ՀԱՐՑԱՇԱՐ

ՀՂԻՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՍԵԶՈՆԱՅԻՆ ԳՐԻՊԻ ԴԵՄ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԻ, ԳԻՏԵԼԻՔՆԵՐԻ ԵՎ ՊԱՀԱՆՋԱՐԿԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ

Հարցազրույցի ամսաթիվ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Հարցազրուցավարի անուն, ազգանունը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Վայրը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Բուժհաստատության անվանում \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Հղիության կարգավիճակ, հիվանդության պատմություն և կոնսուլտացիայի այցելություններ**
2. **Ձեր հղիության ժամկետը՝ շաբաթական կամ ամսական \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ շաբաթական /ամսական (նշել մեկը)**

☐ Չգիտեմ

1. **Ձեր հղիության ո՞ր ամսվա ընթացքում եք առաջին անգամ այցելել կոնսուլտացիա \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ամիսներ)**
2. **Ներառյալ այս այցելությունը, քանի անգամ եք այցելել կոնսուլտացիա հղիության ընթացքում\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Սա Ձեր թվով ո՞ր հղիությունն է** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Քանի՞ երեխա ունեք \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
5. **ՆԱԽՔԱՆ այս հղիությունը՝ բժիշկը, բուժքույրը կամ այլ բուժաշխատող երբևէ ասել են Ձեզ, որ Ձեզ մոտ առկա է (նշեք համապատասխան վանդակը/ վանդակները).**

Ա. ☐ Շաքարային դիաբետ

Բ. ☐ Սրտանոթային հիվանդություններ

Գ. ☐ Զարկերակային բարձր ճնշում

Դ. ☐ Անեմիա /երկաթի ցածր պարունակություն

Ե. ☐ Ասթմա

Զ. ☐ Ալերգիաներ

Է. ☐ Այլ վիճակներ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ը. ☐ Չգիտեմ

Թ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

Ժ. ☐ Չկա որևէ նմա վիճակ

1. **Այս հղիության ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ բժիշկը, բուժքույրը կամ այլ բուժաշխատող ասել են Ձեզ, որ Ձեզ մոտ առկա է (նշեք համապատասխան վանդակը/ վանդակները).**

Ա. ☐ Շաքարային դիաբետ

Բ. ☐ Սրտանոթային հիվանդություններ

Գ. ☐ Զարկերակային բարձր ճնշում

Դ. ☐ Անեմիա /երկաթի ցածր պարունակություն

Ե. ☐ Ասթմա

Զ. ☐ Ալերգիաներ

Է. ☐ Այլ վիճակներ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ը. ☐ Չգիտեմ

Թ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

Ժ. ☐ Չկա որևէ նմա վիճակ

1. **Եթե ունեք վերը նշված խնդիրներից որևէ մեկը, արդյոք ստանու՞մ եք բուժում հղիության ընթացքում**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Հոսպիտալացվե՞լ եք այս հղիության ընթացքում։**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Երբևէ ունեցել եք վիժման, ընդհատման կամ պտղի մահվան ելքով հղիություն**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Օգտագործելով երթևեկության ձեր մշտական եղանակը՝ որքան ժամանակում եք հասնում տնից կանանց կոնսուլտացիա**

Ա. ☐ 15 րոպեից քիչ

Բ. ☐ 16-30 րոպե

Գ. ☐ 31-45 րոպե

Դ. ☐ 46-60 րոպե

Ե. ☐ 61-90 րոպե

Զ. ☐ 90 րոպեից ավել

Է. ☐ Չգիտեմ

Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

**Հղիության ընթացքում գրիպի և սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստանյութի վերաբերյալ ընդհանուր պատմության, գիտելիք, մոտեցումներ**

1. **Երբևէ լսե՞լ եք գրիպի կամ սեզոնային գրիպի մասին**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ.☐ Չգիտեմ

1. **Երբևէ լսե՞լ եք սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստանյութի մասին**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Եթե այո, ումից կամ որտեղից եք լսել գրիպի դեմ պատվաստանյութի մասին**

Ա. ☐ Ամուսին կամ զուգընկեր

Բ. ☐ Մայր

Գ. ☐ Ամուսնու մայր

Դ. ☐ Քույր

Ե. ☐ Ամուսնու քույր

Զ. ☐ Ընտանիքի այլ անդամ(ներ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Է. ☐ Ընկեր(ներ)

Ը. ☐ Բժիշկ կամ այլ բուժաշխատող

Թ. ☐ Հեռուստացույց կամ ռադիո

Ժ. ☐ Գրքեր

Ի. ☐ Տպագիր նյութեր (թերթեր, ամսագրեր, հուշաթերթեր)

Լ. ☐ Ինտերնետ

Խ. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Կցանկանայի՞ք պատվաստվել սեզոնային գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Տվյալ հղիության ընթացքում որևէ մեկը խորհուրդ տվե՞լ է Ձեզ պատվաստվել սեզանային գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ **(անցնել հարց 18-ին)**

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ո՞վ է այս հղիության ընթացքում Ձեզ խորհուրդ տվել պատվաստվել սեզոնային գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Բժիշկ (Մանկաբարձ/ գինելոկոլոգ)

Բ. ☐ Բժիշկ (մանկաբույժ/այլ)

Գ. ☐ Բուժքույր

Դ. ☐ Մանկաբարձուհի

Ե. ☐ Սոցիալական աշխատող

Զ. ☐ Ընկեր

Է. ☐ Մայր

Ը. ☐ Ամուսնու մայր

Թ. ☐ Քույր

Ժ. ☐ Ամուսնու քույր

Ի. ☐ Ընտանիքի այլ անդամ(ներ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Լ. ☐ Դեղատան աշխատող

Խ. ☐ Ռադիո, հեռուստատեսություն կամ ինտերնետ

Ծ. ☐ Հանրահայտ մարդ

Կ. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Հ. ☐ Չգիտեմ

1. **Որևէ մեկն այս հղիության ընթացքում փորձե՞լ է Ձեզ համոզել չպատվաստվել սեզոնային գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ **(անցնել հարց 20-ին)**

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ո՞վ է այս հղիության ընթացքում Ձեզ հետ պահել սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստվելուց։**

Ա. ☐ Բժիշկ (Մանկաբարձ/ գինելոկոլոգ)

Բ. ☐ Բժիշկ (մանկաբույժ/այլ)

Գ. ☐ Բուժքույր

Դ. ☐ Մանկաբարձուհի

Ե. ☐ Սոցիալական աշխատող

Զ. ☐ Ընկեր

Է. ☐ Մայր

Ը. ☐ Ամուսնու մայր

Թ. ☐ Քույր

Ժ. ☐ Ամուսնու քույր

Ի. ☐ Ընտանիքի այլ անդամ(ներ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Լ. ☐ Դեղատան աշխատող

Խ. ☐ Ռադիո, հեռուստատեսություն կամ ինտերնետ

Ծ. ☐ Հանրահայտ մարդ

Կ. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Հ. ☐ Չգիտեմ

1. **Եթե սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստումը անվճար հիմունքներով առաջարկվի հղիներին, կացանկանայի՞ք պատվաստվել**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Եթե սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստումը վճարովի հիմունքներով առաջարկվի հղիներին, որքա՞ն եք պատրաստ վճարել դրա համար \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ Չգիտեմ

1. **Որքան ժամանակ եք կարող / ցանկանում հատկացնել սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստումը ստանալու համար \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ րոպե /ժամ (նշել մեկը)**
2. **Պատրա՞ստ եք հանգստյան օր վերցնել սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստվելու համար**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Հղիության ընթացքում ո՞ր դեպքում կցանկանայիք պատվաստվել սեզոնային գրիպի դեմ (Նշեք համապատասխան վանադակը/ վանդակները)**

Ա. ☐ Եթե բժիշկն (մանկաբարձ/ գինեկոլոգ) առաջարկի/ խորհուրդ տա

Բ. ☐ Եթե մանկաբույժը խորհուրդ տա

Գ. ☐ Եթե բուժքույրը խորհուրդ տա

Դ. ☐ Եթե մանկաբարձուհին խորհուրդ տա

Ե. ☐ Եթե որևէ այլ բուժախատող խորհուրդ տա

Զ. ☐ Եթե [ԵՐԿՐԻ] Առողջապահության նախարարությունը խորհուրդ տա

Է. ☐ Եթե որևէ միջազգային կազմակերպություն (օր.՝ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն) խորհուրդ տա

Ը. ☐ Եթե Ձեր մայրը խորհուրդ տա

Թ. ☐ Եթե Ձեր ամուսնու մայրը խորհուրդ տա

Ժ. ☐ Եթե Ձեր քույրը խորհուրդ տա

Ի. ☐ Եթե Ձեր ամուսնու քույրը խորհուրդ տա

Լ.☐ Եթե Ձեր որևէ այլ բարեկամ (ոչ բժիշկ) խորհուրդ տա

Խ. ☐ Եթե Ձեր որևէ ընկեր (ոչ բժիշկ) խորհուրդ տա

Ծ. ☐ Եթե Դուք լսեք Ձեր շրջապատում գրիպի մասին

Կ. ☐ Եթե լսեք գրիպի դեպքի մասին Ձեր երկրում

Հ. ☐ Եթե որևէ հղի խորհուրդ տա

Ձ. ☐ Եթե անվանի մարդ խորհուրդ տա

Ղ. ☐ Եթե ՀԿ-ները խորհուրդ տան

Ճ. ☐ այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Մ. ☐ Չգիտեմ

1. **Որո՞նք են այն երեք հիմնական պատճառները, որոնք Ձեզ կդրդեն պատվաստվել գրիպի դեմ.**
   * + 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Ձեր կարծիքով հղիության ընթացքում ի՞նչ պատճառներով կարող եք հրաժարվել գրիպի դեմ պատվաստվելուց (Նշեք համապատասխան վանդակը / վանդակները)**

Ա. ☐ Եթե Դուք ունենաք կասկած, որ պատվաստանյութը կարող է թուլացնել իմունային համակարգը

Բ. ☐ Եթե Ձեր կարծիքով ավելի լավ է հիվանդանալ, քան պատվաստվել այդ հիվանդության դեմ

Գ. ☐ Եթե Ձեր կարծիքով գրիպի նման հիվանդությունները վտանգավոր չեն Ձեզ համար

Դ. ☐ Եթե Ձեր կարծիքով պատվաստանյութն արդյունավետ չէ

Ե. ☐ Ելնելով էթիկական և բարոյական պատճառներից

Զ. ☐ Ելնելով կրոնական համոզմունքներից

Է. ☐ Եթե ունեք կասկած, որ պատվաստումը կարող է վնաս հասցնել Ձեր չծնված երեխային

Ը. ☐ Եթե Ձեր ամուսինը, կամ ընտանիքի որևէ անդամ չի խրախուսում Ձեր պատվաստվելը

Թ. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ժ. ☐ Չգիտեմ

1. **Որո՞նք են այն երեք հիմնական պատճառները, որոնք Ձեզ հետ կպահեն գրիպի դեմ պատվաստվելուց**
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Ստորև թվարկված են 12 հիմնական արտահայտություն (ա-ից մինչև է) սեզոնային գրիպի և գրիպի դեմ պատվաստանյութի վերաբերյալ։ Յուրաքանչյուր արտահայտությունը կարդալուց հետո, նշեք տվյալ արտահայտությունը ճիշտ է, թե ոչ։ Եթե համաձայն չեք կամ համոզված չեք, ապա նշեք համապատասխան վանդակում։**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Լիովին համաձայն եմ** | **Համաձայն եմ** | **Չեզոք** | **Համաձայն չեմ** | **Կտրականապես համաձայն չեմ** |
| Ա. Գրիպն շատ հիվանդությունների պատճառ չի հանդիսանում | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Բ. Գրիպը բնակչության շրջանում այնքան ծանր չի ընթանում, որ հիվանդները տեղափոխվեն հիվանդանոց | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Գ. Գրիպն առավել վտանգավոր է հղիների համար | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Դ. Գրիպի դեմ պատվաստումը անվտանգ չէ հղիների համար | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ե. Գրիպի դեմ պատվաստումը անվտանգ չէ չծնված երեխայի համար | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Զ. Գրիպի դեմ պատվաստումը անվտանգ չէ նորածնի համար | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Է. Գրիպի դեմ պատվաստումը հղիին պաշտպանում է գրիպից | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ը. Հղիի պատվաստումը գրիպի դեմ պաշտպանում է նաև նրա չծնված երեխային։ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Թ. Հղիի պատվաստումը գրիպի դեմ պաշտպանում է նաև նրա նորածին երեխային | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ժ. Գրիպի դեմ պատվաստանյութը կարող է վարակել գրիպով | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ի. Կանայք պետք է պատվաստվեն յուրաքանչյուր հղիության ընթացքում | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

1. **Ու՞մ (կամ ի՞նչ աղբյուրի) ճշգրտությանը դուք կվստահեք գրիպի դեմ պատվաստանյութի վերաբերյալ տեղեկատվություն ստանալու համար**

Ա. ☐ Ամուսին կամ զուգընկեր

Բ. ☐ Ընկեր

Գ. ☐ Մայր

Դ. ☐ Ամուսնու մայր

Ե. ☐ Քույր

Զ. ☐ Ամուսնու քույր

Է. ☐ Ընտանիքի այլ անդամ (ներ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ը. ☐ Ընկեր(ներ)

Թ. ☐ Բժիշկ կամ այլ բուժաշխատող

Ժ. ☐ Հեռուստատեսություն կամ ռադիո

Ի. ☐ Գրքեր

Լ. ☐ Տպագիր նյութեր (թերթեր, ամսագրեր, հուշաթերթեր)

Խ. ☐ Ինտերնետ

Ծ. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Ձեր կարծիքով տիրապետու՞մ եք արդյոք բավարար տեղեկատվության պատվաստանյութերի և վերջիններիս ապահովության վերաբերյալ։**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Վստահու՞մ եք արդյոք Ձեր բուժաշխատողի խորհրդատվությանը (Բժիշկ/Բուժքույր /Մանկաբարձուհի)**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Լսել կամ կարդացել եք արդյո՞ք ԶԼՄ-ներում կամ սոցիալական ցանցերում այնպիսի տեղեկատվություններ, որոնց պատճառով գրիպի դեմ պատվաստվելու հարցում կասկածներ ունեք**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Գիտե՞ք արդյոք որևէ մեկին ում մոտ գրիպը ունեցել է ծանր ընթացք**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ունե՞ք արդյոք բավարար տեղեկատվություն գրիպի դեմ պատվաստանյութի ապահովության վերաբերյալ**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Գիտե՞ք արդյոք որևէ մեկին, ում մոտ եղել է գրիպի դեմ պատվաստանյութի բացասական ազդեցություն, ինչն էլ կարող է պատճառ հանդիսանալ Ձեր չպատվաստվելու համար**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ձեր կարծիքով պատվաստումից բացի կա՞ն արդյոք (ավելի արդյունավետ) գրիպից պաշտպանվելու միջոցներ**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ընդհանուր և դեմոգրաֆիկ հարցեր**
2. **Ձեր տարիքը**

Ա. ☐ ՄԻնչև 18

Բ. ☐ 18-24

Գ. ☐ 25-29

Դ. ☐ 30-34

Ե. ☐ 35-39

Զ. ☐ 40-49

է. ☐ 50+

Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Ձեր ամուսնական կարգավիճակը**

Ա. ☐ Ամուսնացած չեմ / երբեք ամուսնացած չեմ եղել

Բ. ☐ Ամուսնացած եմ /քաղաքացիական ամուսնություն /միասին ենք ապրում

Գ. ☐ Ամուսնալուծված եմ / առանձին ենք ապրում

Դ. ☐ Այրի

Ե. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Զ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Ձեր կրթությունը**

Ա. ☐ Կրթություն չեմ ստացել և չեմ կարող կարդալ և գրել

Բ. ☐ Կրթություն չեմ ստացել, բայց կարող եմ կարդալ և գրել

Գ. ☐ Տարրական դպրոց

Դ. ☐ Ավագ դպրոց / Միջնակարգ դպրոց

Ե. ☐ Քոլեջ / Համալսարան

Զ. ☐ Բարձրագույն կրթություն (մասնագիտական կամ հետբուհական)

Է. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Ներկայումս աշխատու՞մ եք արդյոք կանոնավոր վարձատրվող աշխատանքով**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Եթե ԱՅՈ. Ինչպե՞ս կնկարագրեք Ձեր աշխատանքը**

Ա. ☐ Ամբողջ դրույք / աշխատում եմ օրական առնվազն 8 ժամ տանից դուրս

Բ. ☐ Կես դրույք /աշխատում եմ օրական 8 ժամից քիչ տանից դուրս

Գ. ☐ Աշխատում եմ տանից և ինքս եմ որոշում իմ ժամանակացույցը

Դ. ☐ Աշխատում եմ տանից դուրս և ինքս եմ որոշում իմ ժամանակացույցը

Ե. ☐ Ներկայումս գործազուրկ եմ

Զ. ☐ Աշխատում եմ ընտանեկան բիզնեսում առանց վարձատրության

Է. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Ձեր մտահոգությունները մեր երկրում հղիների համար գրիպի և գրիպի դեմ պատվաստումների հարցում \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Շնորհակալություն, մեր հարցերին պատասխանելու համար։ Ձեր պատասխանները կօգնեն մեր երկրում լավագույնս արձագանքել հղիների կարիքներին**