

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือแสดงความยินยอม ขอยกเลิก และแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้น



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครองและผู้อยู่ในปกครอง

ทำที่.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามในท้ายหนังสือนี้เกี่ยวข้องกับ (โปรดระบุเป็น พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล) ของ (ชื่อของเด็กที่เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย) ด.ช./ด.ญ. ....  
ขอแสดงความยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย.....การวิเคราะห์ความผิดปกติของลายนิ้วมือในเด็กออทิสติก: โอกาสในการใช้..... เป็นเครื่องมือช่วยเหลือในการตรวจคัดกรอง.....  
โดยมีหัวหน้าโครงการวิจัยเป็น.....อาจารย์กมลวรรณ ตั้งเจริญบำรุงสุข  
ที่อยู่ติดต่อ.....หลักสูตรศึกษาศาสตร ์ โรงเรียนการเรือน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.....  
.....เลขที่ ๒๔๕ ถนนราชสีมา แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐  
โทรศัพท์.....๐๒-๒๕๔-๕๖๒๒ หรือ ๐๖๑-๙๙๑-๔๙๙๒

ข้าพเจ้าและผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากคณะผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าเข้าร่วมในการวิจัยนี้ และคณะผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้ามีสิทธิให้ผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าหรือเป็นความประสงค์ของผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และลงนามใน

ภาพที่ ข-1 ตัวอย่างหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยหน้าที่ 1

หนังสือขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางลบต่อผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้า คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวผู้ที่อยู่ในปกครอง/ในความดูแลของข้าพเจ้าและตัวข้าพเจ้าได้

เมื่อเกิดข้อข้องใจหรือมีปัญหาใดๆ ข้าพเจ้าสามารถปรึกษากับหัวหน้าโครงการวิจัย คือ อาจารย์กมลวรรณ ตั้งเจริญบำรุงสุข ได้ตลอดเวลา และสามารถติดต่อได้ที่อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (อาคาร ๑๐) ห้อง ๑๐๓๐๒ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่ ๒๕๕ ถนนนครราชสีมา แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ ๐๒-๒๕๔-๕๖๒๒ โทรศัพท์มือถือ ๐๖๑-๙๙๑-๔๙๙๒ และสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เลขที่ ๒๕๕ ถนนนครราชสีมา แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ ๐๒-๒๕๔-๕๖๘๐-๒

(ลงนาม).....  
(.....)  
พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

(ลงนาม).....  
(อาจารย์กมลวรรณ ตั้งเจริญบำรุงสุข)  
หัวหน้าโครงการวิจัย

(ลงนาม).....  
(.....)  
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(ลงนาม).....  
(.....)  
พยาน

**หมายเหตุ** ในกรณีที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอายุน้อยกว่า ๘ ปีไม่ต้องลงนามก็ได้ แต่หากอายุระหว่าง ๘ ถึง ๑๗ ปีต้องลงนามให้ความยินยอมร่วมกับบิดา/มารดาหรือผู้ปกครอง

ภาพที่ ข-2 ตัวอย่างหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยหน้าที่ 2



หนังสือขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามในท้ายหนังสือนี้มีความประสงค์ “ขอยกเลิก” และ “ไม่อนุญาต” ให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าชื่อ ด.ช./ด.ญ. ....เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้อีกต่อไป ซึ่งคณะผู้วิจัยจะต้องลบข้อมูลต่างๆ ทั้งหมดของข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้าออก และถือเสมือนว่าข้าพเจ้าและเด็กในปกครองของข้าพเจ้าไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยแต่อย่างใด

(ลงนาม).....

(.....)

พ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

(ลงนาม).....

(อาจารย์กมลวรรณ ตั้งเจริญบำรุงสุข)

หัวหน้าโครงการวิจัย

(ลงนาม).....

(.....)

พยาน

ภาพที่ ข-3 ตัวอย่างหนังสือขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย

หมายเลขแบบสอบถาม



การวิเคราะห์ความผิดปกติของลายนิ้วมือในเด็กออทิสติก: โอกาสในการใช้  
เป็นเครื่องมือช่วยเหลือในการตรวจคัดกรอง

แบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้น

1) ข้อมูลของเด็ก

<input type="checkbox"/> ค.ช. <input type="checkbox"/> ค.ญ. ชื่อ-นามสกุล _____	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> กลุ่มอาการออทิสติก
อายุ _____ ปี _____ เดือน	
เป็นบุตรคนที่ _____ โดย	<input type="radio"/> ไม่มีฝาแฝด <input type="checkbox"/> ฝาแฝดแท้ (Identical Twins) <input type="checkbox"/> ฝาแฝดเทียม (Fraternal Twins)
คลอดโดยวิธี	<input type="radio"/> คลอดธรรมชาติ <input type="radio"/> ผ่าตัดคลอด
	สุขภาพของเด็กหลังคลอด <input type="radio"/> แข็งแรงดี <input type="radio"/> อื่นๆ _____
*กรณีที่เป็นเด็กปกติ	<input type="radio"/> ไม่มีญาติใกล้ชิด (บิดา มารดา พี่ หรือน้อง) คนใดคนหนึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช เช่น ออทิสติก โรควิตกกังวล ความแปรปรวนอารมณ์สองขั้ว จิตเภท เป็นต้น <input type="radio"/> มีหรือแม่ไม่แน่ใจว่ามีญาติใกล้ชิด (บิดา มารดา พี่ หรือน้อง) คนใดคนหนึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช เช่น ออทิสติก โรควิตกกังวล ความแปรปรวนอารมณ์สองขั้ว จิตเภท เป็นต้น
**กรณีที่เป็นออทิสติก	<input type="radio"/> มีผลการวินิจฉัยของแพทย์ โรงพยาบาล _____ โดยมีระดับของอาการ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ระบุ <input type="checkbox"/> เป็นปานกลาง <input type="checkbox"/> เป็นน้อย <input type="checkbox"/> เป็นมาก <input type="radio"/> ไม่มีผลการวินิจฉัยของแพทย์

2) ข้อมูลของบิดา-มารดา

บิดา ชื่อ-นามสกุล _____	} (ระบุชื่อคนใดคนหนึ่งก็ได้)
มารดา ชื่อ-นามสกุล _____	
มีบุตรคนนี้เมื่อบิดาอายุ _____ ปี และมารดาอายุ _____ ปี	
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ _____	

3) ส่วนของเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

กำหนดรหัสตัวอย่างเป็น \_\_\_\_\_

ลงชื่อผู้บันทึกข้อมูล \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปี \_\_\_\_\_

ภาพที่ ข-4 ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย