

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

常民的被醫療化與抗醫療化：

以注意力不足過動症兒童的父母親為例

Medicalization and Anti-medicalization in Laypersons:

The Case of Childhood ADHD



黃曼青

Man-Ching Huang

指導教授：丁志音博士

Advisor: Chih-Yin Lew-Ting, Ph.D.

中華民國 101 年 07 月

July, 2012

致 謝

這兩年，彷彿是一場奇幻旅程。過程很辛苦，卻一點都不痛苦。感謝老天爺總是疼愛著我，讓我的生命也許不順遂，卻都有貴人伸出援手與適時擁抱我。

首先，由衷感謝這 20 位母親願意接受訪談，加總起來 20 多個小時的相處成為我生命中極珍貴的回憶，也使我從中成長與學習，但願這篇論文能夠傳達出你們辛苦又偉大的故事，甚至能在這個社會中激起些許漣漪。

其次，則是感謝所有幫助我尋找與聯繫母親們的同學與朋友、陽明大學的梁莉芳老師與同學們、學長姐、不斷加油打氣的所有同學、以及所有善良的陌生人們！（太多人了！請對號入座！）受到各位熱心幫助的感動與幸福感，至今都未曾消退。還有從研究所得到的最珍貴的寶物：七仙女，張靈、天怡、筑涵、奕靚、菱琦，以及我最最最棒的夥伴昭慈。你們七個使我的研究所生活多采多姿、歡笑不斷。兩年很短，與你們的離別總是讓我在午夜夢迴間隱隱感傷，但是奕靚說未來要時常約著講同事壞話，我想這份感情至少會延續到我們都退休、牙齒掉光無法講人壞話為止吧！感謝你們陪伴著脆弱又膽小的我，謝謝你們。

最重要的，是要感謝我的指導老師丁志音老師。我知道自己最初就有許多不足，總是努力著想要縮短與老師期望的距離，然而過程中參雜著不少徬徨與挫折，卻都隨著論文完成轉變成了成長，而這份成熟是老師給予我的，真的非常感謝老師。印象最深刻的是，某次 meeting 上老師推薦給我一位學姊的論文，老師說：「她寫的太好了，這個沒發表真的太可惜了！」於是我暗自鼓勵自己，而這份動力讓我即使跌倒也能馬上站起來，受挫了也能擦乾眼淚微笑以對。但願老師若干年後也能這樣想起我。

家人是我這輩子永遠放在心上感謝的，媽媽的愛點點滴滴無法說盡，姊姊總是能以過來人的身分安慰著我，爸爸即使在國外工作仍掛心著我，也希望我能成為弟弟的榜樣與借鏡，千言萬語都無法表達我對家人的愛，謝謝、謝謝。

最後，我最親愛的你。謝謝你那一句：「不管發生什麼事情我都陪著你！」，是的，你已經默默陪我走過六年光陰，承受每一次我驚天動地的眼淚，擁抱我容易無助徬徨的心。我們總是互相在彼此背後撐著，此時又輪到我在你背後支持你，未來我也會對你說，「不管發生什麼事情，我都陪著你」。

曼青 2012.07.31 凌晨

中文摘要

研究背景與動機：注意力不足過動症(Attention Deficit / Hyperactivity Disorder，以下簡稱 ADHD) 在臺灣的盛行率範圍約為 5%至 12%，高於已開發國家。過動特質從原先的偏差行為而後轉變成一項診斷類別，並且開始藉由醫療介入控制，這個過程便是醫療化(Medicalization)所探討的。回顧現有文獻主要探討在醫療化的框架下醫療專業如何驅動，卻很難了解常民如何看待醫療化過程，特別是對於此過程中發生的順應與抗拒。

研究方法：本研究為質性研究，並且從 2011 年 11 月至 2012 年 6 月以深度訪談方法進行資料收集。訪談對象為家中有確診為 ADHD 兒童之父親或母親，主要經由滾雪球方式從病友團體、機構、協會或周遭親友等多元管道接觸訪談對象。

研究結果：主要結果有：(1)在醫療化孩童過動的偏差行為過程中，老師扮演關鍵角色，包括是偏差發現者、就醫資訊提供者、治療策略建議者，以及孩子言行的監測者。(2)家長，特別是母親，最初願意接受醫療化是為求舒緩當下混亂狀況。然而確診後，抗拒醫療化行為除了更改藥物劑量與時間的不遵循醫囑情形，還有嘗試使用其他行為介入或替代方式，並非全然拒絕醫療才是所謂的抗醫療化行為。(3)對於母親而言，照顧過程中缺乏的社會資源，包括有家庭與社會的支持與互助、照顧者職場的彈性與經濟補助、孩子所處學校環境的改革，以及改善醫療資源間的連結性與可近性。

結論與建議：對於擁有 ADHD 孩童且接受醫療介入的母親而言，藉由醫療改善孩子偏差行為，其實是一個讓孩子「正常化」的過程。過程中不僅使母親舒緩壓力，更幫助孩子早日適應現今學校環境。然而，結果顯示學校與老師擁有左右診斷與治療的顯著影響力，這是值得關注的現象。因此，未來應建構一個將家庭、學校與醫療照護體系緊密連結的照顧與支持計畫，並且發展各種社會福利以解決本研究探討的 ADHD 議題，或其他孩童成長過程中會遇到的問題。

關鍵字：注意力不足過動症、醫療化、抗醫療化、求助行為、醫療遵從行為、學校老師

Abstract

Background: In Taiwan, the prevalence of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) ranges from 5% to 12%, broader than those in most of the developed countries. Viewed from a deviant behavior to a diagnostic category, this problem has been controlled under the power of medical interventions, a process designated as “medicalization.” While ADHD has been discussed under the rubric of medicalization which has been driven by the medical professions, hardly has it been examined from lay perspective, particularly lay acceptance and defense against this process of medicalization.

Method: This study mainly applies a qualitative research design. Data were collected by means of in-depth interview from the parents of 20 ADHD children, mainly their mothers, from November 2011 to June 2012. The participants have been recruited through snowballing or referred by various institutions.

Result: The important findings of this study were:

(1) School teacher played critical roles in the process of medicalizing children’s state of ‘deviance,’ from as deviance discoverers, medical information providers, medical strategy initiators, to behavioral performance monitors. (2) Parents especially mothers’ willingness to pro-medicalization was intending to control chaos. However, once diagnosis was confirmed, “anti-medicalization” surfaced, either non-adhering to medicinal treatment in dosage and intake schedule or additionally adopting alternative strategies such as other “behavioral interventions” without totally rejecting medical intervention, (3) As far as mothers concerned, what they needed most were social resources, including family and social support, assistance from workplace, and school accommodations, and improve connections and reciprocity between schools and health care system.

Conclusion and suggestion: The best expectation from the mothers who had ADHA children and who accepted medical interventions was to pursue "normalization" through which not only to release their pressure but also to help their children to adapt nowadays school environments. However, it has to be noted that the school and the teachers have become a predominant force in the process of diagnosis and the subsequent treatment of these children. A comprehensive assistance program that links family, school, health care system, and social welfare should be developed to tackle an increasingly prevalent childhood problem like ADHD.

Keywords: ADHD, medicalization, anti- medicalization, health seeking behavior, medical adherence, school teachers

目 錄

致 謝.....	I
中文摘要.....	II
ABSTRACT.....	III
目 錄.....	IV
表 目 錄.....	V
圖 目 錄.....	VI
第一章 緒 論.....	1
第二章 文獻探討.....	3
第一節 注意力不足過動症.....	3
第二節 醫療化.....	7
第三節 求助行為.....	10
第三章 研究方法.....	15
第一節 研究參與者的選擇.....	15
第二節 樣本的接觸.....	15
第三節 資料的收集.....	16
第四節 資料分析.....	17
第五節 研究倫理.....	17
第四章 研究結果.....	19
第一節 徵兆經驗.....	19
第二節 求醫過程.....	26
第三節 醫療介入.....	30
第四節 非醫藥策略.....	36
第五節 歸因調適與支持.....	41
第五章 討論.....	49
第一節 順應醫療化.....	49
第二節 抗拒醫療化.....	51
第三節 學校與醫療場域.....	54
第六章 結論與建議.....	56
第一節 結論.....	56
第二節 未來建議.....	57
第三節 研究限制.....	58
參考文獻.....	59
附錄一.....	61
附錄二.....	63

表 目 錄

表 二-1 家長對於孩子確診為注意力不足過動症的歸因.....	11
表 二-2 注意力不足過動症兒童家長尋求協助的對象與種類.....	12
表 二-3 少數種族 ADHD 兒童父母求助四階段模式.....	14
表 三-1 訪談個案之親子資料	18



圖目錄

圖 二-1 ADHD 臨床診斷標準流程指引 (MMCPHO, 2011).....	5
---	---



第一章 緒論

注意力不足過動症(Attention Deficit / Hyperactivity Disorder)，簡稱為 ADHD。其主要問題表現在於注意力不足，以及行為衝動或過動。有學者對過動症兒童的特徵用簡短的文字描繪出來：「這些孩子不能達到他人對他們的期望。在教室裡，他們感覺不到自己是一份子。有別於其他學生，他們無法去做老師要求他們去做的事情。他們是不合群的。儘管他們早上起床有良好專注力，當無聊與疲倦出現的時候，專注力就完全消失了。」(Timimi & Leo, 2009)。

國內對於注意力不足過動症的研究顯示，臺灣盛行率範圍約為 5%至 12%(黃惠玲, 2008)，略為寬廣。表示台灣過動症病患族群仍是異質性較高、狀況不明的群體，需要再多、更深入研究與探討。然而，現今國內文獻的研究方向主要以發展與改進對於注意力不足過動症兒童的教育方式居多，對於父母親照護孩子的整體過程則是探討較少。因此，這是本研究的第一個研究動機。

過動症以往是被標籤為偏差行為，卻在約莫三十年前成為了一個醫療診斷類別，且在過去十年間廣為流傳使用。奇怪的是，對於過動症的治療卻是在疾病概念化之前就開始執行的。將偏差行為轉變成疾病，便是「醫療化」理論所探討的現象。許多學者警告醫療化議題中最讓人擔憂的是，當醫療的社會控制力開始逐漸取代其他形式的社會控制力，或者持續擴張，就會造成新階級的產生，以及重新定義何謂偏差、何謂疾病(Williams & Calnan, 1996a)。然而，多數文獻皆以醫療專業的視角探討醫療化，卻很少以「被醫療化」的常民角度去探討，日常生活中被醫療化的民眾到底是怎麼想的、到底是怎麼反應的？這都尚未釐清。因此，本研究第二個研究動機就是嘗試用醫療化觀點分析，窺探過動症孩童的照顧者是如何面對此疾病，其照顧過程又是何種樣貌。

最後，本研究回顧許多求助行為理論，將這些模式與理論作為背景知識，並且根據研究結果的加以整理與描述。推動政策與分配醫療資源之前，應先了解該族群的需求與實際情形。本研究希望用醫療化觀點去了解此族群的現況與困境，並剖析照顧與求助過程中出現的矛盾與衝突。



第二章 文獻探討

本章分成三節，第一節主要是整理注意力不足過動症的基本介紹與相關文獻，藉此增加對於此疾病的了解；第二節則是利用「醫療化」的概念去作探討母親對於過動症兒童的整體照顧過程，第三節則是回顧各種求助行為模式，並做歸納與整理。

第一節 注意力不足過動症

此部分是針對注意力不足過動症的定義與治療方式進行文獻回顧。國內雖然至目前為止尚未有出現率精確的統計資料，依據研究設計的不同，盛行率為 5%至 12%(宋維村, 2009; 高淑芬 & 蔡景宏, 1999)，皆高於美國精神病學協會於 1994 年公告之盛行率 3 至 5%。與同為亞洲國家的日本比較，台灣仍然是擁有較高的盛行率(Kanbayashi, Nakata, Fujii, Kita, & Wada, 1994)。在患病比例上，男童約為女童的 3 倍。(臺灣兒童青少年精神醫學會, 2011)根據教育部特殊教育通報網「九十六年度特殊教育統計年報概況」，國小與國中兒童於嚴重情緒障礙類別總共之人數為 1680 人。而於 100 年度(2011 年)最新統計，則是增加為 4007 人(教育部特殊教育通報網, 2011)。

根據美國精神疾患診斷標準(DSM-IV)，注意力不足過動症需在七歲前發病、在兩個或兩個以上的不同場所，如：學校、家裡、工作場所，造成社會、學業、職業功能上的損害，且非因其他發展疾患、精神疾病所引起，才能稱為注意力不足過動症。美國精神疾患診斷標準(DSM-IV)分成兩部份：注意力不集中與衝動/過動，其中只要在兩部份中擇一符合 9 項診斷標準所列症狀的 6 項或以上，並且症狀持續出現至少半年，足以達到適應不良且造成應有發展程度不符，就會被判定為注意力不足過動症。1994 年「精神疾病診斷與統計手冊」第四版進一步將注意力不足過動症細分成：注意力不足主導型(predominantly inattentive type)、活動量

過多或衝動主導型(predominantly hyperactive-impulsive type)、混合型(combined type)三種分類(周正修, 陳錫洲, 陳永煌, & 羅慶徽, 2007)。評估流程是由精神科醫師、心理師、小兒科醫師或是其他專業人員, 進行完整臨床評估並與個案會談。會談中應包含家長以及蒐集帶過他的老師們所提供的資料, 以及使用 DSM-IV 相關的診斷標準與經標準化的問卷, 例如老師填寫的兒童注意力問題量表(CAP) 或 Vanderbilt 專注力問卷。根據美國臨床診斷標準流程(圖二-1), 精神科醫師若詢問家長讓孩童接受藥物治療時, 若家長意願不高則會進入重新評估的程序, 但如果醫師最終仍判定有服藥必要, 則還是會根據標準程序建議家長讓孩子服藥(MMCPHO, 2011)。美國兒科醫學會規定診斷年齡範圍於 2011 年建議從原先的 6 到 12 歲(AAP, 2000), 更改下限年齡至 4 歲(AAP, 2011), 顯示診斷年齡範圍的擴張與向年輕化。

目前國內最常使用的藥物有兩大類, 分別為中樞神經興奮劑與選擇性阻斷正腎上腺素前體傳遞。中樞神經興奮劑(Methylphenidate)在治療上為第一線用藥, 而第二線用藥則是選擇性阻斷正腎上腺素前體傳遞 (Atomoxetine)。目前臺灣較常使用的藥物包括有: 利他能 (Ritalin)、專思達 (Concerta)與思銳 (Strattera), 其中利他能使用最久且最普遍(周正修等, 2007)。另外, 利他能與專思達屬健保給付藥物與管制藥物, 並且須醫師處方與家長同意才可取得, 而思銳則不用。臺灣兒童青少年精神醫學會強調適當的藥物治療對注意力不足過動症兒童症狀的改善是有很大的幫助, 認為並進一步指出:「目前所有的學術研究都顯示, 藥物治療是治療注意力不足過動症最好的方法, 行為或社會心理的治療方式必須配合藥物治療才能明顯發揮其效用, 其他坊間的另類療法或是民俗療法是沒有科學證據顯示其能有效治療注意力不足過動症」(台灣兒童青少年精神醫學會, 2011)。

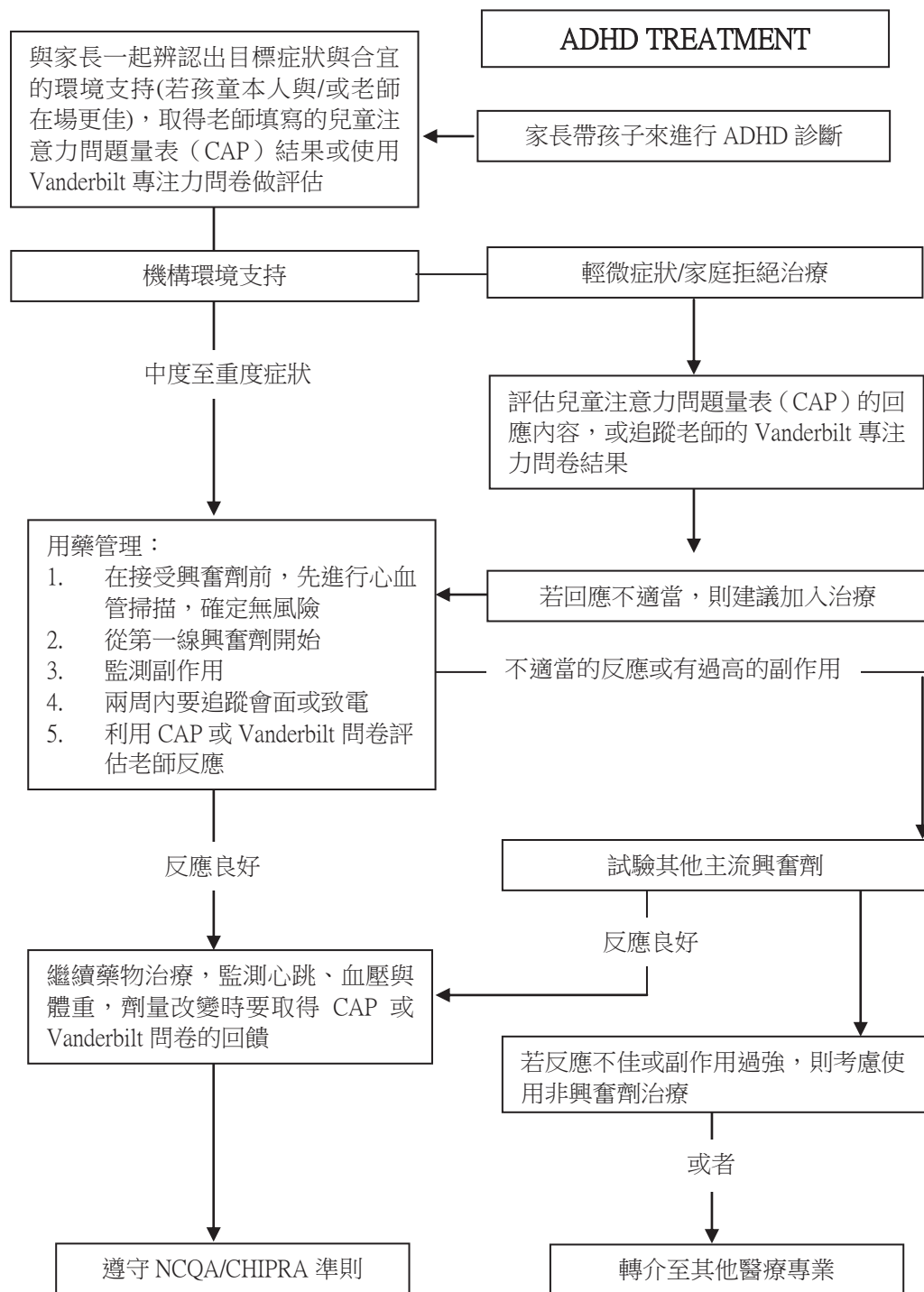


圖 二-1 ADHD 臨床診斷標準流程指引 (MMCPHO, 2011)

其他治療方式與藥物治療的差異在於其為藉由外力的方式，改善孩童注意力不足與衝動過動的情形。感覺統合訓練的原理是認為過動兒因腦部問題有些功能性障礙，進而導致其易分心、煩躁與過動，所以建議利用俯臥滑行、玩沙、草地打滾等活動，來幫助改善症狀；行為管理的目的在希望藉由孩子重複體驗行為的後果，選擇保存好習慣，停止不良行為；認知行為治療則是採用行為治療與認知治療的方法，使當事人產生行為、想法和情緒的改變(台灣兒童青少年精神醫學會, 2011)。以上三種方式都是利用學習達到自我增能，而改善環境的方式則有親職訓練、課業輔導、生活安排，其中親職訓練是非常重要的環節，其內容為增加家長對過動兒的認識，並且使家長能學會如何運用認知與行為管理技術，以及協助家長接受孩子為過動兒的事實。

關於國內藥物使用的情形，根據一篇調查文獻指出，台灣多數家長經常排斥用藥，根據此調查的兒童樣本中有 60%從未服藥。家長普遍也有擔心孩子會被歧視或貼標籤的壓力，而不能按時或按劑量服藥的因素很多，主要是因為藥物副作用、藥物僅控制症狀而無法根治疾病或是藥效沒有立即顯現等原因所造成(謝瓊慧 & 孟瑛如, 2010)。然而，學者也提出藥物治療只能減少不適當行為，不能增加適當行為，應採取多重處置方式治療，若只給予藥物治療而無其他配合措施則是不妥的(高淑芬 & 蔡景宏, 1999; 傅秀媚, 1994; 謝瓊慧 & 孟瑛如, 2010)。坊間討論過動症兒童教養方針的書籍也呼應學者言論，認為教養方式應以行為治療為主，配合藥物治療才有顯著改善效果(蔡美馨, 2005)。然而，國外也有強調藥物治療的必要性之研究，一篇進行臨床試驗之研究，歸納出結論為服藥後的過動症孩童在學習環境中會有較高專注力、較低活動率、較少規律且負面的贅語、較少製造噪音、較少與他人肢體接觸，或較少表現出不適當且無法預期的行為(Whalen, 1979)。

第二節 醫療化

1966 年醫療社會學家 Zola 率先提出醫療化(medicalization)的定義：「日常生活經驗被視為健康異常或疾病的過程」(Zola, 1972)。接著，Conrad 與 Schneider 更進一步解釋醫療化的過程除了生活事件被冠上醫學名詞(medical term)之外，被定義為醫療問題後，也只能靠醫學手段才能解決(Peter & Schneider, 1992)。其原因在於，現今科技日漸進步，於是製造出越來越多專業儀器，而多數病症也都交由這些儀器作鑑定，個人直覺與經驗判斷便逐漸被這些專業儀器取代，加上專家憑藉專有知識所訂出的規範，一般常民是沒有挑戰或質疑能力的，個人對於自己身體的自主權就逐漸減少。因此，隨著醫療控制力的擴張，醫療專業人士就更能確保其專業優勢，並且學者認為醫療化過程擁有產生社會階級與具有決定何謂偏差的影響力(Conrad, 1975)。

醫療化會發生在概念、體制與醫病關係三個層級，而其散佈的速度取決於該群體或個人是否允許其發生，或者是如何讓其發生，以及該群體或個人本身的警覺心與相關知識程度。而何種情況下會產生醫療化，學者舉出下列幾種可能因素：首先，這個問題與身體器官有關連，即使其中的機轉是不明的。其次則是當傳統社會控制力失效或不被接受的時候，便會將該問題轉移到醫療範疇內，又或者醫療專業願意接納該問題進入他們的管轄範圍(Williams & Calnan, 1996b)。

抗醫療化(anti-medicalization) 或去醫療化(de-medicalization)，是指將某些醫療健康上面的問題，不再將其視為疾病。去醫療化與抗醫療化之間仍有些微的差距，抗醫療化(anti-medicalization)根據一篇講述同性戀去醫療化的文獻(VanGoethem, 2010)，可以推論其內涵是傾向社會中的某些族群自動自發的組織起來抵抗醫療化的情形，有以常民從下而上對抗的意味。而去醫療化(de-medicalization)則是由醫界或其他專家學者提倡將某一現象剔除於疾病之外，相較於抗醫療化，有由上而下的意味。然而，不管是去醫療化或抗醫療化的現象，都是對於社會歷程上的過度醫療化的一種反動與抑制(Fox, 1977; Williams & Calnan, 1996a)。

當醫療化這個名詞出現後，有許多議題被熱烈的討論是否被過度醫療化，包括：男性的更年期、禿頭與勃起障礙，以及人類生長激素的使用與早期具爭議性的同性戀議題，以及本研究所探討的注意力缺乏過動症。過動症成為一個醫療診斷類別是在二十年前，並且在過去十年間廣為流傳使用，治療卻是在這個疾病概念化之前就開始執行的。早期形容過動症的專有名詞相當繁雜且不一致，雖然使用不同的醫學詞彙去形容過動症，學者歸納整理後卻發現其描述的症狀都是相似且重疊的(Conrad, 1975)。

以往被標籤為「偏差」的行為，會藉由家庭、學校或兒童行為矯正機構去做改善，爾後為何成為一個「疾病」？有學者提到其醫療診斷在西方國家會逐漸盛行，其影響因素可能與環境、家庭結構與生活型態、教育體系、對於孩童行為的認知、對於父母教養的信念，以及對於何謂正常的觀點，都隨著時間而有所改變(Timimi & Leo, 2009)。但學者對於注意力不足過動症的判定標準仍存有質疑，近年來對於注意力不足過動症是否是醫療化產物的研究與評論漸增。診斷標準讓人質疑的部分在於判斷是藉由口頭詢問並且條列式勾選符合徵狀的形式，沒有客觀的測量，並且截至目前對於注意力不足過動症的病因仍舊不明。另外，學者也質疑為何學習障礙會納入於診斷標準中，而使用醫療作為解決方法也不一定最佳選擇且適用於每個孩童(Timimi & Leo, 2009)。然而，過動症如今還是一個相當被社會所接受的醫療範疇(medical model)。有學者發現，治療程序雖然簡單，卻可產生額外特別的效應。「過動症」確診後可以降低家長的罪惡感，孩子的偏差行為並非來自於家長失職，而是孩子的生理上發生問題了，並且允許將此偏差行為轉為使用「非處罰式」的管理與控制。這些治療的訴求通常為了要降低過動症兒童在課堂中干擾他人的情形，以及多少提升該孩童學習狀況(Conrad, 1975)。

牽涉在過動症醫療化議題當中，最具爭議的角色就是提供治療藥物的藥廠與藥商。他們提供了醫療化的工具，並且會透過重新詮釋或扭曲流行病學數據，強調這樣普遍的行為表徵是「不盡人意」的狀態，而這些藥物可不僅可以治療疾病，更能夠提升人體至「無恙」或是「跟別人一樣」的健康狀況，甚至是「比他人更

好」的層次(丁志音, 劉芳助, & 李袖瑜, 2007)。此時, 這種藥物稱之為生活機能藥物(lifestyle drug)。生活機能藥物的定義是, 該藥物的用途是用來解決一個非健康問題(non-health problem)或該狀況是處在健康需藥與生活方式期望之間的模糊地帶, 而健康與疾病之間有著曖昧不清的界線, 要由社會文化或醫學去定義(Gilbert, 2001)。現今生活機能藥物雖然越來越普遍, 但其使用大眾卻不一定達成共識, 也就是用藥物來解決與處理生活方式問題時, 可能會被視為不宜之舉, 這會造成使用者被輕蔑鄙視, 或產生自我貶抑(丁志音 et al., 2007)。因此學者呼籲對於生活機能藥物應及早著手規劃與管制。

除此之外, 藥物所發揮的不僅是藥典上宣稱的療效, 還具有社會意涵上的幫助。照顧者讓孩子進入醫療場域中接受治療, 會使照顧者獲得「盡職」的形象。一篇探究母親面對孩子感冒時的應對措施之研究中, 便提到母親只要將孩子病情控制住, 便不再受指責, 因此面對感冒時, 最重要的治療目的不是將孩子體內的病毒或細菌殺死, 而是要讓這些咳嗽、發燒的疾病表徵消除。給予藥物不但可表現其孩子是需要被照顧的, 也強調母親是正在努力解決且能確認對於這個疾病是有方法可以解決的(Whyte, 2003)。而這些「神奇藥」(magic pill)不但可以使這些過動症孩童的行為開始被社會接受, 也能因此減少社會對於他們的烙印 (Conrad, 1975), 而此概念也能呼應到標籤理論的內涵。事實上, 在醫療化理論開始盛行之前, 標籤理論已經開始處理醫療定義加諸於人所產生的後果。標籤理論認為當精神疾病命名時, 通常是在一個行為雖不傷及他人福利, 卻是當下社會視為不適當的情況下賦予的(Schwartz, 1994)。然而, 醫療化理論與標籤理論皆強調, 當一個問題被醫療化(被標籤)的時候, 可能就最根本的肇事原因就會因此被遮蓋掉。例如, 當一個孩子被歸類成過動症患者時, 會將問題限縮至個人因素去解決, 而忽略了孩子發生問題的根本原因, 可能是來自於家庭或學校環境的缺失(Schwartz, 1994)。

其次, 另外一個爭議角色便是學校場域中的老師。研究指出, 早期只是用過動(hyperkinesis)來形容孩子偏差行為表徵的時候, 便發現藥商會滲入學校場域, 將老師變成仲介(broker)或是抵制某些特定形式治療的角色(Phillips, 2006)。更有研究

進行了一項關於「誰是第一個建議進行過動症診斷？」的問卷調查，發現所有建議者中，身處學校場域的建議者就占有 52.4%，其中老師占 46.4%(Sax, 2003)。此外，DSM-4 診斷標準中，透過特別評估的問卷工具，會給予老師一個正式的身分參與在診斷流程，更加強化學校場域的影響力(Phillips, 2006)。然而，醫療化的滲透力不僅如此。過動症兒童的學習還會牽涉到特殊教育領域，特殊教育的存在是為了藉由教育讓障礙者融入社會，並減少社會負擔，學者描述特教醫療化的情景，推動專業合作後的特教鑑定，讓該領域加深對醫療的依賴，也強化醫療對教育的影響力(張如杏 & 林幸台, 2009)。

雖然，學者指出醫療化會不斷的擴張，但常民與醫療專家之間存在著巨大的距離，常民經常會經由大眾媒體獲得資訊，並且每日進行接收與過濾的行為，並且重新詮釋與挪用從醫療專業者接收來的資訊。這也代表即便醫療專家的定義與常民接收到與詮釋出來的結果並不會完全一致，也就是說醫療化在常民生活中是有極限的(Williams & Calnan, 1996a)。多數文獻皆以醫療專業的視角探討醫療化，卻很少以「被醫療化」的常民角度去探討。因此本研究便嘗試從常民觀點去觀察醫療化是如何滲透至我們的生活，而我們又是如何抗拒，或其實無形之中，我們一直不斷接納醫療逐漸加重其成為社會控制的力量？

第三節 求助行為

Parsons 是首位將醫療做為一個社會控制體制的學者，他所提出病人角色(sick role)概念提供我們了解當人們生病時，是如何反應與處理，特別是病人角色如何合法的將偏差狀態定義成可被接受的身份。而所謂求助行為則是將處理與反應偏差狀態的進一步抽離出求助與使用健康服務的情形作探討。本研究分別回顧了有關於求助行為與歸因的文獻與相關理論。首先，在父母親對於過動症兒童的行為歸因方面，近幾年來，學者開始關注過動症兒童家長的求助行為，發現在不同國家所描述的情形是有很大的差異。Klasen 於 2000 年的研究中是描述了英國家長對於

家中有注意力不足過動症兒童的感受與所遇困境，另外也加入醫師的訪談，從兩方角度去建構出真實情境。文獻中提及，對於家長來說，對於孩子行為舉止的解釋是非常重要的。當孩子確診時，父母得到孩子「生病」的解釋後，便舒緩了許多焦慮與困惑。於此學者的研究中呈現出較多父母認為診斷是利多於弊。然而與台灣風情相異的是，英國父母要取得注意力不足過動症的診斷證明是相當不容易的，研究指出這是因為第一線的家庭醫師擔憂自身判斷能力不足，可能無法正確處理這項議題，因而格外謹慎小心所致(Klasen, 2000)。

表 二-1 家長對於孩子確診為注意力不足過動症的歸因

家長對於孩子確診為注意力不足過動症的歸因			
心理層面	社會與家庭環境	遺傳	超自然
■ 學習與記憶力有關 ■ 自願(孩子的錯) ■ 非自願 ■ 未成熟 ■ 對學習缺乏興趣	■ 自責 ■ 家庭環境的改變 ■ 社會環境 ■ 學校或教師 ■ 環境上的欺侮 ■ 生病 ■ 其他身體問題 ■ 腦部的問題	■ 遺傳或世襲	■ 超自然或宗教

資料來源：Wilcox et al., 2007

另外，Wilcox 等學者於 2007 年在印度的研究，清楚描述了家長的歸因模式(表二-1)與尋求協助的對象與種類(表二-2)。作者經過訪談家長之後，整理出孩子確診為注意力不足過動症之後，父母的面對這個問題時所歸咎原因種類(表二-1)，可分為心理層面、社會與家庭環境、遺傳與超自然。可以看出歸因於生病之外，對於孩子的行為表現仍有許多的解釋。而歸因不同，也會造成父母尋求協助的對象與方式也會有所不同(表二-2)。家長會尋求協助的對象可能有親友、宗教人士、學校老師、醫師或其他人士，而從不同對象所得到的協助也是完全不同的(Wilcox, 2007)。

表 二-2 注意力不足過動症兒童家長尋求協助的對象與種類

注意力不足過動症兒童家長尋求協助的對象與種類		
尋求協助的對象與方式	周遭親友	教育
	宗教人士	占星,祈禱
	學校及教師	補習班,換學校,與老師諮詢
	社區中的醫師與心理師	西方治療,非西方治療,其他醫療諮詢
	其他	伴讀,停止體罰

資料來源：Wilcox et al., 2007

其次，關於求助與使用服務行為相關理論的部份，大部分理論多以個人為探討面向，較常被引用的理論與模式主要為 Mechanic(1979)的一般求助理論(general theory of help seeking)、Suchman(1965)的疾病行為階段理論(stages of illness and medical care theory)、Anderson (1968)醫療服務利用階段模式(Generic health systems model)、Rosenstock(1974)的健康信念模式(Health belief model)，以及 Young(1980)以醫療人類學觀點出發的民俗醫療決策途徑(Ethnomedical choice-making approach)，以及 Arthur Klienman 於 1970 年代提出健康照護系統分野的概念。而本研究主要回顧的是 Suchman 的疾病行為階段理論。

Suchman 的疾病行為階段理論則是強調一個人從發現疾病徵兆到成為疾病角色(sick role)，總共會依序經歷五個不同的階段。這五個階段分別是：

1. 疾病徵兆的經驗(symptom experience)：在這個階段中，個人會真實感受到身體上的疼痛或不適，接著個人會意識到這些不適可能是來自於疾病，因而被暗示自己可能處於一個疾病狀態下，並且感到這些病徵可能會對生活造成威脅。

2. 疾病角色的假設(assumption of the sick role)，主要探討的是個人開始針對病徵尋求舒緩的方式，例如自我治療或家庭醫療。同時個人也會開始向重要他人尋求一些意見，例如周遭親友。
3. 醫療照護的接觸(medical care contact)，這是從常民系統轉換至專業系統的過程，而尋求醫療照護的來源通常可以反映個人的知識水準，資源可取得性與便利性。
4. 依賴病人角色(the dependent-patient role)，個人將身體控制權轉移至醫療專業者手中，並且表現接受與服從。根據 Suchman 的定義，直到下了這個權力轉移的決定後，個人才真正成為一個病人。
5. 痊癒或修復。在這個階段，個人要做出是否拋棄病人角色的決定，且回復到原來在社會上的角色。但是有時候病人會不願放棄病人角色，而選擇裝病(malingering)。

另外，Suchman 也強調重要他人的觀點，指出一個人所屬的群體會影響他的求助行為。並且將所屬群體分成了偏向傳統且封閉的地區型(parochial)，以及較開明的都會型(cosmopolitan)。地區型屬於對於疾病知識較低，對醫療照護較存有懷疑態度的常民系統。都會性則是較有科學觀點，對於醫療照護較不持有懷疑態度，因此被 Suchman 認為是較能快速進入醫療系統的群體。

若將過動症與求助理論作結合，2006 年 Eiraldi 等學者的研究中，整理出過動症兒童父母親四階段的求助行為模式(表二-3)。當父母得知孩子為注意力不足過動症兒童後，其照護手段分別在行為紀律的預防措施與懲罰措施、父母與孩子的相處模式上都會有所改變。(Eiraldi, Mazzuca, Clarke, & Power, 2006)。

表 二-3 少數種族 ADHD 兒童父母求助四階段模式

問題認知 ➡		求助決策 ➡	服務選擇 ➡	服務使用型態	
異常與情報資料	個人傾向因素	阻礙/促進	服務促進者	服務種類	
需求評估	人口學特質	社區與社會網絡	照護品質	基礎照護	
父母察覺到的需求/障礙	恐懼因素	服務的特質	服務誠信	心理健康服務	
其他引發事件 (trigger)	社會文化風俗與價值	社會因素	治療忠誠度	學校支持與調節	
老師特質	了解注意力不足過動症的知識程度	經濟因素		非正式社會網絡	
父母特質	父母期待與態度			少年司法制度	

資料來源：Eiraldi et al., 2006

本節回顧許多求助行為理論，並了解到各項理論有許多重疊與相似的地方，從文獻中也了解到父母親歸因種類繁多，不僅限於醫療的解釋。然而，依據 Suchman 的觀點，整個求助行為是並非一直線的向前進，而是在每個階段不斷重複、循環。因此本研究將這些模式與理論作為背景知識，探索母親照顧過程中的求助行為。並且根據研究結果加以整理與描述。

第三章 研究方法

本章將分節描述研究對象的設定，以及對於各個接觸管道的介紹。並且呈現訪談大綱與資料收集的方式，說明本研究的倫理考量，最後敘述如何進行資料分析方式等。

第一節 研究參與者的選擇

本研究最初選定訪談參與者為家中有曾被確診為注意力不足過動症兒童的家長，不設限為父親或母親。然而，實際尋找與接觸過動症兒童的家庭的時候，發現願意接受訪談的皆以母親為主。本研究從訪談過程推測可能是因為家庭中父親與母親角色定位不同，母親通常為主要照顧者，是最了解孩子生活情況的人，較能回答與描述孩子日常生活的真實面貌。研究時間為 2011 年 11 月至 2012 年 5 月底止，共有 20 位母親願意成為研究參與者並接受本研究之訪談。

第二節 樣本的接觸

研究參與者的接觸方式主要從醫療機構、病友團體與過動症協會或周遭親友介紹，若有接受訪談的意願，再請介紹者轉達研究參與者的聯絡方式，研究者再主動與之聯繫。首先，在醫療機構與民間私人機構這個管道，是藉由醫院內的醫生、心理諮詢師等醫事人員牽線，或是於民間私人復健機構進行收案；病友團體與協會的管道，則是研究者搜尋坊間許多基金會之後，接洽其中規模最大且結構完整的基金會。經過討論後，該協會願與本研究合作，並向其會員家長們發布本研究招攬受訪者之消息，若有意願者則主動與本研究聯繫。而在周遭親友介紹的部份則是身邊親友若有認識過動兒家長，則請其牽線認識且詢問其受訪意願。

收取資料的過程中，研究者認為最困難與煎熬的莫過於是研究參與者太難接觸。最初雖然立即找到一家專門協助過動兒家庭的協會，然而卻因保護隱私而阻礙了接觸的可能。因此便轉而求助周遭親朋好友，所幸因此由親友轉介幾位母親接受訪談。而後研究者陸續接觸職能治療診所、網路社群網站、教會等管道去探索，然而卻都是大海撈針。研究者在這段期間眼睜睜看著研究田野中，各家醫院的醫師、相關支持團體都擁有許多可連絡到可能參與者的方法，然而名為隱私保護的高牆卻將研究者阻擋在外，宛如看到限定商品台灣沒有代理一樣扼腕。所幸在保護與接觸中取得了平衡，本研究於最後順利完成資料的收集。樣本數則是以所獲資料達飽和，以及故事內容重覆為停止點。

第三節 資料的收集

資料收集流程

本研究是以深度訪談方式進行資料收集，首先會透過各種管道取得可能參與者的聯絡方式，與其連絡後取得初步受訪意願，並且擇日進行訪談。每次訪談開始前研究者會先自我介紹，仔細說明研究題目、研究目的與參與者權益，再次確定研究參與者的意願後，正式進行本研究之訪談。訪談後，則是將錄音檔整理成逐字稿，此部份同樣會再確定參與者的意願。

資料收集工具

本研究之資料收集方式採用一對一深度訪談，並於訪談前依據 Suchman 求醫行為五階段理論制訂初步訪談大綱，以幫助訪談過程中不偏離研究主題，並視個別訪談情況做彈性調整。訪談大綱詳見於附錄一。

訪談參與者之基本人口學資料

訪談後詢問受訪者之親子資料(表三-1)，分別為年齡、教育程度、職業、生育子女數、婚姻狀況、信仰宗教與居住地，以及家中過動症孩童的相關資料，包括年齡、性別、家中排行、就學狀況、確診時間、使用藥物名稱、是否持續用藥。

第四節 資料分析

若以資料分析視為一個環節，其分析步驟如下：首先是要閱讀逐字稿，並將研究者有關的預設立場與價值觀暫時擱置一旁，只讓資料自身與研究者對話，展現出資料中所蘊含的真實面貌。其次，則是開始歸納研究參與者訪談內容，尋找其中的意義，找出共同主題後再分析所具內涵的差異與相同為何。資料分析與資料收集可以是同時進行的，藉由兩者間的互動，分析初期所得到的想法可以幫助後續訪談產生新的主題與方向，而灌注新血後的後續訪談又能滋養出新的面貌，如此反覆灌注與挖掘的過程，讓研究逐漸貼近真實，以及有助於研究者確認資料收集是否已達飽和。本研究經由資料的收集與整理，略規劃出兩大主軸，包括：(1)與最初徵兆經驗、求醫與治療有關的整體照顧過程，以及(2)母親描述照顧過程中所缺乏的社會資源。

第五節 研究倫理

本研究的計畫書與訪談大綱已通過臺大醫院研究倫理委員會的審查。於研究執行面，研究者會對研究對象詳細說明與解釋研究題目、研究目的、研究過程以及研究參與者的權利，並且在錄音前告知與取得研究對象的同意，並簽署同意書(附錄二)，若不同意錄音則使用手寫紀錄訪談摘要的方式，收集訪談資料。研究者在進行研究時也會不斷徵求研究參與者，是否願意在進行下去或繼續錄音，需非常謹慎與注意研究對象是否有感受到尊重。另外，包含逐字稿與錄音檔等所有訪談資料僅作為學術研究用途，研究結束後會進行銷毀，防止研究對象的資訊外流，以保障研究對象之權益。

表 三-1 訪談個案之親子資料

代號	年齡	教育程度	職業	生育子女數	婚姻狀況	宗教信仰	居住地	孩子年齡	孩子性別	家中排行	就學狀況	確診時間	曾服用藥物	是否持續用藥	非藥物策略
M01	37	國中	工	1	單親	佛	新北市	12	男	1	小六	小四	利他能	無→有	運動
M02	43	大學	社工	3	單親	基督	桃園縣	13	男	3	小六	幼稚園	專思達	無→有	才藝班
M03	42	高中	美髮師	1	已婚	基督	新北市	12	男	1	小五	小一	利他能	有→無	行為治療
M04	51	大學	自營	4	已婚	佛	苗栗市	22	男	4	肄業	小四	無	無	心理治療,行為治療
M05	34	大學	藥師	1	已婚	道	新北市	7	男	1	小一	幼稚園	利/專	有	行為治療,才藝班
M06	40	國中	臨時工	3	已婚	佛	台北市	15,13	男,男	2,3	國一,小六	小三,小五	銳/專	有	無
M07	43	大專	商	2	已婚	佛	台北市	11	男	1	小五	小二	利/專	有	行為治療
M08	38	高職	商	2	已婚	無	新北市	10	男	2	小四	小二	專思達	有	行為治療
M09	55	高職	服務業	1	單親	無	台南市	23	男	1	大四	小二	血清素	有→無	中醫
M10	58	高職	商	2	已婚	佛	台北市	18	男	2	大一	幼稚園	無	無	才藝班
M11	56	大學	法商	2	已婚	基督	新北市	26	男	2	研究所	小三	無	無	運動
M12	42	專科	服務業	2	已婚	佛	新北市	7	男	1	小一	小一	專思達	有	行為治療
M13	33	大學	家管	1	已婚	佛	台北市	9	男	1	小三	小三	無	無	無
M14	45	高職	商	2	單親	基督	台北市	9	男,女	1,2	小三	小二	利他能	有	無
M15	55	大專	家管	1	已婚	無	台北市	18	女	1	高三	小二	專思達	有	才藝班
M16	49	高職	美容	2	已婚	無	台北市	13	男	2	國一	小一	利他能	有	無
M17	35	高職	內勤	1	已婚	佛	台北市	7	男	1	小一	中班	利/專	有	行為治療
M18	45	專科	製造業	1	已婚	基督	台北市	14	男	1	國二	小二	無	無	無
M19	50	研究所	教師	2	已婚	基督	台北市	17	男	2	高一	高一	利他能	有	無
M20	40	專科	保母	2	已婚	道	台北市	10,7	男	1,2	小四,小一	幼稚園,幼稚園	利/專,利	有	行為治療

第四章 研究結果

本研究主要目的是希望剖析母親們在照顧過動症孩子的過程中哪些是順應醫療化或抗醫療化？而這些情形又是如何發生、何時發生，以及發生後對於照顧過程所造成的影響為何？然而，求助行為為是一個不斷循環、變動的複雜過程，因此回顧相關求助行為理論後，本研究先以順敘方式呈現出完整的照顧與求助過程，佐以母親們的訪談資料，第二節開始則是歸納整理出當前母親認為現今社會資源有所缺乏的面向，讓讀者能順利且快速的了解此議題的真實樣貌，並在鋪陳上仍能表達出與醫療化理論的連結。

實際訪談過程中，本研究發現過動症兒童母親的照顧與求助過程具有獨特性，本研究將結果分成：徵兆經驗、求醫過程、藥物使用、非藥物策略，以及調適歸因等階段。本研究強調，各階段並非呈直線性發展，也不是能夠完全清楚劃分，而為求書寫脈絡清楚與讀者閱讀通順，略分成上述五個階段。

第一節 徵兆經驗

疾病徵兆的經驗中，當事人感受到身體上的疼痛或不適，可能會認為是來自於疾病，因而解讀成自己是處於疾病狀態之下，並且這些徵兆可能會對生活造成威脅。訪談過程中，大多數母親描述到孩子確診前，都有意識到孩子特別調皮、過度活潑，覺得孩子比較難管教，然而母親們卻不會自發性的將孩子的言行跟過動症的病徵做聯想。例如 M08 提到孩子的確不是文靜個性，認為只是相對於其他孩子活潑一些，不會聯想到是過動症。

「就是說不會很安靜，可是那時候又覺得小朋友比較活潑而已啊，不會覺得說有過動的情形。」(M08)

M15 則不認為孩子有比較特別，更喜愛他反應快、活潑可愛的表現，認為孩子是資優生。

「小孩子的舉動我沒有覺得比較特別，我覺得她是資優生，我覺得她很活潑可愛，然後反應很快，然後她有一些反應都讓我覺得很驚訝怎麼會這樣。」(M15)

M03 則是對孩子的行為做合理解釋，認為這是從自由教育的幼稚園進入制式教育的小學所產生的適應不良。

「我是把它合理化解釋，你可能一下子叫這個孩子在位子上坐一堂課，其實是滿挑戰的。」(M03)

而 M07 也提到現在的孩子普遍自我意識強烈，所以剛開始不認為孩子行為有異於他人。

「...幼稚園的時候不會覺得跟其他小孩不一樣，只是比較固執、比較堅持一點，其實大概小孩子也都會有這種症狀，小孩子現在很皮啊、自我意識比較強烈...其實很多小孩都會有這方面的問題...所以那時候不會特別覺得說怎樣。」(M07)

本研究發現過動症孩童的母親最初不會認為孩子的好動氣質是跟疾病有關，甚至有些母親認為這是個正常甚至是正面的人格特質。然而，若是本身就具備相關知識的母親，便會很快警覺孩子的異樣，並直接聯想到過動症的病徵。例如本身職業是幼教老師的 M20，因為有接觸過過動症孩童，因此很早就發現到孩子與他人不同之處，並懷疑是否就是過動症。

「他就是一歲多的時候，活動量就比一般同年齡的孩子還要大，因為之前我本身是幼教老師，那我有接觸過過動症的小朋友，那可能是我之前的經驗吧？所以也就會懷疑說我的小孩是不是有這樣的狀況。」(M20)

除了母親自身感受之外，其他圍繞在孩子身旁的親友們同樣會去影響母親的照顧過程。當母親感到事有蹊蹺時，母親們會有徵詢周遭親友意見的動作，而最親近的主要是配偶與公婆。多數母親轉述親友們的最初反應，仍然都是認為不需小題大作，與母親最初的感受相似。例如 M05 提到，她的親友認為孩子本來就是對於不喜歡的事物就會沒興趣，對於孩子的言行舉止不會感到奇怪。

「他們會覺得說小孩子不是就這樣子嗎？對喜歡的很有興趣，對不喜歡的就沒興趣，那小孩子好動跟聒噪不是本來就這個樣子嗎？」(M05)

M01 則轉述年長親友的意見，認為孩子的好動只是一種為了引起他人注意的表達方式。

「過動兒的症狀在老一輩的人講，他們會覺得他只是想要吸引你的注意力。」(M01)

隨著孩子逐漸長大，進入了學校就讀，母親開始時常會從學校接獲孩子與他人產生衝突、干擾他人學習的情形。這些事件當中，有些是偶發性的重大衝突，或是持續性的小事件不斷累積，針對這樣的心路歷程，M02 有做詳細敘述。

「...老師一直在說...欸？小孩子很活潑啦！看起來都很正常，可是就是老是會有狀況，等下走過去，腳會伸出來，然後我每天去學校，我就會想說不要有事情、不要有事情...有時候看著人家背著...有時候看到背受傷的小孩子出來，我都會揪一下，就想會不會是我家小孩弄的，我會有點擔心！」(M02)

由於過動症孩童多有觸覺敏感的情形，也就是對方無惡意的觸碰卻會誤以為對方要攻擊或有惡意，而選擇立即反擊，這是過動兒孩童與周遭同儕或老師發生衝突的原因之一。M01 針對這個情形做了描述，提到同學觸碰到孩子，孩子就會立即反擊，也因此造成後續的衝突。

「在他還沒有去看過動兒症狀之前，在學校同學只要碰他一下，他就揮手打人、揮拳去揍人，對呀！就沒辦法啊...過動兒的情緒真的很難控制！」(M01)

除了衝突事件之外，學校老師也會不斷向母親反應孩子學習情況不佳的狀況，主要的情形是對於不喜歡的課業就會呈現很明顯的興趣缺缺。例如 M08 的孩子因為不專心的緣故，需要耗費較長時間做作業。

「...他可能就是上課就是滿不專心的，就是可能寫功課不專心，還是寫個東西要寫很久，同樣的東西可能別人做起來很快他就要拖很久。」(M08)

除了學習不專注之外，過動症孩童在課堂上會有影響其他同學的情形，例如發出聲響、干擾同學，或者在上課時間離開教室等。其中，M02 的孩子會在課堂中發出聲響。

「有些老師說他會發出怪聲...我就說什麼叫怪聲？他就說有些...嗯～嗯～的，那有時候不是故意發給老師聽，有時候就他自己是無意識的...。」(M02)

M12 則提到最初幼稚園老師曾告知孩子不服管教且會在課堂中走動，但他認為孩子的行為是與幼稚園自由式的上課環境有關係的，所以當時並不覺得這是嚴重的問題。

「偶爾還是會聽老師說他不服從管教，或上課跑出去教室外面，那我覺得可能是上課環境太 free 了，就覺得也沒什麼...。」(M12)

M10 也提到孩子會做出爬窗戶的行為，即便老師將他關住，他仍然會做出這種危險舉動。

「老師就說，一來就爬窗戶！後來又爬屋頂！後來就把他抓去關廁所...他就要爬廁所爬出來...」(M10)

從學校接二連三的得知孩子偏差的行為，這時候母親開始感到憂心，再次向周遭親友諮詢意見，主要是與父親做討論，但多數母親仍提到親友們依舊對此感到不以為然，甚至因此有所爭吵。M12 的丈夫對於學校反應孩子言行的描述是感到不以為然的，是站在反對與抗拒的立場，並且認為妻子將事情看得太嚴重了，因此造成後續 M12 夫妻時常的爭吵。

「跟先生商量，先生覺得我太小題大作，他覺得他的小孩沒有問題，其實我們經過兩個月的爭吵」(M12)

M18 也提到當她拿過動症相關書籍回去跟丈夫討論，丈夫感到不以為然之餘，更認為是她沒有耐心照顧小孩，才認為孩子有過動症。

「然後我就有買一本回去給我先生看，我先生就不認同，想說孩子還那麼小，哪個小孩不活潑好動？不頑皮？他就不認為是這樣，他就覺得說是我沒耐心。」(M18)

其次，母親也有提到，身旁親友會認為這些偏差行為是因為父母親管教不當，而時有責備。親友們並非主要照顧者，無法體諒母親的辛勞，例如 M04 提到她的

姊妹們都認為孩子的言行是由她縱容、寵溺而造成的，並且她認為即便之後孩子確診了，她們並不會因為孩子是過動兒而有所體諒。

「我自己的姐妹都覺得說，唉呀！你就是縱容自己的小孩子，所以小孩子才會搞成這樣！我跟你說，我自己的姐妹都不會體諒你了，不會認為你孩子過動兒。」(M04)

母親的壓力日漸累積，也對於孩子言行摸不著頭緒。然而，究竟是誰牽起了母親腦海中疾病與孩子言行的線呢？研究發現由於孩子大部分的時間都是在校園內，而老師與同學是與孩子相處最多的對象。基於上述的情況，通常都是由老師去告知母親說他們的孩子需要就醫的訊息。但是，老師不一定都有學過特教，有些母親所遇到的老師之所以可明確告知孩子疑似有過動症，可能是因為有受過特教的訓練。例如 M05 提到孩子的老師有特教背景，老師在觀察一年之後便通知家長前往醫院做診斷的需要。

「老師請我們帶他去兒心觀察評估孩子的狀況，老師本身有學過特教，在他觀察一整年後告訴我們孩子需要請醫生幫忙評估...。」(M05)

其次，聯絡簿是老師與家長的重要聯繫管道，而考試成績則是驗收孩子學習狀況的證明。老師將過動症兒童所發生的事件都反應在每日的聯絡簿上，並且時常打電話給家長，學校的隨堂考、段考或臨時測驗的成績都不甚理想，這些情形都讓母親們感受到極大壓力與負擔。M12 就有提到老師會在聯絡簿上寫下孩子有許多不應該在學校裡出現的「不適當行為」。

「老師在聯絡簿寫他不適當的行為，包括上課不專心，容易和同學起衝突，不服從老師管教，老師覺得他是不是這樣的小朋友叫我帶他去看醫生。」(M12)

M11 更特別強調老師時常打電話來告狀的時間，稱當時的恐懼為「四點十分症候群」。事隔多年依然記得當時的確切時間點，可見當時的確讓母親有著深刻巨大的壓力。

「...我以前在下課四點多的時候，我很怕電話，因為那個時候他們下課，大概四點十分老師打電話來，你們家誰誰誰在學校做了什麼事，我那時也很怕，我稱為

四點十分症候群，很怕接到老師電話，電話來我就先看是不是學校來的，那段時間熬過去了，真的很難過，很累。」(M11)

然而，也有母親對學校產生埋怨。M10 提到對學校的失望，她認為得不到學校資源，且她為了孩子去學校幫忙，最後卻被要求轉學。

「...其實我對學校很失望，沒有太多的資源給我們，我為了他，我去當愛心媽媽，我也在幫人家帶小孩，結果他們叫我小孩轉學，那我就想說我女兒也讀，那我不就早上要跑兩個學校？那你說女兒一起轉，那她讀的好好的為什麼要轉？」(M10)

母親何時帶孩子去做診斷的時機則是受老師對於孩子忍受程度的影響。例如 M04 決定帶孩子去醫院作診斷的關鍵，是因為校方要將孩子逐出校園，訪談中 M04 對此感到相當氣憤。

「...(略)...一直升到五年級的時候，那因為那個國小是資優學校，在苗栗大家都想擠進去的明星學校，所以剛好我兒子分到的那個班是資優班，那老師剛好就比較...就是可能學生的家長都是醫生啊、老師啊...他可能不是嚴格，就是想要求好...。那可能我小孩子剛上課的時候就會丟墊板來玩啊，那他就覺得我小孩子怎麼跑來跑去，會影響到班上的秩序啊...。所以他就很火大，他就開始有...(略)...就班導師就會對我們有攻擊。他就找主任啊、校長啊...其他學生的家長一起來啊，說要開會啊，把我的孩子...就是趕出這個校園。」(M04)

然而對於學校招開會議，M16 則是有不同的看法。她認為學校招開會議的目的是為了要幫助她的孩子，所以她當時欣然接受，但最後是不了了之的結果。M16 事後回想就感到懷疑，也許當初學校並非站在她所想的良好出發點。

「他們想要開個案會議，我想說好哇，我沒有拒絕，感覺說你們要來幫我了！可是你知道有些學校要開這個，家長的感受是我要接受公審了！因為就是輔導老師、校長...一堆人坐成一圈，說你這孩子都不乖耶！他有什麼什麼問題耶！有人會覺得是公審，可是我會覺得開這個會議是為了他好，我會答應。...(略)...有時候這種會議是學校想要來幫你，用最誠懇的心來問到底怎麼了？好像個會診...(略)...可是他後來取消，我就想說他會不會其實不是要來幫我？他的目的搞不好是要來說這個家長太難搞了，要讓她知道厲害，知道他孩子多難搞、多妨礙大家，我是後來才知能越來越多，才回想當時的情況啦。」(M16)

然而，也有母親對於老師忍受度提出另外的看法。M19指出孩子成長過程中，並非每位老師都無法忍受她的孩子，就因為孩子遇到的所有老師之中，欣賞的人多過於不欣賞的人，所以她便不會意識到孩子需要就醫。

「...這點我就有些看法，因為有些老師他可以接受孩子有創意，他就覺得OK，那孩子也有遇過老師不覺得OK的，就受不了，所以其實他整個小學過程當中，有老師很欣賞他就覺得很好，也有老師覺得不好就討厭他。不欣賞就會覺得這個孩子是有麻煩。...(略)...老師對他的欣賞多過於不欣賞，所以就不會有這樣子的覺得說我孩子怎樣...。」(M19)

當老師不斷反應孩子的情況，母親們內心逐漸累積許多壓力，而終究踏上了求醫之途。對於求醫的原因，M16 提到是為了解除當前混亂狀況，若能趕快有藥物的治療，她就會少接到學校的電話了。

「...那我們也很急！這樣水深火熱！能不能趕快先吃一顆藥，能不能先安靜下來，就不要再打電話給我或奪命連環摳了！」(M16)

M03 表達出無奈的心情，她認為若帶孩子去醫院就診，老師才會認為她有配合學校指示，連絡本上的抱怨也會少一些。因此，母親內心仍有抗拒就醫的心態，考慮到要給校方或導師一個交代，或是盡快解決影響他人的情形，這些母親便會開始接觸醫療體系。

「我讓老師安心啦，就是說我有去看、我有配合了，那他也有吃藥了。**(那老師就有比較包容嗎？)**我覺得當然少一點點抱怨啦！就連絡本少一些些這樣...因為你不能老師都這樣說了，你還不配合，老師就會覺得你這個家長怎麼這樣、怎麼這麼奇怪啊！我已經跟你講了，你還這樣...。」(M03)

第二節 求醫過程

醫療照護的接觸是從常民系統轉換至專業系統的過程，尋求醫療照護的來源可以反映出一個人的知識水準、資源可取得性與便利性。當下定決心要帶孩子去看醫生時，卻不知道該找哪種科別的醫生，而告訴母親們相關資訊的人，主要還是學校老師直接告知就診科別為何。例如 M05 的情況，就是由老師直接告知要到兒童心智科就診。

「...老師已經觀察他一整年，那在那個暑假，老師請我們帶他去兒心觀察評估孩子的狀況...。」(M05)

然而，有些母親則會向周遭他人打聽相關就診資訊，M07 就描述她在還未讓孩子診斷是否有過動症之前，就已經讓孩子上感覺統合課程，而在陪同上課時就與其他家長探聽到相關就診資訊。

「我們也不確定是怎樣的症狀，那時候是因為我是有去那個...統合的課啦，有認識一些媽媽...那他們是有給我一些訊息啊，就是說 xx 醫院那邊有在做。」(M07)

M08 則是選擇一家醫院後，直接去該醫院的諮詢櫃檯詢問，才得知孩子的狀況是要看兒童心智科。

「我們那時候去是直接、直接詢問那個醫院的服務台，然後他就是說要看那個精神科，他是專門在看兒童的。」(M08)

另外，也有母親是經由社工得知就醫資訊。M06 描述當時她因事故無法親身照顧孩子，因此孩子的求醫過程主要都是由社工告知她如何應對的。

「從一開始知道是志工跟我講的...(略)...結果社工才說叫我帶他去哪邊哪邊看，才知道他有過動，結果治療吃藥當中...。」(M06)

打聽到該於何種科別就醫後，母親們便帶著孩子去做診斷。求醫過程除了是一個向醫療體系尋求協助、解決問題的過程之外，求醫過程本身還有更深一層的社會意涵。例如 M15 提到，醫療診斷是孩子的保護膜，只要取得過動症的診斷證

明，學校會給予輔導服務，更重要的是孩子就可以被老師接受，並且有較多的包容。

「...其實我不太需要老師的特別輔導，但我需要老師的配合就是寬容對待。...(略)...不要一罪一罰，一罪一罰對他沒有幫助...(略)...(所以意思是說如果有個老師相信的診斷，那是可以幫你小孩子比較能讓老師接受?)是保護膜，讓孩子有一個保護膜，因為如果老師一是一、二是二，他就可能會離開校園。」(M15)

M13 也有描述類似情形，她感受到老師要看到孩子確診的證明文件，才願意對孩子的言行降低標準，M13 對此感到非常不平。

「就跟老師說醫生說沒有啊，老師說那你要請醫生開證明喔，證明他沒有，就很討厭，我心裡想你那麼希望他有，那我請醫生開他有好了，因為老師好像覺得他有這個病他才能釋懷，才願意對他比較寬鬆，可是應該有教無類啊，每個學生的潛能都不一樣，你為什麼不看看學生的優點一定要看他的缺點。」(M13)

於是母親領著孩子去讓醫生進行診斷，診斷結果是採用家長、老師與醫師三方填寫問卷匯整出來的。然而，當下母親與醫師之間的疾病資訊與權力關係皆是不對等的，這導致了母親在整個診斷流程中只能茫然地、被動地接受醫師的診斷。然而，母親表面呈現接受的態度，可能內心卻是不完全信服醫師的診斷與指示。

有些母親們對診斷提出了質疑，他們感到不信服的地方包括診斷標準的公信力、診斷流程過於簡單，以及母親因為資訊不足而完全無法掌握情況。首先，M03 便是對於過動症的診斷標準 DSM-4 評量表提出質疑，認為診斷本身的可信度值得再議，因為這些標準都受老師主觀影響，對於某些行為父母感受不嚴重，但老師可能因為孩子行為影響班級秩序而選填較嚴重的選項。

「我覺得那個題目的設計也有點瑕疵...例如他給你選擇，他在團體活動裡面是不是屬於那種自己很有意見的小孩...像我們家小朋友常常老師題目還沒出來，可是他覺得我知道了，他可能就會插話說我知道了！我知道了！...類似像這樣。可是有些老師就會覺得他違反秩序，因為你沒有舉手，那老師就會填 5...我覺得它是一個滿主觀的題目。...(略)...我覺得十個被叫去評估，大概九個半都是...。他也不是那麼完全過動，是過動再加注意力缺失...」(M03)

M13 認為當老師已經處於無法忍受孩子言行的情況，對於能否客觀填寫診斷標準她感到極度質疑。

「他當然填嚴重，他已經受不了了，他覺得小孩就要乖乖坐在那，他叫你幹嘛就幹嘛，又不是養狗。**(那老師填得很嚴重?)**不是，我覺得填那個不準，就像我講的，你可能買這個鉛筆盒可是我不會嘛，我就會買大的，每個人看法不一樣，我們覺得不嚴重可是老師覺得嚴重，你覺得填那資料準嗎？」(M13)

除了質疑診斷標準，診斷流程也讓母親產生疑惑。M12 便提到最初診斷的方式僅有透過問診，醫師就告知她孩子「八成」有過動症，並且建議用藥，這樣的程序讓她感到猶豫，因此當下拒絕醫師的指示。雖然，醫師之後有再進行更縝密的診斷，確定孩子為過動兒。然而，M12 打聽有相同情況的周遭他人經驗，相互比較後認為不同醫師所做的診斷流程有所不同，在本次訪談之中 M12 仍然有許多的質疑。

「...我覺得蠻奇怪因為當時透過問診，醫生透過問診的方式他覺得八成已經是而且建議我用藥，第一次就建議我用藥，第一次我很猶豫，第一次什麼都不知道就建議我用藥，當然當下沒有答應，醫生也說沒關係就寫了行為評量表，有家長版和老師版，然後下個禮拜再來看，拿回去請相關的人寫一寫...(略)...隔一個禮拜把問卷交回去他說分數很高，他建議用藥，所以就直接用藥了，我另一個同事呢...我跟他說完我兒子的情況之後，有懷疑他女兒可能也是，沒辦法專心，他們家離長庚近所以就帶去長庚，一連串做了很多檢查，所以我又回過頭去問醫生說要不要幫他做檢查？我覺得會不會太快讓他進入用藥階段...因為醫生是說他的行為觀察下來是很明顯的，我說要不要檢查腦波或是做像你講的測驗，像長庚還說要排線上測驗喔...。」(M12)

M13 也有類似的看法，她指出過動症診斷不像其他慢性病檢查，有明確的數據可以判斷，並認為這樣子的診斷有如算命一般，無法讓她信服。

「我覺得應該照個腦波還是甚麼的才對...(略)...醫生就說不需要啊！我們沒有這種檢查，你不覺得很奇怪，這樣還開藥，你要有數據，他這樣跟算命有甚麼兩樣？...(略)...你要有個數據嘛，你血壓高有數據，貧血有數據，癌症有證據，那你說他過動要證明他到甚麼程度才要吃藥啊。」(M13)

M05 也有提出她因為不想只聽從一個醫師的判斷，而尋找五家醫院的兒童心智科醫師作診斷，最後選擇遵循她認為較為細心的醫生，細心與否的依據為診斷流程是否有使用多種測量工具檢驗孩子的情況。

「...那當初會找那麼多醫院，是因為不想要因為一個醫院醫師的診斷就決定是不是要直接治療或是接受教育後再治療。...(略)...D 醫師他是比較細心，比較小心，他除了叫我填量表以外他還安排了兩三個測驗，包含智力測驗，包含職能測驗，包含還有什麼測驗我已經忘記了，有三個測驗...。」(M05)

然而，也有母親表示相信醫師的診斷。因為個人特殊經驗，M16 就說到，憑著醫師的醫療專業，以及她自己的觀察，她認為醫師的判斷是可信的。

「不過我老實講啦，我也相信醫生的觀察。我自己當故事媽媽喔，到一個班上，如果你每次講故事，全班都聚精會神，偶爾就有幾個轉頭啦、開始拿東西或幹嘛，反正就是分心，這就十之八九。所以你說他測不準，或許以他的職業觀察已經 ok 了。」(M16)

孩子被診斷確定為過動兒之後，有些母親是無法立刻接受的。當時的情緒都是滿懷傷心，甚至有自責的情緒。例如 M11 說到目前孩子雖然已成年且平安長大，但是回憶起當時得知診斷的心情，口氣中仍然感到難過。她提到扶養孩子的過程會有調適、面對與接受這些時期，是必經的過程。

「當然會阿！講難聽點，誰希望自己小孩有這種誰都可以罵的症狀？你知道嗎？在這個過程我們從知道、調適、去面對、去接受，到我們可以去輔導、聽聽別人，那個過程就是你自己要去調整的...。」(M11)

M12 清楚描述了得知孩子為過動兒的心路歷程，最初是非常的難過，甚至還自責自己對孩子的管教過於嚴格，後來了解孩子本意不是叛逆之後，認為當初應該要多包容孩子。

「不知道跟誰商量阿，那時候真的每天回家哭...(略)...那時我很不能接受，每天跟婆婆兩個人淚眼相望，想說小朋友怎麼會這樣，這麼用心的照顧他，我們沒有寵他，從小該罵的就罵，其實我罵他罵得很兇，該打也有打，那時一直認為會不會是我們兇過頭了，造成他的叛逆，那時候來很後悔說，我們知道他生病，所以他不能控制他自己的行為，跟我們唱反調頂嘴，我們不應該用更強烈的方式壓他，後來才發現說原來是生病...。」(M12)

M17則是感到不舒服，為何老師說是自閉，診斷卻是天差地遠的過動症，且質疑為何孩子原先是健康的，就學後就產生這些問題。

「(醫生診斷出你的孩子有過動症，你當下的感覺是?)不舒服。因為他就都這樣子，怎麼會是?... (略)...就覺得說我的孩子這麼健康，然後就都很正常啊，為什麼念書的時候就會變這樣?而且當初老師還跟我講說，你的孩子是不是自閉?結果等到我去找醫生、去評估，診斷過後變成過動!差距很大耶!我就覺得說很莫名其妙。」(M17)

當然，也有母親是抱持著正面、樂觀的態度。M19 就認為遇到問題就去解決它，並且要鼓勵孩子調整心態與生活方式。

「我覺得有問題就要去解決啊，幹嘛去否認它?那我們就鼓勵孩子去面對，因為他要一輩子去面對這個問題，所以最好的方法是他要去面對它、處理它，然後調整他自己的心態與生活方式。」(M19)

第三節 醫療介入

確診之後，醫師便提供後續治療方式的建議。根據 Suchman 的定義，一個人將身體控制權轉移至醫療專業者手中，並且表現接受與服從，這個人才真正成為一個病人。針對孩子的治療方針，有些母親會跟醫師作雙向的討論。例如 M04 向醫師表達拒絕藥物治療後，醫師便建議她作行為改善的治療方式。

「...那如果有其他的方法...醫生說還有其他的方法!他有跟我講說去他們臺大福利社買過動兒的書來看，他說外國人喔，只有美國跟台灣吃藥的，那英國跟法國那些不是吃藥的，他們是行為矯正...。他說你不吃藥可以，但是要行為矯正，行為矯正就是父母很辛苦!就是常常他會犯錯，你就要一直跟他溝通這樣子...。(然後去上一些相關的課程?)對...他就叫我們說...兩種方式，不吃藥也可以...那我後來是選擇沒有吃藥...。」(M04)

另外，也有母親是單方面接受醫師的指示，M03 轉述了當時孩子被確診為疑似過動症時，醫師所下的指示為先進行藥物治療，觀察幾個月之後再回診評估。

「(確診為疑似過動症時就建議你用藥?)對，因為他覺得用藥物治療就可以了，意思是用藥物就可以把他的狀況...他會跟你說試試看，例如說給你下個月回診是兩個月，那他給你的藥是兩個月的劑量，那他會希望你配合他給的時間吃藥，然後下一回回來你再告訴他說吃藥的結果是怎麼樣，然後三個月再一個評估這樣...。」(M03)

對於藥物使用的態度上，首先，贊成使用藥物的母親皆認為藥物作為一種控制是有必要的。例如 M18 便聽過一個說法，服用藥物可以讓孩子體會到自我控制的感覺，孩子了解後會開始學習，到時候便可視情況停藥或減藥。也就是說，藥物使用是個過渡的概念。

「有一種講法就是說，先讓他吃一段時間，讓他知道受控制的感覺，然後你讓他去學習那樣子的感覺，之後再看狀況說需要吃的話，看是要停一點或少一點，再去問醫生，至少你要讓他知道這種感覺，就是你可以控制你自己的感覺。」(M18)

M16 是認為健保局若開出這種藥物，除了有些副作用之外，有一定水準的安全性，並且利他能已經使用很久，因此她相信醫生所開立的處方。

「...查到的資訊是說這個藥已經很久了，沒有多大的副作用，了不起就只有一些什麼什麼的。那我也相信健保藥局開出來的藥沒有什麼會讓這個人掛了，還是會殘廢什麼的，所以我就想說相信醫生嘛！」(M16)

M20 與老師皆認同孩子有過動症，而孩子的行為已經影響到他人且老師無法控制，所以她認為有服藥的必要。

「我就說每一個老師都認為說他有這樣的狀況，那我就是也認為他有這樣的狀況，那他就說如果有到影響他人的狀況，就有用藥的必要。那我認為就是老師已經是受不了了，就是完全沒辦法控制，然後也就是有家長或小朋友告狀。」(M20)

總之，贊成用藥的母親皆認為藥物是當下最合適的改善方法，並且只要是對孩子有益的措施，母親都願意去嘗試，M06就有表達這樣的想法。

「那時候我是想，對他好的我盡量要去試，今天不管是吃藥還是求神明拜拜，只要是哪一方面對他好的，我都會盡量去試。」(M06)

然而，有些母親雖然有配合用藥，但心中卻是對藥物抱持著抗拒的心態。M17 在訪談中表露出無奈的情緒，她提到自己其實不想讓孩子吃藥，因為他原先認為孩子是很健康的，服藥後卻產生許多副作用讓她感到憂慮。但是，孩子確實影響到他人，M17 只好讓孩子服藥以減少對他人困擾。

「當下我也只能配合啊，因為我的一個孩子好好的，就是被診斷變成這樣子，那我當然是希望他平安健康的長大啊，那有什麼問題，我當然從小就把他醫好，不

要說長大才...(略)...我不知道其他家長的狀況，其實我滿不想讓他吃藥。因為那些藥物就是會造成他們食慾不振，然後失眠，甚至還會暈眩。可是因為他的不一樣，所以必須要讓他去嘗試吃藥，才不會對別人造成困擾。」(M17)

接續 M17 所提出的副作用問題，本研究發現有些母親提到抗拒讓孩子服藥的原因，也都是擔憂藥物副作用會造成孩子身體的傷害。舉例來說，多數母親都有提到藥物會抑制孩子食慾，進而影響生長機制，眼看著孩子較同儕瘦小，自然對於藥物有著負面印象。M04 對此有提出她的看法，認為雖然服用藥物可以使學習較好，但是所付出的代價是孩子的發育不良，考量後決定不使用藥物。

「當然你說吃藥他有他的好處，可以坐住，可是吃藥會有傷害，我剛剛說了。就是會抑制他的生長激素、頭痛啊，會讓他長得小小矮矮的。我孩子現在 180 公分，我們的孩子很高大，那吃藥當然會學習比較多啦！那我的孩子就是學得比較少啦...但是他靈活啊！活潑啊...。」(M04)

除了身材的發育，也有母親認為會影響孩子腦部生長，M09 為過動症本人，描述母親的想法。

「...因為那時候媽媽聽到的是說會妨礙腦部發展。」(M09)

M04 提到醫師提供的專業知識也有提到副作用所帶來的影響，這更加強化她拒絕讓孩子服用藥物的態度。

「...醫生也說那是安非他命做的...然後劑量很少...當然他也有跟你講說，這個孩子吃了藥之後，成年之後會有 1/3 的人可能會有藥癮的，就像那種...毒癮！」(M04)

然而，也有母親對於藥物所帶來的副作用有正面的解讀。例如 M15 認為副作用中的食欲不振雖然使孩子體型較為清瘦，但卻比胖小孩的形象來得好，反而是比較健康的。

「那妹妹是吃了藥明顯變重，因為她以前都比哥哥多兩公斤，後來就慢慢的體重比哥哥輕，哥哥已經很輕了，她還比他輕。其實我們都很健康啦，只是外表看起來瘦瘦的，不是那種胖胖的，其實我問過兩個孩子，他們都不喜歡胖胖的，我吃素，然後不要那麼胖，其實對我的健康是好的，他們自己認為是這樣子。他們不認為說一定要過度發育，一定要變那麼胖，他們覺得那是一個煩惱。」(M15)

其次，診斷後醫師依據孩子嚴重程度判斷是否須立即開始用藥，若是嚴重便會建議母親讓孩子服用藥物，也就是醫師只有服藥與不服藥兩種決策，然而有些母親們卻各自發展出不同的照護模式。本研究發現這些母親會做出幾項調適措施，包括調整藥物劑量、改變服藥的時間、轉移服藥決定權，以及轉換藥物使用的功能。

首先在調整藥物劑量方面，M03 就提到最初她是懷抱著排斥的心態在面對服藥這件事，因此沒有按照醫師指示用藥。由於懷抱著懷疑心態，M03 接續提到，因為害怕對疾病了解不足以及藥物副作用，於是她將孩子服用的藥物劑量減量成四分之一。

「剛開始其實我有點排斥...什都不知道就這樣吃藥這樣對嗎？就其實我沒有讓他吃...(略)...其實我給他吃的劑量非常少...例如說醫生說給半顆，那我有時候就...半顆再半顆...就讓他吃四分之一，因為我也怕他有副作用...。」(M03)

而改變服藥時間的部份，這些母親通常會讓孩子上課日以外的時間不服藥，也就是服藥與否會與是否有學校活動與課業需求有關。例如 M20 就是讓孩子假日、寒暑假等學校休息日不服用藥物。

「我就讓他假日不吃，寒暑假也都不吃，有必要的時候才會給他吃，像可能是學校的活動。」(M20)

M01 雖然也表示讓孩子在假日不服藥，但她強調不服藥就會要求孩子整理家務，以消耗孩子過多的精力。

「我們在家就是...假日在家...他不吃藥，那就要求他一定要整理家務...」(M01)

除了母親自行調整，也有母親是跟醫師討論後再調整藥物服用時間。例如 M19 與醫師討論後，允許孩子可以在周末時不用服藥。

「就是胃口變的比較不好，醫生那時候也有說會有這些副作用的情況...(略)...那後來醫生是說，也可以周末的時候休息不用吃。」(M19)

轉移決定權的部分，有些母親是將何時服藥的時機讓老師來做決定，例如 M02 提到她把藥給老師，若老師覺得孩子今日的學校表現有狀況，或是老師認為孩子太躁動，就讓老師給孩子服藥。

「那後來就交給老師，今天老師覺得有狀況再吃...那時候的方法就是每次...呃...就是會看時間...後來是看老師...老師覺得...今天好像太躁了啦...太躁動...再給他吃...」(M02)

M20 則是因為孩子會故意漏吃藥物，所以她跟老師討論後，將藥物備份於老師那邊，讓老師可以確定孩子沒吃藥後立即補上。

「因為他就是沒吃藥，當天就會有狀況，一定會有狀況。剛開始是一天嘛，老師不會說什麼，兩天三天之後，老師就會問媽媽，小朋友有吃藥嗎？我想說有哇，後來打掃的時候，才檢到藥，那我就跟老師說，那你覺得今天比較浮躁，那你打電話給我，問我有沒有吃藥，那我有自備要放在老師那裡，就變成這樣子。」(M20)

最後，轉換藥物使用功能的方面，有些母親也會依據自己的觀察或判斷去改變藥物使用的方法。例如 M01 母親與父親將藥物變成方便管教的工具，她提到為了教會孩子如何打羽毛球，剛開始讓孩子服藥後再開始打球，因為這樣孩子才可以靜下來聽他的指導，等到學會了就不再讓孩子服藥後再運動了。

「...剛開始他在打球的時候，球還沒來他就揮出去，一般正常人都會站著等球，他沒辦法，他會一直跳來跳去、動來動去，現在就不會了！現在就會慢慢開始專注在等那顆球。就是你慢慢訓練他，感覺就會很明顯，他整個改變、整個行為。(父：我是怎樣做你知道嗎？在他練之前，我先帶他吃藥，先吃藥打球。) 剛開始，後面訓練到最後就是不吃藥。」(M01)

為何孩子需要使用藥物，本研究發現幾位母親們而判斷依據則是以學校課業表現來決定。M14 認為孩子智力測驗結果是中上，然而學業表現卻無法符合其智商應有的表現，因此他認為需要服藥，將她的學業程度提升至應有水準。

「會想要拿藥就是...因為功課都不理想...(略)...因為她有評估說智商是資優，中上啦...跟哥哥智商評估差不多，好像 120 幾...129...好像都滿高的嘛？資優好像是 135，那她 129...就是說這智商很高啊，應該資優啊，可是成績怎麼是這個樣子？就是沒有跟她這個符合，奇怪？差太多了...。」(M14)

其次，母親們如何體會到藥物開始發揮效果，本研究發現有些母親除了觀察孩子情緒是否開始穩定，另外則是依據孩子學習開始有良好表現、與同儕及老師的衝突開始減少，而這些情形同樣也是從老師的反應去得知的，若當前藥物劑量無法達到母親們所認為的效果，就會與醫師討論後逐漸提高劑量，直到達到效果為止。例如 M12 提到她感覺藥物沒有發揮效果是因為孩子依舊無法靜下心來做作業，加上學校老師與安親班老師輪流向她抱怨，所以她與醫師商量提高藥物劑量，讓孩子能服從老師的規範。

「...先用利他能，他是說半顆一顆，當下我選擇半顆，感覺效果不好，醫生就說可以用一顆了，就用一顆。**(效果是指說?)**好像有安靜一點點，但還是被抱怨，到第二週有改善一點但有些行為還是無法控制。**(像是怎樣呢?)**功課沒辦法，譬如字寫錯叫他重寫他還是會生氣，把簿子擦爛，還是有這些行為。**(還是有比較激動的行為?)**對，到第二週就換一顆，再下兩週換安親班老師跟我講說，是學校老師和我說到中午第四節又開始闖禍，我就跟醫生說，醫生說那可能要吃兩顆藥了，兩顆利他能。」(M12)

M20 加重藥物的原因是因為老師告知兩次服藥間，剛好在下課時間前夕會有段空白期，此時孩子會浮躁，因此才在一年間從最初的半顆逐漸加重到兩顆半，以減少浮躁的情形。

「那他第一次吃是吃一顆嘛，那後來隔了一年就變成兩顆，因為還是沒辦法控制，就是時間性比較短，那後來是吃兩顆嘛，早上跟中午，那到大班的時候，老師是覺得他下課之前的那個階段，他還是很浮躁，所以又加了半顆，所以等於他大班的時候是吃兩顆半，就比較穩定，老師就覺得差很多。」(M20)

M18則表達出孩子加重藥物的速度太快，才短短一年就從半顆變成一顆半。後來則是將利他能改換成專思達。

「一開始醫師是照著他的身高體重去配藥，可是那個藥量在課後班的老師認為無法達到效果，當初是吃利他能，現在改成專思達，因為後來利他能吃到變成一顆半，我就覺得說才短短不到一年的時間，他從半顆變成一顆半。...(略)...因為老師一直再抱怨達不到那個效果。」(M18)

為何會看不到藥物的效果？M16 這位母親推敲其原因，她闡述藥物或許已經開始發揮作用，然而當時的母親正處焦頭爛額的情況下，若只有些微的改善，母親可能感受不到，只會繼續關注在尚未解決的徵兆上，因此才認為藥物沒有效果。

「當然也有另外一個情形是，我們常常在講的，搞不好這孩子沒吃藥，一天可能有十次狀況，吃了藥變七次，可是對我們來講，我們還是很慌亂！我們並沒有觀察到有少三次這件事情，可能是這樣啦！所以我當時並不清楚那個藥物對他的影響是怎樣，因為我覺得藥物要使用，就好像妳要非常清楚那個使用說明書，你才知道對他的作用是怎麼回事，就像我講的，本來一天犯錯七次就已經算是進步了？可是我們家長還是會覺得他一直在犯錯！」(M16)

第四節 非醫藥策略

母親們在服藥前或服藥後，試圖尋找可以取代藥物、減緩副作用的方法。例如 M05 曾嘗試給孩子先服用保健食品，然而效果不大，最終還是使用藥物來改善孩子的專注力。

「那之前要服藥的時候，其實我也排斥，因為我本身在藥物方面是專業人員，那...我其實猶豫跟掙扎很久，那不瞞你說，我在服藥之前，我也試過比方說吃 DNA 啊、吃葉酸、吃 B6 啊，因為這些成分都是幫助...(屬於保健食品的部分。) 對...我想說試試看，可是效果不大。」(M05)

M15 則是考量不想讓孩子只接受藥物治療，而在經濟情況良好時，有給孩子吃保健食品，並且打聽到可以去醫院抽血檢驗出孩子缺乏何種營養素，並予以補足。

「那我也有在坊間聽到，之前經濟許可，我有給她吃益生菌，那也有人說是他們重金屬含量太高，就是花個一百萬還是幹嘛，讓她的重金屬排掉，那我今天就有聽媽媽說，國泰醫院有個小兒科的，可以去抽血，看她鎂鋅銅錳缺少哪個東西，是缺鐵導致她發展遲緩？或是某些金屬不足還是幹嘛，比如說哥哥可能要給他維他命 B 群，安定他的神經，可能就是這樣。就是用那種保養的，不是吃專思達跟利他能。」(M15)

也有母親尋求較溫和的中醫治療，有的可以專治過動症，有的則藉由改善其他疾病而間接改善過動症病情。例如為過動症兒童本人的 M09 提到母親有讓他在服藥不久後，便停掉西藥改為服用中藥治療，在長期治療下母親有感受到療效。

「我覺得中醫就是，並不是他專門看這個的，就是他本身就是一個有名的中醫...(略)...後來吃的東西我長大後也有去查，其實大部分是一些安神補氣的藥物，就可能是人蔘或茯苓這些比較安神補氣的藥物。就是煎藥，然後我個人很討

厭...(略)...我覺得有穩定，因為我覺得國高中就比較，不知道是不是因為年紀，我喝中藥喝了兩三年，大概喝到...因為我是小二小三開始喝，所以喝到快國中，然後我媽覺得有改善。」(M09)

M13 則是提到當初帶孩子去看中醫，主要是為了治療其他的疾病，但可以連帶解決過動症的症狀。

「中醫是開始很小的時候，他就說我孩子有一點過動，他說有一點點過動，他把脈，他的療法就是針灸跟捏你那個經絡啊，然後會放血。...(略)...我有去看別的中醫，我們這附近也是很神奇的，他有上過 discovery 是脈氣診療法，我都凌晨五點去排隊，每次看診都這樣，他是用氣功把脈這樣，他也說我兒子腦波異常，他覺得說過敏好的話他就會比較好...。」(M13)

除了服用其他物質來減低副作用的影響之外，有些母親也會試圖尋求其他方式以求降低藥物治療的比重。例如 M08 則是讓孩子服用藥物的同時，也接受感覺統合課程的訓練。她認為這樣雙管齊下的策略可以使孩子盡快結束藥物治療，也就是縮短用藥時間。

「(開始的時候就是先吃藥，後來再慢慢去用別的方法改善?)對對對，就是看是不是把它吃藥的時間盡量就是可能要吃十年，那縮減差不多五年，七年就可以不要吃了這樣子...。」(M08)

對於此種改善方式是否有所幫助，M04 便提到除了專注力改善之外，她明顯感受到孩子的肢體有較靈活，並且指出這個改善方式要盡量提早開始，效果才會好。

「(那上完課專注力有改善嗎?)有好一點啊!因為你看老師用球給他接以後，他可以接到球以後，肢體有比較靈活，不然小時候很容易跌倒，這裡縫幾針、那裡縫幾針的，那後來大一點之後，就訓練他拿球、接球，走獨木橋那些...有啦!有改善...就是...家長還是要提早啦!這些動作要在幼稚園的時候...甚至在五、六歲的時候，其實就要做了...。」(M04)

M20則是比較了藥物與行為治療，她認為藥物治療之前若有先接受其他行為治療會比較好，因此很後悔讓大兒子很早就直接進行藥物治療。

「...因為我開始讓他(弟弟)去看醫生之後，就讓他接受物理治療跟職能治療，還有語言治療，讓他藉由活動改善。跟哥哥是不一樣的，哥哥是直接藥物控制了，弟

弟是我讓他去上課，那我發現就是，其實我很後悔，剛開始沒有讓哥哥用這樣的方式，就讓他那麼早就吃藥。」(M20)

也有母親選擇幫孩子轉換學習環境，像是過動症兒童本人的 M09 則提到當時醫生建議母親讓孩子換學習環境的原因，在於新環境會有重新需要學習的事物，便可以讓他專注於學習上。

「有的建議說...因為他們希望我轉換一個環境，因為他們診斷出來是發現東西我都會了，所以才會表現過動兒的症狀，所以他們想說如果讓我轉換一個環境之後，會不會就是換一個環境，有新的學習的東西，就可以讓我專注在那個東西上面而不要活動。」(M09)

M10 也提到調班之後，若是換到較為包容的導師，小孩子的情況就會有改善。

「那後來到三年級，我就申請調班，就調到一個慈濟的老師那裡，就比較包容，那就比較 ok。」(M10)

母親與老師溝通後，有些學校老師的教導方針會做調整。例如 M12 無法幫孩子轉班，便與老師增加溝通，最後老師在引導孩子與同儕相處上做了許多的改變。

「老師其實後來也做了很多的改變，也比較關心他，他也很努力做一張海報就是說鼓勵班上小朋友跟我兒子玩，他說只要跟我兒子玩，沒有發生衝突的就有點數...。」(M12)

M05 也提到老師知道孩子情況後，便降低孩子取得獎勵的難度，並且把指令拆解成單一指令。

「...因為老師知道他的狀況，他就針對這個孩子的狀況，譬如說可能同儕必須做滿五件事情，同時得到五個獎勵，那老師會分段，譬如說他做好一件事情，老師就給他一個獎勵，就是會把時間縮短，然後一次給一個指令。」(M05)

較為特別的方式還有 M04 提到的伴讀，是由政府單位特別雇請一為老師陪同孩子在學校中學習。

「後來副局長跟我講說，他想到一個比較周全的方法，由縣政府負擔這筆錢，請一個專職的老師帶他去上學。」(M04)

另外，才藝課也是母親們的選項之一，多數母親觀察孩子的強項或興趣後，才決定讓孩子上相關的課程，也是想培養孩子在學習環境中能保有一定的專注力。例如 M05 提到是孩子自願上自然科學方面的才藝課，所以在學習中會比學校課堂中專注許多。

「就是自然科學跟比較機械方面的...。就是他上課的途中會很專注，可是有時候...譬如說他們機械有很多小零件，那可能課後要收拾，他對這動作又很...他又會很拖拖拉拉的。」(M05)

M10 則是自己幫孩子報名需要高專注力的圍棋課，想藉此去培養孩子的定力，而也有達到她所預期的效果。

「可是我是覺得說我有找對方法，就是我們去下棋，然後把他定下來，我是覺得說一路這樣走還 ok。」(M10)

除了學習方面的改善策略，對於過動症孩童較多的體力該如何消耗，許多母親都提倡多讓孩子做各種類的運動。例如 M01 除了強調運動的重要，也指出要選擇需要專注力的運動，如此才能在運動中達到雙管齊下的效果。

「其實過動兒你要給他運動，但要看什麼運動。你要給他可以提高注意力的運動才有用，訓練他集中注意力，再來你再帶他去看書，他就一定有辦法去學會集中注意力。」(M01)

M11 則提到，若將運動跟學業結合，既可以讓孩子發洩體力，又可以與同儕建立良好的社交關係，並表示這種孩子一定有特別的興趣或與強項，只要讓其發揮，母親的扶養過程就不會太困難。

「因為他知道他球類很好，他就當了兩年康樂股長，讓這種小孩體力可以發洩之後，球打得很好那體力又發洩了，這種孩子就閒不住嘛，康樂股長很多事要做阿，要辦活動阿，要打球阿，要去拿球阿，要歸位阿，要去借什麼什麼的，他就有事做就不會有機會去弄別人...(球類又是他的興趣...)對！他的強項，所以他一做就做了兩年，做到畢業，那他們班每個同學都很喜歡他，因為他很會打球，他們都喜歡和他同一隊，所以你看適得其所，所以這種小孩一定有他的興趣跟強項的地方，你只要擺對位置的話，我覺得沒有這麼難啦...」(M11)

然而，除了向外尋求資源，母親對於自己的教養方法也做了許多改變與修正。例如 M06 認為不能讓孩子感到父母讓他吃藥後就不再管他，管教與關心都很重要。

「（父母的管教那方面很重要？）我覺得這個真的很重要，我不會像別的父母說過動讓他吃藥就好了，就不管他了，只會讓小孩覺得，我爸媽認為我過動，讓我吃藥阿，可是我怎樣他一點也不關心。」(M06)

M02 則是參加講座後，改變自己以往的管教及互動方式，她指出日常生活指令是要單一且重複的，這樣孩子才能慢慢學會。

「...所以他們是說要結構化嘛！他的生活、他的一切作息...要結構化，要求一件事就好了...比如說你要他拿碗去洗，一定要要求固定的，習慣一定要養成...而且每天要做的每天都要提醒，要不然你跟他說拿連絡簿、拿什麼...等他放回去他就忘記了。」(M02)

另外，母親對於孩子學業的期望也會降低原先標準。M05 便說他只要求孩子在課業上能夠學到知識即可，並不會要求孩子考試時要答案全對。

「那...我就想說，我到底該不該要求他去...就是...因為我沒有要求他一定要全對或不能錯之類的，我從來沒有要求過他，那...只要他會，這樣就 ok 了。」(M05)

除了變得較有耐心，母親還會為孩子設計了獨特的鼓勵方式，M12 便提到她繪製了一張鼓勵積分海報，當孩子表現良好就會得到點數，還能將點數收集後換取想要的獎品。

「以前會大罵，但是現在頻率變少，會比較有耐心跟他解釋，以前會認為一直都講不聽，就用罵的，現在會鼓勵他，包括去做一個海報，做一個獎勵榜，我自己都覺得我做了很大的改變。這是他做職能治療的照片，獎勵榜是在家裡的牆壁上，會去鼓勵他讓他自己寫今天的表現，去加點數，加了點數他可以去做他想做的事情，這也是從網路還是書籍上看到的。」(M12)

第五節 歸因調適與支持

經過最初的茫然、期間的混亂，到最後一切步上軌道，母親們對於孩子擁有過動症的原因，除了醫學歸因之外，母親們多有另外的見解。M01 認為由於居住在都市，造成孩子無法活動才会有過動症的，而且這種孩子會越來越多。

「現在的社會啊，整個都市型態啊！沒有什麼地方可以給小朋友去發洩他的體力，所以過動兒症狀一定多，你看家長能陪小孩子的時間啊、可以活動的時間真的很少，所以過動兒的症狀一定會多，而且只會越來越多，不會越來越少。」(M01)

對於孩子所經歷的一切，M05 拿泰山作例子。她提到過動症孩童的特質就像泰山，然而我們生活在繁忙都市之中，泰山剛開始踏入這個世界是無法讓旁人接納的。尤其是台灣特殊的填鴨式學習環境，這種孩子適應上更是困難，就必須要花心力。然而，他若是在原先自由的叢林中，或者更有彈性的學習環境，則就沒有這樣子的困擾了。而母親能做的就只是稍微將這些規範標準放鬆一些，讓孩子不會太難達成。

「這個孩子他本身是個泰山，只是他生活在都市的叢林裡，他必須要把他的行為變得跟大家一樣，才不會顯得他特異。但是如果今天他在屬於他自己的山林，譬如說美國的教育，台灣的教育是比較填鴨式，規範式的，那如果他今天不是生活在這個地方，他是在美國或是其他國家，他可以不用那麼被拘束。只是因為他生活在這裡，他需要跟大家一樣。...(略)...但是該做的或是大家要做的規範就是框框裡面他還是要做框框的事情，但是我可以把這個框框縮到最小，就是放到最大，讓他能夠舒服一點，他必須還是在那個框框裡面，然後他要做框框以外的事情，可以再多留時間做他框框以外的事情。你說他不一樣，他又跟人家一樣，你說他一樣，又不一樣。」(M05)

M15 則是提到，若自己的孩子是生在鄉村，或是早期農漁獵時代，孩子就不會是個異於常人的孩子了，而這個特質只是現今社會無法理解與接受，但或許它的存在是有意義的，所以多元社會下應該包容有這樣特質的孩子。

「這是上帝的意思啊，你想想看，過動症一定從古到今都有，以前是獵人時代嘛，那一般人比較適合當農人嘛，那農人以前是獵人嘛，那打獵的人就是要有瞬間爆發力，要瞬間捕捉到獵物，那獵人是很適合過動兒的，那過動兒這種基因到現在

都還有...(略)...但是這個基因留下來，我相信它一定有所用，只是我們不懂而已，就像臍帶血，先把它留著，它以後可能有一天會救你一命啊，我們不懂的事情多於我們懂的，所以要尊重原創嘛。既然都這樣子，家長要樂觀啦！沒有什麼解決不了的，只要家裡不放棄這孩子，這孩子一定還有路走的。」(M15)

M04 強調孩子只是無法有較好的學習，智力卻無異於他人。他提到親友的見解，她的孩子就如同不會說英語的人到了國外，語言無法順暢溝通並不代表是聽力或智力有損傷導致，只是不會這個環境的語言而已。

「其實他不笨捏！我的朋友當校長，他說其實他也不是智障、他也不是笨，他叫我們到美國去啊，啊你又不是不會講英文你就是聽障啊！或者說是耳聾、或者說你是啞巴...不是這樣子啊！是因為我沒有去學到而已嘛！因為我沒有去學講英文，我不是說我不會講英文，我就是耳聾嘛！我是啞巴嘛！所以他跟我說...叫我放寬心...不要這樣子想！」(M04)

對於孩子的未來，母親們多期待孩子能早日適應當前社會環境。而學校是孩子踏入社會前，經歷社會化的機構，因此 M05 便希望孩子能夠在學校環境中，學會遵守規範，並且能夠合群而不是要他人配合，至於成績則是相對次要的。

「我會希望說他在該有規範的時間內，做該做的事，至於學習的成果或是成績怎麼樣，那就是另外討論。因為我覺得學習成績是每個人先天的優劣勢，那我沒辦法要求。但是我的要求是你該在課堂上該怎麼樣，你就該怎麼樣，而不是因為你的特殊狀況，你必須要別人配合你。」(M05)

M13 以北歐國家為例，認為社會應該包容不一樣的孩子，如同尊重每個人不一樣的想法。

「你懂嗎？但是在這裡，你不正常，但是這沒有不正常，只是他的想法跟你不一樣，每個大人的想法也都不一樣，像我覺得這個包包不好看，你覺得很好看啊！那為什麼大家不能用廣闊一點的心去接納這種小孩？」(M13)

從母親的描述當中，可以看出母親們照顧過程中的無奈與困境，也反映出照顧過程中的確存在著社會資源不足的問題，以至於母親不論是身體與心靈都是飽受折磨的。例如 M04 描述過往曾因為種種困難與痛苦而動過輕生的念頭，照顧過動症孩童的壓力不是一般人能了解的。

「我有時候也想說去後山的山崖上，眼睛一矔就不要看了...就兩個人跳下去，死了就好了...就不要活了，這麼累...。過動兒真的很累！我不騙你！所以這個真的是很大、很大的一個考驗...我不騙你耶！非常痛苦喔...！」(M04)

因此，家庭支持對於擁有過動症孩童的母親是非常重要的，若父親是抗拒或逃避的態度，就會加重母親照顧過程中的壓力與辛勞。例如 M16 提到丈夫得知診斷結果後，仍然是否認抗拒的態度，導致最初照顧過程非常不順利。

「...前面都是很成功的經驗，就沒有一直持續看診，因為你吃也沒用啊！旁邊的人又很疑慮很生氣啊！爸爸很疑慮，他每次都覺得他孩子很好，可是我認為爸爸覺得孩子很好的印象是挺離譜的...(略)...你既然他不覺得怎樣，那他怎麼會覺得孩子需要治療呢？」(M16)

而 M18 推測丈夫不願面對的原因，可能是顧及面子。然而，父母親兩人的教養觀念不一致，就會讓母親感到辛苦。M18 認為應該要讓孩子服藥，然而丈夫卻反對，導致即便拿藥回來之後，她也無法讓孩子使用藥物。

「...然後我的先生就是很不接受，或許他知道有些問題，但是男生就是比較好面子，就是不肯承認自己的孩子有問題...(略)...我跟我先生的教養觀念不是很一致，所以帶起來就很辛苦...(略)...那我也跟醫生講，醫生也認同。他要開藥，可是我先生在旁邊就不准，他就一直說不要開、不要吃藥，那我就不管，就先叫醫生先開給我。結果我藥一拿回去，我先生就叫我把藥交出來，反正後來就鬧很僵...。」(M18)

M20 描述她與家人的意見相左，造成她在照顧孩子的過程中，所有事情都要一肩扛起。

「(這時候家裡有比較接受了?)還是不能。我就是執意要帶去啊！所以變成我會比較辛苦，要請假，然後所有的事情我都要自己做。」(M20)

當然，若父親是支持與配合的態度。會讓母親壓力較少，且有人可以分擔照顧事務。例如 M03 提到丈夫是配合的態度，並且會幫忙接送孩子。

「我跟爸爸都還滿配合的...(略)...後來我是請爸爸去安親班把他帶出來...。」(M03)

而超乎家庭之外，本研究發現絕大多數的母親在照顧過程中，都感到孤立無助，也就是說他們感受不到社會是否曾給予實質幫助。除了家庭支持之外，訪談

過程中母親們也另外點出許多各種待改進的地方，包括職場、學校環境與政府立法等。其中，本研究認為最核心的癥結在於社會支持團體的強化與學校環境的改革。其實最關鍵的，母親們皆希望學校環境能更包容、支持與友善的對待自己的孩子。學校環境的改革包含許多面向，包括加強相關特教課程、設立專屬過動症孩童的機構、研擬特別教學方式，而師資培訓部分則是分成提升幼教老師的偵測能力，以及加強國小老師對於過動症的了解。

M02 便說明加強相關特教課程的部分，她提到學校輔導室應主動進行輔導，並且與國外做比較，認為台灣的學校對於輔導過動兒的措施較不足。

「我不是說要怎樣，只是會怕在學校老師也沒這個觀念...我曾經想說輔導是可不可以直接主動來輔導，因為我知道這種 ADHD...我是說特教啦！應該是特教...在國外都做得很好，那在臺灣，我是覺得...人家都跟我講，他不過是比較調皮、比較好動，可是比較調皮、比較好動，以後就容易出問題。(那輔導室是怎麼回應你的？)他說學校沒有這樣子的...。」(M02)

設立專屬過動症孩童的機構則是由 M04 夫婦所提出的建議，認為過動兒應該設立類似啟智學校的機構，由專業團隊去獨立教導。

「(父：看能不能有像啟智學校那樣子的學校...)當然有人說過動兒集中在一起上課還得了！都吵翻天了！但是，過動兒畢竟要有專業的人，醫師、心理啊...各方面的。」(M04)

M01 認為設立專屬機構也應該囊括托育功能，才能讓母親能安心的工作。

「...所以照顧一個過動兒，一路走過來真的是一件很辛苦的事情...他沒有辦法像說...怎麼講...那些智障的小孩子，欸？政府會給你一個專門收容的地方，然後大家...你們家長去上...上班了，你們小孩子送來這邊，然後政府會說，欸？我們這是幫你集體照顧...他真的沒有辦法做到這塊！」(M01)

特別教學方式是指，有別於一對多的大班級教學，母親們認為過動兒需要一對一的教學方式。例如 M07 從美籍老師口中得知國外對於過動兒的教學是一對一方式上課，並且一對一教學的花費是由政府負擔，她認為可以借鏡。

「其實政府對於這種小孩子的福利還不夠。曾經也問過一個美國老師，他就說這種小孩子的狀況，就給他 one by one 上課呀！政府付錢讓他 one by one 上課。」(M07)

M19則提到若有學生或志工可擔任陪伴與輔導人員，就可以讓父母親有喘息的時間，也能減少親子衝突。

「我知道國外有那種big brother、big sister這種，我是覺得這些孩子主要是在學業上面需要有人幫忙，比如說像是一些特教系的學生、研究生、志工或大學生...(略)...在功課上面做一些協助，可以讓爸爸媽媽有一些喘息。...(略)...那有人可以陪伴孩子做功課啊，可以減少親子之間的一個衝突，因為有時候爸爸媽媽要講孩子的時候，孩子可能不會聽，但是有一個大哥哥或大姐姐的時候，那感受就是不一樣，那壓力就會解除滿多的。」(M19)

師資培訓部分，M05 提到幼教老師應加強如何偵測孩子是過動兒的相關知識與能力，因為她認為及早發現可以讓母親提早做行為矯正與修正照顧方針。

「我覺得是這一類孩子啊，他們需要比較被發現，那...就是在幼教的特殊教育這一塊，我覺得是很重要的。因為我是有聽過幾個個案，他們被發現都已經是要上國小了，甚至已經上國小了才被發現，那原因都是因為老師沒有經驗，那如果說老師有經驗可以提早發現孩子這一方面問題的話，從如何糾正這一塊可以幫助到很大，也可以幫助到很多家長。那家長也不會覺得說很受挫，我到底該怎麼教你才會聽得懂，或者是我該怎麼做你才會懂。」(M05)

M05 繼續說到國小老師對於過動兒的了解也是相當重要的，她認為並非要求所有國小老師都要學過特教方面的知識，而是希望至少對於何謂過動症有基本的了解。

「...我覺得不管是公私立學校的老師，他們似乎對這方面都沒有很...很有 sense。...其實我覺得並不是說老師每個都要學過特教，但是起碼...我覺得像這種特殊的孩子的教法跟...**(就是要有基本概念?)**對，有點像我們...我不知道怎麼說耶...就是那種...像我們學了專業科目，那有些是共同的專業科目...。」(M05)

從 M05 的言談中，可以看出要求老師增強知識背景的原因，是希望老師對於其孩子能有更多的體諒與包容。而在 M07 的言談中也傳達出相同的想法，她認為由於孩子的老師正巧有個醫師女兒，所以才能體諒與包容自己的孩子。而這份體諒與包容不是代表母親們要爭取特權，而是希望當孩子做出不適當行為時，老師們能不要給予負面評價。

「...像那個老師的女兒是小兒科醫師，那他知道小孩子有這樣的情況，就會比較包容，知道他不是有意要這樣做的...就是要有那種包容心啦...就明明知道她是這樣的小孩子，他當下沒辦法控制，要有包容心...就是說，能夠了解這樣子事情的人並不多啦！如果說可以普及一點，大家都知道說這種小孩子...當然不是說給他什麼 fever...是說那種包容心能再...強一點，能理解說，不要往壞的地方想。」(M07)

其次，在社會支持團體的部份，M05 就指出，除了不知道其他過動兒父母的存在，也不知道要找誰商量，更不知道有類似於其他疾病友組織病友團體，顯示過動症的交流管道是失去功能的，或者是宣傳不足的。

「...包含我自己都不知道其他家長的情況是怎樣，因為我可以去找文件，我可以去找資料，可是我找到的都是數據，或是我找到的都是醫師寫的論文，醫師寫的文章，或是醫師的評估結果...。那我只能從這邊來看到說，造成過動症的原因，遺傳，或是飲食那甚至是胚胎發育的問題，就是可能從這些數據去知道我想要知道的東西，因為我真的沒有看過其他病友，就是 even 我幾乎每個禮拜就診或是每個禮拜回診，就是沒有看過其他病友，其實沒有辦法像其他病友一樣就是可以得到其他家長的幫助。」(M05)

M07 則提到在她的照護過程中缺少一個可諮詢的管道，讓她只能靠自己的力量去摸索出照顧孩子的方式。然而，實際上坊間是有諮詢管道的，為何母親仍會感到無人可商量，這也可能是諮詢管道的宣傳與推廣不足所導致。

「...至少說，你認為有什麼事情還可以有人幫你出一點意見，告訴你該怎麼做...那時候的感覺...就是比較...感覺我還有一個人可以去問！不管有沒有效...你懂嗎？就是這種感覺...。(都是自己摸索，沒有人可以告訴你該怎麼做？)完全沒有，變成你不知道該怎麼去得到這方面的訊息，嘿...變成說只能自己去摸索...不然就是跟同樣狀況的家長聊天...可是實際上每個小孩子狀況不一樣...。」(M07)

有母親提到之所以無法積極參與過動症協會活動的原因，其實諮詢管道的功能僅是作為增加知識與商量對策的用途，對於日常生活的改善還是以母親與孩子之間的實際相處最為重要。然而，照顧孩子已經耗費母親們許多心力與時間，便無法參與相關講座或親職教育。M14 對此提到，雖然親職教育對她非常有幫助，但是講座常舉辦在晚上時間，與她照顧小孩的時間衝突而使她無法參加。

「...我就發現一個問題，因為都是晚上，那晚上我孩子需要我帶，那我帶去協會啊，結果就太吵...(略)...然後...就沒去啦！...(略)...(那你覺得協會的課程有幫助嗎？)有哇，很有幫助啊！很有幫助啊！可是我的問題是小孩子沒人顧啊...對呀，就是晚上的時間啊，那晚上的時間就是要帶小孩啊。」(M14)

但是，與協會互動較多的母親們則有全然不同的情形。M10 提到早期資源不足的時候，他有向過動症協會諮詢，得知孩子只要渡過小學後期情況就會改善，她也因此感到安心。

「那時候資源不夠啊，我是不知道現在的情況啦。那我是到了他五年級，我有去問過動症協會。...(略)...那我有跟他們請教，他們是說如果是五年級，五六年級那個階段pass的話，就ok了！那我也發現我兒子到了五年級就慢慢ok了。」(M10)

除了心理層面的支持，M19最初是從教會特殊親職講座中發現孩子的情況，活動結束之後仍維持了一個家長支持團體，經由此團體她便能定期與他人分享交流照顧經驗與資訊。

「那個課程結束，但我們之後有延續一個支持小組。那我自己是助教，所以其實像我們這個禮拜，喔！我們每個月都會有讀書會，那我們就會彼此分享孩子的狀況，那老師每次也會參加，所以個別諮商是沒有，但是在讀書會當中可以跟不同的家長，像是我們那邊有亞斯柏格跟 ADHD，但亞斯柏格比較多，那就是在一個支持小組裡面，彼此分享。」(M19)

整合上述母親們的訪談，發現多為諮詢與交流的需求。然而，實際上坊間是有協助過動症患者的協會，並且會定時舉辦相關講座，以及設有諮詢管道。為何母親仍然感受不到這些資源的存在？積極參與協會活動的 M16 點出重點，她表示雖然社會上可能存在許多資源，但並沒有一個整合與引導的平台去指導母親何時、何地、何種情況下使用這些資源。

「我們社會、政府花了很多的錢，有非常多的資源、有非常多的宣導，可是全部都像一片雲在天上飄來飄去，啊你有看到、你有聽說了，你也看到有那朵雲，可是你要抓、抓不到啊！你也不知道要怎麼把那幾朵雲整合成一朵可以保護你的雲，不知道啊！(就是給你了一堆工具，你不知道怎麼一起使用或如何使用？)對對對！！就是去看就有啊，一倉庫的東西，你知道去就有這些東西，可是你不知道這個槌子槌的意義是什麼，也沒人告訴你，都是過後你去拿，他再跟你說不是那樣啦！那是要怎樣？可是我最核心的就是這個啊！搞不好她很需要這個工具啊！就是沒有一個很好的平台去引導你進去，很困難啦！」(M16)

從上述整理可以看出，母親們對於孩子的成長過程是抱持著不安與擔憂的。然而因為研究主軸的考量，並未將所有母親完整的訴求全放入結果呈現。事實上，有些母親認為學校體制無法對孩子友善，或者社會不會向他們伸出援手時，有些母親甚至會想尋求凌駕其上的社會控制力來幫助他們，提出政府是否能立法保障過動症孩童的權益，也有母親是因為家庭功能失調而希望職場能給予一些彈性與協助。然而，追本溯源後，這些都與學校與家庭有關，也顯示當前社會對於過動症孩童的福利與資源仍有許多改善空間。



第五章 討論

經由結果的整理，本研究認為母親照顧過動症孩童的過程其實是讓孩子順利融入社會的一個過程。除了與先前文獻對話，也探討這個過程中最需要被解決的核心問題為何，並且剖析求醫行為的診斷與藥物使用。最後，則是將學校場域獨立出來討論，了解其扮演何種舉足輕重的角色。

第一節 順應醫療化

為何會想要用醫療來解決孩子過於好動的問題？從訪談結果中便可看到，當孩子與學校的關係逐漸緊繃，緊張情勢達到最高點之際，學校便會提出希望將孩子的問題轉介醫療機構的要求，母親也因此開始接收醫療訊息。其中，「老師」扮演了決定性的關鍵。除了最初讓「過動症」這個疾病分類名詞出現在母親的腦海，母親意識到孩子的言行是「異常」也是經由與老師相關的兩個關鍵因素，分別是「影響到周遭他人」的異常表現，包括課堂上製造聲響或自行走動、與老師同儕發生衝突、不服從老師管教或帶頭製造紛擾，其次則是孩子的「學業表現」不符合應有水準，學業成績低落是明顯的證據，這兩個因素都是由「老師」告知與描述出來的，與先前文獻相符(Sax, 2003)。

若將上述兩個因素相比，「影響周遭他人」所引發的混亂更加深好動特質所帶來的嚴重性。有學者指出，一個人被貼上標籤，有時並非是因為對社會造成危害，而是當下社會無法容忍(Schwartz, 1994)。過動症孩童不僅在學業上表現出劣勢，更在環境中製造出混亂。因此，有了傷及他人權益的情況之下，使得此偏差行為的醫療化變的更加快速。然而，學校場域定義出一系列標準，超過標準就代表不符合學校所期待孩子應有的言行，這時候就需要將這些孩子送至醫療場域進行「正常化」程序。但不是所有人都可以深入了解醫學領域的知識，母親一方面承受著四面八方湧來的責難聲浪，一方面又對於當下情況感到不知所措，所以「相信專

業」、「交給專業」便成為許多母親們唯一看似可靠的選擇。對於母親而言，孩子已經被專業人士(老師)歸類到「不正常」類別中，能夠信賴的第二個專業領域便只剩下醫療場域。為了解除這個負面標籤，母親的求醫行為就成為一種企圖讓孩子「回到正常」的過程。

這個「正常化」的過程當中，對於母親而言，最迫切待需解決的問題又是什麼呢？不斷從接收學校傳來的抱怨訊息，倘若母親不做任何行動，就會被認為是「不配合學校」、「漠視老師指示」(M03)。孩子在學表現逐漸不理想，或者時常與同儕、老師發生衝突事件，也會使得母親陷入思考自己是否「失職」的深淵中。因此，本研究發現過動症的求醫過程不是僅有要解決身體上病痛的目的，其本身還有社會文化上的意義。讓孩子進入醫療場域中接受治療，會使照顧者獲得「盡職」的形象。也就是說，母親只要將孩子病情控制住，便不再受指責，也顯現母親解決問題的誠意，且能確認對於這個疾病是有方法可以解決的(Whyte, 2003)。現實中，孩子確實在學校裡製造混亂，不只造成他人困擾，學校不斷的告狀，使母親感到疲勞轟炸、心力交瘁。醫療彷彿是母親眼中的唯一浮木，因此不管先前是否有所抗拒，母親們最後都選擇接觸醫療場域。的確，無論是「奪命連環摑」(M16)或「四點十分症候群」(M11)都是來自學校的壓力，最後促使母親們不得不就範的驅力。

但是，本研究卻發現，即便母親是帶著抗拒態度進入醫療場域，卻也因此獲得意想不到的好處。除了治療改善了先前混亂情況，也有母親特別提到醫療診斷可以變成孩子的保護膜(M15)，只要取得過動症的診斷證明，學校會給予輔導服務，更重要的是孩子就可以被老師接受，並且有較多的包容。也就是孩子還是原有的社會角色，就應該遵守該角色的義務與規範，當有了疾病角色的證明時，就可被原諒或包容，並擁有適當不遵守規範的權利。這與回顧文獻相符，孩子行為舉止的歸因對母親們而言，是非常重要的，尤其是證明了孩子不是「壞孩子」，更讓母親的壓力有所釋放(Klasen, 2000)。

與醫療場域的互動，我們可以用診斷與藥物做為代表，這也是發生醫療化的兩項重要工具。診斷前，老師是發現孩子異常的人，並且歸因其問題是疾病，需要進入醫療場域找尋解決辦法，並將解決問題的責任歸屬從學校轉至醫院。本研究發現，主要是由老師直接告知告訴母親們就診相關資訊，其次則是母親四處打聽。診斷當下，老師將孩子在學表現描述於診斷問卷上，其結果則做為疾病判定的依據之一。診斷後，孩子開始接受治療，治療成效仍然是由老師於聯絡簿或致電與家長回報。在藥物的部份，母親不甚了解相關醫療知識的情況下，孩子的學業表現成為一切治療的效果表徵。母親體會到藥物開始發揮效果，主要是依據老師的描述。倘若孩子的言行舉止無明顯改善，母親便要重回醫療場域中，與醫師討論是否加重藥物劑量(M12)，甚至有母親不完全遵守醫師的指示，而是讓老師決定服藥的時機(M02)。



第二節 抗拒醫療化

最初感受徵兆的經驗中，多數母親會發現到孩子的行為「偏差」，卻不會馬上將孩子行為與「疾病」連結，這就代表醫療化並未開始發生。醫學領域中，所謂「診斷」的用意在於「行動」，一旦個人被判斷成是異常，便需要立即進行「治療」，以解除這個異常情況。從母親最初的認知可看出概念醫療化並不是自發性的開始(Williams & Calnan, 1996b)，多數母親最初並不會使用醫學專有名詞，而是使用他們慣用的生活語言去描繪孩子種種偏差的行為，甚至會去「解釋」孩子言行是情由可原的(M3)，應該被社會體諒與接受，表示這種言行舉止是不需要接受治療的情況，這是一種認知上的抗醫療化。活潑是個人特質，而過動則是疾病，這兩者之間的界線由醫學診斷標準去衡量判斷，而診斷是踏入醫療場域之後才會接觸到的程序，並且對於徵兆經驗進行再次確認。那麼，還未進入醫療場域之前，母親又是如何判斷的？孩子的「異常」行為隨著進入學校場域，碰撞出許多衝突火花，衝突不僅是肢體上的衝突，也會有干擾他人學習的情形。這些事件可能是偶發性的重大衝突，或是持續性累積的小事件，學校場域開始不斷發出警訊，母親開始

覺得孩子的行為是「嚴重」的「偏差」行為。此階段母親僅意識到事情嚴重性，需要開始解決這個問題。

帶著這些警告與資訊回到日常生活，母親與過動症孩子的生活環境中存在著許多左右決定的因素。其中，周遭親友對於孩子有過動症的接受與否，對於母親將孩子偏差行為轉化成醫療問題的速度具有很大的影響力(Williams & Calnan, 1996b)，而其餘影響因素則包括是否具備相關背景知識、母親對於孩子言行的警覺心，以及母親是否願意讓孩子就醫。親友的態度對於醫療化孩子言行，是具有正反兩面的影響。為求解決當下混亂，有些母親會立即認同「過動症」這個疾病名稱，並願意要透過醫療方式解決。倘若母親得不到周遭親友支持，當她帶孩子就醫就會被責備為「逃避母職」的行為，便會阻礙母親想要以醫療來處理孩子的偏差行為。當然，也有不願接受過動症的母親，在親友同樣表達出抗拒的態度之下，更加強化她抗拒醫療、延遲就醫的想法。

那麼最終是何種考量影響了這些母親選擇帶孩子進入醫療場域呢？本研究所訪談的母親皆有接觸醫療體系，並進行診斷後確認孩子擁有過動症，但在後續治療上則有不同的樣貌。雖然母親們都將孩子的偏差行為轉變成需治療的疾病，且大致依循醫師指示照顧孩子，但不代表母親從此毫無質疑或反抗。所謂抗醫療化行為，並非於最初拒絕進入醫療場域才稱之。實際上，即便孩子確診後，母親們仍然會有表現出抗拒的態度，或者嘗試削減醫療化帶來的影響。因此，本研究將母親們的抗醫療化行為整理成認知與實際行動兩個面向。首先，認知上的抗醫療化最早出現在母親得知孩子言行有所異常的時候，這也是多數母親接觸到過動症這個名詞的開端。此時，母親因為擔心標籤與汙名(M11)或得不到親友的支持，會有嘗試抵抗與否認的態度，因而間接延遲就醫的時間。

而後出現抗拒的態度是在診斷當下，母親分別會對診斷標準、診斷流程、診斷客觀性都有所質疑與批評。老師身為孩子日常生活的觀察者，更是孩子犯錯時的規訓者，這樣的身分若又參與判定孩子是否有過動症的流程中，不免讓母親認

為診斷過程有瑕疵(M03)。老師被賦予描述與判斷的權力，也因此更加強化學校場域的影響力(Phillips, 2006)。也有母親質疑老師在診斷流程不能保持客觀中立，且對於這般簡單快速的診斷方式感到疑惑(M13)。對於診斷產生的不信任感，會造成母親後續照顧過程中會有不順從醫療的表現。對於藥物使用的部份，於對藥物的態度上，母親會衡量評估藥效所帶來的幫助與副作用所造成的傷害，來判斷是否讓孩子穩定用藥。若藥效的益處遠大於副作用的傷害，母親便會讓孩子穩定持續用藥；若副作用的傷害大於藥效的益處，母親可能就會停止或減少藥物的使用，或者尋求其他改善方式已減緩副作用的傷害。特別的是，也有母親認為副作用造成孩子身型纖細是額外獎勵，可以用來控制孩子的體重(M15)，反而更加擴張醫療控制力的範圍。也有母親質疑過動症本質的想法，這些母親認為孩子之所以「生病」了，只是因為他們處於都市環境的原因(M01)，且無法「適應」現今社會的規範(M15,M04)，若轉換環境或社會包容度提高(M13)，這樣子的行為表徵就不會被定義為疾病。這樣的論述十分符合學者提出加速過動症醫療化的原因(Timimi & Leo, 2009)。

其次，針對抗醫療化的實際行動，則分為診斷與藥物使用兩個面向作探討。首先，由於先前段落中提及對於診斷的質疑，便會有母親嘗試利用多找幾家醫院診斷的方式，謹慎確認與排除其他可能性之後，才願意踏入醫療場域(M05)。然而，本研究在母親的言談中得知母親們各自遇到不同的醫師，經歷的診斷流程與後續治療方針皆有些微的差距，顯示醫生對於過動症的診斷與治療上並沒有達成共識，代表醫療專業中有對於過動症標準持保守態度的聲音，這與學者提出的論點一致，這是醫療專業試圖克制醫療在社會中不斷擴張權力的現象。另外，母親還會嘗試改變醫師的指示，並自行判斷與找出能幫助孩子改善，且能降低副作用的傷害的方法。母親們使用的方法繁多，包括調整藥物劑量(M03)、改變服藥的時間(M20,M01,M19)，以及轉換藥物使用的功能(M01)。除此之外，多數母親會尋求其他的改善策略，也是用來減緩副作用，以及對於降低對藥物的依賴。或者，使用一般「健康」的人都會使用的方式，例如運動與培養才藝等方式，改善孩子情況之餘，也能淡化孩子身上的污名標籤。

第三節 學校與醫療場域

根據上述整理，本研究發現老師站有至關重大的地位，因此獨立進行討論。本研究發現老師擁有絕對篩選權，老師會定下一個他所認為「符合社會規範的圓形框」，再將所有孩子逐一與這個圓形框比對，若孩子是個符合框架的圓形便通過標準，納入老師所認可的類別，然而若孩子是個有稜有角的三角形，便無法放入老師設下的圓形框，也無法歸類於老師認可類別之中，於是老師就會要求家長帶孩子去「削磨」一番，直到孩子被磨成圓形，才能跟其他孩子一樣，進入被認可的類別中。老師認為孩子應該要符合社會規範的圓形框是什麼樣貌呢？我們可以由符合的反面，也就是了解何謂「不符規範的言行」去歸探其樣貌。母親的敘述包括「上課不專心」、「容易和同學起衝突」、「不服從老師管教」(M12)，完全符合過動症的兩大病徵：「注意力不足」與「衝動/過動」，順利落入醫療診斷標準之中。

以往文獻指出醫療專業人士是影響醫療化過程的主要角色(Williams & Calnan, 1996a)，然而比起醫療場域，學校場域擁有較大的影響力，可主導過動症及行為偏差的醫療化。此外，老師觀察到孩子的偏差行為後，便能聯想到是疾病，並快速轉介至醫療機構進行一系列診斷與治療。然而，這種快速聯想與轉介的行為是否已經形成一種制約？在判定界線的兩側，是否已經幾乎不存在討論的空間與彈性？醫療與學校建立堅固連結的同時，不也代表以往大眾認知學校所具備的能力已經不如從前？古有訓：「師者，所以傳道、授業、解惑也。」，傳道指的是對於價值觀、做人處事的應對，也就是身教與言教；而授業則是最簡單的知識教學；解惑是最重要的，人世間存在著許多曖昧不明的事物，需要老師引導學生尋找出答案。過往當孩子出現偏差行為，除了家庭教育，老師似乎是唯一具有足夠專業知識且能夠引導學生走向正途的人選。然而，現在卻出現了競爭這項職責的場域，現今學校若將這些責任轉移出去，不就只剩下傳授知識的功能了？再者，學校並非完全不歡迎「不正常」的學生，像是資優生這種正向的異端反而是學校間互相搶食的大餅，精確的來說，因為現今學校老師較以往背負更多的行政業務，而耗損消磨掉應投注在學童身上的心力與體力，對於已產生變化的學校而言，容不下

的其實是那些負向特質、會帶來麻煩與困擾的學生。這是一種標準化的培養人才模式，企圖將整體社會不斷朝完美無瑕的方向改造的現象。更可以說，過動症是在學校場域中特有的產物，母親僅讓孩子在上課期間服用藥物的行為就是最好的證明。只要身在學校場域，此缺陷會不斷的被放大，而其他良好特質則是被模糊遮掩掉，離開了學校場域，這個「疾病」彷彿就削弱成「偏差」了。這樣特定場域才會觸發的疾病，到底是本身先天缺陷所造成的？還是周遭變質了，以至於無法接受特定群體，進而將其以醫療來命名與歸類？

當生活中出現問題而大眾認可唯有醫療可以解決，問題就此定義成疾病，並被規畫出一系列的診斷流程與治療方式。本研究從母親的轉述中，卻也發現這些母親所遇到的醫師們所執行的醫療過程分別都有些微的差距，包括診斷時醫師分別會呈現出趨於保守或較為敏感的兩種決策態度，而治療執行時對於藥物與其他行為改善治療的使用與採取策略上多有差異，例如醫師與母親商量後，建議假日不服用藥物，或者醫師原先依據孩子身高體重配藥，而後完全依據老師的描述逐步加重劑量等情形。然而，這些決策與執行的變異是否代表在醫界中對於過動症的醫療化過程仍眾說紛紜，且尚有討論與商量的空間？本研究認為若判定有瑕疵或可被其他方式解決，就應該試著讓解決過程中存在一些彈性且保持謹慎的態度，而醫師對於學校的描述應斟酌其可信度與保守使用。其次，從母親言談中，多可得知每次就診與醫師商談的時間甚少，且無法在日常生活中快速取得醫師的諮詢，每次看診便累積大量混亂事件呈報給醫師，這也造成放大嚴重度的情形，醫師也無法確切掌握治療的有效性與恰當性。因此，除了判定與治療的彈性，醫界應加強對於過動症的掌握度，而非將監測的責任完全交由家庭與學校。

有位母親提到過動症孩童如同泰山從自由的叢林中進入了文明世界(M05)，倘若給予這些孩子多些包容與彈性，也就是當孩子出現類似過動的行為表徵時，能多嘗試多元的照顧與改善方針，以及維持學校家庭之間的良好互動，再考慮納入醫療介入，或許就能減少母親內心的煎熬，以及讓孩子順利融入社會並發揮其所能，讓這些孩子擁有一個平順快樂的成長過程。

第六章 結論與建議

第一節 結論

本研究結合醫療化理論與常民觀點，探討過動症孩童母親的照顧過程。本研究根據訪談資料，將結果以整體照顧過程與社會資源兩大主軸呈現。

結果顯示，老師對於過動症孩童照顧過程具有極大影響力，不但是最初意識到孩子異常的發現者、開口請母親帶孩子就診的告知，也會是提供醫療資訊的仲介者、監測孩子言行是否改善的觀察者，以及判斷治療方式是否有效的裁決者。其次，母親在照顧過程的每個階段皆有順應與抗拒抗醫療化的行為，順應行為是為求舒緩當下的混亂狀況，抗醫療化行為則是包括有想法態度產生質疑或反抗，具體抗拒的行動則會有更改藥物劑量與時間，或尋求其他方式以求降低藥物治療的比重與依賴。關於社會資源的缺乏，則包括家庭與社會的支持與互助、期望政府立法、職場彈性與經濟補助，以及學校環境的醫療體系的改善。

根據結果的整理，本研究對於照顧過程的意義、被醫療化的學校場域、母親抗醫療化的行為，以及社會資源的不足等幾個主題作深入探討。首先，照顧過程的意義其實是一個讓孩子「正常化」的過程，不僅使母親舒緩壓力，更要幫助孩子早日適應現今社會環境。而學校與醫療場域連結性強，學校比醫療場域擁有更大的影響力，這是令人擔憂且須關注的現象。其次，則是整理母親抗拒醫療化的行為，發現母親會表達出抗拒態度，或者嘗試削減醫療化的影響，並非拒絕進入醫療場域才是抗醫療化行為。

最後，本研究發現過動症孩童的照顧責任幾乎是由母親一肩扛起，而許多母親透露，父親作為家庭支柱，卻多抱持著抗拒與逃避的態度，甚至會反對母親向外尋求協助，若再加上周遭親友站在反對立場，母親就會呈現孤立無助的情況。

從是否有利用社會支持與互助團體中切入，本研究參與訪談的母親們可粗略分成有無固定參與過動症相關團體活動，並且會影響到母親的照顧過程。這些支持團體包含家長互助團體、過動症協會，以及有宗教信仰者則有機會參與相關教會活動。母親若有積極參與上述單位舉辦的的活動，對於過動症的掌握度與了解程度就會比較高，，且獲得較多心理層面的支持，也較能依據學理發展出有效的應對措施，達到充能(empowerment)的效果。

現今家庭結構以雙薪家庭為主，因此母親除了母職工作之外，還要進入職場。當孩子出現問題後，母親的社會角色開始產生衝突，職場與家庭無法兩者兼顧的情況下，有些母親會被迫離開職場或轉職，而這個結果也連帶影響家庭的經濟狀況，對於單親家庭的衝擊更是巨大。然而，母親的困境不只如此。每位母親幾乎都有提到學校環境所帶來的壓力，老師的對待方式會影響孩子過動症表徵的控制，因此她們認為最大的幫助其實是取得學校場域的包容與體諒。

第二節 未來建議

1. 應加強老師對於過動症相關知識與訓練。若增加對於過動症的了解，可及早發現孩子的異樣並介入關心，也能盡快使用適合的教導方針讓孩子依然能有良好的學習。在此，本研究強調所謂的介入，並非只是將孩子快速轉介至醫療場域。
2. 在醫療場域中，本研究發現仍有資源可近性不足的問題，以及其他醫療資源的連結與宣導有待加強。其次則是有些母親對於診斷仍有質疑，這可能與診斷標準、參與診斷成員皆具有爭議性有關。過動症的治療流程也同樣受到學校影響，為了立即平息孩子在學校中的紛紛擾擾，使用藥物的目的就會變成以講求效率(efficiency)為優先，而非是唯一最有效果(effective)的選擇。

3. 應加強訪談中提及的各種社會資源，以及規畫出整合所有資源的平台，讓母親們清楚知道該如何使用資源。也就是說，未來應建構一個將家庭、學校與醫療照護體系緊密連結的照顧與支持環境。而社會應給予這些孩子多些包容與彈性，孩子能夠順利融入社會並發揮其所能，也擁有平順快樂的成長過程。

第三節 研究限制

1. 本研究主要限制為訪談參與者接觸困難，因此若有意願接受訪談、且合乎研究條件的家長，便隨即納入研究。因此本研究使用了許多管道找尋訪談參與者，以提升樣本代表性與外推性。
2. 另外，資料收集後發現訪談對象皆為母親，但推測與家庭角色有關，主要孩子的照顧者以母親居多，因此不影響本研究預計收取的資訊，未來研究可試著接觸過動症孩童的父親，或許會有不同的觀點與感受。
3. 最後，本研究訪談參與者的孩子年齡層較廣，儘管如此，照顧過程卻反應出相同的困境與照顧方式，因此同樣不影響主要研究主軸。

參考文獻

英文參考文獻

- AAP. (2000). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
- AAP. (2011). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- Eiraldi, R., Mazzuca, L., Clarke, A., & Power, T. (2006). Service Utilization among Ethnic Minority Children with ADHD: A Model of Help-Seeking Behavior. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(5), 607-622. doi: 10.1007/s10488-006-0063-1
- Fox, R. C. (1977). The Medicalization and Demedicalization of American Society. *Daedalus*, 106(1), 9-22.
- Kanbayashi, Y., Nakata, Y., Fujii, K., Kita, M., & Wada, K. (1994). ADHD-related behavior among non-referred children: Parents' ratings of DSM-III-R symptoms. *Child Psychiatry & Human Development*, 25(1), 13-29. doi: 10.1007/bf02251097
- Klasen, H. (2000). A Name, What's in a Name? The Medicalization of Hyperactivity, Revisited. *Harvard Review of Psychiatry*, 7(6), 334-344. doi: 10.3109/hrp.7.6.334
- MMCPHO. (2011), from <http://www.mmcphe.org/>
- Peter, C., & Schneider, J. w. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*.
- Phillips, C. B. (2006). Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD. *PLoS Med*, 3(4), e182. doi: 10.1371/journal.pmed.0030182
- Sax, L. (2003). Who First Suggests the Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?
- Schwartz, H. D. (1994). Dominant Issues in Medical Sociology.
- Timimi, S., & Leo, J. (2009). *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*.
- VanGoethem, D. K. (2010). Understanding the Construction of Homophobia as a Social Problem in Postwar America.
- Whalen, C. K., Henker, B., Collins, B E, Finck, D, Dotemoto, S. (1979). A Social Ecology of Hyperactive Boys: Medication Effects in Structured Classroom Environments.

- Whyte, S. R., Sjaak van der Geest, Anita Hardon. (2003). *Social Lives of Medicines (Cambridge Studies in Medical Anthropology)*
- Wilcox, C. E., Washburn, R., Patel, V. (2007). Seeking help for attention deficit hyperactivity disorder in developing countries: a study of parental explanatory models in Goa, India. *Soc Sci Med*, 64(8), 1600-1610. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.11.032
- Williams, S. J., & Calnan, M. (1996a). The 'limits' of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Social Science & Medicine*, 42(12), 1609-1620. doi: 10.1016/0277-9536(95)00313-4
- Williams, S. J., & Calnan, M. (1996b). Modern Medicine: Lay Perspectives And Experiences.
- Zola, I. K. (1972). MEDICINE AS AN INSTITUTION OF SOCIAL CONTROL *. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. doi: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x

中文參考文獻

- 丁志音, 劉芳助, & 李袖瑜. (2007). 以追求身心完美為名：生活機能醫藥對健康照護的危害. [In the Name of Pursuing Betterness: The Potential Menace of Lifestyle Medicines to Health]. *臺灣公共衛生雜誌*, 26(6), 443-451.
- 宋維村. (2009). 臺灣的過動症和自閉症研究.
- 周正修, 陳錫洲, 陳永煌, & 羅慶徽. (2007). 注意力不足過動症的診斷與治療. *基層醫學*, 22(9), 304-310.
- 高淑芬, & 蔡景宏. (1999). 注意力不足過動障礙症兒童的追蹤研究文獻回顧.
- 張如杏, & 林幸台. (2009). 特教醫療化現象之探討. [Exploring the Medicalization Phenomenon in the Special Education]. *特殊教育與復健學報*(21), 1-17.
- 傅秀媚. (1994). 注意力缺陷兒童的教養.
- 黃惠玲. (2008). 注意力缺陷過動疾患研究回顧.
- 蔡美馨. (2005). *過動兒的教養妙方*.
- 謝瓊慧, & 孟瑛如. (2010). 國小過動症學生之藥物治療調查研究. [The Survey of Medication Conditions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Students in Elementary Schools]. *特教論壇*(9), 47-62.

訪談大綱

1. 什麼時候開始覺得孩子與其他孩子不一樣？
2. 您是如何解讀孩子的行為與表現？
3. 當時你有做什麼改善的方法嗎？
4. 身邊親友有給您任何意見嗎？
5. 請問有發生什麼事件，促使您覺得孩子生病了？需要帶孩子去看醫生？
6. 請問您有抗拒帶孩子去看醫生嗎？
7. 有哪些考量，讓您下定決心帶孩子去看醫生？
8. 身邊親友有給您任何意見嗎？
9. 孩子是什麼時後被確定為注意力不足過動症？
10. 當身邊親友知道孩子被診斷為注意力不足過動症時，有什麼樣的反應？
11. 有人幫助您尋找協助的管道嗎？ 您有向哪些單位尋求協助？為什麼會找這些單位？
12. 請問在尋求協助的時候，是否有遇到困難與障礙？如何解決？
13. 當醫生建議服藥時，您當時的感受是什麼？您的決定是什麼？是否讓孩子服藥？
14. 親朋好友對於孩子服藥的態度為何？是否影響您對於藥物治療的看法？
15. 請問您對於藥物治療的看法為何？是最重要的治療嗎？是必要的治療嗎？
16. 您覺得使用藥物治療後，孩子的表現有很大的改善嗎？您相信藥物治療的效果嗎？
17. 讓孩子服藥/不服藥這個過程，讓您感到壓力或憂慮的部分是什麼？是否有遇到困難或阻力？是如何克服的？

有服藥

- I. 請問有按照醫師指示按時、按劑量服藥嗎？

- II. 藥物治療有帶來什麼副作用嗎？
- III. 除了服藥之外，您還有嘗試其他改善方法嗎？

未服藥

- I. 請問不讓孩子服藥，有嘗試其他治療方式嗎？
- II. 請問嘗試其他改善方法的原因是什麼？誰建議的？
- III. 您覺得這些方法有效果嗎？

18. 基本人口學資料

基本人口學資料	
照顧者資料	
年齡	
性別	
教育程度	
職業	
子女數	
婚姻狀況	
宗教	
孩童資料	
年齡	
性別	
排行	
確診時間	
就學狀況	

國立台灣大學醫學院附設醫院 研究受訪者說明及同意書

您被邀請參與此研究，這份表格提供您本研究之相關資訊，本研究已取得研究倫理委員會審查通過，研究主持人或其授權人員將會為您說明研究內容並回答您的任何疑問，請您經過慎重考慮後方予簽名。您須簽署同意書後才能參與本研究。

研究計畫名稱：

中文：醫療化與抗醫療化：過動症兒童父母親對於藥物治療的態度與其求助行為

英文：Medicalization and Anti-medicalization: The Attitude of Medication and Help Seeking Behavior for Parents of ADHD Children.

執行單位：臺灣大學健康政策與管理研究所

委託單位/藥廠：無

主要主持人：丁志音

職稱：教授

電話：(02)3366-8058

※二十四小時緊急聯絡人：黃曼青

電話：0928823228

受訪者姓名：

性別：

出生日期：

通訊地址：

聯絡電話：

一、研究目的：

本研究欲了解了解 ADHD 孩童父母親是否接受藥物治療，以及考量影響因素為何、父母親於孩童確診後的尋求協助過程與照護歷程、接受藥物治療與否的決定如何影響尋求協助過程與照護歷程。

二、受訪者之參加條件：

負責本研究的人員會幫您做評估，並與您討論參加本研究所必需的條件。您

必須在進入研究前簽署本受試者說明及同意書。

符合下列條件者，適合參加本研究：

1. 您的孩子接受精神科醫師使用 DSM-4 量表診斷為 ADHD。
2. 您為最主要照顧者。

若有下列情況者，不能參加本研究：

1. 您在閱讀、理解、填答問卷方面有障礙
2. 您的孩子接受精神科醫師使用 DSM-4 量表診斷為 ADHD 之 ADD 亞型。

三、研究方法、程序及受訪者應配合之事項：

整個研究期間大約 6 個月，預計收錄 30 人參加。

當您同意參加本研究後，將由訪員進行深度面談，每次過程僅需 60 分鐘，面談地點可由受訪者決定。若受訪者於第一次面訪時的資料尚未齊全，可能會再有 1~2 次的訪談，方式為面談或書信往來，以達到足夠資料以釐清研究問題為止。

請您遵照研究人員的指示，配合回答相關問題。在進行調查時務必請您放輕鬆，不要有任何壓力。您的回答不會對您的權益產生任何影響。

四、研究材料之保存期限及運用規劃：

提供服務給您與您孩子的治療師不會得到您所回答之內容，本研究所收集之訪談資料僅用於學術用途，預計於 2012 年 8 月前結束本研究，並將所收集之訪談資料銷毀。

五、可預見之風險及補救措施：

您需要使用約 60 分鐘進行訪談，可能會占用您些許個人時間。本訪談為面談形式，不會有洩漏隱私之風險。

若因會談時間冗長，讓您身心感到不適，請隨時與研究主持人或其他研究人員連絡，尋求說明或協助。您也可隨時提出退出本研究，我們將會尊重您意願。

六、研究預期效益：

本研究探討過動症兒童父母親對於藥物治療的態度與其求助行為，有助於對相關政策提出建議、改善兒童生活品質。

七、機密性：

臺大醫院將依法把任何可辨識您的身分之記錄與您的個人隱私資料視為機密來處理，不會公開。如果發表試驗結果，您的身分仍將保密。您亦瞭解若簽署同意書即同意您的原始醫療紀錄可直接受監測者、稽核者、研究倫理委員會及主管機關檢閱，以確保臨床試驗過程與數據符合相關法律及法規要求；上述人員並承諾絕不違反您的身分之機密性。

八、損害補償：

- (一) 如依本研究進行因而發生不良反應或損害，本院願意提供必要的協助。
- (二) 除前項協助外，本研究不提供其他形式之補償。若您不願意接受這樣的風險，請勿參加本研究。
- (三) 您不會因為簽署本同意書，而喪失在法律上應有的權利。

九、受訪者權利：

一、研究過程中，與您的健康或是疾病有關，可能影響您繼續接受本研究的任何重大發現，都將即時提供給您。

(一) 本研究已經過本院研究倫理委員會審查，並已獲得核准。本院研究倫理委員會委員由醫事專業人員、法律專家、社會工作人員及其他社會公正人士所組成，每月開會一次，審查內容包含試驗之利益及風險評估、受訪者照護及隱私保護等。如果您在研究過程中對研究工作性質產生疑問，對身為受訪者之權利有意見或懷疑因參與研究而受害時，可與本院之研究倫理委員會聯絡請求諮詢，其電話號碼為： 02-2312-3456 轉 63155 。

(二) 如果您現在或於研究期間有任何問題或狀況，請不必客氣，可與在臺大健康政策與管理研究所的黃曼青碩士生聯絡(24 小時聯繫電話：0928823228)。

本同意書一式 2 份，主持人或其授權人員已將同意書副本交給您，並已完整說明本研究之性質與目的。黃曼青碩士生已回答您有關本研究的問題。

十、研究之退出與中止：

您可自由決定是否參加本研究；研究過程中也可隨時撤銷同意，退出研究，不需任何理由，且不會引起任何不愉快或影響日後醫師對您的醫療照顧。研究主持人亦可能於必要時中止該研究之進行。

研究中途中止有兩種情況：

- (一) 第一次訪談時，您想要停止訪談。研究者會立即向您詢問是否要銷毀訪談資料。
- (二) 若遇訪談資料不足，要另外再向您進行面談或書信往來。您若無意願，則研究者不會再要求面談與書信往來，並且詢問您是否願意將第一次面談資料留給研究使用。

十一、簽名

- (一) 主要主持人、協同主持人已詳細解釋有關本研究計畫中上述研究方法的性質與目的，及可能產生的危險與利益。

主要主持人/協同主持人簽名：

日期：□□□□年□□月□□日

- (二) 受訪者已詳細瞭解上述研究方法及其所可能產生的危險與利益，有關本研究計畫的疑問，業經計畫主持人詳細予以解釋。本人同意接受研究計畫的自願受訪者。

受訪者簽名：

日期：□□□□年□□月□□日

姓名：

身分證字號：□□□□□□□□□□

聯絡電話：

□□□□□□□□□□

通訊地址：

簽名：

日期：□□□□年□□月□□日