

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

گزارش نهایی

عنوان طرح: بررسی مقایسه‌ای آگاهی، نگرش و عملکرد مردم شهرستان اردبیل در

مورد بیماری سل با بیماران سل ریوی اسمیر مثبت تحت درمان

مجری طرح: دکتر علی مجیدپور - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

همکاران:

۱ - نسرین فولادی - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل - کارشناس ارشد

پرستاری بهداشت جامعه -

۲ - دکتر سقراط فقیه زاده - عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس - متخصص آمار

حیاتی

خلاصه و معرفی طرح

طبق برآورد انجام شده هر ساله حدود ۱۰-۸ میلیون نفر دچار عفونت سلی شده و ۳-۲ میلیون نفر سالیانه از این بیماری می‌میرند.

این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی به منظور بررسی مقایسه‌ای، آگاهی، نگرش و عملکرد مردم شهر اردبیل با بیماران سل ریوی اسمیر مثبت انجام شده است. ۵۰۰ نفر از مردم شهرستان اردبیل و ۳۴ نفر از بیماران اسمیر مثبت به عنوان نمونه انتخاب و از طریق پرسشنامه راهنمای مصاحبه مورد بررسی قرار گرفتند. آگاهی نمونه‌ها در مورد ماهیت بیماری، پیشگیری و کنترل سل مورد اندازه‌گیری قرار گرفت با انجام تست T^2 هتلینگ تفاوت آماری معناداری بین متغیرهای فوق در افراد سالم و بیمار در سطح احتمال ۱٪ با ($p < 0.05$) نشان داده شد. نگرش مردم چه بیماران و چه افراد سالم نسبت به ماهیت بیماری و پیشگیری و کنترل سل مثبت بوده (در افراد سالم ۷۶/۸٪ و در بیماران ۸۸/۳٪ افراد نگرش مثبت نسبت به بیماری داشتند) و بیماری سل را قابل پیشگیری و کنترل می‌دانستند و تنها درصد کمی از افراد بیماری را خطرناک و غیرقابل درمان دانسته و آنرا قضا و قدر الهی می‌دانستند انجام تست T تفاوت معناداری را بین نگرش افراد سالم و بیمار نشان نداد. ($p < 0.05$). در افراد بیمار عملکرد نمونه‌ها در مورد پیشگیری و کنترل بیماری در حد متوسط و خوب بوده و هیچیک از نمونه‌ها عملکرد ضعیف در مورد کنترل بیماری ندارند. (در افراد سالم ۵/۸٪ و در افراد بیمار صفر درصد نمونه‌ها عملکرد ضعیف دارند). انجام آزمون آماری T^2 هتلینگ تفاوت معناداری را در عملکرد افراد سالم و بیمار در مورد ماهیت و پیشگیری و کنترل بیماری نشان داد. این مطالعه بین متغیرهای سن، جنس و شغل افراد و آگاهی و عملکرد واحدها در مورد پیشگیری و کنترل سل در افراد بیمار و سالم ارتباط آماری معناداری را نشان نداد (انجام تست با P بیش از 0.05)

انجام تست بین سطح سواد و آگاهی و عملکرد و نگرش افراد سالم ارتباط معناداری را نشان داد ($p < 0.05$) ولی در افراد بیمار بین سطح سواد و آگاهی و نگرش و عملکرد نمونه‌ها ارتباط آماری معناداری وجود نداشت و افراد بیمار بدون توجه به سطح سواد آگاهی در حد خوب در مورد بیماری داشتند ولی در افراد سالم با افزایش سطح سواد، سطح آگاهی و عملکرد ایشان بالا می‌رود. این مطالعه تنها عملکرد ضعیف افراد سالم را در کنترل سل نشان می‌دهد لذا بایستی ضمن تاکید بر بهبود عملکرد مردم با آموزشهای لازم، علل شیوع بالای بیماری را در ارتباط با عوامل دیگری مثل فقر، سوء تغذیه، تراکم جمعیت و ... جستجو کرد و اقدامات لازم را در این مورد بعمل آورد.

کلمات کلیدی: آگاهی، نگرش، عملکرد - پیشگیری، اسمیر مثبت، سل ریوی

سل یکی از بیماریهای دیرین انسان و هنوز هم علیرغم روشهای نوین مبارزه دارای انتشار گسترده‌ای است.

در حالی که در بیشتر کشورهای اروپائی و آمریکای شمالی بیماری سل به جهت بالا بودن استانداردهای زندگی و شیمی درمانی کاهش یافته و دیگر یک مشکل بهداشت عمومی نیست ولی در کشورهای فقیر و در حال توسعه این بیماری هنوز به عنوان مشکل بهداشتی عمده باقی مانده است. (۴) طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی ۱۰-۸ میلیون موارد جدید در هر سال وجود داشته و ۳ میلیون نفر از این بیماری می‌میرند (۱).

در حالیکه میزان بروز موارد جدید بیماری در کشورهای صنعتی با آب و هوای سرد کمتر از ۲۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد ولی ابتلا به این بیماری در کشورهای در حال توسعه ۱۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر و ۲۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در آفریقا بوده و یک سطح بالای حدود ۵۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در بخشهای از جنوب شرقی آسیا می‌باشد. (۴)

بیماری سل طبق آمار W.H.O در جمعیت بالای ۵ سال بیش از مجموع بیماریهای عفونی دیگر شامل مالاریا، ایدز، اسهال، جذام و بیماری گرمسیری تلفات می‌دهد. (۴)

سازمان بهداشت جهانی تخمین زده که در حال حاضر ۱۰۰-۵۰ میلیون نفر در معرض خطر آلوده شدن به میکروب سل مقاوم به دارو می‌باشند که عمده‌ترین علت آنرا روشهای درمانی نامناسب، عدم وجود نظارت و عدم پایش به موقع بر نحوه درمان و مصرف دارو می‌دانند (۱)

بدین جهت هم اکنون برای پیشگیری و مدیریت بیماری سل به آموزش بهداشت، پیشبرد، اعتلاء و گسترش بهداشت به عنوان دو بعد اساسی در راستای آموزش، پیشگیری و مدیریت تکیه شده است.

تقریباً $\frac{1}{3}$ جمعیت جهان به میکروب مایکوباکتریوم توبوکلوزیس آلوده هستند و سالانه حدود ۸ میلیون مورد جدید سل در جمعیت ۷/۵ میلیاردی جهان بروز می‌کند و تعداد

۲/۹-۲/۶ میلیون نفر می‌میرند از ۸ میلیون مورد جدید سل ۷/۶ میلیون در کشورهای در حال توسعه و ۴۰۰ هزار نفر در کشورهای صنعتی اتفاق می‌افتد.

بیش از ۳۰۰ میلیون نفر بوسیله میکروب سل در ۱۰ سال آینده آلوده می‌شوند و سازمان WHO انتظار دارد از این تعداد ۹۰ میلیون نفر مبتلا به بیماری سل گردند.

آموزش بهداشت بعنوان عاملی در جهت تحت تاثیر قرارداد عوامل فردی و سپس تاثیر بر مشکلات بهداشتی منجمله در پیشگیری و مدیریت بیماری سل حائز اهمیت است و پیشبرد و اعتلا و گسترش بهداشت بعنوان عاملی که بر روی عوامل اجتماعی و نیز سبک زندگی افراد تاثیر گذاشته و در نهایت در پیشگیری و کاهش و درمان به موقع بیماری سل تاثیر می‌گذارد.

زیادتر بودن شیوع بیماری سل در طبقات پائین تر نشانه اهمیت عوامل اقتصادی - اجتماعی (مانند ناداری، نادانی، بی سواد، تراکم جمعیت، ضعف بهداشت محیط، سوء تغذیه، زیاد بودن تعداد افراد خانواده و ...) است. اینها «عوامل غیراختصاصی» تعیین کننده بیماری سل هستند. همه این عوامل با یکدیگر بستگی درونی داشته و زمینه انتشار آلودگی را مساعد می‌سازند و به علت همین عوامل است که علی رغم آگاهی بر سیر طبیعی بیماری، تشخیص و درمان بیماری سل هنوز هم یک مشکل بهداشت عمومی است. کاهش موارد سل در کشورهای پیشرفته که مدتها پیش از کشف دارو درمانی روی داده است، به بهبود کیفیت زندگی و کاهش یا از بین بردن عوامل تعیین کننده «غیر اختصاصی» نسبت داده میشود.

چون بیماری سل هم یک مشکل پزشکی و هم یک مشکل اجتماعی است ارتقای بهداشت و رفاه اجتماعی اثر مستقیم برای مبارزه با سل دارد.

طرح حاضر تحقیق توصیفی - تحلیلی بوده که طی آن آگاهی نگرش عملکرد KAP^(۱) مردم شهرستان اردبیل در مورد ماهیت بیماری، پیشگیری و کنترل آن سنجیده می‌شد و با KAP بیماران سل ریوی اسمیر مثبت که از مخازن عمده بیماری بوده و می‌توانند در انتشار

بیماری سهم به سزائی داشته باشند، مقایسه خواهد گردید. همچنین با مشخص نمودن KAP مردم در رابطه با بیماری سل میتوان جهت برنامه ریزیهای آموزش بهداشت در سطح جامع از نتایج مطالعات استفاده نمود.

لذا در این مطالعه آگاهی، نگرش و عملکرد افراد سالم و بیماران در خصوص بیماری بررسی شده است تا بتوان از نتایج آن جهت برنامه ریزیهای پیشگیری و مدیریت سل استفاده نمود.

مواد و روش کار

در اسفند ماه سال ۱۳۷۷ توسط پرسشنامه راهنمای مصاحبه آگاهی و عملکرد و نگرش افراد سالم و بیماران اسمیر مثبت مورد بررسی قرار گرفت. انتخاب نمونه‌ها با استفاده از میزان شیوع بیماری سل در جامعه انجام گرفت تعداد ۵۰۰ نمونه از افراد سالم و ۳۴ نمونه از بیماران به عنوان حجم لازم مطالعه برآورد گردید. و در رابطه با کل جمعیت شهر اردبیل نمونه گیری خوشه‌ای در ارتباط با مناطق چهارگانه شهر انجام و سپس از خوشه‌ها نمونه گیری در بلوک‌ها انجام گرفت. در رابطه با بیماران اسمیر مثبت نمونه گیری بصورت سرشماری انجام گرفت.

در این مطالعه KAP افراد سالم در مورد بیماری سل مشخص و در ارتباط با متغیرهای سن، جنس، سطح سواد و شغل نمونه‌ها بررسی و سپس KAP افراد سالم و بیمار در مقایسه با همدیگر مورد بررسی قرار گرفت.

آگاهی نمونه‌ها در مورد ماهیت بیماری سل و پیشگیری و کنترل بیماری و نیز عملکرد نمونه‌ها در مورد پیشگیری و کنترل بیماری سل برحسب تعداد سئوالات از صفر تا ۱۰ نمره بندی شد و نمره بین ۰-۳ به عنوان آگاهی و عملکرد ضعیف در مورد متغیر مورد نظر بوده و نمره بین ۴-۷ به عنوان آگاهی و عملکرد متوسط و نمره بیش از ۸ به عنوان آگاهی و عملکرد خوب در مورد بیماری در نظر گرفته شد.

در رابطه با نحوه نگرش با استفاده از سیستم لیکرت سئوالات طراحی گردید و نمره بیش

از ۱۶ نشاندهنده نگرش مثبت و کمتر از ۱۶ نشاندهنده نگرش منفی نسبت به بیماری سل در نظر گرفته شد.

نتایج

از ۵۰۰ نفر افراد سالم تحت بررسی ۵۳٪ نمونه‌ها مونث و ۴۷٪ مذکر بودند. (جدول شماره ۱)

این میزان در مورد افراد بیمار به ترتیب ۵۵/۹٪ مونث و ۴۴/۱٪ مذکر می‌باشد. (جدول شماره ۲)

در افراد سالم گروه سنی ۱۵-۲۵ سال ۳۷/۴٪ و بین ۲۶-۳۵ سال ۳۷/۶٪ و گروه سنی ۳۶ سال به بالا ۲۵٪ نمونه‌ها را به خود اختصاص داده است. (جدول شماره ۳)

افراد بیمار از نظر این متغیر به ترتیب ۲۶/۵٪ در گروه سنی ۱۵-۲۵ سال و ۲۳/۵٪ گروه سنی ۵ سال ۲۶-۳۵ سال و ۵۰٪ سال در گروه سنی ۳۶ سال به بالا قرار داشته‌اند. (جدول شماره ۴)

از نظر سطح سواد ۲۹/۴٪ افراد بیمار بی سواد، ۲۹/۴٪ دارای تحصیلات ابتدائی و ۳۲/۳٪ در سطح راهنمایی و متوسطه و ۸/۸۳٪ در سطح دیپلم و بالاتر از آن بودند. (جدول شماره ۵)

در رابطه با افراد سالم به ترتیب ۲۴/۴٪ نمونه‌ها بی سواد، ۱۶/۲٪ ابتدائی و ۲۹/۴٪ در سطح راهنمایی و متوسطه و ۳۰٪ نمونه‌ها دارای سطح سواد دیپلم و بالاتر بودند. (جدول شماره ۶)

نمونه‌ها از نظر شغلی مورد بررسی قرار گرفتند که در افراد سالم ۳۷/۴٪ خانه‌دار ۲۰/۸٪ کارگر و ۲۰/۲٪ محصل و ۹/۴٪ کارمند و ۱۲/۲٪ نمونه‌ها شغل آزاد داشتند. (جدول شماره ۷)

افراد بیمار برحسب متغیر شغل مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۱/۱٪ از آنها خانه‌دار ۲۳/۶٪ کارگر ۸/۸٪ کارمند ۸/۸٪ محصل و ۱۷/۷٪ شغل آزاد داشته‌اند. (جدول

(شماره ۸)

آگاهی نمونه‌ها در مورد ماهیت بیماری سل در مورد افراد سالم بررسی شد که $14/80\%$ نمونه‌ها آگاهی ضعیف $41/8\%$ آگاهی متوسط و $56/4\%$ آگاهی بالایی نسبت به ماهیت بیماری داشتند.

در افراد بیمار نسبت به ماهیت بیماری $2/9\%$ آگاهی ضعیف $44/1\%$ آگاهی متوسط و $52/9\%$ آگاهی بالایی نسبت به ماهیت بیماری داشتند. انجام تست T^2 هتلینگ نیز تفاوت آماری معناداری را بین آگاهی افراد بیمار و سالم در مورد ماهیت بیماری سل نشان داد. ($p < 0.05$). (نمودار شماره ۱)

آگاهی نمونه‌ها در مورد پیشگیری از بیماری بررسی شد که در افراد سالم $21/4\%$ آگاهی ضعیف در مورد پیشگیری بیماری داشتند و این میزان در بیماران $11/7\%$ بود (آگاهی ضعیف در مورد بیماری داشتند) در مورد پیشگیری بیماری در افراد سالم 40% نمونه‌ها آگاهی متوسط داشته و در بیماران 47% آگاهی متوسط در مورد بیماری داشتند در مورد پیشگیری بیماری در افراد سالم $38/6\%$ نمونه‌ها آگاهی بالا داشته و $41/2\%$ افراد بیمار آگاهی بالایی نسبت به بیماری داشتند انجام آزمون T^2 هتلینگ نشان می‌دهد که تفاوت بین آگاهی افراد سالم و بیمار در مورد پیشگیری از بیماری معنادار می‌باشد (در سطح احتمال 1%) و افراد بیمار آگاهی بهتری نسبت به افراد سالم در مورد پیشگیری از بیماری دارند (نمودار شماره ۲)

در مورد آگاهی نمونه‌ها در مورد کنترل بیماری سل در افراد سالم $4/6\%$ آگاهی ضعیف $38/2\%$ متوسط و $57/2\%$ نمونه‌ها آگاهی بالایی داشتند این میزان در افراد بیمار به ترتیب شامل $2/9\%$ ، آگاهی ضعیف $35/3\%$ آگاهی متوسط و $61/7\%$ آگاهی بالا می‌باشد. انجام تست T^2 هتلینگ نیز تفاوت آماری معناداری را بین افراد سالم و بیمار در مورد کنترل بیماری نشان می‌دهد. (نمودار شماره ۳)

نگرش افراد سالم در مورد بیماری بررسی شد و مشخص گردید که $23/2\%$ افراد نگرش منفی نسبت به بیماری داشتند و $76/8\%$ افراد سالم نگرش مثبت نسبت به بیماری دارند.

در افراد بیمار نگرش منفی در ۱۱/۷٪ نمونه‌ها نسبت به بیماری وجود داشته و ۸۸/۳٪ نمونه‌ها نگرش مثبت به بیماری داشتند. انجام تست T تفاوت آماری معناداری را بین نگرش افراد سالم و بیمار نشان نداد. ($p > 0.05$) (نمودار شماره ۴).

در بررسی عملکرد افراد سالم در پیشگیری از بیماری سل ۴۴/۸٪ عملکرد خوب ۴۷/۸٪ عملکرد متوسط و ۷/۴٪ عملکرد ضعیف داشتند.

در افراد بیمار عملکرد نمونه‌ها به ترتیب ۵۵/۹٪ خوب، ۳۵/۲٪ متوسط و ۸/۸٪ عملکرد ضعیف را بخود اختصاص داد. انجام تست T^2 هتلینگ تفاوت آماری معناداری را بین آگاهی افراد سالم و بیمار در مورد پیشگیری سل نشان داد. ($p < 0.05$) (نمودار شماره ۵)

در مورد عملکرد افراد در رابطه با کنترل بیماری سل در افراد سالم ۵/۸٪ عملکرد ضعیف ۱۵/۴٪ عملکرد متوسط و ۷۸/۶٪ افراد عملکرد مناسب و خوب در کنترل بیماری داشتند این میزان در افراد بیمار به ترتیب صفر درصد نمونه‌ها عملکرد ضعیف، ۲۳/۵٪ عملکرد متوسط و ۷۶/۵٪ عملکرد خوب می‌باشد انجام تست T^2 هتلینگ تفاوت آماری معناداری را با $P < 0.05$ بین عملکرد افراد سالم و بیمار در مورد کنترل بیماری سل نشان داد. (نمودار شماره ۶)

بحث

این مطالعه بین متغیرهای سن، جنس و شغل افراد و آگاهی و عملکرد نمونه‌ها در مورد پیشگیری و کنترل سل چه در افراد بیمار و چه افراد سالم ارتباط آماری معناداری را نشان نداد (انجام تست با P بیش از ۰.۰۵). انجام تست بین سطح سواد و آگاهی و عملکرد و نگرش افراد سالم ارتباط معناداری را نشان می‌دهد ($p < 0.05$) ولی در افراد بیمار بین سطح سواد و آگاهی و نگرش و عملکرد ایشان ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. و افراد بیمار بدون توجه به سطح سواد آگاهی در حد خوب در مورد بیماری دارند ولی در افراد سالم با افزایش سطح سواد، سطح آگاهی و عملکرد ایشان بالا می‌رود. که

نتیجه بدست آمده مؤید این مطلب است که افراد بیمار چه باسواد و چه بی سواد انگیزش بالایی جهت کسب اطلاعات در مورد پیشگیری و کنترل بیماری خود داشته و سطح اطلاعات و عملکرد در حد بالایی دارند اگرچه بی سواد باشند.

در این مطالعه مشخص شد آگاهی افراد سالم و بیمار در مورد ماهیت بیماری، در حد مناسبی بوده و صرفاً درصد کمی از نمونه‌ها آگاهی ضعیف در مورد ماهیت بیماری دارند که آگاهی در حد ضعیف بالاخص در مورد افراد بیمار خیلی پایین می باشد یعنی صرفاً ۲/۹٪ بیماران در مورد ماهیت بیماری آگاهی ضعیفی دارند. در مطالعه‌ای در نیویورک بر روی آگاهی افراد معتاد در مورد بیماری سل نیز مشخص شده که تقریباً تمام آنها TB را یک بیماری واگیر می دانند (۷). انجام تست T^2 هتلینگ نیز تفاوت آماری معناداری را بین آگاهی افراد بیمار و سالم در مورد ماهیت بیماری سل نشان داد. ($p < 0.05$)

در این مطالعه درصد بالایی از نمونه‌ها چه بیمار و سالم آگاهی خوبی از نحوه پیشگیری بیماری داشته‌اند ولی میزان آگاهی بیماران بالاتر می باشد و انجام آزمون T^2 هتلینگ نشان می دهد که تفاوت بین آگاهی افراد سالم و بیمار در مورد پیشگیری از بیماری معنادار می باشد (در سطح احتمال ۱٪) و افراد بیمار آگاهی بهتری نسبت به افراد سالم در مورد پیشگیری از بیماری دارند که علت این امر انگیزش بالای افراد بیمار جهت یادگیری بیشتر نسبت به بیماری و روشهای پیشگیری و جلوگیری از انتشار بیماری به سایر افراد بالاخص اعضاء خانواده می باشد همچنین آموزش به بیماران از طرف مراکز بهداشتی درمانی نیز می تواند در افزایش آگاهی ایشان موثر باشد. مطالعه در کشور آمریکا نیز نشان می دهد که بیش از $\frac{2}{3}$ افراد مورد مطالعه بیماری TB را قابل پیشگیری می دانند (۷).

در مورد آگاهی افراد در مورد کنترل بیماری، نمونه‌های مورد بررسی در گروه بیماران آگاهی بالاتری نسبت به کنترل بیماری در مقایسه با افراد سالم دارند و انجام تست T^2 هتلینگ نیز تفاوت آماری معناداری را بین افراد سالم و بیمار نشان می دهد. که می تواند ناشی از آموزش مناسب در مورد کنترل بیماری از سوی مراکز ذیصلاح باشد. مطالعه بر روی عقاید و نگرش بیماران دچار سل ریوی اسمیر مثبت در Batswona مورد بیماری سل

نشان می‌دهد که هر چه بیماران آگاهی بیشتری نسبت به بیماری داشته باشند موفقیت درمان و کنترل بیماری نیز بیشتر می‌باشد. (۷)

مطالعه در چین نیز بر روی افراد مسلول تحت درمان چند دارویی نشان می‌دهد که از مقاومت دارویی که ۶۷٪ آن به علت درمان نامنظم بوده می‌توان بوسیله آموزش بهداشت و شیمی درمانی صحیح کوتاه مدت جلوگیری کرد (۸) پس چه در پیشگیری و چه کنترل بیماری سل آموزش می‌تواند رل مهمی را بازی کند.

در این مطالعه نگرش افراد در مورد بیماری سل مورد بررسی قرار گرفت که از بین افراد سالم ۲/۲۳٪ نمونه‌ها و در افراد بیمار تنها ۷/۱۱٪ نمونه‌ها بیماری را غیرقابل درمان و پیشگیری و قضا و قدر الهی می‌دانستند ولی اکثریت نمونه‌ها نگرش مثبتی نسبت به بیماری داشتند. بنابراین آگاهی بالای افراد نسبت به بیماری با نگرش مثبت نسبت به بیماری نیز همراه بوده است با وجود اینکه درصد بیشتری از افراد بیمار نگرش مثبت نسبت به بیماری در مقایسه با افراد سالم داشته‌اند ولی انجام تست T تفاوت آماری معناداری را نشان نمی‌دهد. ($p > 0.05$) و بین افراد سالم و بیمار از نظر نحوه نگرش تفاوتی وجود ندارد. در مطالعه‌ای در نیویورک نیز بر روی افراد نشان داده که بیش از $\frac{2}{3}$ نمونه‌ها بیماری سل را قابل درمان می‌دانند و نگرش مثبتی نسبت به بیماری دارند. (۹)

عملکرد نمونه‌ها در مورد کنترل بیماری سل بررسی و مشخص گردید که ۱۰۰٪ افراد بیمار عملکرد متوسط و خوب نسبت به کنترل بیماری داشته و عملکرد ضعیفی در مورد کنترل بیماری ندارند بررسی عملکرد کنترل بیماری در افراد سالم نشان می‌دهد که در حدود ۹۰٪ افراد سالم نیز عملکرد کنترل بیماری در آنها در سطح متوسط و خوب می‌باشد.

در رابطه با عملکرد نمونه‌ها در پیشگیری بیماری نیز آگاهی نمونه‌ها چه افراد سالم و چه بیمار در حد مناسبی می‌باشد. ولی از نظر عملکرد پیشگیری بیماران عملکرد بهتری نسبت به افراد سالم دارند.

بررسی میانگین نمرات افراد سالم نشان می‌دهد که آگاهی نمونه‌ها در مورد پیشگیری از

بیماری سل و نیز ماهیت این بیماری نسبت به آگاهی و عملکرد در مورد کنترل بیماری و نیز پیشگیری از ابتلاء نسبت به بیماران کمتر می باشد (نمودار شماره ۷) بنابراین لازم است در مورد پیشگیری از این بیماری افراد جامعه تحت آموزش لازم قرار گیرند زیرا یکی از راههای عمده جلوگیری از انتشار بیماری سل آشنایی افراد با ماهیت بیماری و راههای پیشگیری از ابتلا به بیماری از جمله انجام واکسیناسیون BCG و تغذیه مناسب می باشد. در مقابل افراد سالم، بیماران سل ریوی اسمیر مثبت نسبت به چگونگی پیشگیری از بیماری و ماهیت بیماری اطلاع بیشتری نسبت به افراد سالم دارند که علل آن می تواند آموزش ارائه شده از سوی مراکز ذیصلاح و همچنین احساس نیاز فرد مسلول به کسب اطلاعات کافی جهت جلوگیری از انتشار بیماری توسط وی به اعضاء دیگر خانواده باشد. در پژوهش حاضر نتایج بیانگر وجود تفاوت معنادار بین آگاهی افراد سالم و بیماران دچار سل ریوی اسمیر مثبت در رابطه با متغیرهای فوق الذکر (آگاهی، نگرش و عملکرد) می باشد.

تمام افراد جامعه چه بیماران و چه سالم از سطح آگاهی قابل قبول در مورد سل برخوردار می باشند و نگرش مثبت نسبت به بیماری در تمام افراد وجود دارد بنابراین به نظر پژوهشگر با توجه به اینکه آگاهی افراد جامعه در مورد بیماری زسل انتشار و ایجاد بیماری در حد مناسبی می باشد، و این مطالعه تنها عملکرد ضعیف افراد سالم را در مواجهه با سل نشان می دهد لذا بایستی ضمن تاکید بر بهبود عملکرد مردم با آموزشهای لازم، علل شیوع بالای بیماری را در ارتباط با عوامل دیگری مثل فقر، سوء تغذیه، تراکم جمعیت و ... جستجو کرد و اقدامات لازم را در این مورد بعمل آورد.

منابع

۱- شیرزادی، محمدرضا، طرح جامع عملیاتی ادغام سل در نظام شبکه و اجرای استراتژی DOTS، ۱۳۷۷

۲- ولایتی، علی اکبر، طباطبائی، جواد؛ مبانی سل شناسی، تهران، دفتر نشر فرهنگ

اسلامی، ۱۳۷۱

۳. دکتر حسنجانی روشن محمدرضا: بررسی اپیدمیولوژیکی سل ریوی در بیماران
تحت درمان مرکز مبارزه با سل و بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی طب و تزکیه
بهار ۱۳۷۸ ص ۲۶-۳۰

3. Crofton, J; Horne, N; Miller, F clinical Tuberculosis ; Macmillan press LTD , 1992.
4. Derek , R, Epidemiology and the community control of disease in warm climate countries, churchill livingstone, 1990. pp: 223 - 230.
5. Ngaka ya setswana ; Health seeking behaviour in Batswana with pulmonary tuberculosis ; Soc - Sci - Med - 1999 , Jan ; 48(2) ; 163 - 72.
6. Mandell, G ; Bennett, J ; Dolin, R ; Principles and Practice of Infections diseases ; churchill livingstone, 1995.
7. Salomon - N & etal ; knowledge of tuberculosis among drug users ; J - subst - Abuse - treat. 1999 , Apr ; 16(3) : 229-35.
8. Chung - Hua - chih - Ho - Ho - Hu - Hsi - Tsa - Chih ; 1997 , Aug ; 20(4) 234-6.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌ها برحسب جنس در

افراد سالم

| فراوانی نسبی | فراوانی مطلق | جنس نمونه‌ها |
|--------------|--------------|--------------|
| ۵۳ | ۲۶۵ | مونث |
| ۴۴ | ۲۳۵ | مذکر |
| ۱۰۰ | ۵۰۰ | جمع کل |

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌ها برحسب جنس در

افراد بیمار

| فراوانی نسبی | فراوانی مطلق | جنس نمونه‌ها |
|--------------|--------------|--------------|
| ۵۵/۹ | ۱۹ | مونت |
| ۴۴/۱ | ۱۵ | مذکر |
| ۱۰۰ | ۳۴ | جمع کل |

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌ها سن در

افراد سالم

| فراوانی نسبی | فراوانی مطلق | گروه سنی |
|--------------|--------------|----------------|
| ۳۷/۴٪ | ۱۸۶ | ۱۵-۲۵ سال |
| ۳۷/۶٪ | ۱۸۷ | ۲۶-۳۵ سال |
| ۲۵٪ | ۱۲۶ | ۳۶ سال به بالا |
| ۱۰۰٪ | | جمع کل |

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌ها سن در

افراد بیمار

| فراوانی نسبی | فراوانی مطلق | گروه سنی |
|--------------|--------------|----------------|
| ۲۶/۴۷٪ | ۹ | ۱۵-۲۵ سال |
| ۲۳/۵٪ | ۸ | ۲۶-۳۵ سال |
| ۵۰٪ | ۱۷ | ۳۶ سال به بالا |
| ۱۰۰٪ | ۳۴ | جمع کل |

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌ها بر حسب سطح سواد در

افراد سالم

| سطح سواد | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی |
|-----------------|--------------|--------------|
| بی سواد | ۱۲۲ | ۲۴/۴٪ |
| ابتدائی | ۸۱ | ۱۶/۲٪ |
| راهنمایی متوسطه | ۱۴۷ | ۲۹/۴٪ |
| دیپلم و بالاتر | ۱۵۰ | ۳۰٪ |
| جمع کل | ۵۰۰ | ۱۰۰٪ |

جدول شماره ۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌ها بر حسب سطح سواد در

افراد بیمار

| سطح سواد | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی |
|-------------------|--------------|--------------|
| بی سواد | ۱۰ | ٪۲۹/۴ |
| ابتدائی | ۱۰ | ٪۲۹/۴ |
| راهنمائی و متوسطه | ۱۱ | ٪۳۲/۳۵ |
| دیپلم و بالاتر | ۳ | ٪۸/۸۳ |
| جمع کل | ۳۴ | ٪۱۰۰ |

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌ها بر حسب شغل در

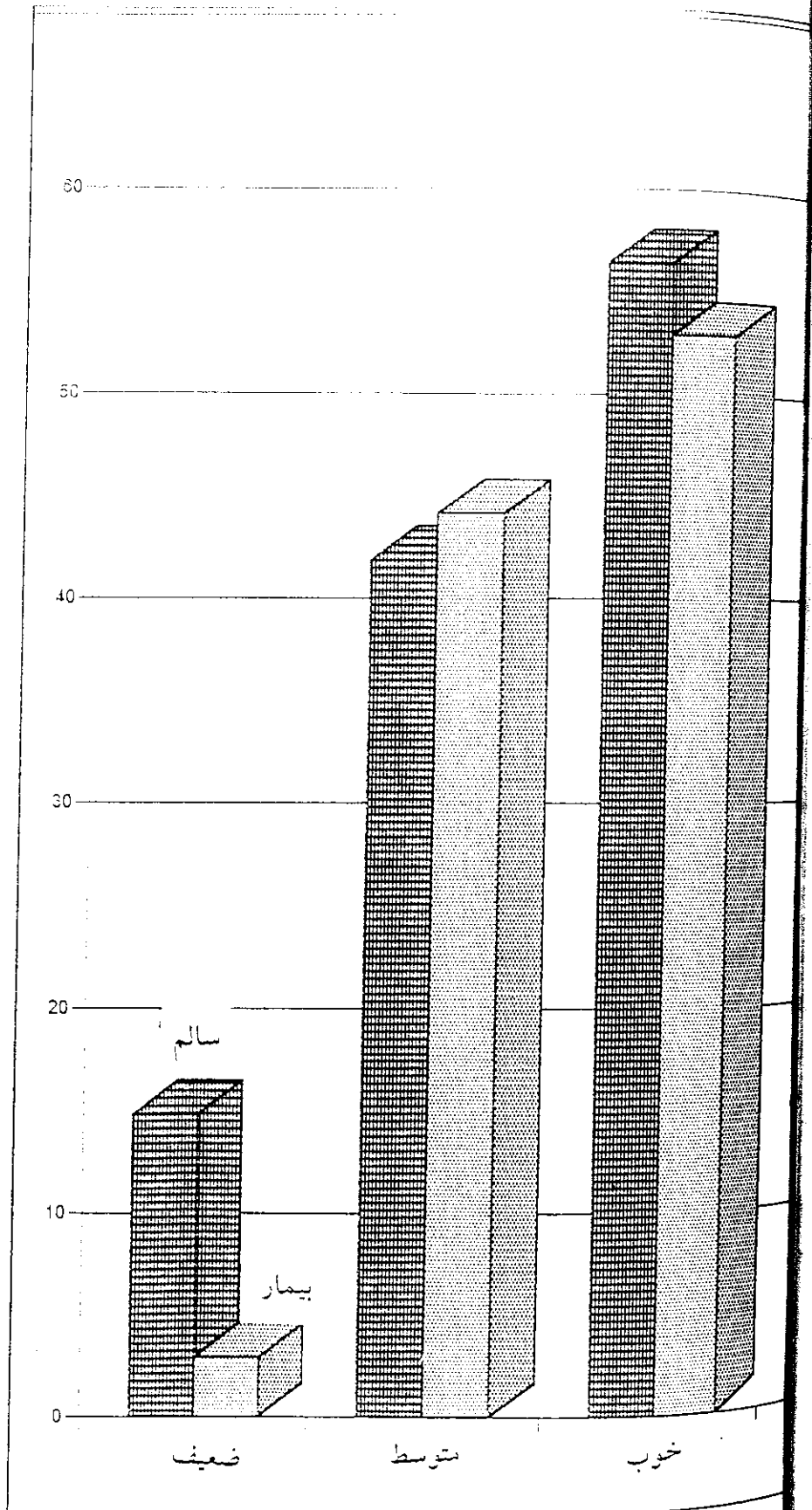
افراد سالم

| شغل | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی |
|----------|--------------|--------------|
| خانه دار | ۱۸۷ | ٪۳۷/۴ |
| کارگر | ۱۰۴ | ٪۲۰/۸ |
| محصل | ۱۰۱ | ٪۲۰/۲ |
| کارمند | ۴۷ | ٪۹/۴ |
| شغل آزاد | ۶۱ | ٪۱۲/۲ |
| جمع کل | ۵۰۰ | ٪۱۰۰ |

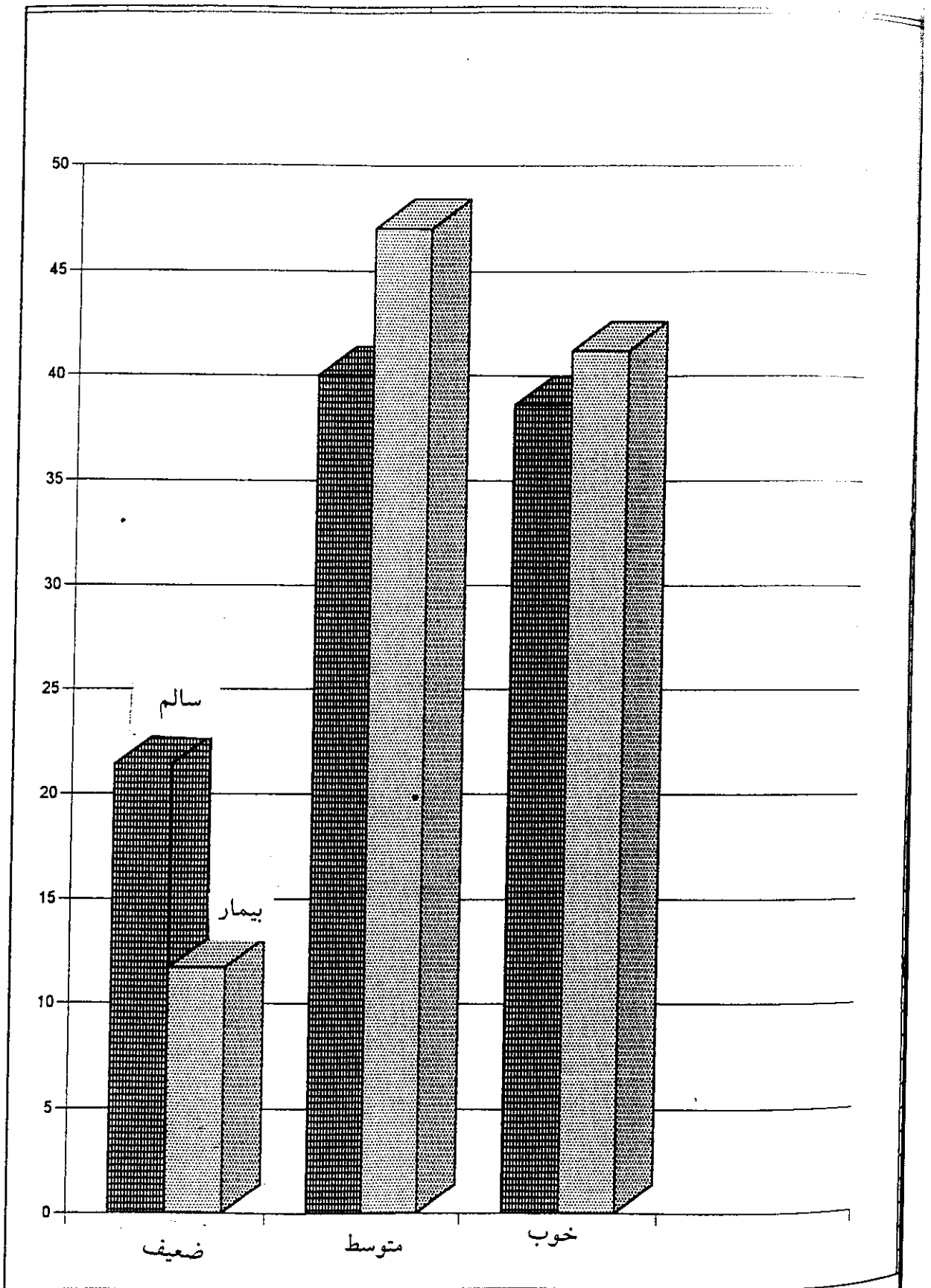
جدول شماره ۸: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌ها بر حسب شغل در

افراد بیمار

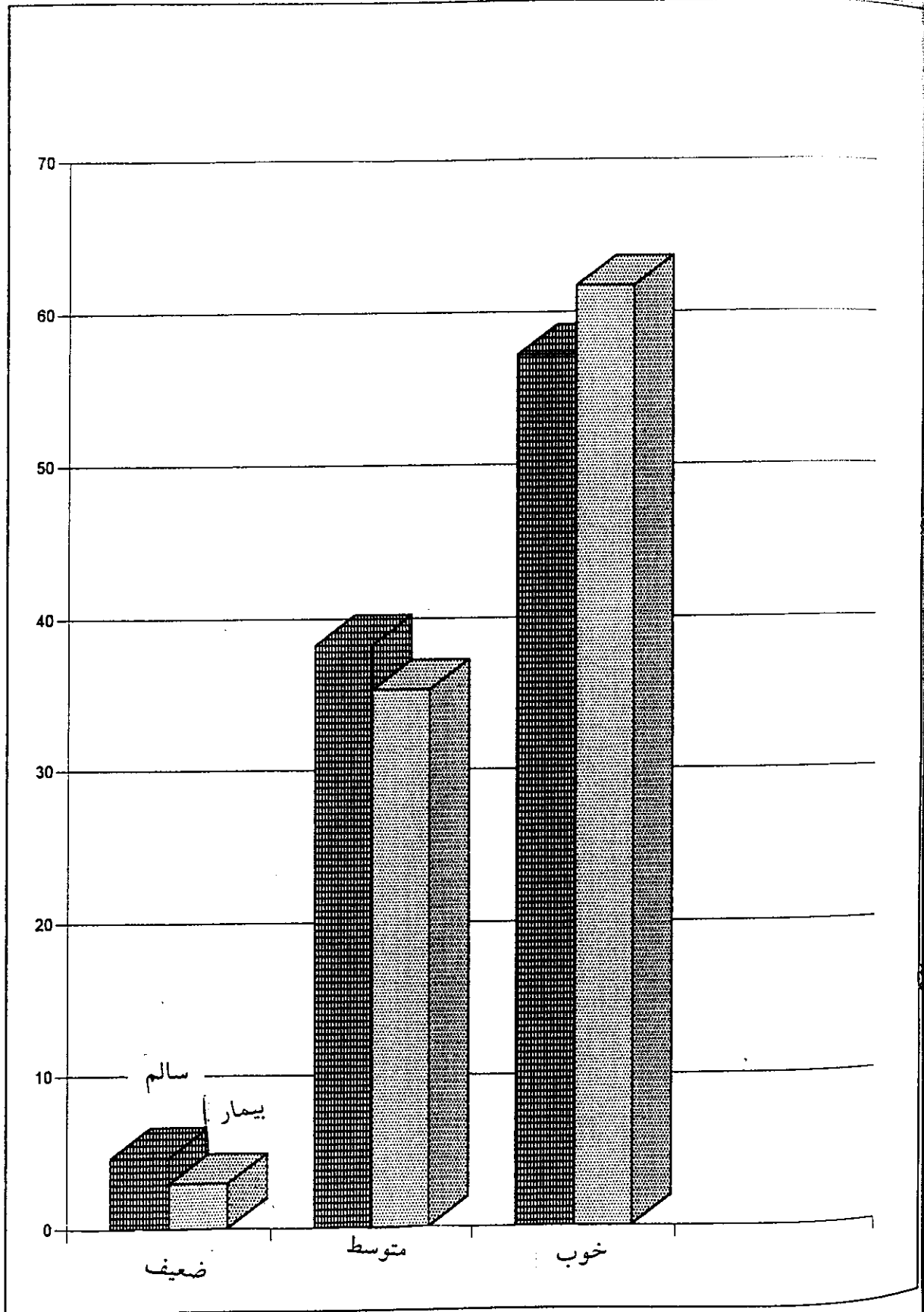
| شغل | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی |
|----------|--------------|--------------|
| خانه دار | ۱۴ | ۴۱/۱٪ |
| کارگر | ۸ | ۲۳/۶٪ |
| محصل | ۳ | ۸/۸٪ |
| کارمند | ۳ | ۸/۸٪ |
| شغل آزاد | ۶ | ۱۷/۷٪ |
| جمع کل | ۳۴ | ۱۰۰٪ |



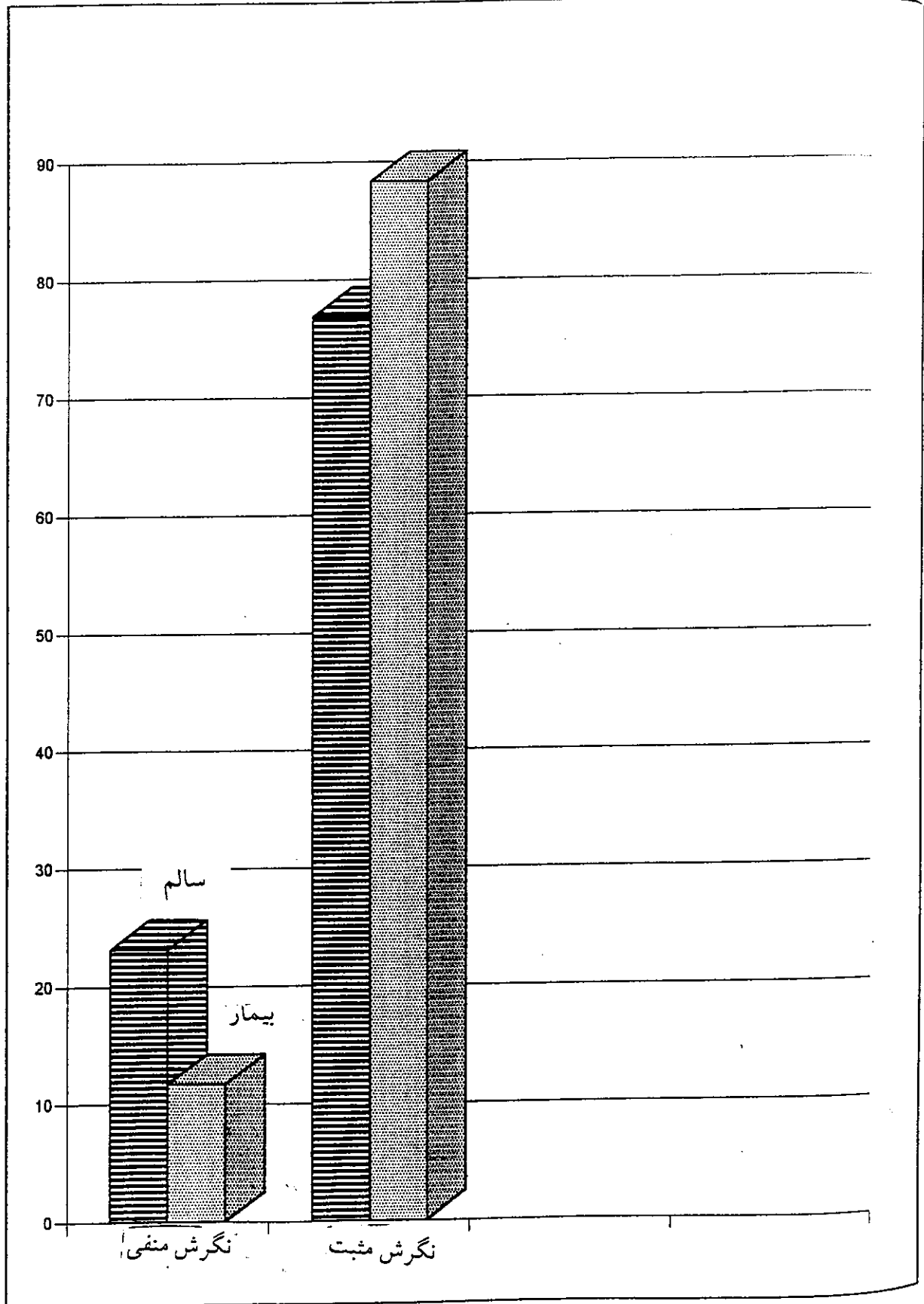
- گاهی در مورد ماهیت بیماری سل



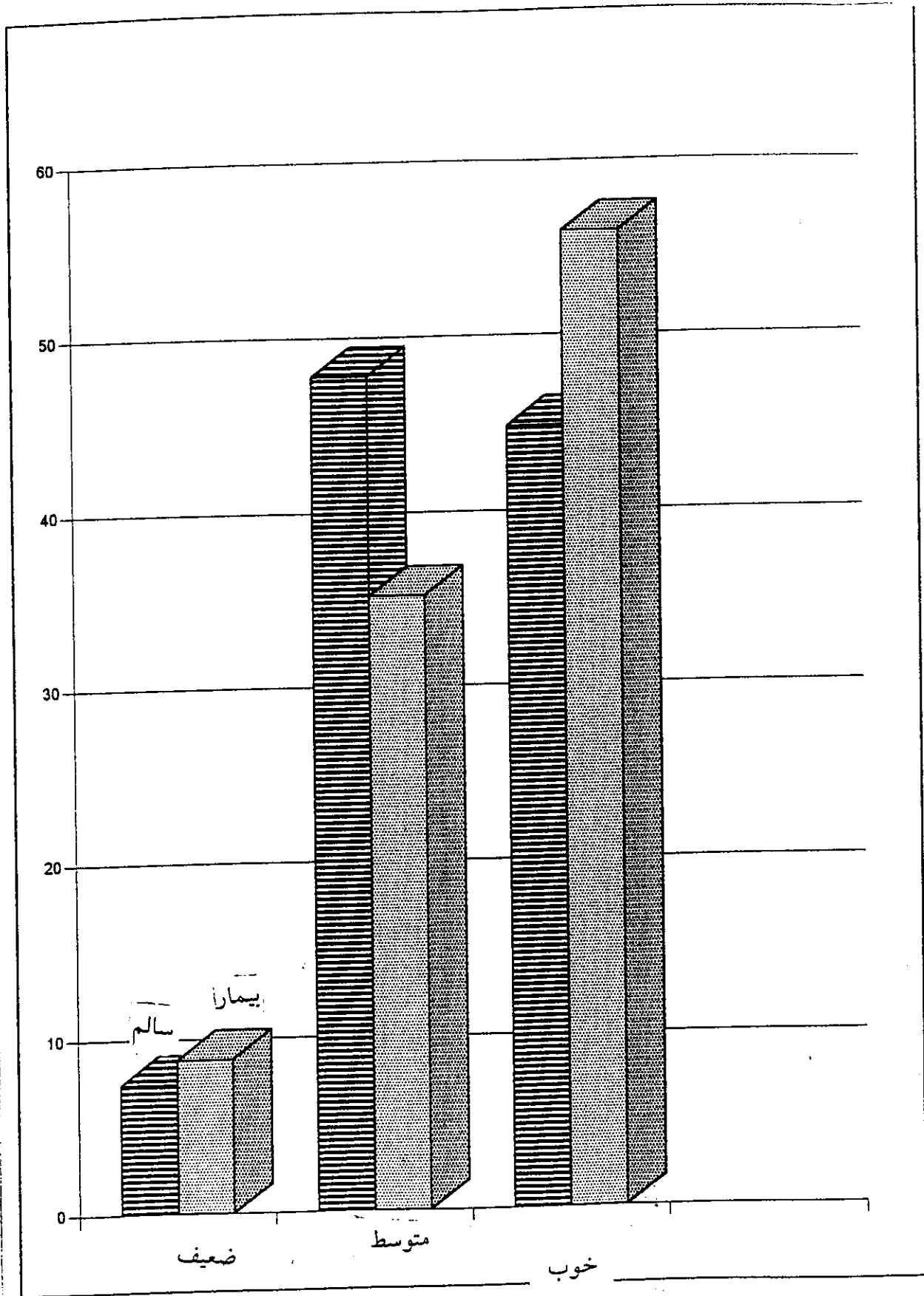
- آگاهی در مورد پیشگیری بیماری سل



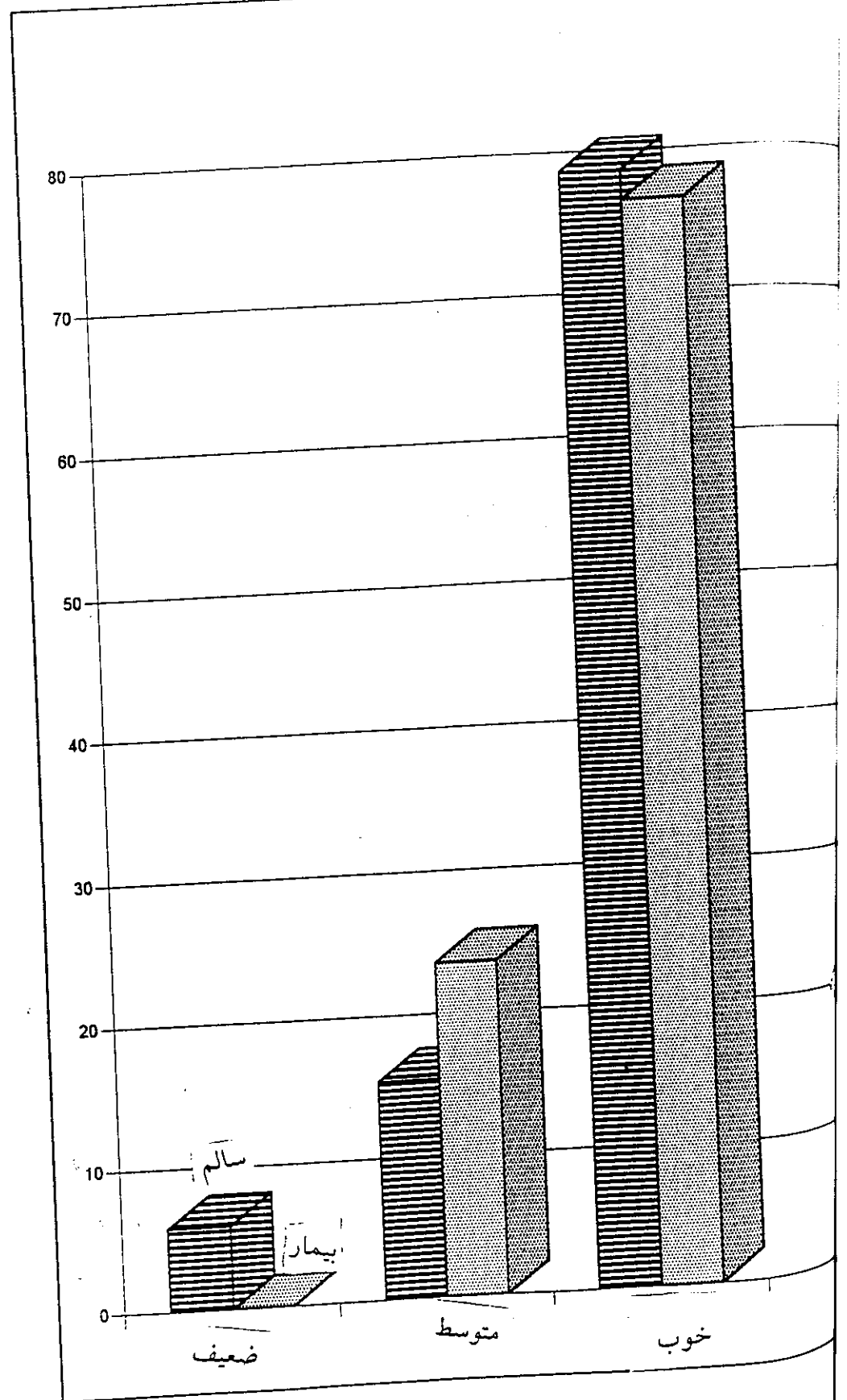
- آگاهی در مورد کنترل بیماری سل



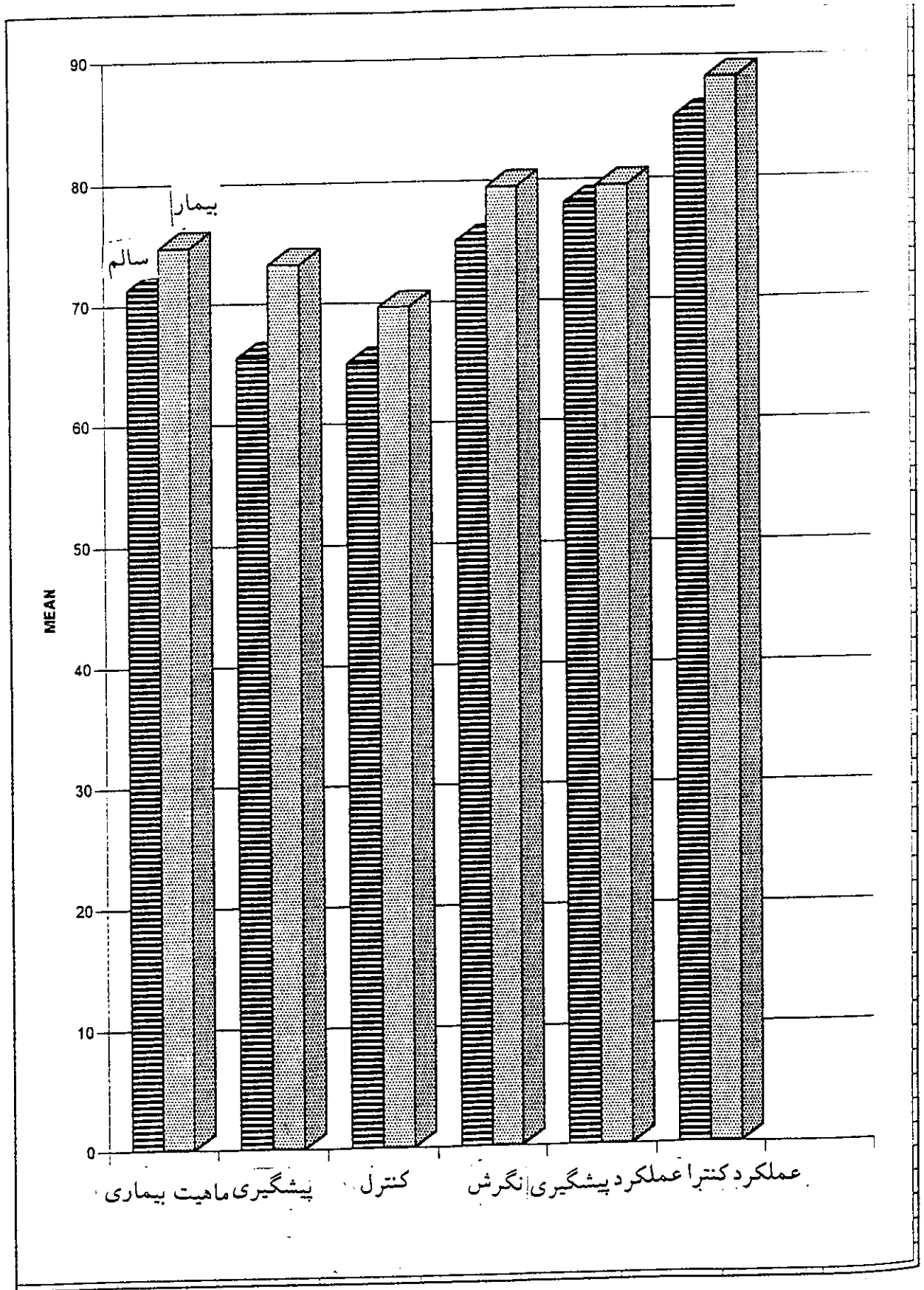
- نگرش واحدهای پژوهش در مورد بیماری سل



- عملکرد واحدهای پژوهش در پیشگیری از اسل



- عملکرد واحدهای پژوهش در کنترل



- میانگین نمرات واحدهای پژوهش در رابطه با متغیرهای آگاهی، نگرش و عملکرد

* کاردانی مامائی

دروس این دوره نیز به صورت نظری و عملی و نظری و کارآموزی و کارآموزی و کارآموزی در عرصه عرضه می شود.

جدول دروس عمومی دوره کاردانی مامائی :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|----------------------|------|
| ۱ | فارسی | ۳ |
| | در پرستاری | |
| ۲ | معارف اسلامی (۱) | ۲ |
| ۳ | زبان خارجه | ۳ |
| ۴ | اخلاق و تربیت اسلامی | ۲ |
| ۵ | تربیت بدنی | ۱ |
| جمع | | ۱۱ |

جدول دروس تخصصی دوره کاردانی مامائی :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|---|------|
| ۱ | اصول تغذیه و تغذیه مادر و کودک | ۲ |
| ۲ | تاریخ، اخلاق و مقررات مامائی | ۲ |
| ۳ | جنین شناسی | ۲ |
| ۴ | بارداری و زایمان (۱و۲) | ۶ |
| ۵ | نوزادان | ۲ |
| ۶ | فیزیوپاتولوژی و بیماریهای داخلی، جراحی، عفونی (۱و۲) | ۴ |
| ۷ | بیماریهای زنان | ۲ |
| ۸ | بهداشت خانواده و مادر و کودک شامل: (امور جمعیتی تنظیم خانواده و...) | ۲ |
| جمع | | ۲۲ |

جدول دروس پایه دوره کاردانی مامائی :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|---------------------------|------|
| ۱ | بیوشیمی | ۲ |
| ۲ | تشریح | ۳ |
| ۳ | فیزیولوژی | ۳ |
| ۴ | سلول شناسی و بافت شناسی | ۲ |
| ۵ | میکروب شناسی و انگل شناسی | ۴ |
| جمع | | ۱۴ |

جدول دروس اصلی دوره کاردانی مامائی :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|--|------|
| ۱ | اصول و خدمات بهداشتی جامعه و آموزش بهداشت | ۲ |
| ۲ | روانشناسی | ۲ |
| ۳ | داروشناسی (عمومی و اختصاصی) | ۲ |
| ۴ | اصول و فنون پرستاری و مامائی و روش کار در اتاق عمل | ۲ |
| جمع | | ۸ |

جدول کارآموزی دوره کاردانی مامائی :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|--|------|
| ۱ | اصول و فنون پرستاری و مامائی اطاق عمل بویژه مامائی و زنان | ۱ |
| ۲ | بارداری و زایمان (۱) و (۲) | ۲ |
| ۳ | نوزادان | ۱ |
| ۴ | تشانه شناسی و معاینات فیزیکی | ۱ |
| ۵ | بیماریهای داخلی و جراحی | ۱ |
| ۶ | بیماریهای زنان | ۲ |
| ۷ | بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده | ۱ |
| ۸ | | ۹ |

جدول کارآموزی در عرصه دوره کاردانی مامائی :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|---------------------------------------|------|
| ۱ | مقررات پزشکی قانونی | ۱ |
| ۲ | بارداری و زایمان | ۳ |
| ۳ | نوزادان نیازمند به مراقبتهای ویژه | ۱ |
| ۴ | بیماریهای زنان | ۱ |
| ۵ | بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده | ۲ |
| ۶ | جمع | ۸ |

« کاردانی علوم آزمایشگاهی:

دروس این دوره به صورت عملی و نظری و نظری و عملی - نظری و کارآموزی و کارآموزی خارج از آموزشکده عرضه می شود.

جدول دروس عمومی دوره کاردانی علوم آزمایشگاهی: جدول دروس اختصاصی دوره کاردانی علوم آزمایشگاهی:

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|------------------------------|------|
| ۱ | مقدمات آزمایشگاه | ۲ |
| ۲ | شیمی و میکروشناسی مواد غذایی | ۲ |
| ۳ | زبان اختصاصی | ۱ |
| ۴ | انگل شناسی | ۳ |
| ۵ | قارچ شناسی | ۲ |
| ۶ | ویروس شناسی | ۱ |
| ۷ | ایمنی شناسی | ۳ |
| ۸ | باکتری شناسی | ۴ |
| ۹ | خونشناسی به ضمیمه انعقاد | ۵ |
| ۱۰ | بانک خون | ۲ |
| ۱۱ | بیوشیمی بالینی | ۴ |
| ۱۲ | بافت شناسی | ۱ |
| ۱۳ | آسیب شناسی | ۲ |
| ۱۴ | کارآموزی بیمارستانی | ۳ |
| جمع | | ۳۵ |

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|-----------------------|------|
| ۱ | معارف اسلامی (۱) | ۲ |
| ۲ | فارسی | ۳ |
| ۳ | زبان خارجی | ۳ |
| ۴ | تربیت بدنی (عملی) | ۱ |
| ۵ | اخلاق و تربیت اسلامی | ۲ |
| ۶ | جمعیت و تنظیم خانواده | ۲ |
| جمع | | ۱۳ |

جدول کارآموزی در عرصه دوره کاردانی علوم آزمایشگاهی:

جدول دروس پایه دوره کاردانی علوم آزمایشگاهی:

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|------------------|------|
| ۱ | کارآموزی در عرصه | ۱۲ |
| جمع | | ۱۲ |

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|---------------|------|
| ۱ | فیزیک عمومی | ۲ |
| ۲ | فیزیک کاربردی | ۲ |
| ۳ | شیمی عمومی | ۳ |
| ۴ | بیوشیمی عمومی | ۳ |
| ۵ | زیست شناسی | ۱ |
| ۶ | آناتومی | ۱ |
| ۷ | فیزیولوژی | ۲ |
| جمع | | ۱۴ |

♦ کاردانی هوشبری :

دروس این دوره نیز به صورت عملی و نظری و نظری و کارآموزی و خارج از آموزشگاه برنامه ریزی شده است .

جدول دروس پایه و اصلی دوره کاردانی هوشبری :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|--------------------------------------|------|
| ۱ | فیزیک | ۲ |
| ۲ | فیزیولوژی | ۴ |
| ۳ | تشریح (آناتومی) | ۲ |
| ۴ | میکروبیشناسی و استریلیزاسیون | ۱ |
| ۵ | بیماری شناسی | ۳ |
| ۶ | داروشناسی (فارماکولوژی) | ۴ |
| ۷ | اصول پرستاری | ۱ |
| ۸ | اصطلاحات عمومی پزشکی و اختصاصی پزشکی | ۱ |
| ۹ | اصول مراقبتهای ویژه | ۲ |
| ۱۰ | رفتار در اتاق عمل | ۱ |
| ۱۱ | روش بیهوشی | ۱۲ |
| ۱۲ | روش احیای قلبی ریوی | ۲ |
| ۱۳ | معرفی بیمار | ۲ |
| ۱۴ | کارآموزی بیمارستانی (۱) | ۶ |
| ۱۵ | کارآموزی بیمارستانی (۲) | ۶ |
| جمع | | ۴۹ |

جدول دروس عمومی دوره کاردانی هوشبری :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|-----------------------|------|
| ۱ | معارف اسلامی (۱) | ۲ |
| ۲ | فارسی | ۳ |
| ۳ | زبان خارجی | ۳ |
| ۴ | تربیت بدنی (عملی) | ۱ |
| ۵ | اخلاق و تربیت اسلامی | ۲ |
| ۶ | جمعیت و تنظیم خانواده | ۲ |
| جمع | | ۱۳ |

جدول کارآموزی در عرصه دوره کاردانی هوشبری :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|------------------|------|
| ۱ | کارآموزی در عرصه | ۱۲ |
| جمع | | ۱۲ |

***کاردانی اطاق عمل :**

متوسط طول دوره کاردانی تکنسین اطاق عمل ۲ سال و نظام آموزشی آن مطابق آئین نامه آموزشی مراکز آموزشی مصوب شورایی عالی برنامه ریزی است. دروس به صورت عملی و نظری یا عملی + نظری و کارآموزی ارائه می شود.

جدول دروس عمومی دوره کاردانی اطاق عمل :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|-----------------------|------|
| ۱ | معارف اسلامی (۱) | ۲ |
| ۲ | فارسی | ۳ |
| ۳ | زبان خارجی | ۳ |
| ۴ | تربیت بدنی (عملی) | ۱ |
| ۵ | اخلاق و تربیت اسلامی | ۲ |
| ۶ | جمعیت و تنظیم خانواده | ۲ |
| جمع | | ۱۳ |

جدول دروس پایه دوره کاردانی اطاق عمل :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|----------------------|------|
| ۱ | تشریح | ۲ |
| ۲ | فیزیولوژی | ۲ |
| ۳ | روانشناسی | ۲ |
| ۴ | بهداشت فردی و همگانی | ۲ |
| ۵ | شیمی آلی و بیوشیمی | ۲ |
| ۶ | آسیب شناسی | ۱ |
| جمع | | ۱۱ |

جدول دروس اصلی دوره کاردانی اطاق عمل :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|-------------------------------------|------|
| ۱ | میکروب شناسی و انگل شناسی | ۳ |
| ۲ | فیزیک پزشکی و کاربرد آن در اطاق عمل | ۲ |
| ۳ | داروشناسی عمومی و اختصاصی | ۳ |
| ۴ | فن پرستاری و استریلیزاسیون | ۴ |
| ۵ | بیهوشی | ۱ |
| جمع | | ۱۳ |

جدول دروس تخصصی دوره کاردانی اطاق عمل :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|--|------|
| ۱ | بیماریهای داخلی | ۲ |
| ۲ | بیماریهای جراحی عمومی و اختصاصی | ۴ |
| ۳ | زنان و زایمان | ۲ |
| ۴ | روش کار در اطاق عمل عمومی و اختصاصی | ۶ |
| ۵ | اصطلاحات پزشکی و اصطلاحات رایج در اطاق عمل | ۲ |
| ۶ | بیهوشی روشهای احیای قلبی و ریوی | ۲ |
| ۷ | خون شناسی و انتقال خون | ۲ |
| ۸ | بخش استریل مرکزی (C.S.R) | ۲ |
| ۹ | تکنیک اطاق عمل اختصاصی | ۲ |
| ۱۰ | اصول مراقبت در اطاق و روشهای احیای قلبی ریوی | ۱ |
| جمع | | ۲۵ |

جدول کارآموزی در عرصه دوره کاردانی اطاق عمل :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|---------------------------------------|------|
| ۱ | کارآموزی در عرصه (تکنیک های اطاق عمل) | ۱۲ |
| جمع | | ۱۲ |

بهداشت محیط :

طول دوره کاردانی بهداشت محیط ۲ سال و نظام آموزشی آن مطابق آئین نامه آموزشی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی مصوب شورای عالی برنامه ریزی است .

جدول دروس عمومی دوره کاردانی بهداشت محیط : جدول دروس تخصصی دوره کاردانی بهداشت محیط :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|-----------------------|------|
| ۱ | معارف اسلامی (۱) | ۲ |
| ۲ | فارسی | ۳ |
| ۳ | زبان خارجی | ۳ |
| ۴ | تربیت بدنی (عملی) | ۱ |
| ۵ | اخلاق و تربیت اسلامی | ۲ |
| ۶ | جمعیت و تنظیم خانواده | ۲ |
| جمع | | ۱۳ |

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|--|------|
| ۱ | شیمی و میکروبیولوژی آب و فاضلاب | ۳ |
| ۲ | کارگاه لوله کشی آب و فاضلاب | ۱ |
| ۳ | اصول تصفیه و بهسازی منابع آب | ۲ |
| ۴ | دفع فاضلاب در اجتماعات کوچک | ۲ |
| ۵ | دفع مواد زائد در اجتماعات کوچک | ۲ |
| ۶ | کاربرد موتور تلمبه در تاسیسات آب و فاضلاب | ۲ |
| ۷ | کارگاه نصب و راه اندازی و تعمیر موتور تلمبه‌ها | ۱ |
| ۸ | حفاری و بهره برداری از چاه | ۱ |
| ۹ | اصول بهداشت هوا | ۱ |
| ۱۰ | بهداشت مواد غذایی | ۲ |
| ۱۱ | بهداشت مسکن و اماکن عمومی | ۱ |
| ۱۲ | گندزداها | ۲ |
| ۱۳ | آشنائی با پرتوها و پرتوزاها | ۱ |
| ۱۴ | کاربرد سموم و ناقلین | ۳ |
| ۱۵ | بهداشت حرفه‌ای | ۲ |
| ۱۶ | اقدامات بهداشتی در شرایط اضطراری | ۱ |
| ۱۷ | بهره برداری و نگهداری تاسیسات آب و فاضلاب | ۲ |
| جمع | | ۲۹ |

جدول دروس پایه و اصلی دوره کاردانی بهداشت محیط :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|----------------------------------|------|
| ۱ | فیزیک عمومی | ۲ |
| ۲ | شیمی عمومی | ۲ |
| ۳ | آمار حیاتی مقدماتی | ۲ |
| ۴ | اصول هیدرولیک | ۲ |
| ۵ | نقشه برداری | ۲ |
| ۶ | نقشه کشی (کارتوگرافی) | ۲ |
| ۷ | آموزش بهداشت | ۲ |
| ۸ | پاتوبیولوژی | ۲ |
| ۹ | اپیدمیولوژی بیماری‌های واگیر | ۲ |
| ۱۰ | جامعه‌شناسی شهری و روستائی | ۱ |
| ۱۱ | نظام عرضه خدمات بهداشتی و درمانی | ۱ |
| جمع | | ۲۰ |

جدول کارآموزی در عرصه دوره کاردانی بهداشت محیط :

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|------------------|------|
| ۱ | کارآموزی در عرصه | ۱۲ |
| جمع | | ۱۲ |

*بهداشت عمومی:

این رشته در مقطع کاردانی در دو گرایش بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها می باشد که به تفکیک به دروس هر کدام می پردازیم .
* بهداشت عمومی گرایش بهداشت خانواده:

جدول دروس عمومی دوره کاردانی بهداشت خانواده:

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|----------------------|------|
| ۱ | معارف اسلامی (۱) | ۲ |
| ۲ | فارسی | ۳ |
| ۳ | زبان خارجی | ۳ |
| ۴ | تربیت بدنی (عملی) | ۱ |
| ۵ | اخلاق و تربیت اسلامی | ۲ |
| جمع | | ۱۱ |

جدول دروس اصلی دوره کاردانی بهداشت خانواده:

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|--|------|
| ۱ | کلیات پزشکی | ۲ |
| ۲ | کمکهای اولیه | ۲ |
| ۳ | اصول تغذیه | ۲ |
| ۴ | فارماکولوژی | ۲ |
| ۵ | اصول توانبخشی و پیشگیری سطح ۳ | ۱ |
| ۶ | میکروبیولوژی (میکرب - قارچ - ویروس و انگل) | ۲ |
| جمع | | ۱۱ |

جدول دروس اختصاصی دوره کاردانی بهداشت خانواده: جدول کارآموزی در عرصه دوره کاردانی بهداشت خانواده:

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|---------------------------------------|------|
| ۱ | کارآموزی در عرصه (تکنیک های اطاق عمل) | ۱۲ |
| جمع | | ۱۲ |

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|---|------|
| ۱ | کلیات و اصول اپیدمیولوژی | ۲ |
| ۲ | بهداشت دهان و دندان | ۱ |
| ۳ | اصول بهداشت محیط | ۲ |
| ۴ | بهداشت دانش آموزان و مدارس | ۲ |
| ۵ | بهداشت سالمندان | ۱ |
| ۶ | جمعیت شناسی | ۱ |
| ۷ | تنظیم خانواده | ۲ |
| ۸ | بیماریهای شایع نوزادان و کودکان و راههای پیشگیری از آن در ایران | ۳ |
| ۹ | مدیریت و نظارت در مراکز بهداشتی درمانی کشور | ۲ |
| ۱۰ | آموزش بهداشت و ارتباطات | ۲ |
| ۱۱ | تکنولوژی آموزشی | ۱ |
| ۱۲ | اپیدمیولوژی بیماریهای شایع در ایران | ۲ |
| ۱۳ | بهداشت باروری | ۲ |
| ۱۴ | تغذیه کاربردی و رژیمهای غذایی | ۲ |
| جمع | | ۲۵ |

جدول دروس پایه دوره کاردانی بهداشت خانواده:

| ردیف | نام درس | واحد |
|------|-----------------------------|------|
| ۱ | فیزیک عمومی | ۱ |
| ۲ | شیمی عمومی | ۱ |
| ۳ | تشریح و فیزیولوژی | ۲ |
| ۴ | روانشناسی و بهداشت روانی | ۲ |
| ۵ | جامعه شناسی عمومی و روستائی | ۲ |
| ۶ | آمار حیاتی مقدماتی (۱) | ۲ |
| جمع | | ۱۰ |