

# بررسی تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیری کننده آرایشگران مرد شهر بابل در رابطه با بیماری هپاتیت B در سال ۱۳۸۲

علی ذبیحی<sup>۱</sup> دکتر کریم‌اله حاجیان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> مربی، گروه پرستاری<sup>۲</sup> دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل

مجله پزشکی هرمزگان سال هشتم شماره سوم پاییز ۸۳ صفحات ۱۳۳ تا ۱۳۸

## چکیده

**مقدمه:** هپاتیت‌ها شایع‌ترین بیماری کبد هستند. بعد از سل و مالاریا هپاتیت شایع‌ترین بیماری واگیر در دنیا است. در حدود ۳۵۰ میلیون نفر در دنیا ناقل مزمن هپاتیت B می‌باشند و ۳٪ مردم ایران ناقل این ویروس هستند (حدود ۲۵۰۰۰۰۰ نفر). مهم‌ترین عامل هپاتیت مزمن، نارسایی کبد و سرطان کبد در ایران هپاتیت B است. میزان شیوع هپاتیت B در آرایشگران نسبت به گروههای دیگر بیشتر است و اولین اقدام عمومی جهت پیشگیری از هپاتیت B آموزش عمومی مردم و بویژه گروههای در معرض خطر است. لذا هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و رفتارهای پیشگیری‌کننده آرایشگران مرد شهر بابل است.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی است که در آن تعداد ۸۰ نفر از آرایشگران مرد شهر بابل به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه با مصاحبه حضوری و مشاهده بود. پرسشنامه شامل چهار بخش بود قسمت اول مربوط به مشخصات فردی، قسمت دوم سؤالات مربوط به آگاهی، قسمت سوم سؤالات مربوط به نگرش و بخش چهارم مربوط به اقدامات پیشگیری‌کننده بیماری هپاتیت B می‌باشد. مصاحبه و مشاهده در دو مرحله، قبل و بعد از برنامه آموزش بهداشت انجام شد.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد که آگاهی خوب در قبل از آموزش ۳۲/۵٪ بوده و در بعد آموزش به ۹۳/۸٪ افزایش یافته و نگرش مثبت از ۸۱٪ به ۱۰۰٪ و رفتارهای بهداشتی خوب از ۷/۵٪ به ۱۸/۸٪ افزایش یافت. بطور کلی بین میانگین آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی در قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ( $p=0/000$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش دلالت می‌کند که آموزش در ارتقاء سطح آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی آرایشگران درباره هپاتیت B نقش مؤثر داشته است و لذا توصیه می‌شود کلاسهای بازآموزی و برنامه آموزش مداوم برای آرایشگران در مورد بیماریهای واگیردار به ویژه هپاتیت B توسط کارکنان بهداشتی در نظر گرفته شود.

**کلیدواژه‌ها:** نگرش - دانش - هپاتیت B - بابل - آموزش بهداشت

نویسنده مسئول:

علی ذبیحی

دانشکده پرستاری و مامایی،

گروه پرستاری - دانشگاه

علوم پزشکی بابل

بابل - ایران

B هستند. در حدود ۹۰ درصد ناقلین در جهان سوم و بیش از ۷۵ درصد آن در آسیا زندگی می‌کنند (۲). متأسفانه درحال حاضر در ایران ۳ درصد کل جمعیت (در حدود ۲/۵۰۰/۰۰۰ نفر) ناقل مزمن هپاتیت B هستند (۳). نهمین علت مرگ در دنیا آلودگی به

هپاتیت‌ها شایع‌ترین بیماری کبدی هستند. بعد از سل، مالاریا، هپاتیت شایع‌ترین بیماری واگیردار در دنیا است (۱). طبق آخرین گزارشات سازمان بهداشت جهانی در حدود ۳۵۰ میلیون نفر در دنیا ناقل مزمن ویروس هپاتیت

**مقدمه:**

آموزش بهداشت تحت پوشش برنامه‌های آموزشی قرار نداشته و از طرف دیگر مکرراً مشاهده شده که آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی آرایشگران نسبت به بیماری هپاتیت B ضعیف بوده و با توجه به شیوع این بیماری و نگرانی‌ها و پیگیری‌های بعضی از مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی این ضرورت احساس شد که آرایشگران شهر بابل تحت آموزشهای بهداشتی در زمینه‌های مختلف بویژه پیشگیری از این بیماری قرار گیرند.

### روش کار:

این پژوهش از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی است که در سال ۱۳۸۲ انجام شد. جامعه پژوهش آرایشگران مرد شهر بابل بوده است و روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای بوده که در مرحله اول نمونه‌گیری خوشه‌ای بوده که خوشه‌ها همان مراکز بهداشتی درمانی شهر بابل می‌باشد که ۲۸۰ نفر آرایشگر مرد را تحت پوشش دارند و ۶ تا از مراکز بهداشتی شهر بابل در قسمتهای مختلف شهر انتخاب شد و ۵ درصد آرایشگرهای تحت پوشش آنها به صورت تصادفی سیستماتیک در این مطالعه وارد شدند و تعداد نمونه مورد مطالعه ۸۰ نفر بوده است. این تعداد نمونه (۸۰ مورد) با توجه به ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد به منظور تعیین حداقل اختلاف معنی‌دار یک واحد در نمره آگاهی، نگرش و عملکرد برآورد گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه با مصاحبه حضوری و مشاهده بوده و پرسشنامه شامل چهار بخش است. قسمت اول مربوط به مشخصات فردی، قسمت دوم سؤالات مربوط به آگاهی، قسمت سوم مربوط به نگرش و بخش چهارم مربوط به اقدامات پیشگیری‌کننده بیماری هپاتیت B می‌باشد. ابتدا پژوهشگر با حضور در تک تک آرایشگاهها، میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی آرایشگران را از طریق تکمیل پرسشنامه و مشاهده تعیین کرده و بعد از آن برنامه آموزش بصورت آموزش چهره به چهره و پرسش و پاسخ در محل کار آنان و نیز ارائه جزوه

ویروس هپاتیت B است (۱) و سالیانه یک میلیون نفر به علت این بیماری می‌میرند (۴). در ایالات متحده برآورد می‌شود که ۱/۵ میلیون نفر آلوده به هپاتیت B هستند و تخمین زده می‌شود که سالانه ۳۰۰/۰۰۰ نفر به آنها اضافه می‌شوند و ۴۰۰۰ نفر سالانه به علت سیروز و ۱۰۰۰ نفر به علت کارسینومای هپاتوسلولار وابسته به هپاتیت B می‌میرند (۵).

در یک مطالعه وسیع در سال ۱۳۷۸ مشخص شد در حدود ۴۰ درصد افراد جامعه ما سابقه تماس با ویروس هپاتیت B را داشته‌اند که استان سیستان و بلوچستان بیشترین آلودگی (۵٪) و استان فارس کمترین آلودگی (۱/۷٪) را داشته است و ایران مثل سایر کشورهای خاورمیانه جزء مناطق با آلودگی متوسط محسوب می‌شود (۱).

این بیماری به دو صورت حاد و مزمن بوده و احتمال مزمن شدن هپاتیت حاد بر حسب سن متغیر است. عفونت در زمان تولد معمولاً از نظر بالینی بی‌سر و صدا است اما ۹۰ درصد احتمال مزمن شدن دارد (۶). یکی از عواقب جدی آلودگی با ویروس هپاتیت B، هپاتیت مزمن است زیرا این افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری شدید کبدی، مرگ و میر ناشی از سیروز یا سرطان هپاتوسلولار می‌باشند (۷).

با توجه به درمان مشکل و هزینه بیماری (هپاتیت B نوع حاد درمان ندارد) بهترین راه مقابله با این بیماری پیشگیری از آن است (۲) و توجه به عوامل مؤثر در انتقال هپاتیت B لازمه پیشگیری از آن می‌باشد و روشهای اصلی انتقال شامل روش تزریقی (پارانتال)، آمیزشی، گوارشی، پری ناتال و تماس بسیار نزدیک است (۸). که واضح‌ترین راه انتقال روش پارانتال بوده که از طریق انتقال پوستی مستقیم خون با پوست یا مخاط مجروح است (۱)، بنابراین با توجه به راههای انتقال بیماری و علل بروز آن انجام اقدامات پیشگیری و رعایت دستورات بهداشتی توصیه می‌گردد (۲).

اولین اقدام عمومی جهت پیشگیری از هپاتیت B آموزش عمومی مردم به ویژه گروههای در معرض خطر است (۳، ۱۱). آرایشگری از مشاغلی است که از نظر

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی و درصد آرایشگران مرد بر حسب مشخصه‌های دموگرافیک (بابل-۱۳۸۲)

درصد	فراوانی	مشخصه‌ها
۱۱/۳	۹	زیر ۲۰ سال
۲۷/۵	۲۲	۲۰-۲۴ سال
۲۱/۳	۱۷	۲۵-۲۹ سال
۱۸/۸	۱۵	۳۰-۳۴ سال
۷/۵	۶	۳۵-۳۹ سال
۱۳/۸	۱۱	۴۰ سال و بالاتر
۲/۸	۳	بیسواد
۲۰	۱۶	ابتدایی
۷۶/۳	۶۱	راهنمایی و دبیرستان
۰	۰	دانشگاهی
۱۲/۵	۱۰	کمتر از ۵ سال
۳۷/۵	۳۰	۵-۱۰ سال
۲۲/۵	۱۸	۱۰-۱۵ سال
۱۶/۳	۱۳	۱۵-۲۰ سال
۱۱/۳	۹	بیشتر از ۲۰ سال
۶۶/۳	۵۳	متاهل
۳۳/۸	۲۷	مجرد
۱۲/۵	۱۰	ضعیف
۷۳/۸	۵۹	متوسط
۱۳/۸	۱۱	خوب
۰	۰	عالی
۹۰	۷۲	دارم
۱۰	۸	ندارم

جدول شماره ۲ اثرات آموزش در افزایش نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی آرایشگران را نشان می‌دهد که بطور متوسط نمرات آگاهی پس از آموزش در مقایسه با قبل از آموزش ۲/۶ واحد ( $p=0/000$ ) و نمرات نگرش ۱/۸۸ واحد ( $p=0/000$ ) و نیز نمرات عملکرد ۱/۹۳ واحد ( $p=0/000$ ) افزایش معنی‌دار داشته است. میزان آگاهی آرایشگران در قبل از اجرای برنامه آموزش راجع به بیماری هپاتیت B غالباً (۵۵٪) در حد متوسط و ۳۲/۵٪ در حد بالا بوده است. منابع کسب اطلاعات شامل رسانه‌های گروهی (۴۱/۳٪)، مراقبین بهداشت (۲۶/۳٪) دوستان و آشنایان (۲۲/۵٪)، اعضاء خانواده (۸/۸٪) بوده است. اما بعد از آموزش میزان آگاهی بطور قابل توجهی (۹۳/۸٪) به سطح بالا ارتقاء پیدا کرد و آزمون آماری کای دو نیز اختلاف معنی‌داری را نشان داد (جدول شماره ۲).

آموزشی ۱۰ صفحه‌ای در مورد بیماری هپاتیت B بود که در مدت یک ماه اجرا گردید و بعد از گذشت ۲ الی ۳ ماه مجدداً ارزشیابی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی بدون اطلاع قبلی از طریق تکمیل پرسشنامه ۳۰ امتیازی و مشاهده توسط فرد آموزش دیده دیگری انجام شد و سپس یافته‌ها از پرسشنامه استخراج و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. ابتدا اطلاعات بدست آمده کدبندی شد و در تجزیه و تحلیل آماری از آزمونهای کای دو و T برای داده‌های زوج استفاده گردید. برای سنجش میزان آگاهی با توجه به تعداد ۱۰ سؤال مورد پرسش، ۲۰ امتیاز در نظر گرفته شد که افراد با ۱۰-۱۳ امتیاز در گروه آگاهی ضعیف، ۱۴-۱۶ امتیاز در گروه متوسط و ۱۷-۲۰ امتیاز در گروه خوب قرار گرفتند. لازم به ذکر است که افراد با امتیاز کمتر از ۱۰ وجود نداشته است. در بررسی امتیاز نگرش نیز با توجه به پاسخهای ۶ سؤال ۱۲ امتیاز در نظر گرفته شد که افراد با ۹-۱۲ امتیاز نگرش مثبت (باورهای صحیح و پیشگیرانه نسبت به هپاتیت B) و افراد با امتیاز ۸ و کمتر با نگرش منفی تلقی شدند. همچنین در بررسی امتیاز عملکرد بهداشتی با توجه به پاسخهای ۱۰ سؤال کل امتیاز ۳۰ در نظر گرفته شد که افراد با امتیاز ۳۰-۲۵ در گروه خوب و با امتیاز ۲۵-۲۰ در گروه متوسط و افراد با امتیاز کمتر از ۲۰ در گروه ضعیف قرار گرفتند.

### نتایج:

در این پژوهش ۸۰ نفر از آرایشگران مرد شهر بابل مورد بررسی قرار گرفتند که ۶۷/۶ درصد آنها در گروه سنی ۲۰-۳۵ سال قرار داشته‌اند. از نظر سطح سواد ۳/۷٪ بی‌سواد، ۲۰٪ سواد ابتدایی، ۷۶/۳٪ دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان بوده‌اند و ضمناً هیچکدام از آنها دارای تحصیلات دانشگاهی نبوده‌اند. از نظر سابقه کار آرایشگری ۳۷/۵٪ (۱۰-۵ سال)، ۲۲/۵٪ (۱۵-۱۰ سال)، ۶/۳٪ (۲۰-۱۵ سال) و ۱۲/۵٪ کمتر از ۵ سال سابقه کار داشته‌اند (جدول شماره ۱).

آزمون آماری کای دو نیز اختلاف معنی‌داری را نشان داد  
( $p < 0.05$ )

اما با توجه به یافته‌های این پژوهش بین مشخصه‌های دموگرافیک آرایشگران و میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی آنها در مورد هپاتیت B رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه‌گیری:

این پژوهش به منظور بررسی تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی آرایشگران مرد مورد مطالعه در خصوص بیماری هپاتیت B انجام شد و نتایج نشان داد که بعد از آموزش میزان آگاهی آرایشگران ارتقاء پیدا کرد. بر اساس مطالعات انجام شده، در کشورهای در حال توسعه معمولاً آرایشگران در مورد روشهای انتقال بیماریهای عفونی مثل هپاتیت آگاهی لازم را نداشته و بایستی برنامه‌های آموزشی جهت پیشگیری از هپاتیت در نظر گرفته شود (۱۰، ۱۲). متأسفانه هنوز اغلب افراد جامعه ما اطلاعات کافی و صحیح در خصوص بیماری هپاتیت ندارند و راه حل اصلی آن افزایش سطح آگاهی‌های مردم در این زمینه است (۲).

همچنین در بررسی Wiecha (۱۹۹۹) میزان آگاهی نوجوانان مهاجر امریکایی نسبت به بیماری هپاتیت B پایین بوده و ضرورت برنامه آموزش بهداشت تأکید شده است (۱۳). در مطالعه Latorre و همکاران (۲۰۰۲) میزان آگاهی دانش‌آموز دبیرستان راجع به بیماری هپاتیت B رضایت‌بخش نبوده و نیاز مبرم به برنامه آموزشی دارند (۱۴).

بر اساس یافته‌های این پژوهش بین میانگین نمرات نگرش واحدهای پژوهش در قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که نگرش مثبت راجع به بیماری هپاتیت B در بعد از آموزش بطور معنی‌داری بیشتر شده است. بنا بر گزارش علویان اکثریت مردم به دلیل عدم اطلاعات کافی و یا شنیدن اخبار غلط از سوی افراد ناآگاه و بی‌اطلاع نسبت به بیماری هپاتیت B وحشت دارند و تنها راه حل این موضوع افزایش سطح آگاهی‌های مردم است (۲، ۱۵). به بیان دیگر بهبود نگرش آرایشگران

جدول شماره ۲ - میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی آرایشگران مورد مطالعه در مورد هپاتیت B در قبل و بعد از آموزش (بابل-۱۳۸۲)

شاخص	$\bar{X} \pm SD$	اختلاف میانگین (%۹۵CI)	P-Value
آگاهی قبل از آموزش	۱۵/۵۱ $\pm$ ۲/۰۴	۲/۶	<۰/۰۰۰۱
آگاهی بعد از آموزش	۱۸/۱۱ $\pm$ ۱/۴۶	(۲/۱۴-۳/۰۵)	
نگرش قبل از آموزش	۹/۶۳ $\pm$ ۱/۴	۱/۸۸	<۰/۰۰۰۱
نگرش بعد از آموزش	۱۱/۵۲ $\pm$ ۰/۶۱	(۱/۶-۲/۱۶)	
عملکرد قبل از آموزش	۲۱/۲۶ $\pm$ ۱/۷۹	۱/۹۳	<۰/۰۰۰۱
عملکرد بعد از آموزش	۲۳/۲ $\pm$ ۱/۷۶	(۱/۵۹-۲/۲۷)	

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی و درصد میزان آگاهی، نگرش، عملکرد آرایشگران در مورد هپاتیت B در قبل و بعد از آموزش (بابل-۱۳۸۲)

شاخص	آموزش		قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آگاهی	بالا	۲۶	۳۲/۵	۷۵	۹۳/۸	
	متوسط	۴۴	۵۵	۴	۶/۲	
	پایین	۱۰	۱۲/۵	۰	۰	
نگرش	مثبت	۶۵	۸۱/۲	۸۰	۱۰۰	
	منفی	۱۵	۱۸/۸	۰	۰	
عملکرد	خوب	۶	۷/۵	۱۵	۱۸/۸	
	متوسط	۶۴	۸۰	۶۵	۸۱/۲	
	ضعیف	۱۰	۱۲/۵	۰	۰	

از نظر چگونگی نگرش آرایشگران نسبت به بیماری هپاتیت B در قبل از آموزش، ۸۱/۲٪ نگرش مثبت داشته‌اند و در بعد از آموزش تمامی نمونه‌های پژوهش نسبت به بیماری هپاتیت B نگرش مثبت پیدا کردند و آزمون آماری کای دو نیز اختلاف معنی‌داری را نشان داد ( $p < 0.05$ ). این نتایج در جدول شماره ۳ آورده شده است.

همچنین بررسی عملکرد بهداشتی آرایشگران در خصوص بیماری هپاتیت B نشان داد که اکثریت آرایشگران (۸۰٪) عملکرد متوسط داشته‌اند و ۷/۵٪ عملکرد خوب و ۱۲/۵٪ عملکرد ضعیف داشته‌اند ولی بعد از آموزش عملکرد ۱۹٪ از آرایشگران در حد خوب بهبود پیدا کرده و هیچ یک از آنها عملکرد ضعیف نداشته‌اند و

بررسی مشابه دیگر نیز بین متغیرهای دموگرافیک و آگاهی، نگرش و عملکرد آرایشگران مرد در زمینه هپاتیت B ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد و فقط بین متغیر سواد و KAP آرایشگران مرد در قبل از آموزش ارتباط معنی‌دار مشاهده شد (۱۷). همچنین در مطالعه Thompson و همکاران سطح آگاهی زنان کانادایی نسبت به بیماری هپاتیت B به ویژه در زنان کم سواد پایین بوده است و تلاشهایی در جهت ارتقاء سطح آگاهی آنها تأکید شده است (۱۸).

از آنجایی که آرایشگران در انتقال بیماری هپاتیت B نقش مؤثری دارند و بر اساس یافته‌های این پژوهش آموزش در ارتقاء آگاهی، نگرش و رفتارهای بهداشتی آنها درباره هپاتیت B مؤثر بوده، لذا توصیه می‌شود که کلاس‌های بازآموزی و برنامه‌های آموزشی مداوم برای آرایشگران در مورد بیماریهای واگیر به ویژه هپاتیت B توسط کارکنان بهداشتی در قالب برنامه آموزش بهداشت بطور مدون نهادینه گردد.

#### سیاسگزاری:

بدینوسیله لازم است از صنف آرایشگران مرد شهر بابل که در انجام این تحقیق ما را یاری کردند تشکر و سپاسگزاری بعمل آید.

نسبت به بیماری هپاتیت B به همراه شناسایی راههای انتقال بیماری و حذف آنها از طریق بالا بردن سطح آگاهی یکی از اقدامات مهمی است که می‌توان به کمک آن این بیماری را کنترل نمود.

همچنین با توجه به نتایج این پژوهش، میانگین نمرات عملکرد بهداشتی آرایشگران در خصوص هپاتیت B در بعد از آموزش بطور معنی‌داری افزایش یافته است، لذا به نظر می‌رسد که اجرای برنامه آموزشی در افزایش میزان عملکرد بهداشتی آرایشگران کارایی لازم را داشته است. بر اساس مطالعه Aadul Bari و همکاران آموزش آرایشگران جهت پیشگیری از رفتارهای غیربهداشتی منجر به کاهش قابل توجه انتقال بیماری هپاتیت B می‌شود و حتماً بایستی برنامه آموزش بهداشت جهت پیشگیری از بیماری هپاتیت B برای آنان در نظر گرفته شود (۱۰، ۱۲). ضمناً آرایشگران بایستی از طریق سمینارهای آموزشی اطلاعاتی راجع به عملکرد بهداشتی، محافظت از خود و مشتریان خود در مقابل بیماری هپاتیت B کسب کنند (۹).

نتایج این پژوهش نشان داد که بین مشخصه‌های دموگرافیک و آگاهی، نگرش و عملکرد بهداشتی آرایشگران مرد در مورد هپاتیت B ارتباط معنی‌دار وجود ندارد و با نتایج بررسی توکلی بین مشخصه‌های فردی و سطح آگاهی، نگرش و عملکرد بهیاران در مورد هپاتیت B ارتباط معنی‌دار وجود ندارد، همخوانی دارد (۱۶). در

## References

## منابع

1. ابراهیمی، ن. هپاتیت ویروسی و اتوایمیون. تهران، انتشارات تیمورزاده، چاپ دوم، ۱۳۸۰. ص ۸۰-۶۸، ۱۷-۱۶.
2. علویان، م. ابراهیمی، ن. ناقل هپاتیت، تهران، انتشارات تیمورزاده، چاپ دوم، ۱۳۸۰. ص ۶۳-۴۳-۱۹.
3. نیری، د. از هپاتیت B چه می‌دانید. فصلنامه بهروز، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان، مرکز بهداشت استان، ۱۳۸۲، ۲۴-۷: (۱)۱۴.
4. Baline F, Robert H, John L, Donald E, Stephen M, Suzanne U. Viral Hepatitis. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
5. Walter R, Merle A. Current diagnosis & treatment in infectious disease. New York: MC Grow-Hill; 2001.
6. عظیمی، ک. صرافی، م. ترجمه اصول طب داخلی هاریسون، بیماریهای کبد و مجاری صفراوی، تهران، انتشارات گلبن، ۱۳۸۰. ص ۷۹-۳۸.
7. Zali MR, Mohamad K, Farhadi A, Masjedi MR, Zargar A, Nowroozi A. Epidemiology of hepatitis B in the Islamic Republic of Iran. 1996;2(2):290-298.

8. Sherman M. The Epidemiology of hepatitis B in Canada. Available at URL: <http://WWW.hepnet.com/update 5.html>.
  9. Candan F, Alagozlu H, Poyraz O, Sumer H. Prevalence of hepatitis B and C virus infection in Barbers in the sivas region of Turkey. *Occup Med*. 2002;52(1):31-34.
  10. Bari A, Akhtar S, Rabbar MH, Luby Sp. Risk factors for hepatitis C virus infection in male adults in Rawal Pindi-Islamabad, Pakistan. *Trop Med Int Health*. 2001;6(9):732-738.
  11. Hilal OZ. Needs assessment for HIV/AIDS education: the level of knowledge about transmission in some risk groups in Turkey. *Ann Saudi Med*. 2002;22(3):172-176.
  12. Wang CS, Chang TT, Yao WJ, Chou P. Comparison of hepatitis B virus and hepatitis C virus prevalence and risk factors in a community-based study. *Am J Trop Med*. 2002;66(4):389-393.
  13. Wiecha JM. Differences in knowledge of hepatitis B among Vietnamese African-American, Hispanic and white adolescents in Worcester, Massachusetts. *Pediatrics*. 1999;104(5).
  14. La Torre G, De Vito E, Martellucci L, Langiano E, Ricciardi G. Knowledge attitudes and practices regarding sexually transmitted disease among students in 3 high schools in casino. *Ann Lg*. 2002;14(3):233-242.
  15. Taylor VM, Jackson JC, Chan N, Kuniyuki A, Yasui Y. Hepatitis B knowledge and practice among Cambodian American women in seattle. *Washington. J Community Health*. 2002;27(3):151-163.
- توکلی، ح. بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد بهیاران شهرستانهای بجنورد و شیروان در زمینه پیشگیری از هپاتیت B با استفاده از دو روش خودآموز و سخنرانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۲. ص ۲۱-۲۰.
- نیک‌نامی، ش. حمیدزاده، ی. بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت بر رفتارهای پیشگیری‌کننده از بیماری هپاتیت B در آرایشگرهای شهر اردبیل. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، ۱۳۸۰، ۳۵(۹):۸۱.
18. Thompson MJ, Taylor VM, Jasui Y, Hislop TG, Jackson JC, Kuniyuki A. Hepatitis B knowledge and practice among Canadian women in Vancouver, British, Columbia. *Can J Public Health*. 2003;94(4):281-286.