ՀԱՐՑԱՇԱՐ

ՔՐՈՆԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՍԵԶՈՆԱՅԻՆ ԳՐԻՊԻ ԴԵՄ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԻ, ԳԻՏԵԼԻՔՆԵՐԻ ԵՎ ՊԱՀԱՆՋԱՐԿԻ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ

**Հարցազրույցի ամսաթիվը**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Հարցազրուցավարի անուն, ազգանունը** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Վայրը** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. **Հիվանդության պատմություն**
2. **Ինչպե՞ս կգնահատեք Ձեր ընդհանուր առողջական վիճակը վերջին մեկ ամսվա ընթացքում**

Ա. ☐ Գերազանց

Բ. ☐ Շատ լավ

Գ. ☐ Լավ

Դ. ☐ Միջին

Ե. ☐ Վատ

1. **Ներկայումս ծխու՞մ եք**

Ա. ☐ Յուրաքանչյուր օր

Բ. ☐ ավելի պակաս

Գ. ☐ Ընդհանրապես չեմ օգտագործում

Դ. ☐ Չգիտեմ / Համոզված չեմ

Ե. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

**Լրացրեք ստորև բերված աղյուսակը Ձեզ վերաբերող առողջական վիճակի/ վիճակների վերաբերյալ.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Բժիշկը, բուժքույրը կամ բուժհաստատության այլ աշխատակից Ձեզ մոտ ախտորոշել է հետևյալ առողջական վիճակներից մեկը (նշեք համապատասխան վանդակը/ վանդակները)** | 1. **Որքա՞ն ժամանակ է անցել Ձեր առաջին ախտորոշումից** | 1. **Ի՞նչ բուժում եք ստանում տվյալ վիճակի համար** |
| Ա. ☐ Շաքարային դիաբետ | Ա. ☐ 1 տարուց քիչ  Բ. ☐ 1-3 տարի  Գ. ☐ 3-5 տարի  Դ. ☐ 5-10 տարի  Ե. ☐ Ավելի քան 10 տարի  Զ. ☐ Չգիտեմ  Է. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել | Ա. ☐ Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայք  Բ. ☐ Դեղատնից գնված դեղորայք՝ առանց բժշկի նշանակման  Գ. ☐ Ավանդական բժշկություն  Դ. ☐ Բժշկական սարքավորում (Օր.՝ Թթվածին, շնչառական սարք և այլն.)  Ե. ☐ Սննդակարգ և/կամ վարժություններ  Զ. ☐ Բուժում չեմ ստանում  Է. ☐ Չգիտեմ  Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել |
| Բ. ☐ Սրտանոթային հիվանդություն / Վիճակ | Ա. ☐ 1 տարուց քիչ  Բ. ☐ 1-3 տարի  Գ. ☐ 3-5 տարի  Դ. ☐ 5-10 տարի  Ե. ☐ Ավելի քան 10 տարի  Զ. ☐ Չգիտեմ  Է. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել | Ա. ☐ Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայք  Բ. ☐ Դեղատնից գնված դեղորայք՝ առանց բժշկի նշանակման  Գ. ☐ Ավանդական բժշկություն  Դ. ☐ Բժշկական սարքավորում (Օր.՝ Թթվածին, շնչառական սարք և այլն.)  Ե. ☐ Սննդակարգ և/կամ վարժություններ  Զ. ☐ Բուժում չեմ ստանում  Է. ☐ Չգիտեմ  Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել |
| Գ. ☐ Զարկերակային բարձր ճնշում | Ա. ☐ 1 տարուց քիչ  Բ. ☐ 1-3 տարի  Գ. ☐ 3-5 տարի  Դ. ☐ 5-10 տարի  Ե. ☐ Ավելի քան 10 տարի  Զ. ☐ Չգիտեմ  Է. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել | Ա. ☐ Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայք  Բ. ☐ Դեղատնից գնված դեղորայք՝ առանց բժշկի նշանակման  Գ. ☐ Ավանդական բժշկություն  Դ. ☐ Բժշկական սարքավորում (Օր.՝ Թթվածին, շնչառական սարք և այլն.)  Ե. ☐ Սննդակարգ և/կամ վարժություններ  Զ. ☐ Բուժում չեմ ստանում  Է. ☐ Չգիտեմ  Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել |
| Դ. ☐ Անեմիա /Երկաթի ցածր մակարդակ | Ա. ☐ 1 տարուց քիչ  Բ. ☐ 1-3 տարի  Գ. ☐ 3-5 տարի  Դ. ☐ 5-10 տարի  Ե. ☐ Ավելի քան 10 տարի  Զ. ☐ Չգիտեմ  Է. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել | Ա. ☐ Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայք  Բ. ☐ Դեղատնից գնված դեղորայք՝ առանց բժշկի նշանակման  Գ. ☐ Ավանդական բժշկություն  Դ. ☐ Բժշկական սարքավորում (Օր.՝ Թթվածին, շնչառական սարք և այլն.)  Ե. ☐ Սննդակարգ և/կամ վարժություններ  Զ. ☐ Բուժում չեմ ստանում  Է. ☐ Չգիտեմ  Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել |
| Ե. ☐ Թոքերի հիվանդություններ / Ասթմա/ Խրխռոց / ԹՔՕՀ | Ա. ☐ 1 տարուց քիչ  Բ. ☐ 1-3 տարի  Գ. ☐ 3-5 տարի  Դ. ☐ 5-10 տարի  Ե. ☐ Ավելի քան 10 տարի  Զ. ☐ Չգիտեմ  Է. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել | Ա. ☐ Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայք  Բ. ☐ Դեղատնից գնված դեղորայք՝ առանց բժշկի նշանակման  Գ. ☐ Ավանդական բժշկություն  Դ. ☐ Բժշկական սարքավորում (Օր.՝ Թթվածին, շնչառական սարք և այլն.)  Ե. ☐ Սննդակարգ և/կամ վարժություններ  Զ. ☐ Բուժում չեմ ստանում  Է. ☐ Չգիտեմ  Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել |
| Զ. ☐ Ալերգիա | Ա. ☐ 1 տարուց քիչ  Բ. ☐ 1-3 տարի  Գ. ☐ 3-5 տարի  Դ. ☐ 5-10 տարի  Ե. ☐ Ավելի քան 10 տարի  Զ. ☐ Չգիտեմ  Է. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել | Ա. ☐ Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայք  Բ. ☐ Դեղատնից գնված դեղորայք՝ առանց բժշկի նշանակման  Գ. ☐ Ավանդական բժշկություն  Դ. ☐ Բժշկական սարքավորում (Օր.՝ Թթվածին, շնչառական սարք և այլն.)  Ե. ☐ Սննդակարգ և/կամ վարժություններ  Զ. ☐ Բուժում չեմ ստանում  Է. ☐ Չգիտեմ  Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել |
| Է. ☐ Այլ վիճակներ (նկարագրեք): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ա. ☐ 1 տարուց քիչ  Բ. ☐ 1-3 տարի  Գ. ☐ 3-5 տարի  Դ. ☐ 5-10 տարի  Ե. ☐ Ավելի քան 10 տարի  Զ. ☐ Չգիտեմ  Է. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել | Ա. ☐ Բժշկի կողմից նշանակված դեղորայք  Բ. ☐ Դեղատնից գնված դեղորայք՝ առանց բժշկի նշանակման  Գ. ☐ Ավանդական բժշկություն  Դ. ☐ Բժշկական սարքավորում (Օր.՝ Թթվածին, շնչառական սարք և այլն.)  Ե. ☐ Սննդակարգ և/կամ վարժություններ  Զ. ☐ Բուժում չեմ ստանում  Է. ☐ Չգիտեմ  Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել |
| Ը. ☐ Չգիտեմ | **Անցնել 6-րդ հարցին** |  |
| Թ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել | **Անցնել 6-րդ հարցին** |  |
| Ժ. ☐ Ախտորոշված չէ | **Անցնել 6-րդ հարցին** |  |

1. **Հոսպիտալացվե՞լ եք արդյոք վերջին 12 ամսվա ընթացքում**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Որքա՞ն ժամանակ եք ծախսում ձեր բնակավայրից բուժհաստատություն հասնելու համար**

Ա. ☐ 15 րոպեից քիչ

Բ. ☐ 16 – 30 րոպե

Գ. ☐ 31 – 45 րոպե

Դ. ☐ 46 – 60 րոպե

Ե. ☐ 61 – 90 րոպե

Զ. ☐ ավելի քան 90 րոպե

Է. ☐ Չգիտեմ

Ը. ☐ Չեմ ուզում պատասխանել

1. **Գրիպ հիվանդության և գրիպի դեմ պատվաստանյութի վերաբերյալ ընդհանուր պատմություն, գիտելիք, մոտեցումներ**
2. **Երբևէ լսե՞լ եք գրիպի կամ սեզոնային գրիպի մասին**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

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

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Եթե այո. Ինպե՞ս եք լսել գրիպի դեմ պատվաստանյութի մասին**

Ա. ☐ Զուգընկեր կամ ամուսին

Բ. ☐ Մայր կամ հայր

Գ. ☐ Ամուսնու/կնոջ ծնողներ

Դ. ☐ Քույր կամ եղբայր

Ե. ☐ Դուստր կամ որդի

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

Է. ☐ Ընկեր(ներ)

Ը. ☐ Բժիշկ կամ այլ բուժաշխատող

Թ. ☐ Հեռուստատեսություն կամ ռադիո

Ժ. ☐ Գրքեր

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

Լ. ☐ Ինտերնետ

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

1. **Երբևէ պատվաստվե՞լ եք գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ **(Անցնել հարց 14)**

Գ. ☐ Չեմ հիշում

1. **Վերջին 5 տարվա ընթացքում քանի՞ անգամ եք պատվաստվել գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Մեկ անգամ

Բ. ☐ 2-ից 4 անգամ

Գ. ☐ 5 անգամ

Դ. ☐Չեմ հիշում

1. **Անցյալ տարի ստացե՞լ եք գրիպի դեմ պատվաստում**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չեմ հիշում

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

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Որ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Որևէ մեկն առաջարկել է Ձեզ այս տարի պատվաստվել գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ **(Անղցնել 17-րդ հարցին)**

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ո՞վ է առաջարկել Ձեզ պատվաստվել գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Բժիշկ

Բ. ☐ Բուժքույր

Գ. ☐ Այլ բուժաշխատող

Դ. ☐ Սոցիալական աշխատող

Ե. ☐ Ընկեր

Զ. ☐ Մայր կամ Հայր

Է. ☐ Ամուսնու/կնոջ ծնողներ

Ը. ☐ քույր կամ եղբայր

Թ. ☐ Դուստր կամ որդի

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

Ի. ☐ Դեղատան աշխատող

Լ. ☐ Ռադիո, Հեռուստատեսություն կամ ինտերնետ

Խ. ☐ Անվանի մարդ

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

Կ. ☐ Չգիտեմ

1. **Որևէ մեկն այս տարի Ձեզ հորդորել է չպատվաստվել գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ **(Անցնել 19-րդ հարցի)**

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ո՞վ է Ձեզ հորդորել չպատվաստվել գրիպի դեմ**

Ա. ☐ Բժիշկ

Բ. ☐ Բուժքույր

Գ. ☐ Այլ բուժաշխատող

Դ. ☐ Սոցիալական աշխատող

Ե. ☐ Ընկեր

Զ. ☐ Մայր կամ Հայր

Է. ☐ Ամուսնու/կնոջ ծնողներ

Ը. ☐ քույր կամ եղբայր

Թ. ☐ Դուստր կամ որդի

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

Ի. ☐ Դեղատան աշխատող

Լ. ☐ Ռադիո, Հեռուստատեսություն կամ ինտերնետ

Խ. ☐ անվանի մարդ

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

Կ. ☐ Չգիտեմ

1. **Եթե սեզոնային գրիպի դեմ պատվաստանյութը Ձեզ նման առողջական խնդիրներ ունեցող անձանց համար տրամադրվի անվճար, կցանկանայիք արդյո՞ք պատվաստվել**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Եթե գրիպի դեմ պատվաստանյութն առաջարկվի վճարովի հիմունքներով Ձեր նման առողջական խնդիրներ ունեցող անձանց, ապա որքա՞ն եք պատրաստ վճարել \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

☐ Չգիտեմ

1. **Որքա՞ն ժամանակ եք ցանկանում / կարող տրամադրել գրիպի դեմ պատվաստվելու համար \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ րոպե /ժամ (նշեք մեկը)**
2. **Կցանկանայի՞ք հանգստի օր վերցնել Ձեր աշխատավայրից (կամ որևէ այլ պարտականություննյունների համար) գրիպի դեմ պատվաստվելու համար**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ձեր կարծիքով ո՞վ կարող է ազդել Ձեր՝ պատվաստվելու վերաբերյալ որոշում կայացնելու վրա (Նշեք բոլոր համապատասխանող պատասխանները)**

Ա. ☐ Եթե բժիշկն առաջարկի/ խորհուրդ տա

Բ. ☐ Եթե բուժքույրը խորհուրդ տա

Գ. ☐ Եթե որևէ այլ բուժախատող խորհուրդ տա

Դ. ☐ Եթե [ԵՐԿՐԻ] Առողջապահության նախարարությունը խորհուրդ տա

Ե. ☐ Եթե որևէ միջազգային կազմակերպությունը (օր.՝ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն) խորհուրդ տա

Զ. ☐ Եթե ձեր մայրը կամ հայրը խորհուրդ տա

Է. ☐ Եթե Ձեր Ամուսնու/կնոջ ծնողները խորհուրդ տան

Ը. ☐ Եթե Ձեր քույրը կամ եղբայրը խորհուրդ տա

Թ. ☐ Եթե Ձեր դուստրը կամ որդին խորհուրդ տա

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

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

Լ. ☐ Եթե Դուք լսեք Ձեր շրջապատում գրիպի մասին

Խ. ☐ Եթե լսեք գրիպի դեպքի մասին Ձեր երկրում

Ծ. ☐ Եթե Ձեզ նման առողջական վիճակ ունեցող որևէ այլ անձ խորհուրդ տա

Կ. ☐ Եթե անվանի մարդ խորհուրդ տա

Հ. ☐ Եթե ՀԿ-ները խորհուրդ տան

Ձ. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ղ. ☐ Չգիտեմ

1. **Որո՞նք են այն երեք հիմնական պատճառները, որոնք Ձեզ կդրդեն պատվաստվել գրիպի դեմ**
   * + 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
       3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Ձեր կարծիքով ի՞նչ պատճառներով դուք կարող եք հրաժարվել այս տարի գրիպի դեմ պատվաստվելուց (Նշեք բոլոր տեղերը)**

Ա. ☐ Եթե Դուք կասկած ունենաք, 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 Ձեզ

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. Գրիպը մեր երկրում շատ հիվանդությունների պատճառ չի հանդիսանում | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Բ. Գրիպը բնակչության շրջանում այնքան ծանր չի ընթանում, որ հիվանդները տեղափոխվեն հիվանդանոց | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Գ. Գրիպն առավել վտանգավոր է ինձ նման առողջական խնդիր ունեցող պացիենտների, քան առողջ բնակչության համար | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Դ. Գրիպի դեմ պատվաստումն անվտանգ չէ ինձ նման առողջական խնդիր ունեցող պացիենտների համար | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ե. Գրիպի դեմ պատվաստումն օգնում է պաշտպանվել գրիպից ինձ նման առողջական խնդիր ունեցող պացիենտներին | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Զ. Գրիպի դեմ պատվաստանյութը կարող է վարակել գրիպով | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Է. Ինձ նման առողջական խնդիր ունեցող պացիենտները պետք է յուրաքանչյուր տարի պատվաստվեն | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

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

Ա. ☐ Ամուսին կամ զուգընկեր

Բ. ☐ Մայր կամ հայր

Գ. ☐ Քույր կամ եղբայր

Դ. ☐ Դուստր կամ որդի

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

Զ. ☐ Ընկեր(ներ)

Է. ☐ Բժիշկ կամ այլ բուժաշխատող

Ը. ☐ Հեռուստատեսություն կամ ռադիո

Թ. ☐ Գրքեր

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

Ի. ☐ Ինտերնետ

Լ. ☐ Այլ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

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

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

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

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

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

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ

Գ. ☐ Չգիտեմ

1. **Ունե՞ք արդյոք բավարար տեղեկատվություն գրիպի դեմ պատվաստանյութի անվտանգության 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. **Սոցիալ-դեմոգրաֆիկ հարցեր**
2. **Ձեր սեռը**

Ա. ☐ Արական

Բ. ☐ Իգական

1. **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 ունեք արդյոք կանոնավոր վարձատրվող աշխատանք**

Ա. ☐ Այո

Բ. ☐ Ոչ **(Անցնել 42-րդ հարցին)**

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 Ձեզ նման առողջական վիճակ ունեցող պացիենտների համար գրիպի և գրիպի դեմ պատվաստումների հարցում**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Շնորհակալություն, մեր հարցերին պատասխանելու համար։ Ձեր պատասխանները կօգնեն մեր երկրում լավագույնս արձագանքել նման առողջական վիճակ ունեցող պացիենտների կարիքներին**