به جرح و موانع و تسهیلگرها مورد مطالعه قرار خواهد گرفت. جامعه آماری در این روش اعضای هیات علمی و مدیران ارشد و کارشناسان سازمانهای پزشکی قانونی، بهزیستی، بهداشت و اورژانس خواهد بود. در مرحله بعدی پروتکل برنامه ثبت با نظر صاحب نظران و متخصصان این حوزه تدوین خواهد شد. پروتکل شامل تدوین منشور اخلاق، فرم جمع آوری داده ها و روش ارزیابی کیفی داده ها می باشد. منشور اخلاق و روش جمع آوری داده ها از طریق روش های کیفی (بحث گروهی متمرکز، مصاحبه و پنل متخصصان) تدوین خواهد شد. جامعه آماری در این روش اعضای هیات علمی و مدیران ارشد و کارشناسان سازمانهای پزشکی قانونی، بهزیستی، بهداشت و اورژانس و نیز پژوهشگران با تجربه خواهد بود. فرم جمع آوری داده ها نیز با استفاده از روش های بحث گروهی متمرکز و تکنیک دلفی طراحی خواهد شد. جامعه آماری در این مرحله نیز شامل اعضای هیات علمی، مدیران و کارشناسان سازمان نظام پزشکی، اورژانس و بهزیستی خواهد بود. در مرحله چهارم راهنمای اجرایی کار طراحی خواهد شد و در اختیار صاحبان فرایند قرار خواهد گرفت. همچنین آموزشهای لازم به افرادی که مسئولیت جمع آوری و کنترل کیفی داده ها را دارند ارائه خواهد شد. سپس برنامه ثبت به مدت چند ماه (۳ - ۹) ماه بصورت پایلوت در یکی از شهرستانهای استان آذربایجان شرقی اجرا خواهد شد. در اجرای پایلوت جامعه آماری شامل مراجعین به پزشکی قانونی و اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی و در صورت امکان مراکز بهداشتی و درمانی خواهد بود. جمعیت تحت پوشش شهرستان پایلوت استان آذربایجان شرقی خواهد بود. معیار ورود نیز شامل کودکان/نوجوانان، سالمندان و زنان/مردان خواهد بود که در اثر خشونت آسیب دیده اند. بعد از اجرای پایلوت با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز نقاط ضعف و قوت برنامه شناسایی خواهد شد. همچنین آمار توصیفی از داده های جمع آوری شده ارائه خواهد شد.

### چکیده انگلیسی طرح:

In this study, first, a literature review will be conducted to examine the experiences of different countries in implementing the violence registration program. Then, the documents available in the forensic medicine, provincial health center, and welfare organization will be examined to gain an understanding of the current situation. In the second stage, using qualitative methods, the views of experts on the dimensions and requirements of launching a violence registration program leading to injuries, obstacles, and facilitators will be studied. The statistical population in this method will be members of the academic staff and senior managers and experts from forensic medicine, welfare, health, and emergency organizations. In the next stage, the protocol for the registration program will be developed with the opinions of experts and specialists in this field. The








protocol includes the development of a charter of ethics, a data collection form, and a method for qualitative data assessment. The charter of ethics and the method for data collection will be developed through qualitative methods (focused group discussion, interviews, and expert panels). The statistical population in this method will be members of the academic staff and senior managers and experts from forensic medicine, welfare, health, and emergency organizations, as well as experienced researchers. The data collection form will also be designed using focus group discussion methods and the Delphi technique. The statistical population at this stage will also include faculty members, managers, and experts of the Medical, Emergency, and Welfare Organizations. In the fourth stage, an executive guide will be designed and made available to the process owners. Necessary training will also be provided to those responsible for data collection and quality control. Then, the registration program will be implemented as a pilot for several months (3-9) months in one of the cities of East Azerbaijan Province. In the pilot implementation, the statistical population will include those who refer to the forensic medicine and social emergency of the Welfare Organization and, if possible, health and treatment centers. The population covered by the pilot city will be East Azerbaijan Province. The inclusion criteria will also include children/adolescents, the elderly, and women/men who have been harmed by violence. After the pilot implementation, the strengths and weaknesses of the program will be identified using the focus group discussion method. Descriptive statistics of the collected data will also be provided.








### نوآوری و ضرورت اجرای طرح:







خشونت در ایران روز به روز در حال افزایش است و ممکن است در آینده تبدیل به یک مشکل جدی شود (۱۸). با وجود تمام پیامدهای منفی مربوط به خشونت به دلیل محدودیتهایی که در مطالعات وجود دارد از جمله ناهمگنی جمعیت هدف، تفاوت یافته ها بین مطالعات مختلف و محدودیتهای متدولوژیک امکان شناخت دقیق علل رخداد خشونت کار بسیار دشواری می باشد. بنابراین مطالعات بیشتری با در نظر گرفتن داده های طولی با مقیاس بزرگ و رویکردهای مبتنی بر مبانی خشونت که عوامل زمینه ای (محیطی) را نیز دربر گرفته باشد مورد نیاز است (۱۹). در این راستا استقرار پایگاه داده ای قابل اعتماد از مقیاس مشکل، اولین گام ضروری در اجرای پروژه های مربوط به تعیین علل رخداد خشونت، اجرای برنامه های اثربخش پیشگیری از آن و کاهش آن می باشد (۱۸). با وجود اینکه انجام مداخلات اثربخش بمنظور پیشگیری از خشونت و با کاهش عواقب منفی آن در گرو در دست داشتن اطلاعات دقیق در زمینه خشونتهای رخ داده می باشد اما در ایران نیز مانند سایر کشورها اطلاعات در زمینه خشونت ناقص می باشد. در حقیقت اولین گام برای مقابله با خشونت اقدام به جمع آوری سیستماتیک داده های مربوط به فراوانی، توزیع و پیامدهای آن است. سپس میتوان علل آن را شناسایی کرد (۲۰). در دسترس بودن چنین داده هایی به کشف علل اصلی خشونتهای خانگی و نیز عوامل اجتماعی مرتبط با آن کمک شایانی خواهد کرد (۲۱). با توجه به فراوانی بالای موارد خشونت در ایران، تاثیرات مخرب آن و عدم وجود سیستم جامعی برای ثبت موارد خشونت خانگی و عدم وجود اطلاعات کامل در مورد عوامل خطر آن، راه اندازی برنامه ثبت موارد خشونتهای خانگی در ایران غیر قابل اجتناب است (۲۰). اما با این وجود تا کنون مطالعه ای در زمینه امکان سنجی راه اندازی یک برای ثبت خشونت در ایران انجام نشده است.

### ۲- مشخصات افراد

نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی و رشته تحصیلی	نقش*	نحوه همکاری**	کل ساعات کار برای طرح	حق الزحمه در ساعت (ریال)	جمع (ریال)	گواهی شرکت در کارگاه های اخلاق	تاریخ دریافت تاییدیه کار با حیوانات آزمایشگاهی (مدت اعتبار ۵ سال)	امضا	تاریخ

مجری و همکاران طرح										
		مشاهده	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۵۰		مجری اول (اصلی - هیات علمی)	دکتری تخصصی بالینی - پزشکی اجتماعی		مهستی علیزاده
		مشاهده	۶,۸۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۴۰		همکار اصلی	دکتری تخصصی بالینی - متخصص پزشکی قانونی		بهرام صمدی راد
		مشاهده	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۵۰		همکار اصلی	دکتری تخصصی - PhD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی		کمال قلی پور
		مشاهده	۵,۱۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۳۰		همکار اصلی	دکتری تخصصی - PhD آمار حیاتی و اپیدمیولوژی		همایون صادقی بازرگانی
		مشاهده	۵,۱۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۳۰		همکار اصلی	دکتری تخصصی - PhD آمار زیستی		محمد اصغری جعفرآبادی
		مشاهده	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۳۰		همکار اصلی	دکتری فوق تخصصی بالینی - روانپزشکی کودک و نوجوان		حسن شاهرخی
		مشاهده	۴,۲۵۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰	۵۰		همکار اصلی	دکتری تخصصی - PhD مدیریت خدمات		شبنم ایزدی

								بهداشتی درمانی		
		مشاهده	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۳۰		همکار اصلی	دکتری تخصصی بالینی - بیمارپهای مغز و اعصاب		علی اکبر طاهر اقدم
		مشاهده	۲,۵۵۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰	۳۰		همکار اصلی	دکتری تخصصی بالینی - پزشکی اجتماعی		دل آرا لاغوثی
		مشاهده	۲,۶۰۰,۰۰۰	۶۵,۰۰۰	۴۰		همکار اصلی	کارشناسی ارشد - روانشناسی بالینی		آیدا فیض اللهمی وحید
<b>سایر افراد</b>										
		مشاهده	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۵۰			دکتری تخصصی - PhD پزشکی اجتماعی		مهستی علیزاده
		مشاهده	۶,۸۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۴۰			دکتری تخصصی بالینی - متخصص پزشکی قانونی		بهرام صمدی راد
		مشاهده	۷,۵۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۵۰			دکتری تخصصی - PhD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی		کمال قلی پور
		مشاهده	۵,۱۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۳۰			دکتری تخصصی - PhD آمار حیاتی و		همایون صادقی بازرگانی

		مشاهده	۵,۱۰۰,۰۰۰	۱۷۰,۰۰۰	۳۰			اپیدمیولوژی دکتری تخصصی - PhD آمار زیستی	محمد اصغری جعفرآبادی
		مشاهده	۴,۵۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۳۰			دکتری فوق تخصصی - بالینی روانپزشکی کودک و نوجوان	حسن شاهرخی
		مشاهده	۴,۲۵۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰	۵۰			دکتری تخصصی - PhD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	شبنم ایزدی
		مشاهده	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۳۰			دکتری تخصصی - بالینی بیماریهای مغز و اعصاب	علی اکبر طاهر اقدم
		مشاهده	۲,۶۰۰,۰۰۰	۶۵,۰۰۰	۴۰			کارشناسی ارشد - روانشناسی بالینی	آیدا فیض اللهی وحید
		مشاهده	۲,۵۵۰,۰۰۰	۸۵,۰۰۰	۳۰			دکتری تخصصی - بالینی پزشکی اجتماعی	دل آرا لاغوئی
جمع هزینه (ریال): ۵۴,۴۰۰,۰۰۰			* نقش: در طرح پایاننامه ای: استاد راهنما / یا مشاور / دانشجو و در طرح غیر پایاننامه ای: مجری / همکار اصلی / همکار مشخص شود. ** نحوه همکاری: بطور دقیق و به تفکیک برای هر یک از افراد در ارتباط با اجرای طرح / پایاننامه ذکر گردد.						

## ۳- مقدمه، بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح:

به احتمال زیاد همیشه هر فرد در زندگی خود خشونت را تجربه می کند و تاثیرات آن به شکل های مختلف در هر جای جهان قابل مشاهده است. هر ساله ۵/۱ میلیون نفر جان خود را در اثر خشونت از دست می دهند. به ازای هر یک نفری که جان خود را در اثر خشونت از دست می دهند تعداد افراد بیشتری دچار آسیبهای فیزیکی، جنسی و روانی می شوند. خشونت یکی از علل اصلی مرگ در جهان در جمعیت بین ۱۵-۴۴ سال در بین مردم است (۱). سازمان جهانی بهداشت خشونت را بعنوان استفاده عمدی از زور یا قدرت فیزیکی برای ترساندن یا صدمه زدن به خود، فرد یا گروهی که منجر به جراحت، مرگ، آسیب روانی و یا افسردگی شود و یا احتمال ایجاد این صدمات را داشته باشد تعریف می کند (۲). شیوع خشونت علیه دختران در ایران بالاست و تقریباً ۶۲٪ می باشد، این بدان معناست که تهدید خشونت خانگی در زنان ۱۵-۴۵ سال بسیار بیشتر از تهدید سرطان پستان، سرطان دهانه رحم و تصادفات می باشد (۳، ۴). از طرفی بر مبنای یک مطالعه تقریباً ۶۶٪ زنان ایرانی در طول زندگی متاهلی خود حد اقل یکبار خشونت خانگی را تجربه می کنند (۵).

تخمین هزینه مالی و روحی-روانی وارده بر افراد در اثر خشونت به راحتی قابل محاسبه نمی باشد. زیرا بخش عظیمی از آن قابل مشاهده نیست. بعنوان مثال درحالیکه خشونتهایی که توسط فناوری های ماهواره ای ایجاد شده اند-از جمله: جنگ، تروریسم، شورش و نا آرامی های داخلی- همه روزه در برنامه های تلویزیونی به راحتی قابل مشاهده هستند، بسیاری از خشونتها در خانه، محل کار و حتی در موسسات پزشکی پنهان می مانند. بسیاری از قربانیان خشونت سن خیلی پایینی دارند، بیمار و یا ضعیف هستند و توان دفاع از خود را ندارند (۶). بیش از مرگ یا جراحت مواجهه با خشونت می تواند باعث افزایش خطر استعمال سیگار، مصرف الکل و داروهای روانگردان، بیماری های روانی اختلالات اضطراب و خودکشی، ابتلا به بیماری های مزمن مثل بیماری های قلبی، دیابت و سرطان و بیماریهای عفونی مثل ایدز (HIV) و مشکلات اجتماعی از جمله جرم و خشونتهای بیشتر شود (۶، ۷).

علیرغم اینکه خشونت همیشه وجود داشته و دارد، نباید آن را بعنوان بخش اجتناب ناپذیر زندگی بشر پذیرفت. از زمانیکه خشونت وجود داشته است، نظام هایی نیز برای پیشگیری و یا محدود کردن آن بوجود آمده است. هیچ کدام از آن نظام ها بطور کامل موفق نبوده اند اما به متمدن کردن افراد کمک زیادی کرده اند. نظامهای سلامت، پژوهشگران و ارائه دهندگان خدمات سلامت جامعه وظایف مربوط به شناخت علل ریشه ای خشونت و پیشگیری از آن را برعهده گرفته اند. خشونت قابل پیشگیری است و می توان تاثیرات آن را کاهش داد بطوریکه در موارد مشابه اقدامات مربوط به سلامت جامعه توانسته است منجر به کاهش و پیشگیری از عوارض جانبی بارداری، صدمات محل کار و بیماریهای عفونی گردد. عواملی که به واکنشهای خشونت آمیز کمک می کنند -چه عوامل مرتبط با دیدگا، رفتار یا مرتبط با موقعیتهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و یا فرهنگی- نیز قابل تغییر می باشند و خشونت قابل پیشگیری است (۲).

رویکرد سلامت جامعه برای یافتن راه حل برای خشونت بر اساس روش علمی قرار دارد و شامل چهار مرحله اصلی است:

۱. تا جاییکه ممکن است از طریق جمع آوری سیستماتیک داده ها، دانش پایه در مورد تمامی جنبه های خشونت از جمله حیطه، اندازه، ویژگی ها و عواقب آن در سطح محلی، ملی و بین المللی جمع آوری گردد.

۲. تحقیق درباره اینکه چرا خشونت رخ می دهد- برای این منظور لازم است پژوهشهایی در زمینه های ذیل انجام شود:

- دلایل و همبستگی های خشونت

- عواملی که خطر خشونت را کاهش یا افزایش می دهد

- عواملی که باید از طریق مداخله تغییر یابد.

۳. بررسی روشهای پیشگیری از خشونت با استفاده از اطلاعات مذکور از طریق طراحی، اجرا پایش و ارزشیابی مداخلات.

۴. اجرای مداخلاتی که امیدوار کننده می باشند در سطوح گسترده تر و انتشار نتایج و تخمین هزینه اثربخشی برنامه ها (۶).

رویکرد چهارگانه سلامت جامعه برای پیشگیری و کاهش خشونت اهمیت راه اندازی یک برنامه ثبت خشونت را به خوبی نشان می دهد. اما خشونت انواع مختلفی دارد که هر نوع باید با دقت بررسی شود. طی یک طبقه بندی خشونت در سه طبقه دسته بندی شد: ۱- خشونت به خود [1] ، ۲- خشونت بین فردی [2] ، ۳- خشونت جمعی [3]. خشونت به خود به دو زیر دسته طبقه بندی می شود از جمله خودکشی و آسیب به خود. خودکشی ممکن است اقدام ناموفق به خودکشی و یا خودکشی منجر به مرگ باشد؛ در مقابل، خود آزاری شامل اقداماتی مثل خود زنی است. خشونت بین فردی به دو دسته تقسیم می شود: الف) خشونت فامیلی یا شریک زندگی که اغلب بین اعضای خانواده و اغلب (و نه الزاماً همیشه) در داخل منزل اتفاق می افتد. این نوع خشونت شامل خشونت علیه کودکان، همسر یا شریک زندگی و سالمندان می باشد. ب) خشونت اجتماعی که بین افرادی اتفاق می افتد که با هم نسبت فامیلی ندارند. خشونت جمعی به سه دسته طبقه بندی می شود: ۱- اجتماعی، سیاسی و اقتصادی. بر خلاف سایر انواع خشونتها، خشونتهای جمعی توسط تعداد بسیار گسترده تری از افراد انجام می گیرند و معمولاً موضوعات اجتماعی بخصوصی را شامل می شود. بعنوان مثال جنایات و اقدامات تروریستی. خشونت سیاسی شامل جنگ و درگیری، خشونت دولت و سایر اقدامات مشابهی که توسط گروه بزرگی از مردم انجام می گیرد می باشد. خشونت اقتصادی شامل حملاتی است که توسط گروهی برای دستیابی به منافع اقتصادی انجام میگیرد.

در حقیقت خشونت خانوادگی یک تهدید واقعی فیزیکی، جنسیتی، احساسی/روانی، اجتماعی و اقتصادی است و بعنوان یک چالش جهانی سلامت شناخته شده است. در سالهای اخیر مطالعات انجام شده در زمینه خشونت خانوادگی روند رو به افزایشی را نشان می دهد. مطالعه آفاخانی و همکاران در سال ۲۰۱۲ نشان داد که تقریباً ۸۹٪ زنانی که در ارومیه به پزشکی قانونی مراجعه می کنند از طریق همسر خود مورد خشونت قرار گرفته اند (۸). مطالعه جمشید منش و همکاران در تهران (۲۰۱۲) نشان داد تقریباً ۵۸٪ زنان بستری برای وضع حمل در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اظهار کرده اند که در طول بارداری مورد خشونت خانگی واقع شده اند که در این میان خشونت روانی (تقریباً ۵۱٪) بیشترین و خشونت جسمی (۵٪) کمترین موارد را شامل می شد (۹). مطالعه نصرآبادی و همکاران در سال ۲۰۱۵

شیوع خشونت خانگی علیه زنان را در مراجعین مراکز سلامت اهواز ۲/۶۳ درصد گزارش کرده است (۱۰). در هر صورت خشونت خانوادگی محدود به زنان نمی شود و میتواند کودکان، سالمندان و حتی مردان را نیز درگیر کند. بعنوان مثال در ایالت نیوجرسی در سال ۲۰۱۱، ۳۱٪ از خشونتهای خانوادگی مربوط به کودکان بوده است (۱۱). محققین برآورد کرده اند که بطور میانگین ۵۰٪ کودکانی که مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته اند خود شاهد مورد آزار قرار گرفتن مادرشان از طرف پدرشان (و یا ناپدریشان) نیز بوده اند. اغلب کودکانی که در محیط خانوادگی خشن بزرگ می شوند کودکانی ناسازگار، عصبی و مخرب هستند. از طرفی بعضی از این کودکان با مشکلات عاطفی-روانی از جمله گریه مکرر، اندوه، انزوا و درخودماندگی اجتماعی مواجه می باشند. حتی در کودکانی که بطور مستقیم مورد خشونت واقع نشده اند آسیب های روانی جدی و مشکلات سلامتی ممکن است در اثر مشاهده خشونت پدر علیه مادر مشاهده شود (۱۲). مطالعات متعدد افزایش خطر ابتلا به مشکلات روانشناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری از جمله اختلال اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه [4]، سوء مصرف مواد و مشکلات تحصیلی در کودکان و نوجوانان را بعنوان عواقب ناشی از خشونت خانوادگی شناخته اند. همچنین کودکانی که درگیر خشونت خانوادگی هستند، در خطر بیشتری از غفلت یا آزار عاطفی، جنسی و جسمی قرار دارند (۱۳).

اما دسته سوم قربانیان خشونت خانگی که تا مدتها پنهان بوده ولی امروزه یک اولویت اصلی سلامت جامعه محسوب می شود سالمندان می باشند. با وجود اینکه خشونت علیه سالمندان برای اولین بار در کشورهای توسعه یافته شناسایی شد و اکثر مطالعات در این کشورها انجام گرفته است اما شواهد و گزارشات متعدد حاصل از بعضی از کشورهای در حال توسعه نشان می دهد که این قضیه یک پدیده جهانی است. در مجموع نتایج پنج مطالعه در کشورهای توسعه یافته از جمله: کانادا، انگلستان، امریکا، فنلاند و هلند شیوع خشونت خانگی علیه سالمندان را (از هر نوع خشونت جسمی، روانشناختی، مالی و غفلت) طی دهه گذشته بطور متوسط ۴-۶ درصد گزارش کرده است (۶). یکی از مسائلی که باعث می شود مسئله سالمندان نسبت به گذشته اهمیت بیشتری داشته باشد رشد روز افزون سالمندان هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای درحال توسعه است. بطوریکه بر مبنای تخمینی که توسط سازمان جمعیت ملل متحد انجام گرفته است تعداد جمعیت افراد بالای ۶۰ سال تا سال ۲۰۲۵ به بیش از ۲ برابر افزایش خواهد یافت (۱۴). نتایج یک تخمین ملی در هند نشان داد که ۵۰٪ سالمندان خشونت را تجربه کرده اند که ۷۲٪ از آنها بین سنین ۶۰-۶۹ سال، ۲۵٪ در سن ۷۰ سالگی بودند و فقط ۳٪ بیش از ۸۰ سال سن داشتند و از طرفی در بین سالمندان نیز زنان بیش از مردان در معرض خشونت قرار گرفته بودند (۱۵). مطالعه ای (۲۰۱۶) در یزد نشان داد که تقریباً ۷۹٪ از سالمندان مورد مطالعه حداقل یکبار مورد خشونت قرار گرفته اند. بعلاوه میزان خشونت گزارش شده در سالمندانی که سابقه مشکلات گوارشی، دیس لیپیدمی، بیماری های تنفسی، اختلال خواب، مشکلات دیداری-شنیداری، درد مفاصل، فشار خون بالا، مشکلات دندانپزشکی / دهانی، بیماری قلبی عروقی، بی اختیاری ادراری و معلولیت داشتند بطور معناداری بیشتر بود (۱۶). مطالعه دیگری توسط نوری و همکاران در سال ۲۰۱۲ نشان داد که فراوانی هریک از انواع خشونتهای خانگی از جمله عدم توجه، عدم مراقبت، سوء استفاده مالی در سالمندان بالای ۶۰ سال در شمال ایران به ترتیب تقریباً ۳۵٪، ۳۴٪ و ۲۹٪ است. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که شیوع خشونتهای روانشناختی و فیزیکی به هر کدام تقریباً ۲۷٪ بود (۱۷).

خشونت خانوادگی در ایران روز به روز درحال افزایش است و ممکن است در آینده تبدیل به یک مشکل جدی شود (۱۸). با وجود تمام پیامدهای منفی مربوط به خشونت به دلیل محدودیتهایی که در مطالعات وجود دارد از جمله ناهمگنی جمعیت هدف، تفاوت یافته ها بین مطالعات مختلف و محدودیتهای متدولوژیک امکان شناخت دقیق علل رخداد خشونت خانوادگی کار بسیار دشواری می باشد. بنابراین مطالعات بیشتری با در نظر گرفتن داده های طولی با مقیاس بزرگ و رویکردهای مبتنی بر مبانی خشونت خانوادگی که عوامل زمینه ای (محیطی) را نیز دربرگرفته باشد مورد نیاز است (۱۹). در این راستا استقرار پایگاه داده ای قابل اعتماد از مقیاس مشکل، اولین گام ضروری در اجرای پروژه های مربوط به تعیین علل رخداد خشونت خانوادگی، اجرای برنامه های اثربخش پیشگیری از آن و کاهش آن می باشد (۱۸). با وجود اینکه انجام مداخلات اثربخش بمنظور پیشگیری از خشونت و یا کاهش عواقب منفی آن در گرو در دست داشتن اطلاعات دقیق در زمینه خشونتهای رخ داده می باشد اما در ایران نیز مانند سایر کشورها اطلاعات در زمینه خشونت خانوادگی ناقص می باشد. در حقیقت اولین گام برای مقابله با خشونت خانگی اقدام به جمع آوری سیستماتیک داده های مربوط به فراوانی، توزیع و پیامدهای آن است. سپس میتوان علل آن را شناسایی کرد (۲۰). در دسترس بودن چنین داده هایی به کشف علل اصلی خشونتهای خانگی و نیز عوامل اجتماعی مرتبط با آن کمک شایانی خواهد کرد (۲۱). با توجه به فراوانی بالای موارد خشونت خانگی در ایران، تاثیرات مخرب آن و عدم وجود سیستم جامعی برای ثبت موارد خشونت خانگی و عدم وجود اطلاعات کامل در مورد عوامل خطر آن، راه اندازی برنامه ثبت موارد خشونتهای خانگی در ایران غیر قابل اجتناب است (۲۰). اما با این وجود تا کنون مطالعه ای در زمینه امکان سنجی راه اندازی یک ثبت خشونت خانگی در ایران انجام نشده است. در این طرح پژوهشی برآنیم تا یک بررسی امکان سنجی در زمینه راه اندازی برنامه ثبت و اجرای پایلوت آن انجام دهیم.

self-directed violence [1]

interpersonal violence[2]

collective violence [3]

posttraumatic stress disorder (PTSD [4]

#### ۴- ذینفعان نتایج طرح ( بیمار/ صنعت/ جامعه/ سیاستگزاران /.....) بصورت کامل توضیح داده شود.

ذی نفعان این مطالعه جمعیت تحت پوشش شهرستان، مسئولین و مدیران سازمان پزشکی قانونی، مسئولین و مدیران سازمان بهزیستی و پژوهشگران در زمینه آسیب های اجتماعی و خشونت می باشند.

#### ۵- تعریف واژه های اختصاصی:

خشونت

استفاده "عمدی از زور یا قدرت بدنی برای ترساندن یا صدمه زدن به خود، فرد یا گروه می باشد که منجر به جراحت، مرگ، آسیب روانی و یا افسردگی شود و یا احتمال ایجاد این صدمات را داشته باشد" (۲). طی یک طبقه بندی خشونت در سه طبقه دسته بندی شد: ۱- خشونت به خود ، ۲-خشونت بین فردی ، ۳- خشونت جمعی . خشونت به خود به دو زیر دسته طبقه بندی می شود از جمله خودکشی و آسیب به خود . خودکشی ممکن است اقدام ناموفق به خودکشی و یا خودکشی منجر به مرگ باشد ؛ در مقابل، خود آزاری شامل اقداماتی مثل خود زنی است خودکشی ممکن است اقدام ناموفق به خودکشی و یا خودکشی منجر به مرگ باشد ؛ در مقابل، خود آزاری شامل اقداماتی مثل خود زنی است. خشونت بین فردی به دو دسته تقسیم می شود: الف) خشونت فامیلی یا شریک زندگی که اغلب بین اعضای خانواده و اغلب (و نه الزاماً همیشه) در داخل منزل اتفاق می افتد. این نوع خشونت شامل خشونت علیه کودکان، همسر یا شریک زندگی و سالمندان می باشد. ب) خشونت اجتماعی که بین افرادی اتفاق می افتد که با هم نسبت فامیلی ندارند. خشونت جمعی به سه دسته طبقه بندی می شود: ۱- اجتماعی، سیاسی و اقتصادی. بر خلاف سایر انواع خشونتها، خشونت های

جمعی توسط تعداد بسیار گسترده تری از افراد انجام می گیرند و معمولاً موضوعات اجتماعی بخصوصی را شامل می شود. بعنوان مثال جنایات و اقدامات تروریستی، خشونت سیاسی شامل جنگ و درگیری، خشونت دولت و سایر اقدامات مشابهی که توسط گروه بزرگی از مردم انجام می گیرد می باشد. خشونت اقتصادی شامل حملاتی است که توسط گروهی برای دستیابی به منافع اقتصادی انجام میگیرد (۱۲). در این پژوهش منظور ما از خشونت، خشونت بین فردی می باشد که هم خشونت فامیلی و هم خشونت غیر فامیلی (اجتماعی را دربرمیگیرد).

برنامه ثبت

ثبت عبارت است از مجموعه ای از اطلاعات در باره اشخاص که اغلب بر مواجهه، رویداد یا بیماری خاصی متمرکز می باشد. بسیاری از برنامه های ثبت اطلاعاتی درباره اشخاصی که بیماری یا وضعیت خاصی دارند جمع آوری می کنند در حالیکه بعضی از برنامه ها در صدد ثبت مشارکت کنندگان با سطح سلامت متفاوت که مایل به شرکت در پژوهش در زمینه بیماری خاص هستند می باشند. در یک برنامه ثبت اشخاص بصورت داوطلبانه اطلاعاتی درباره خودشان ارائه می کنند. برنامه های ثبت ممکن است توسط یک موسسه، سازمان غیر انتفاعی، مرکز سلامت و یا شرکت خصوصی پشتیبانی مالی شوند.

مطالعه پایلوت

مطالعه پایلوت یک پیش نیاز ضروری و فرصت خوبی برای ارزیابی امکان سنجی مطالعات با مقیاس بزرگ بوده و یکی از بهترین راه ها برای ارزیابی طرح ها و مطالعات پرهزینه در مقیاس بزرگ به حساب می آید. انجام یک پایلوت قبل از مطالعه اصلی، می تواند احتمال موفقیت مطالعه اصلی را افزایش دهد. مطالعه مقدماتی باید به خوبی با اهداف روشن امکان سنجی، طرح های تحلیلی روشن و معیارهای صریح برای تعیین موفقیت امکان سنجی طراحی شود. در اجرا پایلوت سعی خواهد شد تا موانع و محدودیتهای مربوط به فرایند، منابع و مدیریت مشخص گردد. نظام سلامت

## ۶- فرضیات طرح :

## ۷- اهداف طرح (با توجه به مقدمه و بصورتی که قابل ارزیابی و اندازه گیری باشند، مشخص شود).

الف) هدف کلی طرح ( اصولاً در برگیرنده کل عنوان طرح است):

۱. بررسی برنامه های ثبت خشونت خانگی کشورهای مختلف در متون علمی

۲. شناسایی ابعاد و الزامات برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در استان آذربایجان شرقی از دیدگاه متخصصان

۳. تدوین منشور اخلاق برنامه ثبت خشونت خانگی در استان آذربایجان شرقی از دیدگاه متخصصان

۴. طراحی ابزار گراوری داده ها در برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در استان آذربایجان شرقی

۵. اجرای پایلوت برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در تبریز.

۶. بررسی نقاط ضعف و قوت اجرای پایلوت ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در تبریز از دیدگاه خبرگان.

ب) اهداف اختصاصی طرح :

بررسی برنامه های ثبت خشونت خانگی کشورهای مختلف در متون علمی

شناسایی ابعاد و الزامات برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در استان آذربایجان شرقی از دیدگاه متخصصان،

**تدوین منشور اخلاق برنامه ثبت خشونت خانگی در استان آذربایجان شرقی از دیدگاه متخصصان**

**طراحی ابزار گردآوری داده ها در برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در استان آذربایجان شرقی**

**اجرای پایلوت برنامه ثبت خشونت منجر به جرح در تبریز**

بررسی نقاط ضعف و قوت اجرای پایلوت ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در تبریز از دیدگاه خبرگان.

## ۸- روش اجرا (جمعیت هدف، معیارهای ورود و خروج، توصیف دقیق گروههای مورد مطالعه، حجم نمونه و روش نمونه گیری / گردآوری، روش تحلیل داده ها):

در این پژوهش ابتدا بمنظور بررسی تجربیات کشورهای مختلف در زمینه اجرای برنامه ثبت خشونت مرور متون انجام خواهد گرفت سپس اسناد موجود در پزشکی قانونی، مرکز بهداشت استان و سازمان بهزیستی مورد بررسی قرار خواهد گرفت تا شناختی از وضعیت جاری بدست آید. در مرحله دوم با استفاده از روش های کیفی دیدگاه صاحب نظران در زمینه ابعاد و الزامات راه اندازی برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح و موانع و تسهیلگرها مورد مطالعه قرار خواهد گرفت. جامعه آماری در این روش اعضای هیات علمی و مدیران ارشد و کارشناسان سازمانهای پزشکی قانونی، بهزیستی، بهداشت و اورژانس خواهد بود. در مرحله بعدی پروتکل برنامه ثبت با نظر صاحب نظران و متخصصان این حوزه تدوین خواهد شد. پروتکل شامل تدوین منشور اخلاق، فرم جمع آوری داده ها و روش ارزیابی کیفی داده ها می باشد. منشور اخلاق و روش جمع آوری داده ها از طریق روش های کیفی (بحث گروهی متمرکز، مصاحبه و پلن متخصصان) تدوین خواهد شد. جامعه آماری در این روش اعضای هیات علمی و مدیران ارشد و کارشناسان سازمانهای پزشکی قانونی، بهزیستی، بهداشت و اورژانس و نیز پژوهشگران با تجربه خواهد بود. فرم جمع آوری داده ها نیز با استفاده از روش های بحث گروهی متمرکز و تکنیک دلفی طراحی خواهد شد. جامعه آماری در این مرحله نیز شامل اعضای هیات علمی، مدیران و کارشناسان سازمان نظام پزشکی، اورژانس و بهزیستی خواهد بود. در مرحله چهارم راهنمای اجرایی کار طراحی خواهد شد و در اختیار صاحبان فرایند قرار خواهد گرفت. همچنین آموزشهای لازم به افرادی که مسئولیت جمع آوری و کنترل کیفی داده ها را دارند ارائه خواهد شد. سپس برنامه ثبت به مدت ۹ ماه بصورت پایلوت در یکی از شهرستانهای استان آذربایجان شرقی اجرا خواهد شد. در اجرای پایلوت جامعه آماری شامل مراجعین به پزشکی قانونی و اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی و در صورت امکان مراکز بهداشتی و درمانی خواهد بود. جمعیت هدف کل خانواده ها/خانوارهای شهرستان پایلوت استان آذربایجان شرقی خواهد بود. معیار ورود نیز شامل کودکان/نوجوانان، سالمندان و زنان/مردان خواهد بود که در اثر خشونت خانگی آسیب دیده اند. بعد از اجرای پایلوت با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز نقاط ضعف و قوت برنامه شناسایی خواهد شد. همچنین آمار توصیفی از داده های جمع آوری شده ارائه خواهد شد.

## ۹- توضیحات تکمیلی اهداف اختصاصی:

- برای هر کدام از اهداف اختصاصی با روش اجرا، متغیرها و یا روش آنالیز آماری یکسان، متن و جدول مشترک آورده شود در غیر اینصورت جداگانه نوشته شود.

**عنوان هدف اختصاصی شماره یک:**

**بررسی برنامه های ثبت خشونت خانگی کشورهای مختلف در متون علمی**

**الف) خلاصه روش اجرا هدف اختصاصی یک: (توصیف دقیق گروههای مورد مطالعه، تعداد نمونه هر گروه، نحوه انجام تحقیق یا آزمایش):**

برای این منظور پایگاه های داده ای بین المللی از جمله: Web of science, scopus, pubmed و پایگاه های فارسی زبان SID و Magiran

همچنین وب سایت های سازمان جهانی بهداشت، بانک جهانی و وب سایت های مربوط به ثبت بیماری ها و مواجهه ها از طریق جستجوی موتور جستجوی Google مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

در این قسمت سعی خواهد شد نقاط ضعف و قوت هر برنامه و همچنین نتایج حاصل از آنها مورد مطالعه قرار گیرد. از طرفی روش اجرای برنامه ثبت از جمله روش گردآوری داده ها، ارزیابی کیفی داده ها، کد گذاری داده ها و سایر اجزای برنامه ثبت بررسی خواهد شد. بررسی برنامه های مختلف ثبت خشونت خانگی به طرح ریزی مناسب برنامه کمک شایانی خواهد کرد.

واژه های کلیدی در این قسمت شامل:

خشونت، خشونت خانگی، خشونت منجر به جرح، برنامه ثبت و...

.Violence, domestic violence, domestic violence injury, family violence, registry and etc

**جدول متغیرهای هدف اختصاصی یک (Variables):** پیرو مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه، در پروپوزال پایان نامه ها و طرح های تحقیقاتی وارد نمودن جدول متغیرها مورد نیاز نمی باشد.

متغیرها	نوع مقیاس	نوع متغیر	روش کنترل / ارزیابی	تعریف علمی متغیر(در صورت نیاز)
---------	-----------	-----------	---------------------	--------------------------------

**ب) توضیح کامل روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها هدف اختصاصی یک:**

در این مرحله تحلیل خاصی صورت نخواهد گرفت. اطلاعات استخراج شده از متون علمی شامل زمینه ای که برنامه ثبت در آن اجرا شده است، روش گردآوری داده ها در برنامه ثبت، روش ارزیابی کیفی داده های، هدف از برنامه ثبت و دستاورد های برنامه ثبت در فرم جمع آوری داده ها وارد خواهد شد.

**عنوان هدف اختصاصی شماره دو:**

شناسایی ابعاد و الزامات برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در استان آذربایجان شرقی از دیدگاه متخصصان،

**الف) خلاصه روش اجرا هدف اختصاصی دو: (توصیف دقیق گروههای مورد مطالعه، تعداد نمونه هر گروه، نحوه انجام تحقیق یا آزمایش):**

برای دستیابی به این اهداف از روش بحث گروهی متمرکز (FGD) [۱] و مصاحبه و نیز پنل متخصصان استفاده خواهد شد.

FGD یکی از روشهای کیفی است که شامل گروهی متشکل از ۶-۱۲ است که به وسیله تسهیلگر هدایت و در شرایطی غیررسمی با هدف گردآوری اطلاعات در مورد عنوانی خاص، برگزار می شود. در FGD علاوه بر تسهیلگر یک نفر بعنوان کاتب نیز در جلسات حضور دارد که از مطالب نوت برداری می کند و تسهیلگر را در هدایت جلسات یاری می دهد. در FGD اعضای گروه در شرایطی غیر رسمی و آزادانه درباره ی یک موضوع خاص صحبت می کنند. هدف از FGD بدست آوردن اطلاعات عمیق درباره مفاهیم، ادراکات و عقاید اعضای گروه است. خصوصیت اصلی که FGD را متمایز می سازد، آگاهی و اطلاعاتی است که از طریق تعامل بین شرکت کنندگان ایجاد می شود. شکل باز (یا نیمه باز) سوالات در FGD موجب می شود که اطلاعات وسیع، عمیق و غنی با واژه های خود شرکت کنندگان به دست آید. همچنین پاسخ های غیرکلامی مثل وضعیت بدنی شرکت کنندگان نیز اطلاعات مربوط به پاسخ های کلامی را تکمیل می نماید. ضبط صدا و پیاده سازی کلمه به کلمه گفتگوها، به همراه یادداشت برداری و نوشتن یادداشت های عرصه؛ روش های معمول ثبت اطلاعات در FGD می باشد. رعایت اخلاق در پژوهش نیز از مسائل بسیار مهم می باشند که باید در برگزاری جلسات FGD مد نظر قرار گیرد (۲۵). برای دستیابی به این اهداف حداقل ۳ جلسه FGD تشکیل خواهد شد. زمان و مکان تشکیل جلسات با موافقت مشارکت کنندگان تعیین خواهد شد. هماهنگی ابتدا بصورت غیر رسمی و توسط یکی از اعضای تیم پژوهشی از طریق تماس تلفنی صورت خواهد گرفت سپس طی ارسال دعوتنامه رسمی از تک تک مشارکت کنندگان دعوت بعمل خواهد آمد. در صورت موافقت شرکت کنندگان بعد از کسب رضایت آگاهانه مباحث با استفاده از voice recorder ضبط خواهد شد. در این مرحله برای دستیابی به هدف ۲ سوالات مربوط به امکان سنجی برنامه ثبت خشونت خانگی می باشند و ابعاد برنامه ثبت، الزامات اجرایی برنامه ثبت، موانع احتمالی و تسهیلگرهای اصلی شناسایی خواهند شد. در جلسه اول بعد از معرفی مشارکت کنندگان ابتدا مقدمه ای در مورد موضوع پژوهش توسط تسهیلگر ارائه خواهد شد و اهداف پژوهشی شرح داده خواهد شد. سپس بعد از تکمیل فرم کوتاه مشخصات توسط مشارکت کنندگان موضوع مورد بحث توسط تسهیلگر مطرح خواهد شد.

مصاحبه

برای دستیابی به دیدگاه متخصصانی که امکان شرکت آنها در جلسات FGD وجود نداشته باشد از روش مصاحبه استفاده خواهد شد. سوالاتی که در این مرحله در مصاحبه مطرح خواهند شد دقیقاً سوالاتی خواهند بود که در FGD به بحث گذاشته خواهند شد. مصاحبه ها در محل مورد توافق شرکت کنندگان انجام خواهد گرفت و در مورد زمان انجام مصاحبه نیز از طریق تماس تلفنی و یا ملاقات حضوری هماهنگی صورت خواهد گرفت. در صورت موافقت شرکت کنندگان بعد از کسب رضایت آگاهانه مباحث با استفاده از voice recorder ضبط خواهد شد. در ابتدای جلسه فرم کوتاه مشخصات شرکت کنندگان تکمیل خواهد شد. مصاحبه با ارائه مقدمه ای درمورد پژوهش و اهداف پژوهش آغاز خواهد شد.

## جامعه پژوهشی

در این راستا جامعه پژوهش شامل اعضای هیات علمی، مدیران و کارشناسان سازمان پزشکی قانونی، اورژانس، بهزیستی، معاونت درمان و معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز خواهد بود.

## معیار ورود

نمونه گیری در این روش هدفمند خواهد بود. معیار ورود به مطالعه داشتن مدرک تحصیلی فوق لیسانس و یا بالاتر در رشته های روانشناسی، روانپزشکی، پزشکی/پزشکی اجتماعی/پزشکی قانونی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و تجربه و سابقه کار در زمینه خشونت خواهد بود.

## قوام مطالعه

به منظور افزایش قوام مطالعه و صحت داده ها از روش های باز بینی توسط شرکت کننده ها و باز بینی توسط افراد خبره استفاده شد. برای این منظور در حین جلسات FGD بمنظور تایید صحت مطالب برداشت محقق از اظهارات مشارکت کنندگان به آنها بازخورد داده خواهد شد. همچنین پس از جمع بندی و تحلیل، نتایج پژوهش در اختیار افراد صاحب نظر قرار خواهد گرفت تا درستی و کیفیت تحلیل و دقت جمع بندی مورد بررسی قرار گیرد. از طرفی در نهایت نتایج به خود مشارکت کنندگان نیز ارسال خواهد شد تا صحت و دقت آن را تایید کنند. همچنین استفاده از دو روش مصاحبه و FGD به همراه هم به افزایش قوام مطالعه و اعتبار نتایج کمک خواهد کرد.

## Focus Group Discussion (FGD) [1]

### ب) توضیح کامل روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها هدف اختصاصی دو:

تحلیل داده ها از جلسه اول بحث گروهی / مصاحبه به موازات انجام جلسات بعدی شروع خواهد شد (تحلیل همزمان). موارد ضبط شده توسط یک پژوهشگر بصورت کلمه به کلمه پیاده سازی خواهد شد. سپس دو پژوهشگر بصورت مجزا مطالب یادداشت شده را چندین بار به دقت مطالعه خواهند کرد و مطالب را کد گذاری خواهند کرد. در پایان هر یک از پژوهشگران کدهای یادداشت شده توسط پژوهشگر دیگر را با کدهای خود مقایسه خواهند کرد تا اطمینان حاصل کنند که اختلافی وجود نداشته باشد. در صورتیکه اختلافی وجود داشته باشد توسط پژوهشگر سوم اختلافات رفع خواهد شد. بعد از تایید کدها، تم های اصلی استخراج شده و در دو دسته تم های اصلی و فرعی طبقه بندی خواهند شد.

### عنوان هدف اختصاصی شماره سه :

### تدوین منشور اخلاق برنامه ثبت خشونت خانگی در استان آذربایجان شرقی از دیدگاه متخصصان

الف) خلاصه روش اجرا هدف اختصاصی سه: (توصیف دقیق گروههای مورد مطالعه، تعداد نمونه هر گروه، نحوه انجام تحقیق یا آزمایش):

برای دستیابی به این اهداف از روش بحث گروهی متمرکز (FGD) [1] و مصاحبه و نیز پنل متخصصان استفاده خواهد شد.

FGD یکی از روشهای کیفی است که شامل گروهی متشکل از ۶-۱۲ است که به وسیله تسهیلگر هدایت و در شرایطی غیررسمی با هدف گردآوری اطلاعات در مورد عنوانی خاص، برگزار می شود. در FGD علاوه بر تسهیلگر یک نفر بعنوان کاتب نیز در جلسات حضور دارد که از مطالب نوت برداری می کند و تسهیلگر را در هدایت جلسات یاری می دهد. در FGD اعضای گروه در شرایطی غیر رسمی و آزادانه درباره ی

یک موضوع خاص صحبت می کنند. هدف از FGD بدست آوردن اطلاعات عمیق درباره مفاهیم، ادراکات و عقاید اعضای گروه است. خصوصیت اصلی که FGD را متمایز می سازد، آگاهی و اطلاعاتی است که از طریق تعامل بین شرکت کنندگان ایجاد می شود. شکل باز (یا نیمه باز) سوالات در FGD موجب می شود که اطلاعات وسیع، عمیق و غنی با واژه های خود شرکت کنندگان به دست آید. همچنین پاسخ های غیرکلامی مثل وضعیت بدنی شرکت کنندگان نیز اطلاعات مربوط به پاسخ های کلامی را تکمیل می نماید. ضبط صدا و پیاده سازی کلمه به کلمه گفتگوها، به همراه یادداشت برداری و نوشتن یادداشت های عرصه؛ روش های معمول ثبت اطلاعات در FGD می باشد. رعایت اخلاق در پژوهش نیز از مسائل بسیار مهم می باشند که باید در برگزاری جلسات FGD مد نظر قرار گیرد (۲۵). برای دستیابی به این اهداف حداقل ۳ جلسه FGD تشکیل خواهد شد. زمان و مکان تشکیل جلسات با موافقت مشارکت کنندگان تعیین خواهد شد. هماهنگی ابتدا بصورت غیر رسمی و توسط یکی از اعضای تیم پژوهشی از طریق تماس تلفنی صورت خواهد گرفت سپس طی ارسال دعوتنامه رسمی از تک تک مشارکت کنندگان دعوت بعمل خواهد آمد. در صورت موافقت شرکت کنندگان بعد از کسب رضایت آگاهانه مباحث با استفاده از voice recorder ضبط خواهد شد. در این مرحله برای دستیابی به هدف ۲ سوالات مربوط به امکان سنجی برنامه ثبت خشونت خانگی می باشند و ابعاد برنامه ثبت، الزامات اجرایی برنامه ثبت، موانع احتمالی و تسهیلهای اصلی شناسایی خواهند شد. در هدف ۳ نیز بحث در زمینه معیارهای اصلی منشور اخلاق صورت خواهد گرفت بدین صورت که سوال خواهد شد که از دیدگاه متخصصان چه مواردی باید در منشور اخلاق برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح گنجانده شود. مباحث حول منشور اخلاق مالکیت داده ها و رضایت آگاهانه خواهد بود. در جلسه اول بعد از معرفی مشارکت کنندگان ابتدا مقدمه ای در مورد موضوع پژوهش توسط تسهیلگر ارائه خواهد شد و اهداف پژوهشی شرح داده خواهد شد. سپس بعد از تکمیل فرم کوتاه مشخصات توسط مشارکت کنندگان موضوع مورد بحث توسط تسهیلگر مطرح خواهد شد.

### مصاحبه

برای دستیابی به دیدگاه متخصصانی که امکان شرکت آنها در جلسات FGD وجود نداشته باشد از روش مصاحبه استفاده خواهد شد. سوالاتی که در این مرحله در مصاحبه مطرح خواهند شد دقیقاً سوالاتی خواهند بود که در FGD به بحث گذاشته خواهند شد. مصاحبه ها در محل مورد توافق شرکت کنندگان انجام خواهد گرفت و در مورد زمان انجام مصاحبه نیز از طریق تماس تلفنی و یا ملاقات حضوری هماهنگی صورت خواهد گرفت. در صورت موافقت شرکت کنندگان بعد از کسب رضایت آگاهانه مباحث با استفاده از voice recorder ضبط خواهد شد. در ابتدای جلسه فرم کوتاه مشخصات شرکت کنندگان تکمیل خواهد شد. مصاحبه با ارائه مقدمه ای در مورد پژوهش و اهداف پژوهش آغاز خواهد شد.

### جامعه پژوهشی

در این راستا جامعه پژوهش شامل اعضای هیات علمی، مدیران و کارشناسان سازمان پزشکی قانونی، اورژانس، بهزیستی، معاونت درمان و معاونت بهداشت دانشگاه خواهد بود.

### معیار ورود

نمونه گیری در این روش هدفمند خواهد بود. معیار ورود به مطالعه داشتن مدرک فوق لیسانس و یا بالاتر در رشته های روانشناسی، روانپزشکی، پزشکی/پزشکی اجتماعی/پزشکی قانونی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و تجربه و سابقه کار در زمینه خشونت خواهد بود.

### قوام مطالعه

به منظور افزایش قوام مطالعه و صحت داده ها از روش های باز بینی توسط شرکت کننده ها و باز بینی توسط افراد خبره استفاده شد. برای این منظور در حین جلسات FGD بمنظور تایید صحت مطالب برداشت محقق از اظهارات مشارکت کنندگان به آنها بازخورد داده خواهد شد. همچنین پس از جمع بندی و تحلیل، نتایج پژوهش در اختیار افراد صاحب نظر قرار خواهد گرفت تا درستی و کیفیت تحلیل و دقت جمع بندی مورد بررسی قرار گیرد. از طرفی در نهایت نتایج به خود مشارکت کنندگان نیز ارسال خواهد شد تا صحت و دقت آن را تایید کنند. همچنین استفاده از دو روش مصاحبه و FGD به همراه هم به افزایش قوام مطالعه و اعتبار نتایج کمک خواهد کرد.

## Focus Group Discussion (FGD) [1]

(ب) توضیح کامل روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها هدف اختصاصی سه:

تحلیل داده‌ها از جلسه اول بحث گروهی / مصاحبه به موازات انجام جلسات بعدی شروع خواهد شد (تحلیل همزمان). موارد ضبط شده توسط یک پژوهشگر بصورت کلمه به کلمه پیاده سازی خواهد شد. سپس دو پژوهشگر بصورت مجزا مطالب یادداشت شده را چندین بار به دقت مطالعه خواهند کرد و مطالب را کد گذاری خواهند کرد. در پایان هر یک از پژوهشگران کدهای یادداشت شده توسط پژوهشگر دیگر را با کدهای خود مقایسه خواهند کرد تا اطمینان حاصل کنند که اختلافی وجود نداشته باشد. در صورتیکه اختلافی وجود داشته باشد توسط پژوهشگر سوم اختلافات رفع خواهد شد. بعد از تایید کدها، تم های اصلی استخراج شده و در دو دسته تم های اصلی و فرعی طبقه بندی خواهند شد.

### عنوان هدف اختصاصی شماره چهار :

#### **طراحی ابزار گردآوری داده ها در برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در استان آذربایجان شرقی**

**الف) خلاصه روش اجرا هدف اختصاصی چهار: (توصیف دقیق گروههای مورد مطالعه، تعداد نمونه هر گروه، نحوه انجام تحقیق یا آزمایش):**

برای ساخت ابزار گردآوری داده ها ابتدا مرور متون انجام خواهد گرفت تا تجربه مشابه سایر کشورها شناخته شود. سپس طی یک جلسه بحث گروهی متمرکز چارچوب اولیه کار طراحی شود. معیار انتخاب متخصصان داشتن سابقه کار در زمینه خشونت و جراحات، یا سابقه کار در یکی از سازمانهای پزشکی قانونی، بهزیستی و یا اورژانس، یا داشتن تجربه راه اندازی حداقل یک برنامه ثبت می باشد.

#### **بحث گروهی متمرکز**

در هدف پنجم پژوهشگران با روش FGD اقدام به شناسایی داده هایی که در برنامه ثبت باید جمع آوری شوند از دید گاه افراد متخصص خواهند نمود. برای دستیابی به این هدف اختصاصی تعداد حداقل ۲ جلسه FGD (۸-۶ نفره) هر کدام به مدت ۹۰-۶۰ دقیقه در نظر گرفته شده است. جمع آوری داده ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه خواهد یافت. جلسات در زمان و مکان مورد توافق تمامی اعضای گروه برگزار خواهد شد. زمان جلسات توسط یکی از اعضای تیم پژوهشی و از طریق تماس تلفنی هماهنگ خواهد شد. سپس طی دعوتنامه رسمی مشارکت کنندگان به جلسه دعوت خواهند شد. در صورت موافقت شرکت کنندگان بعد از کسب رضایت آگاهانه مباحث با استفاده از voice recorder ضبط خواهد شد. در جلسه اول بعد از معرفی مشارکت کنندگان ابتدا مقدمه ای در مورد موضوع پژوهش توسط تسهیلگر ارائه خواهد شد و اهداف پژوهشی شرح داده خواهد شد. سپس بعد از تکمیل فرم کوتاه مشخصات توسط مشارکت کنندگان موضوع مورد بحث توسط تسهیلگر مطرح خواهد شد. در هر جلسه علاوه بر تسهیلگر ۲ نفر کاتب نیز حضور خواهد داشت و نکات اصلی مطرح شده توسط مشارکت کنندگان را یادداشت خواهند کرد. در پایان هر جلسه نکات یادداشت شده توسط کاتبان توسط تسهیلگر مطرح خواهد شد تا در صورتیکه سوء برداشتی وجود دارد برطرف شود. شرایط تشکیل جلسات FGD مشابه اهداف قبلی خواهد بود.

#### **جامعه پژوهشی**

در این راستا جامعه پژوهشی شامل اعضای هیات علمی، مدیران و کارشناسان سازمان پزشکی قانونی، اورژانس، بهزیستی، معاونت درمان و مرکز بهداشت استان خواهد بود.

#### **معیار ورود**

نمونه گیری در این روش هدفمند خواهد بود. معیار ورود به مطالعه داشتن سابقه کار در زمینه خشونت، آسیب های ناشی از خشونت، روانشناسی و روانپزشکی در زمینه خشونت و پزشکی اجتماعی خواهد بود.

#### **تحلیل داده ها**

بمنظور تحلیل محتوایی تحلیل داده‌ها از جلسه بحث گروهی اول به موازات انجام جلسات بعدی شروع خواهد شد (تحلیل همزمان). موارد ضبط شده توسط یک پژوهشگر بصورت کلمه به کلمه پیاده سازی خواهد شد. سپس دو پژوهشگر بصورت مجزا مطالب یادداشت شده را چندین بار به دقت مطالعه خواهند کرد و مطالب را کد گذاری خواهند کرد. در پایان هر یک از پژوهشگران کدهای یادداشت شده توسط پژوهشگر دیگر را با کدهای خود مقایسه خواهند کرد تا اختلافی وجود نداشته باشد. در صورتیکه اختلافی وجود داشته باشد توسط پژوهشگر

سوم اختلافات رفع خواهد شد. بعد از تایید کدها، تم های اصلی استخراج شده و در دو دسته تم های اصلی و فرعی طبقه بندی خواهند شد.

## قوام مطالعه

به منظور افزایش قوام و صحت داده ها از روش های باز بینی توسط شرکت کننده ها و باز بینی توسط افراد خبره استفاده شد. برای این منظور در حین جلسات FGD بمنظور تایید صحت مطالب برداشت محقق از اظهارات مشارکت کنندگان به آنها بازخورد داده خواهد شد. همچنین پس از جمع بندی و تحلیل، نتایج پژوهش در اختیار افراد صاحب نظر قرار خواهد گرفت تا درستی و کیفیت تحلیل و دقت جمع بندی مورد بررسی قرار گیرد. از طرفی در نهایت نتایج به خود مشارکت کنندگان نیز ارسال خواهد شد تا صحت و دقت آن را تایید کنند.

در مرحله بعد فرم حداقل داده های مورد نیاز برای برنامه ثبت جراحات ناشی از منازعات از گایدلاین سازمان جهانی بهداشت استخراج شد (۳۰). بعد از ترجمه و باز ترجمه فرم حداقل داده های مورد نیاز این فرم بر اساس شرایط استان آذربایجان شرقی و با نظر متخصصان در یک جلسه پنل خبرگان مورد بررسی قرار خواهد گرفت. در پنل خبرگان یکسری اطلاعات بنابه شرایط زمینه ای استان به فرم اضافه یا از فرم حذف خواهد شد. در پنل متخصصان متخصصان با تخصص های مرتبط با پزشکی قانونی، طب اورژانس، سلامت روان و سلامت همگانی حضور خواهند داشت.

در مرحله بعد فرم حداقل داده ها برای محاسبه CVI و CVR در اختیار متخصصان قرار خواهد گرفت تا روایی آن مورد ارزیابی قرار گیرد. برای ارزیابی روایی محتوایی از متخصصان در مورد میزان هماهنگی محتوای ابزار اندازه گیری و هدف پژوهش نظرسنجی خواهد شد. برای این منظور دو روش کیفی و کمی در نظر گرفته شد. در بررسی کیفی محتوا از متخصصان درخواست شد تا پس از بررسی کیفی ابزار بازخورد لازم را ارائه دهند که براساس آن موارد اصلاح خواهد شد. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از CVI و CVR استفاده خواهد گردید. سپس پاسخها مطابق فرمول زیر محاسبه خواهد گردید.



در این رابطه  $NE$  تعداد متخصصانی است که به گزینه‌ی ضروری پاسخ داده‌اند و  $N$  تعداد کل متخصصان است. معیار پذیرش اعتبار محتوا  $62/0$  در نظر گرفته شد (۳۱).

## معیار ورود

نمونه گیری در این روش هدفمند خواهد بود. معیار ورود به مطالعه داشتن سابقه کار در زمینه خشونت، آسیب های ناشی از خشونت، روانشناسی و روانپزشکی در زمینه خشونت و پزشکی اجتماعی خواهد بود. در این راستا جامعه آماری شامل اعضای هیات علمی، مدیران و کارشناسان سازمان نظام پزشکی، اورژانس و بهزیستی خواهد بود.

## پایایی

برای بررسی پایایی پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده خواهد شد. باشد و در صورتی مورد تایید خواهد بود که ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از  $0.7$  باشد.

## ب) توضیح کامل روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها هدف اختصاصی چهار:

**تحلیل کیفی:** بمنظور تحلیل محتوایی تحلیل داده‌ها از جلسه بحث گروهی اول به موازات انجام جلسات بعدی شروع خواهد شد (تحلیل همزمان). موارد ضبط شده توسط یک پژوهشگر بصورت کلمه به کلمه پیاده سازی خواهد شد. سپس دو پژوهشگر بصورت مجزا مطالب یادداشت شده را چندین بار به دقت مطالعه خواهند کرد و مطالب را کد گذاری خواهند کرد. در پایان هر یک از پژوهشگران کدهای یادداشت شده توسط پژوهشگر دیگر را با کدهای خود مقایسه خواهند کرد تا اختلافی وجود نداشته باشد. در صورتیکه اختلافی وجود داشته باشد توسط پژوهشگر سوم اختلافات رفع خواهد شد. بعد از تایید کدها، تم های اصلی استخراج شده و در دو دسته تم های اصلی و فرعی طبقه بندی خواهند شد.

**تحلیل دلفی:** برای تحلیل داده های پرسشنامه ها در مرحله دلفی از میانه استفاده خواهد شد. بدین صورت که آیتم های دارای میانه امتیاز کمتر از ۴ حذف

شده و آیت‌های دارای میانه بیشتر از ۷ مورد تایید قرار خواهند گرفت. موارد با امتیاز بین ۴ تا ۷ برای ارزیابی مجدد در راند دوم انتخاب خواهند شد.

## عنوان هدف اختصاصی شماره پنج:

### اجرای پایلوت برنامه ثبت خشونت منجر به جرح در تبریز

الف) خلاصه روش اجرا هدف اختصاصی پنج: (توصیف دقیق گروه‌های مورد مطالعه، تعداد نمونه هر گروه، نحوه انجام تحقیق یا آزمایش):

در این مرحله پس از اینکه پروتکل برنامه ثبت خشونت خانگی منجر به جرح تدوین شد برنامه در یکی از شهرستانهای استان آذربایجان شرقی به مدت ۹ ماه بصورت پایلوت اجرا خواهد شد تا نواقص احتمالی آن با همکاری متخصصان شناسایی و قبل از اجرای برنامه در سطح وسیع تر رفع شود. مطالعه پایلوت یک پیش نیاز ضروری و فرصت خوبی برای ارزیابی امکان سنجی [۱] مطالعات با مقیاس بزرگ بوده و یکی از بهترین راه‌ها برای ارزیابی طرح‌ها و مطالعات پرهزینه در مقیاس بزرگ به حساب می‌آید. انجام یک پایلوت قبل از مطالعه اصلی، می‌تواند احتمال موفقیت مطالعه اصلی را افزایش دهد. مطالعه مقدماتی باید به خوبی با اهداف روشن امکان سنجی، طرح‌های تحلیلی روشن و معیارهای صریح برای تعیین موفقیت امکان سنجی طراحی شود. در اجرای پایلوت سعی خواهد شد تا موانع و محدودیتهای مربوط به فرایند، منابع و مدیریت مشخص گردد. در قسمت فرایند سعی خواهد شد امکانپذیری فرایندهایی که در موفقیت طرح اصلی و نهایی نقش کلیدی دارند مشخص شود. در قسمت منابع، مسائلی مثل محدودیتهای زمان و منابع مالی و غیرمالی که در طول اجرای مدل اصلی ممکن است پیش بیاید مورد بررسی قرار خواهد گرفت در مبحث مدیریت نیز مواردی چون پتانسیل نیروی انسانی و مشکلات مربوط به جمع‌آوری و مدیریت داده‌ها بررسی شده و در پنل خبرگان مطرح خواهد شد. همچنین معیارهای موفقیت مدل در حیطه فرایند، منابع و مدیریت مشخص خواهد شد تا در نهایت با تحلیل مسائل و مشکلات موجود و معیارهای موفقیت در مورد اجرای طرح اصلی و یا عدم اجرای آن و نیز تغییرات لازم جهت نهایی کردن مدل قبل از اجرای طرح اصلی تصمیم‌گیری شود (۲۴). قبل از اجرای پایلوت راهنمای اجرایی برنامه ثبت و آگاهی‌های لازم در زمینه جزئیات کار و سوالات به کارکنان ارائه خواهد شد تا آنها دانش و بینش مناسب را پیدا نموده و خود را با برنامه وفق دهند. راهنمای اجرایی برنامه ثبت شامل فرم جمع‌آوری داده‌ها، نحوه کدگذاری داده‌ها، نحوه وارد کردن داده‌ها در نرم افزار، روش کنترل کیفی داده‌ها و روش گزارش‌گیری داده‌ها خواهد بود.

### جامعه پژوهشی

کلیه مراجعین به سازمان پزشکی قانونی، اورژانسهای اجتماعی (سازمان بهزیستی) و در صورت امکان سازمانهای بهداشتی و درمانی

### معیارهای ورود برای مطالعه پایلوت

معیارهای ورود: ۱- تمام ساکنین استان آذربایجان شرقی می‌باشند که در استان آذربایجان شرقی در اثر خشونت فیزیکی دچار آسیب شده‌اند و به یکی از مراکز درمانی اورژانس، پزشکی قانونی و یا اورژانس اجتماعی بهزیستی مراجعه کرده است ۲- تمام ساکنین استان آذربایجان شرقی می‌باشند که در استان آذربایجان شرقی در اثر خشونت جنسی دچار آسیب شده‌اند و به یکی از مراکز درمانی اورژانس، پزشکی قانونی و یا اورژانس اجتماعی بهزیستی مراجعه کرده‌اند و به یکی از مراکز درمانی اورژانس، پزشکی قانونی و یا اورژانس اجتماعی بهزیستی مراجعه کرده‌اند در برنامه ثبت وارد خواهد شد و با علامت ستاره دار مشخص خواهند شد. ۳- ساکنین سایر استان‌ها که در استان آذربایجان شرقی در اثر خشونت فیزیکی دچار آسیب شده‌اند و به یکی از مراکز درمانی اورژانس، پزشکی قانونی و یا اورژانس اجتماعی بهزیستی مراجعه کرده‌اند در برنامه ثبت وارد خواهد شد و با علامت ستاره دار مشخص خواهند شد. ۴- ساکنین سایر استان‌ها که در استان آذربایجان شرقی در اثر خشونت جنسی دچار آسیب شده‌اند و به یکی از مراکز درمانی اورژانس، پزشکی قانونی و یا اورژانس اجتماعی بهزیستی مراجعه کرده‌اند در برنامه ثبت وارد خواهد شد و با علامت ستاره دار مشخص خواهند شد.

معیار خروج: ۱- ساکنین استان آذربایجان شرقی که در اثر خشونت دچار جراحت شده‌اند اما گزارش خشونت به پزشک قانونی، بیمارستان و یا اورژانس اجتماعی در استان دیگری صورت گرفته است. ۲- انواع مصدومین مصمومیت‌های غذایی، پرت شدن از بلندی، و تصادفات که عمدی یا غیری عمدی بودن آن در زمان مراجعه مشخص نباشد.

## feasibility [۱]

**جدول متغیرهای هدف اختصاصی پنج (Variables):** پیرو مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه، در پروپوزال پایان نامه ها و طرح های تحقیقاتی وارد نمودن جدول متغیرها مورد نیاز نمی باشد.

متغیرها	نوع مقیاس	نوع متغیر	روش کنترل / ارزیابی	تعریف علمی متغیر (در صورت نیاز)
تعداد فرزند	کمی/نسبیتی	مستقل	پرسشنامه	
زمان وقوع رخداد	کمی/نسبیتی	مستقل	پرسشنامه	
نوع آسیب	کیفی-اسمی	مستقل	پرسشنامه	
عامل ایجاد آسیب	کیفی-اسمی	مستقل	پرسشنامه	

### ب) توضیح کامل روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها هدف اختصاصی پنج:

گزارشی توصیفی از داده ها ثبت ارائه خواهد شد تا مشخص شود داده ها تا چه حد صحت دارند. در این مرحله از آزمونهای آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده خواهد شد. نتایج در قالب نمودارها و جداول گزارش خواهد شد.

#### شناسایی و تعدیل مخدوش گرها

به منظور شناسایی مخدوشگرها و تعدیل اثر آنها از رگرسیون استفاده خواهد شد. برای تعیین اثر متغیرهای مستقل (مخدوشگرها) بر روی مراجعه افراد آسیب دیده از رگرسیون خطی استفاده خواهد شد. برای این منظور برای این منظور ویژگی های آسیب دیده و آسیب رسان از جمله سن، جنس، مدرک تحصیلی، شغل وضعیت سلامت جسمی/ذهنی/روانی مستقل (مخدوشگر) و ویژگی های رویداد بعنوان متغیر وابسته در نظر گرفته خواهند شد. در این راستا ابتدا بر اساس نتایج رگرسیون خطی تک متغیره متغیرهای مستقلی که سطح معناداری آنها کمتر از ۱۵/۰ شود شناسایی و سپس برای تعدیل اثر مخدوش کنندگی از رگرسیون خطی چندگانه استفاده خواهد شد. پیش فرض های رگرسیونی با استفاده از نمودار توزیع احتمالی نرمال، آزمون دوربین واتسون (مقادیر ۵/۱ - ۵/۲ بعنوان بازه مورد پذیرش قرار خواهند گرفت) و شاخص تورم واریانسها ( $VIF < 5$ ) (VIF) مورد بررسی و تایید قرار خواهند گرفت. تمام داده های مورد مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-19 مورد تحلیل قرار گرفتند.

#### عنوان هدف اختصاصی شماره شش:

بررسی نقاط ضعف و قوت اجرای پایلوت ثبت خشونت خانگی منجر به جرح در تبریز از دیدگاه خبرگان.

**الف) خلاصه روش اجرا هدف اختصاصی شش: (توصیف دقیق گروههای مورد مطالعه، تعداد نمونه هر گروه، نحوه انجام تحقیق یا آزمایش):**

بمنظور ارزشیابی برنامه از دو روش استفاده شد: FGD و ارائه گزارشی توصیفی از داده های ثبت شده. در روش FGD دیدگاه متخصصان و صاحبان فرایند در مورد برنامه اجرا شده مورد بررسی قرار خواهد گرفت. در این مرحله سعی خواهد شد تا سوالات مربوط به موانع و نسهیلگرهای برنامه پایلوت و همچنین نقاط قوت و ضعف برنامه شناسایی شود. جامعه آماری، نمونه گیری و نحوه تشکیل جلسات مشابه هدف اختصاصی دوم می باشد. در مرحله دوم گزارشی توصیفی از داده ها ثبت ارائه خواهد شد تا مشخص شود داده ها تا چه حد صحت دارند. در این مرحله از آزمونهای آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده خواهد شد. نتایج در قالب نمودارها و جداول گزارش خواهد شد. در نهایت از طریق پنل خبرگان و با اجماع آرا در مورد راه اندازی برنامه ثبت خشونت خانگی تصمیم گیری خواهد شد.

**ب) توضیح کامل روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها هدف اختصاصی شش:** xjtXYquery-string:select data from

Extinfo where itemcode=۹۱۰۶۰۲۰۷ and bdtExtrainformationitem\_code=۱۳۷YXYXYXYxjf

**جدول متغیرهای مشترک بین اهداف (Variables):** پیرو مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه، در پروپوزال پایان نامه ها و طرح های تحقیقاتی وارد نمودن جدول متغیرها مورد نیاز نمی باشد.

متغیرها	نوع مقیاس	نوع متغیر	روش کنترل / ارزیابی	تعریف علمی متغیر(در صورت نیاز)
سن	کمی/نسبیتی	مستقل	پرسشنامه	
جنس	کیفی-اسمی	مستقل	پرسشنامه	
سطح تحصیلات	کیفی-رتبه ای	مستقل	پرسشنامه	
شغل	کیفی-اسمی	مستقل	پرسشنامه	
محل سکونت	کیفی-اسمی	مستقل	پرسشنامه	
درآمد	کمی/نسبیتی	مستقل	پرسشنامه	

۱۰- ملاحظات اخلاقی (هر طرحی بسته به نوع مطالعه، ملاحظات خاص خود را دارد که بر اساس دستور العمل کمیته منطقه ای اخلاق بایستی مد نظر قرار گیرد- در صورت نیاز فرم رضایتنامه آگاهانه تکمیل گردد لازم به ذکر است شروع مراحل اجرایی پژوهش تنها پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق میسر خواهد بود)

توضیحات مجری:

راهنمای کدهای اخلاق در پژوهش را مطالعه کردم و آنها را رعایت میکنم.

[Link](#) به کدهای مربوطه اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی

## ۱۱- جدول زمانی مراحل اجرا طرح (GANTT CHART)

ردیف	شرح هر یک از فعالیتهای اجرایی طرح به تفکیک	طول مدت (ماه)
۱	بررسی متون	۷
۲	بررسی دیدگاه متخصصان	۳
۳	طراحی فرم جمع آوری داده ها	۳
۴	تدوین پروتوکل اجرایی	۲
۵	اجرای پایلوت	۹
۶	تدوین گزارش	۳

۱۲- هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی که توسط موسسات دیگر صورت می گیرد:

موضوع آزمایشات و یا خدمات تخصصی	مرکز ارائه دهنده خدمات	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه (ریال)	جمع (ریال)
جمع هزینه های آزمایشات و خدمات تخصصی (ریال):				
				۰

### ۱۳- جدول هزینه های وسایل و مواد:

نام وسایل و یا مواد مصرفی	نام محل تهیه	تعداد یا مقدار لازم	مبلغ واحد (ریال)	کل مبلغ (ریال)
پرینت		۱۰۰۰۰	۱,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰
جمع کل (ریال)				۱,۰۰۰,۰۰۰

### ۱۴- سایر هزینه ها:

موضوع هزینه	توضیح در باره کمیت و یا کیفیت موضوع هزینه	کل مبلغ (ریال)
هزینه مسافرت		۱,۵۰۰,۰۰۰
هزینه تایپ، تکثیر، تقاضای patent، ...		۰
هزینه های متفرقه (داوطلبین، ...)		۵۷,۷۵۰,۰۰۰
جمع هزینه (ریال):		۵۹,۲۵۰,۰۰۰

### ۱۵- جمع هزینه های طرح:

نوع	مبلغ (ریال)
پرسنلی	۵۴,۴۰۰,۰۰۰
آزمایشات و خدمات تخصصی	۰
وسایل و مواد	۱,۰۰۰,۰۰۰
سایر	۵۹,۲۵۰,۰۰۰
کل اعتبار طرح	۱۱۴,۶۵۰,۰۰۰
اعتبار تامین شده خارج از دانشگاه	۰
جمع کل هزینه های طرح (ریال):	۱۱۴,۶۵۰,۰۰۰

## ۱۶- منابع علمی (متن کامل حداقل سه منبع اصلی مرتبط با موضوع ضمیمه شود):

- Aghakhani N, Eftekhari A, Zare Kheirabad A, Mousavi E. Study of the effect of various domestic violence against women and related factors in women who referred to the Forensic Medical Center in Urmia city-Iran ۲۰۱۲-۲۰۱۳. IJFM. ۲۰۱۳; ۱۸(۲):۶۹-۷۸
- Jamshidimanesh M, Soleymani M, Ebrahimi E, Hosseini F. Domestic violence against pregnant women in Iran. Journal of family & reproductive health. ۲۰۱۳; ۷(۱):۷
- Nasrabadi AN, Abbasi NH, Mehrdad N. The prevalence of violence against Iranian women and its related factors. Global journal of health science. ۲۰۱۵; ۷(۳):۳۷
- Alizadeh M, Samadirad B, Ravanshad Y, Khamenian Z, Azarfar A. A Case Control Study of Married Women under the Violence during Pregnancy in Tabriz. the Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility. ۲۰۱۳; ۱۵(۳۲):۸-۱۳
- Nori A, Rajabi A, Esmailzadeh F. Prevalence of elder misbehavior in northern Iran (۲۰۱۲). Journal of Gorgan University of Medical Sciences. ۲۰۱۵; ۱۶(۴)

### منابع انگلیسی:

1. Violence and Injury Prevention: world health organization; 2017 [Available from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/)].
2. Organization WH. WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health. Geneva. document WHO/EHA/SPI. POA. 2). available at: [http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en](http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en;); 1996.
3. Grown C, Gupta GR, Kes A. Taking Action: Achieving gender equality and empowering women: Earthscan; 2005.
4. Kopčavar Guček N, Švab I, Selič P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005-2009). Croatian medical journal. 2011;52(6):728-34.
5. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. Psychological medicine. 2010;40(6):881-93.
6. Organization WH. Violence—a global public health problem. World report on violence and health Geneva: WHO. 2002;6.
7. Yawn B, Yawn R, Uden D. American Medical Association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Archives of Family Medicine. 1992;1:39.
8. Aghakhani N, Eftekhari A, Zare Kheirabad A, Mousavi E. Study of the effect of various domestic violence against women and related factors in women who referred to the Forensic Medical Center in Urmia city-Iran 2012-2013. IJFM. 2012;18(2):69-78.
9. Jamshidimanesh M, Soleymani M, Ebrahimi E, Hosseini F. Domestic violence against pregnant women in Iran. Journal of family & reproductive health. 2013;7(1):7.
10. Nasrabadi AN, Abbasi NH, Mehrdad N. The prevalence of violence against Iranian women and its related factors. Global journal of health science. 2015;7(3):37.
11. Alizadeh M, Samadirad B, Ravanshad Y, Khamenian Z, Azarfar A. A Case Control Study of Married Women under the Violence during Pregnancy in Tabriz. the Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility. 2013;15(32):8-13.
12. Hewins E, DiBella B, Mawla J. Domestic Violence and the Role of the Healthcare Provider: The Importance of Teaching Assessment and Intervention Strategies. Robert

- Wood Johnson University Hospital and the Center on Violence Against Women & Children at the School of Social Work, Rutgers University, New Brunswick, NJ. 2013.
13. Lapidus G, Cooke MB, Gelven E, Sherman K, Duncan M, Banco L. A statewide survey of domestic violence screening behaviors among pediatricians and family physicians. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(4):332-6.
  14. Wathen CN, MacMillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: impacts and interventions. *Paediatrics & child health*. 2013;18(8):419-22.
  15. Randal J, German T. The ageing and development report: poverty, independence, and the world's people. London, HelpAge International. 1999.
  16. Govil P, Gupta S. Domestic violence against elderly people: a case study of India. *Advances in aging research*. 2016;5(5):110-21.
  17. Morowatisharifabad MA, Rezaeipandari H, Dehghani A, Zeinali A. Domestic elder abuse in Yazd, Iran: a cross-sectional study. *Health promotion perspectives*. 2016;6(2):104.
  18. Nori A, Rajabi A, Esmailzadeh F. Prevalence of elder misbehavior in northern Iran (2012). *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2015;16(4).
  19. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*. 2012;380(9845):899-907.
  20. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review*. 2003;6(3):171-87.
  21. Adineh H, Almasi Z, Rad M, Zareban I, Moghaddam A. Prevalence of domestic violence against women in Iran: a systematic review. *Epidemiology: Open Access*. 2016;6(6).
  22. Alotaby IY, Alkandari BA, Alshamali KA, Kamel MI, El-Shazly MK. Barriers for domestic violence screening in primary health care centers. *Alexandria Journal of Medicine*. 2013;49(2):175-80.
  23. Organization WH. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: executive summary. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: executive summary 2013*.
  24. NIH Clinical Research Trials United States: National Institute of Health; 2018 [Available from: <https://www.nih.gov/health-information/nih-clinical-research-trials-you/list-registries>.
  25. Thabane L, Ma J, Chu R, Cheng J, Ismaila A, Rios LP, et al. A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*. 2010;10(1):10.
  26. Adibehajibagheri M, Parvizy S, Salsali M. *Methods of Qualitative Researches*. Tehran: Boshra; 2008.
  27. Yousuf MI. Using experts' opinions through Delphi technique. *Practical assessment, research & evaluation*. 2007;12(4):1-8.
  28. Thangaratinam S, Redman CW. The delphi technique. *The obstetrician & gynaecologist*. 2005;7(2):120-5.
  29. Hung HL, Altschuld JW, Lee YF. Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation. *Evaluation and Program Planning*. 2008;31:191-8.
  30. Landeta J. Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting & Social Change*. 2006;73:467-82.

۱۷- آیا منبع دیگری ( به غیر از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه ) در تامین هزینه طرح مشارکت خواهد داشت ؟

بله  خیر

لطفاً میزان مشارکت و چگونگی آن توضیح داده شود:

میزان اعتبار	توضیحات مشروح در خصوص اعتبار	شرایط تخصیص	زمان تخصیص	نوع مرکز	محل تخصیص
--------------	------------------------------	-------------	------------	----------	-----------

۱۸- آیا این طرح در محل دیگر (دانشگاه و خارج از دانشگاه ) نیز ارائه شده است؟

بله  خیر

اگر بلی: نام محل :  نتیجه ارائه : تصویب  عدم تصویب

نوع تحقیق فوق از جهت آزمایشگاهی و نوع مطالعه بر روی حیوانات یا انسانی بودن استفاده را مشخص نمایید؟ سایر توضیحات اضافی مجری/استاد راهنما:

۱۹- در صورتی که طرح پایاننامه است بند زیر تکمیل و امضا شود:

این طرح پایاننامه ای در شورای گروه ..... در مورخه ..... به تصویب رسید.

امضای مدیر گروه / معاون پژوهشی

۲۰- ناظران پیشنهادی

نام و نام خانوادگی ناظر پیشنهادی	رشته تخصصی/تحصیلی	مرتبۀ علمی یا میزان تحصیلات	پست الکترونیک	تلفن تماس
----------------------------------	-------------------	-----------------------------	---------------	-----------

۲۱- راهنمای تکمیل طرح پیشنهادی تحقیق را بدقت مطالعه، ضمن موافقت با آن، صحت مطالب مندرج در آن را تأیید می نمایم.

نام و نام خانوادگی و امضای مسئول محل یا  
محلهای اجرای طرح/ پایاننامه:

نام و نام خانوادگی و امضای  
مجری طرح / استاد راهنما:

عنوان تعهد	توضیحات
------------	---------

	رضایت آگاهانه
	پرسشنامه

final minimal.doc  
New Microsoft Word Document (۲).docx  
informed consent.doc  
New Microsoft Word Document.docx