

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน (ผู้ดูแล) โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความ หรือเติมข้อความลงช่องว่าง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา  
( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. อนุปริญญา/อาชีวศึกษา  
( ) 5. ปริญญาตรี ( ) 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ  
( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ( ) 2. งานบ้าน ( ) 3. รับจ้าง  
( ) 4. ทำไร่/ทำสวน ( ) 5. ค้าขาย  
( ) 6. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ( ) 7. อื่นๆ ระบุ.....
5. 5) รายได้ต่อเดือน.....บาท
6. โรคประจำตัว  
( ) 1. มีโรคประจำตัว ระบุ.....  
( ) 2. ไม่มีโรคประจำตัว
7. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น  
( ) 1. สามี ภรรยา ( ) 2. บุตร  
( ) 3. หลาน ( ) 4. เครื่องญาติอื่น ๆ (เช่น น้องสะใภ้)  
( ) 5. อื่นๆ ระบุ .....
8. ผู้ช่วยผู้ดูแล  
( ) 1. ไม่มี ( ) 2. มีระบุ.....
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน.....สัปดาห์
10. จำนวนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน.....ชั่วโมง
11. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น  
( ) 1. มี ( ) 2. ไม่มี



ภาคผนวก ข

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
(Functional Independent Measure)

**แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
(Functional Independent Measure)**

**คำชี้แจง** แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถปฏิบัติได้ของผู้ป่วย ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้อย่างตรงกับความสามารถของผู้ป่วยหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- 4 หมายถึง ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้เองทั้งหมด
- 3 หมายถึง ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่ พึ่งพาผู้ดูแลไม่เกินร้อยละ 25
- 2 หมายถึง ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้เองบางส่วน พึ่งพาผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 25 แต่ไม่เกิน ร้อยละ 75
- 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง

ความสามารถในการทำกิจกรรม เรื่อง	ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม			
	1	2	3	4
1. การรับประทานอาหาร				
2. การดูแลสุขอนามัยส่วนตัวและใบหน้า				
3. การอาบน้ำ				
4. การแต่งตัวร่างกายท่อนบน				
5. การแต่งตัวร่างกายท่อนล่าง				
6. การจับถ้าย				
7. การกลืนปัสสาวะ				
8. การกลืนอาหาร				
9. ความสามารถในการเคลื่อนไหวจากเตียงสู่รถเข็นและเก้าอี้				
10. การเคลื่อนไหว การเคลื่อนที่ในห้องน้ำ				
11. การเคลื่อนย้ายตนเองสู่ที่อาบน้ำ				
12. การเคลื่อนที่ในทางราบ				
13. การขึ้นบันได				
14. การสื่อสารทางด้านการเข้าใจ				
15. การสื่อสารในด้านการแสดงออก				
16. การรับรู้ การตอบสนองทางสังคม				
17. การแก้ไขปัญหา				
18. ความจำ				

**หมายเหตุ** ถ้าการปฏิบัติในข้อใด ไม่สามารถประเมินได้ ให้คะแนนเป็น 1 คะแนน

ภาคผนวก ค

แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับความสามารถของท่านในระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้อย่างตรงกับความสามารถของท่านหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุด
- มาก หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความสามารถของท่านมาก
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความสามารถของท่านปานกลาง
- น้อย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความสามารถของท่านน้อย
- ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นไม่ตรงกับความสามารถของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความสามารถของท่าน				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1	ท่านได้ดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟัน.....					
2	ท่านได้ดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำหรือเช็ดตัวอย่าง.....					
3	ท่านได้ดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้า.....					
4	ท่านได้ดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร.....					
5	ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้ .....					
6	ท่านได้สังเกตลักษณะปัสสาวะของผู้ป่วยที่ผิดปกติได้ .....					
7	ท่านได้ดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะ.....					
8	ท่านได้สังเกตลักษณะอุจจาระของผู้ป่วยที่ผิดปกติ.....					
9	ท่านได้ดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระ.....					
10	ท่านได้ดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้พลิกตะแคงตัว .....					
11	.....					
12	.....					
13	.....					
14	.....					
29	ท่านได้ดูแลหรือป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง.....					



ภาคผนวก ง

แบบประเมินการให้บริการสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University

## แบบประเมินการได้รับการสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงระดับของการบริการสุขภาพที่ได้รับของตัวท่านจากเจ้าหน้าที่สุขภาพก่อนการจำหน่ายและ/หรือ ในระหว่างที่ มาติดตามการรักษา และ/หรือในระหว่างการติดตามการเยี่ยมบ้าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับ การได้รับการบริการของท่านหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับ การได้รับการบริการของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับ การได้รับการสุขภาพของท่านมากที่สุด  
 มาก หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับ การได้รับการสุขภาพของท่านมาก  
 ปานกลาง หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับ การได้รับการสุขภาพของท่านปานกลาง  
 น้อย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับ การได้รับการสุขภาพของท่านน้อย  
 ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นไม่ตรงกับ การได้รับการสุขภาพของท่านเลย

ข้อ	ข้อความ	การได้รับการสุขภาพ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
1	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วย.....					
2	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการอาบน้ำหรือเช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง.....					
3	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการให้ผู้ป่วยสวมใส่ เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม.....					
4	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่.....					
5	ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองไม่ได้.....					
6	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการสังเกตลักษณะปัสสาวะ.....					
7	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะ.....					
8	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการสังเกตลักษณะอุจจาระของผู้ป่วย...					
9	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระ.....					
10	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการให้ผู้ป่วยได้พลิกตะแคงตัว.....					
11	.....					
12	.....					
39	.....					
40	ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการจัดการให้ตนเองได้สักรับนุชาพระพุทธรูป.....					

ภาคผนวก จ

แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

## แบบประเมินความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความใกล้ชิดสนิทสนม การให้และรับการรับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และความเข้าใจระหว่างกันของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วยหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย (/) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความสัมพันธ์ของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย
- 2 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

ข้อความ	ความถี่ของการกระทำ				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน					
2. ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำของท่าน					
3. เมื่อต้องตัดสินใจ ท่านและผู้ป่วยมีความเห็นตรงกัน					
4. ท่านและผู้ป่วยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
5. ท่านและผู้ป่วยพูดคุยกันเกี่ยวกับกฎ ระเบียบในการปฏิบัติ					
6. ท่านและผู้ป่วยรู้จักเพื่อนหรือคนสนิทของกันและกัน					
7. เมื่อมีปัญหาระหว่างท่านและผู้ป่วย ทั้งคู่มักใช้วิธีประนีประนอม					
8. ท่านและผู้ป่วยมักจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน					
9. ท่านปรับเปลี่ยนวิธีการทำกิจวัตรประจำวัน					
10. ถ้ามีปัญหาเกิดขึ้นทั้งท่านและผู้ป่วยร่วมกันแก้ปัญหา					
11					
12					
19					
20. ท่านรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 1 มื้อในแต่ละวัน					

ภาคผนวก ฉ

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติ

### แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของญาติ

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัวหรือไม่ มากน้อยเพียงใดและได้เครื่องหมาย (/) ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความสัมพันธ์ของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย
- 2 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบางครั้ง
- 4 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- 5 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

ข้อความ	ความถี่ของการกระทำ				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. สมาชิกในครอบครัวของท่านมักช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน					
2. เมื่อมีปัญหา ท่านคิดถึงความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเป็นอันดับแรก					
3. สมาชิกในครอบครัวของท่านช่วยแบ่งเบาหน้าที่การงานกันและกัน					
4. ครอบครัวของท่านช่วยกันหาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย					
5. สมาชิกในครอบครัวของท่านจะมีเวลาว่างพุดคุยกัน					
6. สมาชิกในครอบครัวของท่านสามารถพุดคุยกันได้ทุกเรื่อง					
7.					
8.					
9.					
11.					
12.					
13.					
14.					

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล

## แบบสอบถามความผาสุกของญาติผู้ดูแล

ตอนที่ 1 แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านในรอบเดือนที่ผ่านมา ในแต่ละข้อคำถามกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความ [ ] ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว คำตอบของท่านไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีเพียงข้อเดียวคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริง ในชีวิตของท่าน

1. โดยทั่วไปท่านมีความรู้สึกอย่างไร  รู้สึกเบิกบานใจอย่างที่สุด  
 รู้สึกเบิกบานใจมาก  
 รู้สึกเบิกบานใจเป็นส่วนใหญ่  
 จิตใจห่อเหี่ยวและเบิกบานพอๆ กัน  
 จิตใจห่อเหี่ยวเป็นส่วนใหญ่  
 จิตใจห่อเหี่ยวมาก
2. ท่านได้ถูกรบกวนโดยความรู้สึกกระวนกระวายใจหรือจาก “อาการทางประสาท” ของท่านหรือไม่  มากที่สุด...จนทำให้ทำงานไม่ได้  
 มาก  
 ปานกลาง  
 มีบ้าง  
 น้อย  
 ไม่มีเลย
4.
  14. ท่านรู้สึกเหนื่อย หมดแรง เหมือนถูกใช้พลังไปหมด หรือหมดแรงกายแรงใจ บ่อยเพียงใด  ตลอดเวลา  
 เกือบตลอดเวลา  
 เป็นบ้างไม่เป็นบ้างพอๆ กัน  
 น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง  
 ไม่ค่อยมี  
 ไม่มีเลย



ตอนที่ 2 แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง ใน 4 ข้อต่อไปนี้ แต่ละข้อจะมีคำหรือข้อความตรงตำแหน่ง 0 และ 10 บนเส้นตรง ซึ่งมีเลขกำกับอยู่ ซึ่งคำหรือข้อความนี้จะอธิบายถึงความรู้สึกตรงกันข้าม ส่วนเลข 1-9 จะแสดงถึงความมากน้อยของความรู้สึก โดยอาศัยคำหรือข้อความตรงตำแหน่ง 0 และ 10 เป็นเกณฑ์ กรุณาวงรอบตัวเลขบนเส้นตรงที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านโดยทั่วไปในรอบเดือนที่ผ่านมา

15. ท่านเป็นห่วงและกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่

เป็นห่วง

เป็น

อย่างมาก

ห่วง

เลย

16. ท่านมีความสุขสบายใจหรือเครียดมากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

สบายใจ

เครียดมาก

ไม่มี

ความเครียด

17.

18. อารมณ์หรือความรู้สึกโดยทั่วไปของท่านเป็นอย่างไร

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ซึม

สดชื่น

เศร้า

รื่นเริง

อย่าง

เป็น

มาก

อย่างมาก

มหาวิทยาลัยบูรพา  
Burapha University

ภาคผนวก ข  
การทดสอบทางสถิติ

การทดสอบทางสถิติ

คะแนนโดยรวม	Mean	Median	Mode	SD	SK	Kurtosis
ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย	33.5	34.5	18	12.30	.16	-1.09
ความสามารถของญาติผู้ดูแล	91.02	94	70	17.70	-.15	-.67
การได้รับบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแล	109.18	108.50	130	26.92	.20	-.17
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย	63.87	66	63	12.26	.11	.33
สัมพันธภาพในครอบครัวของญาติผู้ดูแล	53.14	57	57	9.86	-.23	-.06
รายได้ของครอบครัว	9,707	2,000	35,000	6,193.27	.18	-1.06
ความพึงพอใจ	62.53	72	61	10.35	.11	1.06

ภาคผนวก ฅ

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อวิทยานิพนธ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) FACTORS RELATED TO WELL-BEING OF FAMILY CAREGIVERS  
IN PATIENT WITH STROKE

2. ชื่อนิติกร (นาย,นาง,นางสาว):

นางสาวอรินทร์ จรูญสิทธิ์

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

ภาคปกติ

ภาคพิเศษ

รหัสประจำตัว 47927828

คณะ/วิทยาลัย พยาบาลศาสตร์

3. หน่วยงานที่สังกัด:

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย:

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดวิทยานิพนธ์ เรื่องดังกล่าว  
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม  
โครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และ  
รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย  
ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

( \* ) รับรองโครงการวิจัย

( ) ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง:.....15.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2551

ลงนาม .....

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม .....

(รองศาสตราจารย์ ชารี บณิศรี)

รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนรองอธิการบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา