

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(สำหรับผู้วิจัย)

เกณฑ์การพิจารณา

- 0-4 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรงมากซึ่งต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด
(Total Dependence)
- 5-8 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับรุนแรง (Severe Dependence)
- 9-11 คะแนน หมายถึง การพึ่งพาระดับปานกลาง (Moderately Severe Dependence)
- 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การพึ่งพาระดับเล็กน้อย (Mildly Severe Dependence)

หัวข้อประเมิน

สำหรับผู้วิจัย

1. การรับประทานอาหาร

[]

-ไม่สามารถดื่อกอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
-ดื่อกอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น การใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
-ดื่อกอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ

2. กิจกรรมการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมง

[]

-ต้องการความช่วยเหลือ
-ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. กิจกรรมการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

[]

-ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
-ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
-ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
-สามารถทำได้เอง

4. การใช้ห้องสุขา

[]

.....ช่วยตัวเองไม่ได้

.....ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

.....ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

.
.
.

10. กิจกรรมการกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

[]

.....กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

.....กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

.....กลั้นได้ปกติ

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน (ผู้ดูแล) โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

4. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
() 4. อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพปัจจุบัน

- () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. งานบ้าน () 3. รับจ้าง
() 4. ทำไร่/ ทำสวน () 5. ค้าขาย () 6. รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
() 7. อื่น ๆ ระบุ

6. รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

7. โรคประจำตัว () 1. มีโรคประจำตัว ระบุ..... () 2. ไม่มีโรคประจำตัว

8. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น

- () 1. สามี ภรรยา () 2. บุตร () 3. หลาน
() 4. เครือญาติอื่น ๆ (เช่น น้องสะใภ้) ระบุ..... 5) อื่น ๆ.....

9. ผู้ช่วยผู้ดูแล

- () 1. ไม่มี () 2. มีระบุ.....

10. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปีเดือน.....สัปดาห์

11. จำนวนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน.....ชั่วโมง

12. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น () 1. มี () 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1) อายุ.....ปี

2) เพศ () ชาย () หญิง

3) ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา

() 4. อนุปริญญา/ อาชีวศึกษา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

4) ปัจจุบันท่านยังประกอบอาชีพหรือไม่

() ประกอบอาชีพ ระบุ..... () ไม่ประกอบอาชีพ

5) รายได้ต่อเดือน.....บาท

6) ระยะเวลาในการป่วย.....ปี

7) คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....(ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยผู้วิจัย)

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นการวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของท่าน มีทั้งหมด 41 ข้อ โดยให้ท่านกากบาท (X) ลงในช่อง [] ที่ท่านได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามความเป็นจริง

1. ท่านได้ตรวจร่างกาย หรือ สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร

[] ทำทุกวัน

[] ทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

[] ทำ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

2. ท่านได้สระผมให้ผู้ป่วย หรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสระผมอย่างไร

[] สระผมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

[] สระผมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อ 2 สัปดาห์

[] สระผมอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน

[] ไม่เคยทำ เพราะ.....

[] อื่น ๆ ระบุ

.

.

.

41. ถ้าผู้ป่วยแสดงอารมณ์โกรธ หรือหงุดหงิด ท่านปฏิบัติอย่างไร

[] ยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย โดยไม่แสดงอารมณ์โต้ตอบ

[] เฉย ๆ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความคิด ความรู้สึก โดยไม่แสดงปฏิกิริยาใด ๆ

[] ว่ากล่าวตักเตือนผู้ป่วย

[] เดินหนี ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว

[] อื่น ๆ ระบุ

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือความรู้สึกต่อไปนี้ที่เกิดขึ้นกับท่าน (ผู้ดูแล) และผู้ป่วยบ่อยแค่ไหนในขณะที่ท่านรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างทางขวามือ

ข้อความ	ไม่เคยรู้สึก เช่นนี้เลย	รู้สึกเช่นนี้ น้อยมาก	รู้สึกเช่นนี้ บางครั้ง	รู้สึกเช่นนี้ บ่อยครั้ง	รู้สึกเช่นนี้ เกือบตลอด	รู้สึกเช่นนี้ ตลอดเวลา
1. ฉันและผู้ป่วยต่างต้องการใช้เวลา อยู่ร่วมกัน						
2. ฉันรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยรักฉัน						
3. ฉันและผู้ป่วยต่างซื่อสัตย์และ ไว้วางใจกัน						
4. ฉันและผู้ป่วยต่างรับฟังคำดำเนินถึง ข้อบกพร่องของกันและกัน						
.						
.						
.						
17. ฉันเชื่อมั่นในความสัมพันธ์ระหว่าง ฉันกับผู้ป่วย						

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

คำชี้แจง จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาอ่านคำถามต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านมากที่สุด

1. โดยทั่ว ๆ ไปสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

☐ ดีมากที่สุด ☐ ดีมาก ☐ ดี ☐ พอใช้ ☐ แย่

.....

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบันนี้จำกัดการทำกิจกรรมต่อไปนี้หรือไม่ ถ้าจำกัด จำกัดเล็กน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับระดับความจำกัดของท่าน

กิจกรรม	ไม่จำกัด มาก	ไม่จำกัด เล็กน้อย	ไม่จำกัด เลย
3. กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น การวิ่ง, การยกของหนัก, การเล่นกีฬาอย่างหนัก			
.....			
12. อาบน้ำหรือแต่งตัว			

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่า ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหา เกี่ยวกับการทำงานหรือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลมาจากสุขภาพด้านร่างกายของท่านหรือไม่ ถ้ามีบ่อยครั้งเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □

ข้อความ	ตลอด เวลา	เป็น ส่วนมาก	เป็น บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
13. ลดปริมาณเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ลง					
.....					
16. มีความลำบากที่จะทำงาน หรือกิจกรรมอื่น ๆ (เช่น ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นกว่าเดิม)					

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่า ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา สภาพทางด้านอารมณ์ของท่าน เช่น รู้สึกซึมเศร้าหรือกังวลทำให้ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บ่อยครั้งเพียงใด ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับระดับปัญหาของท่าน

ข้อความ	ตลอดเวลา	เป็น ส่วนมาก	เป็น บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
17. ลดปริมาณเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ลง					
.....					
19. ทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ด้วยความระมัดระวังน้อยลง					

20. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางภาวะสุขภาพทางร่างกาย และอารมณ์ของท่านเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางด้านสังคมตามปกติกับครอบครัว, เพื่อน, เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด

☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย ☐ ปานกลาง ☐ มาก ☐ มากที่สุด

.....

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ ซึ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน และสิ่งที่เกิด ระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมาแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านให้มากที่สุด

ข้อความ	ตลอดเวลา	เป็น ส่วนมาก	เป็น บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เลย
23. ท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา					
.....					
31. ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย					

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาว่าถูกหรือผิด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ถูกต้อง ทุก ประการ	ถูกต้อง เป็น ส่วนใหญ่	ไม่ทราบ ว่าถูก หรือผิด	ไม่ถูกต้อง เป็น ส่วนใหญ่	ไม่ถูกต้อง เลย
33. ฉันเจ็บป่วยง่ายกว่าคนทั่วไป					
.....					
36. ฉันรู้สึกว่าคุณภาพของฉันดี เยี่ยม					

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามการมองชีวิตในแง่มุมต่าง ๆ ในข้อคำถามแต่ละข้อจะมีตัวเลขที่ท่านเลือกตั้งแต่ 1-7 ระดับ ซึ่งจะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดโดยอาศัยข้อความในตำแหน่งเลข 1 และเลข 7 เป็นหลัก กรุณา วงตัวเลข ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวท่านบ่อยเพียงใด

1 2 3 4 5 6 7

ไม่เคยรู้สึกเลย

รู้สึกว่าเป็นเช่นนั้นบ่อย

2. ในอดีตที่ผ่านมาท่านเคยพบกับความแปลกใจในการกระทำของบุคคล ซึ่งท่านคิดว่าท่านรู้จักเขาเป็นอย่างดีบ้างไหม

1 2 3 4 5 6 7

ไม่เคยพบเลย

เคยพบอยู่เสมอ

3. ท่านรู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ท่านไว้ใจทำให้ท่านต้องผิดหวัง

1 2 3 4 5 6 7

ไม่เคยรู้สึกเลย

เคยรู้สึกอยู่เสมอ

4. จนกระทั่งบัดนี้ ชีวิตของท่านมีจุดประสงค์หรือเป้าหมายบ้างหรือไม่

1 2 3 4 5 6 7

ไม่มีเลย

มีอย่างชัดเจน

•
•
•

13. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้บ่อยแค่ไหน

1 2 3 4 5 6 7

บ่อยมาก

น้อยมาก หรือไม่มี

ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์:

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) FACTORS RELATED TO DEPENDENT CARE AGENCY OF CAREGIVERS IN STROKE PATIENTS

2. ชื่อนิสิต (นาย, นาง, นางสาว): นางสาว ประกอบพร ทิมทอง

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ภาคพิเศษ

3. หน่วยงานที่สังกัด:

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

(/) รับรองโครงการวิจัย

() ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง: /27 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2549

ลงนาม

สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

ประทุม ม่วงมี

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม ม่วงมี)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา



คำชี้แจงในการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้ที่สามารถเข้าร่วมในการวิจัย โดยอธิบายการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบดังนี้

เนื่องจากคณินนางสาว ประกอบพร ทิมทอง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำลังทำวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปใช้วางแผนการดูแล ให้ความช่วยเหลือ และส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความสามารถในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จึงขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 45 นาที ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลที่ท่านตอบไม่มีถูกหรือผิด

การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่ท่านจะได้รับจากแพทย์

ผลของการศึกษานี้ จะใช้สำหรับการศึกษาเท่านั้น โดยข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ จะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา ขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาที่ นางสาว ประกอบพร ทิมทอง โทรศัพท์ 086-611-9641 ที่อยู่ 43 ถนนอรรถกวี โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ต.ปากน้ำโพ อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000 หรือติดต่อสอบถามได้โดยตรงที่ ผศ.ดร.ภาวนา กิริติยวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาการวิจัย ที่คณะพยาบาลศาสตร์ ม.บูรพา อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-745900 ต่อ 3651

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

(นางสาว ประกอบพร ทิมทอง)

ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและ
มีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะ
บอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่
มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาว ประกอบพร ทิมทอง)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาว ประกอบพร ทิมทอง)