**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**

**(สำหรับเด็กอายุ 15-17 ปี และผู้ปกครอง)**

***ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่าน/เด็กในปกครองของท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับนำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือผู้อื่นที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย***

**ชื่อโครงการ** ........................................................................................

**ชื่อผู้วิจัย** ........................................................................................

**สถานที่วิจัย** ........................................................................................

**สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ**………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อ.................. ......... ......... ......... ......... ............................................................. โดยท่าน/เด็กในปกครองของท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยนี้โดยตรง แต่หากการวิจัยได้ผลดี จะทำให้ทราบ......... ......... ............................... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... .........

 ท่าน/เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ เพราะท่าน/เด็กในปกครองของท่าน......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... .........มีอายุระหว่าง 15 -17 ปี.............................................

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ ......... ......... ......... คน

**หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ**

1. ......(เช่น ผู้วิจัยจะขอนัดวัน และเวลาที่ท่าน/เด็กในปกครองของท่านสะดวกในการเข้าร่วมการวิจัย **จำนวน** ......... ......... **ครั้ง** ดังนี้)…………………………..
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... .........

......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... .........

......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... .........

......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... .........

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่าน/เด็กในปกครองของท่านจะได้รับค่าชดเชยการเสียเวลา จำนวน ……. บาท และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

 **หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจของท่าน/เด็กในปกครองของท่านเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ขอให้ท่าน/เด็กในปกครองของท่านแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด และหากท่าน/เด็กในปกครองของท่านมีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือเกิดอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับท่าน/เด็กในปกครองของท่าน ท่าน/เด็กในปกครองของท่านสามารถติดต่อกับ** ......... ......... (ชื่อผู้วิจัย และเบอร์โทรศัพท์)......... ......... ......... ......... .........

......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... ......... **ตลอด 24 ชั่วโมง**

 หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

 ข้อมูลส่วนตัวของท่าน/เด็กในปกครองของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย, สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

 ท่าน/เด็กในปกครองของท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน/เด็กในปกครองของท่านแต่ประการใด

 โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่สำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 หมายเลขโทรศัพท์ 086-4710582 หากท่าน/เด็กในปกครองของท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่าน/เด็กในปกครองของท่านสามารถติดต่อสำนักงานส่งเสริมบริหารงานวิจัยฯ ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น