เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย สำหรับการตอบแบบสอบถามเด็กอายุระหว่าง 13-17 ปี

คำชี้แจง : ในเอกสารฉบับนี้อาจมีข้อความที่ท่านและเด็กในปกครองของท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าท่านและเด็กในปกครองของท่านจะเข้าใจดี

ชื่อโครงการ ระบุชื่อโครงการวิจัยภาษาไทย

ชื่อผู้วิจัย ระบุชื่อผู้วิจัยภาษาไทย

สถานที่ทำงาน ระบุสถานที่ติดต่อของผู้วิจัย กรณีผู้วิจัยเป็นนักศึกษา ระบุชื่อภาควิชา และที่อยู่วิทยาลัย

หมายเลขโทรศัพท์ ระบุหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก

ช่องทางการติดต่ออื่น ๆ (ถ้ามี)

สถานที่วิจัย ระบุพื้นที่ศึกษาวิจัย

ผู้ให้ทุนวิจัย ระบุชื่อแหล่งทุน (ถ้ามี) ถ้าไม่มีทุน ให้ระบุว่า “ไม่มี”

ข้อมูลโครงการวิจัยโดยย่อ : โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อ (ระบุวัตถุประสงค์การวิจัย ขอให้ระบุเป็นข้อๆ เพื่อให้ดูง่าย) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้คือ (ระบุประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย(ขอให้ระบุเป็นข้อๆ เพื่อให้ดูง่าย)

เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ เด็กในปกครองของท่านเป็น...ระบุคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย

จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น ระบุ เช่น 200 คน

ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้น ระบุ เช่น 1 ปี (เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562)

หากท่านตัดสินใจให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้เด็กในปกครองของท่าน ระบุว่าให้ทำอะไรบ้าง

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของท่านในการบันทึกข้อมูล และจะดำเนินการทำลายข้อมูลตลอดจนข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับท่านด้วย ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

☐ หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยเร็ว ไม่ปิดบัง

☐ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เด็กในปกครองของท่านอาจรู้สึกอึดอัด หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจอยู่บ้างกับบางคำถาม เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงเด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อเด็กในปกครองของท่านแต่อย่างใด

☐ ข้อมูลส่วนตัวของเด็กในปกครองของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้ที่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลของเด็กในปกครองของท่านจะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเท่านั้น

☐ การวิจัยครั้งนี้เด็กในปกครองของท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทน (ถ้ามีค่าตอบแทนหรือของที่ระลึก โปรดระบุมูลค่าว่าคิดเป็นเงินเท่าใด หากไม่เกี่ยวข้อง กรุณาตัดข้อความนี้ออก) และไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

☐ หากท่านและเด็กในปกครองของท่านมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ท่านและเด็กในปกครองของท่านสามารถติดต่อไปยังชื่อ-นามสกุล ผู้วิจัย หมายเลขโทรศัพท์มือถือของผู้วิจัย (อาจใส่ได้มากกว่า 1 หมายเลข) ได้ตลอดเวลา

☐ หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ หรือผู้แทน ที่ฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก 56 หมู่ 1 ตำบลราษฎร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 11150 หมายเลข 02-150-1203-8 โทรสาร 02-150-1202

ข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ_____ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(_____)
วันที่_____

ลงชื่อ_____ผู้ปกครอง
(_____)
วันที่_____

ลงชื่อ_____
(_____)
ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย
วันที่_____