

應用行為治療於一位注意力不足過動症個案之護理經驗

陳侑浩¹ 陸瑞玲²

摘要：本文係筆者針對一位注意力不足過動症（ADHD），因衝動控制力不佳及情緒調適障礙，而出現暴力行為之青少年的護理經驗。於2008年4月4日至5月2日護理期間，運用「精神衛生護理評估」並藉由會談、觀察等方式收集資料，發現個案有高危險性暴力、因應能力失調、照顧者角色緊張等健康問題。經建立治療性人際關係，協助個案確認其干擾、暴力等非理性因應行為，及負向情緒表達所導致之人際困擾與親子衝突等問題，藉由行為治療之各項操作技巧，有效改善個案問題行為，增加其生活自理及自我控制能力，進而提升自信與自尊。

本報告闡述護理人員在照顧青少年ADHD個案時，除了監測藥物效果外，藉由行為治療可有效改善個案干擾、衝動行為，並學習正向情緒調適之技巧。案母共同參與行為治療計畫期間，護理人員同理單親案母，需獨自面對案女初次被診斷為ADHD的衝擊與情緒衝突，提供情緒支持與疾病相關護理，及教導調整親子互動技巧、教養方式，提升個案及案母於出院後發展正向親子互動關係，及學習正確疾病處置能力，使個案與案母共同建構規律、結構化的生活型態，達到與疾病共存的生活適應能力。

關鍵詞：行為治療、注意力不足過動症。

前 言

注意力不足過動症（attention-deficit /hyperactivity disorder, ADHD）是學齡兒童常見的精神疾病，研究顯示在台灣盛行率約為7.5%，男女比例為3：1，以衝動及過動表現最易被發現（Kau, 2007）。除了專注力差、過動及衝動行為等核心症狀外，衍生的問題包括認知能力、學業成就、情緒困擾及社會適應上較同齡學童困難，其症狀表現常被家長誤認為發展時期的好動而延誤治療，直至青少年時期出現衝動控制困難、人際關係差、甚至出現反抗對立、行為規範障礙等現象使家長產生親職壓力才有所警覺（Kau, 2007；臧、

張、劉、吳，2007）。

青少年合併ADHD對其個人衝擊與家庭完整性的破壞更為嚴重。本報告之青少年在臨床ADHD個案中，屬少數具備易被忽略的注意力不足集中型、及外向性行為情緒障礙之行為問題，其衝動控制力不佳及出現干擾、暴力行為之情緒調適障礙，在學校、社會、家庭呈現多重不適應現象。且案母對於個案之精神症狀行為顯無助、無法處理且產生嚴重焦慮情形，此時，護理人員需更關切其行為問題對生活之影響，護理過程中運用行為治療理論與技巧，減少個案衝動行為、增加適應能力，住院期間並與醫療團隊討論合作，引導個案與案母共同參與護理計畫，有效改善個案暴力、衝動干擾行為並學習新的因應技巧、改善親子衝突之護理經驗。

文獻查證

一、青少年時期ADHD症狀表現與護理重點

ADHD是兒童期及青少年期常見的精神疾病，細分為注意力不集中型、過動-衝動型及綜合型等三類。個案若出現不專注、衝動及過動症狀至少六項且持續六個月以上，症狀在七歲以前即已存在，且發生在兩個情境以上，即可被診斷為ADHD（孔，2002）。目前研究發現ADHD的病因來自腦部前額葉功能異常，致其不專心、衝動、坐不住、情緒和動作控制失調，而社會及家庭因素則與症狀嚴重度、持續度、長期癒後有密切相關（Kau, 2007）。學者表示超過50%的ADHD青少年易有行為規範障礙（如逃家、輟學、偷竊、說謊、混幫派）或對立性反抗行為（頂嘴、愛找藉口）；30%可能發展成物質濫用行為（如抽煙、酗酒、吸毒）導致社會適應問題，如脾氣暴躁、反抗行為、與人衝突（Root & Resnick, 2003）。

¹台北榮民總醫院護理部護士 ²台北榮民總醫院護理部護理長
受文日期：99年5月18日 接受刊登：100年1月28日
通訊作者地址：陸瑞玲 臺北市北投區石牌路二段201號
電 話：(02) 28757040

若合併有腦傷更加重其分心、粗心、好動、情緒衝動行為等症狀，隨年紀增長過動行為會減少，但注意力短暫和衝動問題行為仍需長期輔導（林，2006；陳、李，2002）。

ADHD個案因學業成績表現不佳，學習成就感低，為提升其學習動機及減少注意力不足、過動及衝動等行為，護理指導的重點為：每次指導的時距勿太長，宜採分段式教導；利用一對一學習提供個別化學習情境；學習環境需結構化設計；適度調整學習情境，隨時了解學習情形並提供即時協助；重要訊息應加以強化提醒，使用行為表現積分表、作息表顯著圖示等，協助規律化作息；明確指出受增強的具體專注行為；以直接指導代替苛責，經常關心與逐步漸進式教導；發掘優點及學習長處，多用增強原則讚美，建立成就感及學習信心（鄭，2007；侯，2001）。

ADHD個案治療包含藥物與行為改變技術、個別/團體心理治療及親職技巧諮商等非藥物療法，對於有對立反抗行為及親子關係不佳的個案，藥物合併行為治療則能提高治療效果，達到行為改善的目標（周、陳、陳、羅，2007；高、邱、蔡、宋，2004；臧、張、劉、吳，2007；Gau, Shen, Soong, & Gau, 2006）。

二、行為治療於ADHD之應用

行為治療可修正個案不當的情緒及行為反應，學習新的行為模式並增強自我控制能力，在精神衛生護理過程中已被廣泛運用並有良好的成效（謝、康、林、陳、謝，2007）。在行為修正應用之原則與技巧，如正增強（愉快的經驗）、負增強（不愉快的經驗）、懲罰、隔離、代幣制度（給予象徵性的記號以換取所喜歡的東西或活動）等方式，針對不當行為所造成的問題加以修正，有效協助個案養成適當行為，減少說謊、偷竊及衝動暴力等偏差行為（莊，2003）；而ADHD個案需高度結構性和計畫完善的運用行為治療來控制其問題行為，增進適應能力。其中應用代幣制度能有效減少個案攻擊及暴力行為，有效維持ADHD個案學習及降低其阻斷性行為出現（陳，2008）。

行為治療是否能有效成功運用需具備下列要項為：與個案建立良好人際關係、評估個案行為問題、評估個案改變意願、評估個案學習能力、確立個案問題行為、擬定行為治療計畫：目標行為、治療期間、應用改變行為理論與技巧、行為觀察與記錄方法、獲

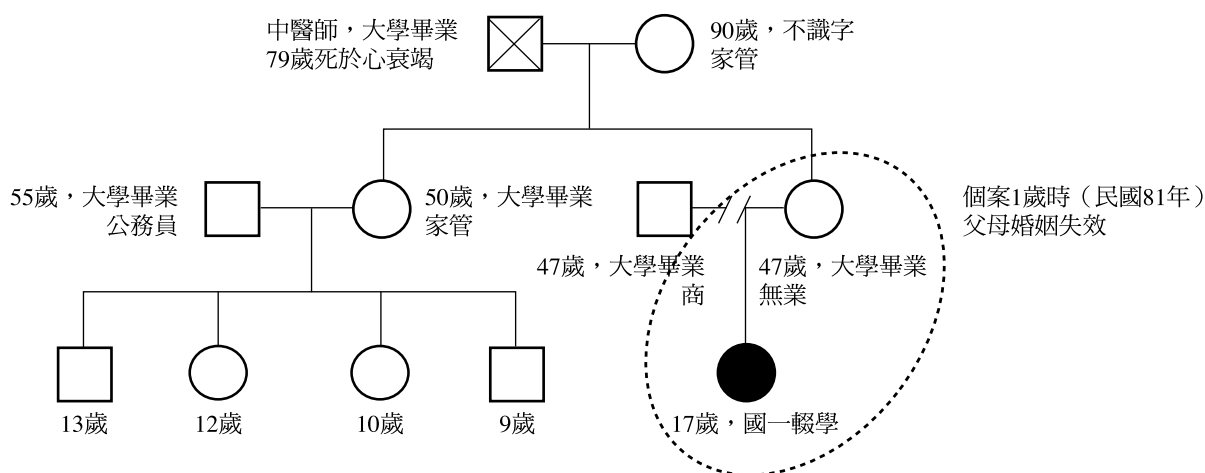
得醫療團隊支持與配合、向家屬及個案說明治療目標、方法、過程、角色與責任、可能結果、獲得其個案同意簽署行為治療契約書、定期評估與修正、治療結束與總評值（謝、陳、曾、蔡、蕭、黃、戎，2006）。其中取得個案同意、與家屬達成共識，訂定具體可行的目標行為並配合日常生活演練，使其所學到的適應行為成為生活的一部份，持續給予鼓勵及肯定，延續個案改變動機與承擔的責任感，更是達成行為治療的重要因素（謝、康、林、陳、謝，2007）。

三、青少年期ADHD家庭相關照顧技巧

青少年階段面臨認同或角色混淆的發展危機，住院壓力除了對ADHD個案身心衝擊外，家屬更易產生親職壓力與焦慮的身心症狀，對家庭支持系統差的單親家庭照顧者而言是一種負向的、嚴重的、可能持續終身的慢性疾病，更為一種長期內心爭戰。護理人員應以溫暖、具同理心的態度關懷家屬對個案照顧感受，提供具方向性的ADHD照護指導及適當的社會支持資源提供，教導案母面臨壓力時，以問題取向之因應為：自我探索、自我尋找，其次為尋求他人協助；情緒方面因應方式為：找親友訴說壓力或藉由聊天方式減少壓力，其次為將注意力轉移到與個案無關係的活動上；身體方面教導以放鬆的步調紓解壓力如：休息、喝咖啡、泡三溫暖等。護理人員藉由介入ADHD照護有效的模式（藥物治療加上行為治療），進而加強ADHD照顧者親職能力（劉、胡，2005；臧、張、劉、吳，2007）。

個案簡介

- 一、基本資料：林××，17歲，未婚女性，國中輟學，診斷為注意力不足過動症（ADHD）。
- 二、家庭史（家庭評估）：案家為單親家庭，父母離異後未再與父親連繫，家族支持系統薄弱。個案個性固執好動，為獨生女。與母親同住關係親密，家族成員無精神疾病史。母親因生意失敗欠債，常搬家居無定所。目前無工作，有低收入戶補助，親戚皆在國外未往來互動。家庭圖譜如圖一：
- 三、個人史及病史：據案母描述個案幼年始有易分心、坐不住等行為。11歲時曾遭母親同居男友以枕頭悶害，導致腦部缺氧呈植物人狀態，住院治療三個月後逐漸復原，但注意力變得更差，無



圖一 家庭圖譜

法專心、表達能力差、反應慢、無法靜坐、多衝動怒罵髒話言詞及行為，常做惡夢致24小時不敢關燈，藏刀子於枕頭下揚言復仇，曾接受精神科治療，後因乏病識感而中斷；之後注意力差、坐不住、衝動控制力不佳情形更形嚴重，導致無法專心上課、無法依規定交作業、常無故冒擊性言詞、吵鬧，而遭到同學排擠，勉強完成國小學業。升國中後環境適應不良，學業成就低，易與同學衝突，曠課嚴重，已輟學超過一年，期間流連網路交友、夜店等場所，交友複雜有集結飆車、吸煙行為，否認有使用禁藥。因家中經濟困難，社會局曾介入安置但遭個案抗拒，且逃出安置機構。自覺被母親遺棄，而有多次攻擊母親的行為（踢、毆打、抓頭髮撞牆等），曾於他院精

神科住院治療，出院後仍未規則服藥及返診。

四、現在病史：住院前兩週出現作息紊亂、話多、活動量大、衝動行為加劇、情緒激躁易怒，對母親暴力毆打，遭鄰居報警帶至本院就醫，經醫師評估後於2008年4月4日入院接受治療。

護理評估

運用「精神衛生護理評估」（周、蕭、曾、謝、戎、黃，2006）於2008年4月4日始進行行為觀察記錄，依生理、心理、智能、社會、靈性等五大層面進行整體性護理評估，結果如下：

護理層面	評估內容
一、生理層面	
一般外觀	平時長髮披散未整理，任由衣著凌亂不整不加理會。當有目的性欲接觸心儀男性時會擅自拿取他人衣物穿著打扮，喜歡穿無袖緊身上衣、迷你窄短裙褲，暴露腹部。
營養狀況	身高159公分，體重54公斤，BMI：21，屬於正常範圍。住院期間進食多推託，時而將食物含在嘴巴作嘔狀，時而分送他人或握手中捏碎，頻表示「要絕食給媽媽看」，但可吃完母親帶來的漢堡，而盤餐於提醒下大多可吃完80%量，口腔黏膜完整無異狀、皮膚完整有彈性。
睡眠型態	多日夜顛倒，平均睡眠時間約4-5小時，常作惡夢驚醒，24小時不關燈，持續5-6年。近半年來睡眠時數約3-4小時。住院期活動量大不斷踱步走動時而奔跑入他人房間取物忙碌，易被話語激怒而情緒起伏，無法自行入睡，需針劑使用、限制活動或重複安撫才能漸入睡，夜眠片段早醒，平均睡約5小時。
排泄狀況	1-2天排便1次順暢，性狀偏硬，腹部觸診柔軟；解尿順暢無困難。
活動情形	生命徵象測量均正常。住院期多聆聽隨身聽，偶爾跳舞、繪畫，但專注力差。常主動要求參加職能治療活動，活動期間走來走去觀看他人活動情形並插嘴干涉打斷他人談話、不耐等候指示就開始自行做事，專注力及持續力差，無法靜坐，時而製造聲響。

自我照顧	自我照顧能力差，房間內衣物被服用過物品垃圾凌亂隨意放置，用餐須提醒監督，沐浴更衣需定時提醒，可自行如廁但多忘記備齊所需用物而按緊急鈴或叫喚他人要求幫忙。
生殖系統	月經規則（1次/28-30天），每次5-6天，無經期不適，可自理。外生殖器外觀無異狀，VDRL：（-）。案母及病人表示無性行為。
Lab檢查	4/5抽血檢查LDH：269U/l，TG：220mg/dl，PLT：375000/cumm異常偏高，自述為天天吃牛排、熬夜打電玩之生活所致，對非健康生活型態不以為意。

生理層面評估，評估個案有自我照顧能力缺失、睡眠型態紊亂等健康問題。

二、心理層面

情緒	住院期間約1天6-7次，因適應問題及社交互動技巧差而導致情緒起伏大，容易被言詞激怒，不耐等待大聲哭鬧，甚而不加思索的咒罵髒話、推打他人，衝動控制力差。曾要求購物未及時滿足，向母親拉扯頭髮、潑水甚而威脅撞牆自傷之言行；重複表示11歲時曾遭母親同居男女性侵害且以枕頭悶害事件，怨恨母親與司法無法為她討回公道，揚言將自行採取報復行動等。
心情	遇及不如意事件（如：活動中無法耐心排隊等待自己順序，不當行為遭提醒、所要求事物遭他人拒絕等），會不斷踱步、敲打物品、激動哭喊、大罵、推擠，引導下多以紅筆畫出哭臉符號表示心情超差、生氣、難過、傷心、不爽，自評心情不滿分數皆達滿分。
調適方法	遇挫折時，常使用否認、指責、外射等防禦機轉，不認為自己有錯，以嚎啕大哭、吶喊尖叫、咒罵推打對方等方式發洩。

心理層面評估，評估個案有高危險性暴力、因應能力失調等健康問題。

三、智能方面

知覺方面	正常，無明顯幻覺及錯覺。
認知方面	因過去經驗個案被害想法固著，溝通不具彈性、多負面思考。認知功能落於輕度智能不足之範圍，非語文能力較語文能力佳。邏輯鬆散，組織力弱。給予指令需要簡單明確，與之溝通需要伴隨引導式問話。心測結果顯示個案對精神症狀題目較敏感，會詳問題意，不斷表示「我又不是瘋子，幹嘛問這些」顯防衛，遇到困難總責備別人。解讀社會情境技巧欠佳，常有錯誤解讀情緒的反應，思考較表淺，使用詞彙簡單乏精細描述，精確度欠佳，具自我中心傾向。在需自我控制情境下無法建立有效認知策略，衝動控制差；在結構性程度高、需警覺、無外在刺激干擾情境下，前期注意力正常，但後期明顯注意力不足。
行為方面	不斷地重複提及過去所遇不如意事件（被媽媽拋棄、沒有朋友）使自己未來無希望之聯想，感不公平、挫折，滔滔不絕陳述無法中斷，重視的事情一定堅持達到目的，否則敲桌哭鬧、言詞挑釁不罷休。在團體活動中，等不及輪到自己，常沒讀完問題就作答，且常打斷或插入其他人的活動，且注意力散漫不集中、時而無法抑制憤怒情緒，而直接言詞攻擊甚而推拍打他人。
JOMAC	1.判斷力--一般生活事件判斷力正常。但邏輯推理能力不佳。 2.定向感--對人、時、地，定向感可正確回應。 3.記憶力--立即記憶力差，如無法正反背誦7352數字。近期記憶力差，經常忘記物品放置地點；遠期記憶力尚可。 4.抽象思考能力--抽象思考能力差，對「一日之計在於晨」表示不知道。 5.計算能力--一對兩位數加減運算之計算能力差，無法在90秒內將100減7連續減完，乏耐心，且計算結果錯誤多超過十題。對需集中精神的敘述式數學問題更感困難，無法回答。
注意力	專注力差，無法專注於細節，與他人對話時顯得心不在焉，難以完全遵守指示完成組織性工作。經常感到無聊，閱讀時常常忘記讀到哪裡，無法完整地完成寫作，數學運算、拼字、標點符號經常疏忽出錯，丟三落四，找不到物品，很難忽略週遭環境帶來的刺激，易注意力分散。
病識感	否認生病，多表示住院是被陷害的，病識感缺乏。

智能層面評估，個案有因應能力失調、思考過程改變、社交互動障礙等健康問題。

四、社會層面

自我概念	個案表示自己是個有仇必報，有恩必答的人，認為自己要掃除身邊壞人，才是對自己好。自知母親辛苦但不自主會怨恨母親讓自己活在陰暗無光沒有未來的角落，希望自己從來未曾出生受罪。表達目前生活沒有快樂只有仇恨，多哭訴「小時候的我人見人愛，現在的我人見人恨」，對自我多負向想法，缺乏對自己行為結果的認知。自覺優點為「心地善良，會幫助老人家」；自己最大長處為會跳舞、編舞，對未來表示「學業完成很重要，因為現在社會靠文憑，期望自己能半工半讀到高職畢業」。
人際關係	在學期間易坐立不安、注意力無法集中，激動時即頂嘴罵三字經，學業成績低落，人際關係常遭人恥笑、受老師責罵、同學排擠。輟學期間交友複雜，與他人互動具有攻擊性、說謊、遇不如意事即叫囂、比中指等不禮貌言詞舉動，缺乏自我抑制能力，住院期間對年長病友做鬼臉行為，喜歡與同儕男性往來，但因無法適切表達，常遭拒絕而感被排擠。個案表示不知道自己人際關係為何被排擠。

支持系統	父母離異多年，主要照顧支持者為母親，親戚無往來互動，情感相互依附牽絆，與母親關係密切，但母親常感愧疚，自責自己為失敗的母親未能盡保護職責；當個案被診斷為ADHD時，多否認。互動方式多溺愛及保護，會立即滿足個案要求，但個案多次暴力相向讓母親感無力且不知所措。對與女兒相處皆保持高度警戒、緊張、保護及害怕矛盾情緒中。
社會層面評估，個案有因應能力失調、照顧者角色緊張等健康問題。	
五、靈性層面	
人生觀	自覺活著就是要快樂，事情依循自己想法行動，沒有不行的事。
信仰觀	個案自訴因自己在不順遂時多靠神佛機緣協助化解，故感恩偶爾讀佛經。住院期間可見其拿經書閱讀。
自我實現	未來計畫能再度復學。對未來生活期許為「能夠結婚、生小孩，過著幸福日子」。
靈性層面評估，個案無明顯健康問題。	

問題確立

根據護理評估結果歸納個案之主要健康問題共計七項如下：

- 一、高危險性暴力/與衝動控制能力差、缺乏因應調適能力有關
- 二、個人因應能力失調/與不適當壓力因應方式、支持系統不足有關
- 三、照顧者角色緊張/與親職教育關係衝突及促進孩童健康行為相關知識缺乏有關

- 四、思考過程改變/與曾有腦部缺氧、情緒障礙有關
- 五、睡眠型態紊亂/與長期心理障礙、情緒不穩定有關
- 六、自我照顧能力缺失/與認知損傷、情緒障礙有關
- 七、社交互動障礙/與負面經驗、溝通技巧缺失、自我概念紊亂有關

護理期間自2008年4月4日至5月2日。因礙於篇幅，僅就影響最主要之前三項健康問題，呈現護理計畫處置，詳述如下：

護理計畫

一、高危險性暴力/與衝動控制能力差、缺乏因應調適能力有關（4/4-5/1）

相關資料	護理目標	護理措施	護理評值
S (4/4) : 1.救命呀，我沒有病（大叫）。 2.王×蛋，惹到我就死定，試看看 3.我就是要大鬧、要抗議，要你管	短期： 個案一週內能在引導下表達個人需求說出自我暴力行為的原因。	1.建立信任之護病關係 (1)每日上下午各一次會談，視個案專注力每次10~15分鐘，主動關心日常所需。 (2)以堅定、簡單、具體辭彙，示範並引導個案具體描述表達感受。 (3)傾聽、陪伴個案，對其不合宜之情緒表達或行為，採同理、不批判之態度回應。	4/9個案態度急躁，能說出在家暴力行為原因為母親不聽其說話、懦弱。 4/10重複述說內心感不平事件，對要求未立即滿足則咒罵三字經，用力甩門、摔他人收音機等。
O (4/4) : 1.對要求不耐煩等待，未立刻滿足時即握拳追踢搥打、拉扯母親頭髮行為，有多次毆打母親暴力史。 2.激動、焦躁不安、易怒，易受環境干擾大聲喊叫，多挑釁言詞、態度敵視。	中期： 個案三週內能辨識自我瀕臨暴力徵候，說出三項自我控制情緒的方法。 長期： 個案在出院前不再出現暴力行為。	2.教導情緒辨識及處理技巧 (1)討論情緒穩定的優點，如：a.可以交朋友，被朋友喜歡；b.容易被別人瞭解，自己自信心提高以提升改變之動機。 (2)引導個案反思瀕臨暴力時之徵兆，如：音量大、不耐煩、緊握拳頭、來回疾速走動等，鼓勵其感受到時及時向工作人員或母親求助。 (3)與個案共同檢視暴力行為原因、結果，曾經以其他調適方式呈現之成效。 (4)引導共同討論，並寫下適合個案情緒控制的方法有哪些，隨時提醒。如：當我遇到激動事情時，我要深呼吸；我要冷靜；我要控制；我要離開；我要寫日記；我要告訴醫生護士幫忙。	4/13案母能主動討論並正向肯定行為修正方案，表達願意學習個案照顧方式及配合行為修正內容執行。

- (5)給予簡單、明確說明情緒控制放鬆技巧指導，以轉移注意力，如：看書、聽音樂，作肢體伸展運動，打桌球，洗溫水澡，繪畫，繪製卡片，遊戲等。
- 3.訂定行為修正方案
- (1)三班詳細觀察記錄個案問題行為種類及出現頻次(4/5-4/9)。
- (2)評估個案動機與學習能力，與個案及案母共同討論行為修正之方式，對個案之助益，以取得個案與案母之配合。
- (3)依行為觀察記錄之結果，確立目標行為有：a.情緒激動，罵、打人。b.說謊。c.擅取或討要他人物品、食物。
- (4)擬定行為治療計畫，依個案功能以正增強(加分項目：寫日記、繪畫、參加團體活動)、負增強(扣分項目：情緒激動罵人打人、說謊、擅取或討要他人物品食物)及代币制度(每日累計得分，得以用分數換取零食、電話卡及外出活動)等策略進行行為修正(4/10)。
- (5)於團隊會議中討論行為治療計畫，達成共識(4/10)。
- (6)與個案及案母說明行為治療目標及執行方式，取得參與同意契約書(4/10)。
- (7)每日17:00全責或代責護士與個案討論當天表現，並予以計分獎勵。全責護士每週二次、每次15分鐘與個案及案母共同討論行為約定內容，評估個案執行困難度適時調整與修正。
- (8)行為修正過程中不斷給予個案正向鼓勵、讚美和肯定，以加強個案良好的行為表現。
- 4/14罵、打人、說謊、擅取他人物品之干擾行為頻次降低(詳見附錄)。
- 4/18能說出當自己生氣快失控時會語氣兇、罵人、握拳頭。能說出當生氣時可以控制情緒的方法為“我要深呼吸；我要冷靜；我要控制；我要離開；我要寫日記；我要幫忙”。
- 4/23衝動控制力仍欠佳，但有配合執行行為約定內容意願，由約定初期一天至少一次執行扣分項目，能減少為三天一次。
- 5/1情緒偶顯煩躁，但能主動向工作人員要求至安靜的環靜聽音樂、跳舞放鬆情緒；或拿出日記本，書寫情緒事件感受。

二、個人因應能力失調/與不適當壓力因應方式、支持系統不足有關(4/4-5/1)

相關資料	護理目標	護理措施	護理評值
S(4/4)： 1.不要惹到我，小心我乾哥強X你們 2.我恨那個老色魔(指於個案11歲時曾遭母同居男友性侵害且以枕頭悶害事件)，以後哪個男人要我 3.她(指病友)叫我去死我才敲牆壁的，反正現在的我沒差了，沒希望了 4.我很可憐，怎麼都沒有人理我…(哭泣狀)。	短期： 個案一週內在引導下能說出自己面對壓力情境時內心感受。 中期： 個案三週內能以不傷害方式直接表達壓力感受 長期： 個案在出院前能說出自己面對壓力時正向因應調適方式至少兩項	1.以不具威脅及批評性態度傾聽陪伴，予充分時間說出對壓力事件因應感受，協助確認目前所面臨之壓力來源。 2.尊重個案溝通企圖，當她需要時，給予充分時間問問題，適時回應。 3.引導反思傷害自己及他人之行為後果及感受，鼓勵表達修正意願。 4.鼓勵個案察覺自己的壓力反應模式，正視自我在面對壓力時不當抗壓方式。 5.鼓勵以不傷害方式表達需求，如：主動言詞表達我有話要說、要求至安靜環境大喊、聽音樂跳舞運動、辨識自己情緒，深呼吸告知週遭信任的人我在生氣不要靠近，暫時離開壓力情境。 6.教導合宜壓力因應調適方法，如：(1)內在對話的使用，告訴自己「不要急，慢慢來」、「放輕鬆、我是做得到的」。(2)給自己在察覺情緒即將潰堤的剎那，有自己喊「停」的能力，暫時停止思考、暫時不做判斷、暫時離開令人不快的情境、暫時把事情拋在腦後，待情緒和緩下來時，才重新思考，再做因應。(3)教導肌肉鬆弛技巧、呼吸調息法、運動等。 7.鼓勵並隨時提醒當情緒變化時，書寫情緒日記表達。內容為：當時發生何事件、心情代表圖案、當下感受、當下處理、如何更好。 8.提供病室作息時間表，使個案瞭解病室應遵行哪些規範及作息，增加安全感。	4/13個案面臨壓力情境時，能主動告知工作人員我有話要說，並要求至安靜環境大喊或聽搖滾音樂、跳熱舞轉移注意力。 4/18於心情日記中寫出「我想再當植物人，因為現在的我人見人恨，超不爽的」。 4/22-4/28願意配合日常生活自理，但書寫心情日記及繪畫之意願降低，干擾行為頻次略微增加(詳見附錄)，與個案共同討論原因，正增強其努力與成績，團隊會議中檢討行為約定內容及提升正增強部分，決議若分數達15分持續4天，假日母親可陪同外出4~6小時。
O(4/4)： 1.注意力易分散，重複問話，乏耐性等待。 2.情緒高昂，話多、活動量大，重複表達對母親恨意及復仇想法			

- 9.於4/10始共同討論，訂定行為約定內容，以正向行為表現作為加分項目，鼓勵個案執行，內容包括：
- (1)日常生活自理：能每日洗臉刷牙、摺被、洗頭、洗澡、洗衣服、穿著合宜、配合服藥。
 - (2)參加團體活動分享經驗、參與活動持續力佳、能按時適量用餐。
 - (3)提升調適因應能力，包括：寫心情日記、繪畫等。加分項目每項達成加2分，分數若達10分/天，次日可領取零食及電話卡。若持續兩天，每天分數達15分，可由工作人員陪伴花園活動15分鐘。
- 10.當能自我控制情緒時，給予適時讚美，鼓勵自我欣賞今日表現，自我評分正向肯定。
- 4/30能主動執行加分項目，予立即讚賞肯定努力行為，可面露笑容接受。
- 5/1能寫心情日記表達長期所面對的壓力為遭性侵害事件壓力，雖然事件過去了，但想起那段過程及自己身體目前無法控制自己情緒的身體，心中只有怨恨。
- 5/2個案能說出當自己面臨壓力時要不斷告訴自己「要冷靜」、「不生氣」、「放輕鬆、我做不到」，深呼吸，暫時離開不愉快情境。

三、照顧者角色緊張/與親職教育關係衝突及促進孩童健康行為相關知識缺乏有關 (4/4-5/1)

相關資料	護理目標	護理措施	護理評估
S (4/4) :	短期：	1.給予陪伴、充分時間，鼓勵案母談論照顧感覺、關心、挫折及擔心感受，適時同理心支持、正向回饋。	4/10案母能說出面對個案病情欠穩感擔心自己無力照顧，有自責的負向情緒表現。對個案住院期待為1.生活習慣、行為能被約束矯正
1.她講話結巴、坐不住，注意力沒辦法集中，性子急起來就罵髒話，我已經照顧六年了，都不知道怎麼熬過來的，我為了保護孩子，都不忍心苛責。	案母一週內在工作人員引導下能說出自身在照顧個案時所面對的壓力及內心感受。	2.鼓勵表達面對個案時，自身所面臨壓力情緒及調適因應過程感受。	2.我能好好休息3.不要動不動就罵人、打人。
2.都是我害她變這樣，想到就很自責，如果我沒有強求那段感情就不會有事。	中期：	3.鼓勵表達對個案照顧上倍感壓力之困難處。	4/20案母能說出注意力缺損過動症症狀為注意力無法集中坐不住、不停動來動去、話多愛插嘴。能說出照顧技巧為提醒按時吃藥；學習及寫作業地點擺設簡單化，避免分心；分段完成作業期間給予立即讚許。對於個案之不良行為表現（如言詞挑戰），案母能以立即性眼神接觸、拒討論方式忽略之。
3.我睡都沒辦法睡，一直想一直想，曾經想過要自殺解脫，可是留下孩子怎麼辦，她還那麼小（哭泣）	案母在三週內能說出注意力缺損過動症症狀及照顧技巧至少兩項	4.鼓勵案母說出照顧個案經驗及所觀察之疾病症狀，釐清母親對疾病認知程度。	5/1案母能口頭正向肯定住院期間有效的應用行為治療成效，出院前降低個案暴力及干擾頻率至0-1次/天，而壓力調適適應增加到3-4次/天（詳見附錄），有意願出院後延續行為治療技巧。
O (4/4) :	長期：	5.教導案母「注意力缺損過動症」疾病認識及照顧技巧、注意事項說明。	5/1案母能接受將個案安置轉介於日間留院，使個案繼續在特教輔導中學習。對未來來提及會擔心居無定所，無法提供個案好的出院照顧品質。但可表示目前社會局也提供自己定期諮商及關懷，加上有低收入補助，且有教會朋友幫助可以堅強面對目前生活困境。
1.個案行為紊亂時，案母多叫囂、斥責、推擠、拉扯。	案母出院前能有動機延續行為治療技巧，能說出對未來正向規畫兩項	6.提供案母「注意力缺損過動症」疾病認識及治療、照顧技巧衛教單張指導，鼓勵提問並回覆示教。	
2.案母探視時多哭泣、自責、焦慮狀，支持系統缺乏。		7.解釋及示範正向教養方式技巧，鼓勵學習運用，如：即時對正向行為表現做出回饋、反應，或確認兒童注意力集中所做首要努力表現，予此行為正向回饋反應。	
		8.鼓勵每天抽出時間與個案在沒有被干擾不討論任何主題情境中與個案互動。	
		9.鼓勵藉由立即性眼神接觸或肢體碰觸的退縮，來表示其不良行為表現的忽略，並拒絕討論不良行為，以避免因此個案獲得因不良行為衍生的附帶收穫，如滿足更多關注需求。	
		10.教導案母出院居家延續行為治療重要性及方法指導。	
		11.說明結構式環境對個案生活適應學習重要性，傾聽個案及母親之擔心及想法。	
		12.評估案母對個案安置情緒反應，需要時，提供支持、認知介入措施和解決問題技巧。	
		13.鼓勵案母說出出院後安置想法及計畫，適時提供協助。	
		14.轉介社工師提供社會補助及福利資訊。	
		15.與日間病房護理師共同評估介紹說明，並轉介青少年日間病房、向日葵學園治療學習。	

討論與結論

青少年階段面臨認同或角色混淆的發展危機，本個案為青少年又合併ADHD，衝動控制力不佳及情緒調適障礙，攻擊、暴力行為對其個人衝擊與家庭完整性的破壞更為嚴重。照護此個案護理過程，筆者經歷單親案母需獨自面對個案初次被診斷為ADHD的衝擊與情緒衝突壓力，體驗到必須與個案及案母雙方皆建立信任的護病關係，搭起母女雙方溝通的橋樑，才能達到治療效果。護理期間，合併運用行為修正模式之各項操作技巧，並以敘事書寫技巧，建立個案學習正向的壓力調適方法。由於案母的全程參與，學習調整面對個案功能降低的失落與罪惡感，轉以更積極態度配合個案的行為治療，此亦為能有效改善個案行為問題的重要因素之一，與謝等（2007）研究結果相似。同時護理人員執行行為治療的重複護理評估、修正內容與執行技巧，才得以成功有效改善個案干擾、暴力行為，個案與案母關係也藉此獲得改善。

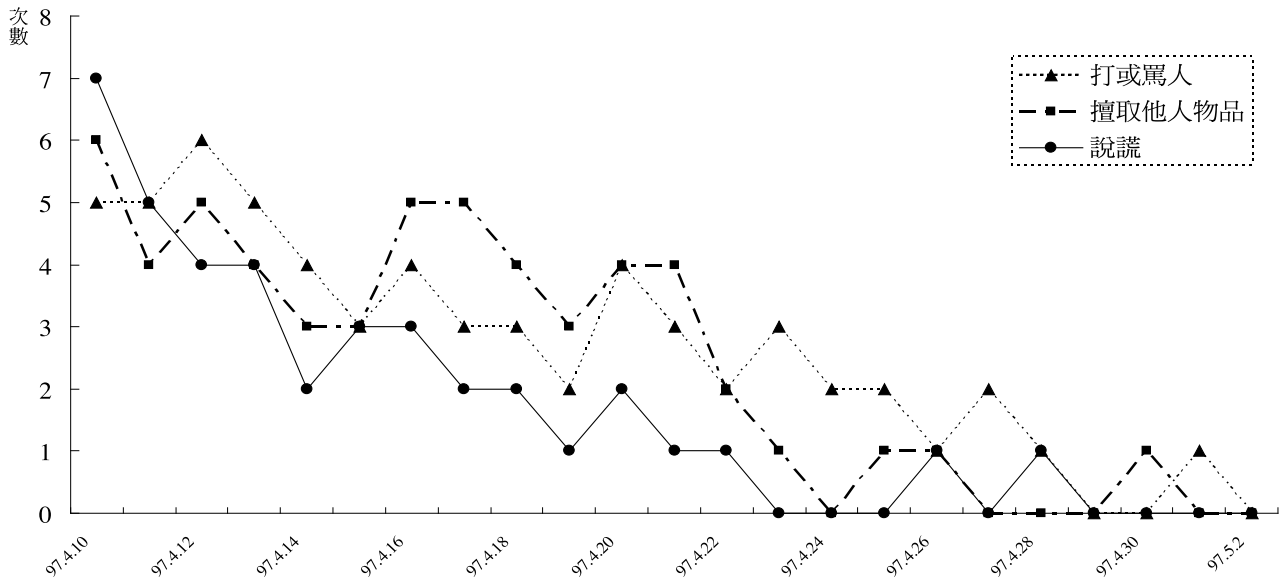
惟行為改變需經一段時日的養成，受限於健保住院天數之規定，行為修正於急性住院期間僅為一個開端，雖見到壓力調適行為有些微改變之成效，卻必須予以出院的安排，又正值青春期的個案，叛逆、自尊心低落、易放棄之個性，且家庭支持系統薄弱是行為治療延續的缺口，因此，本個案建議轉介本院青少年日間病房進行後續復健計畫，期能持續提供結構性生活規範、關懷，延續行為修正以達持續性照護，以使其學習正向行為得以延續。

精神科護理人員善用行為治療的理論與技巧，加入以家庭為中心之全面照護信念，除能改善問題行為、學習新的行為模式，更能有效的幫助個案及案母，學習面對問題行為照護及增加就學適應。在此護理過程中，臨床護理人員能對行為治療理論實務有更清楚認識與熟悉，實際運用於臨床護理上，不僅能拓展護理人員的專業角色功能，更能提升臨床護理照護品質。

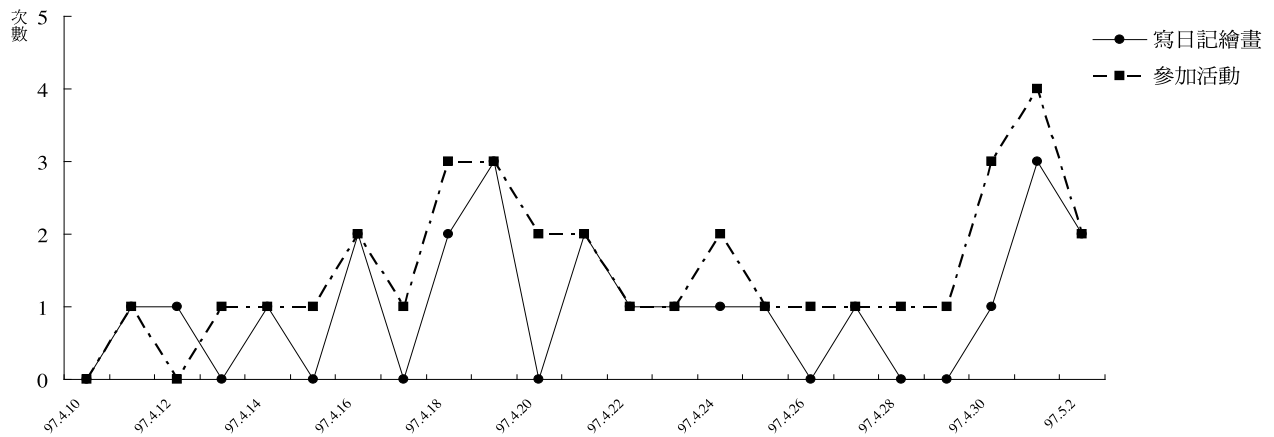
參考文獻

- 孔繁鐘（2002）· DSM-IV精神疾病的診斷與統計·台北：合記。
- 林建平（2006）· 注意力缺陷過動症兒童的診斷與處遇· *特殊教育季刊*，101，1-8。
- 侯禎塘（2001）· 注意力缺陷過動症兒童的教育與輔導· *國教天地*，146，12-18。
- 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。
- 周桂如、蕭淑貞、曾洙荔、謝淑貞、戎瑾如、黃瑞媛（2006）· 精神衛生護理師培訓內容—建構精神衛生護理評估實務能力· *精神衛生護理雜誌*，1（1），15-22。
- 高淑芬、邱彥男、蔡文哲、宋維村（2004）· 某醫學中心使用Methylphenidate治療注意力缺損過動症的平均日劑量· *台灣精神醫學*，18（2），136-141。
- 莊惠美（2003）· 認知行為治療在過動兒治療之應用· *諮商與輔導*，22（9），41-43。
- 陳政見（2008）· *行為改變技術*·台北：華都。
- 陳逸群、李鶯喬（2002）· 注意力不足過動症· *臨床醫學*，49（6），403-409。
- 劉毓芬、胡心慈（2005）· 「破繭而出的意義」～一位自閉症兒童的母親之心理歷程· *特殊教育研究學刊*，29，225-250。
- 臧汝芬、張玉坤、劉珣瑛、吳光顯（2007）· 注意力缺陷過動症兒童之共病現象對父母的影響· *台灣精神醫學*，2（2），45-53。
- 鄭瑩妮（2007）· 團體治療應用於注意力不足過動症兒童· *諮商與輔導*，261，12-16。
- 謝玉萍、康翠萍、林青蓉、陳錦茗、謝淑貞（2007）· 行為修正運用輕度智能不足之精神病患探討· *精神衛生護理雜誌*，2（2），45-53。
- 謝淑貞、陳錦茗、曾秋美、蔡文佩、蕭淑貞、黃瑞媛、戎瑾如（2006）· 精神衛生護理師培訓內容—建構行為治療實務能力· *精神衛生護理雜誌*，1（1），34-41。
- Gau, S. S., Shen, H. Y., Soong, W. T., Gau, C. S. (2006). An openlabel, randomized, active-controlled equivalent trial of osmotic release oral system methylphenidate in children with attention- deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16（4），441-455.
- Kau, S. S. (2007). Psychiatrists need to know more about childhood- onset mental disorder. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 21(4), 239-241.
- Root, R.W., & Resnick, R. J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit / hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research & Practice*, 34(1), 34-41.

附錄 行為治療之基準線與進程



圖二 暴力及干擾行為



圖三 壓力調適行為

A Nursing Experience of Behavior Therapy with an Attention-deficit/ Hyperactivity Disorder Patient

Yu-hao Chen¹ • Ray-Ling Luh²

ABSTRACT: This article describes our experience of nursing an adolescent girl with ADHD and prone to violent acts due to poor impulse control and emotional adjustment disorder. In the nursing process, information was collected through the interview and observation methods. By means of a psychiatric mental health nursing assessment, we found that the patient's health problems included a high risk of violence, and a lack of adaptation and problem-solving ability. During the establishment of therapeutic relationships with the patient and her mother, we strengthened the patient's motivation to change by helping her to affirm her non-rational behaviors (disturbance, violence...) and expressions of negative moods, which had led to interpersonal difficulties and parent-child conflicts. With behavior therapy techniques, we effectively improved the patient's problem behavior, and increased her capacity for self-care and self-control, thus enhancing her self-confidence and self-esteem. Nursing staff empathized with the mother's reaction and emotional conflicts when her daughter was first diagnosed with ADHD. After the patient and her mother had been provided with emotional support, disease-related care and guidance, and parent-child interaction skills, and their methods of discipline had been adjusted...etc., the patient and her mother were able to establish a structured lifestyle, and achieve a state of well-being despite the disease.

This case report describes the conduct of nurses taking care of adolescent ADHD cases. In addition to monitoring drug effects, behavioral therapy can improve the patient's level of disturbance and impulsive behavior and help him or her to learn the skills of emotional adjustment. Parents who participate in behavioral therapy programs can also learn parent-child interaction skills, which can facilitate positive parent-child interaction and proper treatment of the disease, while increasing the patient's confidence in and capacity to adapt to life after discharge from hospital.

Key Words: Behavior therapy, Attention-deficit/ Hyperactivity disorder.

¹RN, Taipei Veterans General Hospital; ²HN, Taipei Veterans General Hospital.

Received: May 18, 2010 Accepted: Jan 28, 2011

Address Correspondence to: Ray-Ling Luh, No. 201, Shih-Pai Road, Section 2, Taipei 11217, Taiwan, ROC.

Tel: 886(2)28757040; E-mail: rlluh@vghtpe.gov.tw