

-ตัวอย่าง-

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(สำหรับพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องกับพื้นที่นวัตกรรม)

รหัสโครงการวิจัย : XXXX

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
 เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า XXXXXXXXXXXX ตำแหน่งXXXXXXXXX หน่วยงาน XXXXXXXXXXXX มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ขอเชิญท่านและผู้ร่วมงานร่วมกันพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพบนพื้นฐานนวัตกรรมหรือศักยภาพของพื้นที่ที่มีอยู่แล้ว ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้เป็นนักการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วมกิจกรรมของโครงการฯ โดยการเข้าร่วมประชุมปฏิบัติการกับคณะทำงานโครงการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (คณะผู้วิจัย) ในการจัดทำหลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพบนพื้นฐานนวัตกรรมของพื้นที่การปฏิบัติงานของท่าน ร่วมจัดทำแผนการเรียนรู้ การเตรียมเป็นวิทยากรพื้นที่ การวางแผนและร่วมจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเฉพาะทาง และ/หรือนิสิตพยาบาล จำนวนประมาณ ๑๐-๓๐ คน ที่จะมาเรียนรู้ ณ ศูนย์การเรียนรู้ ฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ ๑ ครั้ง การร่วมกิจกรรมประเมินผลการใช้หลักสูตร และการเสนอแนวทางการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ ฯ ทั้งนี้ การจัดกิจกรรมทั้งหมดคาดว่าจะแล้วเสร็จภายในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยผู้วิจัยจะรับผิดชอบจ่ายค่าเดินทาง ค่าอาหาร และค่าที่พักตามจ่ายจริงและตามหลักเกณฑ์ของทางราชการ

การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ ฯ เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม และถ้ากิจกรรมนี้ไม่ตรงกับความสนใจของท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ผลของการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของท่านและหน่วยบริการ รวมทั้งประโยชน์ในการพัฒนาพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลที่จะเข้ามาเรียนรู้ที่ศูนย์การเรียนรู้ ฯ ต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงแต่อย่างใด ข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา ๑ ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX หน่วยงาน xxxxxxxx มหาวิทยาลัยบูรพา โทร xxxxxxxxxxxx โทรศัพท์มือถือหมายเลข xxxxxxxxxxxx ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา งานส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๖๒๐, ๐๓๘-๑๐๒๕๖๑-๖๒

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในใบยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

-ตัวอย่าง-**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย****(Participant Information Sheet)****(สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเฉพาะทาง)**

รหัสโครงการวิจัย : XXXX

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

เรียน พยาบาลผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า xxxxxxxxxxxxxxxx ตำแหน่ง xxxxxxxxxxxx หน่วยงาน xxxxxxxxxxxxxxxx มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนี้ ก่อนที่ท่านตกลงเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการฯ ดังนี้

โครงการฯ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพบน พื้นฐานนวัตกรรม ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้เป็นนักการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป หากท่านตกลงร่วมกิจกรรม ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ของศูนย์การเรียนรู้ฯ ซึ่งใช้เวลา ประมาณ ๓ - ๕ วัน โดยผู้จัดกิจกรรมจะรับผิดชอบจ่ายค่าเดินทาง ค่าอาหาร ที่พัก ตามความเป็นจริงและตาม หลักเกณฑ์ของทางราชการ ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมจะขอให้ท่านตอบข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อเป็นการ ประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เวลาประมาณ ครั้งละ ๓๐ นาที

การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ฯ นี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากโครงการนี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น

ผลของการวิจัยนี้จะประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของท่านแก่ประชาชน ผู้ใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่จะเข้าไปเรียนรู้ที่ศูนย์ฯ ต่อไป โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอ ข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วน เอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา ๑ ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลาย หลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX หน่วยงาน xxxxxxxx มหาวิทยาลัยบูรพา โทร xxxxxxxxxxxx โทรศัพท์มือถือหมายเลข xxxxxxxxxxxx ข้าพเจ้ายินดีตอบ คำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา งาน ส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๖๒๐, ๐๓๘-๑๐๒๕๖๑-๖๒

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในใบยินยอมร่วมโครงการ ที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

-ตัวอย่าง-
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(สำหรับนิสิตพยาบาล)

รหัสโครงการวิจัย : XXXX

โครงการวิจัยเรื่อง : การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
เรียน นิสิตผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าxxxxxxxxxxxxxxxxx ตำแหน่ง xxxxxxxxxxxx หน่วยงาน xxxxxxxxxxxx มหาวิทยาลัยบูรพา
ขอเรียนเชิญนิสิตเข้าร่วมโครงการเรียนรู้ของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนี้ก่อนที่
นิสิตตกลงเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ขอเรียนให้นิสิตทราบรายละเอียดของโครงการฯ ดังนี้

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพบน
พื้นฐานนวัตกรรม ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้เป็นนักการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป หาก
นิสิตศึกษาตกลงที่จะเข้าร่วมการกิจกรรมนี้ ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้นิสิตร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ของศูนย์การ
เรียนรู้ฯ ซึ่งใช้เวลาประมาณ ๓ วัน โดยผู้จัดกิจกรรมจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร หรือค่าที่
พัก ตามจ่ายจริงและตามหลักเกณฑ์ของทางราชการ ก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมจะขอให้นิสิตตอบข้อมูลใน
แบบสอบถามเพื่อเป็นการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เวลาประมาณ ครั้งละ ๓๐ นาที

การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ฯ นี้เป็นไปโดยสมัครใจ นิสิตอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ
ถอนตัวจากโครงการนี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อนิสิตทั้งสิ้น

ผลของโครงการนี้จะประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตที่จะให้แก่
ประชาชนผู้ใช้บริการสุขภาพต่อไป รวมทั้งประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลที่จะเข้า
ไปเรียนรู้ที่ศูนย์ การเรียนรู้ฯ โดยข้อมูลต่าง ๆ ของนิสิตจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของ
นิสิต การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของ
คณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนเอกสารจะเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา ๑ ปี หลังการเผยแพร่ผลการวิจัย
และจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากนิสิตมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX หน่วยงาน
xxxxxxxx มหาวิทยาลัยบูรพา โทร xxxxxxxxxxxx โทรศัพท์มือถือหมายเลข xxxxxxxxxxxx ข้าพเจ้ายินดีตอบ
คำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา งาน
ส่งเสริมการวิจัย กองบริการการศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๓๘-๑๐๒๖๒๐, ๐๓๘-๑๐๒๕๖๑-๖๒

เมื่อนิสิตพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในใบยินยอมร่วมโครงการ
ที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้