# אל: הוועדה החוגית להערכת מחקרים בבני אדם

**בקשה לאישור מחקר**

|  |
| --- |
| **כותרת הצעת המחקר:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |
| **תאריך:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |
| **מאת (שם מנחה/החוקר הראשי/החוקר האחראי):** בחר פריט.לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.בחר פריט.לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |
| **טלפון נייד:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **Email:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |
| **חוג/בי"ס (של חוקר א'):** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |
| **חוג/בי"ס (של חוקר ב'):** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |
| **שם חוקר נוסף/סטודנט:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.  |
| **טלפון נייד:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. **Email:** לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |

1. **כללי**

 **אנא סמן במידה ומתבקש אחד מהדברים הבאים:**

**** פטור מהחתמת משתתפים על טופס הסכמה להשתתפות במחקר

 נימוקי הבקשה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838 | 199 Aba Hushi Avenue, Mount Carmel, Haifa 3498838

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phone: **972-4-824-9948** : טל' | E-mail: ethics-health@univ.haifa.ac.il : דוא"ל  | Fax: **972-4-8249946** :פקס |

1. **תיאור כללי קצר של המחקר** **(עד 200 מילים)**

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

1. **הערכה כללית של הסיכון במחקר**

 לפי הכרתי, אין במחקר המוצע כדי לגרום כל נזק למשתתף/ים ולסביבתם.

 לדעתי, מידת הסיכון לבני אדם במחקר המוצע נמוכה מסיכון מינימאלי וננקטו האמצעים הדרושים כדי

 לצמצמו.

* **"סיכון מינימאלי"** (Minimal Risk): סיכון  לנזק או לחוסר נוחות, שחומרתם והסתברותם, הצפויים במסגרת המחקר, אינם גדולים מאלו אליהם חשוף אדם סביר בהתנהלותו היום-יומית, או במהלך ביצועם של מבחנים או מבדקים פסיכולוגיים או פיזיים שגרתיים.

 לדעתי, מידת הסיכון לבני אדם במחקר המוצע גבוהה מסיכון מינימאלי וננקטו האמצעים הדרושים להגן

 על המשתתפ/ים ככל הניתן.

1. **משתתפי המחקר**
	1. מספר המשתתפים: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

|  |
| --- |
|  **4**.**2** טווח גילאים: |
| **4**.**3** סוג האוכלוסייה: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | כן | לא | הערות / פירוט |
| סטודנטים של אוניברסיטת חיפה ו/או בני משפחותיהם |  |  |  |
| אוכלוסייה בגירה ונטולת חולשות |  |  |  |

**4.4** תהליך גיוס משתתפי המחקר (**הסבר מפורט**, כולל איך מאותרים, מסוננים, מי פונה אליהם, כיצד וכיוב'):

שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838 | 199 Aba Hushi Avenue, Mount Carmel, Haifa 3498838

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phone: **972-4-824-9948** : טל' | E-mail: ethics-health@univ.haifa.ac.il : דוא"ל  | Fax: **972-4-8249946** :פקס |

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

1. **המחקר כולל אחת או יותר משיטות המחקר הבאות – במידה וכן - יש לפרט על כך בתקציר המחקר.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **כן** | **לא** |
| 1 | העברת שאלונים (כאשר המשתתפים מזוהים בפני החוקר) |  |  |
| 2 | סקר אנונימי (כאשר המשתתפים אינם מזוהים בפני החוקר) |  |  |
| 3 | ראיון |  |  |
| 4 | תצפית |  |  |
| 5 | הקלטה בווידאו, צילום, כד' (אם כן - נא לפרט בהמשך כיצד יישמרו) |  |  |
| 6 | הקלטה בקלטת שמע (אם כן - נא לפרט בהמשך כיצד יישמרו) |  |  |
| 7 | שימוש במסמכים או נתונים קיימים (כולל מידע מרשומות רפואיות, מאגרי מידע וכיוב') |  |  |
| 8 | מבדקים מובנים (כגון מבחן התנהגותי/ מטלה התנהגותית) |  |  |
| 9 | מערך ניסויי (מניפולציה ניסויית) |  |  |

* 1. אם המחקר כולל שימוש בהקלטת אודיו ו/או וידאו ו/או ראיונות שתומללו, **נא לפרט** האם וכיצד יישמרו החומרים, מתי יימחקו, האם יינתנו חזרה למשתתפים וכיצד תשמר אנונימיות/חסיון:

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838 | 199 Aba Hushi Avenue, Mount Carmel, Haifa 3498838

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phone: **972-4-824-9948** : טל' | E-mail: ethics-health@univ.haifa.ac.il : דוא"ל  | Fax: **972-4-8249946** :פקס |

1. **המחקר כולל אחד או יותר מהמאפיינים הבאים (נא לפרט בעמודה שמאל):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **כן** | **לא** | **הערות/פירוט** |
|  | 1 | הולכת שולל או הסבר הלוקה בחסר |  |  |  |
|  | 2 | איסוף מידע רגיש |  |  |  |
|  | 3 | חשיפה לגירויים היכולים להתקבל כמאיימים, מעליבים, מעוררי חרדה, מעוררי זיכרונות טראומטיים או כדומה |  |  |  |
|  | 4 | חשיפה לגירויים פיזיים (כגון: דרגות גבוהות של רעש או גירויים ויזואליים החורגים ממידת הגירוי היומיומי או כאב) |  |  |  |
|  | 5 | איסוף מדדים ביולוגים ו/או פיזיולוגיים (למשל דם, רוק, דופק, לחץ דם, מדדים פיזיולוגיים אחרים) |  |  |  |
|  | 6 | שימוש בתרופות (נא לתאר את התרופות ואת האמצעים הננקטים לשמירה על בטחון המשתתפים) |  |  |  |
|  | 7 | מאמץ פיזי מעבר למקובל ביום-יום (נא לתאר את המשימה ואת האמצעים הננקטים להגנה על המשתתפים) |  |  |  |
|  | 8 | סיכון חברתי משפטי או כלכלי למשתתפים (כגון יצירת סטיגמה, סיכון סטטוס תעסוקתי או הפללה של משתתפים) |  |  |  |
|  | 9 | פניה למשתתפים דרך גורם סמכותי (מורים מטפלים מעבידים) |  |  |  |
|  | 10 | תגמול כספי, מתן ציון או אמצעים אחרים לעידוד ההשתתפות (נא לתאר בהערות) |  |  |  |

* 1. **במידה וסימנת כן באחד מהסעיפים לעיל**, בבקשה פרט(י) כאן את הדרך הננקטת במחקר להתמודדות עם המורכבות האתית או הנזק הפוטנציאלי של המאפיין שסומן:

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

**6.2 במידה וסימנת כן באחד מהסעיפים לעיל**, בבקשה פרט(י) את ההכשרה והרקע של החוקרים הרלוונטיים להתמודדות עם המורכבות האתית של המאפיין שסומן:

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

1. **מכתב ההסבר למשתתפים הפוטנציאליים כולל (אם לא – נמקו מדוע בעמודת ההערות):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **כן** | **לא** | **הערות** |
| 1 | תיאור המחקר, שמו ומטרתו. במידה ומדובר במחקר במסגרת סמינר, תיזה או דוקטורט יש לציין זאת |  |  |  |
| 2 | תועלת המחקר |  |  |  |
| 3 | סיכויים ו/או סיכונים למשתתף/ת |  |  |  |
| 4 | המשימות המוטלות על המשתתף/ת |  |  |  |
| 5 | הצהרה על השתתפות רצונית וזכות המשתתפים לפרוש מהמחקר בכל עת ללא השלכות שליליות |  |  |  |
| 6 | הבטחת סודיות, אנונימיות ופרטיות (כולל אופן שמירת הנתונים והשמדתם, במקרים של מחקר מזוהה) |  |  |  |
| 7 | כמה זמן אמורה להיערך ההשתתפות במחקר |  |  |  |
| 8 | מקור מימון המחקר (אם קיים מקור חוץ אוניברסיטאי) |  |  |  |
| 9 | שם החוקר/ת וטלפון או דרך אחרת להתקשר עמו/ה. במידה ומדובר במחקר במסגרת תיזה או דוקטורט יש לציין גם את שמות המנחים  |  |  |  |
| 10 | טופס הסכמה להשתתפות רצונית |  |  |  |
| 11 | שורת אימות חתימה בפני החוקר |   |  |  |

שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838 | 199 Aba Hushi Avenue, Mount Carmel, Haifa 3498838

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phone: **972-4-824-9948** : טל' | E-mail: ethics-health@univ.haifa.ac.il : דוא"ל  | Fax: **972-4-8249946** :פקס |

1. **שמירה על חסיון המידע הנאסף**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **כן** | **לא** | **הערות** |
|  | 1 | האם טופסי ההסכמה להשתתפות רצונית יישמרו בנפרד מתוצאות המשתתפים? |  |  |  |
|  | 2 | האם תפורסם זהות המשתתפים? |  |  |  |
|  | 3 | נתונים מזהים יהיו זמינים אך ורק לצוות המחקר |  |  |  |

* 1. נא לתאר את האמצעים אשר ינקטו להגן על זהות המשתתפים, ואבטחת הנתונים המתקבלים/נאספים:

לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

הנני מצהיר/ה בזאת שהמידע הנ"ל מלא נכון ומדויק, כי הצעת המחקר תואמת את הסטנדרטים הבינלאומיים והאוניברסיטאיים לניהול מחקר אתי, וכי המחקר יבוצע בהתאם לסטנדרטים אלו.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | שם החוקר/הראשי/ת  |  | שם החוקר/ת |  | שם החוקר/ת |  |
|  | תאריך |  | תאריך |  | תאריך |  |
|  | **חתימה** |  | **חתימה** |  | **חתימה** |  |

**\* אין להגיש בקשה זו, אלא בחתימתו של החוקר הראשי, אשר אישר כי היא עומדת בדרישות האקדמיות ובשלה להגשה.**

שד' אבא חושי 199, הר הכרמל, חיפה 3498838 | 199 Aba Hushi Avenue, Mount Carmel, Haifa 3498838

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phone: **972-4-824-9948** : טל' | E-mail: ethics-health@univ.haifa.ac.il : דוא"ל  | Fax: **972-4-8249946** :פקס |