



Отдел по охране психического здоровья

Министерство здравоохранения

### **Разъяснения для людей, принимающих участие в исследовании Министерства здравоохранения касательно показателей результативности**

Мы обращаемся к Вам с просьбой принять участие в исследовании, проводимом Отделением по реабилитации Отдела по охране психического здоровья при Министерстве здравоохранения совместно с фондом семьи Лазло Н. Таубер, которое проводится Хайфским университетом.

Цель этого исследования – понять, что вы чувствуете, и что вам необходимо как человеку, получающему услуги по реабилитации, а также оценить влияние и пользу различных реабилитационных услуг, предлагаемых на сегодняшний день в рамках корзины по реабилитации. Это необходимо, среди прочего, чтобы продолжить улучшать и развивать политику Министерства здравоохранения в том, что касается реабилитационных услуг и людей, которые получают эти услуги.

Это исследование основано, среди прочего, на заполнении анкеты один раз в год в течение ближайших пяти лет.

В анкете идёт речь об различных аспектах жизни, и мы просим вас отвечать честно. В анкете нет правильных и неправильных ответов, и если вы не уверены, какой ответ вам требуется дать, вы можете попросить у интервьюера разъяснить вам вопрос.

Заполнение анкеты занимает примерно пол часа.

Если во время заполнения анкеты, либо из-за заполнения анкеты, вы почувствуете неудобство, вы можете прекратить ваше участие в исследовании в любое время, и если вы

почувствуете необходимость поговорить с кем-то, вы можете обратиться к интервьюеру, и он/а направит вас к людям, которые смогут вам помочь.

Вне зависимости от того, будете ли вы принимать участие в исследовании, или нет, нам важно разъяснить вам, что это никак не повлияет на предоставление вам высококачественных услуг.

Отдел по охране психического здоровья

Министерство здравоохранения

**Сознательное согласие на участие в исследовании касательно показателей результативности, проводимом Министерством здравоохранения**

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся:

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Номер удостоверения личности: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

А) Настоящим заявляю, что я согласен/согласна принять участие в исследовании, согласно описанному в этом документе.

Б) Настоящим заявляю, что мне было разъяснено следующим лицом:

Имя разъяснившего человека: \_\_\_\_\_

- (1) Что было получено разрешение на проведение этого исследования от необходимых органов;
- (2) Что исследование проводится от Министерства здравоохранения Хайфским университетом, и оно посвящено вопросу оценки производительности и результативности услуг по реабилитации, предлагаемых населению. Исследование основано, среди прочего, на заполнении анкеты респондентами ежегодно в течение 5 лет и на обработке информации, полученной из анкет.
- (3) Что для обращения ко мне для заполнения анкет и для проведения исследования, Министерство здравоохранения передаст информацию обо мне, имеющуюся в Министерстве здравоохранения, Хайфскому университету.

(4) Что данные, которые будут собраны Хайфским университетом в рамках этого исследования, будут введены в базу данных Министерства здравоохранения, и оно сможет пользоваться ими. Эти данные будут доступны также Хайфскому университету в анонимной форме для проведения исследований, основанных на данных, полученных в рамках проекта по оценке показателей результативности в сфере реабилитации психического здоровья населения, которые будут проводиться и по истечении вышеуказанных пяти лет.

(5) Я имею право не принимать участие в исследовании, и также могу прекратить участие в нём в любое время после начала участия, и это никоим образом не повлияет на моё право на получение положенных мне услуг.

(6) Мне гарантируется, что мои идентификационные данные будут храниться в тайне всеми, кто занимается и участвует в этом исследовании, и мои идентификационные данные не будут опубликованы где-либо, включая научные публикации.

(7) Я вправе не отвечать на все вопросы анкеты или на часть вопросов.

(в) Настоящим я заявляю, что мне была передана подробная информация о проводимом исследовании, и в особенности об информации, приведённой в информационном листке, приложенном к этому бланку.

(г) Настоящим я заявляю, что я даю это согласие по моей собственной воле, и я понял/а всё вышесказанное.

Также я получил/а копию бланка предоставления сознательного согласия и копию информационного листка, приложенного к этому бланку.

Имя участника исследования: \_\_\_\_\_

Подпись участника исследования: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Заявление человека, проводившего разъяснение:

Имя человека, проводившего разъяснение: \_\_\_\_\_

Его подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

**Информацию, которая содержится в пункте «В», можно указать в отдельном информационном листке, который будет приложен к этому бланку.**