

เอกสารคำชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์

ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม

สำหรับหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี

ชื่อโครงการวิจัย: ข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง

จังหวัดนครพนม

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพัชราพร วรรณสุ

หน่วยงาน: โรงพยาบาลโพนสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

โทรศัพท์ : 042-595064-5 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-5733196

สวัสดิ์ศรีบ/สวัสดิ์ค๊ะผม/ดิฉัน ชื่อ _____ ผม/ดิฉัน ทำงานที่
โรงพยาบาลโพนสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม กำลังทำการวิจัยในจังหวัดนครพนม
เพื่อหาข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม ว่าคืออะไร
ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การให้ความรู้เรื่อง
เพศศึกษา การป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม ต่อไป ผู้วิจัยได้
ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวนทั้งหมด 44,449 คน ทั้งที่ตั้งครรภ์
และไม่ได้ตั้งครรภ์ จำนวน 3,698 คน จากทุกอำเภอของจังหวัดนครพนม ในจำนวนนี้ ผู้วิจัยเชิญ
อาสาสมัครที่มีความสนใจเข้าร่วมการสนทนาแบบกลุ่ม จำนวน 24 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
และประสบการณ์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และสัมภาษณ์หญิงที่เคยตั้งครรภ์ จำนวน 10 คน ที่สนใจ
และแสดงความจริงใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ การเผชิญและการจัดการกับการตั้งครรภ์
รวมถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ขณะเป็นวัยรุ่น หากในการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าข้อมูลยังไม่อิมตัว
ผู้วิจัยจะเชิญอาสาสมัครเพิ่มไปเรื่อยๆ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี
ที่ได้รับการสุ่มเลือก ท่านมีอิสระในการตัดสินใจว่าเข้าร่วมหรือไม่ร่วมในการศึกษานี้ และไม่ว่าท่านจะ
ตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ก็ตามก็จะไม่เกิดผลเสียใด ๆ ท่านจะยังมีสิทธิรับการบริการ
รักษาพยาบาลและการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ตามปกติ หากท่านตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการ
วิจัยนี้ กรณีที่ท่านไม่สามารถอ่านหนังสือหรือข้อความได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านเนื้อหาการแสดง
ความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ให้ฟังตามเนื้อหา ผม/ดิฉัน

จะให้แบบสอบถามเพื่อให้ท่านตอบ โดยมีข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด สำหรับทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์เป็นการ สอบถามความรู้สึกหรือความคิดเห็นโดยที่เหตุการณ์นั้นไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับท่าน การตอบ แบบสอบถามนี้จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที หากท่านแสดงความสนใจเข้าร่วมการสนทนาแบบกลุ่ม ผู้วิจัยจะขอเชิญและนัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ ในพื้นที่หมู่บ้านหรือตำบลใกล้เคียงกับที่ท่าน อาศัยอยู่ หากท่านมีความสนใจและจริงจังเล่าประสบการณ์การตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ เกี่ยวกับประสบการณ์ การเผชิญและการจัดการกับการตั้งครรภ์ รวมถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ ขณะเป็นวัยรุ่น ตามช่วงเวลาและสถานที่ตามที่ท่านสะดวก ในการตอบคำถามหากท่านมีคำถาม ที่ไม่ย่อากตอบก็ไม่จำเป็นต้องตอบคำถามเหล่านั้น ท่านสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามหรือขอ ถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกรวิจัยแต่อย่างใด การศึกษาวิจัยนี้จะใช้ ระยะเวลา 1 ปี

ผู้วิจัยจะให้เลขรหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่เกี่ยวกับท่านจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้เลขรหัสนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้ในตู้ที่ปิดล็อก มีเฉพาะนักวิจัยหลักเท่านั้นที่สามารถดูข้อมูลของท่านได้ และเมื่อครบ 2 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้เผยแพร่สู่สาธารณะแล้ว บันทึกทั้งหมดนี้จะถูกทำลายทิ้ง

ในการขอความยินยอมและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ที่ผ่าน การอบรมจะเดินทางไปยังพื้นที่หมู่บ้านเพื่อพบกับท่านหรือกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่สุ่มได้ในทุกๆ วัน ดังนั้น จึงจะไม่ได้มีค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยใดๆ ให้กับท่าน ผู้วิจัยจะตอบข้อคำถามที่ท่านสงสัยหรือให้ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การป้องกันการตั้งครรภ์และข้อมูลอื่นๆ ตามที่ท่าน สอบถามทดแทนเพื่อชดเชยให้กับเวลาที่ท่านเสียไป การวิจัยนี้จะไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงใดๆ และท่าน อาจจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงในการเข้าร่วมวิจัย แต่ท่านจะเป็นผู้มีส่วนช่วยผู้วิจัยในการให้ ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง รวมทั้ง เป็นผู้มีส่วนช่วยในการปรับปรุงและพัฒนาการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิดในวัยรุ่น อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนแนะแนวทางการดำเนินงานการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ในวัยรุ่น ในจังหวัดนครพนม

หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อที่ นางสาวพัชราพร ควรรณสุข ประจำ กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลพนสวรรค์ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 088-5733196 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงหรือมีคำถามเกี่ยวกับสิทธิของท่านในฐานะผู้ร่วมการวิจัยนี้ สามารถสอบถามกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่
เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน ชื่อ นางศิริลักษณ์ ใจช่วง ที่อยู่ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครพนม ถนนอภิบาลบัญชา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัด
นครพนม เบอร์โทรศัพท์ 042-511410 ต่อ 111

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ใบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์

ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม

สำหรับหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี

ชื่อโครงการวิจัย: ข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง

จังหวัดนครพนม

วันที่ให้คำยินยอม: วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ก่อนที่จะลงนามในหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายโดยละเอียดจากผู้วิจัยเกี่ยวกับที่มา จุดมุ่งหมาย ขั้นตอน ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงและประโยชน์ของการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจเป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้ตอบข้อซักถามต่างๆ และข้าพเจ้ามีความพอใจ

ข้าพเจ้าตกลงด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และข้าพเจ้าสามารถที่จะบอกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ไม่ว่าข้าพเจ้าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้หรือไม่ก็ตาม ข้าพเจ้าได้รับชี้แจงแล้วว่า จะไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรักษาพยาบาล การรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในโอกาสต่อไป ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ผู้วิจัยได้รับรองแก่ข้าพเจ้าว่า จะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะในรูปแบบการรายงานผลการศึกษาโดยจะไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้

หากข้าพเจ้าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อไปที่นางสาวพัชราพร วรรณสุ ประจักษ์กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 088-5733196 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดและข้อความในใบแสดงความยินยอมฉบับนี้เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายและเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์จะลงนามในใบยินยอมนี้

ชื่อของผู้ให้ความยินยอม (ตัวบรรจง) _____

ลายเซ็นของผู้ให้ความยินยอม _____

ชื่อของผู้วิจัย (ตัวบรรจง) _____

ลายเซ็นของผู้วิจัย _____

ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง) _____

ลายเซ็นของพยาน _____

*ข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่รู้หนังสือ ผู้วิจัยได้อ่านรายละเอียดงานวิจัยและข้อความในใบแสดงความยินยอมให้ข้าพเจ้าฟัง ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายและเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะพิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอมนี้

ลายนิ้วมือผู้ให้ความยินยอม _____

ชื่อของผู้วิจัย (ตัวบรรจง) _____

ลายเซ็นของผู้วิจัย _____

ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง) _____

ลายเซ็นของพยาน _____

ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง) _____

ลายเซ็นของพยาน _____

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

เอกสารคำชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์

ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม

สำหรับผู้ปกครองหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี

ชื่อโครงการวิจัย: ข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง

จังหวัดนครพนม

ผู้วิจัยหลัก: นางสาวพัชราพร วรรณสุ

หน่วยงาน: โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

โทรศัพท์: 042-595064-5 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-5733196

สวัสดีครับ/สวัสดีค่ะผม/ดิฉัน ชื่อ _____ ผม/ดิฉัน ทำงานที่
โรงพยาบาลโพธิ์สวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม กำลังทำการวิจัยในจังหวัดนครพนม
เพื่อหาข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม ว่าคืออะไร
ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การให้ความรู้เรื่อง
เพศศึกษา การป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม ต่อไป ผู้วิจัยได้
ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวนทั้งหมด 44,449 คน ที่ไม่ได้
ตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ จำนวน 3,698 คน จากทุกอำเภอของจังหวัดนครพนม ในจำนวนนี้ ผู้วิจัยเชิญ
อาสาสมัครที่มีความสนใจเข้าร่วมการสนทนาแบบกลุ่ม จำนวน 24 คน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
และประสบการณ์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และสัมภพณ์หญิงที่เคยตั้งครรภ์ จำนวน 10 คน ที่แสดง
ความสนใจและจริงใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ การเผชิญและการจัดการกับการตั้งครรภ์
รวมถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ขณะเป็นวัยรุ่น หากในการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าข้อมูลยังไม่อึดตัว
ผู้วิจัยจะเชิญอาสาสมัครเพิ่มไปเรื่อย ๆ

เด็กในปกครองท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยนี้เพราะเป็นวัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง
10-19 ปี ที่ได้รับการสุ่มเลือก ท่านมีอิสระในการตัดสินใจให้เด็กในปกครองเข้าร่วมหรือไม่ร่วม
ในการศึกษานี้ และไม่ว่าท่านจะตัดสินใจให้เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ก็ตามก็จะไม่เกิดผลเสีย
ใดๆ ท่านและเด็กในปกครองจะยังมีสิทธิรับการบริการรักษาพยาบาลและการบริการอนามัยการเจริญ
พันธุ์ได้ตามปกติ หากท่านตัดสินใจให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัยนี้ กรณีที่เด็กในปกครองของท่าน
ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือข้อความได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านเนื้อหาการแสดงความยินยอมการ

เข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ให้ฟังตามเนื้อหา ผม/ดิฉัน จะให้แบบสอบถาม เพื่อให้เด็กในปกครองท่านตอบ โดยมีข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด สำหรับทัศนคติและการป้องกันการตั้งครรภ์เป็นการ สอบถามความรู้สึกหรือความคิดเห็นโดยที่เหตุการณ์นั้นไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับเด็กในปกครองท่าน การตอบแบบสอบถามนี้จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที หากเด็กในปกครองท่านแสดงความสนใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะเชิญและนัดหมาย วัน เวลาและสถานที่ ในพื้นที่หมู่บ้านหรือตำบล ใกล้เคียงกับที่เด็กในปกครองท่านอาศัยอยู่ หากเด็กในปกครองท่านมีความสนใจและจริงจังเล่า ประสบการณ์การตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ การเผชิญและการจัดการกับการตั้งครรภ์ ตามช่วงเวลาและสถานที่ตามที่ท่านสะดวก รวมถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ขณะเป็นวัยรุ่น ในการตอบคำถามหากเด็กในปกครองท่านมีคำถามที่ไม่อยากตอบก็ไม่จำเป็นต้องตอบ คำถามเหล่านั้น เด็กในปกครองท่านสามารถหยุดการตอบแบบสอบถามหรือขอถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกรวิจัยแต่อย่างใด การศึกษาวิจัยนี้ จะใช้ระยะเวลา 1 ปี

ผู้วิจัยจะให้เลขรหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่เกี่ยวกับเด็กในปกครองท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้เลขรหัสนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้ในตู้ที่ปิดล็อก มีเฉพาะนักวิจัยหลักเท่านั้นที่สามารถดู ข้อมูลของเด็กในปกครองท่านได้และเมื่อครบ 2 ปี หลังจากที่ผลการวิจัยได้เผยแพร่สู่สาธารณะแล้ว บันทึกทั้งหมดนี้จะถูกทำลายทิ้ง

ในการขอความยินยอมและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ที่ผ่านการอบรมจะเดินทางไปยังพื้นที่หมู่บ้านเพื่อพบกับเด็กในปกครองท่านหรือกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่สุ่มได้ในทุกๆ วัน ดังนั้น จึงจะไม่ได้มีค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยใดๆ ให้กับท่านหรือเด็กในปกครองท่าน ผู้วิจัยจะตอบข้อคำถามที่ท่านหรือเด็กในปกครองท่านสงสัยหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ที่ปลอดภัย การป้องกันการตั้งครรภ์และข้อมูลอื่นๆ ตามที่ท่านและเด็กในปกครองท่านสอบถาม ทดแทนเพื่อชดเชยให้กับเวลาที่เสียไป การวิจัยนี้จะไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงใดๆ และเด็กในปกครองท่านอาจจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงในการเข้าร่วมวิจัย แต่เด็กในปกครองท่านจะเป็นผู้มีส่วนช่วยผู้วิจัยในการให้ข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง รวมทั้งเป็นผู้มีส่วนช่วยในการปรับปรุงและพัฒนาการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิดในวัยรุ่นและเป็นผู้ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนแนะแนวทางการดำเนินงานการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ในจังหวัดนครพนม

หากท่านหรือเด็กในปกครองท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อที่
นางสาวพัชราพร ควรรณสุ ประจำกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาล
โพนสวรรค์ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 088-5733196 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากหรือเด็กในปกครองท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงหรือมี
คำถามเกี่ยวกับสิทธิในฐานะผู้ร่วมการวิจัยนี้ สามารถสอบถามกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
คนได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน ชื่อ นางศิริลักษณ์ ใจช่วง
ที่อยู่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ถนนอภิบาลบัญชา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครพนม
จังหวัดนครพนม เบอร์โทรศัพท์ 042-511410 ต่อ 111

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ใบแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยข้อเสนอเชิงนโยบายการป้องกันการตั้งครรภ์

ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม

สำหรับผู้ปกครองหญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี

ชื่อโครงการวิจัย: ข้อเสนอเชิงนโยบายในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง

จังหวัดนครพนมวันที่ให้คำยินยอม:

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ก่อนที่จะลงนามในหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายโดยละเอียดจากผู้วิจัยเกี่ยวกับที่มา จุดมุ่งหมาย ขั้นตอน ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงและประโยชน์ของการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้ทำความเข้าใจเป็นอย่างดี ผู้วิจัยได้ตอบข้อซักถามต่างๆ และข้าพเจ้ามีความพอใจ

ข้าพเจ้าตกลงด้วยความสมัครใจให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย และเด็กในปกครองของข้าพเจ้าสามารถที่จะบอกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และไม่ว่าข้าพเจ้าจะยินยอมให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัยนี้หรือไม่ก็ตาม

ข้าพเจ้าได้รับชี้แจงแล้วว่าจะไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการรักษาพยาบาล การรับบริการอนามัย การเจริญพันธุ์ในอนาคตต่อไป ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ผู้วิจัยรับรองแก่ข้าพเจ้าว่าจะเก็บข้อมูลของเด็กในปกครองข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะในรูปแบบการรายงานผลการศึกษาโดยจะไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้

หากข้าพเจ้าหรือเด็กในปกครองต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าสามารถติดต่อไปที่ นางสาวพัชราพร วรรณสุ ประจักษ์กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลโพธิ์สรวร์รค์ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 088-5733196 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดและข้อความในใบแสดงความยินยอมฉบับนี้เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายและเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์จะลงนามในใบยินยอมนี้

ชื่อของผู้ให้ความยินยอม (ตัวบรรจง) _____

ลายเซ็นของผู้ให้ความยินยอม _____

ชื่อของผู้วิจัย (ตัวบรรจง) _____

ลายเซ็นของผู้วิจัย _____

ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง) _____
 ลายเซ็นของพยาน _____

*ข้าพเจ้าเป็นผู้ไม่รู้หนังสือ ผู้วิจัยได้อ่านรายละเอียดงานวิจัยและข้อความในใบแสดง
 ความยินยอมให้ข้าพเจ้าฟัง ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายและเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะ
 พิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอมนี้

ลายนิ้วมือผู้ให้ความยินยอม _____
 ชื่อของผู้วิจัย (ตัวบรรจง) _____
 ลายเซ็นของผู้วิจัย _____
 ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง) _____
 ลายเซ็นของพยาน _____
 ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง) _____
 ลายเซ็นของพยาน _____

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี