

癲癇青少年同儕關係之探討

謝玉玲 徐亞瑛

摘要

本研究為癲癇青少年生活情境研究的一部份，主要針對癲癇青少年的同儕關係進行探討。根據訪談指引作低結構性訪談，收集資料。以立意取樣，於某醫學中心兒童醫院癲癇門診追蹤治療的13名個案為本研究對象，訪談內容以錄音記錄，再逐字抄錄為書面訪談過程，依Miles與Huberman（1994）質性研究分析法加以分析整理。結果顯示，癲癇青少年之同儕關係方面包括同儕互動關係、同儕比較性評價、同儕疾病態度。癲癇青少年的同儕互動表達出其對安全感與罹病事實保密的需求，及因疾病發作引起同儕間的負向關係。此階段的癲癇青少年亦出現與同儕於多方面作一比較性的評價，包括生活方式、態度、能力、疾病種類等。此研究結果使護理人員對於癲癇青少年同儕互動關係更為敏感，護理不同年齡及發展階段的青少年，應注意到其不同的差異，預防並降低負向的同儕關係，與同儕維持一正向互動的關係。

關鍵詞：癲癇青少年、同儕關係。

前言

癲癇是一常見且重要的健康問題，也是兒童及青少年最常見的慢性疾病（Hoare & Kerley, 1991; Hoare & Russell, 1995; Kim, 1991）。儘管此疾病已深深的影響到這些患童與其家庭（Austin, Smith, Risinger, & McNelis, 1994），但傳統的兒童癲癇治療仍較強調神經學方面的治療甚於心理社會方面的影響。青少年時期正歷經身體成長發育的快速階段，面臨自我統合的挑戰（Erikson, 1963），其生理、認知和情緒的交互作用都深深影響到社會、心理的發展。而同儕關係亦是此發展階段的重要社會化因子，具有穩定的社交關係，將有助於紓解個人由兒童期步向成年期所經驗的壓力。因此面對癲癇青

少年，除提供疾病的照護外，也應了解癲癇疾病對求學過程的青少年其同儕互動的影響，並進而協助青少年建立良性的人際互動。本文乃自「癲癇青少年生活品質內涵初探：主觀性生活情境之研究」中整理出其同儕互動之資料，藉由個案的主觀性陳述的內容，來了解其個人的同儕人際互動關係為何。

名詞界定

- (一) 癲癇症—癲癇是指腦細胞之過度放電所引起的反覆性發作。
- (二) 癲癇青少年—癲癇青少年是指癲癇發生於10歲以上之患者。

長庚大學護理學系講師 長庚大學護理學研究所副教授

受文日期：87年1月13日 修改日期：87年6月25日 接受刊載：87年10月2日

通訊作者地址：徐亞瑛 桃園縣龜山鄉文化一路259號

電話：(03)3283016-5275

(三)癲癇青少年的同儕關係—癲癇青少年於學校中與同儕之間的人際互動關係。

文獻查證

(一)癲癇症

癲癇發作是兒童及青少年好發的疾病，是一種慢性反覆發作的病症，是因腦部短暫的異常電位活動。因某種原因出現超量及不規則放電，而能造成意識喪失，全身或部份肢體抽動，或感覺及運動失調的現象。其治療主要是服用抗癲癇藥物，約 70% 的兒童可以得到完全的控制，20% 的患童其癲癇發作的次數減少，症狀也減輕。常見的癲癇藥物是 Phenytoin、Phenobarbital 及 Carbamazepline 等。由於靠癲癇藥物需長期性服藥，所以服藥成為日常生活的一部份。一般常見的藥物的副作用有嗜睡 (drowsiness)、牙齦增生 (hypertrophy of gum tissues)、毛髮增生 (excessive hair growth)、認知及行為問題 (cognitive & behavioral problem)。

(二)癲癇對青少年的影響

癲癇是一烙印疾病 (stigmatizing disorder)，Scambler 及 Hopkins (1990) 描述如同一 “存在自卑 (ontological inferiority)” 的深深感受。患者不只面對疾病的生理方面衝擊，也因診斷此疾病而承受升學、就業、婚姻等心理適應問題。癲癇患者遭遇到社會和心理的問題 (Colling, 1990; Dodrill et al., 1984)，癲癇發作控制不好，會導致較差的心理社會適應，而對青少年而言會有較差的自我心像、對未來較差的預期 (Hodgman et al., 1979)。

入學對癲癇青少年及父母都是一個焦慮源，功課的學習和同儕社會互動對癲癇青少年亦是一種壓力 (Kim, 1991)。於學校生活中，Austin, Risinger 及 Beckett (1992) 指出患童會害怕去學校，特別是他們曾經於學校癲癇發作過的兒童。而癲癇患童有較低自尊、

學業成績低落、和社交隔離的情形 (Stores, 1978; Vining, 1989)。癲癇患童比一般正常的兒童有更多的社會及問題行為 (Apter et al., 1991)。Long 及 Moore (1979) 的研究發現癲癇患童被預期有較差的表現、較少參與運動活動及注意力不集中等，而這些因素皆可能改變其同儕間的互動關係。雖然國內外許多研究皆指出癲癇疾病對患童心理衝擊的多方面影響，但對於正值求學過程的青少年其同儕互動的研究卻明顯缺乏。

(三)質性研究法

Streubert (1995) 指出質性研究與量性研究不同處在於前者是一敘述性、詮釋性的資料，其強調人是一獨特的生物體，無法預測；而後者強調研究的測量、變項的控制及藉由資料的分析來預測其結果，經由統計的方法推論到母群體。Denzin 及 Lincoln (1994) 指出質性研究法是強調一個過程及意義。質性研究者認為透過詳細的訪談與觀察能更接近其個人的感受，而資料的內容可以為一詳細的描述事件、人、情境、互動和行為，也可以直接引用別人的經驗、態度或信仰，抑是個案的引用 (許，民 81)。於護理研究方面，對於無法用量性工具測量、無合適的測量工具、現存理論無法適用於護理臨床現象或是未有人深入探討過的新領域，皆可運用質性研究的方法 (劉，民 81)。

本研究擬探討的主題為強調個人的主觀經驗及感受，又因國內外缺乏相關的研究，故採用質性研究方式進行資料收集與分析。

方 法

以質性研究的方式，採面對面訪談法，運用以擬定之訪談指引 (表一)，以低結構性進行訪談，讓癲癇青少年敘述其同儕互動之情形。並將訪談內容以錄音記錄，再逐字

抄錄為書面訪談過程，加以分析、歸類及整理。

一、研究對象

採立意取樣法（purposive sampling），選擇某醫學中心兒童醫院門診追蹤之個案，研究對象為年齡在10歲以上、22歲以下、無心智遲滯且確定癲癇診斷已半年以上的癲癇青少年。研究收案期間於民國84年11月26日至85年2月27日止，共訪談13位癲癇青少年，共得163頁的訪談記錄。

二、收集資料的過程

研究者於門診個案參與的癲癇兒童夏令營活動資料中，得到符合條件的個案，並事前擬定電話接洽訪談事宜的指引，表達研究者身分、研究目的、及欲邀請個案參與研究。訪談地點原則上訂於個案家中，以能提供一單獨、減少干擾的空間為原則。研究者另於醫院的癲癇病人建檔資料中，得到符合條件的個案。邀約個案進入研究，並於當日門診時予安排時間，進行訪談，訪談地點原則上訂於門診的一空診室。每次訪談前先徵得家長與青少年的同意錄音。再將訪談錄音內容逐字抄錄為書面資料。於研究結束之後，所有錄音帶都給予銷毀。而原始訪談書面資料，由研究者妥善保存，只作為學術之用途，不對外公開。

三、資料分析

依 Miles 及 Huberman (1994) 之方法為依據來進行原始資料歸納、發展出一些合適的歸類，並訂定其操作性定義，針對訪談記錄內容進行編碼。步驟包括建立初步編碼表（start list of codes），隨資料收集與分析的過程，增加或刪減編碼，並給予編碼一操作性定義，操作性定義將依研究過程的進行，不斷的修訂，使其越趨具體與清楚。研究者對書面記錄逐字、一行一行讀這些書面資料，並給予這些內文初步描述性的編碼（descriptive code），之後，於研究過程中，將反覆讀這些書面資料，給予已初步編碼的作更多的詮釋，而形成解釋性編碼（interpretative code）。將編碼與資料內容相似的概念，再歸為同一類組編碼，即為編碼中的編碼（meta-code），逐漸形成型態的編碼（pattern code）。藉著型態編碼的產生，使原是大量的編碼資料，因作一相似編碼的歸類分析後，而使資料內容更集中於此研究的研究主題與目的。分析的晚期，由於尋得新的關

表一 癲癇青少年同儕關係訪談指引

-
- 「○○，我會問你幾個有關生病和生活經驗方面的問題，答案沒有對或錯，請將你的感覺與經驗告訴我」
- 功課如何？學習上有沒有困難？與其他同學比起來？
- 喜歡哪一個科目？最不喜歡哪一個科目？
- 最喜歡哪個老師？為什麼？
- 覺得自己與別的同學有何相同或不同的地方？
- 喜歡上學嗎？學校裡有沒有好朋友？為什麼會跟她（他）感情比較好？
- 她（他）知道你有癲癇需定期服藥嗎？與其他同學的關係呢？
- 有沒有男（女）朋友？你知道他（她）對癲癇的看法嗎？
- 老師知道你有癲癇嗎？你願意讓其他人知道你有癲癇嗎？
- 你滿意目前的生活嗎？為何？
- 「○○，你還有其他想談的事？」
-

係或解釋，初期的描述性編碼將被再修訂，以確定新的分類或另外的編碼。

將編碼內容加以分類建立一個“個案編碼資料冊”，研究者給予每一個編碼資料一個個別代碼。個案資料分析過程中，研究者為瞭解不同個案之間的相似性與相異性，並運用個案間的分析方法（cross-case analysis method）的個案分析與變項方析（case-oriented analysis & variable-oriented analysis）合併運用分析。初步的編碼的同時，使用備忘錄（memo）隨時記下研究者對編碼、分類的想法、任何與研究有關的意念，助於編碼架構（coding scheme）的發展。

四、資料分析之可信度

於資料分析方面，除了接受研究指導委員與同儕們的質詢（peer debriefing），隨時檢討改進外，研究者運用 Guba（1981）所提出增進質性研究的可信度（trustworthiness）包括 credibility、transferability、dependability 及 confirmability 的方法，其中包括研究者本身具有 6 年的兒科臨床經驗，接觸許多癲癇症的患童及相關兒童慢性疾病的家庭，對癲癇患者的照護具豐富經驗，能提升資料收集的可信度。而此研究的對象為癲癇診斷半年以上並持續追蹤治療者，對於癲癇青少年而言，此疾病已存在其日常生活中長達半年以上，並對生活產生改變，資料收集確實可得到受疾病影響的生活經驗。研究過程中，研究者運用足夠的記錄，以建立研究過程中研究者思考之可追蹤度（tractability）與可信度。書面資料皆按一定的順序加以整理存放，以建立一審查管道（audit trail），使其他審查者有一軌跡來審查研究資料的收集、分析與解釋的過程。審查委員來自不同的專業領域，包括腦神經內科、兒童神經科與兒童心智科主治醫師、護理學教授等，協助指導資料收集與分析的正確性。於研究過程

中，研究者也隨時澄清自己的經驗、感受、情緒與想法，以與個案之經驗等作一區分，避免研究者的偏差，並作備忘錄記錄，自其中得知研究者邏輯思考與組織能力，逐步分析資料，並接受此研究指導委員及同儕們的質詢（peer debriefing）。

研究並運用 Glaser（1978）、Strauss 及 Corbin（1990）對於編碼原則及理論性敏感度（theoretical sensitivity）加強之建議，來提昇研究者個人編碼分析的能力，包括一行接一行的仔細地分析資料，編碼每一個句子。持續與此研究領域作接觸。如：研究過程中參考許多相關文獻，參與癲癇協會活動，並與研究個案保持聯繫。直到當相關性出現以前，研究者不假設任何變項間的相關性。以個案比較、負向個案分析（negative case analysis）的方式，加以分析比較其差異，提昇對不同個案的敏感度。另於研究結果上，請具兒科質性研究經驗的教師及兒童精神科醫師檢視編碼定義、名稱與歸類等，使所得資料更具解釋力。

結 果

共訪談 13 位癲癇青少年，其基本資料，見表二。其平均年齡為 14.6 歲，發病年齡從 1 歲到 10 歲以上不等，罹病年數平均 5.8 年，藥物治療時間達 2 年以上者約佔 76.9%。

此研究中於同儕關係方面，是指癲癇青少年於學校中與同儕之間的人際互動關係。研究者將相似的概念加以歸類，共得三類編碼。編碼、定義與部分實例，見表三，包括同儕互動關係、同儕比較性評價、同儕疾病態度。

一、同儕互動關係

同儕關係是指癲癇青少年所感受的同儕

表二 癲癇青少年個人基本資料

個案	性別	年齡(歲)	學校年級	罹病年數	藥物治療時間	發作頻率(次)
A	女	14	國二	6	6mo ↓	1-9/mo
B	男	13	國一	12	2yrs ↑	NA 1yr ↑
C	女	18	高三	6	2yrs ↑	1-9/mo
D	女	12	國小五	1	6-12mo	1-9/mo
E	女	17	專二	4	2yrs ↑	NA 1yr ↑
F	女	22	專三	6	2yrs ↑	NA 1yr ↑
G	女	13	國一	10	2yrs ↑	NA 6-12mo
H	女	12	國小六	2	1-2yrs	1-9/mo
I	男	16	國三	13	2yrs ↑	NA 3-6mo
J	女	15	國二	4	2yrs ↑	NA 6-12mo
L	男	17	高二	7	2yrs ↑	NA 3-6mo
M	女	13	國小六	4	2yrs ↑	NA 6-12mo
N	女	14	國一	3	2yrs ↑	1-9/mo

註：NA (no attack) 表未發作

互動關係。研究發現癲癇青少年同儕互動具有正向與負向關係。正向互動中，個案能擁有要好的死黨、能與同學作生活分享、一同去玩；負向互動中，個案被同學欺負、被騙、被打等。而 13 位研究個案中，發現正向同儕互動明顯發生在青少年早期 (12-14 歲) 與晚期 (17-21 歲)，即國小高年級與高中以上的個案。互動型態與疾病發作頻率間之相關並不明顯。而癲癇青少年的人際交往方面，呈現出對罹病事實加以保密的需要。

二、同儕比較性評價

與同儕比較是指癲癇青少年對生活方式、生活態度、個人能力、家庭、學校、疾病種類及疾病影響程度與同儕作一比較性的評價。此於同儕關係中，癲癇青少年也出現與同儕於各方面作一比較性評價的編碼，其包括對生活方式、生活態度、個人能力、疾病的比較，且於每一年齡都有出現，並無年齡的不同。如個案他們所說的：「大概是比較差一點，不過我覺得我比他們還勇敢，因為他們沒有怎麼樣一點小感冒就要請假在家，可是我就不喜歡請假，我就喜歡每天都

要到學校去，就算我有一點感冒還是不舒服，我媽常跟我講說你不舒服就不要勉強到學校去嘛，到學校去又發作，讓同學看怎樣怎樣，可是我就不喜歡，我雖然不舒服，我還是要做我的工作，這我的責任啊，我不喜歡請假，就算不舒服」。

三、同儕疾病態度

同儕之態度是指同儕對罹病、疾病發作、疾病治療、疾病認知程度等，所表現的相關態度。包括正向（提供協助）、負向、忽視、詢問、了解／接受。大部份的癲癇青少年所感受到都是負向同儕態度，包括欺負個案、嘻笑、驚嚇、嘲笑、誤解。而負向的同儕態度較常出現於疾病發作的不穩定時期，如一位就讀高三的個案，其描述國中階段疾病發作時的情景說：「年紀的關係，我在上課的時候、或許有時候吃飯的時候，會發作、或許嘴巴抽筋呀、手抽筋呀、流口水動作，同學都會笑，尤其是男同學，男同學就會說哎呀，好恐怖唷！因此就這樣嘲笑我、罵我怎樣的。嗯…，說一點比較悲慘的，他們看見我，唉有，好像妖怪，ㄌㄡ、ㄌㄡ…」。而非疾病發作的穩定期，則同儕

表三 癲癇青少年同儕關係之編碼與部份實例

類別／編碼名稱	定 義	舉 例
同儕互動關係	指青少年所感受的同儕人際互動狀況	
人緣較差	指青少年與同儕的人際互動方面，呈現人緣較差的關係	「那我人際關係也不太好…嗯，相對的我人緣就比較差，除了幾個坐在我旁邊的女生呀，老師有跟他們講說，在上課的時候要看一看…死黨，沒有耶…我都沒有跟去人家幾個人在一起形成小圈圈小圈圈怎樣怎樣，我沒有」
受欺負／欺騙	指青少年與同儕的人際交往方面，所出現的同儕惡意作弄的肢體攻擊或是言語上的嘲弄等負向關係	「因為我在學校，他們都常常欺負我，呀…呀…我的個性就是很愛哭，啊，可是在家裡就不一樣，打打罵罵的」
可靠／保密	指青少年與同儕的人際互動方面，擁有安全、可靠的朋友	「有呀，知己的是沒有什麼，是朋友…要好的，應該有一兩個吧…因為比較可靠，不會到處說」
彼此分享	指青少年與同儕的人際交往方面，擁有能彼此分享的同儕關係	「我們大家…就是他們知道有什麼東西，大家一起吃，他們有十塊錢，他就請我們吃東西，蠻好的」
同儕比較性評價	指青少年對生活方式、生活態度、個人能力、家庭、學校、疾病種類、疾病影響程度等與同儕等作一比較性的評價	
生活方式比較		「爭取沒有用，已經三年級了，我想說就要畢業了，畢業可以更正當的找工作，現在就當玩一玩好了，我的時間最自由，不像我同學，我去他公司，我在那邊玩電腦，也好這種日子反正蠻悠閒的，別人想都沒想不到…也許吧?!要不然怎麼辦，因為看看別人，再想想自己」
生活態度比較		「我覺得他們比較依靠爸爸媽媽，我覺得我自己來說，比較，比較獨立，我不太喜歡跟媽媽跑…，因為，因為我現在想自己獨立，去一份工作打工」
個人能力比較		「我每次拿到成績單，我好…我很奇怪，每次考完試，就等著發成績單，就希望趕快聽到自己的成績。那我同學不一樣，我同學唷，不要發成績呀，怎樣，可是我好想趕快看到自己的成績」
疾病比較		「我覺得還不如像胃病那種，像同學很多都有胃病，我就覺得我跟你換算了」
同儕疾病態度	指同儕對罹病、疾病發作、疾病治療、疾病認知程度等，所表現的相關態度	
正向		「像有時候我嘴巴抽筋呀流口水，坐在我旁邊的同學他們就會扶著我，來呀來呀怎麼樣」
負向		「像班上很多很調皮的同學會說那個怎麼樣怎樣，你有羊癲瘋你有羊癲瘋，一直罵一直罵…因為有些女同學和男同學就會互相對罵」
忽視		「有些人就是知道以後（指個案罹病）就好像跟以前一樣，我大概碰到都是這些人，…就好像都沒有這件事發生」
詢問		「因我每個月都去看醫生，他們都會問我去看什麼？」
了解／接受		「他們是瞭解啦」

以忽視、詢問的態度較多。有趣的是，負向同儕態度出現於青少年中期，而同儕對疾病的忽視態度，則出現於研究個案中的青少年早期及晚期階段的個案，其對疾病的忽視態度也較能被癲癇青少年所理解並接受，如一位個案說：「對，他們都不說這件事，好吧，你們不說我也不說（個案嘻嘻笑著說）…」。此外，同儕對於個案疾病症狀與服藥治療相關問題的頻頻詢問，也是癲癇青少年生活中需再加以面對的問題。

討 論

學校生活是學習社會化的一個過程，學校環境，成為一個他們社會裏的小世界（Scott, 1989），而同儕對正值青少年時期的孩子，其影響更是在其他階段沒有的。青少年為Erikson（1963）的自我發展的心理社會階段中的“統合感對自我混淆”的階段，孩童尋求同儕的認同以期達到“歸屬感”的基本需求，而老師對學齡期階段孩童的影響至青少年階段則轉為同儕的影響，所以本研究中學校方面則出現許多同儕關係的編碼，於老師方面，並未出現有顯著意義的編碼。

之前的研究發現癲癇青少年比其同儕和兄弟姊妹有較差的社會調適和缺乏獨立（Hoare, 1984a, 1984b; Long & Moore, 1979）。此研究中有個案表示其個人比同學還勇敢或是較獨立不依賴父母，甚有提及「癲癇的人並不差嘛」的反應，其中並未呈現個性缺乏獨立、生活較依賴的結果，此與文獻所提出較差的調適與缺乏獨立等不同，其原因可能來自個案已較能接受此疾病並具有正向調適的結果。至於癲癇青少年是否有無法獨立或較依賴他人的情形，於此研究結果並無法得知。另此研究也發現癲癇青少年出現與同儕作多方面比較的現象，包括生活

方式、生活態度、個人能力、家庭等等，癲癇青少年存有「比較」性的評價，並未於文獻中發現，此現象應值得作進一步的探討。

就讀國中階段的青少年，其同儕關係較其他國小高年級、高中以上的青少年負向，此可能與孩童的心理社會發展階段有關，Scott（1989）指出青少年階段可分為青少年早期（12—14歲）、中期（15—16歲）、晚期（17—21歲）。而於青少年早期的同儕關係發展上則搖擺於依賴與獨立行為之間，且開始形成同儕聯盟關係，青少年中期同儕聯盟關係已建立，青少年晚期同儕團體關係則逐漸減弱且開始發展親密關係。同儕聯盟團體的形成為相似的個人組成，癲癇疾病易造成與同儕間“不相似”的隔閡，而無法順利歸屬同儕團體中。

於青少年初期（12—14歲），此階段為就讀國小高年級的孩子，正值其同儕聯盟關係建立的初期，其同儕關係較不顯得敏感，尚能維持正向同儕關係。於青少年中期（15—16歲），此階段大都為就讀國中階段的孩子，已建立起同儕聯盟關係，罹患癲癇疾病的個人更顯得與同儕的「不相似」關係，更不易順利歸屬於同儕團體中，而已建立的同儕聯盟關係易對於非同一團體的同儕產生排擠的反應，造成同儕間的負向關係。研究者認為其同儕聯盟關係強調團體的歸屬感，青少年能進入某個團體獲得肯定顯得十分重要，因罹病而無法歸入同儕團體中，可能形成同儕的負向互動。而青少年晚期（17—21歲），其同儕關係聯盟已減弱，融入同儕團體的重要性轉為異性親密關係的發展，同儕間的衝突與摩擦也隨之減少，也較能互相包容。

研究也發現癲癇青少年於人際交往方面，呈現對罹病事實保密的需要，分析其原因應與其為一烙印疾病有關，同儕缺乏正確的疾病認知，形成對疾病負向的因應態度。

而此態度也造成癲癇青少年運用隱藏罹病的事實達到自我保護的目的，甚至希望是罹患胃病等較不敏感的疾病。

結 論

綜合以上，於癲癇青少年之同儕關係方面包括同儕互動關係、同儕比較性評價、同儕疾病態度。正就讀國中階段的個案，其同儕互動關係較其他國小高年級、高中以上的個案差。研究發現癲癇青少年的同儕互動表達出其對安全感與罹病事實保密的需求，及因疾病發作引起同儕間的負向關係。研究亦發現癲癇青少年出現與同儕比較的現象，包括生活方式、態度、能力、疾病種類等。而國中階段正值青少年中期，同儕對疾病的態度大都趨向負向。青少年晚期的個案，已達高中、專科階段，其同儕對疾病反應則表現能了解與接受的態度。而當同儕對疾病表現出忽視的態度時，也較能為個案所接受。

研究限制與建議

收集資料的過程中，有2位青少年家長出於擔心子女的情緒反應，提出刪除某些自覺對青少年較為敏感的訪談題目，包括比較與同儕的異同點、同儕對癲癇疾病看法的問題。其大多集中於同儕互動方面的題目，家長希望研究者不要凸顯癲癇青少年與同儕的不同處。另有多位不願受訪的青少年與家長，其仍不能接受有關罹患癲癇疾病的訊息，也無法與之溝通，對於此拒訪的個案們，也難對其同儕現況有更多的了解。此研究為一探索性（explorative study）研究，旨在探討個案生活情境的特質，對於患者基本資料中，性別、家中排行等對生活品質的影響並非此研究之範圍，研究者建議此基本資料的影響因素應可列入未來研究方向。

護理上的應用

研究結果發現國中階段的青少年，面臨同儕團體歸屬發展的需要，較常出現負向的同儕互動，學校護士與老師應對此學習中之孩子提供正確清楚的疾病知識，誘導其維持正向的同儕互動，減輕青少年負向的心理感受。而同儕的負向疾病態度，應藉由正確的疾病常識及疾病發作時處理的衛教，以促進同儕間互相幫忙、友愛的關係。護理不同年齡及發展階段的青少年，護理人員應注意到其不同的差異，對於可能存有的同儕間衝突，主動關心並加以防範與處理。

誌 謝

本研究承蒙蕭教授淑貞、劉副教授祥仁在研究過程中的指導，及長庚兒童醫院門診王輝雄醫師、護理同仁們的熱心協助與配合，使收案過程得以順利進行，謹此特致謝忱。

參考文獻

- 許木柱（民81）・質性研究一人類學的觀點・質性研究方法論・質性研究研習會・高雄醫學院護理學系主辦。
- 劉瓊宇（民81）・質性研究—護理學的觀點・質性研究方法論・質性研究研習會・高雄醫學院護理學系主辦。
- Apter, A., Alexanfer, A., Kaminer, Y., Weizman, A., Lerman, P., & Tyano, S. (1991). Behavioral profile and social competence in temporal lobe epilepsy of adolescence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30(6), 887-891.
- Austin, J. K., Risinger, M. W., & Beckett, L. A. (1992). Correlates of behavior problems in children with epilepsy. Epilepsia, 33(6), 1115-1122.

- Austin, J. K., Smith, M.S., Risinger, M W., & McNelis, A. M. (1994). Childhood epilepsy and asthma: Comparison of quality of life. *Epilepsia*, 35(3), 608–315.
- Colling, J. A. (1990). Psychosocial welling-being and epilepsy: An empirical study. *Epilepsia*, 31(4), 418–426.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. California: Sage Publications, Inc.
- Dodrill, C. B., Beier, R., Kasparick, M., Tacke, I., Tacke, U., & Tan, S. Y. (1984). Psychological problems in adults with epilepsy: Comparison of findings from four countries. *Epilepsia*, 25(2), 176–183.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Glaser, B. G. (1978). *Advances in the methodology of grounded theory: Theoretical sensitivity*. California: The Sociology Press.
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ERIC/ECTJ Annual Review Paper*, 29(2), 75–91.
- Hoare, P. (1984a). The development of psychiatric disorder among school children with epilepsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26(1), 3–13.
- Hoare, P. (1984b). Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26(1), 14–19.
- Hoare, P., & Kerley, S. (1991). Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33(3), 201–215.
- Hoare, P., & Russell, M. (1995). The qulaity of life of children with chronic epilepsy and their families: Preliminary findings with a new assessment measure. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 37(8), 689–696.
- Hodgman, C. H., McAnarney, E. R., Myers, G. J., Iker, H., Mckinney, R., Parmelee, D., Schuster, B., & Tutihasi, M. (1979). Emotional complications of adolescent grand mal epilepsy. *Journal of Pediatrics*, 95(2), 309–312.
- Kim, W. J. (1991). Psychiatric aspects of epileptic child and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 30(6), 874–886.
- Long, C. G., & Moore, J. R. (1979). Parental expectations for their epileptic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 20(4), 299–312.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Scambler, G., & Hopkins, A. (1990). Generating a model of epileptic stigma: The role of qualitative analysis. *Social Science and Medicine*, 30(11), 1187–1194.
- Scott, P. N. (1989). Families and adolescents. In R. L. Foster, M. Hunsberger, & J. Anderaon (Eds.), *Family-centered nursing care of children* (pp. 351–373). Philadelphia: W. B. Saunders company.
- Stores, G. (1978). School-children with epilepsy at risk for learning and behaviour problems. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 20(4), 502–508.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. California: Sage Publications, Inc.
- Streubert, H. J. (1995). Philosophical dimensions of qualitative research. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter (Eds.), *Qualitative research in nursing* (pp. 1–14). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Vining, E. P. (1989). Psychosocial issues for children with epilepsy. *Cleveland Clinic Journal Medicine*, 56(Suppl. Pt 2), s214–s220.

A Preliminary Investigation of Peer Relations of Adolescents with Epilepsy

Yu-Ling Hsieh • Yea-Ing Shyu

ABSTRACT

This study was a part of an investigation about perceptions of the life space of adolescents with epilepsy. The purpose of the study was to explore the peer relations of adolescents with epilepsy. A purposive sample consisting of adolescents with epilepsy from the Pediatric OPD of a children's hospital were interviewed with a semistructural interview guide. Interviews were tape recorded and transcribed verbatim for data analysis. The method of qualitative data analysis was adapted from Miles & Huberman (1994) to identify categories. The results indicate that peer relations of adolescents with epilepsy include peer interaction, comparison between peers, and attitudes of peers. Peer interaction indicates the need of these adolescents for safety and disease concealment. Seizure attacks causing negative relations with peers were also found. Findings also indicate that adolescents with epilepsy tend to compare themselves with their peers in many dimensions, including styles of life, attitudes of life, ability, types of disease and so on. The findings of this study may sensitize nurses to peer relations of adolescents with epilepsy. Nursing interventions need to be developed for adolescents with epilepsy in different development stages, to prevent and diminish negative peer relations, and maintain good peer relations.

Key words: adolescent with epilepsy, peer relation.

MSN, RN, Instructor, School of Nursing, Chang Gung University; PhD, RN, Associate Professor, Graduate Institute of Nursing, Chang Gung University.

Received: January 13, 1998 Revised: June 25, 1998 Accepted: October 2, 1998

Address correspondence to: Yea-Ing Shyu, 259 Wen-Haw 1st Road, Kwei-San, Tao-yuan, Taiwan, ROC.