



HPTN 052 (096)

IQL-1 (171)

Visit Code

Index ID

-    -   -

Site Number Index Number Partner Chk

Index Quality of Life

Visit Date

dd MMM yy

**Instructions:** This is an interviewer-administered form. Complete form for Enrollment, Quarterly, and Yearly visits.

నేను ఇప్పుడు మిమ్మల్ని మీ ఆరోగ్యం గురించి కొన్ని ప్రశ్నలు అడుగుతాను. మీకు ఎలా వుంటోంది, మీ కుటుంబం నుంచి, మీ స్నేహితుల నుంచి మీకు ఎటువంటి ఆసరా ల భిన్నాంది వంటి విషయాలు అడుగుతాను. నేను ముందు ఒక ప్రశ్న అడిగి తరవాత మీరు ఎంపిక చేసుకోవడానికి వీలుగా సమాధానాలున్న కార్డు చూపిస్తాను. మీరు ఏమనుకుంటున్నారన్న విషయాన్ని వివరించేందుకసరిగ్గా చెప్పగలిగిన సమాధానాన్ని వాటిలోంచి ఎంపిక చేసుకోండి. ఈ ప్రశ్నలకు ఇది తప్పు ఇది ఒప్పు అనే సమాధానాలు ఏవీ వుండవని గమనించండి

1. గడచిన నాలుగు వారాల్లో, మీ ఆరోగ్యం మిమ్మల్ని ఉద్యోగం చేసుకోనిచ్చిందా, ఇంట్లో పని చేసుకోగలిగారా, స్కూలుకు వెళుతున్నారా?.....

అవును, అవును, అవును,  
 అన్ని వేళల్లోనూ కొన్ని సమయాల్లో లేదు

**Show Card #1.**

2. గడచిన నాలుగు వారాల్లో, మీరు ఎంతగా బాధపడ్డారు (ఉదాహరణకి: తలనొప్పి, కండరాల నొప్పి, వెన్ను నొప్పి, కడుపునొప్పి)?

**Show Card #2.**

- ఏమీ లేవు
- చాల తక్కువ
- తక్కువ
- సుమారుగా
- తీవ్రంగా
- చాలా తీవ్రంగా

3. గడచిన నాలుగు వారాల్లో, మీ శారీరక ఆరోగ్యం లేదా మానసిక భావోద్వేగాలు మీ సాధారణ సాంఘిక కార్యకలాపాల్లో అడ్డుతగిలాయి? (ఉదాహరణకి: స్నేహితులతో, కుటుంబంతో కలవడం)

**Show Card #3.**

- ఏమీ లేవు
- ఏదో కొద్దిగా
- సుమారుగా
- ఏక్కువ సార్లు
- చాలా తీవ్రంగా

4. గడచిన నాలుగు వారాల్లో, అనారోగ్యం కారణంగా మీరు కొన్ని రకాల లేదా కొంతమేరకు ఇంటిపని లేదా స్కూలుపని చేయలేకపోయారా? .....

అవును, అవును, అవును,  
 అన్ని వేళల్లోనూ కొన్ని సమయాల్లో లేదు

**Show Card #1.**

16-JAN-13

---

## **Index Quality of Life (IQL-1)**

No further instructions.



HPTN 052 (096)

IQL-2 (172)

Visit Code

1

Index ID

Site Number - Index Number - Partner - Chk

Index Quality of Life

5. గడచిన నాలుగు వారాల్లో, మీ సాధారణ పనుల్లో (ఇంటి పనితో సహా) నొప్పి అనేది ఎంత మేరకు మిమ్మల్ని బాధించింది?

Show Card #3.

- ఏమీ లేవు
- ఏదో కొద్దిగా
- సుమారుగా
- ఏక్కువ సార్లు
- చాలా తీవ్రంగా

6. ఈ క్రింది కార్యక్రమాల్లో పాల్గొనే విషయంలో మీ ఆరోగ్యం మిమ్మల్ని ఏ మేరకు పరిమితి చేసింది?

Show Card #4.

	అవును, చాలా వరకు పరిమితమయిపోయా	అవును, కొద్ది మేరకు పరిమితమయ్యాయి	లేదు, అసలు ఏమాత్రం పరిమితమవలేదు
6a. బరువైన వస్తువులు ఎత్తడం, పరుగులు పెట్టడం వంటి కొన్ని రకాల పనులను మీరు చేయగలిగారు.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6b. బజారుకు వెళ్ళడం వంటి సుమారైన లేక ఒకమాదిరి పనులు మీరు చేయగలిగారు. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. ఎత్తుమీదకి నడవడం, లేదా కొన్ని మెట్ల వరుసలు ఎక్కగలగడం.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6d. తినడం, బట్టలు వేసుకోవడం, స్నానం లేదా తయారవడం.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. సాధారణంగా, మీ ఆరోగ్యం గురించి మీరు ఏమి చెబుతారు:

Show Card #5.

- అద్భుతం
- చాలా బాగుంది
- బాగుంది
- ఫరవాలేదు
- నాసిగా వుంది

16-JAN-13

22

---

## **Index Quality of Life (IQL-2)**

No further instructions.

Version 4.0, 16-JAN-13

N:\hivnet\forms\PTN\_052\forms\p052\_full\_study\_translations\telugu\_22\p052\_index\_iql\_telugu.fm



HPTN 052 (096)

IQL-3 (173)

Visit Code

Index ID

-    -   -   -

Site Number Index Number Partner Chk

Index Quality of Life

8. గడచిన నాలుగు వారాల్లో ఎంత సమయం...

**Show Card #6.**

	సమయమంతా	చాలా సమయం	సమయంలో చాలా భాగం	కొంత సమయం	కొద్ది సమయం	ఎప్పుడూ లేదు
8a. మీ కుటుంబంతోనూ, మీ స్నేహితులతోనూ కలిసి ఎక్కడికైనా వెళ్ళే సామాజిక కార్యక్రమాలు మీ ఆరోగ్యం వల్ల పరిమితమయిపోయామా?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. ఏ కార్యక్రమం మీదైనా ఎక్కువసేపు దృష్టి నిలిపేందుకు మీరు ఇబ్బందిపడ్డారా?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. సమస్యలను పరిష్కరించుకోవడంలో తార్కికంగా ఆలోచించడంలో ఇబ్బందులు ఎదుర్యోన్నారా?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d. ఆందోళ చెందారు?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8e. మీరు చాలా విషాదంగాను లేదా మానసికంగా కృంగిపోయారు?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8f. మీకు అలిసిపోయినట్టు లేదా నిస్రాణగా అనిపించింది? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8g. మీరు చేయాలనుకున్న పనులు చేయడానికి తగినంత సత్తువ కలిగివున్నారా?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8h. మీరు సంతోషంగా వుండగలిగారు?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8i. మీరు విషయాలని గుర్తుకు తెచ్చుకోవడంలో ఇబ్బంది ఎదుర్యోన్నారా?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. నా ఆరోగ్యం అద్భుతంగా వుంది.....

**Show Card #7.**

కచ్చితంగా నిజం	దాదాపు నిజం	తెలీదు	దాదాపు అబద్ధం	కచ్చితంగా అబద్ధం
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. నేను ఇటీవల చాలా చెడ్డగా అభిప్రాయపడుతున్నాను.....

**Show Card #7.**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. సాధారణంగా, మీ కుటుంబ సభ్యుల నుంచి, మీ స్నేహితుల నుంచి మీకు అందుతున్న నైతిక మద్దతు మీకు సంతృప్తికలిగిస్తోందా?.....

**Show Card #8.**

చాలా అసంతృప్తి వుంది	కొంత అసంతృప్తి వుంది	కొంత సంతృప్తికరంగానే వుంది	చాలా సంతృప్తిగా వుంది
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## **Index Quality of Life (IQL-3)**

No further instructions.

Version 4.0, 16-JAN-13

N:\hivnet\forms\PTN\_052\forms\p052\_full\_study\_translations\telugu\_22\p052\_index\_iql\_telugu.fm



HPTN 052 (096)

IQL-4 (174)

Visit Code

Index ID

----

Site Number Index Number Partner Chk

Index Quality of Life

12. మీరు మీ మందులను వేసుకోవడంలో మీ స్నేహితులు, కుటుంబ సభ్యులు మీకు ఏ మేరకు గుర్తుచేసి సాయపడ్డారు?.....
- ఎప్పుడూ చేయలేదు  కొద్దిగా  కొంత మేరకు  చాలా ఎక్కువగా  ఇది వర్తించదు

**Show Card #9.**

మనుషులకు రకరకాల ఆరోగ్యపు అలవాట్లు వుంటాయి. గతంలోనూ, ప్రస్తుతంకూడా మీ తాగుడు, మత్తుమందుల అలవాట్లు ఎలావున్నాయన్న విషయమై ఈ క్రింది ప్రశ్నలు మిమ్మల్ని అడుగుతాము.

13. ఎప్పుడైనా కొద్దిగంటల (ఉదాహరణకు: 2 నుంచి నాలుగు గంటలు) తేడాలో ఐదు లేక అంతకన్నా ఎక్కువ డ్రింక్లు పుచ్చుకోవడం (ఉదాహరణకు: పులియబెట్టిన మత్తుపానీయాలు, బీర్, వైన్, లేక స్పిరిట్లు) అన్నది గడచిన 30 రోజుల్లో ఎంత తరచుగా జరిగింది?

**Show Card #10.**

రోజూ  దాదాపు ప్రతిరోజూ  వారానికి 3 లేదా 4 సార్లు  వారానికి ఒకటి రెండుసార్లు  నెలలో 2 లేదా 3 సార్లు  నెలకు ఒకసారి  ఎప్పుడూ లేదు

14. గడిచిన 30 రోజుల్లో మీరు ఈ క్రింది పదార్థాలు ఏవైనా సేవించారా?

14a. గంజాయి (మార్జువానా Marijuana)? .....	yes <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
14b. కొకైన్ (Cocaine - పొడి, నమిలే, ఇంజక్షన్ రూపాల్లో)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14c. హెరాయిన్ (Heroin)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14d. స్పీడ్ (Amphetamines)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14e. సెండ్రీయ ద్రావణాలయిన బంకలు, థిన్నర్లు వంటివి పీల్చారా? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14f. ఇతరములు? పేర్కొనండి: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**If no to all, end of form.**

- 14g. తరచుగా ఈ పదార్థాలు వాడిన వక్లంలో, గత 30 రోజుల్లో ఎంత తరచుగా మీరు ఈ పదార్థాలని వాడారో వివరించండి

**Show Card #10.**

రోజూ  దాదాపు ప్రతిరోజూ  వారానికి 3 లేదా 4 సార్లు  వారానికి ఒకటి రెండుసార్లు  నెలలో 2 లేదా 3 సార్లు  నెలకు ఒకసారి  ఎప్పుడూ లేదు

---

## **Index Quality of Life (IQL-4)**

No further instructions.

Version 4.0, 16-JAN-13

N:\hivnet\forms\PTN\_052\forms\p052\_full\_study\_translations\telugu\_22\p052\_index\_iql\_telugu.fm