

# 協助新冠肺炎個案面對死亡焦慮與社會汙名化之照護經驗

張雅玲<sup>1</sup> · 張元玫<sup>2\*</sup> · 黃珮綺<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院護理部

<sup>2\*</sup> 馬偕醫學院長期照護研究所

---

## 摘要

本文於探討一位男性個案因確診新冠肺炎接受隔離住院治療，於 2021 年 5 月 26 日至 6 月 16 日住院隔離期間，筆者運用遠端監視系統觀察、直接照顧、會談與團隊討論等方式收集資料，運用全人照護評估-生心靈社會模式，確立個案健康問題為：現存性感染、社交隔離及死亡焦慮。住院期間因隔離病房特殊性，依個別性治療並教導個案發燒及呼吸喘自我應變方式，透過俯臥姿勢改善氧合狀態，維持足夠換氣，減緩身體不適，提高個案在隔離病室內自我照顧能力；與個案建立護病關係信任感，每日定時撥打關懷電話，在住院期間感到關懷與安全感，主動協助在他院隔離治療確診之案母相關資訊，透過手機視訊、通話等方式，引導個案談論面對疾病、正向思考並能與家人共同找出因應措施，以減緩個案所面臨未知困境而衍生社交隔離、死亡焦慮，及承受社會汙名化的身心衝擊。筆者考量此為本院首例確診新冠肺炎個案，期望藉此照護經驗作為臨床照護參考，提升負壓隔離患者的照護品質。

**關鍵字：**新冠肺炎、死亡焦慮、社會汙名化

## 前言

本文個案於確診為新冠肺炎接受住院隔離治療，住院期間因限制訪客產生隔離焦慮及面對社交汙名化的影響，隨著疾病的進展，預後的不明確定性，在護理過程中，個案因急性期病程發展迅速且嚴重下，產生成人呼吸窘迫症候群(ARDS)，造成肺損傷，引起肺水腫、黏膜纖毛清除受損、全身炎症反應等(Williams et al., 2021)。實證顯示正確執行俯臥通氣治療可顯著降低病人死亡率，藉由俯臥姿勢讓背部受壓迫的肺葉減少，背側的肺泡能維持正常通氣且能有較多的血流作氣體交換，促進血液灌流的肺泡增加，肺部通氣灌流也能重新分佈，便得以改善氧合狀況(Zhan et al., 2021)。基於「肺保護性策略」原則，教導個案採取俯臥姿勢每天進行 12-16 小時重複且長期俯臥作氣體交換，能夠穩定血氧濃度，改善呼吸窘迫症候群(Araújo et al., 2021)。

個案因確診於負壓隔離病房治療，經醫療團隊評估後，在實證醫學理論驗證、配合中央機關(行政院衛生福利部疾病管制署，2021)臨床處置指引下，指導個案正確執行俯臥治療，順利改善個案氧合問題。照護新冠肺炎病人是新的經歷，除提供生理照護外，減輕心理社會的壓力，對疾病的未知也需要被關懷，以達到個案整體性照護，針對護理人員更是極具高專業性及高壓力的工作挑戰，期許藉此防疫照護經驗，做為未來臨床照護相關個案參考。

## 文獻查證

### 一、新冠肺炎簡介

WHO 認定新冠肺炎病毒是種感染人類的致病性β-冠狀病毒，自疫情爆發以來，已在全球迅速蔓延開來，嚴重特殊傳染性肺炎列為第五類法定傳染病(衛生福利部疾病管制署，2020)。全球已有

237,878,831 例確診、4,851,588 例死亡、全球致死率達 2.04%；台灣也有 16,305 例確診、845 例死亡，死亡率達 5.18% (衛生福利部，2021)。常見症狀為發燒、咳嗽有痰、呼吸困難，部份個案還會有頭痛、腹瀉、疲勞等；初期發病沒有明顯的症狀，一般人會誤認為是感冒，部份胸部 X 光會有斑塊狀不透明現象，白血球或淋巴細胞數量減少，而後迅速進展至嚴重肺炎，合併有呼吸窘迫症候群，胸部 X 光呈現雙側肺浸潤現象，伴隨血液氧氣濃度不足，嚴重會導致呼吸困難甚至死亡(Seyed et al., 2020)。臨床治療會先將個案以隔離方式減少感染傳播，並使用抗病毒藥物瑞德西韋(Remdesivir)治療重度新冠肺炎患者(黃，2021；Ansems et al., 2021；George et al., 2021)。

新冠肺炎疫情不斷蔓延，全球確診數持續攀升，又出現新變異病毒株(Omicron)入侵世界多個國家(Gao et al., 2021)，接種疫苗可有效預防嚴重疾病和降低死亡率，WHO 同時也強調疫苗接種與現有公共衛生預防措施(例如：配戴口罩)相結合的重要性(Poudel et al., 2021；Karim, S., & Karim, Q. A., 2021)。在確切遵守防疫規定下，落實實名制與健康管理，遵循中央公告疫情的警戒程度，配合滾動式調整規範，持續嚴守各項防疫措施，隔離感染源、保持社交距離、正確配戴口罩、勤洗手、定期居家環境消毒，才是防範變種病毒最上策(柯等，2020)。

### 二、新冠肺炎個案之生理問題與照護

臨床表徵主要為發燒及呼吸道症狀，除了給予抗病毒藥物外，視情況給予輸液補充流失的水份，重症個案常合併嚴重肺炎，當肺部嚴重感染時，容易使肺泡微血管損傷，造成肺部順應性與肺塌陷，影響氣體交換與血管張力調節失能(李等，2020)，一旦出現呼吸道窘迫，須立即維持呼吸道的通暢，予以氧氣治療，使血氧飽和濃度維持在 $\geq 94\%$ ，建議以 5 L/min 的速度給予氧氣治療，並適時的調整流速(楊等，2020；行政院衛生福利部疾病管制署，2021)。對於個案患有呼吸道窘迫時，除使用脈搏血氧儀器監測血氧濃度變化、提供氧氣系統設備輔助、

接受刊登:111 年 3 月 3 日

\*通訊作者：張元玫

馬偕醫學院長期照護研究所副教授

地址：新北市三芝區中正路三段 46 號

電話：+886-919991261

E-mail：r000085@gmail.com

抗生素、類固醇藥物治療控制感染之外，因隔離病房特殊性，醫護人員在進出隔離病室須穿著完整的防護裝備，在發生緊急狀況時無法立即到病室內，因此，在個案意識清楚之下，可教導自我使用俯臥通氣(Prone position ventilation，俗稱「超人姿勢」，依臨床經驗為重要治療方式，經實證顯示可降低死亡率，利用物理學方式改善其低血氧狀況，藉由重力及換位改變姿勢，使得肺部血液分布流通，增加肺的通氣量，促進氧氣交換，以促進肺擴張，對於肺功能維持也有顯著的效果，可減輕呼吸困難不適症狀(林、陳，2020)。俯臥通氣建議使用在早期 48 小時之內，每日至少執行時間大於 12 至 16 小時(郭等，2019；台灣胸腔暨重症加護醫學會，2020；Parhar et al., 2021；Williams et al., 2021)。

### 三、新冠肺炎個案之心理問題與照護

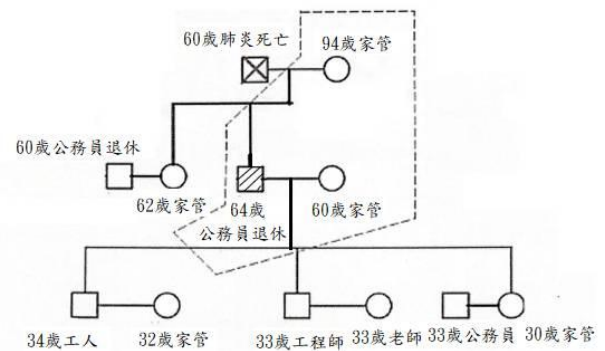
隨著疫情進展與病毒不斷演化下，已經有越來越多無症狀確診者，基於傳染病防治法與公共衛生上的考量，確診個案均接受隔離治療。當個案因新冠肺炎接受住院隔離時，因活動範圍被侷限在一個空間裡面，感覺被監視著，疫情變化在手機通訊及電視媒體的各種渲染下，因缺乏正確的相關知識，恐懼疾病及癒後的未知有死亡焦慮與絕望(許等，2020)。當個案面臨健康飽受威脅之餘，家人同時也接受隔離治療，卻苦無及時得知病情變化，加上醫護人員因避免增加感染風險皆採集中照護處置，互動減少，使得個案對疾病感到挫敗、恐懼不安，(陳等，2020)，外加有接觸的親友均須接受居家隔離，更會感到焦慮負面情緒及適應障礙，影響人際關係的互動，造成個案心理壓力(Altena et al., 2020；Brooks et al., 2020)，為了改善隔離時所產生的孤獨感及適應障礙(Banerjee et al., 2020；Xiong et al., 2020)，運用有意義的會談引導個案說出死亡焦慮及社會汙名化原因，向個案解釋隔離目的及重要性，運用病室內叫人鈴、電話等設備與個案保持雙向聯繫，每班定時兩次實際進入病室執行醫療處置，此外藉由遠端監視系統觀察進行關懷問候了解其需求，增加其安全感，將常用物品放置伸手可及處，並利用治療時間進行會談，積極協助維持適當的人

際互動，探索個案的擔憂並鼓勵表達內心感受，採取正向回饋式傾聽，培養人際關係信任感的建立，提供心理撫慰，鼓勵個案運用通訊設備與家人進行視訊互動，緩解被隔離的疏離感，並視狀況照會社工，尋求協助提供生活必需品，給予個案持續性關懷照護並獲得歸屬感(陳等，2021)。

### 護理評估

#### 一、個案簡介、過去病史與治療過程

黃先生 64 歲，慣用國台語。受家庭影響從小信仰道教。已婚育有兩男一女，與太太、母親同住，現已退休，經濟穩定，小孩皆已婚且居住外縣市(圖一)。20 年多年前被診斷患有高血壓、糖尿病，定期到診所追蹤拿藥，無其他住院經驗。



圖一、家族樹

五月份疫情爆發初期，個案的好友因曾至家中泡茶聊天，殊不知好友 5 月 17 日曾到過萬華地區後被確診，導致個案全家人被匡列並執行居家隔離中。5 月 24 日因案母發燒不適至醫院篩檢後確診，5 月 26 日經當地衛生局通知個案及案妻亦為確診，PCR 檢測 CT 值為 16，故安排至負壓隔離病房接受住院治療；5 月 26 日至 6 月 5 日個案反覆發燒，給予預防性抗生素 Cravit 750mg QD IVD \*5 天與 Dexamethasone 1amp QD IVP\*6 天，5 月 26 日入院時胸部 X 光顯示左肺疑似肺積水，5 月 28 日因疾病持續進展，胸部 X 光呈現雙側肺紋理輕度增加，呼吸速率 18-20 次/分，血氧飽和濃度維持在 95%。經醫師評估後依醫囑指導俯臥通氣治療，並在醫師建議下簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意

願書」，5月30日經感染科與胸腔內科醫師評估更改抗生素：Brosym 2vial Q12H IVD，5月31日胸部X光出現斑塊狀不透明現象，顯示雙肺浸潤增加，生命徵象體溫 37.4 度、心跳 90 次/分、呼吸 20-22 次/分、血氧飽和濃度維持在 90-93%，通知醫師，依醫囑將氧氣鼻導管(3 L/min)更換成簡單式面罩(6 L/min)，監測血氧飽和濃度: 97%，同日申請抗病毒藥物瑞德西韋(Remdesivir)核准，期間連續施打 5 天(5/31-6/4，第一天靜脈注射 200 mg，第二天起每日注射 100 mg)，並鼓勵個案落實每日至少執行 12 至 16 小時俯臥通氣治療訓練，調整呼吸次數及呼吸速率，以改善血氧飽和度與緩解呼吸困難。6月2日因味覺改變，吃東西會喘，食慾不佳，進食量僅一根香蕉，因血氧飽和濃度降至 90% 以下，更改成非再呼入性面罩使用，個案拒絕連繫案子，表示：「已簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，若死亡，請案妻或里長找葬儀社直接處理就好」，經醫護團隊討論後，告知個案因案妻仍接受隔離治療中，無法代為處理身後事，故個案同意給予案弟電話，經主治醫師向案弟解釋病情後，表示尊重個案決定不急救不插管，且會協助處理個案往生後的相關事務。6月4日胸部X光顯示雙肺斑塊不透明現象仍存，但較之前改善。6月6日再次追蹤胸部X光報告發現明顯改善，個案呼吸喘情形也較緩解，依醫囑調降氧氣治療，改成簡單式面罩使用。6月8日執行第二採 PCR 檢測 CT 值為 24，調整氧氣流量，由簡單式面罩改成氧氣鼻導管 2 L/min 使用，6月15日第三採 PCR 檢測 CT 值為 35，6月16日解除隔離出院返家居家自主管理 7 天。

## 二、整體性護理評估

筆者於 2021 年 5 月 26 日至 6 月 16 日照護期間，運用全人照護評估-生心靈社會模式(蔡、康，2019)，評估內容如下：

### (一)生理層面

#### 1.健康感受及健康處理型態

自 20 歲起每天抽煙 1.5 包，每週喝酒 1 至 2 次，早年因工作關係經常外食，個案患有高血壓、糖尿病 20 多年，2018 年前因疾病關係，在醫師建議下戒

煙、戒酒並定期看診及配合服藥，家中備有血糖機及血壓計定期監測使用。於 2021 年 5 月因確診新冠肺炎住院隔離，個案精神顯倦怠，出現反覆發燒，咳嗽且活動時伴隨呼吸喘情形，5月26日入院時胸部X光顯示左肺疑似肺積水，5月28日因疾病持續進展，胸部X光呈現雙側肺紋理輕度增加，呼吸速率 18-20 次/分，血氧飽和濃度維持在 95%。5月29日抽血 D-Dimer test:1538.00 mg/dL、Myoglobin:84.9 mg/dL、ESR:25 mm、CPR:1.87 mg/dL、5月31日胸部X光出現斑塊狀不透明現象，顯示雙肺浸潤增加，觀察個案活動時呼吸淺快約 20-27 次/分，血氧飽和濃度維持在 90-93%、可自咳白黏稠量多痰液，個案表示：「躺床都還好，走路去廁所就覺得快沒氣了」。經主治醫師評估更換為簡單式面罩氧氣使用並持續鼓勵個案落實執行俯臥通氣治療訓練，調整呼吸次數及呼吸速率，以改善血氧飽和度與緩解呼吸困難。個案當下表示：「這樣翻來翻去有用嗎？趴成這樣，很麻煩」。6月2日血氧飽和濃度降至 90% 以下，呼吸狀態出現淺快費力，呼吸速率約 22-28 次/分(Remdesivir 施打期間 5/31-6/4)，更改成非再呼入性面罩氧氣。經評估個案有「現存性感染」之護理問題。

#### 2.營養代謝型態

5月26日身高 169 公分，體重 105 公斤，吞嚥功能正常，牙齒完整，平日進食量約 1 碗飯，三餐定食定量，無額外使用保健食品。隔離期間飲食皆由醫院提供，因發燒導致食慾降低，進食量約 1/2 碗白飯，經照會營養師後，提供高蛋白營養補充品能夠維持每日所需熱量。經評估個案無此相關護理問題。

#### 3.排泄型態

平日和住院期間解便次數為 1-2 次，大便呈黃軟便成形，無服用軟便藥物，腸蠕動因 16-20 次/分，叩診為鼓音，觸診腹部柔軟，肛門無痔瘡。平日解尿約 5-6 次，解尿順暢，無疼痛，住院期間解尿量為 1,200-2,000 毫升/天，解尿清澈無沉澱物。5月26日糞便及尿液檢驗正常。經評估個案無此相關護理問題。

#### 4.睡眠與休息型態

個案喜歡飯後在家外散步約 30 分鐘，上下肢肌力為 5 分，日常活動可自理，隔離活動受限於病室內走動，平日無使用助眠藥物，每天睡眠 7-8 小時。住院期間因執行俯臥通氣治療訓練造成活動受限及夜間常規藥物注射，加上負壓病房特殊環境影響，導致易醒及夜眠容易中斷。5 月 27 日個案表示：「第一天被隔離，很緊張都不睡著，不知道我老婆在旁邊隔離病房的狀況如何？」依據 5 月 27 日大夜班護理紀錄顯示，個案夜間睡眠中斷，平均只睡 1-2 小時。白班觀察個案無黑眼圈，精神狀態尚可，午睡時間約 1 小時。5 月 28 日經醫師查房後給予開立藥物：Zopim 1 顆睡前口服。5 月 29 日個案表示：「夜間睡眠可維持 6-7 小時，有睡飽精神也不錯」。6 月 8 日個案表示：「這一兩天都躺在床上，趁退燒後下床走走，才不會好了以後卻沒力氣下床」。經評估個案無此相關護理問題。

#### 5.認知與感受型態

意識清楚，對答皆正確有條理，對人、時、地皆可回答正確，判斷力、注意力、定向感皆正常，無長、短期記憶減退情形，患有老花眼，閱讀能力及雙耳聽力正常，十二對腦神經評估正常。經評估個案無此相關護理問題。

#### (二)心理、社會層面在社會汙名化

個案用國台語溝通，高中畢業，信仰道教，現已退休，經濟穩定，決策者為自己，目前角色為兒子、丈夫、爸爸的角色，與母親和妻子同住，互動良好，育有兩男一女，三子女皆已成婚，居住外縣市，因疫情期間僅受限用手機視訊互通聯繫。5 月 26 日經衛生所通知個案確診新冠肺炎，隨即入院接受治療，其案母發病於 5 月 24 日因發燒確診新冠肺炎住院中，無法前往探視。5 月 27 日筆者執行常規護理治療時，個案當下正與案子通話中，並示意護理人員不要出聲，通話結束後表示：「不好意思，我被隔離沒有通知他們，所以現在不敢跟他們視訊，怕被他們知道我住院」。5 月 28 日個案表示：「早知道就不要讓朋友來家裡泡茶，誰知道他還去購地方(意指色情場所)，害死我全家。」和醫護人員談

論染病過程時，顯得焦躁不安，欲通知案子告知病情，病人拒絕並表示：「千萬不要讓他們知道，我孫子剛出生兩個月，他們不適合來，我朋友可以幫我簽任何的同意書」。5 月 29 日個案表示：「那天救護車到我家門口的時候，左右鄰居都在看且議論紛紛，我都不知道之後怎麼面對他們」。觀察個案坐在床邊遙望窗外嘆氣。5 月 29 日主護欲聯繫案子協助攜帶生活物品時，個案拒絕給予案子電話，表示：「我已經聯繫朋友協助，會把生活用品拿到警衛室，再請幫忙協助送到護理站，就不用通知我兒子了」。6 月 1 日個案表示：「我一定要每天趴成這樣嗎？點滴的線跟氧氣的管子一直拉到，很不方便？」、「這些呼吸管子我可以不要用了嗎？我甚麼時候可以出院？」、「到底還要隔離多久？倒個水、要個牙籤都要等很久才會拿進來病房...」、「整天趴著這麼久，情況越來越差，這樣真的有效嗎...？」與言談中可感受到社會汙名化的影響，加上個案疾病造成的社交隔離及死亡焦慮，為因應疾病變化，醫護人員欲聯繫家屬能說明解釋病情，個案皆拒絕給予電話號碼，經評估個案有「社交隔離」、「社會汙名化」及「死亡焦慮」之護理問題。

#### (三)靈性層面在死亡焦慮

個案信仰傳統道教，平日會和母親到廟裡走動，遇民俗節慶或不順遂事情會到廟裡拜拜，對神明非常虔誠。5 月 28 日醫師告知個案疾病持續惡化進展中，解除隔離時間無法明確，在醫師建議下簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，當下雖有醫護人員陪伴及給予心理支持，個案情緒仍明顯低落，礙於法規，已向個案解釋，但個案仍拒絕給予案子電話，故照會社工協助了解並請案妻協助說服個案。5 月 30 日個案表示：「你看我都燒成這樣了，我媽媽九十多歲也被隔離，沒有人顧，也不知道她狀況如何？」，觀察個案表情皺眉，時常遙望窗外。照護期間，因疾病關係，醫護人員依隔離規範，採集中式護理，觀察個案對於醫護人員完成裝備進入病室的等待時間過長，感到不耐煩，不斷在病室內來回走動，故併入「死亡焦慮」之護理問題。

### 問題確立

綜合上述護理評估，確立個案有以下三個健康問題：一、現存性感染；二、社交隔離與社會汙名化；三、死亡焦慮。

表一、現存性感染/與新冠肺炎感染有關 (2021/5/26-2021/6/16)

<p>主客觀資料</p>	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5/26 表示：「身體忽冷忽熱，心跳很快」、「退燒後流了一身汗，很不舒服」。</li> <li>5/31 表示：「躺床都還好，走路去廁所就覺得快沒氣了」、「這樣翻來翻去有用嗎？趴成這樣，很麻煩」。</li> <li>6/1 表示：「第一次進行俯臥能維持 30 分鐘就很不錯了，感覺胸口及腹部壓迫在病床上，不舒服。」、「我一定要每天趴成這樣嗎？點滴的線跟氧氣的管子一直拉到，很不方便？」</li> </ol> <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5/26 個案精神顯倦怠、出現反覆發燒，咳嗽且活動時伴隨呼吸喘情形，入院時胸部 X 光顯示左肺疑似肺積水。</li> <li>5/28 胸部 X 光呈現雙側肺紋理輕度增加，呼吸速率 18-20 次/分，血氧飽和濃度維持在 95%。</li> <li>5/29 抽血 D-Dimer test:1538.00 mg/dL、Myoglobin:84.9 mg/dL、ESR:25 mm、CPR:1.87 mg/dL。</li> <li>5/31 胸部 X 光出現斑塊狀不透明現象，顯示雙肺浸潤增加，觀察個案活動時呼吸淺快約 20-27 次/分，血氧飽和濃度維持在 90-93%、可自咳白黏稠量多痰液。</li> </ol>
<p>目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6/10 前個案能說出降低感染的措施至少三項。</li> <li>出院前個案能維持無感染徵象及症狀。</li> <li>出院前個案能維持呼吸順暢，正確執行俯臥通氣治療訓練。</li> </ol>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1-1. 監測個案生命徵象變化，評估發燒型態及時間並確實紀錄。</li> <li>1-2. 衛教個案罹患新冠肺炎常見症狀為發燒、咳嗽有痰、腹瀉、嗅、味覺改變，部份個案可能併發嚴重肺炎與呼吸衰竭。</li> <li>1-3. 衛教個案於進食前、如廁後或手部沾染到呼吸道分泌物時，皆應確實執行手部衛生可減少病菌的散播及降低醫療照護相關感染率。</li> <li>1-4. 衛教個案採均衡飲食及維持正常生活作息增加抵抗力。</li> <li>2-1. 依醫囑定時監測感染相關實驗室檢驗項目，追蹤胸部 X 光狀況、PCR 檢測 CT 值等。</li> <li>2-2. 依據感染科與胸腔內科醫師評估建議，依醫囑給予 Remdesivir 連續施打 5 天(5/31-6/4，第一天靜脈注射 200mg，第二天起每日注射 100mg)。</li> <li>2-3. 衛教個案於醫護團隊人員進入病室時，需主動配戴外科口罩，提供 75% 酒精及擦手紙巾請其可隨時消毒桌面及使用物品，以利加強手部衛生。</li> <li>3-1.5/28 教導個案執行俯臥通氣治療訓練：             <ol style="list-style-type: none"> <li>臥床休息時，可趴臥在床上，將手臂擺成超人姿勢，右手向前延伸手臂，左手臂彎曲置於頭部旁，就像超人在天空飛翔的姿勢，每日至少 12 至 16 小時，以利肺部擴張。</li> <li>保持呼吸道通暢，強調集中所有注意力於呼吸上，控制呼吸頻率並搭配血氧機同時監測</li> </ol> </li> </ol>

	<p>血氧飽和濃度。</p> <p>(3) 維持正常喝水量，指導深呼吸、咳嗽運動。</p> <p>3-2.於個案執行俯臥通氣治療訓練時給予鼓勵、正向回饋增加自信心。</p> <p>3-3.減少身體耗氧量，可將日常用品或叫人鈴放置床邊隨手可及處；採漸進式活動，若下床上廁所時感到呼吸喘時，立即扶牆休息終止活動、或暫時坐於馬桶上，待改善後再進行。</p>
<p>評值</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5/28 個案發燒出汗後能至浴廁執行溫水拭浴，並將身上流汗浸濕衣物做更換，監測體溫由 38.5 °C 降為 37.0°C。</li> <li>2. 依醫囑協助個案採取俯臥通氣治療訓練，5/28-6/1 個案每次執行俯臥通氣約 5-6 次，每次動作僅能維持 30-50 分鐘，執行過程中伴隨呼吸喘，呼吸速率 20-22 次/分。筆者分享俯臥通氣研究案例，激勵個案正向思考並配合醫療處置。</li> <li>3. 6/2-6/16 個案能正確執行俯臥通氣治療訓練，每日至少 12 至 16 小時，以利肺部擴張達最佳換氣和最佳灌流狀態。</li> <li>4. 個案經施打 Remdesivir 治療後，自 6/3 起體溫維持在 36.5 至 37.2 °C，6/7 各項抽血、痰液培養檢驗均恢復正常範圍內。</li> <li>5. 6/4 胸部 X 光顯示雙肺斑塊不透明現象仍存，較之前改善。個案表示：「施打瑞德西韋 (Remdesivir)藥物後，感覺呼吸喘情形有較緩解，現在可以暫時拿掉氧氣面罩去上廁所。」</li> <li>6. 6/6 追蹤胸部 X 光報告發現明顯改善，個案呼吸喘情形也較緩解，依醫囑調降氧氣治療，改成簡單式面罩使用。</li> <li>7. 6/9 個案能自行使用病室內的耳溫槍測量體溫，並主動回報給當班主護，每天攝取水份量約 2,000ml。</li> <li>8. 6/10 個案可說出新冠肺炎常見症狀為發燒、咳嗽有痰、腹瀉、嗅、味覺改變，部份個案可能併發嚴重肺炎與呼吸衰竭。</li> <li>9. 6/10 個案可說出降低感染的措施，例如：配戴外科口罩、使用 75%酒精保持手部衛生、利用消毒紙巾擦拭桌面、採均衡飲食及維持正常生活作息以增加抵抗力。</li> <li>10. 6/15 PCR 檢測呈陽性反應，CT 值為 35。</li> </ol>

二、社交隔離與社會汙名化/與隔離治療有關( 2021/5/27-2021/6/10)

<p>主客觀資料</p>	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5/27 表示：「第一天被隔離，很緊張都不睡著，不知道我老婆在旁邊隔離病房的狀況如何？」</li> <li>2. 5/27 筆者執行常規護理治療時，個案當下正與案子通話中，並示意護理人員不要出聲，事後表示：「不好意思，我被隔離沒有通知他們，所以現在不敢跟他們視訊，怕被他們知道我住院」。</li> <li>3. 5/28 表示：「早知道就不要讓朋友來家裡泡茶，誰知道他還去隣地方(意指色情場所)，害死我全家」、「千萬不要讓他們知道，我孫子剛出生兩個月，他們不適合來，我朋友可以幫我簽任何的同意書」。</li> <li>4. 5/29 表示：「那天救護車到我家門口的時候，左右鄰居都在看且議論紛紛，我都不知道之後怎麼面對他們」、「我已經聯繫朋友協助，會把生活用品拿到警衛室，再請幫忙協助送到護理站，就不用通知我兒子了」。</li> </ol>
--------------	--

	<p>5. 6/1 表示：「這些呼吸管子我可以不要用了嗎？我甚麼時候可以出院？」、「到底還要隔離多久？倒個水、要個牙籤都要等很久才會拿進來病房...」。</p> <p>客觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 住院期間因飛沫及接觸性隔離措施，醫護人員採集中式護理，且進出須穿著完整的防護裝備才可以進入負壓隔離病室。</li> <li>2. 5/24 住院接受隔離治療，期間因個案居家隔離，礙於個資法問題，醫院也無法接受電話諮詢了解案母病況。</li> <li>3. 5/28 個案和醫護人員談論染病過程時，顯得焦躁不安，欲通知案子告知病情，個案表示拒絕。</li> <li>4. 5/29 欲聯繫家屬協助攜帶生活物品時，個案皆拒絕給予電話號碼。</li> </ol>
<p>目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 6/5 前個案能表達被隔離及被社會汙名化的感受。</li> <li>2. 6/12 前個案能減輕被隔離的負向感受，主動手機或視訊聯絡家人朋友。</li> </ol>
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1-1. 治療前主動關懷個案，自我介紹，使個案不會因為醫護人員穿著防護裝備而產生角色混淆。</li> <li>1-2. 提供個案觀看醫護人員穿脫裝備流程影片，及負壓隔離須知衛教單張以便瞭解醫護人員工作流程。</li> <li>1-3. 治療時，主動告知時間及日期，日間照護時將窗簾拉起，運用病室內電視提供個案獲取正確訊息，瞭解國內疫情發展以及防疫新措施。</li> <li>1-4. 主動告知個案其重要家人疾病進展，關懷傾聽個案內心感受，可利用病室內電話撥打護理站分機，若想抒發情緒或有任何需要可隨時與醫護人員進行雙向溝通。</li> <li>2-1. 照會社工，運用資源瞭解其案母隔離狀況，聯繫個案友人偕同村里長協助辦理手機轉交給案母，以便母子取得雙方聯繫。</li> <li>2-2. 照會社工尋求協助提供生活必需品，給予個案持續性關懷照護並獲得歸屬感。</li> </ol>
<p>評估</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 6/4 個案表示：「施打瑞德西韋(Remdesivir)藥物後，感覺呼吸喘情形有較緩解，現在可以暫時拿掉氧氣面罩去上廁所。」</li> <li>2. 6/5 個案能說出目前治療目標與照護注意事項，且表達心中感受，表示：「我知道你們要穿好防護裝備需要 15-20 分鐘，所以我不會再一直催促」。</li> <li>3. 6/12 個案告知已聯繫案母，運用手機和案母聊天，並透過病室內電話和案妻每日通話及討論出院後事宜。</li> <li>4. 6/13 個案表示：「前陣子因為我很擔心我媽媽狀況，但礙於個資法不能打電話詢問病情，覺得自己被隔離感覺很髒，所以對你們態度很差，對不起。」、「這陣子看你們進來穿成這樣，天氣又那麼悶熱，你們還常常進來幫我倒水、整理環境，怕我病房髒亂，辛苦你們了」。</li> <li>5. 6/14 在醫護人員詢問案母病況時，個案表示：「她很重聽，常常聽不清楚我說話，但是她聲音很大，肺活量感覺比我還好，我想她應該沒事，謝謝你們的關心」。</li> </ol>

三、死亡焦慮/與疾病帶來不確定感有關(2021/5/28-2021/6/16)

<p>主客觀資料</p>	<p>主觀資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5/30 表示：「你看我都燒成這樣了，我媽媽九十幾歲也被隔離，沒有人顧，也不知道她狀況如何？」</li> </ol>
--------------	--



	<p>2. 6/1 個案表示：「這些呼吸管子我可以不要用了嗎？我甚麼時候可以出院？」、「到底還要隔離多久？倒個水、要個牙籤都要等很久才會拿進來病房...」、「整天趴著這麼久，情況越來越差，這樣真的有效嗎...?」</p> <p>3. 6/2 表示：「已簽署預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書，若死亡，請案妻或里長找葬儀社直接處理就好」。</p> <p>客觀資料</p> <p>1. 5/28 病情情況惡化呼吸喘，醫師給予病情解釋，簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」後情緒明顯低落。</p> <p>2. 5/28 和醫護人員談論染病過程時，發現個案顯得焦躁不安，筆者感受到擔心病情惡化及害怕死亡。</p> <p>3. 5/29 觀察個案坐在床邊遙望窗外嘆氣。</p> <p>4. 5/31 胸部 X 光顯示出現斑塊狀不透明現象，顯示雙肺浸潤增加，6/2 血氧飽和濃度降至 90% 以下，呼吸狀態出現淺快費力，呼吸速率約 22-28 次/分，改用非再呼入性面罩使用。</p> <p>5. 6/2 對於醫院護理人員完成裝備進入病室的等待時間過長，且身體不適呼吸喘時，醫護人員未能及時進入病室探視而表現不耐煩的神態與口氣。</p>
<p>目標</p>	<p>1. 6/2 讓個案認識新冠肺炎疾病及了解治療計畫。</p> <p>2. 出院前個案能說出內心感受、死亡焦慮的原因，生、心理方面的症狀能獲得改善。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1-1. 給予入住負壓隔離病房住院需知通知書，並說明內容。</p> <p>1-2. 鼓勵個案和醫師溝通，確認個案了解疾病程度，查房時，醫師主動解釋病情及治療方針，定期抽血檢驗及追蹤胸部 X 光評估病情變化，視情況調整用藥。</p> <p>1-3. 使用院內資源，給予疾病衛教短片：包括疾病的傳染途徑與住負壓隔離病房目的及規範影片，協助手機掃描 QR code 觀看，說明醫護人員防護及集中護理之目的，每兩小時會主動電話關懷，隨時注意個案需求，也利用呼叫鈴或是電話隨時聯繫護理人員。</p> <p>2-1. 鼓勵個案表達內心感受及擔憂，採取正向回饋式傾聽。</p> <p>2-2. 告知個案可運用病室內電話，與一起住院接受隔離的案妻每日通話或手機視訊，互相打氣。</p> <p>2-3. 運用跨團隊醫療間聯繫，主動協助提供確診於在他院隔離治療之案母相關資訊。</p> <p>2-4. 個案同意，聯繫友人及村里長協助案母辦理手機，需要時可以透過手機通訊聯繫。</p> <p>2-5. 筆者著裝於病室治療時，除常規治療時，每日多停留 10-20 分鐘與個案進行互動關懷生活起居，給予個案正向鼓勵。</p>
<p>評值</p>	<p>1. 6/5 筆者每日多停留 10-20 分鐘讓個案表達出內心感受與死亡焦慮，並安排個案主動和醫師討論病情及後續治療方向。</p> <p>2. 6/5 個案病況穩定，每日進食量紀錄，三餐院內提供的飲食皆能吃完。</p> <p>3. 6/12 入內探視個案時，個案正與案妻視訊聊天，聽見案妻給予彼此鼓勵打氣、要加油並配合醫師治療，個案也能有禮貌的給予正向回應，主動向醫護人員道歉、道謝。</p>

## 討論與結論

本文探討一位新冠肺炎確診個案於隔離期間的護理經驗，在隔離病房照護期間為傳染病爆發初期，個案因社交隔離、限制活動範圍且沒有可以傾訴的對象，對於新冠肺炎的不確定感，肺炎併發急性呼吸窘迫症候群，導致病情變化衍生死亡焦慮，當某種疾病或對象被汙名化，在東西方世界的思維不同文化下，現今社會媒體傳播訊息發達，往往帶來的傷害、負面經驗與感受不僅帶來社會孤立，導致個案不僅對於疾病恐懼，其中包含對感染者的排斥遭受他人排斥與標籤化，而有社會隔離問題，進而影響就醫意願。筆者運用全人照護評估-生理、心理、社會靈性模式，針對各個層面需求，建立信任的護病關係，遵循醫療處置有效控制感染，藉由俯臥通氣治療訓練穩定血氧濃度，維持基本自我照護能力並改善其不適。在長期負向情緒及隔離孤獨感情境時，不管心理、生理都能發覺汙名化容易帶給個案歧視與不友善，也使得個案對治療失去信心，住院期間適時運用同理心支持，使其了解病程進展及治療因應計畫，提升個案正向信心與醫療遵從性。

在台灣過去雖曾有照護 SARS 經驗，但至今全世界新冠肺炎確診個案數及死亡人數仍在攀升中，醫護人員可能會隨著上級指示調派到不熟悉單位，隨機應變配合相關因應措施。在面臨對傳染病防治知識缺乏，其臨床工作負荷加重，也承擔染疫的風險下，雖著有三級防護裝備，但因第一次面對新冠肺炎，醫護人員在照護個案時，也擔心被感染風險容易忽略個案心理照護需求；在長時間陪伴與個案建立護病關係，當個案面臨死亡焦慮，提供個案心靈關懷是具備有挑戰的臨床工作，尤其新冠肺炎病毒具高度傳染性，護理人員如何克服本身內心的恐懼，協助個案昇華心靈上的死亡焦慮，選擇合適的照護，透過專業的護理團隊減輕個案症狀及多次溝通協調後，釐清不同的立場協助解決其所擔心事務，使個案能安心配合治療，最終能夠解除隔離健康出院。後續由社工師以電訪追蹤關懷，個案表

示：「身體狀況恢復良好，也回復到原本規律的生活模式，感謝醫療團隊的用心照顧。」讓筆者感到欣慰、體會護理的成就與核心價值。對日後護理實務工作具體建議，可於隔離病房內增設通訊設備相關器材，以雙向視訊或影片播放等方式，直接與個案進行互動性的遠距溝通，亦能以視訊方式會診跨領域專家，提供個案更完善且全方位的醫療照護品質。

## 參考資料

- 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-慈濟護理雜誌*，19(2)，117-126。
- 林睿瑜、陳麗秋(2020)．照顧一位急性呼吸窘迫症候群病人之護理經驗．*領導護理*，21(3)，50-59。
- 柯獻欽、鄭高珍、莊銀清(2020)．新冠肺炎病毒之群體免疫、疫苗研發與卡介苗功效．*內科學誌*，31(4)，254-261。
- 許藏菁、吳佳鉛、賴霽妤、薛伶珊、賴怡因、柯乃熒(2020)．照顧一位 COVID-19 病人在隔離期間之護理經驗．*護理雜誌*，67(3)，111-119。
- 黃士澤(2021)．治療 COVID-19 的藥物簡介．*感染控制雜*，31(2)，61-66。
- 楊雅淇、胡嘉桂、武香君(2020)．運用 Swanson 關懷護理理論照顧一位 COVID-19 病人之護理經驗．*領導護理*，21(4)，9-24。
- 郭詩毓、吳佳宜、郭鈞瑋(2019)．運用俯臥通氣改善非急性呼吸窘迫症候群之嚴重低血氧的呼吸照護經驗之個案報告．*呼吸治療*，18(1)，71-78。
- 陳冠伶、洪韡捷、李明濱、陳宜明、吳佳儀(2020)．探索 COVID-19 疫情對難治型憂鬱症病人健康與因應行為之影響．*護理雜誌*，67(5)，56-64。
- 陳瑩真、鍾宜真、劉雅絃(2021)．一位 COVID-19 高齡病人負壓隔離照護經驗．*榮總護理*，8(3)，241-248。
- 蔡淑如、康芳瑜(2019)．運用薄井坦子全人照護模式照護一位燒燙傷病患之護理經驗．*領導護*

- 理·20(4)·68-81。
- 台灣胸腔暨重症加護醫學會(2020)·*新型冠狀病毒(COVID-19)併發急性呼吸衰竭臨床處置指引(v2)*。
- 行政院衛生福利部疾病管制署(2021·10月13日)·*新型冠狀病毒(SARS-CoV-2)感染臨床處置暫行指引第十四版*。
- 衛生福利部疾病管制署(2020)·*傳染病統計資料查詢系統*。
- 衛生福利部(2021)·*肺炎重要訊息區-最新疫情資訊*。  
<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-4707-52357-205.html>
- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C. A., Ellis, J., Gavrilloff, D., Holzinger, B., Schlarb, A., Frase, L., Jernelöv, S., & Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *Journal of Sleep Research, 29*(4), e13052.
- Ansems, K., Grundeis, F., Dahms, K., Mikolajewska, A., Thieme, V., Piechotta, V., Metzendorf, M. I., Stegemann, M., Benstoem, C., & Fichtner, F. (2021). Remdesivir for the treatment of COVID-19. *The Cochrane Database of Systematic reviews, 8*(8), CD014962.
- Araújo, M. S., Santos, M., Silva, C., Menezes, R., Feijão, A. R., & Medeiros, S. M. (2021). Prone positioning as an emerging tool in the care provided to patients infected with COVID-19: a scoping review. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 29*, e3397.
- Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *The International Journal of Social Psychiatry, 66*(6), 525–527.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England), 395*(10227), 912–920.
- Gao, S. J., Guo, H., & Luo, G. (2021). Omicron variant (B.1.1.529) of SARS-CoV-2, a global urgent public health alert! *Journal of Medical Virology, 94*(4), 1255–1256.
- George W. W., Nathaniel K. B., Alexander R., Xiaoyi Y., & Holger K. E. (2021). Acute Respiratory Distress Syndrome: Contemporary Management and Novel Approaches during COVID-19. *Anesthesiology, 134*, 270–282.
- Karim, S., & Karim, Q. A. (2021). Omicron SARS-CoV-2 variant: a new chapter in the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England), 398*(10317), 2126–2128.
- Poudel, S., Ishak, A., Perez-Fernandez, J., Garcia, E., León-Figueroa, D. A., Román, L., Bonilla-Aldana, D. K., & Rodríguez-Morales, A. J. (2021). Highly mutated SARS-CoV-2 Omicron variant sparks significant concern among global experts - What is known so far? *Travel Medicine and Infectious Disease, 45*, 102234.
- Parhar, K., Zuege, D. J., Shariff, K., Knight, G., & Bagshaw, S. M. (2021). Prone positioning for ARDS patients-tips for preparation and use during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Anaesthesia, 68*(4), 541–545.
- Seyed Hosseini, E., Riahi Kashani, N., Nikzad, H., Azadbakht, J., Hassani Bafrani, H., & Haddad Kashani, H. (2020). The novel coronavirus Disease-2019 (COVID-19): Mechanism of action, detection and recent therapeutic strategies. *Virology, 551*, 1–9.
- Williams, G. W., Berg, N. K., Reskallah, A., Yuan, X., & Eltzschig, H. K. (2021). Acute Respiratory Distress Syndrome. *Anesthesiology, 134*(2), 270–282.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 277*, 55–64.
- Zhan, Z., Cai, H., Cai, H., Liang, X., Lai, S., & Luo, Y. (2021). Effects of 45° prone position ventilation in the treatment of acute respiratory distress syndrome: A protocol for a randomized controlled trial study. *Medicine, 100*(19), e25897.

# The Nursing Experience of a COVID-19 Patient Suffering from Death Anxiety and Social stigma

Ya-Ling Chang<sup>1</sup> · Yuan may Chang<sup>2\*</sup> · Pei Chi Huang<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Nursing, Lo-Hsu Medical Foundation, Lotung Poh-Ai Hospital.

<sup>2</sup> Associate professor, Institute of Long-term Care, Mackay Medical College.

---

## Abstract

Nursing experience of caring for a patient with COVID-19 during isolation. From May 26th to June 16th, 2021, the information of this patient was collected through a remote monitoring system to observe, nursing care providing, interview, and team meetings. Assessed by a holistic biopsychosocial and spiritual approach, the main nursing diagnoses of this patient were identified as “existing infections”, “social isolation”, and “death anxiety”. Due to the particularity of the isolation ward during the hospitalization, according to individual treatment and teach the patient how to respond to fever and breathlessness, improve breathlessness through prone ventilation, decrease her physical discomfort and improve her self-care ability during hospitalization. Established a good therapeutic interpersonal relationship with the patient by calling by the mobile for caring regularly every day. To alleviate social isolation and death anxiety, actively provide relevant information about the case mother's isolation treatment in another hospital, through mobile phone video, call, etc., guide the case to talk about facing the disease, positive thinking, and be able to work with family members to find countermeasure, derived by mitigating the unknown dilemma faced by the case social isolation, death anxiety, and the physical and mental impact of social stigma. Caring for COVID-19 cases is a completely new experience. The author hopes that this experience may be used as a reference for caregivers.

Key Words: COVID-19, death anxiety, social isolation

---

Accepted for publication March 3, 2022

\* Address correspondence to: Yuan may Chang, Mackay Medical College  
No.46, Sec. 3, Zhongzheng Rd., Sanzhi Dist., New Taipei City 25245, Taiwan  
Tel: +886-919991261  
E-mail:r000085@gmail.com