**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**

**(Participant Information Sheet)**

***ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย***

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

ชื่อผู้วิจัย ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

สถานที่วิจัย ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….สถานที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ และโทรศัพท์บ้าน/ที่ทำงานของผู้วิจัย

……………………………………………………………………………......……………………………………………………………………………………………………..……………...........

ผู้ให้ทุน (ถ้ามี) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………….

 โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ (บอกวัตถุประสงค์ด้วยภาษาที่บุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์หรือนักวิชาการ สามารถเข้าใจได้ง่าย) ซึ่งมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ.................................................................................................................................................................................

 ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ (บอกคุณลักษณะที่เหมาะสมที่ทำการศึกษาวิจัย).......................................................................

……………………………………………………………………………......……………………………………………………………………………………………………..……………...........

 จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณกี่คน ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย (ระบุเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องเข้าร่วมจริง)

 หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ (ขอให้ระบุเป็นข้อๆ เพื่อให้ดูง่าย เช่น) การสัมภาษณ์ หรือการประชุมกลุ่ม หรืออื่นๆ จะต้องชี้แจงรายละเอียดว่าสัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่องใด จำนวนกี่ข้อ ใช้เวลาประมาณเท่าใด สัมภาษณ์กี่ครั้ง มีการบันทึกเสียง หรือติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือไม่

 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

 *- กรณีเป็นการศึกษาด้านสังคมศาสตร์หรือพฤติกรรมศาสตร์ เช่น การสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถาม ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ ท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือเสียเวลา*

 *หากท่านไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ก็จะไม่มีผลต่อ...........................................(การเรียนการสอนกรณีอาสาสมัครเป็นนักศึกษา หน้าที่การงานกรณีอาสาสมัครเป็นบุคคลในหน่วยงาน เป็นต้น)*

 *ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น*

***ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด*** *(ถ้าโครงการใดที่ผู้วิจัยจะมีการถอนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกจากโครงการ ให้ระบุ พร้อมเกณฑ์ในการถอน และระบุการได้รับการช่วยเหลือ ตามความเหมาะสมต่อไป)*

 โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช อาคารวิชาการ 3 ชั้น 3 ที่อยู่ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 เบอร์โทรศัพท์ 02-5033610 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

 ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

 ลงชื่อ...................................................... ผู้เข้าร่วมวิจัย

 (.....................................................)

 วันที่........................................................

***หมายเหตุ*** *หากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์) และเอกสารชี้แจงนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน ให้เปลี่ยน*

 *สรรพนาม “ท่าน” เป็น “เด็กในปกครองของท่าน” ตามตำแหน่งที่เหมาะสม*