

斐济城市周边地区非正式棚户区人群洗手预防伤寒的障碍

James Greenwell^a, Judith McCool^b, Jacob Kool^c和Mosese Salusalu^d

通讯作者: James Greenwell (e-mail: j.greenwell@auckland.ac.nz)。

问题/背景: 太平洋岛国斐济群岛的伤寒流行率高, 由于诊断较为困难, 还经常存在漏报。然而, 绝大多数病例可以通过使用安全水、良好环境卫生条件、疫苗接种以及最可持续且易实现的良好卫生行为如用肥皂洗手 (HWWS) 等来预防。尽管公共卫生部门做了许多尝试, 在改善环境卫生和行为改变方面收效甚微。

行动: 为考察斐济城市棚户区居民对伤寒危险的认知以及有关HWWS的行为决定因素, 邀请伤寒发病率高的居住在非正式住所的本地居民进行焦点小组讨论, 对社区领导进行深度访谈。

结果: 对伤寒危险因素、症状和传染性的认知较为混乱。洗手的环境障碍与水 and 肥皂的可获得性有关。标准的社会宣传方法未见明显效果。尽管如此, 我们仍提倡将社会和文化因素作为未来制定伤寒预防公共卫生策略的核心内容。

讨论: 尽管众所周知行为改变非常困难, 我们还是认为, 基于可靠流行病学证据和健康沟通理论的社区行为改变努力, 可能会发挥重要作用并具有极大的可持续性。

伤 寒在斐济呈地方性流行, 2008年1月–2012年7月共报告实验室确诊病例1847例^[1]。斐济的总人口约为84万。近年来斐济伤寒发病率有所升高, 可能与监测系统改进及城市化进程加速有关。在过去10年中, 斐济的贫困人口比例也由25%上升至50%。随着贫困率的增加, 许多斐济人从农村地区搬到城市中的非正式棚户区居住, 那儿多缺乏清洁水和污水处理设施^[2]。

在斐济伤寒流行病学中, 年龄和性别很重要。伤寒病例平均年龄27岁, 男性占57%(1043/1847)。不论男性还是女性, 疾病负担最重的年龄组均为20–29岁组^[3]。棚户区的伤寒发病风险增加, 与未经处理的废水、自钻水井激增、频繁水灾, 以及不良的供水、环境卫生、个人卫生设施等因素有关^[2]。2008年多数住院治疗的伤寒病例(93%)是斐济族, 超过半数病例为20–30岁及30–39岁的男性^[4]。

背景

既往研究表明, 伤寒的预防控制需要多管齐下, 包括环境卫生、低成本的手卫生和用肥皂洗手干预以及免疫接种^[5,6]。国际研究证据显示, 在一些关键时刻如饭前便后使用肥皂充分洗手这样简单的方法, 就可以预防30–45%的胃肠道疾病, 并可以预防30%的急性呼吸道疾病^[7–9]。了解日常洗手的驱动因素, 对于任何希望持续改变人群行为的努力都非常重要^[6,10]。我们在斐济首都苏瓦非正式棚户区居民中开展了一项

定性研究, 旨在: (1)探讨城市非正式棚户区居民如何认识洗手和预防伤寒之间的关系及其作用, (2)探讨与其它健康问题和社会问题相比, 伤寒的风险处于一个什么样的优先等级。

行动

为深入了解可预防伤寒的日常洗手习惯的影响因素, 采用深度访谈和焦点小组讨论的方法开展了定性研究^[11]。

焦点小组讨论的数据收集自首都苏瓦市附近有400人居住的一个半城市化棚户区。这个非正式居住区(城市贫民窟或棚户区)位于人口稠密的苏瓦–瑙苏里走廊边缘, 该居住区始建于20世纪60年代, 在21世纪初一次伤寒暴发之后, 市政自来水管开始每天有几个小时为该居住区少数住户以及一个独立水管供水。

共组织了4个焦点小组, 包括2个男性小组、2个女性小组, 每组最多7名成员。小组按年龄进行分组, 分组依据2010年在斐济北部地区开展的一项伤寒研究结果^[4]。具体分为年轻男性组/女性组(年龄18–29岁)和较大年龄男性组/女性组(年龄30岁及以上)。共征募到27人参加焦点小组研究, 其中大多数为斐济本地居民, 还有来自该棚户区的1名卫理公会牧师、1名社区祈祷领袖/社区组织者、2名当地健康中心护士、1名来自苏瓦非政府组织的当地行为改变专

^a 奥克兰大学人口健康学院社会与社区健康系, 新西兰奥克兰。

^b 奥克兰大学人口健康学院全球健康系, 新西兰奥克兰。

^c 世界卫生组织驻斐济代表处太平洋技术支持部, 斐济苏瓦。

^d 斐济国立大学斐济医学院, 斐济。

投稿日期: 2012年10月9日; 刊发日期: 2013年1月10日

doi: 10.5365/wpsar.2012.3.4.006

家。共有5名“思想领袖”（例如教堂或妇女团体领袖）参加了深度访谈。

2011年3月，在非正式棚户区及其周边开展了焦点小组讨论和深入访谈。由斐济国立大学公共卫生专业的当地学生组织当地人开展关于城市周边非正式棚户区居民的焦点小组讨论，同时负责对讨论进行记录并将其翻译成英文。焦点小组讨论记录录入NVivo(第9版)，以助于数据管理和主题分析使用^[12]。

结果

以下焦点小组讨论和深度访谈的主要发现是通过数据的主题分析获得。引述小组成员谈话时只提供最少量的身份信息如性别(M为男, F为女)和分组编号(1代表18–29岁, 2代表30岁及以上)。

混淆和矛盾

对于大多数研究参与者来说，对伤寒风险因素的认知来自近期一次大众媒体预防宣传运动。伤寒预防海报被作为装饰贴在开展访谈房间的墙壁上。当地还通过宣传册、广播和电视广告宣传伤寒的风险。然而，这些宣传将注意力过多放在伤寒疾病本身而不是其常见危险因素如不良洗手习惯的影响，混淆了人们对重点问题的应有关注。

“…当我下班回家时，看到一个小册子，介绍伤寒如何传播、如何预防，我也看到了电视上的信息。但伤寒和丝虫病我分不清楚，因为医院里的海报和小册子都是这些信息。”(1组女性)

公共卫生信息中的矛盾和错误理解显然存在。尽管许多参与者能够详述公共卫生信息的内容，但经验知识和实际行动之间并不能达到统一。

“从广告宣传中得到的重要信息是饭前便后要洗手。对人们来说，洗手对防止伤寒和其它一些疾病的传播都很重要。有时我并不洗手，因为我不相信我会得病，但有时我确实会洗手。”(2组女性)

“…看到海报，我会感到担心，感觉伤寒就真实地在我身边，这种担心会促使我采取适当的卫生措施。有时我并不洗手，因为我不相信我会得病。”(2组男性)

到目前为止，行为改变最重要的驱动力是当地社区内既往对疾病的直接体验。

“社区内真有人生病了，他们会很害怕，这时每个人都开始注意了。如果周围出现一例病例，那我们就会认真对待，开始担心。”(1组女性)

“…不想让家人也像我一样得病，所以我鼓励家人尤其是孩子们洗手。”(2组女性)

品牌肥皂—理想的肥皂？

女性参与者更加偏好被广泛推广的肥皂品牌Protex®。大家普遍认为肥皂也有质量等级。人们最想要那些在广告牌上被广泛推广的品牌，哪怕没有用过。的确，使用了大量商业广告的较贵品牌肥皂在女性参与者中得到较好的认可。这种市场营销及其所导致的参与者对肥皂的认知与政府媒体所倡导的用较便宜的洗衣皂洗手的观点相悖。昂贵商业肥皂品牌的成功市场营销导致人们产生了错误的认知，认为若要预防疾病，必须使用昂贵的抗菌肥皂。

“有时人们认为用肥皂洗手是一种浪费…并不是只有这种肥皂才能杀灭细菌…并非每个人都能买得起Protex®肥皂。人们认为用Protex®肥皂洗手是预防伤寒的唯一方法。”(1组女性)

洗手的情感驱动力包括厌恶、保护和教育。其他情感驱动力还包括担心和害怕来自房东和卫生部门(在报告1例伤寒病例之后)的过分关注。

“…她不想让她的家人也像她一样得病，所以她鼓励家人洗手，但有时她会忘记…”(2组男性)

“去除可见的污垢，使手不油腻和不肮脏。不接触脏东西。用好肥皂洗手。用有些肥皂洗手可能并不能让你的手变干净。”(1组男性)

社区主导的项目—行为改变的重要决定因素？

由本地社区成员所开展的洗手干预行动会取得更加显著的效果。而由社区外人员主导的专项干预行动常常效果不好，得不到重视。

“…我们曾经谈论过洗手，但当卫生工作者离开以后，一切又变回老样子。”（1组女性）

“…直接由社区成员所传播的信息会大不一样，人们会真的按照建议去做，因为他们得到了关于伤寒的第一手信息，而不是仅从广播和电视中听说或看到。由得过伤寒的人传播的信息非常重要。电视上的广告宣传很好，但不如社区成员挨家挨户的宣传有效。”（1组男性）

洗手的主要方式是洗澡和洗衣，而不是在关键时点（如做饭或吃饭前）专门用肥皂洗手。洗衣和洗澡是固有的基本卫生需求，需要鼓励和培养这种清洁的习惯和感觉。口腔卫生也是较常见的一种习惯。

“洗碗和淋浴是我们洗手的一种方式。洗衣和洗碗也是洗手的机会。”（2组女性）

“…下午6点回家后洗个澡，洗好了然后吃晚饭，上床睡觉…起床后刷牙、洗脸，有时洗澡…”（2组男性）

水一到处都存在的环境问题

棚户区的一些家庭仍靠井水生活；但自2007年起，该区域的许多家庭获得自来水的条件得到改善。研究参加者对水的价值都有基本的和广泛的认同。清洁的水在当地是稀缺商品（尤其是尚未用过或尚未污浊的水）。

难以获得水（主要由于自来水服务削减和短缺）和肥皂，以及受访者怀有洗手需要大量水的观念，影响了行为干预的效果。事实上，洗衣和洗澡被认为比洗手更重要。

“…因为缺水，所以不能仅为了洗手就浪费这么多水；水少时去打井水是很花时间的。手只是身体的一小部分。”（1组女性）

“…人们用盆里的水洗碗，还可能再用这些水洗手，因为不想浪费水。”（2组女性）

讨论

我们的发现揭示了需要改进的几个关键领域。首先，该棚户区居民对伤寒传播和有效保护措施的认识较为混乱。难以获得清洁、可靠的用水仍然是一个障碍，

当地居民常需要储存水以备日常使用，使人们不愿意一直使用洁净水洗手。另外，抗菌肥皂的广泛营销扭曲了人们对普通低价肥皂洗手功效的认知。最后，社会宣传活动如张贴海报和分发宣传册具有吸引力且易于实施，但在提供一致的和重要的信息方面似乎收效甚微，而这样的信息才能与其他环境变化一起促进行为的改变。

旨在解决当地环境适应性行为问题（针对具体情境所必需）并可以提供有关洗手行为成本效益反馈的健康沟通，可能比那些提供标准化健康教育信息或卫生技术的健康沟通更加有效。洗手的环境障碍，如难以获得洁净水和肥皂，是洗手的重要障碍，但不是仅有的或不可克服的障碍。这些因素存在于对及时洗手的益处和对手部是否清洁认知的普遍混乱的大背景之中。当地居民对于细菌传播和家庭健康风险的观念是基于以前的经验和日常家务及习惯，而非正式的知识或指导，使得这些观念有些离谱。健康沟通也可以强调如果在关键时点用肥皂洗手，相对少量的水和肥皂就可能起到很好的效果。同样，用肥皂洗手的社会障碍，如与性别和年龄（老年人）相关的传统地位，影响到社区的行为和规范。着眼于建立适应于当地环境（即风险高、资源少）的行为规范可能会在该人群中产生长期而根本的变化。

结论

行为改变是公共卫生领域最具挑战性的工作。健康教育工作在行为改变方面的低效即是佐证^[13-15]。促进洗手的另一个困难在于洗手的效果常常不是马上就可以看到的。遵循社区中固有的价值观，例如在别人面前有好的形象、保护孩子和家人、味道好和不感觉脏等，可能会比外来的说教信息更行得通^[6,14,15]。总之，基于可靠流行病学证据和健康沟通理论的社区主导的行为改变努力可能会产生重要影响并且具有可持续性。

利益冲突

无申报。

经费

无。

引用本文地址：

Greenwell J et al. Typhoid fever: hurdles to adequate hand washing for disease prevention among the population of a peri-urban informal settlement in Fiji. *Western*

Pacific Surveillance and Response, 2013, 4(1):43–47.
doi:10.5365/wpsar.2012.3.4.006

参考文献:

1. Scobie H et al. *Preliminary Report: Impact Assessment of the 2010 Mass Typhoid Vaccination Campaign, Republic of Fiji*. Suva, Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization, Fiji Ministry of Health, Australian Agency for International Development, 2011.
2. *World Health Organization. Meeting Report: Expert Consultation on Typhoid Fever Vaccination in Fiji*. Suva, Fiji Ministry of Health, 2010.
3. Jenkins K. *Post Cyclone Tomas Support to Typhoid fever control in Fiji March 2010*. Suva, Fiji Health Sector Improvement Program, 2010.
4. Alefaio L et al. Typhoid Fever Outbreaks in the Northern Division of Fiji Islands, 2008. *Informaction*, 2009, 30:4.
5. Samuelsen H et al. Hygiene and sanitation among ethnic minorities in Northern Vietnam: Does government promotion match community priorities? *Social Science & Medicine*, 2010.
6. Curtis VA, Danquah LO, Aunger RV. Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven country review. *Health Education Research*, 2009, 24:655–673. doi:10.1093/her/cyp002 pmid:19286894
7. ue Y. Hand washing for preventing diarrhoea. *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 64:14–15. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04783.x
8. Allegranzi B et al. Religion and culture: potential undercurrents influencing hand hygiene promotion in health care. *The American Journal of Infection Control*, 2009, 37:28–34. doi:10.1016/j.ajic.2008.01.014 pmid:18834738
9. Aiello AE et al. Effect of hand hygiene on infectious disease risk in the community setting: a meta-analysis. *The American Journal of Public Health*, 2008, 98:1372–1381. doi:10.2105/AJPH.2007.124610 pmid:18556606
10. Whitby M et al. Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *The Journal of Hospital Infection*, 2007, 65:1–8. doi:10.1016/j.jhin.2006.09.026 pmid:17145101
11. Barbour R, Kitzinger J. *Developing focus group research: politics, theory and practice*. Sage, 1999.
12. Charmaz K. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications Ltd, 2006.
13. Fewtrell L et al. Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 2005, 5:42–52. doi:10.1016/S1473-3099(04)01253-8 pmid:15620560
14. Scott B et al. Health in our hands, but not in our heads: understanding hygiene motivation in Ghana. *Health Policy and Planning*, 2007, 22:225–33. doi:10.1093/heapol/czm016 pmid:17526639
15. Jumaa PA. Hand hygiene: simple and complex. *International Journal of Infectious Diseases*, 2005, 9:3–14. doi:10.1016/j.ijid.2004.05.005 pmid:15603990