

۱. لطفا بفرمایید در چه نوع مرکزی به ارائه خدمات دندانپزشکی مشغول هستید؟ (لطفا هر چند تا که لازم است را علامت بزنید)

- الف) مطب خصوصی       ب) درمانگاه خصوصی
- ج) درمانگاه یا مرکز دانشگاهی       د) درمانگاه غیرخصوصی غیر دانشگاهی

۲. لطفا بفرمایید کدامیک از ضایعات دهانی زیر را به تظاهرات دهانی HIV/AIDS مربوط می دانید؟ (لطفا هر چند تا که لازم است را علامت بزنید)

- الف) کاپوزی سارکوما       ب) کاندیدای دهانی
- ج) ژنژنویت حاد زخمی       د) پریودنتیت زخمی نکروزان
- ه) عفونت هرپسی       و) خشکی دهان
- ز) زخم آفتی       ح) لیکن پلان/واکنش لیکنوئیدی
- ط) لنفوم غیر هوچکینی       ی) لوکوپلاکیای مویی شکل

۳. آیا مایعات بافتی زیر به عنوان عامل انتقال عفونت HIV شناخته شده اند؟

نمی دانم	خیر	بله	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بزاز
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شیر مادر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ترشحات واژینال
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منی (Semen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خلط (Mucus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اشک

۴. "هیپاتیت B برای کسانی که علیه آن واکسینه نشده اند عفونی تر از HIV و خطرناک تر از آن است." این جمله :

- الف) صحیح است       ب) غلط است       ج) نمی دانم

۵. تا جایی که اطلاع دارید: آیا هیچگاه بیمار HIV+ و یا مبتلا به ایدز را درمان کرده اید؟

(ب) خیر

(الف) بله

۶. بر اساس اطلاع شما: چند بیمار HIV+ و یا مبتلا به ایدز را در شش ماه گذشته درمان کرده اید؟

(د) ۶ نفر یا بیشتر

(ج) ۳ تا ۵ نفر

(ب) ۱ تا ۲ نفر

(الف) هیچ

۷. لطفا بفرمایید کدامیک از موارد کنترل عفونت شخصی زیر را رعایت می کنید؟

همیشه	معمولا	گاهی	به ندرت	هیچگاه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	من دستکش می پوشم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	از ماسک صورت استفاده می کنم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	از عینک محافظ استفاده می کنم

۸. لطفا نظر خود را در مورد هریک از اظهارات زیر علامت بزنید:

موافقم	مخالفم	نظری ندارم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	محافظت پرسنل در مقابل مواجهات شغلی به HIV از اولویت های اصلی من است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	من در مورد مواجهات شغلی به HIV نگران هستم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به عنوان یک دندانپزشک، من در خطر بالاتری در آلودگی به HIV قرار دارم.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انتقال HIV در مراکز دندانپزشکی بسیار محتمل است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اقدامات کنترل عفونت در محل کار من برای جلوگیری از انتقال HIV کافی است.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	باید مکانهای خاصی برای درمان بیماران مبتلا به HIV اختصاص داده شود.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	متخصصین حیطه سلامت باید اختیار رد ارائه خدمات درمانی به بیماران مبتلا به HIV را داشته باشند.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به عنوان یک دندانپزشک، من وظیفه اخلاقی دارم تا خدمات درمانی به بیماران HIV+ ارائه دهم.

۹. در قبال درمان بیماران زیر چه احساسی دارید؟

بیمار را سریعاً رد می‌کنم	بیمار را به جای دیگری ارجاع میدهم	بیمار را با بی‌میلی می‌پذیرم	بدون شک یا دلی درمان می‌کنم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	یک مرد همجنس‌باز (homosexual/bisexual)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	یک بیمار هموفیلیک
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	یک معتاد تزریقی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیمار مبتلا به هپاتیت B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیمار مبتلا به هپاتیت C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیمار مبتلا به HIV/AIDS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری‌ها فراورده‌های خونی دریافت می‌کند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری که مدت زیادی در زندان بوده است

۱۰. در درمان یک بیمار مبتلا به HIV/AIDS در مورد هر یک از موارد زیر چه فکری می‌کنید؟

نگرانم	مشکلی نمی‌بینم	نمیدانم/هنوز برخورد نداشته‌ام	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	از دست دادن سایر بیماران
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جوابگویی به نگرانی و ترس پرسنل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	افزایش خطر ابتلای خودم به HIV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فشارهای مالی به مرکز درمانی به جهت افزایش تمهیدات کنترل عفونت

در صورت امکان در سؤالات زیر اطلاعاتی در مورد خودتان در اختیار ما قرار دهید:

۱۱. جنس:  مرد  زن

۱۲. سن:

۱۳. سابقه کاری در دندانپزشکی (به سال):

۱۴. دانشگاه محل تحصیل دوره دندانپزشکی عمومی:

به نام خدا

## پرسشنامه طرح تحقیقاتی بررسی وضعیت ارائه خدمات درمانی دندانپزشکی به بیماران مبتلا به HIV/AIDS در شهر شیراز

دندانپزشک محترم:

با سلام و درود

پرسشنامه‌ای که در اختیار شما قرار گرفته مربوط به طرح تحقیقاتی پایان نامه‌ای است که تحت نظارت اساتید دانشکده دندانپزشکی شیراز در حال انجام است. کلیه اطلاعاتی که شما با پرکردن این پرسشنامه در اختیار محققین قرار می‌دهید به صورت محرمانه و بدون ذکر نام نگاهداری شده و تنها در این تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد. نتایج نهایی به صورت دسته جمعی در قالب یک مقاله در خواهد آمد و یک نسخه از آن برای خود شما نیز ارسال خواهد شد. پیشاپیش از وقتی که برای تکمیل دقیق این پرسشنامه اختصاص می‌دهید کمال تشکر را داریم.

توجه: لطفاً هیچگونه نام، نشانی یا شماره تلفن بر روی این پرسشنامه ننویسید.