

照護一位學齡前期癌末病童之護理經驗

徐甄鎂、呂宜珍*

中華醫事科技大學護理系

摘 要

本文探討一位癌末病童面對死亡的焦慮、害怕及父母親面對失去愛子所承受的哀傷，給予身、心、靈及社會的支持與陪伴之護理經驗。護理期間筆者運用 Gordon's 十一項健康型態評估為工具來收集個案身體、心靈、與社會方面的主、客觀資料，藉由會談、觀察、查閱病歷等方法，確立護理問題。分析歸納其健康問題有死亡焦慮、預期性哀傷、慢性疼痛。針對上述三項護理問題，提供病童個別性照護、運用輔助療法、主動積極關懷、傾聽與陪伴病童與家屬。藉由彼此的信任關係的建立及醫療團隊合作讓孩童家屬減少對死亡的害怕與焦慮，進而提升其身心靈安適，達成生死兩相安的使命。期許本文的分享可供護理人員在臨床對於癌末病童照護之參考，以提升整體性照護的品質。

關鍵詞：癌末疼痛、死亡焦慮、預期性哀傷

* 為通訊作者

The Nursing Care Experience of a Preschool Age Patient with Terminal Stage Cancer

Chen-Mei Shu · I-Chen Lu

Department of Nursing

ABSTRACT

This article explores the nursing care experience of a preschool age patient with terminal stage cancer who faced death, anxiety and fear. His parents also faced the grieving of losing son. Nurse provided them physical and psychological care, social support, and accompany. During the nursing period, the author used Gordon's eleven health assessment as a tool to collect the subjective and objective data in physical, psychological, and social aspects by talking, observing, and reading medical records. Authors identified nursing problems including death anxiety, expecting sadness, and chronic pain. To relieve these nursing problems, the author provided patient individual care by using adjuvant therapy, active caring, as well as listening and accompanying the patient and family. Through the establishment of mutual trust and the cooperation of medical team, the patient and family felt less fear and anxiety, more physical, psychological, and spiritual comfort, and felt more comfortable to face life and death. This caring experience could be inspiring and referenceable for other nurses who are caring the pediatric patients with terminal stage cancer to enhance the quality of holistic nursing care.

Keywords: cancer pain, death anxiety, expecting sadness

前言

依據行政院衛生署 2016 年統計資料顯示，癌末仍是台灣十大死因的排行第一位(行政院衛生署，2016)。中華民國兒童癌症基金會統計資料顯示每年兒童癌症新增病例約 120~150 人，最常見的兒童癌症為：白血病、腦瘤、惡性淋巴瘤、神經母細胞瘤和生殖細胞腫瘤等。其中神經母細胞瘤占第四位(中華民國兒童癌症基金會，2017)。孩子為父母心中的寶貝，但在孩子被診斷為癌症時，往往打亂了父母原本對孩子未來夢想與人生規劃，當醫師告知父母孩童生命即將結束，對他們而言，得知消息後的震驚、茫然不知所措及不斷的自責。內心充滿著悲傷、焦慮與無助，希望自己能在為他做些什麼，但往往卻不知從何下手。面對罹癌瀕死的孩童，父母除了本身壓力外，還得面臨孩童出現的不安、哭泣、無助感與退化行為；年幼孩童害怕與父母分離及擔心被遺棄，此時的孩童往往更需要父母及家人的陪伴與支持。每個病童都是皆為獨立個體，尤其當年幼病童無法用言語表達生理上的不適及心情感受時，又加上醫護人員對於安寧療護的訓練不足，而無法提供病童與父母身、心、靈方面的協助與關懷。往往使得病童與父母在痛苦與遺憾中結束生命。筆者在照護過程中，首要目標為增進病童舒適及安全感，讓剩餘的日子裡減少疼痛及得到父母滿滿的愛與關懷，主動的關懷建立互信的一併關係，促進病童與父母的互動，讓他減少被遺棄感及分離焦慮；父母親可減少內心的壓力與不捨，故引發筆者想更深入探討的動機。藉由個案與主要照顧者個別性照護和相關轉介資源(如安寧共同照護)，運用同理、關懷、聆聽、陪伴等技巧方法，使個案感受到愛與關懷；父母心理及各項情緒反應，給予身、心、靈及社會的整體性照護，使得個案與父母在面對死亡時可建立正確認知，期盼能生死兩相安。

文獻查證

一、 兒童癌末導致疼痛

疼痛為主觀的想法，而孩童侷限期認知發展程度，通常表達能力差且配合度不好，而無法正確表達出本身的感受。而臨終病童大部份的疼痛因素導因來自於疾病的惡化，加重或緩解身體疼痛而呈現出臨床性疼痛，即所謂的整體性疼痛，進而影響癌症病人的整體痛苦(胡等，2010)。6 歲以前孩童依據皮亞傑發展理論，此時發展以自我為中心，無法區分內外的事實，且對抽象觀念較難理解。故必要時除了評估生命徵象及面部表情外，仍需使用量表來加以協助，如：臉譜量表，以確實評估病童疼痛情形(江，2010；National Hospice and Palliative Care Organization, 2017)。癌末病童疼痛處置可分為(一)、藥物治療：根據世界衛生組織臨床上建議依據疼痛的程度給予適切藥物(World Health Organization, WHO, 2008)。三階梯式止痛法：第一階段：輕微疼痛，疼痛指數 3 分以下，可使用非類固醇類抗發炎藥(NSAID)；若當疼痛持續繼續，疼痛指數 3~7 分的中度疼痛，可使用弱效鴉片類(如：Codein)；疼痛若持續及強度增加，疼痛指數在 7 分以上的重度疼痛，可使用強效鴉片類(如：Morphine、Fentanyl)。為達到有效的疼痛控制，建議止痛藥須每 3~6 小時按時給藥，勿需要時再給予一次劑量，且在正確時

間給予正確藥物及正確劑量(江, 2010; 鄭, 2004)。(二)、非藥物之疼痛緩解技巧(如注意力轉移技巧)也可使病童降低疼痛, 而疼痛在每個年齡層病童意義不同, 故注意力轉移技巧的選擇應取決於每個病童的發展階段。對於學齡前期病童而言, 除給予注意力轉移的玩具或電視卡通外, 仍須給予正向鼓勵及情緒支持(如安撫、陪伴)。此外, 按摩、日常活動、舒適臥位也是屬於緩解疼痛之非藥物技巧(曾, 李 1999)。

二、 兒童癌末的心靈需求與安寧療護

一般人對於成人癌症或是老年人死亡較能接受, 但兒童死亡被認為是違反自然, 白髮人送黑髮人往往令家屬無法接受而造成極大的情緒壓力。大部份的癌末病童即使已面臨疾病無法治癒, 家屬目標仍是積極治療, 直到已無法在接受任何治療時才會考慮接受緩和治療。對於死亡孩童能了解多少, 一般父母都採取欺騙, 而過程中往往孩子會感受到父母的欺騙態度而使得更焦慮、孤單與害怕。孩童情緒相較於成人是不易被處理照顧, 且必須要考慮不同年齡層其心理發展而有所不同。納琪(Nagy)認為學齡期孩童認為死亡只是暫時、短暫分離或是像卡通人物一樣死了會復活, 此時須主動關懷、陪伴及與安寧照護團隊配合, 利用繪畫描述心中想法及感受、或利用遊戲或聽故事來認孩童了解死亡的真相予處理自己接觸死亡時的情緒, 讓孩童了解死亡的概念及認知(陳, 2004)。而安寧療護適時介入, 以全人、全家、全隊、全程的四全照護為理念, 期望能讓病患及家屬得到身、心、靈皆平安, 而達到善終為目標, 透過面談、家庭會議與病患及家屬來達成共識, 進而達到安寧照護目標。協助癌症末期孩童及家屬所需的各項症狀控制及緩解、心理調適、情緒支持、協助死亡準備及哀傷輔導等持續性照護, 使得癌末孩童得到身、心、靈性、社會層面完整性照護(江、陳等, 2007)。

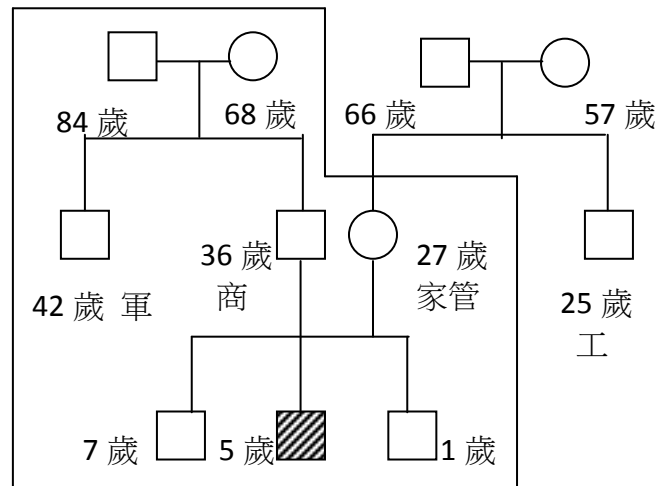
三、癌末病童父母親面臨孩童死亡哀傷反應及壓力

孩子是父母生命的延續, 每個初為人父母的總對孩子充滿幻想跟期待, 而孩子的誕生能促使家庭更完整, 當孩子罹患癌症時, 常使父母失落及深怕孩子的離去。一旦病童死亡, 父母親對他的愛, 不但無法取代, 更充滿著痛苦、失落與悲傷, 而不只侷限在家屬情緒的宣洩, 也間接影響到整個家庭的運作。若病童在過世前, 醫療團隊能協助父母做死亡準備, 能有益於病童過世後父母的生活調適, 減少覺得自己為孩子付出不夠、做的不夠而遺憾。若與孩子一起面對死亡, 能減少父母的矛盾與掙扎與病童的焦慮和恐懼。持續性的關懷與陪伴, 讓父母安心、放心、降低其壓力, 與父母親建立良好的信任關係, 敞開心胸及信任溝通(黃, 湯, 1996)。

個案簡介

個案為5歲孩童, 3歲發現為神經母細胞瘤第四期。從小常往返於醫院而無法至幼稚園就讀。以丹佛發展評估個案粗動作、精細動作、語言及社會適應能力都在正常發展; 依據艾瑞克森心理社會發展理論, 此其任務是主動進取/罪惡感、且富有想像力, 喜歡探索世界, 對於任何事情會主動發問, 精力旺盛。因個案長期在醫院治療, 無法有充沛的體力去探索周遭環境及做任何活動, 但對於任何好奇事物喜歡詢問護士阿姨。主要照顧者為其母親, 住院期間會主動幫助護士阿姨及母親照顧弟弟, 希望獲得讚美及鼓勵。

一: 家庭圖譜



二、疾病史及求醫經過

個案 3 年前因下肢及骨頭疼痛，至林口長庚醫院求治診斷神經母細胞瘤，接受 TPOG-ALL97VHR 化學治療。2 年前因持續發燒且下肢疼痛診斷發現癌細胞復發轉移，故陸續至本院接受化學治療。後來接受自體周邊幹細胞移植。去年 1 月右頸腫瘤存，切片檢查發現為癌細胞轉移。7 月因嚴重小腿疼痛入院求治，使用口服鎮痛藥物，如：panadol、morphin。9 月骨髓穿刺及切片檢查發現有轉移性神經母細胞瘤，更改化療用藥為 Celebrex、Thalidomide、Etoposide。10 月 4 日住院是因持續性腹部疼痛三天入院。11 月 9 日轉至安寧病房，使個案與父母接受身、心、靈完整性的照護。11 月 10 日凌晨 03 :00 安詳往生。

整體性護理評估

筆者於 10/04 至 11/09 擔任主護護理師協助照護個案，運用 Gordon 十一項健康功能評估病童身、心、靈之問題，經由照護過程、身體評估、陪伴、關懷個案與案父母，提供支持性的照護。

(一) 健康認知與健康處理型態

案母本身無特殊疾病，懷孕期間定期產檢無異常發現。平日個案有感冒時會主動尋求醫療協助，無其他藥物及食物過敏史，且母親尋求疾病相關知識的行為適當。個案因病情需要做檢查及化療藥物治療時，案父母都同意且願意配合醫師治療。個案住院期間會配合醫護人員治療及母親餵藥，偶爾會有哭鬧或不配合服藥，但給予讚美鼓勵安撫後，會乖乖配合治療。

(二) 營養代謝型態

個案身高：查詢兒童生長發育表，個案身高 113 公分為 50-75 百分位；體重：19.5 公斤為 50 分位(標準體重:23.1 公斤、BMI:15.27%)，四肢消瘦、腹部柔軟微脹。個案平日喜歡布丁、巧克力、牛奶及餅乾，無任何食物過敏現象。但因疼痛、身體虛弱無力導致胃口降低一天約攝取 5 餐，可進食 2~3 口稀飯、少量布丁及約 30~50ml 小安素。於 10

月29日觀察到腹部脹大且硬、腸音約5~7次/分、扣診有濁音與鼓音皆有，超音波檢查顯示出有中度腹水及肝腫大情形，導致腹脹不舒服與呼吸易喘快，進食狀況下降至只吃少量布丁或些許小安素，每日平均攝取熱量約163kcal。因肝轉移膽顏色素沉積，10月11日觀察到皮膚呈黃褐色、皮膚薄且乾燥，胸、腹部與四肢有抓傷，多處有破皮流血，但無褥瘡。評估有營養不均衡、皮膚完整性受損之護理問題。

(三) 排泄型態

個案每天解尿5~6次，顏色黃且清澈，每日尿液輸出量約1-2ml/kg/hr，因止痛藥(Morphine)使用，腸蠕動音5~7次/分，故軟便寄(Mgo 1# tid)持續使用，約2~3天解便一次，量中軟糊色棕。

(四) 活動與運動型態

平時除沐浴及穿衣須案母協助外，一般日常活動可自理，住院後因身上裝有儀器及管路，故如廁、穿衣、清潔活動須由案母幫忙。呼吸平順無費力，呼吸音呈粗糙音，無心雜音。四肢可自主活動，四肢正常無畸形。

(五) 睡眠休息型態

睡眠時間平均約6~7小時，中午及傍晚會小睡1-2小時，睡覺時習慣有自己的小棉被喜歡母親在旁陪伴至入眠。常因疼痛而哭醒，給予止痛藥及案母在旁安撫可再次入眠。於10月30日腹水導致呼吸不順，採半坐臥可減緩不適，於11月2日呼吸陣喘，使用鼻導管3~5l/min，平均睡眠時間下降至5小時，且時常起床後會看不見母親而感到焦慮及害怕。觀察個案於11月3日白天常會有打哈欠及打瞌睡現象。

(六) 認知與感受型態

意識清醒，視、聽、嗅功能正常，神經母細胞瘤末期合併肝、腦、骨頭轉移。疼痛時呈現愁眉苦臉、不停哭鬧、尖叫。其疼痛部位大約在右手肘、肚子及雙腳處，形容會一直一直在痛，使用臉譜圖評估會指著10分的哭臉，給予口服止痛劑及案母在旁安撫後疼痛指數下降於4-6分臉譜量表中，平均一天主訴疼痛3~5次。依據艾瑞克森心理社會發展理3-6歲孩童認為疼痛是自己不乖的懲罰，對案母自己會乖乖的聽話、藥也乖乖吃，希望不要在痛痛了。於10月31日疼痛次數頻繁，白天會不定時大哭喊痛及尖叫，且無法說出自己是哪痛，只是不斷的哭泣。常看到病童躺在床上愁眉苦臉、沉默或是緊抱案母希望母親陪伴。經由以上評估個案有慢性疼痛之護理問題。

(七) 自我感受、自我概念型態

案母表示個案平日活潑喜歡找認識的人聊天，對陌生人會有害怕、文靜等現象，10月30日主治醫師、專科護理師、社工師協同案父母共同討論個案病情，案父母堅持在個案面前討論後續問題，醫師告知個案剩下兩個禮拜時間，個案聽見後放聲大哭、情緒激動，無法安撫。依據皮亞傑認知發展理論，2~7歲屬運思前期，具有萬物皆有靈的概念及自我中心觀，可以知道死亡是一種結束，以為死亡是一種可逆、短暫的過程，死去是可以復生的；納琪之死亡概念，死亡是真的但不是永遠，死亡只是暫時的分離，會再回來，將死亡視為睡覺。評估個案發現，個案認為死亡就是卡通人物一樣，變成天使後等等又活起來了，在得知自己剩下兩個禮拜的生命，常會詢問護理人員，我會跟海綿寶寶一樣，變成天使後又可以活過來嗎？爸爸媽媽會不會離開我？經由以上評估個案對於

死亡感到焦慮及害怕，擔心和父母分離，案父母雖然已做好心理準備，但仍無法面對現況，故有死亡焦慮之護理問題。

(八) 角色關係型態

個案家庭成員有祖父母、哥哥、弟弟、父親及母親。案父母教育程度皆為高中畢業，溝通以國語為主，個案爺爺、奶奶及兄弟同住，家中無人罹患重大疾病或先天性遺傳疾病。信仰一般民間信仰，案父為家中經濟來源，經濟狀況小康；案母是家庭主婦為主要照護者，家中若有重大事情發生，案父母會互相討論後做抉擇並主動尋求資源如上網搜尋資料等..。案父母此次因個案病情變化情緒失落且無助，案母對個案罹癌表示有愧疚感，當初會生老三是為了希望提供臍帶血讓個案使用，但後來配對未成功，卻也讓自己無法全心全意的照護個案；案父則因為自家開立工廠，兩天或有比較空閒時間才會來看個案一次，感覺自己很對不起他、忽略他。在幾次會談時經由筆者傾聽、鼓勵案父母說出心理感受並予心理支持，案父母可和筆者分享心理感受及調適情形。筆者會適時安撫個案父母的情緒如：握住案母的手，拍拍肩給予心理支持。經由以上評估案父母對於個案即將離開，雖然已做好心理準備，但仍無法面對現況，故有預期性哀傷之護理問題。

(九) 性生殖型態

個案睪丸已下降至陰囊內，外觀皮膚完整、無水腫或腫塊。依佛洛伊德的性心理發展處於性蕾期，偶爾會見到個案手伸進內褲，當護理人員看到會將手伸出來且有害羞表情。

(十) 適應壓力耐受型態

個案生氣時會自己悶著不說話且會故意翻倒牛奶會是口服用藥來表示自己的不悅，案母表示只要不加理會，過沒多久就會來找案母玩耍或撒嬌。偶爾會因忌妒弟弟占有案母，而偷捏弟弟的臉頰。筆者在幾次會談中，與案母談話發現案母若心情不好，會找朋友或其他病友母親聊天。面對即將失去個案，案父母皆感壓力大、鬱鬱寡歡，夜間巡房常見案母獨自哭泣、案父則在一旁不發一語靜靜的看著個案睡覺。案父母會彼此安慰對方，也期許藉由醫療團隊的幫助來增進個案的舒適及帶著大家的愛離開。

(十一) 價值信念型態

家庭宗教信仰為一般民間信仰，但凡對個案病情有幫助，案祖父母都信且會祈求給個案，如：符水、符咒、拿個案衣服做法事...等，在家中則是每日燒香念佛祈求平安。案父母至廟宇祈求個案能平安度過這次危機且把平安符別在衣服上。

護理計畫、措施及評估

【護理問題】一、死亡焦慮(10/30-11/9)/與癌末感受到死亡逼近有和慎終準備相關	
主	S:10/30 案父表示:「希望可以轉至彰化醫院,讓家人們有更多時間陪伴他,
客	對於弟弟後事,需與長輩討論,但又不知如何啟口。」
觀	O:10/30 主治醫師、專科護理師、社工師協同案父母共同討論個案病情,案

資料	<p>父母堅持在個案面前討論後續問題，醫師告知個案剩下兩個禮拜時間，個案聽見後放聲大哭、情緒激動，無法安撫。</p> <p>10/31 個案皺眉、沉默，對周遭事物不感興趣，因案弟時常哭鬧，案父母忙於照顧案弟而忽略及無法專心照顧個案，個案常因案父母不在身邊產生不安、害怕、哭泣，見到護理人員會不停詢問媽媽在哪裡。</p> <p>11/2 陪伴個案聊天及看電視時，個案表示會乖乖吃藥、不會對弟弟生氣、會聽媽媽的話，保證自己會乖乖的希望不要和爸媽分開。畫圖時會畫出全家福，不想要分開。</p> <p>11/8 個案出現意識不清、畏光、皮膚冰冷，呼吸呈現囉音，雙手不自主想抓東西。</p> <p>11/9 轉至安寧病給予後續安寧療護。</p>
護理目標	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院期間個案可對於死亡焦慮減緩，可說出對死亡的想法。 2. 住院期間滿足個案瀕死的身心需求，協助父母度過個案瀕死過程。 3. 住院期間協助家屬後事準備事宜，陪伴家屬及病人渡過生命最後時光。
護理措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 三班監測生命徵象變化，追蹤疾病進展，注意瀕死症狀協助適當的照護。 2. 與病童建立信任關係，鼓勵病童說出或畫圖來表達心中想法及感受。 3. 陪伴及接受適當的發洩行為，且保證任何心情都可以分享，且不批評或生氣，耐心的傾聽病童的心中感受；鼓勵父母用理解、寬容、接納的態度陪伴個案。 4. 由母親好友、護理人員不定時陪伴案弟玩耍，除了睡眠時間須案母陪伴外，其他時間讓案母可陪伴個案減少焦慮。 5. 醫療團隊隨時與家屬召開家庭會議，讓家屬了解病情變化，也了解到家屬的擔心與需求。 6. 安寧共造師提供家屬善終諮詢，提供家屬相關後事準備事宜及資料。 7. 加強探視病童，鼓勵家屬隨時在旁陪伴，勿單獨留病童一人於病室內，使病童有安全感。 8. 鼓勵父母使用身體的接觸與安撫，以減輕病童的心理壓力，讓個案完全被愛與關懷圍繞。 9. 對於病童態度保持中立，勿面露哀傷及用急促口吻說話，減少孩童焦慮。 10. 減少燈光、儀器(EKG、pump)的刺激。 11. 陪伴家屬協助病童做生命回顧，鼓勵父母說出對個案的愛。
護理評值	<p>11/1 案父主動向護理人員提出希望與醫療團隊共同討論個案後續照護，由安寧共造師指導相關照護。</p> <p>11/3 若案母不在身邊時，護理人員陪伴時，個案不安、躁動現象可緩解。</p> <p>11/2 案父表示病童後事已連絡完畢。</p> <p>11/3 個案說出自己對死亡的想法，認為自己會暫時離開媽媽變成天使，因</p>

	<p>為卡通人物死掉會變天使。</p> <p>11/6 案父母及個案至做邀請卡片，邀請照護過個案醫護人員一同參與生命回顧影片，且引導父母利用肢體語言及話語來說出對個案的愛。</p> <p>11/9 個案呈現彌留狀態，轉至安寧病房後續安寧照護。</p>
<p>【護理問題】二、預期性哀傷（10/30-11/9）/與癌末導致面臨死亡分離有關</p>	
<p>主 客 觀 資 料</p>	<p>S: 10/30 案父母表示：「雖然之前已經做好心理準備隨時會與弟弟告別，但事情發生的太突然了！我不知道我該怎麼做，我的父母若知到了該怎麼辦？爺爺最近也才剛出院返家休養，他們一直希望可以南下探視弟弟，每次都說謊騙他們，這次該怎麼辦？」</p> <p>10/31 案父表示：「到安寧病房是不是代表我們已經放棄他了，若弟弟快病危時，急救不能讓他多活幾天嗎？我沒有辦法簽下放棄急救，這代表我們已經不要他了。」</p> <p>10/31 案母表示：「平時自己在和其他病友媽媽聊天時，也不斷告訴自己，若有一天孩子即將離開我，在他剩餘的日子裡讓他快快樂樂，讓他帶著我們的愛離開，但..這件事情真的要發生在我身上，我現在卻一點能力都沒有，我不知道我該怎麼做，每次看到他喊痛，我都好難過！」</p> <p>O:10/31-11/7 常見父母神情落漠、陪伴在病童身旁，夜間巡房發現母親坐在病童身旁眼眶泛淚，不發一語。</p> <p>11/4 案父母常哭泣、擔心不知如何向祖父母開口告知病童病況，對於後事準備及死亡議題感到茫然</p>
<p>護 理 目 標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院期間父母擔心、害怕及哀傷情緒可得到適當抒發。 2. 住院期間家屬可接受孩童瀕死症狀及了解其照護方式。 3. 案父母能度過正常的哀傷期。
<p>護 理 措 施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 當案父母情緒激動時採傾聽及支持的態度，當家屬不願表達時亦能接納，適時給予關懷擁抱、輕拍肩膀。 2. 鼓勵父母盡量陪伴病童說話或擁抱他，即使病童已處於非清醒期 3. 鼓勵案父母能表達心中感受及想法，並鼓勵彼此溝通。 4. 傾聽照顧者表達其感受與信念。在案母表達心理感受時適時給予鼓勵如輕拍拍手或輕拍肩。與案父母討論信仰可藉由安撫心靈並給予誠心的祈福。 5. 鼓勵案父母可以一起到空中花園散散心。 6. 運用會談方式鼓勵照顧者表達心裡感受且可利用大喊、哭泣等方式降低心中的壓力 7. 將祖父母給予的佛珠、宗教音樂、平安符，置於個案床邊或枕頭下。 8. 評估案父母情緒反應，鼓勵說出心中感受及給予案父母心理支持。 9. 鼓勵案父母說出希望得到的資訊與需要，提供可利用資源如：兒癌基金

	會及善終準備等。
護理 評 值	11/1 案母表示有病房的兒癌母親都安慰我，給予我鼓勵及安慰。 11/5 與社工師協同與父母親會談時，母親說出心中的不捨與難過，希望個案能平安、平順的離開也是一種福氣，給予肯定父母的付出及給予正向支持。
【護理問題】 三、慢性疼痛(10/11-11/09) /因癌細胞轉移導致骨頭、神經痛有關	
主 客 觀 資 料	S: 10/11 個案表示:「手手、肚子跟腳腳，都一直一直在痛。」 10/31 案母表示:「他好像越來越痛，吃藥都不會改善了。」 O: 10/11~10/30 觀察到病人疼痛時會愁眉苦臉、大聲哭喊，雙手會緊握母親。 10/11 入院初步評估約平均一天主訴疼痛 3~5 次，疼痛時臉譜圖評估約 10 分，給予口服止痛劑及輔助療法疼痛指數下降在 4-6 分。 10/31 疼痛次數頻繁，白天會不定時大哭喊痛，且無法說出自己是哪痛，只是不斷的哭泣。 10/31 發現個案若不見案母，會加劇其疼痛感。
護 理 目 標	住院期間案母可正確執行輔助療法，增進個案舒適感，疼痛指數可下降至 4 分以下。
護 理 措 施	1. 與個案溝通，持續性的評估疼痛變化並且記錄，適時與醫師討論調整用藥治療。依醫囑給予 Neurontin(600mg)0.25# po q12h 及 Panadol (500mg) 0.5# po qid，必要時給予 Morphine (10mg/ml) 2mg q2h/prn IVP。 2. 監測非語言的疼痛表徵，如:皺眉、躁動、不安。 3. 鼓勵個案說出疼痛、不適的感覺，關心其情緒，提供舒適、安靜的環境，並協助採取舒適臥位。 4. 協助案母執行輔助療法緩解疼痛，利用含有薰衣草乳液塗抹皮膚，溫柔的按摩肌肉促使放鬆，穩定情緒。 5. 陪伴個案觀看喜愛的卡通，如:海綿寶寶、喜羊羊，轉移注意力。 6. 指導母親陪伴個案入睡時可以撥放輕柔音樂使身心可舒緩，如水晶音樂。 7. 10/31 因個案疼痛加劇，會診疼痛科醫師，建議調整用藥為 Morphine (10mg/ml) 10mg in N/S to 50ml from 5ml/hr(1mg/hr)，Morphine (10mg/ml) 2mg q2h/prn IVP, Neurontin (600mg)0.25# po q8h, Panadol 10ml po q8h。 8. 鼓勵家屬在旁陪伴，減少個案焦慮及不安。
護	10/12 疼痛時給予口服止痛藥及安撫可緩解不適感疼痛至數可下降至 2~4

理 評 值	分，且不需使用到 Morphine。 10/12 案母可正確執行按摩技巧，個案表示喜歡讓阿姨跟媽媽按摩，因為不會一直痛痛身體也香香的，臉上露出笑容及身體肌肉放鬆。 10/31 案母在睡前使用按摩技巧、撥放水晶音樂及說故事，個案夜間睡眠可至 6~7 小時。 11/1 因持續性疼痛，Morphine (10mg/ml) 10mg in N/S to 50ml from 5ml/hr (1mg/hr)，若疼痛加劇給予 Morphine 30 分鐘後，疼痛至數可降至 4 分以下。
-------------	---

結論與討論

一般人對於兒童死亡的認知都是希望能盡一切的挽救、或認為孩子太小，為了保護孩子而不與他們溝通及病或死亡；而臨床護理人員則是對兒童安寧療護的經驗缺乏，導致在面對孩童因死亡所反映出的焦慮、害怕與痛苦時，常感受到挫敗、無助、罪惡感等消極的感受，了解安寧療護但卻不知該從何協助與下手，往往忽略到個案及家屬的身、心、靈需求。筆者在此次照護過程中，因個案在未做好心理準備時，就被告知瀕死消息及癌末症狀快速惡化，使得個案對於死亡焦慮產生極度的害怕與被遺棄感，進而導致身、心、靈無法獲得安適，且個案於轉至安寧病房時隔日凌晨安詳往生，醫療團隊仍因無法給予完善的安寧照顧而感受遺憾。癌症末期孩童焦慮與害怕面對與父母分離、日漸虛弱的身體以及疾病造成的不適與疼痛；父母親的不捨、自責、長輩的怪罪與死亡認知的不足常導致父母親無法好好陪伴與孩童一起面對死亡而產生遺憾。期盼日後能與安寧共同師、社工人員、醫護人員，在預期病童疾病不可逆情況下，共同研擬適合病童瀕死準備流程，使之具有個別性、定時舉辦情境模擬來增進人員對瀕死照護的實務操作認知、單位教育訓練加強兒童安寧療護及單位添購兒童安寧相關繪本與錄影帶。期許護理人員更具備有同理、關懷、聆聽、陪伴等技巧方法，使個案與家屬感受到尊重、愛與希望，進而感受到生命的意義；針對家屬的心理及各項情緒反應，給予身、心、靈及社會的整體性照護。提供每位家庭成員照護、支持與協助，因而建立起良好的治療關係，使得癌末病童與家屬即早面對死亡建立正確認知，期盼能生死兩相安。

參考文獻

- 中華民國兒童癌症基金會(2017, 4月6日)·*兒童癌症的特性*·取自
http://www.ccfroc.org.tw/content_sub.php?id=118&level1ID=12&level2ID=1&level3ID=1
- 行政院衛生署(2016年8月8日)·*死因統計資料集*·取自
http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/DM1_P.aspx?f_list_no=557&fod_list_no=366&doc_no=51078&rn=9762080
- 江孟冠(2010)·*兒童癌症之疼痛評估之處理*·*腫瘤護理雜誌*，10(1)，13-24。
- 林美華、張綠怡、吳佩玲(2010)·*瀕死兒童之護理*·陳月枝總校閱·*實用兒科*

- 護理學，243-267。
- 曾令儀、李引玉(1999)·放鬆治療在護理上的運用·*護理雜誌*，46(5)，68-73。
- 胡文郁、陳宛榆、羅淑芬、陳書毓、黃翰心、陳幼貴·成人癌症疼痛臨床照護指引·*腫瘤護理雜誌*，11，87-127。
- 陳淑霞(2004)·幼兒接觸死亡事件時的情緒反應及其教育與輔導·*輔導季刊*，40(4)，24-32
- 張綠怡、蔡綠蓉(2010)·住院兒童之反應及其護理·陳月枝總校閱·*實用兒科護理學*，175-242。
- 黃淑姿、湯玉英(1996)·罹患腦瘤死亡兒童母親所面臨的失落哀傷反應及調適行為·*護理雜誌*，43(4)，34-41。
- 鄭夙芬(2004)·兒童疼痛評估與處置之現況·*護理雜誌*，51(6)，20-26。
- World Health Organization (2008). *Essential medicines list for children: Palliative care consultation document*. Retrieved March 31, 2010, from http://www.who.int/selection_medicines/committees/subcommittee/2/palliative.pdf
- National Hospice and Palliative Care Organization (2017), *Pediatric Pain Assessment*. Retrieved March 31, 2017, from <https://www.nhpco.org/pediatric-pain-assessment>