

ADHD 孩童家長的知識及團體衛教的立即成效：以新北市為例

Knowledge and Immediate Effects of Group Educational Activities towards Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) among Parents of Children with ADHD in New Taipei City

鍾佳玘¹ Chia-Chi Chung 趙國玉^{2,3} Kuo-Yu Chao

林雪蓉⁴ Sheue-Rong Lin 史麗珠^{5,6,7*1} Lai-Chu See

¹ 長庚大學醫學院公共衛生學科研究助理

² 長庚科技大學護理科助理教授

³ 林口長庚醫院兒童心智科合聘助理研究員

⁴ 新北市政府衛生局局長

⁵ 長庚大學醫學院公共衛生學科教授

⁶ 長庚大學分子醫學研究中心生物統計核心實驗室教授

⁷ 林口長庚醫院風濕過敏免疫科合聘研究員

¹ Research assistant, Department of Public Health, College of Medicine, Chang Gung University, Taiwan

² Assistant professor, Department of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology, Taiwan

³ Joint appointment of assistant research fellow, Department of Pediatric Psychiatry, Chang Gung Memorial Hospital, Linkou, Taiwan

⁴ Director, Public Health Department, New Taipei City Government, New Taipei City, Taiwan

⁵ Professor, Department of Public Health, College of Medicine, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

⁶ Professor, Biostatistics Core Laboratory, Molecular Medicine Research Center, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan

⁷ Joint appointment of research fellow, Division of Rheumatology, Allergy and Immunology, Department of Internal Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Linkou, Taiwan

* 通訊作者：史麗珠 教授
地址：33302 桃園市龜山區文化一路259號
電話：(03)211-8800轉5119
傳真：(03)211-8363
Email：lichu@mail.cgu.edu.tw



摘要：

目的：(1) 調查注意力不足過動症（ADHD）孩童家長對ADHD的瞭解及影響因素。(2) 評估衛教活動的立即成效。

材料與方法：研究對象為2014年5-10月參加北部某縣市ADHD孩童家長團體知識衛教（2小時）的家長，於諮商衛教前後填寫問卷。前測數據，屬橫斷研究，可達成研究目的之一。前後測比較，屬單組前後測衛教介入，可評估衛教活動成效。研究工具為已具信效度的ADHD知識問卷（10題）。

結果：得有效問卷64份。(1) 平均答對題數為6.20題，平均答對率62.0%。ADHD治療方式的答對率為最低（31.3%），而可幫助患童的地方為最高（92.2%）。ADHD知識的重要影響因子為職業。(2) 經過ADHD衛教活動後，家長對於ADHD知識有顯著提升（7.09題，70.9%）。

結論：ADHD孩童家長的ADHD知識仍不足，其ADHD知識高低與職業有關。知識衛教後，家長對於ADHD的知識有顯著提升。

關鍵詞：注意力不足過動症、ADHD孩童家長、知識、衛教成效

Abstract

Purposes: (1) To survey the knowledge towards parents of children with attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) in Taiwan. (2) To examine the immediate effect of the group educational activities.

Materials and Methods: Study subjects were parents of children with ADHD and attended the group educational activities about ADHD in New Taipei City, from May and October, 2014. (1) A cross-sectional study design using the pre-test data was used to address the first objective. (2) A single group pretest and posttest trial was used to assess the second objective. Participants were asked to fill out a questionnaire before (pretest) and after (posttest) the education activities (2 hours). The measurement tool was a 10-item questionnaire about the knowledge of ADHD with acceptable reliability and validity.

Results: A total of 64 participants was analyzed. (1) The mean items of correctness of ADHD knowledge was 6.20 (62.0%). The item about treatment method of ADHD had the lowest % of correctness (31.3%), and which act being helpful to children with ADHD had the highest % of correctness (92.2%). Their occupation was associated with their ADHD knowledge. (2) After participating the group educational activities, their knowledge significantly increased (7.09, 70.9%).

Conclusions: The parents of children with ADHD do not know very much about ADHD. Their occupation was associated with their ADHD knowledge. Significant immediate effect on ADHD knowledge was seen after education activities.



Keywords: attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD), knowledge, parents of children with ADHD, immediate effects of group educational activities

1. 前言

注意力不足過動症 (attention-deficit / hyperactivity disorder, ADHD)，俗稱過動症，是一種常見的兒童時期的精神疾病。症狀包括：注意力不足、過動、反抗對立。造成ADHD的原因目前還沒有定論，可能是因為腦部前額葉-紋狀體及前額葉頂葉迴路及連結的多個腦區的功能不足，造成不專心、忘東忘西、坐不住、衝動、情緒和動作的控制失調、及組織管理的能力不佳等問題。其症狀可自學齡持續至成人，如不介入處理，可能會合併其他的問題：如適應障礙症、反社會人格、甚至犯罪行為 (蔡景宏 & 高淑芬, 1999)。對個人的學業、工作及人際關係、家庭和社會的衝擊極大。

世界各國ADHD的盛行率，介於5-7%間 (Willcutt, 2012)。台灣ADHD的盛行率介於6.3-12%間 (黃惠玲, 2008)。學齡期患童的男女比大約9:1，到青春期为2-3:1。通常在7歲前就會出現ADHD相關的症狀，造成課業上、人際互動上的困擾。患童約有5-10%出現學習障礙 (learning disabilities)、40-60%出現對立反抗性障礙 (oppositional defiant disorder) 等疾病。長期追蹤研究發現，60-80%的患童到青春期，40-60%到了成人期時，其症狀仍符合ADHD的診斷 (高淑芬, 2013)。

ADHD的治療包括藥物治療、行為輔導治療及合併藥物和行為輔導治療。藥物治療對多數ADHD孩童的核心症狀 (注意力不集中、過動及衝動) 有明顯的治療效果，可以維持較長的注意力，對於指令能夠服從，減少衝動的行為或攻擊行為，使同學較易接納他，親子之間的互動也會變好 (蔡景宏 & 高淑芬, 1999)。但藥物治療的效果多為短期的，不服藥時注意力缺陷與過動行為就會出現。因此仍須配合行為輔導治療，如親職教育與行為輔導等，家長也需經專業人員協助培養耐心及特殊技巧增進教養技能，來幫助兒童順利發展社交技能，教導兒童良好行為並改善其學習問題。14個月的臨床試驗結果顯示，單純藥物治療或合併藥物和行為輔導其效果明顯優於單純行為輔導或一般的社區照顧的對照組 (The M. T. A. Cooperative Group, 1999)。

過去研究顯示，ADHD孩童的父母對於ADHD的瞭解有限。50%的父母認為ADHD不是因為生物或是基因的因素造成的，52%認為ADHD是來自父母溺愛造成。父母從懷疑孩子疑似有ADHD到第一次正式轉介，時間約間隔1年半 (Ghanizadeh, 2007)。ADHD孩童接受治療最大的阻礙通常是父母的意願。父母通常會擔心孩童被標籤化，遲遲不肯就醫，或是擔心藥物治療對孩童有害，造成間斷服藥、停止用藥或是自行調整藥物劑量等情形發生。家庭在配合ADHD孩童的介入與治療可分為：(1) 主動積極配合型、(2) 被動配合型、(3) 阻



抗型（何雯儀, 2008）。又在治療ADHD孩童的方式中接受程度最高的是參加親職教育團體，其次為藥物治療。對於病因的認知正確，或是有參加過ADHD協會及其他支持團體的父母親，對於藥物治療的接受度意願較高（林裕芳, 1998）。國外的研究顯示，父母若是對ADHD的認識程度愈高，能使得對於藥物治療有正向的態度（Bennett, Power, Rostain, & Carr, 1996），也較能接受藥物治療合併非藥物治療（Corkum, Rimer, & Schachar, 1999）。

2. 研究目的

北部某縣市政府衛生局率先於2014年在其轄區內的國小2年級進行全面ADHD篩檢、評估鑑定、ADHD衛教及醫療協助。藉由教育局協助發放SNAP-IV篩檢量表、家長填寫，然後由ADHD評估鑑定醫療網絡，對家長提供衛教活動（包含講座及手冊）及醫療協助。醫療協助方面，有評估鑑定醫療自付額補助及家長、孩童團體諮商補助。同年5-10月在其轄區內的合約醫療院所舉辦家長團體知識衛教活動，以家中有ADHD孩童的家長為優先邀請參加衛教活動，期望透過衛教提升ADHD孩童家長的知識，及不排斥讓孩童接受治療。並請參加衛教活動的家長填寫前後測問卷，瞭解ADHD孩童家長在參加ADHD衛教活動前的知識衛教成效。

本研究屬二手資料分析，對2014年5-10月參加北部某縣市ADHD孩童家長團體知識衛教的家長的問卷作統計分析。前測數據，可獲知ADHD孩童家長對ADHD瞭解多少及ADHD知識的影響因素。前後測比較，可評估衛教活動成效。

3. 材料與方法

3.1 研究對象

研究對象為2014年5-10月參加北部某縣市ADHD孩童家長團體知識衛教的家長。值得一提，大部份參加衛教活動的家長，都是因教育局發放SNAP-IV篩檢量表，由ADHD評估鑑定醫院網絡知道其孩童為ADHD。

3.2 研究設計

前測數據，屬橫斷研究，可獲知ADHD孩童家長對ADHD瞭解多少及ADHD知識的影響因素。前後測比較，屬單組前後測衛教介入，出席家長填寫ADHD知識問卷（前測），進行ADHD知識衛教（約2小時），結束後請家長再次填寫問卷（後測），可評估衛教活動成效。

3.3 ADHD衛教

由合約醫療院所舉辦ADHD諮商衛教活動（2小時），滿10人開課，提供ADHD確診孩童之家長參加。知識衛教邀請醫師為講師，內容包括：ADHD臨床表徵、成因、特質、診



斷、藥物介紹、特殊教育及社會資源。

3.4 研究工具

採記ADHD孩童姓名、出生年月，可將前後測問卷配對，但父母未記名。(1) 人口學：出生年月、填寫人與孩童關係、教育程度、職業、親友有無罹患ADHD。(2) ADHD知識量表（10題版本）：詢問ADHD症狀、流行特質、延誤就醫、可能致因、父母管教與症狀之關係、治療、停藥、行為治療、可幫助患童的地方。均為單選題，五選一，其中一個選項為「不知道」，避免受測者猜測答案，以提昇填寫結果的可信性。又針對否定題目，會將否定字眼如「不、無」前後字隔開，並加網底，減少誤解題意的可能。ADHD知識量表題數精簡，內容涵蓋範圍廣，具良好信效度。專家效度CVI=85.0%，難度指數在23.3%至52.6%間，鑑別指數在76.0%至94.1%間。Cronbach's α 為0.70。在2星期內填寫量表兩次，多落在95%一致性區間（95% limits of agreement）內及沒有特別形態，即具時間穩定性（史麗珠 et al., 2015）。(3) 家長協助意願：在衛教後詢問是否願意觀察、記錄及陳述孩童在家行為，協助醫師瞭解孩童、是否願意協助孩童按醫師指示服用治療ADHD藥物、其他建議。

3.5 統計方法

描述性統計採用平均數、標準差、人數、百分比來描述資料特性。ADHD知識前測，依數據尺度，採用獨立樣本t檢定、變異數分析來檢驗人口學變數與ADHD知識量表總答對題數之關係。當變異數分析達統計顯著意義，用LSD多重比較來找出有差異地方。多變量分析（multivariate analysis）方面則採用線性複迴歸（multiple linear regression, MLR），並採用向前法（forward selection）來找出終極模式（final model）。採麥氏檢定(McNemar test)比較單題前後測差異。採成對樣本t檢定(paired t-test)比較前後測總答對題數差異。本研究之顯著水平為0.05。

4. 結果

4.1 人口學特性

共71位ADHD孩童家長出席ADHD知識衛教，扣除家長重複上課者5份、資料不完整者2份，得有效問卷64份，回收率為89.8%。母親佔多數（51.6%）。教育程度以大專或大學居多（56.3%），依序為高中職（12.5%）、國小/國中(9.4%)及碩士或以上（4.7%）。職業以家管較多（31.3%），工/商/金融（17.2%），教育/醫療/公（12.5%），服務業（9.4%），以退休/無最少（6.3%）。32.8%的家長表示親友有罹患ADHD，35.9%表示親友無罹患ADHD，18.8%表示不知道親友有無罹患ADHD。家長的ADHD孩童平均年齡為8.1歲（標準差3.5歲）（表1）。



表1 人口學性質 (n=64)

	n(%)		n(%)
與孩童關係		親友有無罹患ADHD	
父親 6(9.4%)		無	23(35.9%)
母親	33(51.6%)	有	21(32.8%)
寄養家庭	6(9.4%)	不知道	12(18.8%)
爺爺	2(3.1%)	未填寫	8(12.5%)
未填寫	17(26.6%)	ADHD孩童年齡	
教育程度		6歲或以下	11(17.2%)
國小/國中	6(9.4%)	7歲	7(10.9%)
高中職	8(12.5%)	8歲	5(7.8%)
大專或大學	36(56.3%)	9歲	8(12.5%)
碩士或以上	3(4.7%)	10歲或以上	8(12.5%)
未填寫	11(17.2%)	未填寫	25(39.1%)
職業		平均數±標準差	8.10±3.45
工/商業/金融	11(17.2%)		
家管	20(31.3%)		
服務	6(9.4%)		
教育/醫療/公	8(12.5%)		
退休/無	4(6.3%)		
未填寫	15(23.4%)		

4.2 ADHD知識量表之答對率

平均答對題數為6.20題（95%信賴區間=5.67-6.74題）。「#1 ADHD症狀」、「#10 家長可幫助患童的地方」的答對率均超過80%。「#2 ADHD出現年齡」及「#7 治療方式」的答對率均低於40%。值得注意的是，在「#2 ADHD出現年齡」中，有37.5%的ADHD孩童家長認為「ADHD會在6歲前出現」，有35.9%的ADHD孩童家長認為「ADHD會在12歲前出現」。在「#3 流行特質」中，有7.8%的ADHD孩童家長認為「罹患ADHD與家庭經濟狀況有關」，4.7%的ADHD孩童家長認為「罹患ADHD與父母教育程度有關」。在「#4 延誤就醫後果」中，也有6.3%的ADHD孩童家長認為「如果孩童可以靜靜看電視或打電動超過30分鐘，就不用擔心他有ADHD的問題」，更有4.7%的ADHD孩童家長認為「ADHD孩童行為問題隨著長大會消除」。而在「#7 治療方式」中，有43.8%的ADHD孩童家長認為「行為治療最重要」，有31.3%的ADHD孩童家長認為「藥物治療最重要」。此外，一些答對率較低的題目，其回答不知道比例(#2, #3, #5, #6, #8)在12.5%-21.9%間（表2）。



表2 ADHD知識量表作答情形(n=64)

題項（有劃底線者為正確答案）	人數(%)
1. 下列何者 不是注意力不足過動症(ADHD)的主要症狀？	
(A) 孩童在遊戲活動中無法持續維持注意力	1(1.6%)
(B) 孩童經常處於活躍狀態	2(3.1%)
(C) 衝動	1(1.6%)
<u>(D) 智能不足</u>	<u>54(84.4%)</u>
(E) 不知道	6(9.4%)
2. 根據精神疾病診斷與統計手冊第四版（DSM-4），ADHD症狀應該在7歲前。第五版（DSM-5）將ADHD症狀修正在幾歲前出現？	
(A) 6歲前	24(37.5%)
<u>(B) 12歲前</u>	<u>23(35.9%)</u>
(C) 15歲前	1(1.6%)
(D) 18歲前	1(1.6%)
(E) 不知道	14(21.9%)
3. 關於台灣孩童罹患ADHD的統計結果，下列何者 不 正確？	
(A) 平均100位約有6-12位是ADHD孩童	7(10.9%)
<u>(B) 男女生數量大致相同</u>	<u>35(54.7%)</u>
(C) 與家庭經濟狀況無關	5(7.8%)
(D) 與父母教育程度無關	3(4.7%)
(E) 不知道	11(17.2%)
4. 有關ADHD的敘述，下列何者正確？	
(A) ADHD孩童不會出現情緒障礙、焦慮等問題	1(1.6%)
<u>(B) 患童沒有接受治療，長大後較容易衍生不良行為、反社會行為人格等</u>	<u>47(73.4%)</u>
(C) 如果孩童可以靜靜看電視或打電動超過30分鐘，就不用擔心他有ADHD的問題	4(6.3%)
(D) ADHD孩童行為問題隨著長大會消除	6(9.4%)
(E) 不知道	3(4.7%)
5. 下列何者 不是造成ADHD的可能因素？	
(A) 媽媽懷孕期間抽菸喝酒	2(3.3%)
(B) 癲癇	9(14.1%)
(C) 頭部外傷	9(14.1%)
<u>(D) 父母管教失當(如：過度處罰、不當處罰)</u>	<u>33(51.6%)</u>
(E) 不知道	10(15.6%)

ADHD：注意力不足過動症。：未填寫者或填寫多個答案。

4.3 ADHD知識之單變量及多變量分析

單變量分析結果顯示，職業與ADHD知識有統計顯著意義。家長職業為工/商業/金融、服務、教育/醫療/公的ADHD知識高於職業為服務、退休/無者。家長職業為教育/醫療/公的ADHD知識亦高於職業為未填寫者(p=0.0020)。其餘變數如與孩童關係、教育程度、親友有



無罹患ADHD則與ADHD知識無達統計顯著意義。線性複迴歸結果顯示，僅職業被選入模式，可解釋ADHD知識的變異量27.3%。家長職業為服務、退休/無、未填寫者的ADHD知識量表總答對題數分別較職業為家管者低2.62題、3.45題、1.35題（表3）。

表3 ADHD知識單變量及多變量分析 (n=53)

單變量分析				多變量分析		
	n	平均答對題數 ±標準差	p	迴歸係數 ±標準誤	p	累積R ²
				截距	3.50±0.97	0.0006
職業			0.0020 ¹	職業		27.29%
教育/醫療/公 家管	8	7.38±1.60 ^A	0.0003 ²	教育/醫療/公 家管	0.43±0.81	0.6026
工/商業/金融 服務	11	6.81±1.66 ^{AB}		工/商業/金融 服務	-0.13±1.73	0.8570
退休/無 未填寫	6	4.33±2.58 ^C		退休/無 未填寫	-2.62±0.90	0.0053
	4	3.50±1.29 ^C			-3.45±1.06	0.0019
	15	5.60±2.56 ^C			-1.35±0.66	0.0462
親友有無罹患ADHD						
無	23	5.83±1.99	0.6802 ¹			
有	21	6.48±2.32	0.6236 ²			
不知道	12	6.08±2.43				
未填寫	8	6.75±2.19				
與孩童關係			0.3688 ¹			
父親	6	7.17±1.83	0.1733 ²			
母親	33	6.27±1.79				
寄養家庭	6	6.17±2.93				
爺爺	2	3.50±2.12				
未填寫	17	6.06±2.66				
教育程度			0.2557 ¹			
國小/國中	6	5.33±2.16	0.1483 ²			
高中職	8	5.50±2.51				
大專或大學	36	6.53±1.83				
碩士或以上	3	8.00±1.00				
未填寫	11	5.64±2.98				

¹：變異數分析（含未填寫）。²：變異數分析（不含未填寫）。^{A,B,C}：LCD多重比較結果，相同英文字母 (a, b, c, d) 者表示未達統計顯著意義；不同英文字母 (a, b, c, d) 者表示已達統計顯著意義。



4.4 ADHD知識衛教成效

ADHD衛教前後均有填寫ADHD知識問卷的家長共33位。衛教後，ADHD孩童家長對ADHD的知識提升幅度最多為「#2 ADHD出現年齡」(21.2%)。第1題、第5題、第9題及第10題均無提升。單題部分，僅第2題在前後測達統計顯著意義，其餘各題均無達統計顯著意義。整體而言，衛教前的平均答對題數為6.15題，衛教後的平均答對題數為7.09題，且達統計顯著意義(表4)。90.9%的家長願意觀察、記錄及陳述孩童在家行為，協助醫師瞭解孩童。78.8%的家長願意協助孩童按醫師指示服用治療ADHD藥物(表5)。

表4 ADHD知識量表前後測答對率 (n=33)

題項	前測 答對人數	後測 答對人數	答對率 前後差異	p
1 ADHD症狀	29(87.9%)	29(87.9%)	0%	1.00001
2 ADHD出現年齡	13(39.4%)	20(60.6%)	21.2%	0.01961
3 流行特質	17(51.5%)	20(60.6%)	9.1%	0.17971
4 延誤就醫後果	24(72.7%)	30(90.9%)	18.2%	0.08331
5 可能致因	17(51.5%)	17(51.5%)	0%	1.00001
6 症狀持續	22(66.7%)	27(81.8%)	15.1%	0.09561
7 治療方式	7(21.2%)	13(39.4%)	18.2%	0.05781
8 停藥時機	18(54.6%)	23(69.7%)	15.1%	0.09561
9 行為治療	24(72.7%)	23(69.7%)	-3.0%	0.70551
10 家長可幫助患童的地方	32(97.0%)	32(97.0%)	0%	1.00001
平均±標準差	61.5±21.1(%)	70.9±17.4(%)	9.4±14.8(%)	0.0009 ²
平均答對題數±標準差	6.15±2.11	7.09±1.74	0.94±1.45	

¹: 麥氏檢定。²: 成對樣本t檢定。

表5 ADHD孩童家長的協助意願(n=33)

	n
願意觀察、記錄及陳述孩童在家行為，協助醫師瞭解孩童？	
不願意	1(3.3%)
願意	27(90.9%)
未填寫	2(6.1%)
願意協助孩童按醫師指示服用治療ADHD藥物？	
不願意	4(12.1%)
願意	26(78.8%)
未填寫	3(9.1%)



5. 討論

5.1 ADHD孩童家長的知識

本研究結果顯示，ADHD孩童家長對於ADHD知識量表的平均答對題數為6.20題，即整體答對率為62.0%（95%信賴區間=56.7%-67.4%）。澳洲研究採KADD-Q量表(The Knowledge about Attention Deficit Disorder Questionnaire, KADD-Q)（67題，是非題加上一個「不知道」的選項）調查92位ADHD孩童父母的ADHD知識，ADHD孩童父母的整體答對率為62.1%（West, Taylor, Houghton, & Hudyma, 2005）。國內研究採自編之ADHD藥物治療知識問卷調查94位ADHD孩童父母的ADHD藥物治療知識，ADHD孩童父母的整體答對率為61.9%（戴莉珍, 2009）。綜合國內外研究結果，ADHD孩童父母對於ADHD知識問卷的答對率介於61.9%至62.1%間，本研究結果與其相符。

單題部分，與國外採KADD-Q量表評估ADHD孩童家長的知識相比，「#5 可能致因」本研究的答對率（51.6%）稍低於國外研究（76.7%），而「#1 ADHD症狀」本研究的答對率（84.4%）則是高於國外研究（62.8%）（West et al., 2005）。由於使用的問卷量表不同，且題型、樣本數、研究程序也略有差異，造成在答對率上有所差異。

5.2 ADHD孩童家長知識的影響因素

本研究多變量結果顯示，ADHD孩童家長在ADHD知識量表的總答對題數與職業有顯著關連。家長職業為服務業、退休/無、未填寫者的ADHD知識量均較家管者低。進一步分析顯示，本研究中職業為家管的教育程度為大專或大學者的比例（70.0%）相較於服務業（66.7%）、退休/無（50.0%）、未填寫者（26.7%）高。可能是教育程度有差別的關係。國內某研究顯示，教育程度為專科以上的家長在ADHD的藥物治療知識上顯著高於教育程度為高中職以下的家長（戴莉珍, 2009）。可能是樣本數太少（服務業、退休/無的樣本數太少，分別只有6人與4人），造成抽樣偏差的結果。

5.3 衛教的立即成效

ADHD孩童家長的ADHD知識各題的提升幅度在0%至21.2%間，其中提升幅度前3名依序是「#2 ADHD出現年齡」（21.2%）、「#7 ADHD治療方式」（18.2%）、「#4 延誤就醫後果」（20.0%）達統計顯著意義。應是在衛教內容中有教導關於ADHD的成因、診斷、症狀、發現率、輔導策略等內容，使得在衛教前對於ADHD的症狀、流行特質、延誤就醫、治療方式不甚了解的家長，在衛教過程中了解題目的正確答案，因此在衛教後的答對率明顯上升，顯示此衛教具有立即成效。國外曾對64位ADHD孩童家長以AKOS量表（ADHD Knowledge and Opinion Scale, AKOS）衡量為期12個月知識衛教成效，結果顯示ADHD孩童家長的知識顯著上升（Corkum et al., 1999），與本研究結果相同。

但是，平均答對題數（6.15，衛教前）提升到衛教後的7.09，後測答對率的提升可能是民眾在前測時已將題目看過，有記憶效應，也可能是衛教者於衛教時作引導式之重點提



示，使得後測成績提升。這種成效似乎偏低，建議未來可改善衛教方法，例如採用團體討論、角色扮演等。

5.4 意願

大多數家長會因孩子身體不識或情緒障礙至醫院求診，較少因注意力不足或過動與衝動去就診（臧汝芬, 吳光顯, & 劉秋平, 2002）。一些ADHD孩童家長認為藥物會成癮（48.7%），認為有害（25.5%），認為會抑制孩童生長（7.6%），這些疑慮會影響家長帶ADHD孩童去就醫的意願（Kwasman, Tinsley, & Lepper, 1995）。而本研究結果顯示，在衛教前，有43.8%的家長認為行為治療較為重要，僅有31.3%的家長認為藥物治療較為重要，顯示國人普遍不接受用藥物治療的觀念。經衛教後，有39.4%的家長認為藥物治療較為重要。

本研究結果顯示，經過ADHD衛教後，能增加家長對ADHD的瞭解，願意觀察、記錄及陳述孩童在家行為，協助醫師瞭解孩童，及願意協助孩童按醫師指示服用治療ADHD藥物。因為問卷是在衛教結束便填寫，所以本研究後測的提升只能算是立即成效。又在其孩童接受治療後，家長的協助孩童按醫師指示用藥情況，值得日後繼續追蹤。

6. 研究限制

本研究對2014年5-10月北部某縣市政府衛生局舉辦之ADHD衛教活動的問卷作二手資料統計分析。實務上，無法如學術研究般嚴謹，有許多研究限制。(1) 本研究受限於人力、物力、時間，又人數不多，只在北部某單一縣市進行收案，結果無法推論到全國。又參與者屬自願出席，其代表性不理想。(2) 在成效評估部分，無法如介入試驗有對照組，衛教成效易受質疑。又課程內容及次數、講師授課能力、家長學習能力差異等，均有可能影響學習效果，建議未來研究可以增加這些項目，以便分析衛教成效。問卷雖採記孩童姓名、出生年月，可將前後測問卷配對，但家長未記名。又部份家長填寫問卷時，未記錄其孩童姓名或出生年月，所以只有一半的家長有成功前後測配對。(3) 未要求參與家長配合後續的追蹤，其孩童接受治療後，無法獲知家長的協助孩童按醫師指示用藥情況。(4) 未紀錄家長的年齡、性別。

7. 結論與建議

ADHD孩童家長的ADHD知識仍不足，對ADHD仍有許多誤解。未來於衛教宣導時，應加強對ADHD相關知識及重視，職業為服務業、退休/無的ADHD孩童家長更是重點加強對象。ADHD知識衛教能提升家長對於ADHD的瞭解，並提升家長協助孩童按醫師指示用藥的意願。



參考文獻

- [1] 史麗珠、鍾佳、趙國玉、林雪蓉、侯嘉玲、林慧芬，「注意力不足過動症知識量表之設計及信效度評估」，台灣衛誌，第三十四卷第三期，民國104年，319-334頁。
- [2] 何雯儀，「學齡期注意力缺陷過動症兒童接受中樞神經興奮劑治療的生活經驗」碩士論文，臺灣大學，民國97年。
- [3] 林裕芳，「過動兒行為問題、父母親教養壓力與治療接受意願之相關探討」碩士論文，高雄醫學大學，民國87年。
- [4] 高淑芬，「家有過動兒-幫助ADHD孩子快樂成長」，臺北市：心靈工坊文化，2013。
- [5] 黃惠玲，「注意力缺陷過動疾患研究回顧」，應用心理研究，第四十期，民國97年，197-219頁。
- [6] 臧汝芬、吳光顯、劉秋平，「臺灣某國小注意力不足過動兒童之盛行率」，臺灣精神醫學，第十六卷第三期，民國91年，202-212頁。
- [7] 蔡景宏、高淑芬，「注意力不足過動障礙症兒童的追蹤研究文獻回顧」，高雄醫學科學雜誌，第十五卷第六期，民國88年，307-314頁。
- [8] 戴莉珍，「注意力缺陷過動症兒童之重要他人對藥物治療知識與態度之調查研究」碩士論文，國立屏東師範學院，民國98年。
- [9] Bennett, D. S., Power, T. J., Rostain, A. L., & Carr, D. E. 『Parent acceptability and feasibility of ADHD interventions: assessment, correlates, and predictive validity』 *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 21, No. 5, 1996, pp. 643-657.
- [10] Corkum, P., Rimer, P., & Schachar, R. 『Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: Impact on enrolment and adherence to a 12-month treatment trial』 *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 44, No. 10, 1999, pp. 1043-1048.
- [11] Ghanizadeh, A. 『Educating and counseling of parents of children with attention-deficit hyperactivity disorder』 *Patient Education and Counseling*, Vol. 68, No. 1, 2007, pp. 23-28.
- [12] Kwasman, A., Tinsley, B. J., & Lepper, H. S. 『Pediatricians' knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of attention deficit and hyperactivity disorders: a national survey approach』 *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Vol. 149, No. 11, 1995, pp. 1211-1216.
- [13] The M. T. A. Cooperative Group. 『A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder』 *Archives of General Psychiatry*, Vol. 56, No. 12, 1999, pp. 1073-1086.
- [14] West, J., Taylor, M., Houghton, S., & Hudyma, S. 『A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)』 *School*



Psychology International, Vol. 26, No. 2, 2005, pp. 192-208.

- [15] Willcutt, E. 『The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review』 Neurotherapeutics, Vol. 9, No. 3, 2012, pp. 490-499.

