

新冠肺炎重症病人隔離期間重建復原力之照護經驗

蔡依辰¹、盧淑芬²、金淑儀¹、尙婉明²、連如玉³

中文摘要

本文探討一位中年男性因新冠肺炎重症入負壓隔離加護病房治療之照護經驗，護理期間為2021年6月13至24日，以會談、傾聽、直接接觸與監視器、通訊設備觀察等方式收集資料，並運用Gordon十一項功能性健康型態進行評估，確立主要健康問題有氣體交換障礙、復原力障礙、社交互動障礙。透過醫療團隊合作進行照護計劃，採俯臥治療改善氧合，提供詳細的疾病與照護說明，讓個案和家屬共同積極參與照護計畫，並應用復原力重建之概念，滿足個別性需求，促使個案在隔離情境下，仍能感受到外界傳遞的愛與支持，減輕孤獨感受，進而產生正向的思考與心理適應力，最終脫離呼吸衰竭危機轉出負壓病室。建議未來可於隔離衣上清楚標示姓名，拉近防護衣所造成的隔閡感，促進護病的建立，藉此提升負壓隔離病人的照護品質。(志為護理, 2024; 23:1, 118-127)

關鍵詞：新冠肺炎、重症病人、復原力、俯臥通氣

前言

衛生福利部疾病管制署(2022)統計2022年截至七月，新興傳染疾病－新冠肺炎之六十歲以上男性本土確診死亡率高達11.8‰，罹病者約14%因症狀嚴重住院治療，需介入重症加護佔5%(Tsai et al., 2021)。由於對疾病不了解、疾病進展及治療結果不可預期，加上基於傳染病防治與公共衛生整體考量，病人須接受

醫療院所提供的支持性隔離治療(Kumar & Nayar, 2021)，容易因高度的不確定性而產生壓力及焦慮情緒，造成心理調適機能下降，治療信心降低(Hossain et al., 2020)。本文個案為重症新冠肺炎中年男性於隔離期間的護理過程，在確診新冠肺炎後因症狀加劇接受重症治療，因上述原因而出現焦慮、憂愁、不安等情緒，面臨疾病壓力調適不良與因應能力下降等問題，故引發筆者探討的動機。

臺北榮民總醫院護理部護理師¹、臺北榮民總醫院護理部護理長²、臺北榮民總醫院護理部副護理長³

接受刊載：2023年5月10日

通訊作者地址：連如玉 臺北市北投區石牌路二段201號

電話：886-2-28757021 電子信箱：rylien@vghtpe.gov.tw

文獻查證

一、新型冠狀病毒肺炎(coronavirus disease 2019, COVID-19)

COVID-19以呼吸道飛沫與接觸傳染為最主要傳播途徑，常見症狀為發燒、乾咳、呼吸困難，另有肌肉疼痛、喉嚨痛、頭痛及腹瀉等(Tsai et al., 2021)，嚴重會導致急性呼吸窘迫症候群(acute respiratory distress syndrome, ARDS)、敗血性，甚至死亡(Majumder & Minko, 2021)。目前以抗病毒藥物 remdesivir 治療，其他藥物包括免疫調節藥物(如tocilizumab)、抗瘧疾藥物(如chloroquine)、類固醇(如decadron)等(Babaei et al., 2021)。

二、新型冠狀病毒肺炎病人的呼吸重症照護

新冠肺炎病人因肺部炎症反應產生急性低血氧、呼吸困難，從發病到出現呼吸喘的約5-8天，進展到ARDS僅約8-12天(鄭、鄭，2020)。依據指引建議當氧合指數($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio, P/F ratio) $\leq 200\text{mmHg}$ 時，建議用貯氣袋非再呼吸型面罩(non rebreathing mask, NRM)、高流量濕化氧氣經鼻導管系統(high flow nasal Cannula, HFNC)、非侵入型呼吸器使用，維持周邊血氧濃度大於94%以上(台灣胸腔暨重症加護醫學會，2020)。其中HFNC可提供高流量氧氣達60升/分鐘，能減少氣管內管插管率及死亡率，另應配合俯臥位，增進肺部通氣和血液灌注比(Xu et al., 2020)，俯臥通氣治療應盡早執行，至少12-16小時/天(Koeckerling et al., 2020)。執行前應先妥當固定管路，確認呼吸道

暢通，氧氣供應正常，臨床上常使用俯臥架、俯臥氣墊床，對於清醒可配合者可用軟枕取代，另需預防壓力性皮膚損傷，可於易受壓骨突處黏貼減壓敷料，如：額、頰、下巴、肩峰、髂骨脊、膝蓋、足踝等(李佩穎等，2020)。此外應適時教導復健運動，如：深呼吸、擴胸運動及有效咳嗽，過程中密切監測呼吸型態、呼吸音、血氧濃度及痰液性量，必要時追蹤血液氣體分析值(arterial blood gas, ABG)(王等，2020)。

三、新型冠狀病毒肺炎病人的心理層面之護理

新冠肺炎不僅對人們的日常生活、活動與生計造成影響，其也對心理健康造成威脅，導致孤獨焦慮、抑鬱失眠(Kumar & Nayar, 2021)。研究顯示確診新冠肺炎後其創傷後壓力症候群程度顯著較高，不僅影響睡眠品質，自殺意念及行為也增加，即便康復後，仍可能心存沮喪(Hossain et al., 2020)。入住負壓加護病房隔離病後，因限制訪客、無法與外界接觸，其活動大多以滑手機、上網等靜態活動為主，造成社交活動減少，進而與人疏離導致社交隔離，甚至感覺被社會遺棄，另外對疾病認知不足失去控制感、擔心病情惡化、害怕失去家人及無法控制當時局面，又因身上多重侵入性管路留置，都會使病人感受到龐大的心理壓力(王等，2020)。

此時應評估及瞭解病人需求，提供完整資訊，主動說明床邊儀器設備及照護常規，提供陌生環境的安全感，增進隔離期間之定向感及現實感，以同理心傾聽、關懷，讓病人抒發內心感受，鼓勵其與家屬

透過視訊、寫卡片、錄音或錄影等紓緩因社交產生之焦慮及被隔離的恐懼感，提升自我控制感受(李佩穎等，2020)。促進病人正向的思考、提升心理適應力，增進治療遵從性，締造生命意義與價值，建立社會支持網路，強化其復原力，以維持人際關係及支持系統，增強病人配合治療意願，建立對出院後的信心與適應力，也為重症單位遷移至普通病房做準備(連等，2022；王等，2020)。

四、復原力理論於新冠肺炎照護上的運用

「復原力」又稱「韌力」，為一種情緒能量或正向積極的特徵，當面對威脅或生活重大壓力事件時，除維持良好適應力外，仍可展現內在能力和運用外在資源，積極面對困境，發展、維持或恢復心理健康(Flach, 1980)。藉由確認病人逆境的經驗，協助面對挫折及事件衝擊，引導其自我察覺，評估其擁有的內在與外在資源，予個別照護計畫，協助發展自我管理的因應策略強化心理適應力，提升自信及自我價值，使其在疾病歷程中修正自己的思維，維持心靈正向成長，持續尋找解決生活問題之方法(李國任等，2021)。

個案簡介

一、基本資料

62歲男性，採國臺語溝通，已婚，與妻子及28歲兒子同住，國中畢業，已退休，無宗教信仰，主要照顧及決策者均為案妻。

二、病史與治療過程

無過去疾病史，於2021年6月4日出現咳嗽，發燒等症狀，快篩COVID 陽性，

6月5日至檢疫所隔離。6月13日呼吸喘，氧氣鼻導管(nasal cannula, N/C) 3L/MIN 使用下仍呈現低血氧(SpO₂ 80%)，轉至本院急診後採NRM 15L/MIN，SpO₂ 97-98%，呼吸外觀淺快而費力，故收入重症專責病房治療。期間採HFNC及俯臥治療，6月22日改N/C，6月24日轉一般隔離病房，追蹤個案於7月14日出院。

三、護理評估

(一)健康認知與健康處理型態

自覺服藥遵從性佳，此次染疫，可清楚描述罹病及發病過程以及對疾病及治療不了解，6/13「聽說這個病就算好了也會有很多後遺症，出院了還很多毛病！」多次提出對疾病、治療方式及疾病預後等相關疑問，個案談及病情時語調提高、表情緊張且反覆提問。6/15「我那麼嚴重會死掉嗎？」，因疾病的不適，顯得擔心、害怕，不知所措無法因應。

(二)營養與代謝型態

身高160公分，體重64.9公斤，理想體重為56.3公斤，BMI：24.9(Kg/m²)，屬體重過重，6/14「住在這沒什麼胃口，都沒活動，不會餓」。6/14依醫囑給予primperan 1# PO TIDAC後漸改善，能食用醫院飲食3/4之餐量，但觀察個案進食咀嚼食物時，容易呼吸喘、不適，進食過程中短暫取下HFNC，呼吸較為淺快約26-30次/分、SpO₂：90%，長時間飲食造成呼吸短促現象，6/14個案表示：「中午吃飯的時候很喘，那個雞腿根本沒辦法啃來吃，不吃了啦。」

(三)排泄型態

平時自解1~2次黃褐、軟或成型便，解

尿3~7次/天。入院後皆臥床，平時可自行使用尿壺，糞便及尿液檢查無異常發現；腹部觸診柔軟，四肢無水腫。每日輸入排出量平衡量：+267-458ml/day。

(四)運動活動型態

過去每天習慣會至公園活動，6/13於急診NRM 15L/MIN，SpO₂：97-98%，呼吸淺快費力，採檢ABG PH:7.523、PO₂:148.8mmHg、PCO₂:30.8mmHg、HCO₃:24.7mmol/L；P/F ratio:48.8mmHg。使用HFNC且於6/13執行俯臥治療，其表示：「我都不太敢動，一動就喘」、「趴著對我會比較好嗎？要怎麼趴？趴多久？」。6/14 X光雙肺嚴重浸潤，呼吸濕囉音，稍作翻身、活動後呼吸速率33-35次/分、SpO₂：92-94%，對於使用HFNC及俯臥治療的效果存疑，配合意願與主動性不佳，認為身上有其他管路，要自行趴臥感到困擾，主訴：「我現在只要稍微動一下就喘到不行」、拉著HFNC說：「用這個會比較好嗎？」。

(五)睡眠休息型態

在家每日睡眠時間約八小時。加護期間因呼吸喘，睡眠品質差，另因侵入性管路留置及夜間常規治療，加上加護病房特殊環境影響，導致易醒及夜眠容易中斷，白天精神顯倦怠，不時打哈欠，有輕微黑眼圈，注意力顯不集中，採集中式照護並調整白天與夜間光源，提供白噪音等個案可接受之背景音樂後，其表示自覺夜間睡眠有改善。

(六)認知與感受型態

意識清楚GCS：E4V5M6，回應可切題，護理指導可回應、發問並配合衛

教事項，6/13針對俯臥表示：「這樣動來動去，我做一下就會喘，我不想做！」，教導肢體運動及肺部運動可配合，但意願不高。觀察個案常望著窗外發呆，當醫護人員進入後個案多神情緊張，談話間顯得焦慮緊張，多次對自我能力感到懷疑，對治療有許多疑問。

(七)自我感受與自我概念型態

個性隨和好相處，與家人相處良好，住院隔離治療期間家屬無法探視，醫護人員無法長時間陪伴，6/14表示：「我在這邊隔離要多久？」、「我一個人在這裡，你們可以進來看我一下嗎？」對於身上各侵入性管路、陌生的環境及因疾病活動受限感到不安，對於時間定向感不佳，使用電話呼叫護理站護理師進入陪伴，經醫師及護理師說明後，對於各項治療尚能執行，但對俯臥及復健運動態度顯被動，頻繁詢問出院時間，並感到憂慮。

(八)角色關係型態

同時是丈夫、父親及病人的角色，重大決定會與妻子共同討論。隔離初期，個案情緒沮喪低落，鼓勵使用電話或視訊與家屬聯絡，但顯被動冷漠，6/17「剛剛我兒子打給我，說我老婆和他明天就不用隔離了，可是我也不知道要跟他說什麼！」、「我現在就算出去了，大家看到我應該也還是會害怕…」認為返家後會被別人以異樣眼光對待，表情淡漠、對醫護人員的慰問，僅簡短回應。

(九)性生殖功能型態

個案育有一子，與案妻感情良好。生殖器官外觀無異樣，主訴對性生活無特別要求。

(十)壓力調適與耐受度型態

主訴個性易緊張、焦慮，對疾病變化及治療不確定而常出現煩躁不安等，懊惱自己染疫，6/13訴說：「我不知道能不能挺過來？」、「如果我越來越嚴重，是不是沒辦法回家了？」對治療效果缺乏信心，態度猶豫時而皺眉，對執行俯臥缺乏動力，談話間神情顯得焦慮、緊張，認為自己無法執行，對治療與肺部復健運動抱著懷疑的心態，6/14表示：「我那麼嚴重是不是要死了？」害怕無法由疾病中復原。觀察個案雖對醫護人員十分有禮貌，但心情低落，不喜歡會談，不愛說話，偶爾瀏覽手機，鮮少與其他家人朋友交談，且時常看窗戶若有所思。

(十一)價值與信仰型態

無宗教信仰，認為生命重質不重量，不追求大富大貴，對自己未來希望一切平順就好，期望能趕快恢復正常的生活。

健康問題確立

綜合以上護理評估，確立個案主要健康問題：

- 一、氣體交換障礙/與肺部發炎、肺泡換氣異常有關
- 二、社交互動障礙/與治療性隔離措施有關
- 三、復原力障礙/與疾病預後不明確、自我控制感降低有關

護理措施與照護過程

- 一、氣體交換障礙/與肺部發炎、肺泡換氣異常有關

(一)護理目標：

個案於加護病房照護期間，能SpO₂維持94%以上；在轉出加護病房前，P/F

ratio改善至 ≥ 300 mmHg，並能將HFNC改為N/C使用。

(二)護理措施：

協同醫師與呼吸治療師跨團隊討論，於6/13將NRM改予HFNC 50%約7L使用；追蹤胸部X光變化及ABG，跨團隊討論照護計劃的修正，依照ABG陸續調整HFNC供氧量，並依醫囑予抗病毒(remdesivir)、免疫抑制劑(tocilizumab)、抗生素(ceftriaxone、levofloxacin)治療，持續追蹤藥物效果及副作用。協助個案採俯臥治療，說明原理及重要性使其了解後，自6/13開始執行俯臥，指導將手臂擺成游泳自由式姿勢，雙手上舉，將手掌置於頭部兩側，手肘彎曲成90度，因個案不適且耐受力不佳，與個案共同討論後採漸進式執行：6/13-14早上、下午及晚上各2小時；6/14為避免長時間飲食造成呼吸短促、血氧下降，會診營養師，討論後將普通飲食改為細碎飲食；6/15逐漸熟悉並適應俯臥後，每次增加至4-6小時，每日共12-16小時；6/15-17每二小時提醒個案輪流採左、右俯臥，換姿勢前後確認導管位置及通暢度，維持HFNC通氣順暢，避免管路壓折。視個案耐受程度及生活作息調整，持續透過監視器確認俯臥情形，隨時觀察及紀錄呼吸及氧合狀態。告知俯臥過程如有不適症狀(例如：呼吸喘、感覺吸不到氣)，可隨時按鈴或舉手要求停止。期間鼓勵個案多深呼吸咳痰，評估並紀錄痰液量、色、性質。視個案病況變化，於6/18-23協同呼吸治療師、復健師與個案共同討論後擬定呼吸訓練計劃：(1)深呼吸：由鼻緩慢吸氣，使腹部膨出吸

到飽後，閉氣，嘴唇呈圓唇型緩慢將氣吐出，使腹部恢復平坦，每日作三次(9AM、2PM、8PM)，每次15~20分。

(2)配合前項深呼吸過程將雙手上舉行擴胸運動，吐氣時將雙手放下。(3)有效咳嗽：由鼻子吸氣，緩慢地做深呼吸運動，吐氣後，連續做兩次短促的咳嗽。

二、社交互動障礙/與治療性隔離措施有關

(一)護理目標：

個案在加護病房期間能以正向態度面對治療性隔離。主動與醫護人員社交性談話，主動聯絡家屬，分享近況及心情。

(二)護理措施：

1.與個案建立良好護病關係：6/13使用通訊及監視設備，主動關心並傾聽對疾病與治療的想法及疑慮；2.提供陌生環境的安全感：6/13說明護理站分機號碼，告知電話按「1」可直接轉接至主責護理師，並耐心聆聽其訴說內心憂慮；3.增進隔離期間之定向感及現實感：6/13-23每日治療時間主動打招呼，告知時間、日期，協同醫師說明病情及治療進度並鼓勵個案提出疑問；6/17鼓勵個案主動用line視訊家屬，告知病況變化及治療進度；4.自我控制感受：主動告知個案疾病狀況、治療的方式及目標，並協同醫師向個案說明隔離原因及必要性，使其了解此為治療性隔離，避免個案過度焦慮；6/18-20協同醫師與個案討論訂定轉出後活動計畫，鼓勵個案主動使用通訊設備邀請家屬一同參與討論；5.藉由通訊設備提供家人支持：6/15主動聯絡家屬，把個案的憂心告知家屬，鼓勵家屬可以主動利用通訊設備找個案

聊天、講電話、傳訊息表達關懷。

三、復原力障礙/與疾病預後不明確、自我控制感降低有關

(一)護理目標：

6/14後個案可了解並積極執行俯臥治療及復健運動。6/17能主動談論對於此次罹病與復原內心的想法。6/20能說出配合治療後的正向想法、於轉出加護病房前，主動表示有信心面對未來生活。

(二)護理措施：

1.傾聽關懷減緩焦慮：6/13~6/23採不批判及同理態度，運用治療時間及通訊設備，鼓勵說出內心的感受，予個案正向的鼓勵及心理支持；評估此次病況對個案影響程度，了解其在意之處並同理目前焦慮及沮喪情緒；執行護理活動或治療時應用簡單易懂的語句，避免使用醫療專業術語，主動告知目的與流程；當出現沮喪及低落的情緒時，輕握其雙手，表達同理感受「我了解你現在的心情，不要擔心，我們一起熬過去」；6/15教導個案勿將注意力放在自身疾病，可藉由自己喜歡做的事轉移注意力、放鬆心情，如：看影片、聽音樂；2.給予正向肯定：肯定個案想要康復的意念，鼓勵其保持正向態度面對疾病及治療，6/14「你很想出去我理解，我們不要放棄，如果配合治療，一定可以進步」，6/15當個案能主動進行俯臥治療時，予正向肯定及鼓勵增加信心，護理期間擔任個案與家屬間的溝通協調者，引導家屬重新看待個案的改變，鼓勵雙方互相給予正向回饋，強化家庭成員間的支持；3.提供疾病相關的訊息：主動告知疫情的變化，分享隔離期間狀

況穩定與康復之個案，增進其信心；於6/18-20強化個案運用外在資源，帶領太太、兒子與醫護人員參與視訊家庭會談，在家屬的陪伴一同了解目前疾病進展及治療方針；與個案共同審視確認可解決焦慮、沮喪情緒的因素，如：配合俯臥及呼吸訓練計畫，增加與家人、朋友聯繫；4.鼓勵參與照護計畫：於6/13-21帶領個案一同接受俯臥治療及復健訓練，重新確認技巧及經驗；於6/22因個案病況好轉，即將轉出至普通病房，提供並教導較高強度之復健運動護理指導：起示運動、托球運動、舉水瓶等(健康e點通)，鼓勵住院期間及返家後，依自身恢復狀況繼續執行；6/23主動利用視訊設備，提供個案及家屬後續自主健康管理及出院自我照護之相關護理指導(COVID-19個人自主健康管理、COVID-19病人出院自我照護)，如：適量補充水分、攝取足夠營養、適度運動與充足睡眠，保持心情愉快，如需心理諮詢服務，可撥打24小時免付費1925安心專線。

護理評值

在氣體交換障礙方面，於6/13-17個案使用HFNC 50%，俯臥時SpO₂ 97-100%，6/15仰臥或吞嚥細碎飲食時SpO₂ 94-95%；6/18後停止俯臥，在 HFNC 30%使用下，SpO₂ 皆可大於95%。6/13-17期間追蹤 P/F ratio 185-240mmHg、6/18-23 P/F ratio 300-457.7mmHg。於6/18將HFNC供氧量調整為30%，並於6/23將HFNC改為N/C 3L/分，SpO₂ 95-98%，觀察個案呼吸規則、平順。

在社交互動障礙方面，於6/17個案可主動以line聯絡家屬要求生活用品、數讀本及想吃的食物，家屬協助準備衛生紙、濕紙巾、優格和花生豆花。6/18主動以電話向醫護人員問候，以輕鬆的語氣與醫護人員聊天，精神佳、表情較為愉悅。並表達想吃優格的需求。6/19觀察其能使用手機與朋友、家人視訊，談起現在的病況與治療，說出自己的憂心，分享神情明顯放鬆。6/20 個案表示「我現在不會因為被關覺得怕，有比較好，你們教我做的運動，我都會好好做」。

在復原力障礙方面，個案於6/15表示已可熟悉俯臥並掌握訣竅，觀察個案可定時主動執行並保持俯臥姿勢。6/16可主動電話聯繫護理師「我10 點要翻過去，你先來能來幫我一下嗎？」。6/16-17觀察個案能自行設定手機鬧鐘提醒俯臥時間，並執行俯臥。6/20個案「最近覺得狀況好很多，打藥、趴睡跟復健原來真的有效，我會繼續做肺部運動，對我比較好」。6/22個案「我現在好很多了，快要可以轉出去一般病房了，這麼嚴重都過來了，我相信之後一定會更好，謝謝你們」。觀察個案微笑語帶自信，對未來充滿希望；共同擬定返家後，依體力負荷程度進行復健運動，每日2至4次。6/24個案轉出至一般病房，後續追蹤個案已於7/ 14出院，於7/16電話追蹤，個案表示返家後每日持續執行肺部復健運動，「我現在可以舉600cc礦泉水、每天兩次一手15下，我太太也會扶著我繞客廳2-3圈，不會太喘」、「每天都有進步一點，好很多了。」

結論與討論

本文探討一位重症新冠肺炎病人隔離期間，因急性呼吸窘迫症候群，接受高流量鼻導管及俯臥治療，透過俯臥治療改善氧合，穩定生命徵象，成功改善肺炎轉至普通隔離病房。針對個案因疾病與隔離所產生的社交互動障礙、復原力障礙等心理問題，擬定個別性的護理計畫。因護理過程中，因疾病造成個案生理的不適，加上對新興傳染性疾病與治療的不了解，其焦慮與害怕的情緒，導致治療與護理上的配合度下降，進而使個案的遵從度偏低，導致護理上的困難，因此護理人員更應同理個案，耐心一遍又一遍的向個案說明，不斷的鼓勵與陪伴個案，緩解其在住院過程中不安的情緒，協助其建立正向之抗病態度，坦然面對疾病，重建於隔離期間的復原力，重獲愛與希望而獲得安適。

照護新興傳染病病人不只醫療團隊承受著極大的壓力，病人也會因醫療不確定性和長時間隔離而顯得不安，除依照指引予病人治療外，也需考慮到其心理狀況。由於本單位臨危授命改建為微負壓重症專責病房，部分照護人員無COVID-19照護經驗，且因需著全套防護設備，阻擋醫護人員面部表情，病人無法明確辨識進入病房的人員而時常保有警戒，無法快速建立良好的護病關係，實為照護限制。建議醫護人員除充實新興傳染病及隔離照護相關知能，亦應加強病人心理問題的感知能力，奠定穩定自我心理狀態，方能勝任照護之重責。隨著照護經驗累積，在團隊共同討論下在隔離衣上標示照護者姓名及圖案，讓

病人清楚辨識、放下戒心，也鼓勵醫護人員應展現熱誠，主動與病人互動，如：進入病室前先使用電話向病人自我介紹、說明稍後的治療，詢問需求(是否要帶家人準備飲食入內)等。本報告藉由全面照護建立以病人為中心完整健康照護，讓病人和家屬共同參與照護計畫，快速精準發掘病人身、心、靈問題，提升了負壓隔離病人照護品質。

文獻查證

- 王佑平、莊寶玉、龔淑櫻、曾紀瑩(2020)·一位COVID-19重症病人合併急性呼吸窘迫症之加護經驗·*護理雜誌*，67(6)，104-110。
[http://dx.doi.org.vgharpa.vghtpe.gov.tw:81/10.6224%2fJN.202012_67\(6\).14](http://dx.doi.org.vgharpa.vghtpe.gov.tw:81/10.6224%2fJN.202012_67(6).14)
- 台灣胸腔暨重症加護醫學會(2020，5月4日)·*新型冠狀病毒(COVID-19)併發急性呼吸衰竭臨床處置指引(v2)*。<https://www.tspccm.org.tw/media/s/qucEkM>
- 李國任、蕭文棋、劉金明、顏啟華(2021)·個人及健康照護體系復原力之理論與應用·*台灣家庭醫學雜誌*，31(4)，258-268。<https://doi.org/10.53106/168232812021123104002>
- 李佩穎、吳紹歆、彭素貞(2020)·照顧一位流感重症採俯臥治療病人之護理經驗·*志為護理*，19(2)，117-126。
- 連如玉、金淑儀、盧淑芬、熊道芬(2022)·重症過渡期照護計畫對加護病房病人及其家屬遷移之影響·*護理雜誌*，69(2)，80-88。
[https://doi.org/10.6224/jn.202204_69\(2\).10](https://doi.org/10.6224/jn.202204_69(2).10)
- 臺北榮總護理部健康 e 點通：COVID-19個人自主健康管理。(2023，2月25日)。取自<https://ihealth.vghtpe.gov.tw/media/2983>
- 臺北榮總護理部健康 e 點通：COVID-19病人出院自我照護。(2023，2月25日)。取自<https://ihealth.vghtpe.gov.tw/media/3737>
- 衛生福利部疾病管制署(2022，7月20日)·

- 2020年起covid-19本土確定病例數及死亡數統計：年齡性別統計。2022年7月21日取自<https://sites.google.com/cdc.gov.tw/2019ncov/taiwan>
- 鄭舒帆、鄭高珍(2020)·新冠肺炎之處置：藥物治療及重症照護·*內科學誌*，31(4)，239-246。https://doi.org/10.6314/jimt.202008_31(4).03
- Babaei, F., Mirzababaei, M., Nassiri-Asl, M., & Hosseinzadeh, H. (2021). Review of registered clinical trials for the treatment of COVID-19. *Drug Development Research*, 82(4), 474 - 493. https://doi.org/10.1002/ddr.21762
- Flach, F. F. (1980). Psychobiologic resilience, psychotherapy, and the creative process. *Comprehensive Psychiatry*, 21(6), 510-518. https://doi.org/10.1016/0010-440X(80)90054-1
- Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review. *F1000Research*, 9, 636. https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1
- Koeckerling, D., Barker, J., Mudalige, N. L., Oyefeso, O., Pan, D., Pareek, M., Thompson, J. P., & Ng, G. A. (2020). Awake prone positioning in COVID-19. *Thorax*, 75(10), 833-834. https://doi-org/10.1136/thoraxjnl-2020-215133
- Kumar, A., & Nayar, K. R. (2021). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 30(1), 1 - 2. https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052
- Majumder, J., & Minko, T. (2021). Recent developments on therapeutic and diagnostic approaches for COVID-19. *Journal of The American Association of Pharmaceutical Scientists*, 23(1), 14. https://doi-org.vgharpa.vghtpe.gov.tw/10.1208/s12248-020-00532-2
- Tsai, S. C., Lu, C. C., Bau, D. T., Chiu, Y. J., Yen, Y. T., Hsu, Y. M., Fu, C. W., Kuo, S. C., Lo, Y. S., Chiu, H. Y., Juan, Y. N., Tsai, F. J., & Yang, J. S. (2021). Approaches towards fighting the COVID-19 pandemic (Review). *International Journal of Molecular Medicine*, 47(1), 3 - 22. https://doi.org/10.3892/ijmm.2020.4794
- Xu, Q., Wang, T., Qin, X., Jie, Y., Zha, L., & Lu, W. (2020). Early awake prone position combined with high-flow nasal oxygen therapy in severe COVID-19: A case series. *Critical Care*, 24(1), Article 250. https://doi.org/10.1186/s13054-020-02991-7

Nursing Experience in Rebuilding Resilience of a Critically Ill Patient with COVID-19 During Isolation in Care Unit

Yi-Chen Tsai¹, Shu-Fen Lu², Shu-I Chin¹, Wan-Ming Shang², Ru-Yu Lien³

ABSTRACT

This paper discusses the nursing experience of a middle-aged male patient who was diagnosed as having COVID-19 and admitted to the negative pressure room of the intensive care unit due to critical illness from June 13 to 24, 2021. Patient data was collected through interviews, listening, direct contact, and observation, and the study performed an overall assessment of the patient on the basis of Gordon's 11 Functional Health Patterns. Major health problems included gas exchange disorder, insufficient resilience, and social interaction impairment. The medical team cooperated in using prone position ventilation to improve oxygenation, while providing detailed information and nursing measures to positively address the disease treatment process and enhance the patient's resilience. Patients and their families are encouraged to join the care plan and provided with adequate information and individual nursing measures during the treatment. During the nursing period, protective equipment covers medical staff's expressions, which inhibits the development of doctor-patient relationship. To compensate for this issue it is recommended to mark the name on the isolation gown and interact with the patient in an enthusiastic manner. In this regard, patients can regain love and hope, finding inner strength and improving resilience, and hence enhancing the quality of care for patients. (Tzu Chi Nursing Journal, 2024; 23:1, 118-127)

Keywords: COVID-19, critically ill patient, resilience, prone position

RN, Department of Nursing, Taipei Veterans General Hospital¹; Head Nurse, Department of Nursing, Taipei Veterans General Hospital², Assistant Head Nurse, Department of Nursing, Taipei Veterans General Hospital³

Accepted: May 10, 2023

Address correspondence to: Ru-Yu Lien No. 201, Sec. 2, Shipai Rd., Beitou District, Taipei City 112201, Taiwan

Tel: 886-2-2875-7021 E-mail: rylien@vghtpe.gov.tw