



## Håndhygiene i utviklingsland

*Hvilke faktorer er det viktig at sykepleier er bevisst i forbindelse med veiledning av håndhygiene i utviklingsland?*

Kandidatnummer: 1007

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: 9127

04. april 2019

## **Sammendrag**

### **Problemstilling**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i følgende problemstilling: Hvilke faktorer er det viktig at sykepleier er bevisst i forbindelse med veiledning av håndhygiene i utviklingsland?

### **Metode**

Oppgaven er en litterær studie, hvor det er anvendt eksisterende forskning og teori for å belyse problemstillingen.

### **Teori og forskning**

Utviklingsland har en høy barnedødelighet og hovedårsaken er diaré og luftveisinfeksjoner. Forskning har vist at det mest kostnadseffektive enkelttiltaket for å redusere barnedødeligheten er god håndhygiene. Samtidig er det liten sammenheng mellom kunnskapen om håndhygiene og etterlevelsen av den blant befolkningen i utviklingsland. Her har sykepleiere et ansvar for å drive forebyggende helsearbeid gjennom veiledning av god håndhygiene.

### **Drøfting / konklusjon**

Viktigheten av forebyggende helsearbeid drøftes sammen med 5 faktorer det er viktig at sykepleier er bevisst for å veilede i håndhygiene i utviklingsland. Faktorene er som følger: Kulturelle faktorer, sosioøkonomiske faktorer, kunnskapsfaktorer, fysiske faktorer og individuelle faktorer.

## **Abstract**

### **Research question**

Which factors are important for the nurse to be aware in connection to guidance of hand hygiene in developing countries?

### **Method**

This is a literary thesis, based on existing research and theory to discuss the research question.

### **Theory and research**

Developing countries have a high child mortality rate and the main causes are diarrhea and respiratory infections. Research shows that the most cost-effective individual measure to reduce the child mortality is hand hygiene. At the same time there is little correlation between the knowledge about hand hygiene and the compliance amongst the population.

### **Discussion / Conclusion**

The importance of preventive health care is discussed together with 5 factors which are important for the nurse to be aware when guiding a population in hand hygiene in developing countries. The factors are as following: Cultural factors, socio-economic factors, knowledge factors, physical factors and individual factors.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning.....</b>	<b>6</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	7
1.3 Begrepsavklaring .....	7
1.3.1 <i>Veilede</i> .....	7
1.3.2 <i>Håndhygiene</i> .....	7
1.3.3 <i>Utviklingsland</i> .....	7
1.4 Avgrensning.....	8
1.5 Oppgavens oppbygning .....	8
<b>2. Metode .....</b>	<b>9</b>
2.1 Litterær oppgave .....	9
2.2 Søkeprosessen.....	9
2.2.1 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> .....	9
2.2.2 <i>Søk i CINAHL</i> .....	10
2.2.3 <i>Søk i Academic Search Elite</i> .....	10
2.3 Kildekritikk .....	11
2.4 Utvalgte forskningsartikler .....	12
2.5 Analyse .....	12
2.6 Søk etter øvrig litteratur .....	13
<b>3. Teori.....</b>	<b>14</b>
3.1 Utviklingsland.....	14
3.1.1 <i>Barnedødelighet i utviklingsland</i> .....	14
3.2 Hygiene.....	15
3.2.1 <i>Håndhygiene</i> .....	15
3.2.2 <i>Spredning av smitte</i> .....	16
3.2.3 <i>Å bryte smittekjeden</i> .....	17
3.3 Forebyggende helsearbeid .....	17
3.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon .....	19
3.4.1 <i>Veiledning</i> .....	19
3.5 Kultur og interkulturell kommunikasjon .....	20
3.5.1 <i>Kultur</i> .....	20
3.5.2 <i>Forståelse</i> .....	20
3.5.3 <i>Interkulturell kommunikasjon</i> .....	21
<b>4. Drøfting.....</b>	<b>22</b>
4.1 Viktigheten av forebyggende helsearbeid.....	22
4.2 Påvirkende faktorer.....	23
4.2.1 <i>Kulturelle faktorer</i> .....	23
4.2.2 <i>Sosioøkonomiske faktorer</i> .....	24
4.2.3 <i>Kunnskapsfaktor</i> .....	26
4.2.4 <i>Fysiske faktorer</i> .....	27
4.2.5 <i>Individuelle faktorer</i> .....	28
<b>5. Oppsummering og konklusjon .....</b>	<b>31</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>32</b>
<b>VEDLEGG 1 .....</b>	<b>35</b>

*Se for deg en støvete, liten landsby, hvor husene er bygd av bambus. Regnet hamrer ned på takene, og mange av dem lekker. Landsbybefolkningen samler seg under de takene som er mest tette. Små barn leker i søla. En mor går med et nyfødt barn i armene. Barnet hennes ser nesten livløst ut. Sykepleieren går bort for å observere. Hun utstråler en rolig autoritet, full av medmenneskelighet, og moren beundrer henne. Sykepleieren ser at barnet er døende. Moren får tilbud om en midlertidig plass på barnehjemmet til barnet hennes, bare til barnet får kommet seg og blitt litt sterkere. Moren er skeptisk. Sykepleieren må komme tilbake en annen dag.*

*- Egen erfaring fra frivillig arbeid i utviklingsland*

## 1 Innledning

I 2010 døde ca. 8 millioner barn på verdensbasis (Rajaratnam mfl., 2010, s. 1988). I Afrika sør for Sahara dør 1 av 13 barn før de fyller 5 år, og dette er et tall som er 14 ganger høyere enn i høyinntektsland (UNICEF, 2018). Videre er Somalia, per 2017, det landet med høyest barnedødelighet, hvor den ligger på 127,2 per 1000 levendefødte (UNICEF, 2018).

Hovedårsaken til at barn under 5 år dør er diaré (24%), akutte luftveisinfeksjoner (23%) og andre infeksjoner (21%), til sammen utgjør disse årsakene 68% av barnedødeligheten (Jacobsen, 2014, s. 91).

Globalt sett er diaré og lungebetennelse noen av de største årsakene til at barnedødeligheten er høy (UNICEF, 2018). UNICEF (u.å.) informerer på sine hjemmesider om at håndhygiene er det mest kostnadseffektive tiltaket som kan redusere barnedødeligheten på verdensbasis. Det er videre en tydelig sammenheng mellom høy barnedødeligheten og land med lav inntekt (O'Hare, Makuta, Chiwula & Bar-Zeev, 2013).

Organisasjonen FN har satt en rekke bærekraftsmål som er gjeldende for hele verden. Disse målene er en arbeidsplan for hvordan verden kan utrydde fattigdom, bekjempe ulikheter og stoppe klimaendringen (FN, 2019). FNs bærekraftsmål nr. 3 er å *"sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder"* (FN, 2019). Ett av delmålene her, som FN ønsker å nå innen 2030, er å få slutt på den barnedødeligheten som kan forhindres, med et felles mål for alle land at den skal være på høyst 25 per 1000 levendefødte.

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Min forforståelse for dette temaet har jeg fått gjennom frivillig arbeid i et utviklingsland. Jeg har opplevd å se barn være døende på grunn av akutt underernæring som følge av diaré. Jeg har også erfart endringen som skjer når et barn får god behandling for diaré og dermed får muligheten til å bli frisk og sterk. Dette er noe som har gjort sterkt inntrykk på meg. Jeg har også hatt folkehelsepraksis i et utviklingsland hvor jeg og fire medstudenter gjennomførte et prosjekt for å forbedre håndhygiene i flere landsbybefolkninger. I utarbeidelsen av dette prosjektet oppdaget vi den store effekten god håndhygiene kan ha på barnedødeligheten i en befolkning gjennom å være forebyggende for diaré og luftveisinfeksjoner. Dette har derfor blitt et arbeid jeg har fått stor lidenskap for og jeg har et ønske om å jobbe med forebyggende helsearbeid som sykepleier i et utviklingsland. Dette er derfor et tema jeg anser som relevant for min fremtid som sykepleier.

Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge hvilke faktorer sykepleier må være bevisst når han eller hun skal veilede i håndhygiene for å forebygge barnedødeligheten i utviklingsland.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Hvilke faktorer er det viktig at sykepleier er bevisst i forbindelse med veiledning av håndhygiene i utviklingsland?

## **1.3 Begrepsavklaring**

Under defineres de sentrale begrepene i denne oppgaven, som også fremkommer i problemstillingen.

### **1.3.1 Veilede**

Dalland (2010, s. 127) definerer at veiledning er en veileder som bistår med faglig kunnskap og holdninger for å hjelpe den som veiledes med å definere sitt problem og oppnå de ferdighetene og den kunnskapen som trengs for å løse det.

### **1.3.2 Håndhygiene**

Håndhygiene defineres av Verdens helseorganisasjon (WHO) som en fellesbetegnelse for enhver håndrensende handling (WHO, 2009, s. 44). Videre defineres håndrensing som en handling hvor målet er å fjerne smuss, organisk materiale og/eller mikroorganismer (WHO, 2009, s. 44).

### **1.3.3 Utviklingsland**

Begrepet «utviklingsland» kan være vanskelig å definere, da det ikke finnes en felles definisjon på hvilke land som inkluderes i begrepet. Verdensbanken (engelsk The World Bank) har flere ulike måter å gruppere land på. En av dem er etter landets brutto nasjonale inntekt (BNI) og landene deles da inn i fire ulike grupper: lavinntektsland, lavere middelinntektsland, høyere middelinntektsland og høyinntektsland (The World Bank, 2019). Kommisjonen for utviklingsland (engelsk Commission for Developing Countries, CDC) definerer utviklingsland som land der BNI per innbygger ikke overstiger 11 000 amerikanske dollar (CDC, 2019). Etter Verdensbankens inndeling tilsvarer det lavinntektsland og lavere middelinntektsland (The World bank, 2019). Det er dette som legges til grunn for definisjonen av utviklingsland i denne oppgaven.

## 1.4 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til befolkningen i utviklingsland som sykepleier møter i forbindelse med forebyggende helsearbeid utenfor institusjon. Forhold som omhandler sykehus og helsepersonell ekskluderes derfor, selv om dette også kunne vært interessant å se på. Befolkningsgruppen avgrenses til grupper som har lav- eller middel lav-inntekt.

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i håndhygiene som desinfeksjon av hender ved vask med såpe og vann. Dette er fordi såpe er lettere tilgjengelig og billigere for befolkningen i lavinntektsland. I vedlegg 1 (WHO, 2009) vises hvordan håndhygienerutiner for håndvask med såpe og vann skal utføres, slik det er anbefalt av Verdens helseorganisasjon. Det er denne som legges til grunn for håndhygiene i denne oppgaven.

## 1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med innledningen som inkluderer førforståelse og bakgrunn for valg av tema, etterfulgt av avgrensning og definisjon av sentrale begrep.

Deretter kommer kapittelet om metode. Her presenteres begrepet metode og litterær metode som denne oppgaven bygger på. Deretter presenteres søkeprosessen sammen med kildekritikk og utvalgsriterier. Videre i metodekapittelet presenteres kort utvalgte forskningsartikler og annen relevant faglitteratur.

Etter metodekapittelet følger teorikapittelet. Her presenteres de ulike sentrale delene av teorien som er aktuell for å kunne svare på problemstillingen

Deretter kommer drøftingen. Her anvendes aktuell faglitteratur og forskningsartikler for å drøfte problemstillingen ut ifra ulike synspunkter. Oppgaven avsluttes etter dette med en oppsummering og konklusjon. Her oppsummeres oppgaven i korthet og det konkluderes ut ifra drøftingen.



## 2 Metode

Ifølge Dalland (2014, s. 111) er metode verktøyet som brukes når noe skal undersøkes. Videre forteller den noe om fremgangsmåten brukt for å finne eller etterprøve kunnskap. For å velge metode må det vurderes hva som vil gi gode data, det vil si den informasjonen som trengs, og som vil være til hjelp med å belyse problemstillingen på en faglig og interessant måte (Dalland, 2014, s. 111).

### 2.1 Litterær oppgave

En litterær oppgave bygges på skriftlige kilder hvor teori og forskning er grunnlaget for oppgaven, noe som krever strukturerte søk (Dalland, 2014, s. 223). Målet med strukturerte søk er å systematisk søke kunnskap gjennom å gjøre kritiske søk, vurdere resultatene og oppsummere funnene.

### 2.2 Søkeprosessen

Til denne oppgaven er det brukt to databaser: CINAHL og Academic Search Elite. Disse databasene ble valgt fordi de inneholder publikasjoner fra tidsskrifter som er aktuelle for sykepleie og helse. Det er flere databaser som kunne blitt brukt, men det er her valgt å fokusere på disse to for å redusere antall treff, og dermed arbeidsmengden som kreves for å gå gjennom søkeresultatene. Dette var nødvendig på grunn av oppgavens tidsbegrensning. Det er allikevel verdt å nevne at dette valget kan ha ekskludert artikler som er relevante for problemstillingen.

Det ble også gjennomført søk etter skandinavisk litteratur, men da dette ga lite relevant litteratur er ikke dette presentert i oppgaven.

#### 2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I tabell 1 presenteres de ulike inklusjons- og eksklusjonskriteriene som er brukt for å finne relevante artikler.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert mellom 2008 og 2019	Artikler uten sammendrag
Fagfellevurdert	
Engelsk / skandinavisk	

**Tabell 1:** Utvalgsriterier

Før søket ble gjennomført ble inklusjonskriteriene valgt i databasen. Dette gjør at alle resultatene som vises vil oppfylle inklusjonskriteriene.

### 2.2.2 Søk i CINAHL

Søket ble gjennomført den 16. Januar 2019. Tabell 2 viser hvordan søket ble bygd opp.

Søk	Søkeord	Antall treff
1	Nurse	140 271
2	Supervise	365
3	Supervision	9 171
4	Handwashing	3 478
5	Hand hygiene	2 001
6	Child mortality	1 948
7	Under five	1 673
8	Developing countries	16 263
9	Low income countries	1826
10	Low middle income countries	192
<b>Kombinasjonssøk – utvidelse av søket</b>		
11	#2 OR #3	9 419
12	#4 OR #5	3 959
13	#6 OR #7	3 377
14	#8 OR #9 OR #10	17 709
<b>Kombinasjonssøk – Begrensning av søket</b>		
15	#1 AND #11 AND #12 AND #13 AND #14	0
16	#11 AND #12 AND #13 AND #14	0
17	#12 AND #13 AND #14	7
18	#12 AND #13	22

*Tabell 2: Søk gjennomført i CINAHL.*

For å velge ut aktuelle artikler fra dette søket ble først titlene lest. På bakgrunn av tittelen ble 11 artikler ekskludert. Abstraktet i de resterende 11 artiklene ble lest, men ingen ble vurdert ekskludert på bakgrunn av dette. Derfor ble 11 artikler lest i sin helhet, og ut ifra dette ble 3 artikler ansett som relevante og dermed inkludert i oppgaven.

### 2.2.3 Søk i Academic Search Elite

Søket ble gjennomført den 16. Januar 2019, tabell 3 viser hvordan søket ble bygd opp.

Søk	Søkeord	Antall treff
1	Nurse	112 187
2	Supervise	1 068
3	Supervision	17 888
4	Handwashing	1 252
5	Hand hygiene	1 340
6	Child mortality	3 625
7	Under five	4 585
8	Developing countries	39 900
9	Low income countries	4 937
10	Low middle income countries	375
<b>Kombinasjonssøk – utvidelse av søket</b>		
11	#2 OR #3	18 730
12	#4 OR #5	2 168
13	#6 OR #7	7 687

14	#8OR #9 OR #10	44 277
<b>Kombinasjonssøk – Begrensning av søket</b>		
15	#1 AND #11 AND #12 AND #13 AND #14	0
16	#11 AND #12 AND #13 AND #14	0
17	#12 AND #13 AND #14	7
18	#12 AND #13	32

*Tabell 3: Søk gjennomført i Academic Search Elite.*

I dette søket ble det funnet totalt 32 artikler. 9 artikler ble ekskludert da de allerede var funnet i søket i CINAHL. Videre ble 16 artikler ble ekskludert på grunn av tittel. Deretter ble abstraktet lest i de resterende 7 artiklene, men dette ga lite grunnlag for å ekskludere. Derfor ble de samme artiklene lest i sin helhet, og etter dette ble 1 artikkel ansett som relevant og derfor inkludert i oppgaven.

### 2.3 Kildekritikk

For å gjennomføre et litteratursøk på en systematisk måte kan det være greit å dele opp i noen hovedområder man skal sette kriterier for. Dalland (2014, s. 71) foreslår disse 5 områdene: Fag, nivå, tid, språk og geografi. I tabell 4 presenteres kriteriene brukt innenfor de ulike områdene for å vurdere om aktuelle forskningsartikler og faglitteratur var relevant for problemstillingen.

Område	Kriterier for utvelgelse
Fag	Fagområdet skal omhandle helse eller sykepleie. Grunnen til at det ikke avgrenses til kun sykepleie er at mye av forskningen på området om håndhygiene i utviklingsland ikke fokuserer på sykepleierens rolle, men heller forsker på temaet ut ifra et forebyggende helse-perspektiv.
Nivå	Slik som det ble nevnt i inklusjonskriteriene skal forskningsartiklene være fagfelleverdert. Annen litteratur som er brukt skal i hovedsak være fagbøker eller lærebøker. Andre artikler skal være forskningsbasert og ikke meningsytringer.
Tid	Forskningsartiklene skal ikke være eldre enn 10 år. Annen litteratur kan være eldre, da det er mer etablert teori som ikke oppdateres ofte.
Språk	Forskningsartikler og faglitteratur skal være på engelsk eller skandinaviske språk.
Geografi	Forskningsartiklene skal gjelde utviklingsland. Annen litteratur kan ta utgangspunkt i Norge, men må da vurderes hvordan den brukes i drøftingen da problemstillingen omhandler situasjonen i utviklingsland.

*Tabell 4: Kriterier for utvelgelse av forskningsartikler og litteratur ut ifra Dallands (2010, s. 71) fem foreslåtte områder.*

Noen av artiklene ble ekskludert på grunn av tittel. I disse tilfellene handlet tittelen om noe som ikke var inkludert i kriteriene beskrevet over. For eksempel kunne tittelen vise til at artikkelen omhandlet forhold på sykehus, noe oppgaven er avgrenset til ikke å drøfte. Andre eksempler kan være at artikkelen ikke omhandlet utviklingsland.

Denne filtreringen av artikler kan ha utelukket spennende forskning på området, men det var nødvendig for å utnytte oppgavens tidsbegrensning best mulig.

I tillegg kan søkeordene ha begrenset søket. Ordet ”supervise” er ikke nødvendigvis den beste oversettelsen av ordet ”veilede”. Søkeordet ga ingen treff og måtte ekskluderes for å få aktuelle treff i søkene. Her kunne det blitt brukt andre ord for å favne veiledning bedre. Allikevel har diverse håndsøk vist at det ser ut til å være lite forsket på hvordan man kan veilede i håndhygiene. Derfor presenteres veiledningsteori alene og blir senere i oppgaven knyttet sammen med forskningslitteraturen.

## 2.4 Utvalgte forskningsartikler

Her presenteres kort de ulike forskningsartiklene valgt ut fra litteratursøket beskrevet over og håndsøk. Det beskrives kort hvorfor artiklene ble ansett som relevante for denne oppgaven.

Tittel	Forfattere	Årstall	Relevans for oppgaven
Washing with hope: evidence of improved handwashing among children in South Africa from pilot study of a novel soap technology	Burns, J., Maughan-Brown, B. & Mouzinho, A.	2018	Det å etablere en ny håndhygiene-rutine er å etablere en ny vane. Artikkelen beskriver et intervensjonsstudie hvor det deles ut gjennomsiktig såpe med leketøy inni for å gjøre håndvask målrettet og gøy for barna.
Does depression moderate handwashing in children?	Slekiene, J. & Mosler, H-J.	2018	Artikkelen beskriver hvordan psykisk helse og psykisk sykdom, som depresjon, påvirker barns etterlevelse av håndhygiene
The context and practice of handwashing among new mothers in Serang, Indonesia: a formative research study	Greenland, K., Iradati, E., Ati, A., Maskoen, Y. Y. & Aunger, R.	2013	Mødre er de som har mest kontakt med barn under 5 år, og derfor bærer de et viktig ansvar. Det er aktuelt å se på deres rutiner rundt håndhygiene, både for deres smittespredning og fordi det er de som lærer sine vaner videre til barna.
Three kinds of psychological determinants for hand-washing behaviour in Kenya	Aunger, R., Schmidt, W.-P., Ranpura, A., Combees, Y., Maina, P., Matiko, C. & Curtis, V.	2010	For å kunne veilede i håndhygiene er det viktig å vite hvorfor rutinen er som den allerede er. Artikkelen tar for seg tre hovedgrunner for å forklare holdningen i forhold til håndhygiene i utviklingsland.

*Tabell 7: Kort presentasjon av forskningsartiklene utvalgt fra litteratursøket.*

## 2.5 Analyse

For å organisere funnene i de utvalgte forskningsartiklene ble alle artiklene lest med mål om å finne ulike faktorer som kunne gi et overblikk over problemstillingen. Disse faktorene legger grunnlaget for drøftingsdelen av denne oppgaven. De aktuelle faktorene er som følger: Kulturelle faktorer, sosioøkonomiske faktorer, kunnskapsfaktorer, fysiske faktorer og individuelle faktorer.

## **2.6 Søk etter øvrig litteratur**

For å finne annen relevant faglitteratur ble pensumlitteraturen fra tidligere fag i studiet gjennomgått. Det ble også gjort flere håndsøk gjennom Oria, bibliotekets database, i tillegg til å bruke snøballmetoden i litteraturlisten til artikler som handlet om temaet. Fagpersoner som jobber innenfor folkehelse ble også spurt om råd, og noe av faglitteraturen ble valgt ut på bakgrunn av dette.

## 3 Teori

### 3.1 Utviklingsland

Begrepet utviklingsland er et omdiskutert begrep, da det er blitt kjent for å innebære en generalisering som impliserer at utviklingslandene er i lavere rang enn land i andre enden av spekteret, ofte kalt industriland. Allikevel har begrepet blitt brukt som en samlebetegnelse på Sør-Amerika, Karibien, Afrika og Asia (Williams, Meth & Willis, 2014, s. 25). Begrepet er i ferd med å bli erstattet med "land i sør" eller bare "Sør", men dette gir heller ingen god indikasjon på hvilke land som hører til denne definisjonen (Leerand, 2011). Det er derfor et begrep som er i stadig utvikling, men som fortsatt brukes i stor grad i dag.

#### 3.1.1 Barsedødelighet i utviklingsland

De store internasjonale organisasjonene som Verdens Helseorganisasjon, Verdensbanken, FN og UNICEF jobber ut ifra begrepet barsedødelighet definert som antall dødsfall per 1000 levendefødte barn under 5 år (Solhjell, 2014, s. 552). Det er denne definisjonen denne oppgaven baseres på.

Barsedødelighet kan ofte deles inn i flere undergrupper, beregnet per 1000 levendefødte. Disse undergruppene definerer hvor gammelt barnet er når det dør. Spedbarnsdødelighet beskriver barn som dør i løpet av sitt første leveår (Lie, 2018). Globalt sett er spedbarnsdødeligheten og "under-5-års-dødeligheten" den viktigste indikatoren på folkehelsen (Lie, 2017). Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer barn som personer fra 0 til og med 17 år (barn, 2011). I alderen 0 til 5 år er barn ekstra sårbare, og 90% av barn som dør, dør i denne aldersperioden (FN, u.å.). Antall barn som blir over 5 år kan fortelle oss noe om hvor godt samfunnet fungerer i forhold til helse.

Nesten all barsedødelighet oppstår i lavinntektsland, hvor de største årsakene er infeksjoner som diaré og lungebetennelse, manglende helsetilbud og underernæring (Jacobsen, 2014, s. 87). Infeksjoner kan i stor grad forebygges ved å hindre smitte (Degré, 2014, s. 291). Det mest kostnadseffektive og enkleste enkeltstående tiltaket for å hindre smitteoverføring som dette er å praktisere god håndhygiene (UNICEF, u.å.).

Diaré og andre bakterieinfeksjoner står for 45 % av barsedødeligheten i utviklingsland (Jacobsen, 2014, s.91). Jacobsen (2014, s. 91-92) forklarer at diaré kan komme av en virusinfeksjon, men denne typen kan forebygges med vaksine, eller det kan komme av en

bakterieinfeksjon som i hovedsak er forårsaket av smitte fra andre og kontaminert drikkevann eller mat. Ved diaré vil man få en økning i både mengden avføring og hyppigheten. Dette fører til dehydrering og ubalanse i elektrolytter. I verste fall kan dette igjen føre til nyre- og hjertesvikt og dermed død (Jacobsen, 2014, s. 91). Årsakene til diaré kan blant annet forebygges ved bedre vannkvalitet og sanitære forhold. Det kan være dyrt og krevende å forbedre dette, og derfor er håndhygiene det mest kostnadseffektive enkelttiltaket for å forebygge denne typen sykdom (UNICEF, u.å.).

Luftveisinfeksjoner står alene for 21 % av barnedødeligheten i utviklingsland (Jacobsen, 2014, s. 91). Jacobsen (2014, s. 91-92) forklarer at ved luftveisinfeksjoner vil det samles væske i lungene og dette gjør at kroppen ikke klarer å ta inn nok oksygen eller kvitte seg med nok karbondioksid. Hos barn kan denne sykdommen raskt bli svært alvorlig og de kan fort bli blå i huden på grunn av mangel på oksygen (Jacobsen, 2014, s. 96). Vanligvis er luftveisinfeksjoner forårsaket av bakterier som det finnes vaksiner mot. Vanlig behandling av en alvorlig luftveisinfeksjon er antibiotika (Jacobsen, 2014, s. 97). Vaksiner og antibiotika kan være dyrt og er ofte lite tilgjengelig i utviklingsland. Det viktigste forebyggende tiltaket er derfor å stoppe smittespredning mellom syke og friske personer, og dette gjøres ved å opprettholde god håndhygiene (UNICEF, u.å.).

## **3.2 Hygiene**

Skaug (2014, s. 331) definerer hygiene som helse og definisjonen omfatter alt som er til fordel for helsen vår. Begrepet forbindes ofte kun med renslighet, men det innebærer faktisk alle forhold som bedrer vår helse og velvære (Skaug, 2014, s. 331).

### **3.2.1 Håndhygiene**

Håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket og en meget viktig måte å bryte en smittekjede på (Skaug, 2014, s. 342). God håndhygiene kan defineres som desinfeksjon ved hjelp av et alkoholbasert desinfeksjonsmiddel eller ved hjelp av håndvask med såpe og vann. (Skaug, 2014, s. 343).

Hendene våre er i kontakt med det meste rundt oss, og er derfor en vanlig smittevei. En grunnleggende tankegang for håndhygiene er at det utføres før man tar på noe rent og etter at man har tatt på noe urent (Degré, 2014, s. 291).

Burns mfl. (2018) gjennomførte en intervensjonsstudie i Sør Afrika hvor målet var å se effekten på barns helse ved å gjøre håndhygiene målrettet og gøy for barn. I utarbeidelsen av studien fant de ut at håndhygiene er en automatisk handling og at det kreves en endring i vanene hos barn. Studien gikk ut på å gi barna en gjennomsiktig såpe med et leketøy inni til barna. Dette skulle føre til at barna vasket hendene med såpe oftere for å få tak i leken inni såpen, og på denne måten gjøre håndvask med såpe til en vane. Det de så fra denne studien var at såpebruken fikk en større effekt da såpen ble brukt mer og oftere, og det var høyere sannsynlighet for at barna vasket hendene på eget initiativ. Studien viste at barna som hadde brukt såpen som den var ment hadde mindre sannsynlighet for å bli syke. Denne helseeffekten viste seg å være størst hos de som hadde dårligst håndhygiene i utgangspunktet, men studien mangler statistisk gjennomslag. På generell basis var det større sannsynlighet for at barna vasket seg på hendene med såpe etter toalettbesøk, og større sannsynlighet for at de faktisk brukte såpe istedenfor å bare skylle hendene i vann.

Det kan være flere faktorer som påvirker i hvilken grad håndhygiene etterleves. Slekiene og Mosler (2018) gjorde en tverrsnittstudie med intervju av barn gjennomført ansikt til ansikt hvor de så på hvilken påvirkning depresjon hadde på håndhygiene hos barn. I studien påpekes det at depresjon er en psykisk sykdom som kan påvirke daglige aktiviteter i negativ retning, og da håndvask er noe som må utføres mange ganger om dagen er dette en handling som er spesielt utsatt for å bli nedprioritert. Depresjon er vanlig i utviklingsland da mange lever under dårlige forhold, og gjennom intervjuer i den ovennevnte studien fant de at mer enn halvparten av de spurte barna var deprimert. Studien viste også at de deprimerte barna vasket hendene sjeldnere enn de andre barna, noe som kom av at de oftere glemmer håndhygiene og føler mindre behov for å vaske hendene med såpe.

### 3.2.2 Spredning av smitte

Smittekjeden forklarer hvordan smitte spres og overføres fra en person til en annen.

Smittekjeden består av 6 ulike elementer som alltid er en del av en smitteoverføring (Degré, 2014, s. 96):

- Smittestoff
- Smittekilde
- Utgangsport
- Smittevei/smittemåte
- Inngangsport
- Smittemottaker



Ut fra denne smittekjeden kan spredning av smitte forklares slik:

Smittestoffet er en mikrobe som bærer sykdom, i dette tilfellet en bakterie. Bakterien kommer fra en smittekilde som kan være en annen person. Den syke personen hoster i hånden, og bakterien har da forflyttet seg fra den syke personen til hånden via munnen som da er utgangsporten. Den syke personen tar en frisk person i hånden, og bakterien flyttes dermed via dråper over på den friske personens hånd, og dråpene er dermed blitt smitemåten. Den friske personen går så og spiser mat med hendene og får da dråpene inn via munnen som nå er blitt inngangsport for bakterien. Den friske personen har nå blitt en smitemottaker.

### **3.2.3 Å bryte smittekjeden**

For å forhindre smitte må smittekjeden brytes i ett eller flere ledd. Det finnes mange måter dette kan gjøres på. Blant annet kan smittestoffet ufarliggjøres via vaksine, smitekilden kan bli isolert eller smitteveien kan blokkeres (Degrè, 2014, s. 96-99).

Vaksiner kan være dyrt og utilgjengelig for mange mennesker i utviklingsland og det å isolere smitekilden kan være krevende og vanskelig å gjennomføre da folk ofte bor tett på hverandre uten mulighet for separate rom. Det som derimot kan være enkelt å gjøre noe med er å blokkere smitteveien. Hendene kommer ofte i kontakt med smitte. Dette kan være gjennom kroppsvæsker fra en selv, andre personer eller ved kontakt med smitekilden. Det kan derfor være avgjørende å utføre korrekt håndvask på kritiske tidspunkt, for eksempel etter toalettbesøk og før matlaging eller spising for å forebygge spredning av sykdommer som diaré og luftveisinfeksjoner (Bloomfield & Nath, 2013, s. 38).

## **3.3 Forebyggende helsearbeid**

Forebyggende helsearbeid handler om å forebygge sykdom, skade og tidlig død, men det handler også om å fremme folkehelse og bidra til at helsen kan bli en positiv ressurs i hverdagslivet (Mæland, 2009, s. 13). Ett av sykepleierens ansvarsområder er det forebyggende helsearbeidet. I følge regjeringens rammeplan for bachelor i sykepleie skal man etter endt utdanning ha kompetanse til å jobbe med forebyggende og helsefremmende arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.4). I tillegg står det også i denne rammeplanen at sykepleiere skal ha handlingskompetanse til å drive helseopplysning og forebyggende arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6).

Et forebyggende helsearbeid gjennomføres alltid i en sosial og kulturell ramme som betyr at arbeidet inneholder mer enn teknologi og logiske og rasjonelle handlinger (Mæland, 2009, s.

13). Det må vises respekt for at det finnes mange veier til god helse, og at det finnes like mange oppfatninger av hva god helse innebærer (Mæland, 2009, s. 13).

Det er to sentrale begreper i det forebyggende helsearbeidet. Det er forebyggende sykdomsarbeid og helsefremmende arbeid og disse begrepene representerer to ulike tankemåter (Mæland, 2009, s. 14.) Forebyggende sykdomsarbeid handler om å redusere eller fjerne ulike risikofaktorer for sykdom, mens helsefremmende arbeid handler i hovedsak om å styrke helsen (Mæland, 2009, s. 65). Det forebyggende helsearbeidet i dag inneholder begge disse tankemåtene og grensen mellom dem har blitt svakere i senere tid.

Det etiske grunnlaget for å jobbe med forebyggende helsearbeid kan man finne både i moral og økonomi. Den moralske siden går ut på at det er en fundamental menneskerett å kunne utvikle og bruke egne evner til å få et meningsfylt liv og at alle har et overordnet etisk ansvar for å prøve og forhindre eller redusere risikoen for at mennesker blir rammet av sykdom (Mæland, 2009, s. 77). Den økonomiske siden av arbeidet kan argumentere for at det er mer kostnadseffektivt for både individet og samfunnet at sykdom eller skade forhindres (Mæland, 2009, s. 77).

En viktig del av et forebyggende helsearbeid er å påvirke adferd og livsstil. En sunn livsstil og sunne vaner vil kunne gi økt livskvalitet og flere leveår uten sykdom. Det er en rekke faktorer som ligger bak dette med hvorfor vaner er vanskelig å endre. Noen av disse faktorene er våre verdier, preferanser og oppfatninger (Mæland, 2009, s. 103). I tillegg spiller arvelige og biologiske faktorer en stor rolle sammen med materielle, sosiale og kulturelle forhold og miljø (Mæland, 2009, s. 103).

For å kunne gjennomføre forebyggende helsearbeid og påvirke adferd og livsstil rettet mot håndhygiene er det viktig å vite noe om hvorfor håndhygienen er som den er i en kultur. Aunger mfl. (2010) gjennomførte i 2010 en spørreundersøkelse for å se på de psykologiske faktorene for håndhygienepraktisen i Kenya. I denne studien kom de frem til tre viktige hovedfaktorer. Den første var befolkningens vaner hvor de så at håndvask var en automatisk handling. Den andre faktoren var et motivert behov for å være ren eller hygienisk. Den tredje faktoren var en økonomisk faktor hvor det var et ønske om å begrense såpebruken for å spare penger, og såpen ble derfor lagt utilgjengelig for barna da de ofte brukte unødvendig mye såpe.

### 3.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Sykepleierens pedagogiske funksjon har til å hensikt å fremme læring, oppdragelse, vekst, mestring og utvikling (Tveiten, 2001, s. 23). Noen ganger kan sykepleierens pedagogiske funksjon også refereres til som sykepleierens undervisende funksjon, men begrepet pedagogisk favner bredere enn undervisning; det inkluderer også veiledning, instruksjon og evaluering (Tveiten, 2001, s. 23). Pedagogisk aktivitet handler om å påvirke mennesker til endring (Dalland, 2010, s. 19) Dette kan gjøres gjennom målrettede handlinger som veiledning, oppdragelse, undervisning, læring og omsorg, og gjennom disse handlingene søker pedagogen å endre menneskelig aktivitet (Dalland, 2010, s. 19). Handling kommer ikke av seg selv, og et ønske om endring vil forbli et ønske dersom det ikke fører til handling (Dalland 2010, s. 19).

#### 3.4.1 Veiledning

Ordene veiledning og undervisning blir ofte brukt om hverandre, men det finnes et essensielt skille her. Undervisning kan forklares som at en person med mer kunnskap gir denne kunnskapen videre til en person eller gruppe med mindre kunnskap (Dalland, 2010, s. 104). I undervisningen er det underviseren som formidler sin kunnskap. I en undervisningssituasjon oppstår det derfor en større maktforskjell enn ved veiledning. Dalland forklarer at veiledning er veileder som bistår den eller de som veiledes til å definere problem, erverve seg kunnskap og opparbeide seg ferdighetene som trengs for å løse problemet (2010, s. 127). Ordet bistå har som grunnbetydning ”å stå ved siden av” og det sier noe om forholdet som kreves mellom veileder og personen eller gruppen som skal veiledes (bistå, u.å.). Det viser at i veiledningssituasjonen trengs det en mer direkte og nær kontakt mellom partene.

I en veiledningssituasjon er fokuset at det først og fremst skal hjelpe personen til å se sammenhengen mellom teoretiske kunnskaper, verdier og egne erfaringer (Christensen & Jensen, 2003, s. 23). Et krav for at veiledningen skal være god er at det er en nær og direkte kontakt mellom veilederen og den som skal veiledes (Dalland, 2010, s. 127). En slik relasjon gir den som mottar veiledningen en mulighet til å påvirke veiledningen, mens den som gjennomfører veiledningen tar de faglige vurderingene (Dalland, 2010, s. 127).

En viktig del av veiledning er dialogen, en samtale mellom likeverdige mennesker om et bestemt tema som er både relevant og meningsfylt for begge parter (Dalland, 2010, s. 130). Menneskesynet danner grunnlaget for alle veiledningsmodeller (Dalland, 2010, s. 128). Det påvirker måten vi møter andre mennesker på og dermed påvirker det veiledningen. I tillegg

påvirker det hvilken relasjon vi skaper til menneskene som skal veiledes, hvilke spørsmål man velger å stille, hvordan de stilles og hvordan vi oppfatter problemer med, eller i, veiledningen eller hva det skal veiledes i (Dalland, 2010, s. 129).

Greenland mfl. (2013) gjorde en observasjonsstudie som inkluderte intervju av nybakte mødre i Kenya for å se hvordan håndhygienepraktisen deres var. I presentasjonen av studien argumenterer de for at mødre i perioden under og rett etter graviditet er åpne for nye vaner, råd og veiledning i forhold til egen og barnets helse. Dette er en periode der mødre søker veiledning i større grad enn ellers. I studien så de at mødre er mest åpne for råd og veiledning fra egne mødre, svigermødre og jordmødre. Greenland mfl. (2013) påpeker at jordmødrene har en viktig oppgave, da de er en viktig kunnskapsformidler og veiledere for nybakte mødre med tanke på hvordan håndhygienens deres kan påvirke barnets helse i positiv og negativ retning.

### **3.5 Kultur og interkulturell kommunikasjon**

#### **3.5.1 Kultur**

Kultur kan forstås på mange ulike måter, men den vanligste måten å tolke ordet kultur på er som tanke-, kommunikasjons- og adferdsmønstre hos mennesker (Schackt, 2018). Dette igjen kan tolkes både vidt og snevert. En vid kultur kan være når det er snakk om en samfunnskultur. En snever form for kultur kan være kulturen innad i en skoleklasse (Schackt, 2018). Innenfor en kultur oppstår det kulturelle referanserammer, og det er ut ifra disse rammene man tolker ulike situasjoner (Dahl, 2013, s. 33). Dahl (2013, s. 49) viser til forfatteren og forskeren Geert Hofstede som beskriver at individer påvirkes av ulike kulturer, som familie og venner, men at innenfor et lands befolkning finnes det allikevel en felles kultur. Ut fra dette kan man finne ulike kulturelle dimensjoner som viser til hvordan ulike land har en felles kulturdimensjon som danner de kulturelle referanserammene i en befolkningsgruppe (Dahl, 2013, s. 49-53).

#### **3.5.2 Forståelse**

I all kommunikasjon er det viktig både å forstå og bli forstått. Dahl (2013, s.25-27) forklarer at i den interkulturelle kommunikasjonen kan det oppstå både forståelse, manglende forståelse og misforståelse. Forståelse er evnen til å knytte noe ukjent til noe kjent. Den manglende

forståelsen oppstår når man ikke klarer å knytte det ukjente til noe kjent. Misforståelser er å knytte noe ukjent til noe kjent, men det gjøres med feil referanse (Dahl, 2013, s. 25-27).

### 3.5.3 Interkulturell kommunikasjon

Dette er et stort tema som omhandler mer enn det som blir nevnt her, men her trekkes fram noe av kjernen i den interkulturelle kommunikasjonen som kan være viktig i forhold til problemstillingen.

Interkulturell kommunikasjon kan beskrives som egenskapen til å kommunisere passende og hensiktsmessig med mennesker med en annen kulturell bakgrunn enn oss selv (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 12). Den interkulturelle kommunikasjonen kan også beskrives som en prosess hvor man utveksler og fortolker meldinger og tegn mellom mennesker fra kulturelle fellesskap som er så ulike at det påvirker tolkning av meningen (Dahl, 2013, s. 85). For å få en dypere forståelse av hva interkulturell kommunikasjon er må man også forstå begrepet. Ordet ”inter” betyr ”mellom”, og interkulturell kommunikasjon betyr altså kommunikasjon mellom kulturer (Dahl, 2013, s. 34).

En av de største utfordringene innenfor interkulturell kommunikasjon er antakelsen om at alle andre er som en selv (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 13). Sannheten er at mennesker er ulike, med ulike verdensbilder, tradisjoner, kommunikasjonspreferanser, normer og verdigrunnlag (Bøhn & Dypedahl, 2009, s. 13). Det er derfor viktig å kunne sette seg inn i andre menneskers tenkemåter, og hvis ikke man gjør dette vil man oppleve at kommunikasjon og samhandling stadig er vanskelig (Bøhn & Dypedahl, 2013, s. 16). For å utvikle en interkulturell kompetanse er det viktig å kunne se ting fra ulike perspektiver og etter hvert som man oppøver denne evnen vil man ha utviklet multiperspektivitet (Bøhn & Dypedahl, 2013, s. 16). Gjennom å utøve multiperspektivitet vil man være i stand til å flytte perspektivet fra en selv og over på samtalepartnere, og på denne måten kan man stille bedre spørsmål, gjøre en bedre tolkning av svarene og unngå misforståelser (Bøhn & Dypedahl, 2013, s. 17).

## 4 Drøfting

I dette kapittelet drøftes funnene fra forskningsartiklene i lys av teorien. På denne måten svares det på følgende problemstilling:

Hvilke faktorer er det viktig at sykepleier er bevisst i forbindelse med veiledning av håndhygiene i utviklingsland?

Først drøftes viktigheten av forebyggende helsearbeid, deretter drøftes de påvirkende faktorene.

Tidligere i oppgaven er det beskrevet en rekke faktorer som påvirker håndhygiene, og det finnes flere enn de som er nevnt her, men det vil være en umulig oppgave å ta for seg alle disse. Det vil derfor bli lagt vekt på faktorene som de ulike forskningsartiklene trekker frem i tillegg til sentrale faktorer som blir vektlagt i faglitteraturen. De utvalgte faktorene er som følger: Kulturelle faktorer, sosioøkonomiske faktorer, kunnskapsfaktorer, fysiske faktorer og individuelle faktorer.

### 4.1 Viktigheten av forebyggende helsearbeid

I teorikapittelet ble det redegjort for hva forebyggende helsearbeid er og hvorfor man jobber med dette. Hva blir så konsekvensen av ikke å jobbe med forebyggende helsearbeid gjennom håndhygiene? Min erfaring fra arbeid rettet mot håndhygiene i landsbybefolkning i utviklingsland har vist meg hvor dårlig håndhygienepraksisen er mange steder og at barn under 5 år dør som en konsekvens dårlig håndhygiene fordi de får sykdommer som diaré og luftveisinfeksjoner. Sykepleiere har et ansvar for å videreformidle den kunnskapen man tilegner seg gjennom studiet og på den måten forebygge sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4-6).

Med tanke på barnedødeligheten i utviklingsland kan man kanskje si at det både er mer etisk riktig og mer kostnadseffektivt å forebygge fremfor å behandle sykdom. Alle mennesker har et overordnet etisk ansvar for å forhindre eller redusere risikoen for at andre mennesker blir rammet av sykdom (Mæland, 2009, s. 77). Hvis dette er et felles etisk ansvar vi alle har så kan man argumentere for at dette ansvaret er enda større hos sykepleiere som tross alt har valgt en karrierevei som går ut på å hjelpe syke og forebygge sykdom.

Håndhygiene i seg selv er et tiltak som ikke koster et samfunn eller enkeltpersoner store summer så lenge befolkningen har tilgang på rent vann og såpe. God håndhygiene har vist seg å være det mest kostnadseffektive enkelttiltaket for å forebygge diaré og luftveisinfeksjoner (UNICEF, u.å.).

## 4.2 Påvirkende faktorer

For å kunne veilede i håndhygiene på en god måte er det viktig å ha en forståelse for hvorfor etterlevelsen er som den er i dag og hvilke faktorer som påvirker dette.

### 4.2.1 Kulturelle faktorer

Vi forstår og tolker ut ifra våre egen kultur. For mennesker som bor i den vestlige verden i dag vil håndhygiene kanskje virke basalt enkelt. Det er blitt en så grunnleggende del av hverdagen og man vokser opp med å lære at hendene alltid skal vaskes etter at vi har vært på toalettet og før vi spiser. Dalland (2010, s.128) beskriver at veiledning bygger på menneskesynet man har, noe som igjen er preget av verdisynet. Kulturen man lever i vil påvirke verdisynet og på denne måten blir veiledning kultursensitivt. Hvis man tar utgangspunkt i at en sykepleier fra Norge i tillegg skal veilede en befolkning i et annet land er det stor sannsynlighet for at kulturen veiledningen foregår i er meget annerledes enn den kulturen sykepleieren selv kommer fra, og dette kan by på noen utfordringen.

En av de viktigste faktorene å sette seg inn i når det kommer til å jobbe med forebyggende helsearbeid i en annen kultur er den interkulturelle kommunikasjonen. Gjennom arbeid i utviklingsland har jeg opplevd hvordan det tidvis kan være komplisert med kommunikasjon mellom ulike kulturer. Et eksempel er hvordan vi i Norge ofte stiller nektende spørsmål som ”Har du ikke tatt medisinene dine?”, og når noen svarer ”jo” til dette forstår vi det som at personen sier ”Jo, jeg har tatt medisinene mine”. I andre kulturer har jeg opplevd at hvis jeg spør noen ”Didn’t you take your medication?”, så kan jeg få svaret ”yes” og jeg har da forstått svaret som ”Yes, I did take my medication.”, men dette er et godt eksempel på at det har oppstått en misforståelse slik Dahl (2010, s.25-26) beskriver. I noen kulturer vil nemlig denne måten å svare på bety at de bekrefter mitt negative spørsmål, slik at deres forståelse er ”Yes, I didn’t take my medication”. Dette viser at kunnskap om kommunikasjon i den kulturen man befinner seg i er viktig. Bøhn og Dypedahl (2013, s. 17) forklarer dette gjennom viktigheten av multiperspektivitet, som er evnen til å flytte perspektivet fra en selv og over på samtalepartneren, og at denne evnen kan gjøre at man unngår misforståelser ved at man ikke prøver å forstå ut ifra sin egen kultur, men sette seg inn i den andres kultur.

I observasjonsstudien til Greenland mfl. (2013) så de på hvordan nybakte mødre ble påvirket i graviditeten og den første tiden som nybakt mor. I studien oppga mange mødre at de spiser sunnere og prøver å sove mer for å forbedre barnets helse. I tillegg var de åpne for å ta imot råd fra jordmødre, egne mødre, bestemødre og svigermødre. Av studien kan man lese at

mødrene lar seg påvirke av andre personer med mer erfaring på området, samtidig lever mødrene selv i samme kultur som bestemødre og svigermødre. Dette kan tyde på at det er viktig å sørge for at kulturen endres og hele generasjoner forstår viktigheten av håndhygiene. Den ovennevnte studien nevner også muligheten for å finne en nøkkelperson å fokusere kulturendringen på. Det er noe også jeg kan argumentere for gjennom egne opplevelser i veiledningsarbeid i utviklingsland. Jeg har deltatt i prosjekter hvor det veiledes i blant annet håndhygiene og ernæring. I disse prosjektene har lokale jordmødre blitt kjent med landsbyen vi har jobbet i, og funnet en nøkkelperson å fokusere veiledningen på. Erfaringen fra dette er at denne nøkkelpersonen, som ofte har vært en eldre kvinne i landsbyen, har en viktig veiledende rolle ovenfor resten av befolkningen og på den måten påvirker kulturen i landsbyen.

En annen kulturell faktor kan være hva kulturen verdsetter. I studien til Aunger mfl. (2010) fant de at i områdene hvor det er en status for renslighet i huset generelt er også kulturen for håndhygiene mye bedre. Man kan da se at motivasjonen for renslighet i denne kulturen var status og ikke nødvendigvis en helsemessig effekt. I en veiledningssituasjon er det derfor en viktig faktor at man har gjort seg kjent med den kulturen man veileder i for å vite hva menneskene man veileder virkelig verdsetter. Hvis status er motivasjonen for renslighet vil man mest sannsynlig ikke komme langt med å prøve å øke kunnskapen om helsefordelene av god håndhygiene, men ved å vite litt om kulturen kan man bruke denne kunnskapen og for eksempel fremheve i hvilken grad god håndhygiene vil gi økt renslighet som igjen vil gi høyere status.

#### **4.2.2 Sosioøkonomiske faktorer**

Det finnes en sammenheng mellom et lands inntekt og landets barnedødelighet, som viser at land med lavere inntekt har høyere barnedødelighet (O'Hare mfl., 2013). Den vanligste årsaken til høy barnedødelighet er, som tidligere nevnt, diaré og luftveisinfeksjoner (Jacobsen, 2014, s. 87). Forekomsten av disse sykdommene kan reduseres på flere måter, som for eksempel å forebygge med vaksiner, behandle med antibiotika eller bedre vannkvaliteten og sanitære forhold (Jacobsen, 2014, s. 96). Vaksiner og antibiotika kan være meget gode måter å behandle eller forebygge disse sykdommene på, men det er ofte utilgjengelig for store deler av befolkningen i utviklingsland. Det å forbedre vannkvaliteten og de sanitære forholdene er også en krevende og kostbar prosess. Sammen danner dette et argument for at håndhygiene er et meget kostnadseffektivt tiltak for å forebygge sykdom. Allikevel er det viktig å påpeke at



dette ikke betyr at vaksiner, antibiotika, god vannkvalitet og sanitære forhold ikke er viktige tiltak i det forebyggende helsearbeidet. Samtidig blir det bekreftet i de fire utvalgte forskningsartiklene (Aunger mfl. 2010; Burns mfl., 2018, Greenland mfl., 2013; Slekiene & Mosler, 2018) at håndhygiene er det mest kostnadseffektive enkelttiltaket for å forebygge diaré og luftveisinfeksjoner.

Ifølge Aunger mfl. (2010) og Greenland mfl. (2013) er økonomi en viktig faktor for etterlevelsen av håndhygiene i utviklingsland. Aunger mfl. (2010) fant i sin studie av de psykologiske faktorene for håndhygiene blant befolkningen i Kenya at familier med dårlig økonomi hadde større sannsynlighet for å synes at såpe var en økonomisk belastning. Gjennom en spørreundersøkelse kom det frem at de ikke ville sløse med såpa, og la den utilgjengelig for barna. Dette førte igjen til mindre bruk av såpe hos barna, da de ikke hadde mulighet til å få tak i den på egen hånd. I tillegg vil det være naturlig å tenke at foreldrene selv brukte såpen mindre når den ikke lå lett tilgjengelig rett ved vasken. Økonomiens betydning for bruk av såpe bekreftes av Greenland mfl. (2013) som intervjuet nybakte mødre i Kenya om deres håndhygiene fant at de familiene som hadde bedre økonomi også hadde bedre håndhygiene. De kom videre frem til at en av årsakene til dette var at de som hadde bedre økonomi var de som kunne søke råd hos jordmødre eller annet helsepersonell, i tillegg til at de hadde mer kontakt med urbane miljøer hvor håndhygiene er vanligere enn i mer rurale strøk. Man kan dermed se at økonomien har innvirkning på håndhygiene, gjennom hvilke muligheter man har til å motta veiledning og råd fra fagpersonell og påvirkningen av kulturen rundt. Konsekvensene av å ha dårlig økonomi kan derfor bli store. Dette kan føre til manglende tilgang på veiledning fra fagpersonell, i tillegg til manglende tilgang på såpe i seg selv. Hvis veiledningen og kunnskapen om håndhygiene er fraværende vil det bety at de med dårligere økonomi ikke en gang vet at det er kunnskap og veiledning de mangler, og det kan opparbeide seg en aksept for at barnedødeligheten er høy fordi de ikke vet at den kan forebygges.

En del av de ovennevnte sosioøkonomiske faktorene havner utenfor det en sykepleier alene kan påvirke. Allikevel er det viktig å være bevisst på hvordan den sosioøkonomiske faktoren påvirker håndhygiene. Sykepleieren har gjennom de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2016) en etisk plikt til å engasjere seg i den helsepolitiske utviklingen, også på internasjonalt nivå. En bevisstgjøring rundt den sosioøkonomiske faktoren kan være en viktig del av det internasjonale engasjementet.

### 4.2.3 Kunnskapsfaktor

Arbeidet med denne oppgaven har vist at det finnes store mengder kampanjer og tiltak rettet mot håndhygiene gjort av internasjonale bistandsorganisasjoner og store mengder fagstoff og forskning på hvordan håndhygiene påvirker helsen. Ut ifra dette kan man hevde at det er et meget viktig tiltak for å forebygge sykdom. Allikevel peker forskningen på at det er lite samsvar mellom viktigheten av håndhygiene og i hvilken grad håndhygiene blir brukt i befolkningen (Aunger mfl., 2010; Burns mfl., 2018; Greenland mfl., 2013; Slekiene & Mosler, 2018).

Både Burns mfl. (2018) og Greenland mfl. (2013) trekker frem at tidligere tiltak for å øke kunnskapen om viktigheten av håndhygiene har vært store mediekampanjer hvor fokuset har vært å øke kunnskapsnivået. Begge de ovennevnte artiklene påpeker at slike kampanjer har i sin helhet hatt liten effekt. Dette underbygges gjennom intervjuene av nybakte mødre gjort studien til Greenland mfl. (2013) hvor mødre ble spurt direkte om hvordan de kunne forebygge sykdom, spesielt diaré. De fleste mødre svarte at det var lite de kunne gjøre med dette, da det ble sett på som en del av barnets ulike utviklingsfaser. I tillegg ble hygiene sjeldent nevnt i det hele tatt, og da mødre videre ble spurt om hygiene kunne forebygge diaré ble dette spørsmålet møtt med forvirring eller et nei.

Ut ifra dette kan man lese at manglende kunnskap er en sterkt påvirkende faktor i negative retning for håndhygiene. Imidlertid er det interessant å lese at tidligere, store mediekampanjer hvor målet har vært å øke kunnskapsnivået om håndhygiene har hatt liten effekt. Det kunne derfor vært nyttig og interessant å se på hvordan disse kampanjene har blitt gjennomført tidligere. Hvilke fokusområder rundt økning av kunnskapsnivået har disse kampanjene hatt? Hvordan har kunnskapen blitt formidlet? Det har ikke vært mulig å se på dette i denne oppgaven, men Burns mfl. (2018) trekker frem at det kan være vanskelig for omsorgsgiverne å videreformidle kunnskapen om håndhygiene de får gjennom mediekampanjer. Kunnskapen må gjøres om til en handlingsendring og dette krever mye av omsorgsgiverne. Det kan derfor vise seg å være et godt trekk å rette disse endringskampanjene mot barn, slik at de får innført håndhygiene som en vane. På en annen side kan det være svakheter ved dette forslaget. Det å endre vaner hos barn krever at omsorgsgiverne er påpasselige på å følge opp at barnet gjennomfører endringen. Dette kan være et argument for å rette informasjons- og kunnskapskampanjer mot noen få nøkkelpersoner i hver landsby eller i en liten befolkningsgruppe, slik at denne nøkkelpersonen kan spre kunnskapen videre. Det kan tenkes at det er enklere for befolkningen å ha tiltro til

noe som blir formidlet av mennesker som lever i den samme kulturen de selv lever i, men dette krever at de nevnte nøkkelpersonene får den kunnskapen som trengs.

Tre av fire artikler (Aunger mfl., 2010; Burns mfl., 2018; Greenland mfl., 2013) viser til at håndhygiene brukes til en viss grad hos alle, men det er sjeldent at det gjøres på et kritisk tidspunkt som etter toalettbesøk og før matlaging eller spising. Det kan tenkes at dette blant annet skyldes manglende kunnskap om hvorfor håndhygiene er viktig. Dette støttes av to av forskningsartiklene (Aunger mfl., 2010; Greenland mfl., 2013) hvor det ble vist at håndhygiene ble utført etter måltider, noe som kan sies å være et av de minst kritiske tidspunktene for å utføre håndhygiene sett fra et sykdomsforebyggende perspektiv.

#### 4.2.4 Fysiske faktorer

Med fysiske faktorer menes de fysiske forholdene rundt håndhygiene. Dette inkluderer plassering av vask og såpe og tilgang på rent vann og såpe. Sistnevnte kunne også vært drøftet under sosioøkonomiske faktorer, men det er drøftet her fordi det settes i sammenheng med veiledningssituasjonen.

Tre av de fire forskningsartiklene (Aunger mfl., 2010; Burns mfl., 2018; Greenland mfl., 2013) forklarer at de fysiske forholdene, som plassering av vask og såpe og tilgang på nødvendige ressurser, er viktige med tanke på befolkningens bruk av håndhygiene. Studiene til Aunger mfl. (2010) og Greenland mfl. (2013) trekker frem dette med plassering av vask og såpe. I disse studiene er det vist at det kreves en stimuli som trigger håndhygiene som en automatisk handling. Denne triggeren kan være at man ser vasken rett etter man har vært på toalettet eller at vasken er plassert ved siden av området på kjøkkenet der man lager mat. Her kan man se hvordan den sosioøkonomiske faktoren påvirker den fysiske faktoren; Greenland mfl. (2013) forklarte i sin studie at bruken av såpe økte da den lå ved siden av vasken, hvor på den andre siden Aunger mfl. (2010) så i sin studie at familiene som anså såpe som en økonomisk belastning la den mer utilgjengelig for å redusere bruken av den. Dette viser hvor viktig kunnskapsfaktoren er. Konsekvensen av manglende kunnskap gjør at økonomien påvirker graden av såpebruk i en negativ retning, men på den andre siden vil den økonomiske belastningen av et sykt barn være større enn den økonomiske belastningen av høyt såpeforbruk.

Andre fysiske faktorer kan være tilgang på rent vann og tilgang på såpe, men dette er imidlertid ikke noe de utvalgte forskningsartiklene tar opp. En av artiklene (Greenland mfl.,

2013) sier at nettopp dette med manglende tilgang på vann og såpe ikke er en faktor. Dette er på en annen side ikke noe man kan si er gjeldende generelt. Man bør lese kritisk og her kan man tenke at grunnen til at denne studien sier akkurat dette kan være andre faktorer. Studien ble gjennomført blant mødre som har tilgang på veiledning av jordmødre, og dette kan bety at denne befolkningsgruppen har tilgang på mer ressurser generelt enn andre grupper.

Det man kan se er at det er viktig at sykepleier er bevisst de fysiske forholdene når veiledningen skal planlegges, slik at det kan tilrettelegges for de ulike forholdene. Skal man veilede i et område hvor tilgang på ressurser ikke er et problem så kan man bruke kunnskapen om triggerne av stimuli for å tilrettelegge forholdene slik at håndhygiene kan bli innarbeidet som en vane også etter at sykepleieren ikke er tilstede. Dersom tilgang på ressurser er et faktisk problem er dette noe man bør ta tak i først da flere av de utvalgte studiene (Aunger mfl., 2010; Greenland mfl., 2013) legger vekt på viktigheten av nettopp denne triggeren. Konsekvensen av manglende ressurser er at det blir vanskeligere å opprettholde god hygiene, og veiledning om disse triggerne vil mest sannsynlig ikke ha noen effekt da det ikke er mulig å tilrettelegge for dette.

#### **4.2.5 Individuelle faktorer**

Individuelle faktorer kan være et stort begrep. Her trekkes fram faktorer som omhandler individuelle personer og deres psykiske helse, veiledning i relasjon og den interkulturelle kommunikasjonen på individnivå.

En viktig individuell faktor som påvirker håndhygiene er den psykiske helsen hos enkeltpersoner. Slekiene og Mosler (2013) gjennomførte en tverrsnittstudie med intervju av barn hvor de fant ut at depresjon er vanlig hos barn i utviklingsland. Studien sier lite om hvilken grad depresjon påvirker håndhygiene, men den er imidlertid tydelig på at denne sinnstilstanden har en negativ effekt. Det blir i ovennevnte studie også lagt vekt på at ved en depresjon blir dagligdagse gjøremål et strev, og fordi håndhygiene er noe som gjøres mange ganger om dagen så er dette et gjøremål som raskt blir nedprioritert ved depresjon. Det kan tenkes at for å forebygge at håndhygiene blir dårligere ved depresjon kan den gjøres med en morsom vri, slik at det kan bli et lystbetont gjøremål i hverdagen. Dette kan gjøres på samme måte som Burns mfl. (2018) gjorde i sin intervensjonsstudie hvor det ble delt ut gjennomsiktede såper med leketøy inni til barna. Dette kan gjøre at barna opplever mestring ved å se at de kommer nærmere leken jo oftere de vasker hendene. Det kan imidlertid også oppleves som et tidskrevende prosjekt for barn med depresjon da det tar lang tid før de faktisk

får tak i leken. Det er derfor viktig for sykepleier å være bevisst den enkeltes sinnstilstand og ta faglige vurdering på hvilken fremgangsmåte som fungerer best for den enkelte.

En annen individuell faktor det er viktig for sykepleier å være bevisst på er relasjonen til de som veiledes. I arbeidet med denne oppgaven har det vist seg å være lite forsket på selve veiledningen av håndhygiene. Allikevel er det godt med teori på området. Veiledning er, som tidligere nevnt, preget av dialog som igjen er preget av relasjonen mellom veileder og den eller de som veiledes (Dalland, 2010, s. 127). Det er altså viktig for sykepleieren å huske på at det er et møte mellom to likeverdige mennesker, og sørge for å gi den som veiledes rom for å påvirke veiledningen, samtidig som det er sykepleieren som har ansvaret for å ta de faglige vurderingene. I forordet til boken ”Pedagogiske utfordringer for helse-og sosialarbeidere” nevner Dalland (2010, s. 5) ”den hjelpesøkende” i tre av de fire første setningene. Allerede her bør det reflekteres over ordbruken. Sykepleierens pedagogiske funksjon på et sykehus vil som oftest møte nettopp dette; Et hjelpesøkende menneske. Det er tross alt en grunn til at sykepleieren må veilede pasienten i noe, og det er et avklart maktforhold mellom pasient og sykepleier ved at pasienten er innlagt på institusjon. Situasjonen er derimot en helt annen når sykepleieren skal veilede en befolkning i et annet land, i deres egen kultur og landsby. I denne problemstillingen er det ikke sikkert at ønske om endring finnes i de menneskene som skal motta veiledningen. Det krever derfor god informasjon og begrunnelse for å finne frem til et ønske om endring. Ønsket må tilslutt komme fra menneskene som skal endre handlingen sin, deretter kan ønsket om endring føre til en handling, og handlingen i dette tilfellet er håndhygiene. I de aller fleste tilfeller har ikke befolkningen selv søkt etter denne veiledningen, de vet ikke at de trenger den. Konsekvensen av ikke å være bevisst på dette er at det kan oppstå en uheldig maktfordeling. Veiledningen skal ifølge Dalland (2010, s. 130) være mellom likeverdige mennesker, og ved fravær av dette er det ikke lenger veiledning.

Målet med den pedagogiske aktiviteten er å endre menneskelig aktivitet. I denne problemstillingen handler det om å endre håndhygiene. For å kunne påvirke til endring må det brukes målrettede handlinger som oppdragelse, undervisning, læring og veiledning (Dalland, 2010, s. 19). Disse handlingene kan likne på hverandre, men i bunn og grunn går det ut på å formidle holdninger, verdier, kunnskaper og ferdigheter (Dalland, 2010, s. 19). Det vil si å informere om hvorfor håndhygiene er viktig, hvilken effekt god håndhygiene kan ha og hvordan den skal gjennomføres og gjøre dette i samarbeid med menneskene som skal lære. Mediaas (sitert i Dalland 2010, s. 19) nevner omsorg som en av handlingene for å endre menneskelig aktivitet. Det å vise omsorg krever en relasjon og at omsorgsgiveren tørr å vise

at han eller hun bryr seg. Det handler om medmenneskelighet og ydmykhet. Evnen til å vise dette blir igjen påvirket av den kulturelle faktoren og evnen til å se verden gjennom multiperspektivitet, altså evnen til å se verden fra en annen persons ståsted.

## 5 Oppsummering og konklusjon

I denne litterære studien har jeg sett på hvilke faktorer det er viktig at sykepleier er bevisst for å bedre håndhygiene blant befolkningen i utviklingsland. Forskning og faglitteratur viser at det er en rekke faktorer som påvirker en befolknings etterlevelse av håndhygiene. Noen faktorer kan være vanskeligere å påvirke enn andre. Sosioøkonomiske og fysiske faktorer er kanskje de faktorene som er vanskeligst for en sykepleier alene å påvirke. Den kulturelle faktoren er også krevende, men samtidig er dette kanskje en av faktorene hvor det er sentralt at sykepleieren bruker sin multiperspektivitet for å sette seg inn i og forstå den andre kulturen. Kunnskapsfaktoren kan være enkel å påvirke, samtidig kan man også se at forskningen på dette området viser at det er liten sammenheng mellom befolkningens kunnskap om håndhygiene og etterlevelsen av dette. Den individuelle faktoren viser at det er viktig for sykepleieren å se det enkelte mennesket i en veiledningssituasjon. I bunn og grunn handler dette om medmenneskelighet og ydmykhet.

Det har vært en interessant og utfordrende prosess å skrive denne oppgaven. Jeg har blitt mer bevisst på å se helheten av de nevnte faktorene, og at det kan være vanskelig å skille dem fra hverandre. Hver og en faktor både påvirker og blir påvirket av de andre faktorene, og i arbeidet med å bedre håndhygiene er det viktig å se på dette som en helhet og ikke isolere hver faktor for seg selv.

Oppgaven kan fungere som supplerende lesestoff for sykepleiere og sykepleierstudenter som skal jobbe med veiledning i utviklingsland. Selv om fokuset i denne oppgaven er på veiledning av håndhygiene kan mange av faktorene overføres til annen type veiledning i en annen kultur.

## Litteraturliste

Aunger, R., Schmidt, W.-P., Ranpura, A., Coombes, Y., Maina, P. M., Matiko, C. N. & Curtis, V. (2010). Three kinds of psychological determinants for hand-washing behaviour in Kenya. *Social Science & Medicine*, 70, 383-391.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.038>

Barn. (2011, 1. januar). I *Statistisk Sentralbyrå*. Hentet 19. februar 2019 fra

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/barn/aar/2011-04-28?fane=om#content>

Bistå. (u.å.). I *Det Norske Akademis ordbok*. Hentet 4. Mars 2019 fra

<https://www.naob.no/ordbok/bistå>

Bloomfield, S. F. & Nath, K. J. (2013) *Home Hygiene in Developing Countries Prevention of infection in the home and the peri-domestic setting*. International Scientific Forum on Home Hygiene. Hentet fra <http://www.ifh-homehygiene.org/training-best-practice/home-hygiene-developing-countries-prevention-infection-home-and-peri-domest-0>

Burns, J., Maughan-Brown, B. & Mouzinho, Â. (2018). Washing with hope: evidence of improved handwashing among children in South Africa from a pilot study of a novel soap technology. *BMC Public Health*, 18(709). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5573-8>

Bøhn, H. & Dypdahl, M. (2009). *Veien til interkulturell kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Christensen, S. L. & Jensen, B. H. (2003). *Pedagogikk og pasientutdanning: sykepleiens pedagogiske felt*. Oslo: Akribe Forlag.

Commission for Developing Countries. (2019, 01. januar). Definition Developing Countries. Hentet fra <https://www.mathunion.org/cdc/about-cdc/definition-developing-countries>

Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Degré, M. (Red.). (2014). *Mikrober, helse og sykdom* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.



Forenede Nasjoner. (2019, 23. Januar). FNs bærekraftsmål. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>

Forente Nasjoner. (u.å.) Barsedødelighet. Hentet 26. januar 2019 fra <https://www.fn.no/Statistikk/Barsedoedelighet>

Greenland, K., Iradati, E., Ati, A., Maskoen, Y. Y. & Aunger, R. (2013). The context and practice of handwashing among new mothers in Serang, Indonesia: a formative research study. *BMC Public Health*, 13(830), 1471-2458. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-830>

Jacobsen, K. H. (2014). *Introduction to Global Health* (2.utg.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Leerand, D. (2011). Utviklingsland. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/utviklingsland>

Lie, S. O. (2017). Barsedødelighet. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/barsedoedelighet>

Lie, S. O. (2018). Barnehelse. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/barnehelse>

Mæland, J. H. (2009). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis* (2. Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

O'Hare, B., Makuta, I., Chiwula, L. & Bar-Zeev, N. (2013). Income and child mortality in developing countries; A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(10), 408-414. <https://doi.org/10.1177/0141076813489680>

Rajaratnam, J. K., Marcus, J. R., Flaxman, A. D., Wang, H., Levin-Rector, A., Dwyer, L., . . . Murray, C. J. L. (2010). Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187

countries, 1970-2010: A systematic analysis of progress towards millennium development goal 4. *The Lancet*, 375(9730), 1988-2008. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60703-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60703-9)

Schackt, J. (2018). Kultur. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/kultur>

Skaug, E.-A. (2014). Personlig hygiene. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2.utg., bind 2, s. 331-370). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slekiene, J. & Mosler, H.-J. (2018). Does depression moderate handwashing in children?. *BMC Public Health*, 18(82). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4638-4>

Solhjell, R. (2014). Barsedødelighet i internasjonal politikk. *Internasjonal politikk*, 72(4), 551-558. Hentet fra

[https://www.idunn.no/ip/2014/04/barsedoedelighet\\_i\\_internasjonalt\\_politikk](https://www.idunn.no/ip/2014/04/barsedoedelighet_i_internasjonalt_politikk)

The World Bank. (2019). World Bank Country and Lending Groups. Hentet fra [https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519#Low\\_income](https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519#Low_income)

Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

UNICEF. (2018, mars). Under-five mortality. Hentet fra <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>

UNICEF. (u.å.). Fast Facts And Figures About Handwashing. Hentet 26. mars 2019 fra <http://unicef.in/story/129/fast-facts-and-figures-about-handwashing>

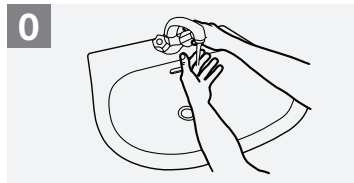
Williams, G., Meth, P. & Willis, K. (2014). *Geographies of developing areas* (2. utg.). Oxon: Routledge.

World Health Organization. (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: A Summary. Hentet 26. mars 2019 fra [https://www.who.int/gpsc/5may/tools/who\\_guidelines-handhygiene\\_summary.pdf](https://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf)

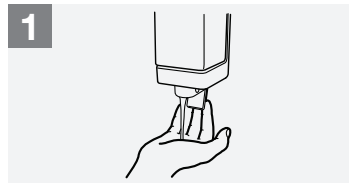
# How to Handwash?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

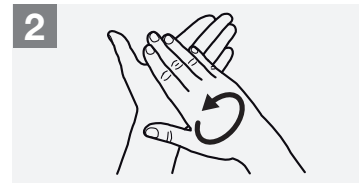
 Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



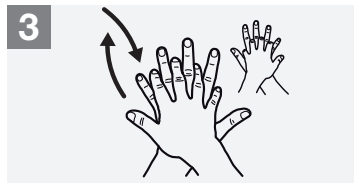
Wet hands with water;



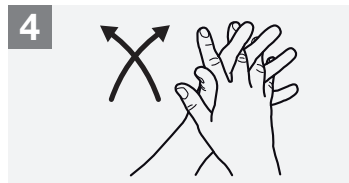
Apply enough soap to cover all hand surfaces;



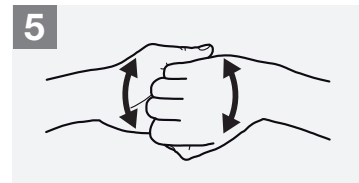
Rub hands palm to palm;



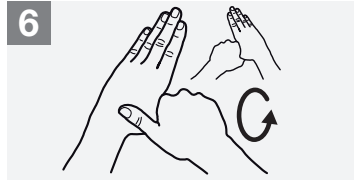
Right palm over left dorsum with interlaced fingers and vice versa;



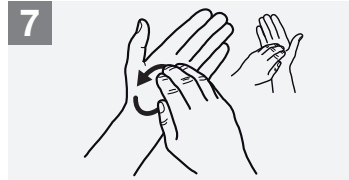
Palm to palm with fingers interlaced;



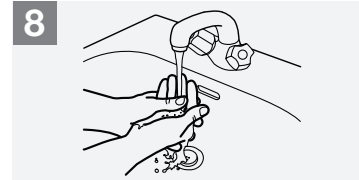
Backs of fingers to opposing palms with fingers interlocked;



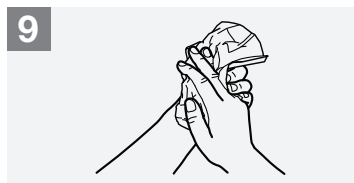
Rotational rubbing of left thumb clasped in right palm and vice versa;



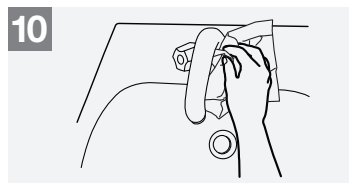
Rotational rubbing, backwards and forwards with clasped fingers of right hand in left palm and vice versa;



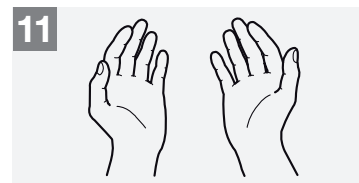
Rinse hands with water;



Dry hands thoroughly with a single use towel;



Use towel to turn off faucet;



Your hands are now safe.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2009