

走過治療也走進教室： ADHD 醫療介入與校園支持的多重敘事

賴詮中*

林沐恩

賴宜辰

國立臺灣師範大學
特殊教育學系
碩士生

國立臺東大學
特殊教育學系
碩士生

國立臺灣師範大學
特殊教育學系
碩士生

摘要

本研究以自我民族誌探討注意力不足過動症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD）學生於醫療介入與教育實踐的經驗與挑戰。並透過敘事情節分析與主題分析，聚焦於藥物歷程、自我決策與教學回應三大面向。研究以同一事件的多聲徑對話呈現不同角色的詮釋，涵蓋藥物使用的正向與負向經驗。研究結果指出，ADHD 學生的支持不應僅依賴藥物，而需在符合醫囑的前提下，透過師生、家長與醫療端的共享決策，培養學生逐步發展自我覺察與藥物自決能力。教師除了需具備轉譯醫療資訊的能力，亦應發展多元回應學生需求的教學觀，並在課室中營造正向支持氛圍，避免將診斷與藥物簡化為單一行為管理工具。跨專業團隊若能以學生為核心，將醫療語言與教育策略結合，並同時回應家庭焦慮與學生聲音，方能實現有效合作。本研究強調 ADHD 學生在醫療與教育交界處的多重經驗，並提出教學決策、跨專業合作及政策發展之建議，以推進以學生為中心的教育支持模式。

關鍵詞：注意力不足過動症、藥物自我決策、跨系統合作、醫療介入

* 通訊作者：賴詮中，通訊方式：johnlai900816@gmail.com

收稿日期：2025/7/15；修訂日期：2025/9/18；接受日期：2025/12/9

DOI:10.6249/SE.202606_77(2).0016

壹、緒論

當代特殊教育實務中，注意力不足過動症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD）為教師與醫療人員共同面對的重要課題。ADHD 為一種常見的神經發展障礙，主要症狀包含注意力不集中過度活躍與衝動控制困難（American Psychiatric Association, 2022）。這些特徵使學生在課業表現、人際互動與情緒調節層面造成顯著影響，進而干擾其學校生活與社會適應。根據衛生福利部（2021）統計資料，ADHD 在臺灣的盛行率約為 7.5%至 10%，與國際平均值相近。然而，當中的就醫比率約 1.62%，且其中能接受穩定及持續治療者僅為 1%。此現象不僅揭示社會對於 ADHD 就醫仍存在疑惑與誤解，更反映出醫療介入與教育支持之間有顯著落差，急需建立跨系統合作機制以提升學生支持品質。

實務現場中教師對於 ADHD 學生的理解，常受到醫療診斷與行為標籤的影響，這些醫療觀點雖有助於辨識症狀，卻未必能轉化為教學現場中具體且有效的支持策略（Franz et al., 2023; Singh, 2008）。然而，許多教師缺乏對神經多樣性（neurodiversity）的理解，使其在面對過動與衝動行為時，傾向以紀律處理（discipline-oriented responses）作為首要反應，而非採取正向管教或教育性介入策略（educational interventions），以回應學生實際需求（Wilson et al., 2023）。此外，Daniels 等人（2015）也指出，當學校將學生的行為歸咎於病症時，通常忽略了學習環境、教學方法與關係互動對於學生的影響，使得學生更加排斥學校以及造成在校適應的困難，教師若未能將醫療資訊與教學知能有效整合，將難以提供 ADHD 學生所需各方支持。綜上可知，建構能有效整合教育現場觀察與醫療診斷建議的跨系統支持模式，對於提升 ADHD 學生的學習成效與社會適應，具關鍵的意義。

本文以自我民族誌（autoethnography）為核心，透過研究者的生命經驗書寫與反思，探討 ADHD 學生在醫療介入與教育實踐交織下的意涵與挑戰。研究由 1 名曾接受診斷與藥物治療的 ADHD 特殊教育研究生撰寫生命故事，並結合多名具教學經驗的教師觀點，呈現教育與醫療交界處的主體經驗與詮釋。本文進一步透過個人敘事重構醫療介入對教育選擇、專業信念與教學實踐的影響，並揭示教育與醫療體系間的落差與誤解。透過多重視角比較，分析制度困境、角色模糊與溝通障礙，辨識跨專業合作的契機。最終提出具體的教育建議，轉化敘事為行動策略，並強調教師角色、資源整合與學生需求回應模式的建構。

貳、文獻探討

一、ADHD學生的藥物介入與自我決策歷程

（一）用藥經驗中的主體性與自主權發展

在 ADHD 的治療歷程中，藥物介入常常被認為可以改善注意力、減少衝動行為與提升課堂適應的有效方式（Connolly et al., 2015; Pelham et al., 2022）。然而對於正在成長階段的學生而言，藥物使用不僅是生理層面的介入，更是個體對自我認同與自我理解深刻交織的歷程。許多學生在初期是被動地接受用藥，只能依賴家長與醫師的安排，並不清楚醫療及藥物對自己產生的影響（Singh, 2008）。隨著學生年齡漸長與自我意識日益提升，教師與家長若能共同引導孩子觀察用藥狀況與自我回饋，將有助於其建立「我知道自己怎麼了」、「我能做選擇」的主體性。

透過提供簡單自我監測工具給學生，讓學生學習自我監控服藥狀況以及症狀變化的歷程（Kennedy et al., 2024; Mathes & Bender, 1997），進而練習提出自己的用藥偏好與需求。這樣的歷程不僅讓學生開始瞭解藥物的效果，也賦予其參與健康決策的經驗，逐步發展自主選擇與責任承擔的能力。研究指出，當青少年在醫療過程中被賦予選擇權與回饋空間，能有效提升其治療順從度與心理適應（Bussing et al., 2011; Mak & Therriault, 2022）。

（二）家庭與文化脈絡中的用藥決策

ADHD 治療是否採藥物介入，往往受到文化觀念、家庭信念與社會期待等因素影響。華人文化中對「乖孩子」與「自我努力」的強調，易使家庭將精神科藥物視為教養無效的「最後手段」，進而產生高度的心理負擔與情感掙扎。黃舒微（2011）指出，家長在面對「藥與不藥」的選擇時，經常會先進行情感評估，衡量潛在效益與風險。同時，也伴隨焦慮與道德壓力，諸如擔心孩子智力受損、性格被改變，或遭受標籤化等問題（Franz et al, 2023; Gau, 2007）。臺灣家長對 ADHD 診斷的接受度雖有提升，但特別是在教育程度較低、社會支持不足或對症狀理解有限的情境下，對藥物治療仍抱持保留態度（Liu et al, 2024; Gau, 2007）。此外，Bussing 與 Gary（2012）亦指出，家長的教育程度與 ADHD 知識水準會直接影響其用藥決策傾向。研究發現，部分家長在接受醫療建議的同時，也會參考教師意見、其他家長經驗與社會傳言。若服藥初期未見明顯改善，則易出現質疑甚至自行停藥的情形，反映出醫療教育與情緒支持的不足（Boudreau & Mah, 2020; Coletti et al., 2012; Liu et al, 2024）。

因此，無論是教育系統或醫療體系，在與家庭進行溝通時，應理解其文化脈絡與情感需

求，避免直接地使用專業詞語「教導」家長。專業人員應以尊重與同理為基礎，建構信任與雙向對話的溝通關係，協助家長釐清迷思、辨析誤解，才能真正促成以孩子為中心的合作支持模式（Krtkova et al., 2023; Piorkowski, 1973）。

二、醫療與微觀系統之間的溝通與合作

（一）醫療診斷資訊的教育應用困境

醫療與教育體系在功能、語言、專業訓練及知識框架上各自獨立，造成資訊共享與應用的顯著困難。美國教育與醫療體系受到家庭教育權利與隱私法案（Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA）及健康保險可攜性與責任法案（Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA）的雙重法規約束，導致教育工作者在面對醫療資訊時，常陷入法律模糊與資訊取得困難之處境（Dworkowitz & Mann, 2020）。教育系統多採用以學業和行為功能為核心的介入思維，而醫療診斷則以症狀與病理為語言基礎，兩者之間缺乏可互譯的溝通機制，進一步造成「資訊轉譯」的失敗（Power et al., 2013）。

目前臺灣多數教師在師資培育歷程中未受過醫療訓練，對醫療診斷用語、藥物副作用、復健醫療知識以及不同領域之治療師專業理解有限，醫療與教育間的落差造成資訊轉譯困難（林鉉宇等人，2006；胡永崇，2016）。教師往往無法將診斷報告內的資訊轉化為教學可行的策略，形成醫療與教學間的資訊斷裂。當教師將醫療診斷視為行為詮釋依據時，常導致標籤化與行為簡化，忽略學生所處的社會文化脈絡與學習環境，不利於形成完整而人本的教學回應（Daniels et al., 2015; Franz et al., 2023）。

這種資訊斷裂不僅造成跨系統合作的困境，也反映現場教師在實務上缺乏足夠的「資訊轉譯」能力。雖然健康資訊技術（Health Information Technology, HIT）在醫療體系內已日趨成熟，亦有機構運用線上軟體使教師及家長分享學生資訊，並同步傳送給主治醫師，惟多數系統設計仍缺乏教育情境導向的資訊橋接功能，進一步限制診斷資料在教學決策中之應用，也降低共享決策（shared decision making）的可能（Michel et al., 2018）。

（二）現階段的跨系統資訊流動

《特殊教育支持服務及專業團隊運作辦法》（2023）第 5 條明確指出「專業團隊應由學校主要負責身心障礙學生教學與輔導之教師主責團隊運作，其他專業團隊成員以合作諮詢等方式，提供其有關個案評估……等服務」，在制度逐步推動跨專業團隊合作的背景下，資訊流動的有效性成為影響介入品質與決策依據的關鍵。臺灣現行教育與醫療體系間的資訊交換與整合機制，實際運作上仍存在明顯斷裂（胡永崇，2016）。系統性文獻回顧指出，臺灣學校多數仍採「多專業合作模式（multi-disciplinary model）」，即各專業人員於職責範疇內各自評估與服務，缺乏跨領域整合性流程，導致醫療資訊難以有效轉譯至教學實務中（楊廣文、

成戎珠，2013）。

林婉琛與朱思穎（2023）以學前融合教育現場為例，指出即使現場專業人員積極建立通訊群組、例行會議與即時回饋機制，資訊整合與資料留存仍多仰賴教師主觀彙整與非標準化溝通，顯示目前尚缺乏一套具制度性、可追溯且符合隱私原則的跨系統資料交換平臺。在醫療場域中與醫事人員互動時，教育人員往往面臨角色權限邊緣化、知識框架失衡與資訊不對等困境，有時也出現自信不足、角色定位不清楚等心理壓力（林銘宇等，2006；鄧文章、顏瑞隆，2020）。教師在教學安排上需頻繁因應醫療指示進行即時調整，惟此種調整缺乏系統性支援，使教育回應難以建立在多方共構的資料基礎之上。

綜上所述，臺灣現行跨系統資訊流動的主要困境，不僅體現在技術層面的資料整合與平臺建置不足，更反映出專業角色界定模糊、制度設計未成熟與跨專業策略商討之缺乏。

（三）家長、教師與醫療三方關係的合作與調適

特殊教育服務強調跨專業協作與家庭參與，惟實務中三方關係的合作模式往往因專業語言差異、角色不對等、系統支持不足與缺乏提供共同照護的機制，進而造成溝通上的困難（Dunn et al., 2016; McKenna et al., 2024; Power et al., 2013）。然而，家庭與專業人員合作包括6個關鍵要素：溝通、承諾、平等、專業能力、信任與尊重，強調合作應建立於雙向理解與關係品質之上（Blue-Banning et al., 2004; Chu, 2018）。醫療與教育雙重系統中的合作常出現角色模糊與資訊落差。醫療專業人員的指導與診斷結果未必能即時且具體轉化為教師可執行的教學行動，而家長則常處於無法有效居中協調的尷尬位置（Dunn et al., 2016; McKenna et al., 2024）。

當校方能夠組成制度化的協作小組（如定期的跨領域會議與共同擬定目標），三方合作效果明顯優於依賴個別與專業人員單獨溝通之做法（Vlcek et al. 2020）。然而在此模式下，教師亦可能因備課、教學、時間壓力、專業自主性不足等，難以長期投入協作（Power et al., 2013）。目前臺灣教師與醫療人員在轉銜服務期間互動頻率較低，家長常成為「唯一橋樑」。在缺乏專業間的溝通，以及資訊不對等的情况下，常導致資訊失真或延遲，而合作機制缺乏制度與透明化流程，則容易在轉銜時帶來許多挑戰（許茂盛，2012；陳柏婷等，2025；蔡采薇，2011）。

參、資料蒐集方法

一、研究方法與取徑

本研究採自我民族誌（autoethnography）取向，聚焦於生命經驗在醫療與教育交界處的

意義形構。自我民族誌強調研究者「既是書寫者，也是文本」，藉由自我敘事揭示個體與文化的張力，並轉化為制度批判與教育理解的資源（Chang, 2008; Ellis et al., 2011; 黃妍甄，2024）。本文透過研究者經驗與特教教師觀察的交織，展現不同位置下對醫療介入與教育實踐的詮釋。

二、研究者身分與敘事角色

第一作者自小接受 ADHD 診斷與藥物治療，成年後進入特教研究所，兼具「被診斷者」與「研究者」的雙重角色。另有 3 名具 ADHD 教學經驗之特教教師：T1（國小，5 年）、T2（國中，3 年）、T3（國中，3 年）。3 名教師服務階段為國小至國中，合計逾超 10 年實務經驗，提供課室觀察與合作經驗，以外位視角補足研究者的主觀反思。多重角色參與使敘事在自我反思與專業觀察間形成互補，亦呼應自我民族誌強調的反身性（Chang, 2008）。

三、資料來源與書寫歷程

研究資料包含：（1）研究者自小至研究所的診斷與用藥生命史；（2）3 名特教教師的教學札記與跨專業合作經驗。所有文本均由研究者進行結構化轉譯與分析，依循 Chang（2008）的「深描、內省與協商」原則，兼顧經驗厚度與文化脈絡。敘事者在持續書寫與對話過程中，不斷重構教育意涵與社會連結。

四、資料分析策略

本研究之資料分析分為兩層次：敘事情節分析與主題分析。首先，依據 Polkinghorne（1995）之建議，將自我民族誌文本與教師經驗文本依時間序列及事件主題脈絡分類，再透過情節結構分析的 3 個面向、事件排序、情緒轉折與角色定位，梳理經驗在不同階段的轉化與重構。接著依循 Braun 與 Clarke（2006）的 6 步驟進行主題分析及編碼：（1）反覆閱讀文本；（2）逐句標記初始編碼；（3）整合相似編碼形成潛在主題；（4）檢視主題是否能涵蓋全部資料並進行修正；（5）命名與定義主題；（6）撰寫主題敘事。

編碼過程中，研究者標記所有敘事片段並依來源區分，例如：〔研-（一）-1〕表示研究者自述第（一）部分之第 1 片段；〔師-（二）-3〕表示教師反思第（二）部分之第 3 片段。透過此歷程辨識核心事件的意義變化，如藥物初次介入、停藥與再服藥的選擇，以及教師面對藥效落差的無力感。實際操作中，研究者先分別對「個人生命敘事」與「教師現場反思」進行初始編碼，再進行跨角色比對，突顯差異並展現互補：研究者強調藥物對主體性的影響，教師關注藥效在課室行為管理的限制，兩者交會統整於第四章第三部分「交織與對話」，形成角色間的省思與理論化意義。編碼示例如表 1 所示：

表 1
編碼示例表

原始語料	初始編碼	次主題	主題
「藥物讓我能專心寫完作業，但我常常沒胃口，體重快速下降。」 〔研-（二）-4〕	專注力提升、食慾下降、副作用影響	用藥的矛盾經驗	藥物介入的正負向經驗
「老師說他明明有吃藥，為什麼還是那麼衝動？」〔師-（一）-2〕	教師對藥效的期待落差、行為仍持續	醫療資訊的誤解	教育現場對藥物的依賴與挫折

為確保分析之信效度，本研究於完成初步主題架構與代表性語句後，將主題摘要回饋予 3 名參與之特教教師進行語義確認與補述（member checking），並依其回饋修訂編碼定義與主題邊界。其次，採用三角驗證（triangulation），以教師札記、研究者日誌與相關文獻三方比對，針對跨來源資料進行一致性檢核；對於不一致之處，則回溯原始語料、補充註記並重新檢核主題適配度。另維持反身性紀錄與分析稽核軌跡（audit trail），包括編碼簿、主題演變表與決策紀錄，並透過同儕討論（peer debriefing）降低單一觀點偏誤，以提升詮釋透明度與可追溯性。

五、倫理處理與反身性

自我民族誌涉及高度私密的生命經驗，本研究針對精神診斷、用藥歷程與家庭互動等敏感內容，皆以匿名或模糊化方式處理，避免再度標籤化。敘寫者對書寫內容進行自我審查與同儕間交互回饋，並訂定風險控管機制：限制資料再利用僅供學術用途、必要時進行去識別或細節遮蔽，以維護參與者的尊重與主控權。

反身性部分，研究者揭露自身位置與預設立場，在書寫過程中持續自我對話與調整。例如，研究者需反思其「被診斷者」與「研究者」雙重身分，教師亦檢視專業背景對敘事的影響。此歷程有助將個人經驗轉化為教育理解，並提升研究的誠實性與詮釋深度（Ellis et al., 2011）。

肆、教室與診間之間的故事經驗流動

一、走過治療的學習歷程：ADHD 研究生的自我經驗

本段敘事為研究者自我民族誌書寫，透過回顧自小接受 ADHD 診斷與醫療介入經歷，重構在不同成長階段中與藥物、診斷、學習與自我認同之間的關係轉化歷程。此書寫呈現 1

名 ADHD 個體在教育體制與醫療結構中的主體經驗，並揭示當個體身兼「被診斷者」與「教育者」雙重角色時，如何形構對 ADHD 學生的理解、共感與專業責任：

（一）從奔跑的孩子到診間的病人

剛升上小學 2 年級的盛夏午後，父母與教師佇立在教室一角，而我依然在教室外奔跑，手中正拿著石頭丟向同學，心想：今天的遊戲時間比平常久，真是太好了。那是第一次，但不是唯一一次，我的父母像犯錯的小貓般站在教師面前。教師根據一年半以來的觀察，建議他們帶我就診，因為她懷疑我有過動的傾向〔研-（一）-1〕。

從那天起，我開始每月 1 次、往返新竹與林口長庚醫院的旅程。2 小時的車程對 1 個 8 歲的孩子而言，是一段遙遠而無解的遷移，唯一的期待，是 B1 美食街熟悉的速食。而診間內，醫師總是微笑著問我吃藥有沒有不舒服，我卻總在思索：為什麼每次來這裡都像在提醒我有什麼不一樣〔研-（一）-2〕？

診間外牆貼滿衛教海報，其中一張寫著「注意力不足過動症（ADHD）」。我曾看著它出神，8 歲的我心想：「真可憐，怎麼會有人得這種病啊。」卻沒料到，這張海報描述的就是我。自從診斷後，我踏上了漫長且時而矛盾的用藥旅程。當得知診斷的那一刻開始，我第一次意識到「自己是 1 名病人」。這種認知帶來的是矛盾：一方面怯懦，害怕自己被標籤化；另一方面又渴望治療能帶來幫助。這份矛盾感並未在童年消散，而是延續到青春期的，成為我後續面對藥物與自我認同時反覆出現的張力〔研-（一）-3〕。

（二）與藥共生：壓力、選擇與掙扎的青春

從最初每天半顆剖開的利他能，到高三準備考試時的長效型思銳加上一整顆利他能，藥物成為我生活的一部分，如同呼吸與飲食般自然。初嘗藥物時那剖半的利他能在我嘴裡化開時，苦味比黃蓮還苦，苦得像一種命運，被我含在舌頭上卻又無法吐出；但隨著年齡增長，它卻也悄然融入我的自我認同中，甚至讓我在國中升學階段感受到前所未有的專注力與成就感〔研-（二）-1〕。

藥物的介入，終究無法掩蓋我青春期中奔騰不止的情緒與身體。自小五開始，我的父母幾乎三天兩頭就會被學校請去。從生教組長到學務主任、輔導主任、校長，原本與我無交集的名字，一個個都成為我生活中熟悉的角色。今天可能是同學的一句玩笑，明天或許是被誰惡作劇；我早已記不清那些爭執與懲處的次數與來龍去脈。丟擲物品、翹課、打同儕、頂撞師長，也許更該問，有哪些事情是我還沒做過？而同學也都正值青春期的躁動，在如此的班級氛圍下，導師不斷的更迭換人，似乎這個「後母班」，已成為學校的燙手山芋，而我更是其中的佼佼者〔研-（二）-2〕。

這樣的無力與同儕孤立讓我在當時產生莫名的焦慮，徬徨無助、不知所措，甚至曾經閃

過想結束生命的念頭〔研-（二）-3〕。回看這段經驗，我才理解到藥物並非解方——它無法處理師生關係惡化或校園排斥感。這些感受後來也在教師敘事札記中不斷浮現：藥物控制不了師生之間的信任〔研-（二）-4〕。

直到某個6年級的星期六晚上，原本是我期盼已久的電視時光，卻被母親輕聲要求將椅子搬到他們對面。房間靜默無語，母親低著頭，卻止不住眼淚的滑落。她開口說的第一句話是：「你可以，停止這樣了嗎？我真的好累，好累，好累……」她的聲音發顫，眼神疲憊，而一旁的父親則以沉默回應這場情緒的風暴。他眼中的無奈與勞累，像是一面鏡子，映照出我讓家人承受的重量。我的眼眶也濕了，懊悔、自責、憤怒交雜於心，為什麼我總讓他們擔心？是青春的躁動，還是診斷下的我？此刻我無法也無力歸因，只覺得，一切的一切，顯得如此乏力、如此沉重〔研-（一）-5〕。

在這樣的時刻，我逐漸意識到，藥物並非唯一的解方。它無法直接改變我的脫序行為，也無法填補我與師長、家人之間惡化的關係；但它能抑制我的衝動，讓我多一秒思考再行動。正是在這樣的間隙裡，我開始理解：除了藥物之外，「認知」與「自我調整」同樣重要〔研-（一）-6〕。

回望這段情境，我逐漸意識到教育現場的壓力不只落在學生，更會延伸到家庭〔研-（二）-7〕。母親的無助與父親的沉默，提醒我當教師時，我們和家長的對話不能只是「藥有沒有吃」，而是如何攜手承擔與支持孩子〔研-（二）-8〕。

但沒有人放棄我，學校的師長與我促膝長談，雖然並非每1名師長都以愛與溫暖關懷著我，但卻同時以正向的觀念引領我前進。日子依舊推移，父母依然耐心陪伴與提醒。那晚母親眼中的哀傷，在我心裡悄悄種下一顆名為「我想讓他們開心」的種子。這顆種子沒有發出聲音，但在時間的灌溉下逐漸萌芽〔研-（二）-9〕。

升上高中後，不知是行為有所成熟，還是前額葉終於趕上成長的節奏，我慢慢成為大家口中的「乖孩子」。不再有脫序行為，不再頂撞師長，雖然課業不是頂尖，卻也平穩過關。也因此，我終於鼓起勇氣向父母說出那句深藏心中的話：「我想停藥試試看。」想知道「沒有藥物」的我會是什麼模樣。沒想到生活只是靜靜地繼續流動著，唯一明顯的變化是少了藥物的副作用，我和體重計之間的關係迅速緊張起來。藥停了，但人生沒有跟著瓦解。3年後的高三壓力重返，我再次選擇服藥，期望複製過往成績上的佳績。然而高中前2年學習空窗期的累積與考前壓力疊加，最終未能如願。不過，我仍順利進入一所不錯的師範大學特殊教育系就讀，這次的失敗雖然沒有換來理想成績，但卻讓我理解：藥物不是命運的鑰匙，而是我可以選擇的工具〔研-（二）-10〕。這種「失敗中的學習」讓我在日後面對學生時，更能理解他們的跌倒與掙扎，不應被視為能力不足，而是重新選擇的契機〔研-（二）-11〕。

（三）學習如何不是「病人」

大學 4 年間，我完全停止用藥，特殊教育的技巧讓我學會用其他方式組織生活。從課業、人際到考證照與研究，我在沒有藥物的陪伴下完成各項挑戰。特教的學習讓我重新認識「藥物」的意義，它不該是恥辱，而是可以選擇的工具；它是手段，不是身分〔研-（三）-1〕。

以研究為志向的我在畢業後選擇進入研究所就讀，並同時擔任教授的研究助理。然而，隨著課業與研究助理工作的雙重壓力日漸加劇，我開始發現自己的專注力與執行力無法像大學時那樣長時間維持。過去我可以一整天沉浸在自己熱愛的主題中，如今卻常在每 15 分鐘後就得站起來晃一晃、喝水、移動，彷彿身體先一步察覺腦子的漂移〔研-（三）-2〕。

我開始思考是否該再次服藥。這個念頭起初令我猶豫，卻也逐漸變得清晰。而這一次，不再像國中那樣，是父母強硬地要求我接受藥物控制行為，也不是像高中初期一樣，在他們的監督下斟酌選擇。我的父母仍對藥物抱有保留與疑惑，他們始終認為那不該成為我一生的依靠，但他們也表達出一個不同以往的訊息：「你可以自己決定。」〔研-（三）-3〕

這句話對我而言不只是授權，更是一種信任。而我也重新理解藥物的角色：不再是用來矯正或壓抑的機制，而是一種工具，一如廚師之於刀。好的工具不會取代我的技術，但它會讓我的技術發揮得更好。藥物不是我生命的主角，但在我面對高強度專業任務時，它可以是我選擇使用的助力〔研-（三）-4〕。

回看這段經驗，我才理解到「停藥」並不等於擺脫挑戰，反而讓我暴露於另一種隱形的掙扎：如何在沒有藥物時，仍透過環境調整、行事曆與自我監控去維持專注〔研-（三）-5〕。這些掙扎不容易被外界看見，卻正是我後來作為教師時，更能理解學生背後隱藏努力的原因〔研-（三）-6〕。

同時，這段過程讓我提醒自己：不要以「有無用藥」來界定一個孩子的學習狀態〔研-（三）-7〕。對學生而言，更重要的可能是找到能與自己相容的策略與支持方式。這點也和教師札記中反覆浮現的困境相呼應：藥物或許能短暫改善注意力，卻無法回應學生在情感、認同與學習節奏上的深層需求〔研-（三）-8〕。

這一次，我不是屈從於外界期待而吞下藥物，而是出於對自我效能的理解與對學術責任的承擔，選擇重新與藥物合作〔研-（三）-9〕。

二、走進教室的挑戰與觀察：特教教師的現場實踐

ADHD 在校園相當常見，行政人員、普通班與特教教師皆須面對。其外顯行為常被視為干擾，但學生實際困境往往涉及生理、心理、教育與親師互動等多重層面，卻易被表象掩蓋。有效支持須綜合考量環境與需求。以下將聚焦於醫療診斷資訊在教學運用的平衡、跨專業合作的挑戰，以及藥物效益與學生適應的觀察與反思：

（一）醫學診斷資訊運用於教師教學與介入的平衡與調適

醫學診斷報告和心理衡鑑結果是鑑定工作及掌握學生基本狀況的重要資訊，也常作為制定個別化教育計畫（IEP）的參考資料〔師-（一）-1〕。然而，無論是在師資培育階段，或是現職教師之進修研習，對於情緒行為障礙的相關醫療知能，如：精神疾病診斷手冊 DSM-5 診斷條目、心理病理學、藥物使用、疾病共病可能性等著墨較少〔師-（一）-2〕。因此，當我們想要使用這些資訊時，時常落入「診斷」以及「病症」的框架中〔師-（一）-3〕。

每當打開學生的資料，看見醫療報告與心理衡鑑的相關資訊時，我們總是心裡默默地说：「這些內容並不是我們的專業，真的好難呀！」〔師-（一）-4〕。雖然這些資訊能幫助我們瞭解學生認知、注意力、語言、行為等特質，並對焦慮、憂鬱等心理議題有初步概念，但在實務上，突發狀況往往需要立即處理，教師難以同時兼顧閱讀與應用〔師-（一）-5〕。即便這些知識能協助我們建構正向行為支持氛圍、設計結構化課程與提供多層次提示系統，但實際操作中常因心有餘而力不足，而無法充分消化〔師-（一）-6〕。

這些困難在藥物使用上尤為明顯。教師對藥物仿單、生理運作機轉、劑量、副作用的認識有限〔師-（一）-7〕。當學生在課室出現行為時，我們必須先處理同儕與師生間的衝突，還需花費時間向其他教師解釋其可能原因〔師-（一）-8〕。在時間窘迫與藥物知識不足的情況下，我們往往無法提供適切的藥物衛教，甚至忽略藥物的有限性，容易產生「他不是已經吃藥了嗎？怎麼還會出問題？」的誤解〔師-（一）-9〕。

回望這些經驗，我們也意識到：教育現場若過度依賴診斷，容易忽略行為背後可能涉及的生理特質、基因與環境等多重交互作用〔師-（一）-10〕。這種僵化的回應模式不僅限制教學彈性，也可能強化對學生的標籤化〔師-（一）-11〕。因此，在解讀醫療資訊時，若我們能擷取診斷名稱、行為樣態描述等重點，並結合課室觀察進行多角驗證，再透過跨專業合作模式（諮商心理師、學校社工、家長、醫療人員等）形成以學生為中心的支持團隊，將能縮短醫療與教育系統間的落差，並提升整體支持品質〔師-（一）-12〕。

（二）跨專業團隊合作中的困難與調適

進行跨專業團隊合作時，教師們皆表示「資訊轉譯」最為困難，而傳遞這些資訊的機會經常是孩子在學校不斷出現行為問題後。面對父母們所產生的焦慮、失落、自責，以及想及時獲得解決方法的渴望，我們總是視其為己任，不由得想要快速的回應，協助他們。然而，選擇合適的策略進行回應前，親師生三方之張力以及不安的情緒使我們在推動合作時，總會遇到很大的困境〔師-（二）-1〕。

如同前文失落的母親，我們曾聽見家長說：「我的孩子是不是要吃一輩子的藥，這樣會不會被排擠」、「他的行為是因為沒吃藥還是你們都沒有教導他」以及「這些治療到底是在做什麼，感覺都沒有效！」〔師-（二）-2〕。一方面，家長們考慮到孩子用藥的影響、專業團

隊的課程是否有效等問題；另一方面，教育之策略執行也是重要的考慮因素，沒有好好的說明，就容易形成防衛心理，使得溝通失去成效〔師-（二）-3〕。

這些家長的焦慮話語，也讓我們想起研究者在青春期中感受到的孤立與無力。當時藥物無法解決同儕排斥或家庭緊繃的關係，如同現在的學生與家長一樣，他們在體制裡承受標籤化與不確定感〔師-（二）-4〕。這樣的交織提醒我們：若教師只把焦點放在「藥物」上，就會忽略學生和家庭承受的社會壓力與認同挑戰〔師-（二）-5〕。

因此，我們在教學歷程中發現，若我們能首先作為「轉譯者」，將醫療專業術語轉化為簡明資訊，並且將其與教育策略進行連結，使家長和學生都能清楚瞭解，便能降低因誤解而產生的焦慮與抗拒〔師-（二）-6〕。同時，也避免對疾病、用藥行為以及行為問題出現自我標籤化。從神經多樣性的觀點來看，學生的聲音並不是拒絕治療，而是期待被以多元差異來理解〔師-（二）-7〕。

進行以學生為本位的跨專業合作時，我們發現若能站在不同角色上換位思考，便能更好地擔任情緒支持與溝通協調的角色。有效合作需從同理家長和學生出發，理解家長和學生的焦慮來源，逐步說明各項醫療資訊和診斷結果的意涵，並與教學調整進行連結，建立跨越醫療與教育資訊之間的橋樑，使得家長帶著孩子進行就診時，能夠更容易給予醫療端回饋，進行動態、及時的調整〔師-（二）-8〕。這些努力也能夠作為互信的基礎，緩解親、師、生合作中對於多方資訊以及角色衝突的誤解，提升三方溝通品質與決策共識〔師-（二）-9〕。

（三）藥物成效與學生整體適應的實際觀察與反思

「我又沒有問題，我幹嘛吃藥！」這句話聽起來十分的「噏」，但卻是我們在輔導室的日常〔師-（三）-1〕。隨著學生的年齡逐漸增長，進入國、高中學習階段，不配合用藥的比例日益上升，這讓我們相當苦惱。若是沒有吃藥，當行為問題出現時我們難以確認成因，同時責任歸屬也難以釐清〔師-（三）-2〕。

於此同時，許多學生的 ADHD 症狀隨著生理、心智逐漸發展成熟，更加能夠控制自己的行為。因此，學生究竟是否需要繼續服藥，需要藉由我們的觀察，以及醫療專業的診斷進行評估〔師-（三）-3〕。觀察的歷程中，我們若能夠利用「動態觀察」與「雙向回饋」兩項原則，考量跨情境的需求，以及記錄學生對於介入的回應程度，並與學生共同進行藥物使用觀察和回饋〔師-（三）-4〕。

曾經學生分享他與醫生討論藥物的經驗：「我最近上課能專心半節課，所以我可以減藥嗎？」、「老師說我有一點衝，我這樣有需要調整藥嗎？」〔師-（三）-5〕。這正是與學生討論情緒行為表現，同時鼓勵學生透過情緒日記、自我提示表等工具，主動觀察記錄自己專注力和學習狀況所得的成果，學生們將具備辨識藥物服用前、後的成效差異之能力，並及時調整劑量或策略〔師-（三）-6〕。

然而，回看這些歷程，我們也意識到：藥物從來不是唯一的解方。它或許能抑制衝動，但無法修補師生關係的裂痕，也無法消弭同儕的排斥感。這些經驗提醒我們，若教育現場僅將焦點放在藥效，便可能忽視學生真實的社交困境與情緒需求〔師-（三）-7〕。

因此，我們認為培養學生的自我決策（self-determination）能使得他們為了自己、他人負責。在討論與互動的歷程，學生逐步理解「用藥與否」是與父母、醫生與教師共同討論後所作出的選擇，而非單向命令與被動服從〔師-（三）-8〕。此外，自我觀察和回饋亦能提升自我覺察與自我概念，使學生對藥物使用有所洞察，使「藥物自決」成為可能〔師-（三）-9〕。唯有將藥物視為可被評估、調整與自主決定的介入策略，方能真正落實以學生為核心的多元支持理念〔師-（三）-10〕。

三、交織與對話：角色之間的對話與省思

ADHD 學齡兒童的發展不依賴單一系統，而需教育、醫療、心理、家庭及專業支持的協作，方能穩定學習與適應（Magnus et al., 2023; Talbott et al., 2021）。隨著年齡與學習階段轉換，支持焦點亦需調整：幼兒期重環境結構，青春期追求自主與認同，大學與職場則涉及角色轉換與能力期待。本文將從研究者兼教育者的經驗交織，探討三大主題：未成年與成年 ADHD 患者的藥物自決權、跨專業合作的對話契機、以及正向課室氛圍的建構：

（一）成為自己的主人：未成年與成年 ADHD 患者的藥物自決權

我自小學 2 年級開始服藥，直至升上高中，才第一次對父母提出：「我想停藥試試看。」〔研-（二）-12〕。這是 10 年間我首次對於是否服藥表達「選擇」，也象徵開始覺察用藥者的主體性。兒時的我並沒有用藥的決策權，雖然藥物帶給我注意力，卻也帶來食慾不振與莫名的空白感〔研-（一）-6〕。直到某一天，父母終於說出：「你可以自己決定」〔研-（二）-13〕，那是一種前所未有的鬆動，也是我第一次真正感覺，這個身體，是可以由我來負責。

然而，教師在回應這樣的歷程時，卻常見到另一種矛盾：學生即便開始表達「想停藥」的念頭，我們卻仍會被課堂秩序與學業成績的壓力所牽動，不自覺地回到「你還是得吃藥」的立場〔師-（三）-4〕。藥物的使用因此常被視為維持課室運作的必要條件，而忽略學生真正的感受與主體性。

此處可以看出，研究者的「停藥嘗試」與教師的「課室壓力」形成鮮明對照。前者強調「自我決定」的萌芽，後者則凸顯「集體秩序」的需求。兩種觀點在同一事件中交織，顯示藥物並非單純的醫療介入，而是一場「自主」與「管控」之間的拉鋸。

當我在高三因升學壓力而再次服藥時〔研-（二）-15〕，那已經不再只是父母或教師的要求，而是出於我自己對「成績」的期待。教師則從另一個角度觀察：學生在「服藥、停藥、再服藥」之間的擺盪，其實是一種「學習如何協商」的過程〔師-（一）-6〕。

這樣的「擺盪」既是風險，也是練習。對研究者而言，它展現在成年過程中逐漸拿回選擇權的歷程；對教師而言，則體現教育現場如何引導學生學習「自我倡議」。因此，若能在未成年階段就建立「共享決策」的氛圍〔師-（二）-5〕，那麼成年後的藥物自覺，將不只是孤單的試探，而是有支持網絡的協商。無論停藥或再服藥，均應在醫師專業評估與法定代理人參與（未成年）下進行；成年後之自我決定亦宜維持與醫療端之定期追蹤與風險監測，以兼顧學習表現與健康安全。

（二）跨專業合作對話契機：從孩子的角度看世界

當年，我因為課室中的行為被教師提醒後，父母帶我進行評估，進而得到 ADHD 診斷〔研-（一）-3〕。那一刻，我彷彿被推入一個早已設計好的流程：醫師開立處方，父母督促服藥，教師在聯絡簿記錄行為觀察，每個角色都在履行自己的責任，而我卻是其中最沉默的一個〔研-（一）-4〕。我曾小聲問母親：「我可以不要吃嗎？藥好苦。」她沒有責備，只是隔天依舊將藥與其他營養品放在我眼前〔研-（一）-5〕。那段時期，我逐漸明白，如果一個孩子的聲音從未被聽見，所謂的「順從治療」，或許只是另一種沉默〔研-（一）-6〕。

在教師的眼裡，這樣的「沉默」往往被誤讀成「配合」或「適應」〔師-（二）-2〕。然而，從實務經驗我們也發現，許多家長其實早已聽見孩子對藥物的猶豫與抗拒，但由於醫囑的權威或教育現場的壓力，他們最終選擇讓孩子繼續服藥〔師-（二）-3〕。這樣的歷程使得孩子慢慢不再表達，也使跨專業合作淪為「成人之間的協商」，而非真正傾聽孩子的聲音〔師-（二）-4〕。

此處可見，研究者的「沉默經驗」與教師所觀察到的「被誤讀的配合」彼此交織，揭示同一事件在不同角色眼中的落差。對研究者而言，沉默是一種壓抑的無力；對教師而言，沉默卻可能被錯誤理解為適應。這種差異凸顯跨專業合作中最大的斷裂：孩子的聲音往往消失在成人的協商過程裡。

因此，跨專業合作的關鍵，不只是醫療端與教育端的資訊轉譯，而是如何將孩子納入對話的中心〔研-（一）-7〕。若教師能在會議中主動提醒並詢問：「孩子的想法是什麼？他怎麼看待這個過程？」那麼孩子的需求將不再被動地被代言，而能轉化為積極的參與〔師-（二）-5〕。雖然這樣做在一開始可能增加溝通負擔，但正因如此，跨專業合作才真正具備「合作」的意義〔師-（二）-6〕。

（三）如何建構正向的課室氛圍：從師生對話開始

我仍記得某些課堂場景：因為與同學起衝突或在座位上嘻笑，教師在全班面前當眾斥責我〔研-（三）-1〕。那一刻，除了羞愧，我感覺自己被貼上「問題學生」的標籤〔研-（三）-2〕。當衝突一次次發生，我逐漸覺得教師永遠無法理解我，於是開始用頂嘴、抗拒的方式

回應，最後不僅是師生關係惡化，也讓我與同儕的距離越來越遠〔研-（三）-3〕。這些記憶，直到今日依然像裂痕般留在心裡。我常想，如果當時有教師願意停下來問：「你剛剛怎麼了？需要什麼幫忙嗎？」或許事情就會不同〔研-（三）-4〕。

身為教師回望這些經歷，我們更清楚：一個不被理解的孩子，很容易將「自己是麻煩」的訊息內化，進而失去學習動力〔師-（三）-1〕。因此，我們需要運用正向行為支持（PBS）的觀點，不是只看行為本身，而是追問行為背後的脈絡：是否源於注意力不足、語言表達困難、同儕關係受挫，或是學校氛圍缺乏安全感〔師-（三）-2〕。唯有如此，教師才能避免把行為當成「挑戰權威」，而是把它看作一種「求助訊號」〔師-（三）-3〕。

由此可見，研究者的「羞愧與抗拒」與教師的「行為詮釋」彼此呼應，卻又存在落差。對研究者而言，標籤化經驗帶來自我懷疑與關係斷裂；對教師而言，同樣的行為若被重新理解為「求助訊號」，則能轉化為支持的契機。這樣的交織揭示：課室氛圍的正向建構，往往取決於教師是否願意從指責轉向理解。

這也是「從學生的角度看待世界」的真正意涵〔研-（三）-5〕。當孩子能在對話中被傾聽，甚至成為策略設計的參與者，他們的行為就不再只是被動接受規範，而是能主動理解與回應〔師-（三）-4〕。在這樣的氛圍下，所謂「合理調整」才有機會落實。

身為特教教師，我們常站在兩端之間：一方面面對診斷報告、測驗分數與外界期待，另一方面卻要回到孩子的日常需求〔師-（三）-5〕。這樣的角色提醒我們，正向課室氛圍不是靠單一制度建立，而是透過每天的互動中，一次次選擇「先理解再要求」〔師-（三）-6〕。當家長因焦慮而遲疑，或當普通班教師因挫敗感而想放棄時，特教教師的專業正是將這些斷裂連結起來，使合作能以孩子的需求為中心繼續推動〔師-（三）-7〕。

回到我自己的經驗，雖然當年的傷口仍然存在，但也成為我在教學現場最深的提醒：沒有任何一個學生該被定義為「問題」〔研-（三）-6〕。如果我們能在第一時間選擇「對話」而不是「貼標籤」，那麼孩子不僅能在課室中感到被接納，更能在自我概念裡，逐漸相信自己也能是「有價值的人」〔研-（三）-7〕。

伍、結論與教育實務應用建議

本研究透過研究者的自我民族誌與教師敘事，呈現 ADHD 學生在診間與教室間的多重經驗，揭示藥物介入的正負向影響，以及教育現場中標籤化、制度落差與跨系統合作的困境。研究結果顯示，藥物雖能改善注意力，卻無法單獨解決師生衝突、家庭焦慮與同儕排斥。唯有在醫囑基礎上，透過共享決策與跨專業合作，並將學生的聲音納入討論，方能逐步建構以學生為中心的支持模式。

為將研究洞見轉化為具體行動，本文依第四章之分析歸納出 5 項教育實務建議（見下表

2)：

表 2
敘事文本分析與實務建議主題

分析主題	敘事內容
一、標籤化與認同	學生被當眾斥責並內化「問題學生」
二、藥物限制與支持需求	高中階段因藥效落差與同儕孤立而出現情緒低落
三、共享決策與自我倡議	父母首次允許學生自行決定是否服藥
四、跨專業合作與制度支持	家長擔憂「孩子要吃一輩子藥」，教師誤以為「吃藥等於沒問題」
五、建構正向課室氛圍	研究者回顧師生衝突與課室羞辱經驗

一、標籤與認同

若教育現場過度依賴醫療診斷，學生易內化為「問題學生」。教師應透過正向行為支持 (PBS) 與多元評量重建學生的學習信心，避免將診斷簡化為唯一詮釋依據 (Franz et al., 2023; Feuerborn et al., 2023)。

二、發展整合性策略

藥物無法解決全部的適應困境，學校需發展「藥物+教育支持」的整合方案，例如：情緒調節訓練、學習策略指導、社交技巧培養，並建立「藥物效果觀察紀錄表」，協助學生培養自我監測與反思能力 (Kennedy et al., 2024; Mathes & Bender, 1997)。

三、共享決策與自我倡議

學生的藥物自決權往往延至成年才真正被賦予。建議學校在青春期即引入共享決策歷程，透過模擬會議、親師座談與表達課程，培養學生提出需求並參與醫療決策的能力，進而發展自我倡議 (Michel et al., 2018；黃淑婷，2011)。

四、跨專業合作與制度支持

教師、家長與醫療人員之間常存在資訊落差，雖現行法規強調團隊間之合作 (特殊教育支持服務及專業團隊運作辦法，2023)。建議建立定期跨專業會議機制，邀請醫師、家長與學生共同參與，並設立教育端的「資訊轉譯機制」，將醫療語言轉化為可行的教學策略，降

低家長焦慮並提升合作意願(Vlcek et al., 2020; 林婉琛&朱思穎, 2023; McKenna et al., 2024)。

五、建構正向課室氛圍

研究結果顯示，當學生因行為被當眾斥責時，容易內化為「問題學生」而失去學習動機。教師應實踐「先理解、再要求」的原則，將行為視為需求訊號，並透過同儕支持營造安全、接納的學習環境（Wilson et al., 2023; Feuerborn et al., 2023）。

綜上所述，ADHD 學生的支持並非線性介入，而是持續的協商歷程。藥物既可能成為專注的工具，也可能被誤用為標籤；而學生「服藥、停藥、再服藥」的歷程，本身就是學習自我決策的重要經驗。藥物使用既是醫療議題，也牽涉教育選擇；跨專業合作不僅為制度要求，更需落實為具體的關係實踐；課室氛圍則超越秩序管理，關乎學生的學習動機與自我認同。因此，教育現場若能在 PBS 與跨專業合作基礎上，納入學生觀點並促進共享決策，將有助於建構一個以學生為中心的支持網絡，使 ADHD 學生能在被理解與被看見的環境中成長與學習。

參考文獻

- 林婉琛、朱思穎 (2023)。學前融合教育之跨專業團隊合作實務探討。**特殊教育季刊**，168，13-23。https://doi.org/10.6217/SEQ.202309_(168).13-24
- 林鉉宇、甘蜀美、陳瑄妮 (2006)。醫院治療師介入學校系統之現況與省思。**身心障礙研究季刊**，4 (2)，97-118。https://doi.org/10.30072/JDR.200606.0003
- 胡永崇 (2016)。論特殊教育與醫療的分合關係。**特殊教育發展期刊**，62，1-13。https://doi.org/10.7034/DSE.201612_(62).0001
- 黃淑婷 (2011)。身心障礙學生參與個別化教育計畫在增進自我決策能力的應用。**國小特殊教育**，52，96-103。https://doi.org/10.7034/SEES.201112.0097
- 許茂盛 (2012)。北北基地區國民中學融合教育班級導師對特殊學生家長親師溝通之研究 (未出版之碩士論文)。國立臺北科技大學。https://doi.org/10.6841/NTUT.2012.00583
- 教育部 (2023)。《特殊教育支持服務及專業團隊運作辦法》。臺教學 (四) 字第 1122806301A 號令修正發布。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0080084
- 陳柏婷、俞思宇、翁嘉遜 (2025)。系統性回顧：自閉症幼兒由早期療育轉銜至教育端之服務歷程、影響因子與轉銜策略之探討。**中華心理衛生學刊**，38 (1)，1-27。https://doi.org/10.30074/FJMH.202503_38(1).0001
- 黃妍甄 (2024)。自我民族誌的發展與挑戰。**國立臺灣科技大學人文社會學報**，20 (4)，303-325。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=18197205-N202412280015-00001
- 黃舒微 (2011)。從認知評估理論探討注意力缺陷過動症家長對藥物介入的情緒反應。**國小特殊教育**，52，104-114。https://doi.org/10.7034/SEES.201112.0105
- 楊廣文、成戒珠 (2013)。臺灣學校中特教專業團隊運作模式——系統性回顧。**物理治療**，38 (4)，286-298。https://doi.org/10.6215/JFPT.PTS1380537807
- 衛生福利部 (2021)。110 年兒童及青少年精神疾病就醫概況分析。https://www.mohw.gov.tw/
- 鄧文章、顏瑞隆 (2020)。醫院床邊巡迴教師於癌症病童教學之跨領域合作與專業認同經驗。**教育實踐與研究**，33 (1)，71-106。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=19935633-202006-202007010014-202007010014-71-106
- 蔡采薇 (2011)。個別化教育計畫之轉銜服務品質的探討。**特殊教育季刊**，119，30-36。https://doi.org/10.6217/SEQ.201106_(119).0005
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
- Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004).

- Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167-184. <https://doi.org/10.1177/001440290407000203>
- Boudreau, A., & Mah, J. W. T. (2020). Predicting use of medications for children with ADHD: The contribution of parent social cognitions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 26-32. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7065566/>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bussing, R., Zima, B. T., Mason, D. M., Porter, P. C., & Garvan, C. W. (2011). Receiving treatment for attention-deficit hyperactivity disorder: Do the perspectives of adolescents matter? *Journal of Adolescent Health*, 49(1), 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.014>
- Bussing, R., & Gary, F. A. (2012). Eliminating mental health disparities by 2020: Everyone's actions matter. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(7), 663-666. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.04.005>
- Chang, H. (2008). Autoethnography. In W. Creek (Eds.), *Autoethnography as method* (pp. 43-57). Left Coast Press. https://www.researchgate.net/publication/40010651_Autoethnography_as_Method
- Chu, S. Y. (2018). Perspectives from both sides of the parent-professional partnership: A preliminary study on Taiwan's early childhood special education services. *International Journal of Disability, Development and Education*, 65(4), 355-372. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2017.1403572>
- Coletti, D. J., Pappadopulos, E., Katsiotas, N. J., Berest, A., Jensen, P. S., & Kafantaris, V. (2012). Parent perspectives on the decision to initiate medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 22(3), 226-237. <https://doi.org/10.1089/cap.2011.0090>
- Connolly, J. J., Glessner, J. T., Elia, J., & Hakonarson, H. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder and pharmacotherapy—Past, present, and future: A review of the changing landscape of drug therapy. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 49(5), 632-642. <https://doi.org/10.1177/2168479015599811>
- Daniels, H., MacLure, M., & Youdell, D. (2015). Psychopathology at school: Theorizing mental disorders in school. *British Journal of Sociology of Education*, 36(5), 785-797. <https://doi.org/10.1080/01425692.2015.1043185>
- Dunn, W., Cox, J., Foster, L., Mische-Lawson, L., & Tanquary, J. (2016). Educating children with

- autism: Collaboration between parents, teachers, and allied professionals. *Child & Adolescent Behavior*, 4(2), 1000275. <https://doi.org/10.1002/c61.30135>
- Dworkowitz, A., & Mann, C. (2020). Data sharing and the law: Overcoming healthcare sector barriers to sharing data on social determinants. Manatt Health. https://sirennetwork.ucsf.edu/sites/default/files/2021-02/Data%20Sharing%20and%20the%20Law_July%202020_.pdf
- Ellis, C., Adams, T. E., & Bochner, A. P. (2011). Autoethnography: An overview. *Historical Social Research*, 36(4), 273-290. <https://doi.org/10.12759/hsr.36.2011.4.273-290>
- Feuerborn, L. L., Tyre, A. D., Beaudoin, K., & Zečević, M. (2023). Student perceptions of behavior and discipline: a PBIS survey for student voice. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 68(3), 210-219. <https://doi.org/10.1080/1045988X.2023.2199256>
- Franz, D. J., Richter, T., Lenhard, W., Marx, P., Stein, R., & Ratz, C. (2023). The influence of diagnostic labels on the evaluation of students: A multilevel meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 35(1), 17. <https://doi.org/10.1007/s10648-023-09716-6>
- Gau, S. F. (2007). Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 688-696. <https://doi.org/10.1080/00048670701449187>
- Kennedy, T. M., Molina, B. S., & Pedersen, S. L. (2024). Change in adolescents' perceived ADHD symptoms across 17 days of ecological momentary assessment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 53(3), 397-412. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2096043>
- Krtkova, R., Krtk, A., Pesoutova, M., Meier, Z., Tavel, P., Malinakova, K., & Trnka, R. (2023). What influences do parents perceive as supportive of school well-being and the inclusion of children with ADHD?: A qualitative study. *European Journal of Special Needs Education*, 38(2), 218-232. <https://doi.org/10.1080/08856257.2022.2050972>
- Liu, T. L., Hsiao, R. C., Chou, W. J., & Yen, C. F. (2024). Parenting stress, anxiety, and sources of acquiring knowledge in Taiwanese caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMC Public Health*, 24(1), 1675. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18761-x>
- Magnus, W., Anilkumar, A. C., & Shaban, K. (2023). Attention deficit hyperactivity disorder. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441838/>
- Mak, C., & Therriault, J. (2022). Developing a response to behavior plan: The interplay of social-emotional learning and diversity, equity, and inclusion. *Children & Schools*, 44(1), 59-62. <https://doi.org/10.1093/cs/cdab025>

- Mathes, M. Y., & Bender, W. N. (1997). The effects of self-monitoring on children with attention-deficit/hyperactivity disorder who are receiving pharmacological interventions. *Remedial and Special Education, 18*(2), 121-128. <https://doi.org/10.1177/074193259701800206>
- McKenna, K., Wann Arachchige Dona, S., Gold, L., Dew, A., & Le, H. N. D. (2024). Barriers and Enablers of Service Access and Utilization for Children and Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Journal of attention disorders, 28*(3), 259-278. <https://doi.org/10.1177/10870547231214002>
- Michel, J. J., Mayne, S., Grundmeier, R. W., Guevara, J. P., Blum, N. J., Power, T. J., Coffin, E., Miller, J. M., & Fiks, A. G. (2018). Sharing of ADHD Information between Parents and Teachers Using an EHR-Linked Application. *Applied clinical informatics, 9*(4), 892-904. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676087>
- Pelham, W. E., Altszuler, A. R., Merrill, B. M., Raiker, J. S., Macphee, F. L., Ramos, M., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Coles, E. K., Connor, C. M., Lonigan, C. J., Burger, L., Morrow, A. S., Zhao, X., Swanson, J. M., & Waxmonsky, J. G. (2022). The effect of stimulant medication on the learning of academic curricula in children with ADHD: A randomized crossover study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 90*(5), 367-380. <https://doi.org/10.1037/ccp0000725>
- Piorkowski, G. K. (1973). Drug education at its best—The shaping of values and anti-drug attitudes. *Journal of Drug Education, 3*(1), 31-37. <https://doi.org/10.2190/1UVQ-CXKM-K4HQ-5586>
- Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *International Journal of Qualitative Studies in Education, 8*(1), 5-23. <https://doi.org/10.1080/0951839950080103>
- Power, T. J., Blum, N. J., Guevara, J. P., Jones, H. A., & Leslie, L. K. (2013). Coordinating mental health care across primary care and schools: ADHD as a case example. *Advances in School Mental Health Promotion, 6*(1), 68-80. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2013.749089>
- Singh, I. (2008). Beyond polemics: Science and ethics of ADHD. *Nature Reviews Neuroscience, 9*, 957-964. <https://doi.org/10.1038/nrn2514>
- Talbott, E., Reyes, A. D. L., Power, T. J., Michel, J. J., & Racz, S. J. (2021). A team-based collaborative care model for youth with attention-deficit hyperactivity disorder in education and health care settings. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 29*(1), 24-33. <https://doi.org/10.1177/1063426620949987>
- Vlcek, S., Somerton, M., & Rayner, C. (2020). Collaborative teams: Teachers, parents, and allied health professionals supporting students with autism spectrum disorder in mainstream Australian schools. *Australasian Journal of Special and Inclusive Education, 44*(2), 102-115.

<https://doi.org/10.1017/jsi.2020.11>

Wilson, C., Green, C. N., Toye, M. K., & Ballantyne, C. (2023). Teachers' perceptions and practices towards inclusive education for children with ADHD in Scotland: A qualitative investigation. *International Journal of Disability, Development and Education*, 71(7), 1061-1075. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2023.2266374>

From Treatment to Classroom: A Narrative of Medical Intervention and Educational Support for Students with ADHD

Chuan-Chung Lai*

National Taiwan Normal University
Department of Special Education
Master Student

Mo-En Lin

National Taitung University
Department of Special Education
Master Student

Yi-Chen Lai

National Taiwan Normal University
Department of Special Education
Master Student

Abstract

This study adopts an autoethnographic approach to explore the experiences and challenges of students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) within the contexts of medical intervention and educational practice. Using narrative episode analysis and thematic analysis, the research focuses on three dimensions: medication trajectories, self-determination, and pedagogical responses. By presenting polyphonic dialogues on shared events, the study demonstrates interpretive differences across roles and incorporates both positive and negative experiences of medication use.

The findings indicate that support for students with ADHD should not rely solely on medication. Instead, it requires adherence to medical guidance while fostering collaborative shared decision-making among teachers, parents, and healthcare professionals to help students gradually develop self-awareness and the capacity for medication-related self-determination. Teachers should not only translate medical information but also adopt responsive pedagogical approaches and foster supportive classrooms, preventing diagnosis and medication from being reduced to behavior management tools. Furthermore, cross-professional teams that place students at the

* **Corresponding author: Chuan-Chung Lai**, E-mail: johnlai900816@gmail.com
Manuscript received: Jul. 15, 2025; Modified: Sep. 18, 2025; Accepted: Dec. 9, 2025
DOI:10.6249/SE.202606_77(2).0016

center, integrating medical knowledge with educational strategies while addressing both parental concerns and students' voices, are more likely to achieve effective collaboration.

This study underscores the multiple experiences of students with ADHD at the intersection of medical and educational systems, and offers recommendations for instructional decision-making, cross-professional collaboration, and policy development to advance a student-centered model of educational support.

Keywords: ADHD, cross-system collaboration, medical intervention, medication self-determination