|  |
| --- |
| إستمارة موافقة للمشاركه في المقابلة ( الممرضات)مشروع بحثي: تعزيز الوقايه من الحوادث و الأصابات في الأطفال دون سن السادسه في سلطنة عمانيتم تنفيذ هذا المشروع البحثي من قبل:: منى المشايخيه، باحثة دكتواره في جامعة برمنغهام، المملكه المتحدهومدرس تمريض في المعهد العالي للتخصصات الصحيه، سلطنة عمان تحت إشراف البروفيسور جولي تايلور والدكتوره أميليا سويفت، جامعة برمنغهام، المملكه المتحده  |

أنت مدعو للمشاركة في هذه المقابلة البحثية. يهدف نموذج الموافقة هذا جنبًا إلى جنب مع ورقة المعلومات إلى تزويدك بمزيد من المعلومات حتى تتمكن من فهم المزيد حول الغرض من الدراسة وعملية الدراسة وبالتالي تكون قادراً على الموافقة أو عدم الموافقة على المشاركه في البحث.

**ملخص المشروع:**

تم تصميم هذا المشروع للنظر في الوقاية من إصابات الأطفال غير المقصودة بين الأطفال دون سن السادسة في عمان. سنستكشف وجهة نظرك تجاه الوقاية من الإصابات من خلال مقابلة مدتها ثلاثون دقيقة عبر منصة الإجتاعات عبر الإنترنت (Zoom أو Google Meet أو MS Teams). سيتم تسجيل المقابلة ونسخها كجزء من عملية البحث. سيتم الاحتفاظ بسريه بجميع المعلومات والبيانات وذالك في مكان آمن في جامعة برمنغهام.

**المشاركة الطوعية في هذه الدراسة:**

المشاركة في هذه الدراسة طوعية بالكامل. إذا قررت المشاركة ، فيحق لك في أي وقت تغيير رأيك و طلب حذف أي معلومات جمعناها عنك وذالك حتى أسبوع واحد بعد إجراء مقابلتك.

يرجى تخصيص بعض الوقت للنظر في المعلومات التي تلقيتها وطرح أي أسئلة قد تكون لديك.

يرجى الإشارة أدناه بموافقتك على المشاركة في هذه الدراسة بوضع إشاره في الخانه المقابله لكل بند للموافقة

|  |  |
| --- | --- |
| يرجى وضع إشاره بالموافقه أدناه | البنود |
|  | لقد قرأت وفهمت ورقة المعلومات رقم الإصدار  1 مؤرخة 12. 03 0.2 1  |
|  | لقد أتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتم الرد عليها بشكل كاف ومُرضي. |
|  | أفهم أن مشاركتي طوعية تمامًا وأنني لست مضطرًا للمشاركة في هذه الدراسة. |
|  | أفهم أن لدي الحق في الانسحاب من الدراسة دون أي تحيز ولدي أسبوع واحد بعد المقابلة لطلب إتلاف بياناتي. |
|  | أنا أوافق على المشاركة في مقابلة التي سيتم فيها تسجيل مناقشاتي ، نقلها إلى نصوص ومن ثم تحليلها |
|  | أوافق على أن يستخدم الباحث اقتباسات من مقابلتنا في المقالات البحثية والمؤتمرات ولأغراض الدكتوراة الخاصة بالباحث. أفهم أنه سيتم إخفاء هويتي للحفاظ على السريه. |
| نعم / لا | اختياري - أعطي الإذن لإستخدام بياناتي المجهولة في الدراسات المستقبلية / لمزيد من التحليل   |
|  | أوافق على المشاركة في الدراسة أعلاه  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| التاريخ: | التوقيع | **اسم المشترك** |
| التاريخ | التوقيع | **اسم الشخص الذي يأخذ الموافقة** |

**ملاحظة: تأكد من حصول المشارك على نسخة من هذا النموذج**