

## 第二章 文獻探討

本章共分五節進行文獻的回顧與探討，第一節，介紹過動兒之一般症狀與原因，第二節，過動兒之共病現象，第三節，代表嚴重度之共病現象對過動兒的影響，第四節，過動兒的家庭互動問題，第五節，研究結果不一致的可能原因。

### 第一節 過動兒的介紹

#### 壹、過動兒之一般症狀

過動兒在幼兒期時，睡眠量少、吃的少、動來動去、氣質特別、適應性差 (DeWolfe, Byrne, & Bawden, 2000)，有些愛哭愛鬧、規律性差，很難帶 (Auerbach, Atzaba-Poria, Berger, & Landau, 2004)，經常合併語言發展遲緩 (Armstrong & Nettleton, 2004)。

進入小學後，父母發現他們寫功課慢吞吞 (Bauermeister et al., 2005)，常寫到半夜，上課不專心，讀書讀不來，功課不好，又沒時間概念、能拖就拖、易分心，經常心不在焉狀，須叮嚀，有時他們看來像隻蟲，整天動不停、跑來跑去、人來瘋、爬上爬下，上課時，他們愛說話、又愛插嘴，有時愛摸同學或上課自己玩，常使老師頭疼，與同學玩耍時，他們缺乏耐心、不能等、挫折忍受力低，甚至常出手打人、摸人、動作大、易起爭執 (Muris

& Meesters, 2003)。

長大後，他們愛說謊、偷東西、易生氣、罵人、頂撞、做父母不允許的事，最後，父母常覺得要打才聽話，另外，有些表達力不佳之過動兒，後來逐漸出現肚子痛、頭痛等之身體化症狀，甚至出現拒學(Harada, Yamazaki, & Saitoh, 2002)與憂鬱現象。

雖一般過動兒長大後，有學習困難與行為問題(Barkley, 1998; Hinshaw, 1994)，但根據 Rutter(1994)書中，Taylor的說法，注意力缺陷、過動及衝動會更帶給過動兒明顯的社會適應問題，尤其是當過動兒進入青春期的後，他們常被罵、拒學、蹺課、逃家、出現不負責任的行為、頂撞、打人、罵人、衝動性高、我行我素、不考慮前因後果、藥酒濫用、身體化症狀多、憂鬱、焦慮、自殺率高。他們會比一般青少年更衝動、惹事生非，缺少反省能力，人際關係差，合併逃學、逃家、藥酒濫用之問題行為，甚至，被學校開除。過動青少年比一般青少年，常被轉介看精神科門診，若他們又屬低成就群，來自低社經地位家庭(Hechtman, 1999)，且合併暴力傾向與反社會性行為時，其預後可謂雪上加霜(Vitacco & Rogers, 2001)。過動兒到青少年期，過動症狀雖可能已改善，但仍有明顯的暴躁、衝動感，內在的一種莫名坐立不安感與無法言喻的情緒空洞感，做起事來有頭無尾，我行我素，使其呈現不成熟的人格狀態(Riccio et al., 2005)。

## 貳、過動兒之原因

### 一、內在生物因素

#### (一) 遺傳基因

雖 Barkley(2001)用認知功能缺陷的理論，來解釋選擇性注意力或注意力無法持續的現象，實際上有關過動兒之原因，到目前仍不明。大致分內在生物與外在環境因素：內在生物因素包括遺傳所造成的原因(Schmitz & Mrazek, 2001)，即 a.單卵雙胞胎比雙卵雙胞胎出現過動兒的機會大。 b.家中一個兄弟有過動兒，另一個也出現過動兒的機會，比一般族群高 2 倍。 c.一個兄弟出現注意力缺陷型，另一個有可能出現過動型。 d.由寄養的研究發現，生父母有過動者，其小孩有過動之機會，大於養父是過動兒。 e.過動兒同時發生行為規範障礙兒童之父母，通常有酒癮及反社會性人格異常之機會，大於一般族群中的父母，故 Faraone 等主張過動兒是遺傳疾病，與基因密切相關(Faraone, Biederman, Mennin, Russell, & Tsuang, 1998)，生物遺傳學指向過動兒的癒後，與內在遺傳基因、外在大環境之社會心理因素，譬如，父母與同儕關係相關密切 (Johnston & Mash, 2001)。

#### (二) 腦傷說

之前學者懷疑過動是腦部受到細微傷害所致，所謂腦微傷症候群(minimal brain dysfunction)(Cantwell

& Baker, 1991), 也許在產前、產後、週邊新陳代謝失衡、重金屬中毒、腦傷、腦炎, 都可能造成腦部細微傷害, 導致兒童過動。

### (三) 神經化學因素

至於神經化學因素(neurochemical factor)之影響, 包括自動物實驗中發現大腦中 Locus Ceruleus 神經細胞內的正腎上腺素系統(noradrenergic system)對注意力扮演重要角色, 週邊神經系統的腎上腺素分泌異常, 迴饋系統作用, 使 Locus Ceruleus 之正腎上腺素分泌量降低, 大腦之正腎上腺素分泌不足, 這正是為何目前所使用的中樞神經興奮劑, 可以改善注意力的重要理論根據, 中樞神經興奮劑可以影響多巴胺(dopamine)及正腎上腺素, 興奮劑會增加正腎上腺素的分泌量, 因而改善注意力缺陷的缺陷。總之, 大腦神經傳導物質研究發現, 過動兒在大腦前庭部位之腦細胞, 出現多巴胺與正腎上腺素分泌不平衡現象; 另外, 血清素(serotonin)分泌不平衡, 也直接影響兒童衝動性行為, 因而出現行為與情緒異常。

### (四) 腦波與電腦斷層之發現

在神經生理因素(neurophysiologic factor)上, 發現過動兒腦波檢查(EEG)是貝他波(beta band)較多, P300波降低; 貝他波多, Delta 波少, 表示一種警醒狀態

(arousal increased)。

一般電腦斷層(computed tomograph)雖無特別的報告，但中子電腦斷層(PET)報告顯示過動兒的大腦額葉的大腦血流量(cerebral blood flow)及醣的新陳代謝率(glucose metabolic rate)降低之狀況，足以解釋何以注意力缺陷過動兒童的額葉功能異常，造成這群兒童缺乏抑制(inhibition)呈現過動狀態。

## 二、外在環境因素

雖然外在後天家庭、社會環境因素也可能造成過動兒，譬如，外在大環境中之貧窮、居住條件差、低社會地位因素，這一直是眾學者探討的焦點，大家認為在育幼院長大的兒童，長期處於物質、情感被剝奪，對母親的依附(attachment)關係不足，因而呈現好動、衝動傾向，長大成人後，易出現行為規範障礙(conduct disorder)(Rutter & Hay, 1994)。

有人認為，在育幼院中長大的孩童，可能先天已屬注意力缺陷過動，並非因情感被剝奪，正如一般發現在城市中長大的小孩，雖然刺激多，情感未被剝奪，但仍會易怒、破壞傾向、易操縱別人、挫折忍耐力低，最終對自我角色扮演混淆不清、自我概念差、缺乏動機去作社會認同，故有關外在環境因素對過動兒之影響，並無定論。

## 第二節 過動兒之共病現象

根據美國麻省綜合醫院與哈佛大學之 Biederman 醫師研究小組的資料發現(Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991)，過動兒共病焦慮症之比率為 25%，過動兒共病行為規範障礙症之比率為 30%至 50%，過動兒共病情感性精神症(affective disorder)之比率為 15%至 75%，過動兒共病對立反抗症(oppositional defiant disorder)之比率為 35%，過動兒共病學習障礙症之比率約佔 10%至 95%，共病托雷氏症侯群(Tourett's Syndrome)者佔 60%。在紐西蘭的研究也發現，過動兒共病對立反抗症或行為規範障礙者之比率為 47%，共病焦慮症或畏懼症之比率為 26%(Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987)。

過動兒共病行為規範障礙代表問題的嚴重性，因行為規範障礙幾乎是反社會性人格異常的前身(Crowley, Mikulich, MacDonald, Young, & Zerbe, 1998)，成人的反社會性人格異常與犯罪行為劃上等號，若共病行為規範障礙時，未來出現藥物依賴或濫用之機會大增(Whitmore et al., 1997)，Horner 和 Scheibe(1997)的研究顯示，青少年過動兒中的 50%，有共病藥物濫用症。

雖共病現象之高低，會因取樣與診斷標準之不同而具差異(Dulcan, 1997)，但研究共病現象，實屬必要，因為共病現象所呈現的問題包括下列幾點：1. 共病現象代表好動狀況的嚴重性(Gabel, Schmitz, & Fulker, 1996)。2.

共病現象讓大家聯想到大腦結構缺損之可能性證據更強烈。3. 共病現象之預後，會相當不利。4. 共病現象提醒治療者，對治療方向須多方面化(multimodal intervention)介入(Steiner, 1997)。

### 第三節代表嚴重度之共病現象對過動兒的影響

#### 壹、共病現象代表嚴重過動兒

Newcorn (2001) 的 MTA 研究發現，有共病現象之過動兒，尤其具破壞傾向，會更過動與衝動。共病行為規範障礙之過動兒，比起無共病的一般過動兒，很早就出現外向性問題行為，甚至打人、偷竊、藥酒濫用，在嚴重度上，更勝一籌(Hinshaw, 1994; Lynam, 1996)，Barkley 和 Guev (1993)發現共病對立反抗症與行為規範障礙之過動兒青少年，因駕駛技巧或習慣(driving skills/habits)的缺陷，常有不良駕駛記錄。

至於共病的嚴重度，Kuhne 比較 33 位單純過動兒、46 位過動兒共病對立反抗症與 12 位過動兒共病行為規範障礙三組過動兒發現，共病行為規範障礙或對立反抗症的兩組過動兒，其症狀嚴重度較高，社會功能較差，其中，合併行為規範障礙之過動兒，屬最嚴重組，他們具暴力、焦慮、低自尊現象，且母親較有心理問題，顯示共病現象代表嚴重過動兒(Kuhne, Schachar, & Tannock, 1997)。

## 貳、共病現象對人際關係的影響大

在認知神經生理學上發現，共病行為規範障礙的過動兒，出現低自主神經反應(lower autonomic reactivity)與低抑制狀態，具認知執行功能缺陷問題(Lilienfeld & Waldman, 1990)，因此，過動兒因抑制功能缺陷而衝動或打斷別人，自幼不斷出現人際關係問題(Bagwell, Molina, Pelham, & Hoza, 2001)，過程中一直遭同儕排擠(Coie & Dodge, 1983)。

被排擠的原因，包括下列幾點：1，可能因過動兒的對立反抗或暴力傾向(Hinshaw & Melnich, 1985)，2，因過動兒慣用直攻式(intrusive)互動方法，3，缺乏社會線索觀察(social cues)，而無形中遭到同儕排擠(Hodgens, Cole, & Boldizar, 2000)，結論是嚴重過動兒，因認知發展不佳，自然反應於人際與家庭親子互動關係上，使過動兒易遭排擠。

## 參、有共病現象對將來癒後不佳

Laufer 與 Denhoff 在 1957 提到，過動兒是兒童期問題，到青少年後，大多數過動兒症狀會自然消失，但在接下來三十年間，陸續有學者們發現，事實並非如此，且剛好相反，在加拿大 Montreal 等的研究發現，大多仍存有坐立不安與注意力缺陷症狀(Minde, Weiss, & Mendelson, 1972; Weiss, Minde, Werry, Douglas, & Nemeth, 1971)，美國紐約的研究報告也發現，70%的過動孩童，長大後繼續



有症狀存在 (Gittelman, Mannuzza, Shenker, & Bonagura, 1985)。

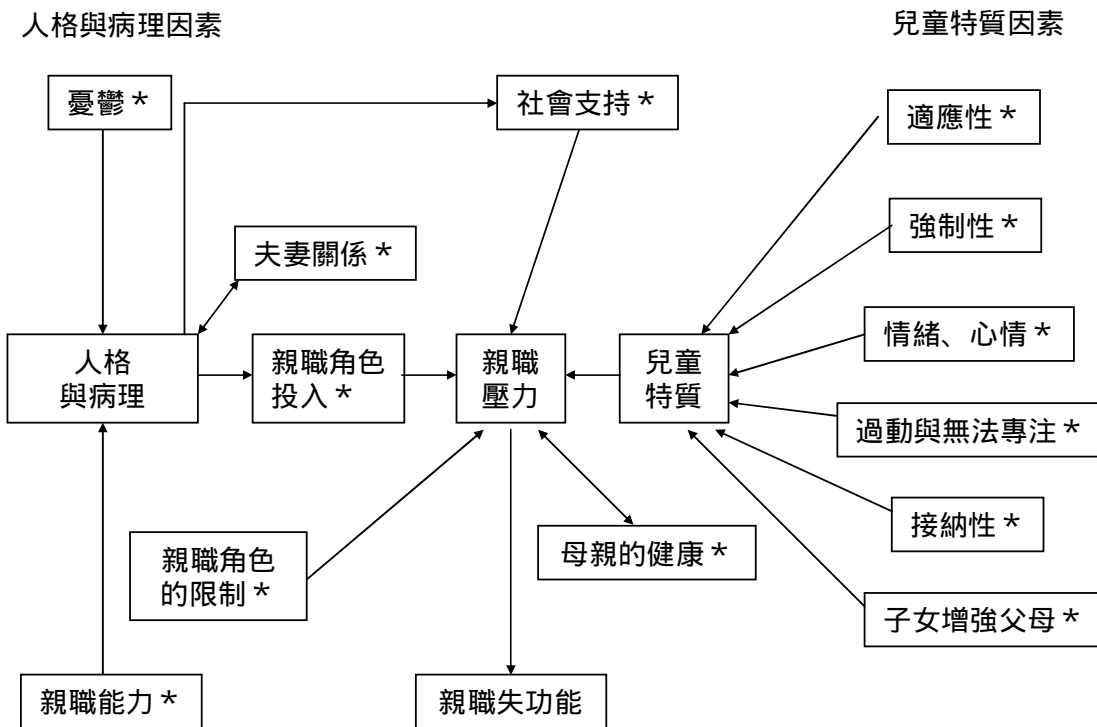
Parker 與 Asher (1987) 之追蹤研究報告指出，他們早年常遭同儕排擠，後來的求學過程又常輟學、最後以犯罪行為或精神疾病來收場；Greene 等的追蹤研究也發現，過動兒成大後，除一般社會功能有問題之外，出現反社會型人格異常之機會大增 (Greene, Biederman, Faraone, Sienna, & Garcia-Jetton, 1997)，多數研究指向過動兒，在青少年階段，已出現明顯的心理與行為問題 (Gittelman et al., 1985; Hechtman & Weiss, 1983)，其中最嚴重的問題，屬反社會性的人格異常與藥酒濫用 (Klein & Mannuzza, 1991)。

過動兒成長過程不順利，若又加上共病現象，其癒後更不利，August 等追蹤 43 位共病行為規範障礙或對立反抗症之過動兒，在 4 年後發現，除了過動兒本身症狀持續之外，57% 仍有對立反抗症，2.3% 有反社會型的人格異常 (August, Stewart, & Holmes, 1983)，共病行為規範障礙的過動兒，至少有 1/3 的比率 (Mannuzza & Klein, 2000)，會發展成為反社會性的人格異常 (Pliszka, 2000)，故共病現象對將來癒後不佳，處遇方向須兼顧醫療、學校、家庭多元並進。

#### 第四節 過動兒的家庭互動問題

##### 壹、兒童特質壓力源

Abidin (1989) 於建構親職壓力量表時，提出親職壓力的理論架構基礎(圖一)，這理論認為家庭互動問題的來源，是由兒童特質、父母特質和父母情境因素所形成，兒童特質壓力源包括兒童氣質(temperament)中的適應性(adaptability)、強求性(demandingness)、情緒/心情(mood)、過動/無法專注(hyperactivity / distractibility)四項。兒童之適應性是指孩童固執，不願放棄他們正在進行的事，或消極的沒有反應，作多種不聽話逃避行為；孩童的強求性則指父母要求兒童時，兒童通常公開反抗、具攻擊性、要求父母注意(attention calling)和要求父母服事他們；兒童情緒/心情是兒童的過度哭泣，退縮和憂鬱；兒童的過動和無法專注，通常會讓父母持續消耗大量的體力，因此需要管理技巧，而經常處於高度警戒狀態(Abidin & Wilfong, 1989)，此四項兒童特質壓力源中的兒童過動，的確會帶給父母親職壓力，Walker 也指出因過動兒難帶的氣質、惹麻煩、唱反調、易攻擊性與破壞性，確實帶給父母壓力(Walker et al., 1989)，Cohen 等則認為因他們的低挫折忍受，易發怒衝動，又加上認知功能表現差(Cohen, Weiss, & Minde, 1972)，他們的問題行為自然多，不易被了解，會帶給父母壓力。當 Frick 研究 95 位門診中 6 至 13 歲之過動兒時發現，漫不經心型之過動兒，愛尋求刺激且易焦慮，他們又成就低，足以影響與父母的親子互動(Frick, O'Brien, Wootton, & McBurnett, 1994)。



\* 代表親職壓力之次量表

圖一、親職壓力模式（出自翁毓秀，親職壓力指導手冊，2003）

## 貳、父母特質壓力源

Pelham 研究 60 位過動兒之父母 (20 對父母與 20 位單親母親) 時發現，這些過動兒父母，不論之前婚姻狀況如何，大多因與過動兒有不愉快的相處經驗，故自覺父母角色扮演不佳，而處於焦慮、憂鬱、敵意中，趨使父親有藉口以酒澆愁 (Pelham et al., 1997)。

Abidin 的親職壓力理論中的父母特質壓力源，包括父母的人格 (personality) 與病態 (pathology)，即父母的憂鬱、親職能力因素 (parental sense of competence)。親職能力因素指對兒童的接納性和子女增強父母因素，接納性指父母的期待與孩童目前狀況的接近程度，如果過動兒父母

經常對孩童要求他們作不到的事，孩童無力配合，父母因失望而出現壓力；子女增強父母因素則指父母在親子互動過程中，父母所獲得正向情感回應與兒童正向聯絡的過程，即父母能否了解兒童所釋出的訊號，故子女增強父母因素，被視為引起父母對兒童互動型態好壞之主要決定因素，當然此父母因素受父母人格和對自我的感受所影響 (Abidin & Wilfong, 1989)。

Johnston 和 Pelham (1990)研究 40 位 4 至 12 歲極具外向性問題行為兒童時顯示，問題兒童母親因自覺有壓力、憂鬱症者，會造成不良親子互動，如果父母已有憂鬱，必會影響對過動兒的接納性與子女增強父母因素，表示父母無法了解兒童所釋出的訊號與作出正向情感回應，正如 Johnston 等研究 136 位 7-10 歲男過動兒母親時發現，她們對孩童之需求遲鈍且不懂得作溫暖回應 (Johnston, Murray, Hinshaw, William, & Hoza, 2002)，必然造成親職互動壓力，Johnston 等也比較研究 61 位過動兒與 49 位非過動兒時發現，過動兒之父母缺乏反省力，較不會歸因於自身問題，總覺得孩童有問題，歸咎於孩童的不穩定情緒，故這些父母偏向以藥物來控制孩童情緒 (Johnston, Reynolds, Freeman, & Geller, 1998)。

早在 1972 年起，許多學者開始探討過動兒的家庭互動問題 (Battle & Lacey, 1972)，研究指出過動兒與父母之互動，顯然與正常孩童有異 (Danforth, Barkley, & Stokes,

1991), Milich 與 Loney 於 1979 年提出, 影響過動兒將來癒後好壞之因素, 是過動兒本身症狀的嚴重性與外在大環境的不利程度 (harsh environment), Marshall 與 Paternite 等則強調, 外在大環境的不利程度, 是將來兒童是否出現暴力或反社會性行為的有力預測因子, 即負向親子互動 (Marshall, Longwell, Goldstein, & Swanson, 1990; Paternite, Loney, & Langhorne, 1976), 決定過動兒之癒後好壞, 愛控制型之父母易產生負向親子互動 (Cunningham & Boyle, 2002)。

就父母有無愛控制或管教之層次而言, Ary 等研究 523 位一般青少年時指出, 缺乏父母管教與身處有親子衝突之青少年, 46% 的機會出現問題行為, 而且他們的父親較不懂如何管教 (Ary et al., 1999); Shelton 等研究 154 位過動、衝動兒, 把 154 位過動兒分為適應力佳組 ( $n = 116$ ) 與適應力不佳組 ( $n = 38$ ), 結果發現適應力不佳組又有共病的過動兒童父母, 對管教小孩缺乏適當措施 (Shelton et al., 1998), 因此研究負向親子互動型態時, 須考慮父母對過動兒的管教策略因素。

Johnson 和 Mash 在 2001 年發表之文獻整理中, 發現問題互動父母壓力源部份包括: (1) 家庭關係, 包括父母婚姻關係與親子互動型態, (2) 家庭之壓力, (3) 父母之認知狀態, (4) 父母之心理功能, 其他有關父母社經地位、父母教育程度、父母對過動兒的管教策略因素、父母是否已

接受過動兒的親子教育訓練因素等，都屬負向互動中的父母因素，本研究因考慮研究樣本數與時間限制，因此暫只作以下親職壓力、身心適應症狀因素的文獻探討。

### 參、親職壓力因素之探討

Mash 和 Johnston (1982)發現過動兒的父母之壓力，是因後來累積效應所致，即經年累月照顧過動兒，尤其是照顧學齡前過動兒之父母，會出現更多壓力，此種親職壓力源是因過動兒本身經常不聽話，不遵守規則，愛大聲喧嘩干擾到鄰居，過動兒與其他兄弟姊妹易起衝突，父母疲於處理種種衝突，且經常被老師寫聯絡簿，而呈現壓力狀態。

當然也有持相反意見者，譬如有一篇研究指出：只有學齡前過動兒父母才有家庭壓力 (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, & Dupaul, 1992)，但有學者懷疑，如果學齡前過動兒父母有壓力，那麼，學齡期過動兒父母也許因累積效果會更有壓力，只可惜尚無此類研究。

後來許多學者開始考慮，也許是父母本身早已因貧窮、失業、身體健康欠佳而有壓力，Schachar 和 Tannock (1995)的研究 45 位 7 至 11 歲之合併共病現象之過動兒時發現，過動兒合併行為規範障礙兒童之父母，比單純過動兒之父母，除父母本身具認知功能缺陷外，也發現父母處於貧窮、失業、身體健康狀況不佳之境況下，因而有親職壓力，另外，共病對立反抗症之過動兒母親，比無共病者，

更具壓力 (Anastopoulos et al., 1992; Schachar & Tannock, 1995)。

但是有人質疑 Schachar 所指父母有貧窮、失業、身體健康狀況不佳之情況，到底是生過動兒之前即是如此？或是直到有共病行為規範障礙之過動兒出生後，才變為家庭貧窮、失業、身體健康狀況不佳而產生壓力？關於其過程，並未交待清楚 (Schachar & Tannock, 1995)，加上研發親職壓力量表之 Abidin 也發現，在中產階級的問題兒童母親，卻並未被發現有明顯壓力狀況 (Abidin & Wilfong, 1989)。Wells 等 (2000) 用 579 位 7-9 歲之 MTA (multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder) 過動兒個案，研究父母壓力時，也並未發現在不同研究組間的父母壓力，有特殊差異 (Wells et al., 2000)，故後來的研究指向父母本身早已具心理精神問題，才使父母有明顯壓力狀況，故以下就父母身心適應症狀因素作探討。

#### 肆、父母身心適應症狀因素之探討

Scahill 等研究 89 位過動兒，發現過動兒母親本身有接受精神治療之病史，父親則有酒精濫用史，且生活在低社經地位與家庭功能失衡現象中 (psychological problems) (Scahill et al., 1999)，Biederman 於 1992 年，研究 140 位過動兒，以結構式會談診斷，發現的確 140 位過動兒的 822 位一等親中，有情感性精神症、行為規範障

礙、藥物濫用與焦慮症病史，且多屬低社經地位或母親具身心適應症狀(Biederman et al., 1992)；另外，Biederman 在 1995 年提到 84 位過動兒父母研究樣本中，父母自認小時有過動病史者，他們的子女有 57% 的機會是過動兒，可見過動兒之父母，有過動兒遺傳病史之可能性高，此事實指向父母本身早已有心理問題(Biederman et al., 1995)。

Nigg 與 Hinshaw 強調，如果母親屬神經質(neurotism)個性、自知力差、憂鬱傾向者，可預估其家中過動兒將出現暴力傾向(Nigg & Hinshaw, 1998)；Morrison 主張過動兒父母比正常孩童父母，較多反社會性人格異常、酒癮或歇斯底里傾向(Morrison & Stewart, 1971)，因此他們強調，並非過動兒帶給父母心理問題，而是過動兒之母親本身，早已有性格問題或身心適應症狀，若作負向親子互動，應考慮父母的身心適應症狀因素。

Murphy 則持相反意見，他研究過動兒父母的認知時，並未發現父母屬衝動、注意力與記憶力差者，因此他建議作過動兒父母研究，只應考慮過動兒帶給父母的心理適應問題，而非考慮父母親本身有無身心適應症狀(Murphy & Barkley, 1996)；Gadow 以 DSM-IV 診斷標準研究 600 位過動兒時則發現，惟較嚴重過動兒次分類中之混合型(combined subtype) 過動兒父母，其父親才具暴力傾向或酒精濫用之身心適應症狀，故不必強調一般過動兒父親的精神心理疾病(Gadow et al., 2000)。雖 Brown 在 1989



年報告，過動兒雙親具憂鬱症之比率，高於一般兒童，並且也高過一般發展或學習障礙兒童父母，West(1999)則持不同看法，他認為只有混合型過動兒或家中有兩個以上過動兒母親，才有龐大壓力，而發生憂鬱症。

可見有關父母先有壓力或身心適應症狀，才出現家庭互動問題，還是有了過動兒或共病過動兒之後，才出現家庭互動問題，到目前為止之文獻探討中，並無定論，因此有學者主張，如果排除家庭中的低社經或不和諧婚姻危險因素時，有共病的過動兒母親，不一定有憂鬱症(Breen, 1988)，此問題值得研究。

## 第五節 親子互動問題研究結果不一致的可能原因

綜合來說，針對有共病過動兒與父母之互動問題研究中發現，雖多數研究相信有共病的過動兒家庭，其父母有壓力與心理問題(Johnston, 1996; Kuhne et al., 1997)，但也有學者主張相反見解(West, 1999)，這其中的原因包括下列幾點：

### 一、研究取樣誤差

- 1、覺得有共病現象過動兒父母與身心適應症狀無關聯之研究，可能取樣本身已排除社經地位、父母教育程度(Breen & Barkley, 1988)、父母對過動兒之認知狀態、父母是否已接受過動兒的親子教育訓練因素，因而影響研究結果。

- 2、母親本身在填寫心理問題量表時，須考慮母親填寫量表的客觀性，也許母親本身自幼便有憂鬱、焦慮問題，寫出之結果較嚴重，或者母親對過動兒完全不了解或排斥，故寫出之結果之可信度令人置疑。
- 3、在方法學上，取樣是由結構性的填寫問卷取樣，還是臨床醫師親自作診斷取樣，都會影響樣本結果 (Lewczyk, Garland, Hurlburt, Gearity, & Hough, 2003)。

## 二、未考慮到大環境的因素

探討父母壓力時，未考慮到大環境因素，Bushing (2003) 的研究發現非裔美國母親對過動兒之瞭解差，自然影響孩童的管教與互動結果，如何加強父母對過動兒之瞭解或改善大環境不利因素，進而增加正向之孩童管教與互動後，再來研究父母壓力時，才能減少誤差。

## 三、欠缺針對發展方面的考量

到底是親子互動家庭問題在先，而產生行為規範障礙，還是過動兒本身先有行為規範障礙問題後，父母的心理問題因累積壓力才出現，有關此問題之探討上，並未考慮到兒童與父母的發展之時間點因素，欠缺針對發展方面考量，即不一定有行為規範障礙的過動兒家庭，必然產生親子互動問題？如果父母具成熟人格或處於合適的發展階段，即便有嚴重行為規範障礙的過動兒，也不一定會產

生親子互動問題。

綜合以上之觀點，我們可以結論，在取樣時，若能排除社經地位、父母教育程度、父母對過動兒之認知狀態、父母有否接受過動兒親子教育訓練因素，才可避免干擾因素造成之研究誤差；針對父母主觀填寫量表部分，如果擔心父母親誤解題意，而造成信度問題時，可考慮由研究者主導解釋題意，再請家長完成，以避免父母主觀干擾因素造成誤差；針對發展時間點的考慮，也許考慮以前瞻性追蹤研究，才可以研究出是兒童問題在先，還是父母問題在先。

本研究因考慮研究樣本數與時間限制，因此暫時不考慮排除社經地位、父母教育程度、婚姻滿意狀況、父母對過動兒之認知狀態、父母是否已接受過動兒親子教育訓練因素，暫把研究目標放在親職壓力與身心適應症狀上，作初步了解有共病現象過動兒與無共病的父母，有無親職壓力、身心適應症狀上的差異。