جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

معاونت تحقیقات و فناوری

طرح پیشنهادی تحقیق(نسخه ۱۴۰۲)

عنوان طرح:

بررسی مقایسه‌ای نوع و شدت درد و داروهای ضددرد مصرفی بعد از جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیر معتاد

مجری/ مجریان:

دکتر الهام سیاه‌کمری

محل ارائه طرح اولیه:

واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان‌طالقانی

تاریخ پیشنهاد:

۱۴۰۰/۱۱/۱۵

درصورتی که پروپوزال مربوط به پایان‌نامه دانشجویی است، قسمت ذیل تکمیل شود:

- نام و نام خانوادگی دانشجو: پرستو کرمی مقدم
- نام و نام خانوادگی به انگلیسی: parastoo Karmi Moghaddam
- شماره دانشجویی: ۹۶۱۱۰۰۱۰۸۸
- کد ملی دانشجو: ۳۳۰۰۲۲۳۸۲۲
- سال ورود به دانشگاه: ۱۳۹۶
- مقطع تحصیلی دانشجو: دکتری حرفه ای
- رشته تحصیلی دانشجو: پزشکی
- شماره تماس: ۰۹۹۱۰۹۳۶۳۰۸
- آدرس الکترونیک (ایمیل): parastoo.k.m.1389@gmail.com

۱) اطلاعات مربوط به مجری و همکاران

۱-۱) لیست مجری و همکاران:

(درصورتی که مجری بیش از یک نفراست، برای هرکدام با شماره‌های ۱، ۲ و ... به طور مجزا مشخصات تکمیل شود.)

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت در طرح (مجری، مشاور، ...)	رشته تحصیلی و تخصص	مرتبه علمی	دانشگاه یا موسسه محل خدمت	نقش اجرایی در طرح
۱	دکتر الهام سیاه‌کمری	مجری	بیهوشی	دکترای تخصصی	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	مجری اصلی
۲	پرستو کرمی مقدم	مجری	پزشکی عمومی	دکترای عمومی	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	مجری
۳	علی غلامی	مشاور علمی	استاد دانشگاه(هیئت علمی	استادیار	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	
۴	خسرو فرهادی	مشاور علمی	استاد دانشگاه(هیئت علمی	استادیار	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	
۵	جواد امینی سامان	مشاورعلمی	استاد دانشگاه(هیئت علمی	استادیار	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	

۱-۲) شماره تماس مجری/مجریان: ۰۹۹۱۰۹۳۶۳۰۸

ایمیل: elham.siahkamari@gmail.com

۱-۳) حداکثر ۵ مورد از مقالات جدید و مرتبط مجری/ مجریان:

(مقالات طبق راهنمای مرجع نویسی وونکور نوشته شوند.)

۲) توجیه طرح پژوهشی

۲-۱) عنوان فارسی:

بررسی مقایسه‌ای نوع و شدت درد و داروهای ضددرد مصرفی بعد از جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیر معتاد

۲-۲) عنوان انگلیسی:

A comparative study of the type and intensity of pain and painkillers used after orthopedic surgery in addicted and non-addicted patients.

۲-۳) بیان مسئله و ضرورت انجام طرح: (حدود ۵۰۰ کلمه، با ذکر رفرنس)

انجمن درد آمریکا (APS) سال ۱۹۷۹عبارت درد را به عنوان یک تجربه حسی و عاطفی نام برده و آن را پنجمین علامت حیاتی اعلام می‌دارد و معتقد است اگر درد نیز مانند سایر علائم حیاتی کنترل شود در ارائه بهتر مراقبت‌ها به تیم درمان کمک خواهد کرد(۱). کنترل و مدیریت درد حاد بیماران برای متخصصان بالینی در اولویت قرار دارد و پیشگیری و مدیریت آن از جنبه‌های مهم مراقبتهای بهداشتی است(۲). مدیریت مناسب درد باعث افزایش تحرک و کاهش عوارضی از قبیل ایلئوس، احتباس ادرار و انفارکتوس میوکارد و عوارض ریوی و کاهش مدت زمان بستری و هزینه‌ای آن می‌شود. از طرفی کمبود خواب می‌تواند باعث افزایش خستگی بعد از عمل و در نتیجه کاهش تحرک بیمار گردد. هنگامی که عوارض فیزیولوژیکی بهتر کنترل شود، بیماران و خانواده‌های آنها قادر به پاسخگویی مناسب به استرس و کنار آمدن با

وضعیت بیمار هستند(۳). عمل جراحی با درد حاد همراه است و دردناکترین عمل جراحی، جراحی ارتوپدی است(۴). مدیریت درد بعد از عمل یک مشکل پیچیده و همچنان یک موضوع مهم در زمینه جراحی است. درد درمان نشده و تسکین نیافته پس از عمل می‌تواند منجر به عواقب جسمی و روانی شود که ممکن است بهبود و بهبودی را مختل کند. همچنین کنترل درد پس از ارزیابی و مدیریت بیماران مبتلا به درد حاد که به مواد مخدر معتاد هستند اغلب چالش برانگیز است، چرا که بیماران معتاد تحمل کمتری نسبت به درد دارند و حساسیت بیشتری به درد طبیعی و تجربی نشان می‌دهند. در نتیجه نمرات درد معمولا بیشتر است و بعد از عمل جراحی ممکن است تا ۴ برابر افزایش یابد و به آرامی کاهش مییابد. شواهد محدودی برای مدیریت درد حاد در این بیماران وجود دارد(۵-۸). بر همین اساس و طبق مطالعه Quinlan و همکارانش در سال ۲۰۱۷ بیماران وابسته به موادمخدر در هنگام بستری در بیمارستان ممکن است دچار نگرانی در موارد ذیل شود: ترس از ایجاد سندرم ترک، ترس از تحمل درد، بی‌اعتنایی به درد و جدی نگرفتن درد بیمار از سوی کادر درمانی و ترس از تبعیض که غالباً بر اساس تجربیات قبلی بستری در بیمارستان ایجاد شده و منجر به بی‌اعتمادی به پزشکان می‌شود(۹). همچنین Flaminia Coluzzi و همکارانش در سال ۲۰۱۷ مطالعه‌ای با عنوان "چالش مدیریت درد پس از عمل در بیماران مبتلا به تحمل مواد افیونی" بیان می‌کنند که چالش‌های متعددی در مدیریت درد وجود دارد، از جمله تعصبات و اقدامات سختگیرانه پرسنل درمان در مورد بیماران وابسته به موادمخدر و قضاوت نادرست در مورد درخواست مواد مخدر بیمار جهت تسکین درد که باعث می‌شود درد آنها تحت معالجه قرار نگیرد و نیز ترسهای متداولی مانند اینکه مخدرهای اضافی جهت کاهش درد ممکن است باعث دپرسیون تنفسی و دستگاه عصبی مراکزی (CNS)شود، وجوددارد(۱۰). دردهای پس از انجام اعمال جراحی ارتوپدی نیز از دردهای بسیار شدید به حساب می‌آیند(۱۱). داروهای مختلفی جهت تسکین درد بعد از عمل توصیه شده است. مخدرها، ضد التهاب‌های استروییدی، کتامین و ترامادول از جمله داروهایی هستند که به‌طور وسیع در این زمینه مورد استفاده قرارگرفته‌اند(۱۲). علاوه بر داروهای فوق، داروهای دیگری مانند

کورتیکواستروییدها(۱۳)، ضد تشنجها(۱۴)، ضد افسردگیها(۱۴) نیز جهت کنترل درد بعد از عمل توصیه شده‌اند. داروی دوکسپین به عنوان یک داروی(Tricyclic antidpressant) ضد افسردگی سه حلقه‌ای یا (TCA) جهت کاهش درد حاد و مزمن به کار رفته است. دوکسپین دارای اثر آنتیموسکارینی متوسط و اثرات سداتیو قابل توجه می‌باشد. مکانیسم این دارو مشابه سایر داروهای گروه TCA است. جذب دارو به راحتی از دستگاه گوارش صورت می‌گیرد، از سد خونی- مغزی و جفت عبور می‌کند و از طریق ادرار دفع می‌شود. نیمه عمر پلاسمایی حذفی آن ۲۴ -۸ ساعت تخمین زده شده است(۱۵). این مطالعه با هدف بررسی تاثیرسوء مصرف مواد مخدر برنوع درد، شدت درد و مصرف داروهای ضددرد در دوره بعد از جراحی‌های اورتوپدی بیمارستان طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام خواهد شد.

۲-۴) جنبه نوآوری طرح:

اخیرا طرح مشابهی در استان جهت اطلاع از بررسی مقایسه‌ای نوع و شدت درد و داروهای ضددرد مصرفی بعد از جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیر معتاد انجام نشده است.

-۵) اهداف و فرضیه‌ها

الف) اهداف اختصاصی (ویژه):

۱- تعیین و مقایسه نوع درد بعد از جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیرمعتاد.
۲- تعیین و مقایسه شدت درد بعد از جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیرمعتاد.
۳- تعیین و مقایسه داروهای ضد درد مصرفی بعداز جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیر معتاد.

ب) فرضیه‌ها:

۱- نوع درد بعد از جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیرمعتاد تفاوت دارد.
۲- شدت درد بعد از جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیرمعتاد تفاوت دارد.
۳- داروهای ضد درد مصرفی بعداز جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیر معتاد تفاوت دارد.

د) اهداف کاربردی:

بررسی مقایسه‌ای نوع و شدت درد و داروهای ضددرد مصرفی بعد از جراحی ارتوپدی در بیماران معتاد و غیر معتاد و استقرار یک نظام جامع گزارش عوارض جانبی داروها.

۲-۶) بررسی متون: (۵ تا ۱۰ مطالعه، با ذکر محل، سال، هدف، نوع مطالعه، تعداد نمونه و یافته‌های مهم (با ذکر نتایج عددی) مرتبط با اهداف طرح پژوهشی حاضر ذکر شود. هر مطالعه در یک پاراگراف حدودا ۸۰ کلمه‌ای خلاصه شود.)

در مطالعه توصیفی مقطعی که توسط جوشی و همکاران در سال ۲۰۲۱ بر روی ۶۰۰ بیمار در طول یک سال ثبت نام کرده بودند، انجام شد. حجم نمونه پس از تعیین کوانتوم جراحی های انجام شده در سال در بیمارستان در نظر گرفته شد. این مطالعه به مدت ۱ سال انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، بیماران ۱۸ سال تا ۷۵ سال کمتر، اعم از مرد یا زن تحت بیهوشی برای یک عمل جراحی، و معیارهای خروج، بیمارانی با هر گونه اختلال روانپزشکی و عدم تمایل به رضایت بودند. رضایت کتبی آگاهانه از بیماران اخذ شد .به هر بیمار یک شماره مطالعه اختصاص داده شد و مشخصات دموگرافیک بیمار ذکر شد .یادداشت‌های بیمار پس از جراحی توسط متخصصین بیهوشی و جراحان یادداشت و تجزیه و تحلیل شد تا از الگوی تجویز داروهای مسکن در دوره بعد از عمل مطلع شد.. دوره قبل از عمل در نظر گرفته شده ۲۴ ساعت قبل از عمل و دوره پس از عمل تا ۲۴ ساعت بعد از عمل بود. بیمارانی که ۲۴ ساعت پس از عمل جراحی شده و تکمیل شده بودند انتخاب شدند و کل داده‌ها در یک نقطه زمانی که ۲۴ ساعت پس از جراحی بود جمع آوری شد. شاخص‌های نسخه و متغیرهای مطالعه در نظر گرفته شده برای تجزیه و تحلیل، داروهای تجویز شده با نام ژنریک، داروهای تجویز شده به صورت تزریقی، تعداد داروهای تجویز شده از فرمول‌های بیمارستانی، و ترکیبات با دوز ثابت تجویز شده و مواد مخدر تجویز شده بودند. در مجموع ۲۵۰، ۲۵۰ و ۱۰۰ بیمار به ترتیب از بخش های ارتوپدی، جراحی عمومی و جراحی پلاستیک گرفته شدند. مسکن‌هایی که معمولاً در دوره‌های قبل، حین و بعد از عمل استفاده می‌شد، مشاهده شد. استفاده از مواد مخدر در دوره بعد از عمل، تعداد ترکیبات دارویی ثابت استفاده شده، تعداد تجویز داروهای ژنریک و تسکین درد بعد از عمل نیز مشاهده شد. مجموع مسکن‌های تجویز شده به ترتیب ۱۱۶۸، ۱۱۷ و ۳۶۹ در بخش

ارتوپدی، جراحی عمومی و جراحی پلاستیک و حداکثر در دوره حین عمل بود. بیشترین مسکن مورد استفاده در دوره قبل و بعد از عمل پاراستامول و در حین عمل فنتانیل بود. داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs)عمدتاً توسط بخش جراحی عمومی در دوره بعد از عمل تجویزشد. میزان درد در دوره بعد از عمل پس از درمان با مسکن طبق VAS خفیف تا متوسط بود. این مطالعه نشان داد که در دوره قبل و بعد از عمل، رایج ترین مسکن مورد استفاده پاراستامول بود. در دوره حین عمل حداکثر بیماران فنتانیل دریافت کردند. دیکلوفناک یک NSAID شناخته شده است که در مدیریت دردهای حاد و مزمن استفاده می‌شود سپس آنها به این نتیجه رسیدند که مصرف پاراستامول بیشتر ازNSAID ها بوده و مصرف مواد مخدر حداکثر در دوره حین عمل بوده است(۱۶).

در مطالعه گذشته نگر که توسط کریمور و همکاران در سال ۲۰۰۴ به انجام رسید تعداد ۸۹ پرونده از بیمارانی که تحت CABG قرار گرفتند، انجام شد. افراد سیگاری (۲۰ نفر) با افراد غیرسیگاری (۶۹ نفر) از نظر مصرف ضددرد مواد مخدر در ۴۸ ساعت اول پس از عمل مقایسه شدند. استفاده از آرام بخش‌های غیر مواد مخدر نیز بین گروه ها مقایسه شد. هنگامی که برای وزن و شاخص توده بدن نرمال شد، سیگاری‌ها به ترتیب به ۲۳ و ۳۳ درصد مسکن‌های مخدر بیشتری نسبت به افراد غیرسیگاری نیاز داشتند (به ترتیب ۰,۰۲۳, ۰,۰۲۷ =P). درصد بیمارانی که بعد از عمل بنزودیازپین دریافت کردند در ۲ گروه مشابه بود. در این مطالعه، سیگاری‌های محروم از نیکوتین در ۴۸ ساعت اول پس از CABG به مقدار بیشتری از مواد مخدر نسبت به افراد غیرسیگاری نیازداشتند(۱۷).

در مطالعه‌ای که به صورت کارآزمایی بالینی دو سوکور توسط **محمدرضا شاکری** و همکاران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. ۱۱۰ بیمار دچار شکستگی که کاندید عمل جراحی پاک گذاری بوده، در محدوده سنی ۵۰-۱۸ سال، وارد مطالعه شدند. هر بیمار با روش جدول تصادفی در یکی از دو گروه دارویی مورفین-آپوتل یا کتورولاک قرار گرفته و پمپ ضد درد بر ۱۵ دقیقه پس از ورود به ریکاوری برای بیماران تعبیه گردید. برای هر بیمار پرسشنامه‌ای حاوی اطاعات دموگرافیک، گروه دارویی، میزان درد با معیار

دیـداری درد در سـاعات ۰ و ۶ و ۱۲ پـس ازجراحـی اندازه‌گیری و پر شـد. براسـاس نتایـج میانگیـن نمـره درد در هـردو گـروه مـورد مطالعـه پـس از گذشـت زمـان بـه صـورت معنـاداری کاهـش پیـدا کـرده اسـت($P<0.05$) و در سـاعات صفـر و شـش و ۱۲ تفـاوت چندانـی در ایـن دو گـروه مشـاهده نشـد. براسـاس نتایـج مطالعـه بـه این نتیجه رسیدند که مصرف داروهـای ضد درد غیر مخدر در مقایسـه با گـروه داروهای‌ضد درد مخدر هیچگونه ارجحیتی نداشـت(۱۸).

در مطالعه آینده‌نگری که توسط دکتر بهزاد صدری و همکاران در سال ۱۳۸۶ بر روی بیماران کاندید عمل جراحی ارتوپدی اندام تحتانی انجام شد. بیماران با سن بین ۲۰تا ۵۰ سال با اندیکاسیون انجام عمل جراحی ارتوپدی اندام تحتانی که از لحاظ وضعیت فیزیکی معیار ASAI و ASAII قرار داشتند، بودند. به بیماران ۱۰میکروگرم اینتراتکال سوفنتانیل به‌همراه ۱۵میلیگرم بوپیواکائین در فضای سوم و چهارم کمری به‌داخل فضای ساب آراکنوئید به آهستگی و در مدت ۳۰ ثانیه تزریق شد. پس از عمل جراحی زمان احساس درد و شدت آن بر حسب VAS ثبت شد.. در مجموع ۱۱۵بیمار مورد ارزیابی قرار گرفتند. متوسط زمان بی‌دردی ۱۲ساعت و ۲۶دقیقه با انحراف معیار ۵ ساعت ۲۲ دقیقه بود. متوسط شدت درد در زمان درخواست بی‌دردی برابر با ۷/۲۴ با انحراف معیار ۹/ ۳بود. متوسط طول مدت بی‌دردی در بیمارانی که تزریق نزدیک به ظهر یا نیمه‌شب انجام شد به‌طور قابل توجهی با زمانی که تزریق در سایر زمان‌های شبانه‌روز انجام شده بود بیشتر بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. نتایج مطالعه نشان داد که تجویز اینتراتکال سوفنتانیل به‌همراه بوپیواکائین در زمان‌های نزدیک ظهر و یا نیمه‌شب (متناسب با ریتم شبانه‌روزی) در مقایسه با سایر زمان‌های شبانه‌روز، بی‌دردی بهتری ایجاد می‌کرد و مدت بی‌دردی را نیز می‌افزود(۱۹).

در مطالعه دوسو کور، که توسط دکتر حمید سریزدی و همکاران در سال ۱۳۹۰ برروی ۱۰۲ بیمار تحت اعمال جراحی ارتوپدی اندام تحتانی، در ۳گروه ۳۴تایی انجام شد. یک گروه ۵۰ میلی‌گرم دوکسپین، گروه دیگر ۱۰۰ میلی‌گرم دوکسپین و گروه سوم دارونما دریافت کردند. قبل از دادن دارو، از بیماران رضایت‌نامه‌ی کتبی اخذ شد. اختلاف شدت درد در بین گروههای معرفی شده در طول زمان‌های مورد بررسی قبل و بعد از جراحی از نظر

آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۵۸) و تنها در ۲۴ساعت بعد از عمل این تفاوت بین گروه‌های A و C معنی‌دار شد. همچنین تفاوت متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس) و نیز وزن در بین گروه‌های مورد بررسی معنی‌دار نبود. در این بررسی میزان مخدر (مورفین) مصرفی در ۲۴ساعت اول بعد از عمل نیز سنجیده شد که این متغیر هم تفاوت معنی‌داری در ۳ گروه نداشت (P=۰/۲۵). همچنین در این مطالعه فراوانی عوارضی مانند تهوع، استفراغ، خارش، خواب‌آلودگی، احتباس ادرار، سرگیجه و آتاکسی در ۲۴ ساعت اول بعد از عمل در گروه‌های مورد بررسی، تحت مطالعه قرار گرفت که هیچ یک تفاوت معنی‌داری نداشتند. طبق مطالعه‌ی به‌عمل آمده، داروی دوکسپین با دوزهای خوراکی ۵۰ و ۱۰۰میلی‌گرم در مقایسه‌ی با دارونما تأثیر بیشتری روی کنترل درد بعد از عمل و میزان مخدر مصرفی در ۲۴ساعت اول بعد از عمل نداشت(۲۰).

۲-۷) اولویت پژوهش: (طرح شما در راستای کدام اولویت پژوهشی دانشگاه است، عنوان و شماره اولویت ذکر شود.)

۳) روش اجرای طرح:

۳-۱) خلاصه روش اجرا: (نوع مطالعه، جامعه مورد بررسی، شرح جزئیات فرایند اجرای مطالعه، شاخص‌های ورود و خروج)

این مطالعه مورد-شاهدی بر روی بیمارانی که تحت عمل جراحی اورتوپدی در اتاق عمل مرکز آموزشی درمانی بیمارستان آیت ا.. طالقانی کرمانشاه از فروردین تا خرداد۱۴۰۲قرار خواهند گرفت، انجام خواهدشد. معیار ورود به مطالعه کلیه بیماران ۱۸سال به بالا، تحت عمل جراحی اورتوپدی و رضایت آگاهانه از بیماران اخذ خواهدشد. از نظر متغیرهای سن، جنس تاهل، وزن بیمار، سابقه حساسیت، نوع درد(براساس شرح حال بیمارو گزارش پرستار)، شدت درد(براساس اندازه‌گیری توسط خط کش (VAS) (مقیاس آنالوگ بصری) visual analogue scale ، بیماری‌های زمینه‌ای، داروهای مصرفی بیش از بستری شدن، سابقه اعتیاد به سیگار، مواد مخدر و الکل،

علت بستری شدن، داروهای مصرفی حین بستری نوع و مقدار داروهای ضد درد تزریقی و پیش و پس از عمل جراحی، محرمانه ماندن اطلاعات اخذ شده و جلب اعتماد و همکاری آنان، داده‌ها جمع‌آوری خواهدگردید.

۳-۲) روش نمونه‌گیری: (نوع روش، شرح شیوه انتخاب نمونه‌ها و نحوه محاسبه اندازه نمونه با ذکر رفرنس)

از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده خواهد شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده خواهد شدکه فرمول آن به‌صورت:

$$n = \frac{z^2 \frac{pq}{d^2}}{1+\frac{1}{N}[\frac{z^2}{d^2}-1]}$$

در مجموع۸۵ بیمار وارد مطالعه شد ند که از این تعدا ۳۲ نفر معتاد و ۵۳ نفر غیر معتاد بودند.

۳-۳) متغیرهای مطالعه:

ردیف	نام متغیر	مقیاس*	نقش#	نحوه اندازه‌گیری	واحد اندازه‌گیری
۱	سن	**پیوسته**	زمینه‌ای	سن تقویمی افراد	سال
۲	جنس	اسمی	زمینه ای	جنسیت افراد	مذکر/مؤنث
۳	تأهل	اسمی	زمینه ای	وضعیت تاهل	متاهل/مجرد
۴	نوع درد	رتبه‌ای	وابسته	پرسش از بیمار و پرستار بخش	عدد
۵	شدت درد	رتبه‌ای	وابسته	خط‌کش (مقیاس آنالوگ بصری) VAS	عدد
۶	مدت بستری	پیوسته	وابسته	محل اقامت فرد	روز یا ساعت
۷	تاثیر داروی ضد	گسسته	وابسته	ماده تسکین دهنده درد بیمار	عدد

	درد				
۸	اعتیاد	اسمی	مستقل	وضعیت اعتیاد	دارد/ندارد

***مقیاس: کمی، رتبه‌ای، اسمی.**

#نقش: مستقل، وابسته، اصلی، زمینه‌ای، مخدوشگر، و سایر.

۳-۴) روش گردآوری داده‌ها: (ابزارهای گردآوری داده‌ها و شاخص‌های اعتبارسنجی آن‌ها)

برای جمع آوری داده ها از مدارک مستند (کتابخانه- پرونده...) استفاده خواهد شد. برای گردآوری داده ها از چک لیست استفاده خواهد شد.

۳-۵) روش تحلیل داده‌ها: (روش‌ها و آزمون‌های آماری، سطح معنی‌داری و محاسبات اصلی، نرم‌افزارها)

اطلاعات پس از استخراج در نرم افزار SPSS وارد خواهد شد و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه معتاد و غیر معتاد استفاده خواهد شد.

۳-۶) ملاحظات اخلاقی: (ذکر نحوه رعایت نکات اخلاقی در این پژوهش و بیان محدودیت‌های تحقیق و راه حل آن‌ها)

عدم افشای اطلاعات و محرمانه بودن اطلاعات فردی

۴) مدیریت اجرایی تحقیق

۴-۱) مدت زمان لازم برای اجرای طرح: (به ماه) **۱۲**

۴-۲) هزینه‌ها:

الف) هزینه‌های پرسنلی:

ردیف	نوع فعالیت	مسئول اجرا/ رتبه علمی	مجموع ساعات کار هر فعالیت	حق‌الزحمه هر ساعت	جمع حق‌الزحمه
۱					_
۲					_
۳					_
جمع کل(به ریال)					_

ب) هزینه آزمایشات وخدمات تخصصی: (خدماتی که به وسیله سایر مراکز انجام می‌شود.)

ردیف	موضوع آزمایش	مرکزسرویس دهنده	تعدادکل دفعات	هزینه هر دفعه	جمع (ریال)
۱					_
۲					_
۳					_
جمع کل (به ریال)					_

ج) هزینه‌های وسایل غیرمصرفی:

(هزینه‌های دستگاه یا مواد غیرمصرفی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود و شماره اموال دریافت کند.)

نام دستگاه	نام شرکت	نام کشور	تعداد	قیمت واحد	قیمت کل
۱					_
۲					_
۳					_
جمع کل (ریال)	_				

د) هزینه‌های مواد مصرفی: (هزینه‌های وسایل یا مواد مصرفی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود.)

ردیف	نام ماده	شرکت سازنده	مقدار	قیمت واحد (ریال)	قیمت کل (ریال)
۱					_
۲					_
۳					_
جمع کل (به ریال)					_

ه) هزینه مسافرت: (مسافرت درون شهری یا بیرون شهری، در صورت لزوم)

ردیف	مقصد	تعداد سفر	منظور از مسافرت	وسیله نقلیه	هزینه هر بار	کل هزینه

۱	بیمارستان	۱۰	جمع اوری اطلاعات	تاکسی	۱۰۰,۰۰۰	۱۰۰۰,۰۰۰
۲						
۳						
جمع هزینه های مسافرت (ریال)					۱۰۰۰,۰۰۰	

و) سایر هزینه‌ها: (هر هزینه ضروری دیگری که در پنج جدول فوق نیامده است.)

نوع هزینه	مبلغ هزینه (ریال)
هزینه‌های تکثیر اوراق و پرسشنامه‌ها	۱,۰۰۰,۰۰۰
هزینه‌های پیش بینی نشده، تورم و ...	
هزینه اقامت در صورت نیاز	
جمع سایر هزینه‌ها	۱,۰۰۰,۰۰۰

۴-۳) جمع هزینه‌ها:

نوع هزینه	هزینه (ریال)
جمع هزینه‌های پرسنلی (ماده ۱۴)	-
جمع هزینه‌های آزمایشات وخدمات تخصصی (ماده ۱۵)	-
جمع هزینه‌های وسایل غیرمصرفی (ماده ۱۷ ب)	-
جمع هزینه‌های مواد مصرفی (ماده ۱۷ ب)	-
جمع هزینه‌های مسافرت	۱,۰۰۰,۰۰۰
جمع سایر هزینه‌ها (ردیف ۲۵)	۱,۰۰۰,۰۰۰
جمع کل	۲,۰۰۰,۰۰۰

۴-۴) در صورت اخذ اعتبار از سازمان‌های دیگر، مبلغ و نام سازمان را ذکر نمایید:

۵) منابع: (به سبک ونکوور)

۶) پیوست‌ها: (پرسشنامه، رضایت‌نامه و . . .)

امضای مجری یا مجریان طرح: **امضای معاون پژوهشی:**

(لطفا قبل از امضای پروپوزال ضمیمه های ۱ و ۲ را به طور کامل مطالعه فرمایید.)

ضمیمه ۱- راهنمای رفرنس نویسی (روش ونکوور):

۱- در مورد مقالات خارجی به ترتیب زیر منابع را معرفی می‌کنند:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان. عنوان مقاله. نام اختصاری مجله طبق روش Index Medicos، سال انتشار، شماره جلد، صفحات. مثال:

10- Rezaei M, Kazemnejad A, Mahmmodi M, Meshkani MR. Estimation of finite mixture distributions parameters in survival analysis. Jour of Ins. of Math. & Comp. Sci. (Math. Ser.), Kolkata, India, 2004, No. 1, P: 39-46.

۲- در مورد مقالات فارسی به ترتیب زیر منبع را معرفی می‌کنند:

نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان. عنوان مقاله. نام مجله، سال انتشار، شماره جلد، شماره صفحات. مثال:

۱۳- رضایی منصور، کاظم نژاد انوشیروان، رئیسی داریوش، بردیده عبدالرسول. تحلیل بقای بیماران پیوند کلیه در کرمانشاه (۸۰-۱۳۶۸). فصلنامه علمی پژوهشی بهبود، سال ۷، شماره (۳)۱۸، پاییز ۱۳۸۲، ص: ۴۱-۲۷.

۳- کتب خارجی را می‌توان به ترتیب زیر به عنوان منبع معرفی کرد:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان. نام کتاب. شماره چاپ، نام ناشر، شهر محل نشر، سال انتشار، شماره جلد، شماره صفحات. مثال:

20- Altman DG. Practical statistics for medical research. 1st ed., Chapman & Hall, London, 1991, p: 63.

۴- در مورد کتب فارسی نیز می‌توان به این ترتیب عمل کرد:

نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان. نام کتاب. شماره چاپ، نام ناشر، شهر محل نشر، سال انتشار، شماره جلد، شماره صفحات. مثال:

۲۳- رضایی منصور، مرادی بهیه. کلیات روش تحقیق در علوم پزشکی. نشر چشمه دانش و هنر و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ۱۳۸۳، چاپ اول، ص: ۲۱۶-۲۱۴.

۵- در بعضی کتب فصول مختلف توسط نویسندگان مختلف نوشته می‌شود و یک نفر فصول مختلف را گردآوری می‌کند. در این مورد بهتر است منبع را به روش ذیل معرفی کرد:

نام خانوادگی و حرف اول نام نویسنده یا نویسندگان بخش. عنوان بخش. نام مؤلف کتاب. نام کتاب. شماره چاپ، نام ناشر، شهر محل نشر، سال انتشار، شماره جلد، صفحات. مثال:

40- Simon G Thompson. Meta analysis of clinical trials.in: Armitage P, Colton T. Encyclopedia of Biostatistics. 2nd ed. , John Wiley & Sons, Toronto, 1998, vol. 4, P: 2570-2579.

ضمیمه ۲- برخی نکات از آئین نامه پژوهشی:

خواهشمند است قبل از تکمیل فرم پروپوزال نکات زیر را به دقت مطالعه فرمایید:

۱- در مواردی که اجرای طرح مستلزم همکاری سازمان های دیگری باشد، طرح دهنده بایستی قبلا موافقت همکاری با سازمان های مربوطه را کسب نماید.

۲- کلیه طرح هایی که به تصویب شورای پژوهشی دانشگاه و یا سازمان تامین کننده اعتبار می رسد بر اساس قراردادی که بین معاونت پژوهشی ذیربط و مجری طرح منعقد می شود، قابل اجرا خواهد بود و از تسهیلات علمی، مالی و اداری مرکز طرف قرارداد برخوردار خواهد بود.

۳- مجری طرح طبق قرارداد ملزم به ارائه گزارش پیشرفت کار در فواصل زمانی تعیین شده در قرارداد می باشد (سه ماهه).

۴- چنانچه انجام طرح پژوهشی در مرحله ای از پیشرفت آن اعم از اینکه به نتیجه نهایی رسیده یا نرسیده باشد، منجر به کشف یا اختراع و یا تحصیل حقوقی شود، مجری طرح طرف قرارداد موظف است مراتب را کتبا" به سازمان ذیربط اطلاع دهد. حقوق فوق الذکر که در اثر اجرای طرح تحقیقاتی ایجاد گردیده است طبق قرارداد متعلق به پژوهشگر یا سازمان و یا هر دو خواهد بود.

۵- در صورت تمایل مجری طرح به انتشار یا ارائه نتایج حاصله در داخل یا خارج از کشور، لازم است قبلا" نظر موافق سازمان ذیربط را جلب نماید. بدیهی است که ذکر حمایت مالی و همکاری سازمان ذیربط در انتشارات مذکور الزامی خواهد بود.

۶- چنانچه مجری در هر مرحله از اجرای طرح از ادامه آن منصرف گردد ضمن توضیح علت، بودجه و لوازم باقیمانده را بایستی به سازمان ذیربط مسترد نماید.

۷- رعایت مبانی اصول اخلاق در پژوهش باید توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه تایید شده باشد.

.۱ Mandell BF. The fifth vital sign: A complex story of politics and patient care. 2016. p. 400-1.

.۲ Kumar KH, Elavarasi P. Definition of pain and classification of pain disorders. Journal of Advanced Clinical and Research Insights. 2016;3(3):87-90.

.۳ Wiznia DH, Zaki T, Leslie MP, Halaszynski TM. Complexities of perioperative pain management in orthopedic trauma. Current Pain and Headache Reports. 2018;22:1-9.

.۴ Edgley C, Hogg M, De Silva A, Braat S, Bucknill A, Leslie K. Severe acute pain and persistent post-surgical pain in orthopaedic trauma patients: a cohort study. British journal of anaesthesia. 2019;123(3):350-9.

.۵ Philip BK, Reese PR, Burch SP. The economic impact of opioids on postoperative pain management. Journal of clinical anesthesia. 200.۶۴-۳۵۴:(۵)۱۴;۲

.۶ Salimi A, Sabetkasaei M, Raisi H, Labibi F, Ameli H, Khazaei-Poul Y, et al. Carbamazepine effects on pain management and serum IL-6, IL-10 evaluation in addicted patients undergoing surgery. European Journal of Pharmacology. 2017;812:18.۸-۴

.۷ Mehta V, Langford R. Acute pain management in opioid dependent patients. Reviews in Pain. 2009;3(2):10-4.

.۸ Cooney MF, Broglio K. Acute pain management in opioid-tolerant individuals. The Journal for Nurse Practitioners. 2017;13(6):394-9.

.۹ Quinlan J, Cox F. Acute pain management in patients with drug dependence syndrome. Pain Reports. 2017;2(4.(
.۱۰ Coluzzi F, Bifulco F, Cuomo A, Dauri M, Leonardi C, Melotti RM, et al. The challenge of perioperative pain management in opioid-tolerant patients .Therapeutics and clinical risk management. 2017:1163-73.
.۱۱ Agah M, Dabbagh A, Hashemi M. Evaluation of the effect of intravenous magnesium on acute postoperative pain in elective orthopedic surgeries of the lower limb. Pajoohande. 2006;11:149-52.
.۱۲ Saryazdi H, Abbasi S, Yousefi M. The Effects of Two Different Oral Doses of Doxepin on Postoperative Pain in Lower Limb Orthopedic Surgery Patients Compared to A Control Group. Journal of Isfahan Medical School. 2012;29(170.(
.۱۳ Elhakim M, Ali NM, Rashed I ,Riad MK, Refat M. Dexamethasone reduces postoperative vomiting and pain after pediatric tonsillectomy. Canadian Journal of Anesthesia. 2003;50(4):392.
.۱۴ Levine JD, Gordon NC, Smith R, McBryde R. Desipramine enhances opiate postoperative analgesia. Pain. 1986;27(1):45-9.
.۱۵ Epstein JB, Epstein JD, Epstein MS, Oien H, Truelove EL. Doxepin rinse for management of mucositis pain in patients with cancer: one week follow-up of topical therapy. Special Care in Dentistry. 2008;28(2):73-7.
.۱۶ Joshi S, Shetty Y, Panchal R, Patankar P, Salgaonkar S, Rawat R, et al. An observational study to evaluate the prescription pattern of analgesics used in the perioperative period in a tertiary care hospital. Perspectives in Clinical Research. 2021;12(3):165.
.۱۷ Creekmore FM, Lugo RA, Weiland KJ. Postoperative opiate analgesia requirements of smokers and nonsmokers. Annals of Pharmacotherapy. 2004;38(6):949-53.
.۱۸ شاکری, درخشان, پویا, الواعظین ش, کلینی. مقایسه ی بی دردی پس از عمل در بیماران شکستگی کاندید عمل جراحی پلاک گذاری با مورفین–آپوتل و کتورولاک به تنهایی به روش بی دردی وریدی کنترل شده توسط بیمار. بیهوشی و درد. ۲۰۱۶;۷(۲):۱-۸.
.۱۹ . کرونوفارماکودینامیک تزریق اینتراتکال سوفنتانیل etصدری, حسنی, ولی‌اله, میردهقان, ادیب, عزیزالله, به‌همراه بوپیواکائین در اعمال جراحی ارتوپدی اندام تحتانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۲۰۰۷;۱(۳):۳۹-۴۵.
.۲۰ سریزدی, عباسی, یوسفی, مهیار. بررسی تأثیر مصرف خوراکی دو دوز داروی دوکسپین قبل از عمل بر شدت درد بعد از جراحی ارتوپدی اندام تحتانی و مقایسه‌ی آن با گروه شاهد. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۲۰۱۲;۲۹(۱۷۰):۲۶۸۷-۹۲.