

透過反思過程探討護理人員對手部衛生之 認知、態度及行為

林秀慧^{1,2*}、張素嫻³

¹ 高雄榮民總醫院臺南分院護理部

² 中華醫事科技大學長期照顧經營管理系

³ 國立臺南護理專科學校老人服務事業科

摘要

本研究目的是透過反思過程，探討護理人員對手部衛生認知、態度及行為，研究對象為台灣南部某地區教學醫院 50 位護理人員，橫斷式調查，結構式問卷調查認知，半結構問卷訪談其態度及行為，期待透過反思過程，自我體認。結果發現護理人員手部衛生認知正確率達 88%，與工作年資、教育程度、能力進階成正相關，訪談發現護理人員回顧過去照護行為，各有正向及負向不同經驗，雖有正向的態度，面臨臨床現實困境，使正確率及遵從率偏低，對未來執行手部衛生皆有正向及積極期許。研究結果可提供護理行政管理，了解護理人員對於手部衛生之認知、態度及行為之參考，規劃適用與實用的手部衛生在職教育、行政管理及監測之建議，以提升手部衛生之正確性及遵從率。

關鍵詞：手部衛生、反思、認知、態度、行為

通訊作者：林秀慧 Email: lsw.syw@gmail.com

高雄榮民總醫院臺南分院護理部副主任

Exploring Reflection Skills of Hand Hygiene Knowledge, Attitude, and Practice among Nursing Staff's

Hsiu-Hui Lin^{1,2*}, Su-Hsien Chang³

¹Kaohsiung Veterans General Hospital, Tainan Branch

²Department of Long term care and Management, Chung Hwa University of Medical Technology

³National Tainan Junior College of Nursing, Department of Senior Citizen Services

Abstract

The purpose of this study is to introspect the cognition, attitude and behavior of hand hygiene among clinical nurses. The object of study is fifty nursing staffs in a teaching hospital in southern Taiwan by cross-sectional study. The structured questionnaire is conducted to survey the cognition of objects, and semi-structured questionnaire is conducted to survey the attitude and behavior of the objects. We expect the self-recognition from the objects from their introspection. The results showed that the accuracy rate of hand hygiene cognition among nursing staff was 88%, which was correlated with seniority, education level, and advanced nursing ability, and had no significant related to gender and service unit. The interview found that the clinical nursing staffs reviewed the past nursing behaviors had both positive and negative different experience. Although they have the correct attitude on hand hygiene, they were faced with practical difficulties in clinical practice, which made the accuracy rate and compliance rate were low. However, they have positive expectation on the future implementation of hand hygiene. The result of the study provides nursing administrators references of understand the knowledge, attitudes and behaviors of caregivers about hand hygiene, and suggestions of planning applicable and practical hand hygiene in-service education, administration and surveillance. To improve the accuracy rate and compliance rate of hand hygiene.

Keywords: Hand Hygiene, Reflection Skills, Knowledge, Attitude, Practice

前言

手部衛生落實與否，攸關醫療照護相關感染率（healthcare-associated infections, HAIs），世界衛生組織(World Health Organization, WHO)於 2004 年 10 月發起了 World Alliance for Patient Safety 計畫，以「乾淨的照護就是安全的照護（Clean Care is Safer Care）」，為首項全球病人安全挑戰之主題，2009 年提出「用乾淨的雙手拯救生命（Save Lives: Clean Your Hands）」活動，各國紛紛響應及簽署，積極推動醫療照護相關工作人員落實手部衛生、防範院內感染事件發生，提升病人安全、提昇照護品質。為首要努力方向（疾病管制局，2011）。

醫療照護相關感染率(HAIs)對病人而言是致命殺手，疾病程度愈嚴重之病人，如經歷院內感染致死的危險性愈高，平均而言，約 9%的住院病人會發生院內感染（WHO, 2005a）。而 HAIs 的主要原因是藉由與病人的直接照護接觸而傳播，尤其是藉由醫療照護相關工作人員之雙手傳播(Gould, Moralejo, Drey, & Chudleigh, 2010)，不僅造成病情加重，住院日數延長甚至死亡，甚至會造成病人生命的損失，醫療成本增加，導致醫療資源浪費（Pittet, Allegranzi, Storr, & Donaldson, 2006; Pittet et al., 2000）。

手部衛生為降低醫療照護相關感染（HAIs）的最重要方法，也是最簡單、經濟、有效、具標準化的方法，有效洗手即是利用機械摩擦力量去除暫時停留在雙手的微生物或病菌，也能保護醫護人員和病患避免被感染及預防交互感染，可降低住院病患 HAIs 的發生率，對於預防健康照護相關感染是重要的且不可獲缺措施（林、葉、饒、黃，2001；陳，2012；Allegranzi & Pittet, 2009；Pittet et al., 2000；Gawande, 2004；WHO, 2005a, 2005b, 2009）。

手部衛生之正確率及遵從率是醫療臨床品質監測及感控指標，Hayden 等(2006)研究指出，即使推廣手部衛生政策，洗手遵從率約 37%，在繁忙的、高負荷的工作量，長時間維持理想遵從率並非易事，因此期待透過反思的概念，深度了解及提升基層同仁對於手部衛生之認知、態度及行為，將有助於改善醫療照護品質及感染率。

文獻查證

手部衛生能有效降低醫護人員接觸到病原體造成的感染風險，是預防 HAIs 標準作業中主要步驟之一，亦為最有效、最簡單、最經濟之方式，也是早已被認定可預防 HAIs 發生的有效措施，雖然有效的、標準的執行洗手，是醫

療照護相關工作人員必須嚴格遵守的規範，然而國內、外的研究資料皆顯示，醫療照護相關工作人員之洗手遵從率仍有待改善(林等, 2004; Gould et al., 2010; Mani, Shubangi, & Saini, 2010; WHO, 2005a, 2005b, 2009)。

醫策會自 93 年起，提出醫療品質及病人安全工作目標至今，其中一項為「落實院內感染管制」，其執行策略之一：落實改善手部衛生遵從性及正確性，以降低醫療照護相關感染。依 WHO 以「乾淨的照護就是安全的照護 (Clean Care is Safer Care)」之議題，提出手部衛生 5 時機，分別於「接觸病人之前」、「執行清潔/無菌操作技術前」、「暴露病人體液風險後」、「接觸病人後」以及「接觸病人週遭環境後」正確洗手，降低院內感染的風險。手部衛生步驟：1. 濕洗手：以肥皂或洗手液徹底搓洗雙手 40~60 秒以上，濕洗手步驟：濕、搓、沖、捧、擦，其中「搓」口訣為：(1).內：手掌心內部搓揉。(2).外：雙手手心搓揉手背。(3).夾：十指的夾縫相互搓揉。(4).弓：手心與手指相互搓揉。(5).大：搓揉雙手大拇指與虎口部位。(6).立：手指立起，用掌心搓揉指尖。(7).完：結束，搓洗時間至少 40-60 秒。2. 乾洗手：使用酒精含量 60%~80% 的乾洗手液，搓洗 20 秒以上，搓揉步驟同上，搓畢待酒精乾燥(疾病管制局, 2011; WHO, 2005a, 2005b, 2009)。

臨床醫護人員因為醫療照護需要常常接觸不同的病患，若洗手遵從性低，醫護人員的手就會成為散播微生物的重要媒介，Mertz 等人 (2011) 研究結果：四所醫療中心的工作人員整體手部衛生執行遵從率為 31.2%，加護病房工作人員洗手率僅約三至四成，工作人員與病患接觸後執行手部衛生的遵從率僅為 27.5%，其中醫師及醫科實習生的手部衛生遵從率 (21.9%)，顯著較低護理人員 (29.8%) 或其他健康相關照護人員 (25.5%) (Mertz et al., 2011; Pittet et al., 2000)。

WHO 提出導致手部衛生遵從率的影響因素為：忙碌及密集性照護之工作單位(如加護單位)遵從率較低、週末較周間工作時的洗手遵從率較佳、對戴手套與洗手之認知與行為差異性、設備如備有自動式的水槽遵從率較佳、另工作人員不足、需執行手部衛生的頻率過高、護理助手與醫師等，皆顯示低遵從度 (WHO, 2005a, 2009)。

Creedon(2008)研究顯示手部衛生行為受到組織的支持與醫院文化影響，健康照護者的行為亦會受到同儕壓力與環境的影響，Pittet(2004)指出手部衛生遵從性是受到個人特性、同儕、組織文化及機構政策的影響。如能有效提高健康照護者洗手遵從性，不僅是制訂手部衛生準則和確定同儕間良性的相互影響就足夠，如何確認與手部衛生相關影響因素來決定改善對策，才能真正提升其洗手遵從性。

工作人員自述的執行手部衛生可能的影響因素包括：(1)設備面：洗手劑副作用導致不適/皮膚乾燥、水槽設備不足、設置不適當、相關用物供應短缺（例如：洗手劑、水、擦手紙）、(2)工作/流程面：工作忙碌、照護工作的優先順序、影響工作或溝通。(3)教育/組織文化：未提供/未重視相關教育課程、機構不重視此議題、未制定標準作業、未制訂相關獎勵/懲罰措施、工作單位未注重病患安全之文化/概念等。(4)人員面：戴手套的錯誤認知（例如：覺得戴手套即不需洗手）、不熟悉正確洗手程序、未意識到或忘記要洗手、缺乏角色模範、不認為洗手有價值、不覺得手髒、不認同洗手的相關建議、缺乏洗手可能造成感染的科學證據等（WHO, 2005a, 2009; WHO, 2005a; Pittet et al., 2000; Suresh & Cahill, 2007; Trampuze & Widmer, 2004）。

反思概念是整合理論知識與實務的重要工具，以學習者為中心的教學理念，如運用在醫療專業人員教育訓練上，透過反思技巧，期待在實務上能提升學習效能，反思學習是可以強化學習者知識與信心、增加醫病的正向互動、護理專業批判性思考能力、溝通能力與問題處理能力，提供適切性護理措施與提升病人的照顧品質(Astor, Jefferson, & Humphrey, 1998 ; Froneris & PedenMcAlpine, 2007)。反思技巧是透過反思去觀察、體會自己過去實際經驗，由反思中思考適切解決方法，即是透過悟出新的原理、觀念，運用於新的具體經驗中，產生新的學習及領悟，故反思是經驗學習最重要的一環，也是專業能力最重要的學習方法(Atkins & MurpMurphy, 1993)。

本研究期望運用反思的概念之一：由英國學者羅貴榮(Roger Greenaway) 提出 4Fs 經驗學習模式，強調「動態回顧循環」Active Reviewing Cycle 的引導技巧，由回顧至前瞻學習成果，歸納出 4F 的提問重點：Facts(經驗、事實)、Feeling（感受）、Finding（發現）、Future（未來），發展出引導成員從體驗中學習的模式，提升護理人員對手部衛生之遵從率及正確率，以降低醫療照護相關感染率（HAIs）。□

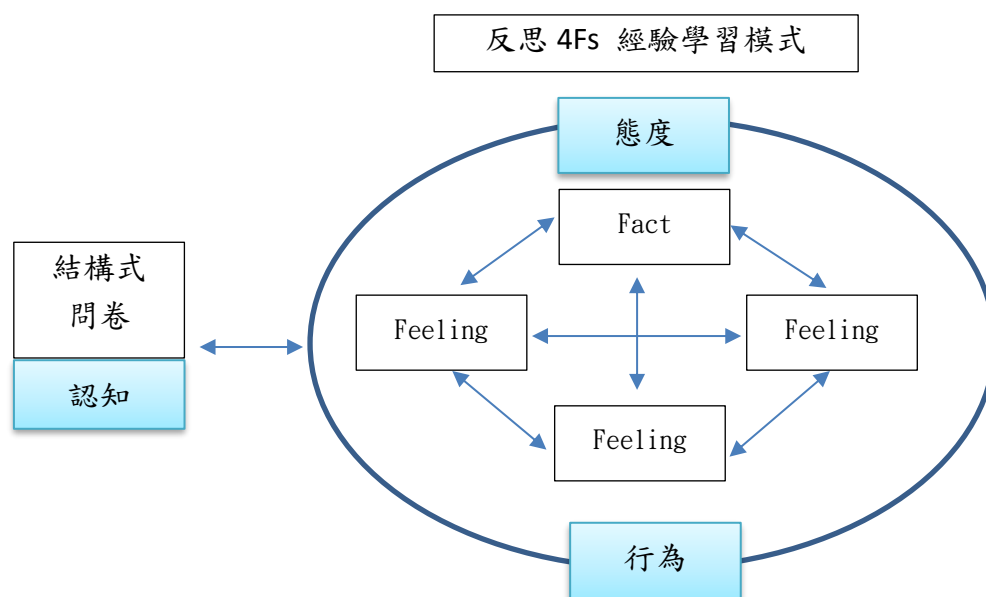
研究目的

1. 透過結構式問卷，了解研究對象對手部衛生之知識。
2. 透過半結構式問卷及會談過程，讓研究對象反思手部衛生之態度及行為。
3. 透過研究對象之回饋，了解手部衛生執行之現況，做為制訂臨床適用的手部衛生規範之參考。

研究架構

手部衛生議題已受到醫療界重視，教育訓練、標準作業、稽核等措施，也在各家醫療推行已久、為何各研究結果及研究對象自覺，皆呈現手部衛生執行

率不彰之現況，因此本研究以收集問卷瞭解醫療人員對手部衛生之認知，另透過反思技巧~「動態回顧循環」Active Reviewing Cycle 4F 重點：Facts(經驗、事實)、Feeling (感受)、Finding (發現)、Future (未來)，設計半結構式訪談問卷，了解研究對象在臨床照護上，執行手部衛生之態度與行為。



圖一：研究架構

研究方法

一、研究設計與樣本族群

本研究為橫斷式研究設計，以台灣南部某地區教學醫院護理人員為研究對象，為使收案能具代表性，將該醫院之病房別：急重症單位、一般急性內外科病房、精神科、特殊單位、長照單位單位收案，預估其單位人數 50~60%人數而定，預計收案 50 人，Power 值達 0.8，參與研究對象須符合以下條件：(1) 成年人（法定年齡 ≥ 20 歲）；(2) 能說國語或台語；(3) 同意參與本研究計畫並簽署同意書者。

急重症
一般內外科
精神科
特殊單位
長照單位

二、資料收集過程

研究者於書面資料及公開場合中說明研究目的及過程後，引發同仁興趣後，招募自願者，符合收案條件，簽署同意書，研究對象填寫手部衛生的認知問卷、再以半結構式訪談問卷，訪談研究對象對手部衛生態度及行為。

三、研究工具

本研究工具包括：結構式問卷「研究對象基本資料」、「手部衛生認知問卷」及半結構式問卷「護理人員手部衛生態度及行為自評表」等，由研究團隊自擬問卷後，邀請感控及護理專家共 5 位，檢視後專家效度達 0.89；之後檢定問卷信度，Cronbach α 值達 0.88。

研究對象基本資料包括：性別、年齡、年資、學歷、護理能力進階、服務單位等，由研究對象自填。

手部衛生認知問卷，分為政策、設備、臨床照護、手部衛生時機、手部衛生步驟等五大類，以臨床情境選擇單選題各 5 題，共計 25 題，經專家審視問卷後，採用自填式問卷容易，填寫時間大約 30 分鐘，為單一次填寫，成績結果作為後續手部衛生認知在職教育介入之依據。

醫療人員手部衛生態度及行為，採半結構式訪談，誘導研究對象說出對臨床照護過程，手部衛生執行方式，態度以及困境，省思自己。採內容分析法分析會談資料，分析過程包括：每份心得內容細讀數次，得到整體概念，找出有意義的單元，進行編碼(coding)，以歸納方式將單元類目加以整合，使類目漸呈現出一共同主題(theme)，並形成一概念；訪談內容大綱如下：

(一)經驗(Fact)：以研究對象過去臨床經驗中，所經歷的經驗或事件？

- 1.您過去曾接受手部衛生相關在職教育？接受過手部衛生稽核或考核？
- 2.回顧過去執行臨床照護之手部衛生經驗？過去曾有正向經驗或負向經驗？團隊成員與組織文化是否影響手部衛生執行？
- 3.回顧自己過去執行臨床照護之手部衛生正確性及執行率？

(二)感受(Feeling)：

- 1.在不斷強調手部衛生的醫療環境中，您覺得足夠嗎？不足或需改進之處？
- 2.您在照護病人時，花很多時間正確執行手部衛生是值得？

3.您對手部衛生的想法與感受？您認可嗎？

(三)發現(Finding)困境：

1.認同手部衛生在維護病人安全上的重要性？可降低病人及自己被感染風險？

2.目前臨床照護執行率與現況之差異性？

3.您覺得確實執行手部衛生的困境？是否具體建議如何改進？

(四)展望(Future)

1.如何將手部衛生推廣及融入臨床照護中？推廣至團隊人員及莘莘學子？

2.在接受此次訪談前後，是否改變您對手部衛生的態度與行為？

3.總而言之，您對手部衛生執行之態度及具體行為？

研究結果

一、研究對象之描述性統計

本研究對象之人口學特性，包括：性別、年齡、年資、學歷、護理能力進階、服務單位，分析如表一：

本研究共收案為 50 人，性別以女性 43 人(占 86%)居多，顯示護理場域仍以女性就業為主；年齡以 20~30 歲 18 人(占 36%)居多，31~40 歲 15 人(占 30%)次之；平均年資 10.6 年。年資以 11~15 年居多 17 人(占 34%)居多，6~10 年 14 人(占 28%)次之，0~5 年 10 人(占 20%)，顯示研究族群 80%以上，在此工作職場有 5 年以上工作經驗，具有相當的穩定度；學歷以大學 31 人(占 62%)居多，二技 10 人(占 20%)次之；能力進階以 N 有 18 人(占 36%)居多，N1 有 14 人(占 28%)次之；服務單位以一般內外科 12 人(占 24%)居多，特殊單位 15 人(30%)次之，長照單位 10 人(20%)，急重症單位 8 人(16%)，精神科 5 人(占 10%)。

二、手部衛生認知問卷各項之得分百分比如下：

手部衛生認知問卷，彙整現護理學會、公會或各醫院 E-learning 教學之課後評量，將認知分五大類：政策、設備/人員、臨床照護、手部衛生時機、手部衛生

表一、護理人員基本資料

項目	人數	%
性別		
男	7	14.0
女	43	86.0
年齡		
21~30歲	18	36.0
31~40歲	15	30.0
41~50歲	11	11.0
51歲~60歲	5	10.0
60歲以上	1	2.0
年資(平均10.6年)		
0~5年	10	20.0
6年~10年	14	28.0
11年~15年	17	34.0
15年~20年	5	10.0
20年以上	4	8.0
學歷		
專科	3	6.0
二技	10	20.0
四技	2	4.0
大學	31	62.0
碩士	4	8.0
護理能力進階		
N	18	36.0
N1	14	28.0
N2	8	16.0
N3	6	12.0
N4	4	8.0
服務單位		
急重症	8	16.0
一般急性內外科	12	24.0
精神科	5	10.0
特殊單位	15	30.0
長照單位	10	20.0

步驟等，各 5 題，共計 25 題，以臨床情境狀況為題，四項選擇單選為答案，研究對象得分如表二。

「政策」包括：「手部衛生成本」、「效益」、「教育訓練」、「稽核」、「標準作業」等五題，總正確率 88.8%，其中以對「效益」正確率最高 100%，「稽核」最低 76%。

「設備/人員」包括：「設備可近性」、「洗手設備/衛材」、「洗手液效期」、「洗手/手套差異」、「團隊合作」等，總正確率 84.4%，其中「洗手設備可近性」及「洗手液效期」正確率最高 90%。「團隊合作」最低 76%。

「臨床照護/醫療照護相關感染」包括：「定義」、「影響範圍」、「傳播方式」、「防範方式」、「臨床照護態度」，總正確率 77.2%，其中以「臨床照護態度」正確率最高 84%，「影響範圍」最低 70%。

「手部衛生時機」包括：「接觸病人前」、「執行清潔/無菌操作技術前」、「接觸病人體液風險後」、「接觸病人後」、「乾/濕洗手差異」，總正確率 84%，其中「接觸病人體液風險後」最高，有 88%，「接觸病人前」最低，有 76%。

「手部衛生步驟」包括：「步驟」、「口訣」、「時間」、「搓揉次數」、「乾/濕洗手差異」，總正確率 81.6%，其中「步驟」正確率最高 92%，「時間」最低 70%。

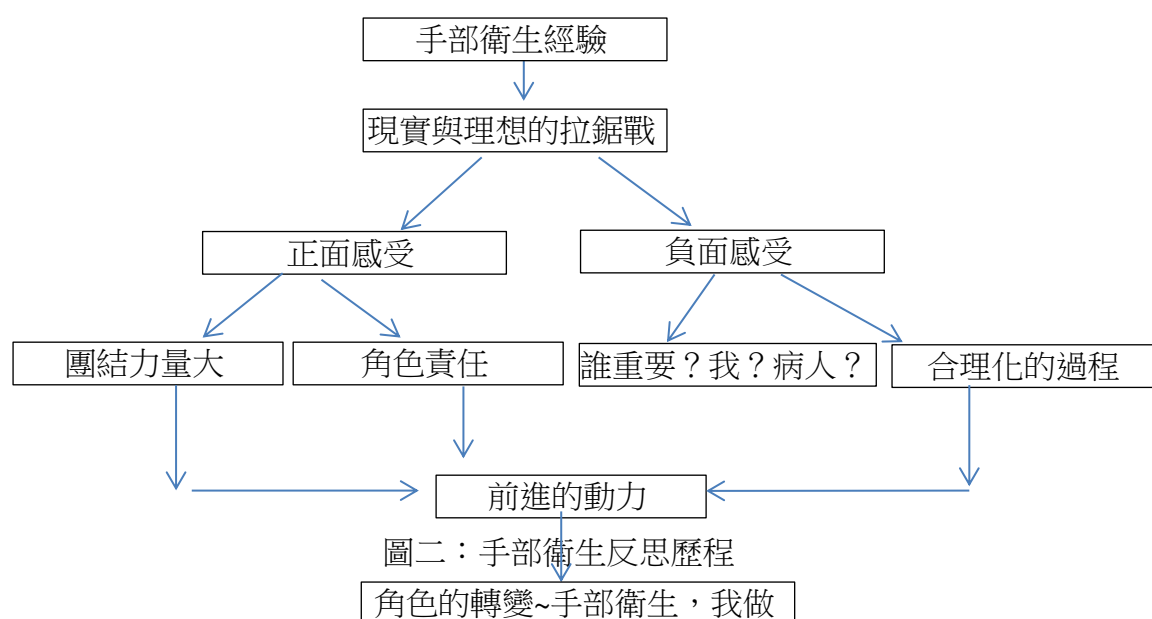
認知正確率與工作年資($r=.449$; $P<0.05$)、教育程度($r=.239$; $P<0.05$)、護理能力進階成正相關($r=.239$; $P<0.05$)，與性別與服務單位無差異。

三、手部衛生態度及行為

研究對象填妥基本資料及認知問卷後，擇一安靜熟悉的空間，進行訪談，以反思過程，透過 4Fs 經驗學習模式~由回顧至前瞻，回顧過去臨床經驗，前瞻自己對於手部衛生態度及行為，「反思」過程後，將此形成手部衛生反思歷程，並一一分析如下：

表二：手部衛生認知問卷

項目	正確		不正確	
	人數	百分比	人數	百分比
政策		88.8		11.2
成本	49	98	1	2
效益	50	100	0	0
教育訓練	45	90	5	10
稽核	38	76	12	24
作業規範	40	80	10	20
設備/人員		84.4		15.6
可近性	45	90	5	10
洗手設備/衛材	45	90	5	10
團隊合作	38	76	12	24
洗手/手套差異	40	80	10	20
洗手液效期	43	86	7	14
臨床照護/醫療照護相關感 染		77.2		22.8
定義	38	76	12	24
影響範圍	35	70	15	30
傳播方式	40	80	10	20
防範方式	38	76	12	24
臨床照護態度	42	84	8	16
手部衛生時機		84.0		16.0
接觸病人前	38	76	12	24
執行清潔/無菌操作技 術前	42	84	8	16
接觸病人體液風險後	44	88	6	12
接觸病人後	43	86	7	14
接觸病人週遭環境後	43	86	7	14
手部衛生步驟		81.6		18.4
步驟	46	92	4	8
口訣	40	80	10	20
時間	35	70	15	30
搓揉次數	42	84	8	16
乾/濕洗手差異	41	82	9	18



(一)、現實與理想的拉鋸戰

在進入職場前，或者進入職場後，不斷地接受手部衛生觀念及稽核，尤近年來新興傳染病疫虐，政府不斷強調手部衛生重要性，認同此觀念，但是否能真正確實及正確執行手部衛生，尤其是遇及緊急狀況，或是臨床業務非常忙碌狀況下，現實與理想之差距，心有餘而力不足。

我知道手部衛生非常重要，對於預防感染也是非常有效的，但是，在時間限制下執行率跟正確率，都不高。如果在緊急狀況下，尤其是急救，搶時間急救，根本無法顧及洗手，如果按照標準作業執行，做不完啦!(案 25、案 35)

每次感控單位公布洗手正確性及執行率，我覺得跟真實面落差很大，管理者要思索一下，數字上的意義?(案 3、案 24、案 47)

(二)、正面感受~團結力量大

醫療工作本是團隊合作，不是個人英雄，每個角色都很重要，醫師、各醫療職類、照服員、傳送人員、清潔人員，甚至家屬...臨床上相互提醒也是很重要的。

真正需要加強洗手者，是每一個醫療團隊，但常常護理人員是最認真的，其實不洗手的都是其他團隊人員，所以稽核、教育等，必須納入每一個醫療團隊人員。(案 13、案 37、案 43)

每個工作人員都在不同的病人間相互運轉，也是預防交互感染的重要角色，但是我們必須還要重視另一個族群，就是家屬，家屬也很兩極化，有的嚴格要求醫療人員，但是自己卻做不到，也有看到，家屬為自己愛的家人，很努力學習照護每一步驟，包括洗手，甚而比醫療人員更嚴格。(案 8、案 19、案 27、案 30、案 31)

團隊的力量是很重要的，大家相互稽核，相互提醒，曾經看到照服員非常認真洗手，而且會跟病人說：「我先洗手啊，再幫你做...」覺得很厲害，基層人員可以有如此的認知。(案 12、案 31、案 35、案 44)

(三)、正面感受~角色責任

如果擔任單位主管、小組長、臨床指導教師(Preceptor)、手部衛生稽查員、手部衛生提醒者等，皆有一份使命感，以身作則，不斷提醒自己，必須隨時做好洗手流程，認同此角色，一份榮譽感，驕傲感尤然而生。

自己是單位洗手稽查員，每天叮嚀及監督同仁是否有洗手，雖然很累，但是我覺得很有意義(案 5、案 23；案 34、案 36)

我是單位的小組長，也是帶新進人員的臨床老師，我一定要做最好的，做榜樣啊，我要以身作則，不然如何要求同仁及新進人員，所以，腦袋不斷的提醒自己，要洗手...要洗手...(案 10)

(四)、負面感受~誰重要？我？病人？

臨床上，病人是受感染得族群，醫療人員有義務，有責任保護，但是事實上，碰到血水、分泌物、尿液，感受是骯髒的，污染性的工作，洗手執行率將提升，如無以上情境，須靠自己或他人提醒...

臨床上碰到污染性物品時，執行率較高，比較會第一時間去洗手，大多為了保護自己。(案 13、案 48)

我知道啊，一定要洗手，但是，真的太忙了，但是如過碰到血，或是分泌物...我知道很髒，一定會洗手。(案 25)

我不覺得髒啊，但是就像我去餐廳吃東西，服務員帶著手套到處摸，然後在端菜給我，我覺得很髒，但是，遇到自己忙碌時，好像就不是這麼想了，都覺得趕快做完事情再說。(案 18)

(五)、負面感受~合理化的過程

了解及認同手部衛生重要性，但是未能達成原因，設備不足、人力不足、過程過於繁瑣、過於忙碌、遺忘等，影響自己執行率...

管理者沒有了解臨床困境，政策、稽核以及洗手步驟都不符合臨床需求，如果步驟不要著麼多，應該執行率及正確性會增加...如果乾性洗手液不會造成手部太乾，龜裂...如果步驟簡單一點，時間短一點...如果設備能夠更完善一點、多一點...，應該可以提高洗手機率(案 35)

我知道洗手很重要，但是有沒有比較簡單的方式，沒有這麼多步驟，可以達到效果...每次都有洗手啊，只是沒有一個一個步驟做，但是，我堅持我的步驟，這不算洗手嗎？(案 11、案 41)

主管說洗手液不會傷手，我的雙手真的都龜裂了，所以戴兩層手套，外面那層說掉後，再用乾洗手液，就不會傷手了...(案 2、案 50)

(六)、前進的動力

了解及認同手部衛生重要性，期待醫院的政策改變、設備便利、稽核及鼓勵政策完善，鼓勵取代懲罰，團隊力量、自我有所體認，將手部衛生融入心理，才能有改變及前進的動力。

最近醫院更新洗手設備，每個床尾都掛一個乾性洗手液，想洗手時，因為就在眼前，會直接洗手(案 10、案 21)

北部一家醫院，創新洗手時，播放生日快樂歌，或是洗手歌，隨這歌曲洗手，歌曲結束洗手結束，覺得很有意思，所以我現在洗手，也跟著唱歌，可以轉移注意力(案 12)

如果發明更便捷攜帶的乾性洗手液，是不是更好，電動的，自動的(案 17、案 43、案 46)

最近疫情嚴峻，洗手，仍然是最重要的議題，認真洗手後，很多傳染性疾病都不見了(案 7、案 8、案 21)

看到不認識的人員，突然來到單位，都會想到是否是洗手查核神秘客，趕快省思一下，目前情境是否需要洗手，真的要把洗手放在心上啦(案 4、案 9、案 16、案 33、案 42)

真正認真洗手的人員，應該是同仁相互提出的，稽查員只是而來一次，我們才是知道團隊中，誰最認真洗手的，應該給予獎勵，正向鼓勵才是動力(案 15、案 21、案 22)

都有查核團隊直接現場觀察，包括感控人員，護理長，或是神秘監督者，但是有查核時，會比較認真洗手(案 15、案 24)

曾經單位有一群聚感染案件，經追蹤後，竟然是醫療人員傳染的，而且從環境中，檢驗出好多相同處視同菌種，護理站，電話，滑鼠，吃飯地方，才是最需要環境清潔之處，病人單位反而天天要求擦拭，保護病人，有要保護自己(案 1)

(七)、角色的轉變~手部衛生，我做起

不論過去對手部衛生有正向或是負向感受，護理人員接受嚴格教育訓練，當初加冠典禮時，皆有一份責任心及榮譽感在身，投入臨床，定要求自己，保護病人，透過此次反思過程，皆更認同手部衛生政策，更能要求自己及醫療團隊，落實手部衛生，也對此次研究訪談，反思自己，給予極高的肯定。

查房時，看到學姊認真洗手，我會跟著做，我會學習，是非常好的角色模範(role model)，學習標竿的對象，當然，以後，我也會最為學妹的學習的對象...(案 6、案 21)

如果我看到其他工作人員對於預防感染措施有問題，我會提醒，例如，我看到清潔人員沒有更換抹布及水，我就會要求，不然發生院內感

染，或是群聚，最累的還是護理人員，受傷害的還是病人...(案 5)

我一直覺得，洗手是很重要的，曾經參加過另一個研究計畫，洗手後，手部培養皿驗出一堆細菌，還做過環境高接觸點的細菌培養，結果護理站、電話、滑鼠、鍵盤最髒，甚至培養出同一種菌種。(案 1)

我會要求我在臨床照護時，認真洗手，當我成為病人時，我同樣會要求，照顧我的人(案 22、案 27)

這次的活動很有意義，其實考試大家都會，但是，好好坐下來訪談，讓自己思索一下，自己對於洗手，是不是有問題，而不是一直用稽核的，如果把洗手融入責任中，才會自動自發的洗手，才能照顧好病人...(案 2、案 8、案 21、案 27)

結論與建議

各項實證顯示落實手部衛生是防止 HAIs 最重要的預防策略，各醫院皆制訂有手部衛生標準作業流程、教育訓練、稽核制度等，然醫療人員執行手部衛生的低遵從率仍為是的改善 HAIs 主要瓶頸。

本研究結果呈現護理人員對手部衛生皆有正向態度，與陳等(2014)研究顯示醫療人員在手部衛生有正向態度(平均得分 51.9 分)同，然受限於忙碌的臨床工作環境、設備之可近性、手部衛生步驟不符合期待，未能完全執行標準之手部衛生步驟，與林等(2004)研究指出相同：工作太忙碌和洗手檯離病床太遠，降低洗手意願；如提供充裕的洗手設備和在職教育可提高洗手率，與楊等(2020)提出增加洗手設備可近性，工作人員洗手之意願較高之研究結果相同。

然稽核制度的真實性，亦有待商榷，黃(2021)提出：「直接觀測法是稽核手部衛生遵從率的首選方法，能夠釐清洗手時機與動作間的直接關係」，但本研究對象指出，稽核制度已造成單位同仁警覺性，但實際未稽核時段，是否能確實執行洗手，需將洗手文化融入醫療人員心中，才能真實反應現況。

對於洗手五時機，執行保護自己比保護病人時機遵從性高，也較在意自身安全，與 Darawad(2012)研究相同，護理人員仍肯定及認可手部衛生的制度及預防 HAIs 效能，亦與 Tai(2009)研究相同：醫療人員對手部衛生態度與行為是正向的。

期許自己在臨床照護上，有 Role Model 可學習，也能自我警惕，也是一份責任心及使命感，能落實手部衛生政策，與陳等(2014)研究指出職場有角色楷模時，可提升洗手意願相同。

臨床工作實務不易落實手部衛生的護理標準作業，需要有更佳的策略以協助護理人員提升手部衛生知識及落實執行。本研究結果可提供護理行政管理之參考，以規劃手部衛生相關的在職教育並監測執行狀況，制訂具成效、適用與實用的手部衛生規範之依據。

研究限制

在環境、人力及時間有限之情況下，由研究對象侃侃而談過去經驗，透過反思的過程，重新面對自己，如果未來能再加上現場行為觀察，將更有助於改善手部衛生政策、教育及稽核規劃，提升執行手部衛生遵從率及正確率。

參考文獻

- 林秀珍、石惠美、蘇淑芳、陳美玉、陳玉麗（2004）．探討某醫院重症單位護理人員之洗手觀念及行為．*長庚護理*，15(3)，271-280。https://dx.doi.org/10.6386/CGN.200409_15(3).0004
- 林金絲、葉玉蓉、饒淳英、黃忠智（2001）．護理人員對洗手相關知識、行為與態度之探討．*院內感染雜誌*，11(5)，311-321。https://dx.doi.org/10.6526/ICJ
- 疾病管制局（2011）．響應 WHO「拯救生命 清潔雙手」衛生署推行手部衛生四 5 運動。Accessed October 20, 2011. Available at: http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=34870&ctNode=220&mp=1
- 陳抱宇摘評、陳怡君摘評（2012）．手部衛生推廣運動對於降低醫療照護相關感染的成效及限制．*感染控制雜誌*，22(5)，249-251。
- 陳澄淳、施智源、傅任云婕、張綠娟、王凱君、丘愛平、黃佩萱、劉美芳、黃惠美(2014)．醫療人員手部衛生知識、態度及行為調查．*感染控制雜誌*，24(3)，109-121。http://dx.doi.org/10.6526/ICJ.201406_24(3).0001
- 黃莉綾、王麗雯、劉純如、蔡蓓君、李妍鋅、張聿仁(2021)．提升加護病房護理人員於照護過程之手部衛生遵從率．*高雄護理雜誌*，38(2)，40-52
http://dx.doi.org/10.6692/KJN.202108_38(2).0004
- 楊珉珊、吳宏蘭、張淑美、葉秋燕、蔡佳達、黃俊凱(2021)．運用 PRECEDE 模式探討某市養護機構照顧服務員手部衛生之知識、態度、信念對於手部衛生行為的相關性．*感染控制雜誌* 31(1)，1-16。https://dx.doi.org/10.6526/ICJ.202102_31(1).0001
- Alleggranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305-315. http://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.04.019
- Astor, R., Jefferson, H., & Humphreys, K. (1998). Incorporating the service ac

- complishments into pre-registration curriculum to enhance reflective practice. *Nursing Education Today*, 18(7), 567-575. [https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(98\)80007-5](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(98)80007-5)
- Atkin, S., & Murphy, K. (1993). Reflection: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1188-1192. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18081188.x>
- Creedon, S. A. (2008). Hand hygiene compliance: exploring variations in practice between hospitals. *Nurs Times*, 104(49), 32-35. [https://PMID: 19170286](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19170286/)
- Darawad, M. W., Al-Hussami, M., & Almhairat, II. (2012). Investigating Jordanian nurses' handwashing beliefs, attitudes, and compliance. *Am J Infect Control*, 40(7), 643-647. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.08.018>
- Forneris, S. G., & Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 410-421. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04120.x>
- Gawande, A. J. (2004). On washing hands. *The New England Journal of Medicine*, 350, 1283-1286.
- Gould, D. J., Moralejo, D., Drey, N., & Chudleigh, J. H. (2010). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9)1-94. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005186.pub4>
- Hayden, M. K., Bonten, M. J., & Blom, D. W., (2006). Reduction in acquisition of vancomycin-resistant enterococcus after enforcement of routine environmental cleaning measures. *Clin Infect Dis*, 42(11), 1552-1560. <https://doi.org/10.1086/503845>
- Mani, A., Shubangi, A. M., & Saini, R. (2010). Hand hygiene among health care workers. *Indian Journal of Dental Research*, 21(1), 115-118. <https://doi.org/10.4103/0970-9290.62810>
- Mertz, D., Johnstone, J., Krueger, P., Brazil, K., Walter, S. D., & Loeb, M. (2011). Adherence to hand hygiene and risk factors for poor adherence in 13 Ontario acute care hospitals. *American Journal of Infection Control*, 39(8), 693-696. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2010.12.002>
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., & Touveneau, S. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet*, 356(9238), 1307-1312. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02814-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02814-2)
- Pittet, D. (2004). The Lowbury lecture: behaviour in infection control. *J Hosp*

- Infect*, 58(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2004.06.002>.
- Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., & Donaldson, L. (2006). Clean Care is Safer Care': The Global Patient Safety Challenge 2005-2006. *International Journal of Infectious Diseases*, 10(6), 419-424. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2006.06.001>
- Suresh, G., & Cahill, J. (2007). How “user friendly” is the hospital for practicing hand hygiene? An ergonomic evaluation. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(3), 171-178. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(07\)33020-1](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(07)33020-1)
- Trampuz, A., & Widmer, A. F. (2004). Hand hygiene: a frequently missed lifesaving opportunity during patient care. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(1), 109-116. <https://doi.org/10.4065/79.1.109>
- Tai, J. W., Mok, E.S., Ching, P.T. (2009). Nurses and physicians' perceptions of the importance and impact of healthcare-associated infections and hand hygiene: a multi-center exploratory study in Hong Kong. *Infection*, 37,320-333. <https://doi.org/10.1007/s15010-009-8245-x>
- World Health Organization (2005a). *WHO guidelines on hand hygiene in health care(Advanced draft): A summary. Clean hands are safer hands*. Accessed October 19, 2011. Available at: http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf.
- World Health Organization (2005b). *WHO launches global patient safety challenges, issue guidelines on hand hygiene in health care*. Accessed October 19, 2011. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/en/index.html>.
- World Health Organization, (2009). *WHO guidelines for hand hygiene in health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf.