



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.

ขณะนี้ฉัน/ผมกำลังจะถามคำถามท่านเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ว่าท่านรู้สึกอย่างไรและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว และเพื่อนเป็นอย่างไรบ้าง ก่อนอื่นดิฉัน/ผมจะถามคำถามก่อนและให้ท่านดูการ์ดที่มีคำตอบให้ เลือก ให้ท่านเลือกคำตอบที่อธิบายได้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โปรดระลึกว่าไม่มีคำตอบถูกหรือผิดใดๆทั้งสิ้น

1. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาจากสุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันใดๆได้เลย ใช่ ตลอดเวลา ใช่ เป็นบางครั้ง ไม่ใช่
 เช่น ทำงานบ้าน ไปไร่ ไปทำนาใช่หรือไม่.....
Show Card #1.

2. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บปวดตามร่างกาย (เช่น ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดท้อง) มากน้อยเพียงใด
Show Card #2.

- ไม่มีเลย
- น้อยมาก
- น้อย
- ปานกลาง
- รุนแรง
- รุนแรงมาก

3. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพทางร่างกายของท่าน หรือปัญหาทางอารมณ์ของท่านมีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติของท่านหรือไม่ (เช่น การเยี่ยมเพื่อนหรือญาติสนิท)
Show Card #3.

- ไม่มีเลย
- น้อย
- ปานกลาง
- รุนแรง
- รุนแรงมาก

4. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา เพราะสุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถทำงานประจำวันบางประเภท เช่น ทำงานบ้าน หรือไปไร่ ไปทุ่งนา ใช่หรือไม่.... ใช่ ตลอดเวลา ใช่ เป็นบางครั้ง ไม่ใช่
Show Card #1.

20-FEB-13

Language

Staff Initials / Date

Index Quality of Life (IQL-1)

No further instructions.



HPTN 052 (096)

IQL-2 (172)

Visit Code

Visit Code

Index ID

- - - -

Site Number

Index Number

Partner

Chk

Index Quality of Life

5. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับท่าน มีผลมากน้อยเพียงใดกับงานปกติที่ท่านทำอยู่ (รวมทั้งงานบ้าน)

Show Card #3.

- ไม่มีเลย
- น้อย
- ปานกลาง
- รุนแรง
- รุนแรงมาก

6. สุขภาพของท่านในขณะนี้ เป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่อไปนี้น้อยเพียงใด

Show Card #4.

| | ใช่ เป็นปัญหา /อุปสรรคอย่างมาก | ใช่ เป็นปัญหา /อุปสรรคเพียงเล็กน้อย | ไม่เลย |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|
| 6a. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงอย่างมากที่ท่านสามารถทำได้ เช่น ชุดดิน ทำไร่ทำสวน ยกของหนัก การวิ่ง หรือการเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงอย่างมาก เช่น ฟุตบอล | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6b. กิจกรรมที่ต้องใช้แรงปานกลางที่ท่านสามารถทำได้ เช่น การย้ายโต๊ะ หิ้วน้ำ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6c. การเดินขึ้นเนิน หรือเดินขึ้นตึก 2-3 ชั้น | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6d. การกินอาหาร การแต่งตัว หรือการใช้ห้องน้ำด้วยตนเอง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. โดยทั่วไป ท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร สุขภาพของท่านคือ...

Show Card #5.

- ดีเยี่ยม
- ดีมาก
- ดี
- ปานกลาง
- แย่

Index Quality of Life (IQL-2)

No further instructions.



HPTN 052 (096)

IQL-3 (173)

Visit Code

Visit Code

Index ID

- - - -

Site Number

Index Number

Partner

Chk

Index Quality of Life

8. ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยมากแค่ไหน..

Show Card #6.

| | ตลอดเวลา | เกือบตลอดเวลา | ค่อนข้างบ่อย | บางครั้ง | นานๆครั้ง | ไม่เลย |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8a. สุขภาพของท่านเป็นปัญหา/อุปสรรคต่อการทำงานทางสังคมของท่าน เช่น การไปเยี่ยมครอบครัวและเพื่อน..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8b. ท่านมีปัญหาในการให้ความสนใจในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเป็นเวลานานๆหรือไม่ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ดูทีวี ฟังวิทยุ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8c. ท่านมีความยุ่งยากในการทำอะไรบางอย่างที่ต้องการเหตุผลและแก้ไขปัญหา | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8d. ท่านมีความวิตกกังวลหรือกลัวใจ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8e. ท่านรู้สึกเศร้าหรือหดหู | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8f. ท่านรู้สึกอ่อนเพลียหรืออ่อนล้า | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8g. ท่านมีแรงมากพอที่จะทำทุกสิ่งที่ท่านต้องการ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8h. ท่านรู้สึกมีความสุข | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8i. ท่านมีปัญหาในการจำหรือขี้ลืม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. สุขภาพของฉันทึ่เยี่ยม.....

Show Card #7.

| | ถูกต้องแน่นอน | ค่อนข้างถูกต้อง | ไม่แน่ใจ | ค่อนข้างไม่ถูก | ไม่ถูกต้องแน่นอน |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. สุขภาพของฉันทึ่เยี่ยม..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. พักหลังฉันทึ่รู้สึกแย่.....

Show Card #7.

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. พักหลังฉันทึ่รู้สึกแย่..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

11. โดยทั่วไป ท่านมีความพอใจมากน้อยแค่ไหนกับกำลังใจที่ท่านได้รับจากครอบครัวและเพื่อนของท่าน (รวมทั้งกรณีที่เปิดเผย/ปิดบังผลการตรวจเลือด)

Show Card #8.

| | ไม่พอใจอย่างมาก | ไม่ค่อยพอใจมากนัก | ค่อนข้างพอใจ | พอใจมาก |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. โดยทั่วไป ท่านมีความพอใจมากน้อยแค่ไหนกับกำลังใจที่ท่านได้รับจากครอบครัวและเพื่อนของท่าน (รวมทั้งกรณีที่เปิดเผย/ปิดบังผลการตรวจเลือด) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Index Quality of Life (IQL-3)

No further instructions.



HPTN 052 (096)

IQL-4 (174)

Visit Code

Visit Code

Index ID

--00-

Site Number Index Number Partner Chk

Index Quality of Life

12. เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านช่วยเตือนทงน
 มากน้อยแค่ไหนในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี:
- ไม่เลย
 เพียงเล็กน้อย
 ค่อนข้างมาก
 มากทีเดียว
 ไม่เข้าชาย (เช่นอยู่คนเดียว)

Show Card #9.

คนทั่วไปมีนิสัยในการดูแลสุขภาพต่างกัน คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้ยาเสพติดของท่านทั้งอดีตและปัจจุบัน

13. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยแค่ไหนที่ท่านดื่มสุราประมาณ 5 แก้ว หรือมากกว่านั้น (เช่น เครื่องดื่มที่ทำจากการหมักเบียร์
 ไวน์ หรือ ยาดอง) และดื่มติดต่อกัน 2-4 ชั่วโมง

Show Card #10.

ดื่มเป็นประจำทุกวัน
 เกือบทุกวัน
 3 หรือ 4 ครั้งต่อสัปดาห์
 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 2 หรือ 3 ครั้งต่อเดือน
 เดือนละครั้ง
 ไม่เคยดื่มเลย

14. ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านใช้สารเสพติดต่อไปนี้หรือไม่

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | ใช่ | ไม่ใช่ |
| 14a. กัญชา..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14b. โคเคน (เป็นผง, เคร็ก, ชนิตจี๊ด)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14c. เฮโรอีน..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14d. ยาบ้า..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14e. สารระเหยที่ใช้ดม กาวหรือทินเนอร์..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14f. อื่นๆ ระบุ: <i>Local Language</i> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>English</i> _____ | | | |

If no to all, end of form.

- 14g. สำหรับสารเสพติดที่ใช้บ่อยที่สุด ให้ระบุว่าใช้บ่อยแค่ไหนในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา

Show Card #10.

ดื่มเป็นประจำทุกวัน
 เกือบทุกวัน
 3 หรือ 4 ครั้งต่อสัปดาห์
 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 2 หรือ 3 ครั้งต่อเดือน
 เดือนละครั้ง
 ไม่เคยดื่มเลย

Index Quality of Life (IQL-4)

No further instructions.