

# 雙親對於小孩急性疼痛經驗的認知

許秀月

疼痛對於小孩子而言；雖然常常發生且無法忍受，(因為小孩子對於pain的忍受性較低)，但是就父母親而言(尤其是母親)，在疼痛初期都會有某些壓力產生，最明顯的現象便是捨不得孩子痛苦，甚至會覺得是自己的疏忽導致孩子的生病，所以往往會有罪惡感，而為了彌補疏忽所導致之罪惡感，就會有代償性的加倍陪侍於病童左右，期待孩子所受的痛苦愈少愈好，如果可能的話，父母親也願意替代孩子們去接受疼痛的折磨。基於以上的認知；父母親在孩子們遭受疼痛侵害時，我們醫護人員應該用什麼態度與病童家屬溝通呢？父母親是否應該在醫護人員的要求下有限制地守在病童身旁呢？.....等等問題，都值得我們來深思討論。若此才可以建立良好的醫護一病家關係，提升我們的醫護品質。以下即本文所欲討論的課題：

現代護理哲學強調家庭式的照顧，鼓勵家庭方面的照顧，對象包括所有病人及小孩，因此都允許開放家長們訪視小孩子的時間，甚至陪孩子過夜，儘可能父母親瞭解他們的孩子生病的時候，或者任何徵兆出現的樣子，包括孩子們的病程疼痛過程。父母親溫暖的懷抱讓他們有濃烈的安全感，甚至希望父母親參與護理工作，適時給予有效地處理，使得醫護一病人一家屬成為良善的三角關係，而不是見到自己孩子疼痛無助時只顯現出哭泣、難過，慌慌張張不知所措的窘態。因此“open visiting hours and overnight stays”在摩登護理觀念是很重要的，而且有一些學者也證明了此一觀念的重要性。譬如；Aradine Beyer和 Tompkins於1988年；Lutz於1986年皆做過一些簡單的測驗，結果發現一般而言，當孩子們受傷、生病、而現出疼痛的表情，忍受痛苦的煎熬時，父母親皆會有罪惡感、無助感、鬱悶感，甚至會生氣，一直怪罪自己的疏忽，認為一切的錯都是自己一手造成的。如果早一點帶孩子看病或者親自照顧孩子而不是讓奶媽帶，或者.....等等一大堆的可能，反正都是自己的錯。這種自我感受的認知，若從良性觀點而言，可能使得父母親更願意配合醫護人員的教導，對於病童看護方面有進一步的幫助；但就其他觀點而言，可能導致父母親太過於苛責自己而有一些不當的行為。譬如；自以為是的求神，拜佛，服用靈符，或給予不適當的飲食，錯誤的進補觀念等。所以current nursing philosophy便是希望護理人員能夠瞭解當孩子們有病痛時，父母親內心的世界有多麼的複雜，進一步鼓勵家長們踏入親自照顧孩子的行列，但又不能太

過於盲從，太情緒化，而是經由護理人員適時地給予心理輔導、信心，並且學習正確地護理常識。如此才能使得病童於生病疼痛時有父母親的溫馨懷抱，讓他們有所依持，而父母親也有正確地護理常識去處理孩子的問題。如此建立出一套完整且適切的親子互動關係，可能會使得疼痛的閾值(threshold)升高，進而降低疼痛的感覺，減少父母親的憂心，使得整個病程好轉得快，達到一個良性的循環。

談到孩子們疼痛；除了病程本身的問題外，在治療過程（包括打針、抽血檢查、靜脈穿刺.....等）中，都會帶來一些疼痛的經驗，而這些過程中也相對地帶給家長很大的困擾，譬如；小孩子會哭、鬧，拒絕打針或者看到醫護人員就退縮害怕等，在1977年及1975年分別有Jay及Visintainer & Wolfer 發表文章，認為父母親在提供給病童的支持與穩定作用上扮演了一個臨界的重要角色，也就是說父母親在場的情況下，病童較能服從醫護人員的指示，接受比較完善的治療。因此父母親對於孩子們“痛”的感受性，是相當重要的，並且有必要以自己的經驗來體會“痛”的感覺，瞭解孩子們的感受，進而幫助孩子共同渡過此一危機。

Lazarus 和 Folkman兩位學者(1984年)曾經描述過“困擾(stress)”的意思，他們認為困擾並不是一種刺激物也不是一種反應，而是一種個體與環境間的行為改變的互動關係，也就是說“困擾者”這個因子是來自於個體與環境，當環境改變或週圍的朋友有了變化，都會影響我們，造成一種困擾。從臨床經驗上來說，這種困擾(stress)更明顯。因為父母親會持續地評估孩子們與“痛”相關的語言(Verbal)或非語言(non-Verbal)的跡象，而這些痛的評估也會被父母親本身對痛的感受以及參與照顧病童的程度所影響。如果父母親不知道如何處理孩子們的疼痛（或者是預防），而只有焦慮的就提供孩子們情緒上的支持而言，是不能有所助益的，反而會造成一種惡性循環。因為焦慮的父母親是以“焦慮”的眼神，“焦慮”的表情與病童溝通，所以病童感受到的也只是焦慮的訊息，使得病童沈浸於一片烏雲之中，好像見不到陽光的植物一樣，日漸凋零。是故；適當地給予恆定的、愛心的支持訊息，將會導致較舒適的親子關係。

另外；還有一項很重要的注意事項，就是；護理人員與家長二者，對於父母親扮演照顧孩子們的角色上無法取得一致的看法。因為大部份的媽媽都會做出超過護理人員允許的範圍，所以某些健康專業的學者，要求父母親參與孩子們“痛”的評估，但有些學者則不鼓勵父母親參與。而且1988年O'Brien和Konsler發現護理人員並不信任父母親對於小孩子痛覺的評估，某些護理人員甚至認為自己才是評估小孩子痛感的權威。基於上面所言，我們護理工作

同仁更應與家長取得一致的共識。不可只站在父母親的角色來評估孩子們的疼痛，而漠視護理專業認知的建議；而護理人員也不能只認可自己才是權威，罔顧親子間的關係。如此；才能達成一良性循環。

綜合以上所言；父母親對於孩子們的痛覺的感受性是很重要的。感受性太高或太低，對於孩子的健康、照顧、評估都會有所影響，而醫護人員與家長之間的關係，也間接影響到孩子病程的發展。因此父母親在評估孩子們的痛感時，具有決定性的關鍵角色，為人父母者必須謹記在心。

## 參考資料

1. Judith H. Watt-Watson. MSON, RN, PARENTS, PERCEPTIONS OF CHED'S ACUTE PAIN  
Journal of Pediatric Nursing Vol 5, No 5(October) 1990.
2. Aradine, C., Beyer, J., & Tompkins, J. (1988) Children's pain perception  
before and after analgesia: A study of instrument construct validity and  
related issues. Journal of Pediatric Nursing, 3(I), 11-23.
3. Beyer, J. & Byers, M. (1985). Knowledge of pediatric pain: The state of the  
the art. Children's Health Care, 13(I) 150-159.
4. Jay, S. (1977). Pediatric intensive care: Involving parents in the care of  
their child. Maternal-Child Nursing Journal, 6(3), 195-204.
5. Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York:  
Springer Publishing Co.
6. O'Brien S. & Konsler, G. (1988) Alleviating children's post-operative pain.  
Maternal Child Nursing, 13(3), 183-186.
7. Visintainer, M. & Wolfer, J. (1975). Psychological preparation for surgical  
pediatric patients: The effect on children's and parents' stress responses  
and adjustments. Pediatrics, 56(2). 187-202.