

第五章 討論與建議

針對本研究的第一個對立統計假設：過動兒父母比正常兒童父母，有親職壓力之差異，本研究結果是，過動兒父母比正常兒童父母，有親職壓力。

故雖本研究樣本父母婚姻滿意度高（86%），教育程度不低，有專業以上的職業等級，社經地位大多在第二級以上，處理壓力模式又多屬適當（62%）父母，但家中有注意力缺陷過動又合併強求性情緒問題兒童，會使父母親職壓力得分，較常模兒童父母高。

無論父母對過動兒之認知如何，或有無採高壓管教方式，我們發現，父母在本樣本過動兒的成長歷程中，有較高的親職壓力問題。

針對本研究的第二個統計假設：共病組比無共病組之過動兒父母，有精神親職壓力上之差異，本研究發現：共病組比無共病組，在親職壓力總分、加總後的兒童分量表總分與兒童分量中之強求性一項，推翻虛無假設，結果是共病組在親職壓力上，顯著高於無共病組。

針對本研究的第三個研究假設：共病組比無共病組之過動兒父母，有精神身心適應症狀上之差異，本研究結果發現：共病組比無共病組父母，只在身心適應症狀困擾指數上顯著高，但身心適應症狀總數並不顯著，因此是部分支持，僅以無母數分析高親職力得分與低親職力得分時發現，共病組比無共病組父母，在身心適應症

狀上顯著高。

針對本研究的第四個研究假設：親職壓力與父母身心適應症狀，有相關，本研究結果發現：父母特質因素（親職能力、親子角色投入、憂鬱）與身心適應症狀有顯著相關。

本研究之主要目的，是了解共病組父母，是否比無共病組，更有親職壓力與身心適應症狀，本研究結果是共病組父母，比無共病組父母有親職壓力，尤其在親職壓力的兒童分量表之兒童的強求性變項上，得分較高；共病組比無共病組父母，有更多身心適應症狀困擾；有關過動兒父母的親職壓力與身心適應症狀總數相關性中發現，父母特質因素（親職能力、親子角色投入、憂鬱）與身心適應症狀有相關，以下便針對：一、為何共病組比無共病組父母，有較高過動兒的強求性得分？二、共病組父母比無共病組父母的身心困擾指標得分高，其臨床意義何在？三、父母特質因素（親職能力、親子角色投入、憂鬱）與身心適應症狀有相關，其意義為何？四、研究限制，五、建議，一一討論。

第一節 為何共病組比無共病組父母，有較高過動兒的強求性得分？

根據親職壓力量表的設計者 Abidin，對兒童的強求性的定義，指兒童的負面情緒特質，兒童直接帶給父母的壓力，大多屬勉強要求和主導的行為，若強求性變項得

分高，指父母感到子女經常哭鬧、黏着父母，當父母在處理這類不聽話問題氣質兒童時，因兒童的公開反對，具攻擊性，強烈要求注意和要求服務，試想在合併對立反抗症診斷之過動兒家庭中，若父母又處於強調孩童要乖、要聽話，對孩童的強求操縱性行為，以權威或溺愛方式管教時，父母可能感受莫大壓力。

在親職壓力的文獻探討中，父母壓力源因兒童特質而異，Walker 提及難帶氣質 (Walker et al., 1989)，Cohen 提到兒童的低認知功能 (Cohen et al., 1972)，Frick 提到兒童的漫不經心 (Frick et al., 1994)，Podolskin 提到兒童的對立與暴力傾向 (Podolski & Nigg, 2001)，Harrison 提到兒童的問題行為，都會造成父母有壓力 (Harrison & Sofronoff, 2002)，但較少文獻提到兒童的強求性之負面氣質，而本研究在親職壓力之兒童壓力源，以兒童的強求性為最明顯，此結果與其他研究有差異，可能因本研究的 25 位樣本中，合併對立反抗症診斷者有 23 位；對立反抗症是指嚴重的過動兒，經常自己愛生氣、發脾氣、頂嘴、偏偏不合作、愛推卸責任、愛歸罪於別人，屬強求、堅持與操控類型，故本研究有此研究結果，應屬合理。

一般而言，兒童的氣質，可分為內向性與外向性，內向性氣質指兒童過度哭泣、退縮和憂鬱情緒，外向性氣質是指自我控制力差或衝動性行為，可能本研究所使用

之親職壓力之兒童分量表問卷題目（過動無法專注、子女增強父母、情緒心情、接納性、適應性、強求性 6 項），大多題目集中在過動與兒童過度哭泣、退縮和憂鬱情緒的內向性氣質，因此不能全然反應本研究樣本的問題。

第二節 共病組比無共病組父母的身心適應症狀困擾指標得分高，其臨床意義何在？

本研究結果顯示共病組父母比無共病組，有較高的身心適應症狀困擾，但在症狀總數或症狀類別上，並非 Biederman 所提母親本身有精神問題 (Biederman *et al.*, 1992)，Nigg 與 Hinshaw 提到母親有神經質問題 (Nigg & Hinshaw, 1998)，Morrison 提到過動兒父母，會有歇斯底里傾向 (Morrison & Stewart, 1971) 或焦慮相關的症狀，Edwards 在 2001 年的研究，發現合併對立反抗症的過動兒父母的身心適應症狀研究中，母親的敵意行為 (hostility)，比無共病組父母來得高，此種母親的敵意行為，會直接導致親子衝突 (Edwards *et al.*, 2001)，Kuhne 於 1997 年，在加拿大多倫多的研究，提到過動兒合併行為規範障礙的母親，在 SCL-90 之得分上，以人際間敏感度、敵意行為、焦慮、妄想症狀與精神症狀傾向為主，比單純過動兒父母來得高 (Kuhne *et al.*, 1997)。

但由本研究之 10 位親職壓力異常得分者發現，高親職壓力得分父母，經無母數統計結果顯示，在全部身心適應症狀上，的確比低親職壓力得分父母有更多身心適應

症狀，顯示高親職壓力與身心適應症狀有關，故本樣本家長的社經地位雖不錯、處理壓力模式適當、孩童成績並不差、家長多已參加過醫院所辦的注意力不足過動症家長團體治療、兒童正在接受藥物治療、八成以上父母對過動兒已了解，但因照顧家中過度強求且合併對立反抗症的嚴重過動兒時，父母仍有壓力困擾與身心適應症狀。

第三節 父母特質因素（親職能力、親子角色投入、憂鬱） 與身心適應症狀有相關，其意義為何？

親職壓力量表中的父母特質因素（親職能力、親子角色投入、憂鬱）與身心適應症狀相關性而言，父母特質因素（親職能力、親子角色投入、憂鬱）與身心適應症狀有高相關，相較之下，父母的情境因素（親職角色限制、夫妻關係、社會孤立）與症狀總數相關性較低，即父母本身親職能力有問題或具憂鬱情緒者，可能易導致身心適應症狀，故作家庭親子互動輔導時，須考慮如何幫助父母，加強親職能力，也需了解父母有無憂鬱情緒，因而才可適當解除父母的身心適應症狀。

研究父母親職壓力源時，其他造成父母有身心適應症狀的父母因素，也需考慮，譬如父母有無精神診斷、婚姻壓力因素，有關父母的婚姻不協調部分，本研究樣本近九成父母，均自覺對婚姻滿意，且父母完成的親職壓力量表中的父母分量表中之夫妻關係，共病組親職壓力

之夫妻關係壓力，雖略高過無共病組，但統計上並未達顯著；又加上本研究的親職壓力量表相關性中發現，父母分量表中的夫妻關係與全部兒童分量表（過動/無法專注、情緒/心情、子女增強父母、強求性、接納性、適應性）分項，並無有意義相關，故本研究結果與美國學者所提，共病組比無共病組父母，易有父母婚姻不協調的結果(Barkley, Anastopoulos, Guevremont, & Fletcher, 1992)並不一致。

第四節 研究限制

本研究樣本取樣，是連續在某醫學中心看診，診斷為過動兒之複診小學生樣本，平均看診時間為 14.5 ± 11.6 個月，因只考慮研究家長壓力與症狀，故取樣非隨機取樣，只為方便取樣，取樣自九十四年八月至九月間，願意接受會談之複診過動兒與家長，故本研究結果，無法概化台灣全部共病組父母的親職壓力與身心適應症狀。

研究樣本數目不大，每組只有 25 人，雖在兩組的 t 檢定上，達到統計上的意義，仍需謹慎解釋其結果。另者，本研究在工具上的限制，是家長填寫自填量表時，採家長記名方式，因此有可能出現家長因個人考量，而不願據實作答的情形，可能影響研究結果。

第五節 建議

壹、對後續研究建議

因本研究主要是研究共病組父母，比無共病組父母，更有親職壓力與身心適應症狀，故暫時只作主要照顧者

之壓力與身心適應症狀，其實，研究父母親職壓力時，最好是父與母，各寫一份，以了解不同性別之壓力差異。

影響父母壓力的因素，並非只有過動兒本身或父母因素，大環境影響也不可忽略，譬如，父母在不同文化下，對過動兒的認知狀況如何？社會有無對過動兒的標籤化（Stigma）看待，都可能導致父母有親職壓力與身心適應症狀(Norvilitis, Scime, & Lee, 2002)。

當父母因不了解過動兒或完全感受不到過動兒的困擾時，可能沒有因照顧過動兒，而有的親職壓力與父母身心適應症狀，故研究親職壓力與父母身心適應症狀的關聯時，如果能同時考慮排除父母對過動兒認知狀況，再去預測親職壓力帶給父母的身心適應症狀時，其研究結果可能會更明確，事實上，本土父母較強調權威教育，有可能對孩童因注意不足而出現之學習困難，欠缺認識，本研究樣本之父母認知狀態，是否屬認知較差這一群，因研究設計上，未考慮父母認知，故難下定論，在將來的大樣本親職壓力與身心適應症狀關係研究上，可考慮加入父母對過動兒的認知狀態。

自本研究的結果無法結論，共病組一定比無共病組者有精神身心適應症狀，雖有困擾指數，但仍無法了解父母常久以來，先有身心適應症狀，還是因父母照顧共病兒童後，才出現親職壓力。未來研究可以設計一種追蹤研究，追蹤已有身心適應症狀與親職壓力的父母，在一段時間後，當親職壓力消失時，是否父母的身心適應症狀仍舊存在，以此定論父母之身心適應症狀，是否果真因親職壓力而出現。

最後，只憑父母的親職壓力與身心適應症狀高低，無

法回答是否後天過動兒造成父母有親職壓力，而親職壓力造成父母有憂鬱的問題，雖本研究以 Pearson 積差相乘時發現，過動與親職能力有關，親職能力又與憂鬱有相關，但仍有其他因素，會造成父母的憂鬱。故將來若要作推論研究時，在研究方法設計上，須先排除會造成父母憂鬱的其他因素之後，我們才能下結論說，共病組比無共病組父母易有身心適應症狀。

貳、對學校的建議

一、學校為主的心理輔導工作 (school-based mental health)

自“早期發現，早期輔導”的角度而言，兒童青少年的心理衛生教育中，以學校為主的心理輔導工作，是刻不容緩的 (Kratochwill, Albers, & Shernoff, 2004)；以學校為基礎的心理衛生工作 (school psychology) 之意義，指專業人員在兒童成長過程中，藉加強實際精神心理層面的工作，來提昇兒童心理健康的精神，協助孩童因心理衛生觀念改變，使兒童更能發揮專長。

一般班級老師，缺乏對過動兒的正確認識，常只停留於過動兒是父母寵壞兒童或只作感覺統合就好，因此輔導與特教人員，應更積極幫助一般班級老師，認識班上的過動兒，進而提醒老師們注意過動兒的父母情緒狀態與其管教效率，尤其是弱勢族群家庭、經濟狀況不佳、父母失業或情緒不穩家庭 (Bussing et al., 2003; Ford, Goodman, & Meltzer, 2004)。

二、加強有共病現象過動兒的輔導

加拿大的 Dery 等研究因行為問題而接受特教輔導之 324 人時，發現有 3/4 是過動兒、1/2 是對立反抗症、1/3 是

行為規範障礙症、2%是內向性問題行為(Dery, Toupin, Pauze, & Verlaan, 2004)，足見過動兒或對立反抗症，數量頗多。

雖本研究樣本數目少，只發現共病組父母比無共病組者，有更多親職壓力總數與身心適應症狀，但無論是Barkeley在1992(Barkley et al., 1992)或Shelton等在1998的報告，都指向共病組比無共病組父母有更多問題，Biederman等在1995的研究，也偏向過動兒家庭比正常家庭，有更多成長中之不利因素，且自本研究討論中提及，雖本研究樣本家長的社經地位不錯、處理壓力模式自覺適當、孩童成績並不差、家長多已參加過醫院所辦的注意力不足過動症家長團體治療、兒童也正在接受藥物治療、八成以上父母自覺對過動兒已了解，但研究結果仍顯示父母有親職壓力與身心適應症狀困擾，極需學校輔導人員、特教人員與醫療界，攜手輔導幫助這群父母，故呼籲以學校為主的心理輔導，在尚無法全面照顧過動兒之情況下，應先重視具共病之過動兒的輔導與家庭親職教育。

由本研究也發現，父母在意過動兒的強求性或對立反抗問題，故輔導與特教人員須提供有效的行為介入或引導策略(Cousins & Weiss, 1993)，才能適當幫助父母處理孩童的強求操縱性行為。

三、學校規劃有效的親職教養策略

協助合併共病過動兒父母，瞭解過動兒並非故意兒，他們正需要幫忙，從本研究中，我們發現具情緒強求性兒童的父母，比無情緒兒父母具壓力，故建議學校或醫療體系，建立發現有過動兒合併對立反抗症的機制，並提供適當輔導體系，強化家庭親職能力，具體的作法包括：

a, 宣導過動兒的正向教養態度，利於親子互動之關懷。

b, 建議老師與家長會聯絡，或由學校輔導室主辦或與家長會合辦親職效能團體治療，使父母更了解過動兒。

c, 學校主動成立過動兒家長教育課程。

參、對醫療的建議

一、兒童青少年精神專科醫師須與學校的輔導專業合作

目前台灣兒童青少年精神醫界，對學校心理衛生的工作逐漸減少，改以實驗或計劃型式參與，許多附設醫學院之大學，將精神科專科醫師或主任，兼聘為學生輔導中心主任，像台灣大學將精神科住院醫師，輪派至輔導中心值班，再者就是醫院的專科醫師或心理師，被邀請至鄰近之學校，作個案討論或演講（蔡文哲，民 85）。

久而久之，精神醫界與學校心理衛生的合作關係，亦變為間接或片斷，缺乏長期固定的合作模式，學校輔導人員對醫師，會有只會診斷、用藥的刻板印象，因此，呼籲兒童青少年精神專科醫師，須與學校的輔導專業合作，熟悉學校心理衛生系統，適當參與學校心理衛生工作，在此針對過動兒學校心理衛生工作，作三點建議：

1. 介入醫學模式 (medical model) 之新資訊

在學校工作的輔導或特教人員，在學校屬少數專業，缺乏外界醫學模式之新資訊，臨床上，常碰到家長們批評學校老師，反對過動兒服藥，使有特殊需求 (special need) 的過動兒童，得不到完善的醫學模式介入。

醫學模式介入就是早日診斷，早日用藥，並合併兒童行為治療與家庭親職教育，此種介入具科學驗證報告及時效性，必能避免過動兒將來出現情感性精神症、反社會性人格異常或藥酒濫用的後遺症。

2. 呼籲醫療人員與學校合作，加強有共病現象的過動兒父母親職能力

雖照顧孩童為父母的天職，但家有情緒與行為問題過動兒時，往往因過動兒的對立、偏不合作，使父母倍感無望、受傷感、罪惡感，若父母一再不知如何回應時，最終必形成負向的親子互動；負向親子互動又更加重孩童的行為問題與父母的親職壓力，將來勢必浪費社會成本 (Bussing et al., 2003)，故規劃有效合併共病過動兒父母的親職能力，就是節省社會成本。

學校除加強課業補習之外，也藉此研究結果，呼籲學校多與家長聯繫，尤其注意有共病現象的過動兒輔導，如果發現過動兒，反覆出現學習與適應問題時，需考慮此過動兒可能屬有情緒或合併共病現象的過動兒，建議父母帶孩童，去兒童青少年心智門診就醫。

若發現有共病現象的過動兒父母，經常抱怨小孩或抱怨學校處理不當，或者，父母已有身心適應症狀

出現，譬如頭痛、胸悶等症狀，甚至出現自暴自棄或自盡之語氣時，須注意父母親職功能不佳的可能，建議父母尋求專家幫忙或鼓勵父母參加學校辦的親職效能活動。