

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายสมหมาย คชนาม

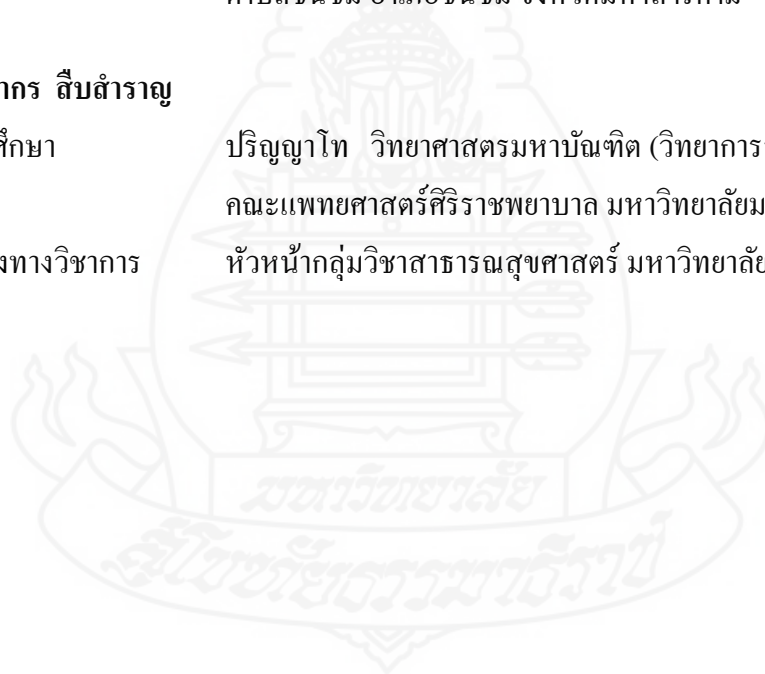
วุฒิการศึกษา ปริญญาเอก ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ประชากรศึกษา)
มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้จัดการสำนักวิจัยและสถิติ ดร.สมหมาย คชนาม

2. นายชาติ ยะวร

วุฒิการศึกษา ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่งทางวิชาการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชื่นชม 8 หมู่ 10
ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

3. นายพลกร สืบสำราญ

วุฒิการศึกษา ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด)
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่งทางวิชาการ หัวหน้ากลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี





ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามและแสดงความคิดเห็นที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
ข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เนื้อหา
ของแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพ	
- ภาวะสุขภาพกาย	จำนวน 10 ข้อ
- ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและชุมชน	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 4 การมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต	จำนวน 11 ข้อ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามที่ตรงตาม
ความเป็นจริงของท่าน มา ณ โอกาสนี้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย
ในภาพรวม ข้อมูลของท่านจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ประพันธ์ มังสระคู

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

วิชาเอกบริหารสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามหรือให้ข้อมูลตามความเป็นจริงของท่าน

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง	Sex []
2. อายุ.....ปี (จำนวนปีเต็ม คำนวณโดยใช้ พ.ศ.ปัจจุบัน-พ.ศ. เกิด)	Age []
3. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า	Mar []
4. ท่านจบการศึกษาระดับใด (ตามเกณฑ์กระทรวงศึกษาธิการ) () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา (ป.4, ป.6) () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) () 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า () 5. อนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่า/ปวท./ปวส. () 6. ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	Edu []
5. ตำแหน่งหรือบทบาททางสังคมของท่านในปัจจุบัน () 1. ไม่มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม () 2. มีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง เช่น กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มัคทายกวัด กรรมการกองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ	RoI []
6. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ด้วยกันอย่างน้อย 1 เดือนนับถึง ปัจจุบัน.....คน เพศชาย.....คน เพศหญิง.....คน	Mem []
7. จำนวนสมาชิกครอบครัวแบ่งตามกลุ่มวัย 7.1 วัยก่อนเรียน (0-5 ปี)คน 7.2 วัยเรียน/นักเรียน (0-24 ปี และกำลังเรียน/ศึกษา)คน 7.3 วัยทำงาน (15-59 ปี)คน 7.4 วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)คน	
8. จำนวนสมาชิกครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง/เจ็บป่วยต้องรับการรักษา ต่อเนื่อง.....คน	

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพหรือไม่ () 1. ไม่ได้รับ () 2. ได้รับ	
10. แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมากที่สุด	
11. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท	
12. ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่ายของครอบครัว () 1. ไม่เพียงพอ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ () 3. เพียงพอและเหลือเก็บ	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ

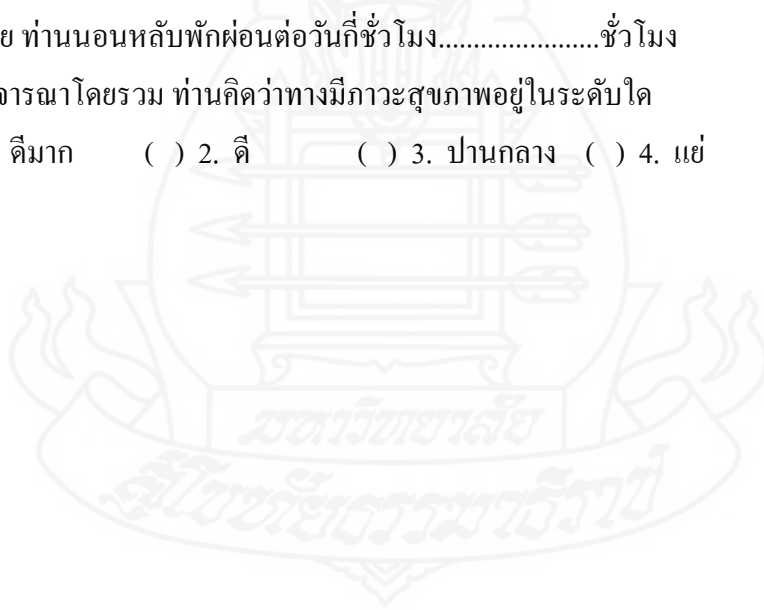
คำชี้แจง โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงของท่าน

ตอนที่ 1 ภาวะสุขภาพทางกาย

- น้ำหนักของท่านในปัจจุบัน.....กิโลกรัม
- ส่วนสูงของท่านในปัจจุบัน.....เซนติเมตร
- ความยาวเส้นรอบเอวของท่าน.....เซนติเมตร (วัดโดยผู้สัมภาษณ์)
- ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหรือไม่
() 1. ไม่มี
() 2. มี โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] ความดันโลหิตสูง	[] เบาหวาน	[] ไตวายเรื้อรัง
[] เก๊าต์	[] รูมาตอยด์	[] หอบหืด
[] วัณโรค	[] ลมชัก	[] ถุงลมโป่งพอง
[] โรคหัวใจและหลอดเลือด	[] ไขมันในเลือดสูง	[] มะเร็ง
[] โรคหลอดเลือดสมอง	[] อื่นๆ ระบุ.....	
- ท่านมีปัญหาด้านการมองเห็น เช่น ตาพร่ามัว สายตาสั้น สายตายาว ต้อกระจก ต้อเนื้อ
() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ.....

6. ท่านมีปัญหาการรับประทานอาหาร เช่น เบื่ออาหาร มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหาร มีปัญหาการกลืน
อาหารติดคอ สำลักอาหาร
() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุปัญหา.....
7. ท่านมีปัญหาการขับถ่าย หรือระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก ถ่ายลำบาก ท้องอืดแน่นท้อง
ปวดแสบร้อนท้อง ถ่ายเหลวบ่อยๆ คลื่นไส้อาเจียน
() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ.....
8. ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น เดินไม่สะดวก เดินไกลๆ แล้วปวดขา ปวดหลัง มีปัญหา
ที่ขานเวลาเดิน
() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ.....
9. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่ เช่น นอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก นอนมากเกินไป
นอนกรน นอนละเมอ มีอาการหายใจไม่ออกขณะนอนหลับ
() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ.....
9. โดยเฉพาะ ท่านนอนหลับพักผ่อนต่อวันกี่ชั่วโมง.....ชั่วโมง
10. หากพิจารณาโดยรวม ท่านคิดว่าทางมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับใด
() 1. ดีมาก () 2. ดี () 3. ปานกลาง () 4. แย่ () 5. แย่มาก



ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพทางจิต

1. การประเมินภาวะความเครียด ตามแบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (ST-5) ขอให้ท่านประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 คะแนน ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

- 0 หมายถึง ไม่มี
 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คือ มี 1-2 วันต่อสัปดาห์
 2 หมายถึง บ่อยครั้ง คือ มี 3-4 วันต่อสัปดาห์
 3 หมายถึง เป็นประจำ คือ มี 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม.....คะแนน					

2. การประเมินภาวะซึมเศร้า ตามแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ

ข้อแนะนำ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายเพิ่มเติม

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือไม่ (เกือบตลอดทั้งวัน)	☐	☐
2. รู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้	☐	☐
3. รู้สึกหมดกำลังใจอยาก	☐	☐
4. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่เคยชอบและเคยทำ	☐	☐
5. รู้สึกผิดหวังในตนเอง และโทษตนเองในสิ่งที่เกิดขึ้น	☐	☐
6. รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง	☐	☐
7. รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร	☐	☐
8. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า	☐	☐
9. คิดอะไรไม่ออก	☐	☐

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
10. หลงลืมง่าย	☐	☐
11. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ	☐	☐
12. คิดอะไรอีกอาด เชื่องช้ากว่าปกติ	☐	☐
13. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง	☐	☐
14. รู้สึกเบื่ออาหาร กินได้น้อยกว่าเดิม	☐	☐
15. นอนหลับๆ ตื่นๆ หลับไม่สนิท	☐	☐

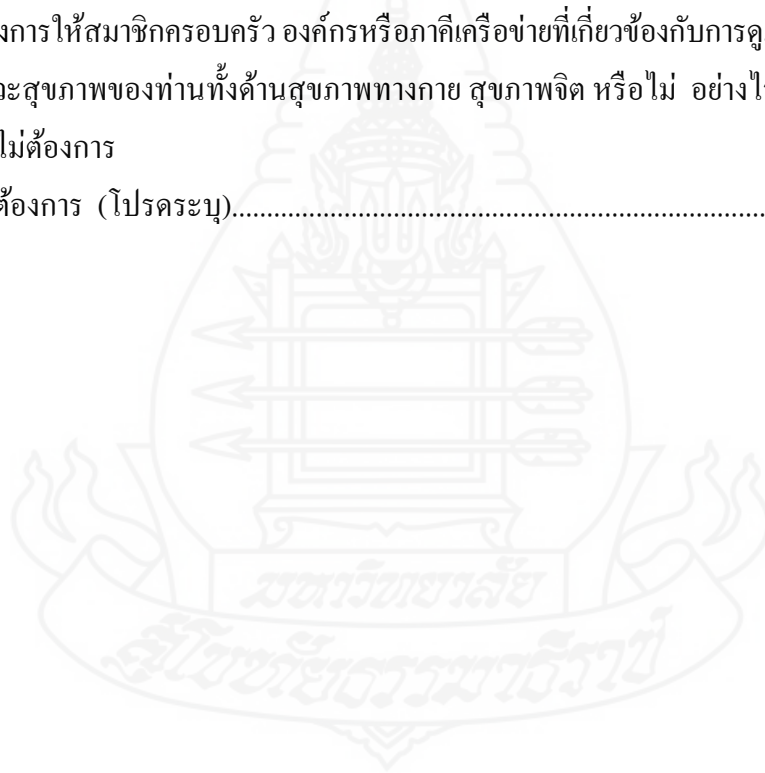
3. หากพิจารณาโดยรวม ท่านคิดว่าทางมีภาวะสุขภาพทางด้านอารมณ์/จิตใจอยู่ในระดับใด

() 1. ดีมาก () 2. ดี () 3. ปานกลาง () 4. แย่ () 5. แย่มาก

4. ท่านต้องการให้สมาชิกครอบครัว องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุช่วยเหลือด้านภาวะสุขภาพของท่านทั้งด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต หรือไม่ อย่างไร

() 1. ไม่ต้องการ

() 2. ต้องการ (โปรดระบุ).....



ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน

คำชี้แจง ในรอบปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัวและชุมชน ดังต่อไปนี้หรือไม่ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับความเป็นจริง โดยมีคะแนน ดังนี้

- 3 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมมาก
 2 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง
 1 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย
 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีส่วนร่วม

ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม			
	3	2	1	0
ด้านการแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน				
1. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว เช่น แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการซ่อมแซมต่อเติมอาคารบ้านเรือน การลงทุนในการประกอบอาชีพ การจัดซื้อสิ่งของที่จำเป็นสำหรับครอบครัว การจัดงานบุญ/ประเพณีของครอบครัว การเดินทางเพื่อท่องเที่ยว เป็นต้น				
2. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ในครอบครัว เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ปัญหาการขาดแคลนเงินทุนในการประกอบอาชีพ เป็นต้น				
3. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น การจัดงานบุญ/ประเพณีสำคัญของหมู่บ้าน การพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน การดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น				
4. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชน เช่น ปัญหาการขาดแคลนน้ำใช้/แหล่งน้ำประปา ปัญหาการจัดการขยะในชุมชน ปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ปัญหายาเสพติดในชุมชน เป็นต้น				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน (ต่อ)

ประเด็นการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม			
	3	2	1	0
ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ				
5. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการจัดกิจกรรมของครอบครัว เช่น การซ่อมแซมต่อเติมอาคารบ้านเรือน การลงทุนในการประกอบอาชีพ การจัดซื้อสิ่งของที่จำเป็นสำหรับครอบครัว การจัดงานบุญ/ประเพณีของครอบครัว การเดินทางเพื่อท่องเที่ยว เป็นต้น				
6. ท่านมีส่วนร่วมในวางแผนวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัว เช่น ปัญหาการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว ปัญหาการขาดแคลนเงินทุนในการประกอบอาชีพ เป็นต้น				
7. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการจัดกิจกรรมของชุมชน เช่น การจัดงานบุญ/ประเพณีสำคัญของหมู่บ้านการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน การดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น				
8. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในวางแผนวิธีการแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น ปัญหาการขาดแคลนน้ำใช้/แหล่งน้ำประปา ปัญหาการจัดการขยะในชุมชน ปัญหาโรคติดต่อในชุมชน ปัญหาเสพติดในชุมชน เป็นต้น				
9. ท่านมีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น การจัดงานประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ประเพณีแห่เทียนพรรษา ประเพณีตักบาตรเทโว การจัดงานผ้าป่า การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นต้น				
การร่วมปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน				
10. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว				
11. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ของครอบครัว				
12. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน				
13. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชน				
14. ท่านมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนร่วมกับหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่มีการจัดกิจกรรมในชุมชน				

15. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแล
ผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนหรือไม่ อย่างไร

() 1. ไม่ต้องการ

() 2. ต้องการ โปรดระบุ.....

.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการมีหลักประกันในการดำเนินชีวิต

1. ท่านมีเงินเก็บหรือเงินสำรองสำหรับการใช้จ่ายในการดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วยหรือเมื่อท่านไม่สามารถ
ทำงานเพื่อหาเงินได้

() 1. ไม่มี

() 2. มีและเพียงพอ

() 3. มีแต่อาจจะไม่เพียงพอ

2. ท่านมีการทำประกันชีวิต/แผนกึ่งสงเคราะห์หรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี

3. ท่านมีการทำประกันการรักษาพยาบาลหรือประกันการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี

4. ท่านสามารถไปรับบริการรักษาพยาบาลจากหน่วยบริการสุขภาพตามสิทธิรักษาพยาบาลได้
โดยไม่มีปัญหา

() 1. ไม่ได้

() 2. ได้

5. เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินท่านมีผู้ที่จะพาท่านไปรับบริการรักษาพยาบาลได้ทันทีหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี

6. ปัจจุบันท่านมีและใช้โทรศัพท์เพื่อการติดต่อสื่อสารหรือไม่

() 1. ไม่มี

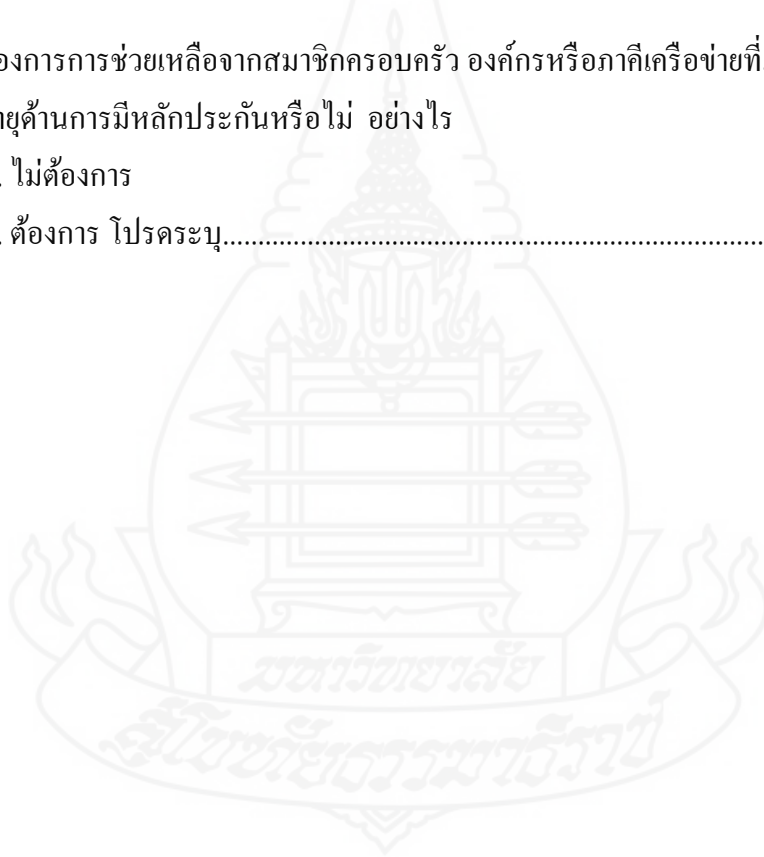
() 2. มี

7. ท่านรู้จักหมายเลขฉุกเฉินทางการแพทย์เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องการไปรับการรักษา
ที่โรงพยาบาลหรือไม่

() 1. ไม่รู้จัก

() 2. รู้จัก คือ หมายเลข.....

8. สภาพบ้านเรือนที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบันมีความมั่นคงแข็งแรงสามารถใช้อาศัยได้ตลอดช่วงอายุขัยของท่านหรือไม่
- () 1. ไม่มั่นคงแข็งแรง () 2. มั่นคงแข็งแรง () 3. ไม่แน่ใจ
9. บ้านเรือนที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบันมีอุปกรณ์และมีการจัดการสภาพแวดล้อมที่สามารถเอื้ออำนวยให้ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้สะดวกปลอดภัยทั้งในปัจจุบันและอนาคต
- () 1. ไม่มี () 2. มีแต่ไม่เพียงพอ () 3. มีและเพียงพอ
10. ท่านมีบุตรหลานที่คอยดูแลช่วยเหลือและไม่ทอดทิ้งเมื่อท่านเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- () 1. ไม่มี () 2. มี () 3. ไม่แน่ใจ
11. ท่านต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว องค์กรหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุด้านการมีหลักประกันหรือไม่ อย่างไร
- () 1. ไม่ต้องการ
- () 2. ต้องการ โปรดระบุ.....



ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย



ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมวิจัย
(.....)
วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตำบล..... อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45130 โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและภาคีเครือข่ายอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ
หรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทาง
ป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับ
คำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า
ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นายประพันธ์ มั่งสระภู หัวหน้าโครงการวิจัย ที่หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 0854116445 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิ์ที่ข้าพเจ้าจะรับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถ
ถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต
และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็น
ข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลง
ลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย วันที่.....
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....
(.....)

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือพยาน

ลงชื่อ..... พยาน วันที่.....
(.....)