

建立全方位痤瘡衛教模組之評估量表

劉懿珊;劉嘉茹教授*

義大醫院/義守大學; 國立高雄師範大學/科學教育研究所*
E-mail: drjulialiu@yahoo.com.tw

摘 要

痤瘡，是一種常見的毛囊皮脂腺發炎疾病，發生率約為60~70%，其中20%屬於嚴重型痤瘡，可能會造成永久性的疤痕，對病患生理與生理影響甚鉅。到目前為止並沒有文獻以科學化的分析指出痤瘡影響之程度及完整的衛教手冊告訴患者正確的觀念及治療的方向，也缺乏一個對痤瘡患者在治療過程中其自我調節歷程的心理量表評估。本研究為建立探討全方位痤瘡衛教模組之評估量表，藉以輔助建立提昇痤瘡治癒率的衛教模組。

關鍵詞：自我調節量表、衛教模組、痤瘡

一、 研究背景及目的

痤瘡，又稱作青春痘，因一開始好發於青春期，因而得名。根據統計，痤瘡的發生率約為60~70%，其中20%屬於嚴重型痤瘡，可能會造成永久性的疤痕，對病患生理與生理影響甚鉅。痤瘡屬於一種毛囊皮脂腺的疾病，Stern (2000) 的研究報告中指出，美國在1995年至1998年間，皮膚科門診當中，每年約有五百萬至六百萬人次進行痤瘡的醫療，而王綺嫻 (2005) 針對台灣痤瘡就診頻率之研究也指出，台灣痤瘡就診的比例約為22%，由此可見，痤瘡在國內外的就診病例中，是很常見的疾病之一。

痤瘡形成的原因在病理機轉上主要包含四項：(1)角化異常；(2)皮脂腺分泌旺盛；(3)痤瘡棒狀桿菌於毛囊皮脂腺過度增生；(4)發炎。然而影響痤瘡的風險因子還包括種族、年紀、飲食、生活習慣、皮膚保養的方式等。

85% 以上的青少年都有長青春痘的經驗，在成年人也會出現。不正確的治療方式與不正常的生活習慣會使痤瘡惡化，甚至造成永久性的疤痕，因而影響患者的生活品質甚至社交與工作表現，使得痤瘡無形之中對患者有著不同程度的影響。除了生理上的病理表現外，Gupta和Gupta (2003) 也指出，痤瘡對病患心理層面的影響也十分重要，倘若病患無法在心理上獲得安心或提升自信心，則容易在漫長的治療過程中半途而廢，降低治癒率；換句話說，痤瘡治療應由生理與心理兩方面雙重照護，才能提升痤瘡病患的治癒率。

雖然痤瘡不會致命，但卻常造成病人的心理困擾，甚至會影響其社交活動，因此我

們在治療的過程當中，也要給與病人良好的衛教觀念及預防措施。在痤瘡治療階段，除了藥物治療外，病人的信心建立，以及長期保養的追蹤觀察，都將是治癒痤瘡不可或缺的重要部分，是故，發展一個能有效提升病患治癒率的全方位痤瘡衛教模組，是非常重要的任務。到目前為止並沒有文獻以科學化的分析指出影響之程度及明確的衛教手冊告訴痤瘡患者正確的觀念及治療的方向，因此，若能提供一個對患者生理與心理量化的評估加上藥物合併衛教後改善的程度，以發展一種提升痤瘡治癒率之痤瘡衛教模組，將使痤瘡的治療有一科學化依循的準則。因此本研究為建立全方位痤瘡衛教模組之評估量表，作為篩選與測量痤瘡病患的痤瘡自我調節、生活品質影響程度與痤瘡病症嚴重程度，了解並分析評估問卷，探究不同性別病患與不同程度病患在評估問卷上的表現差異，藉以作為發展痤瘡衛教模組的參考依據。

二、 研究設計

(一) 研究方法

本研究採自編問卷「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」作為主要的評估量表(謝佩玲劉嘉茹,2007)，再配合「皮膚學生活品質問卷」(Dalgard, 2008)與「卡的夫痤瘡指數問卷」(Law, 2009)這兩份問卷來輔助評估。針對本研究使用的三份問卷，於98年9月至12月進行量表的前測，所收集30筆前測資料用來驗證本研究問卷之信效度，並採用SPSS10.0統計分析軟體來進行研究處理。

(二) 研究對象

針對診斷為面部痤瘡之病患經訓練後的護理師施行衛教教學後，讓病患在同一種洗面乳、保濕劑、與防曬劑配合下，接受相同藥物治療。治療前、中、後都會介入問卷調查、主觀評分、客觀評分、照片記錄、動機量表與自信量表記錄。

三、 研究結果與分析

(一) 探討各問卷的內部一致性。

本研究前測回收之有效樣本數為30份，針對三份問卷信度做Cronbach α 內部一致性檢定，其中「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」分四個分向度，包含任務分析、自我動機、自我控制以及自我觀察，而分向度的 α 值介於.81~.94；整份問卷的Cronbach α 值為.9728，具有非常良好的內部一致性。另外「皮膚學生活品質問卷」做Cronbach α 內部一致性檢定， α 值為.8865，同樣具有良好的內部一致性。最後「卡的夫痤瘡指數問卷」做Cronbach α 內部一致性檢定，由於此問卷各選項的測量單位並不一致，採用標準化 α 值為.8102，代表此問卷同樣具有良好的內部一致性。

表一：各問卷 Cronbach α 內部一致性檢定表

	Cronbach α 值	各分量表 Cronbach α 值
痤瘡自我調節之因素分析向 度表問卷	.9728	
任務分析		.8141
自我動機		.9258
自我控制		.9460
自我觀察		.9209
皮膚學生活品質問卷	.8865	
卡的夫痤瘡指數問卷	.8102	

(二) 比較不同問卷間的相關連性。

針對「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」、「皮膚學生活品質問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」三份問卷得分來進行相關分析，研究結果顯示，「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」與「皮膚學生活品質問卷」得分未達顯著相關；但「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」得分達顯著相關 ($P < .05$)，表示受試者在「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」的表現與「卡的夫痤瘡指數問卷」上的表現有密切的關連。

表二：「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」相關係數分析摘要表

	痤瘡自我調節之 因素分析向度表 問卷	卡的夫痤瘡指 數問卷
Kendall's tau_b 統計 量數	Correlation Coefficient	1.000
	Sig.(1-tailed)	.039
	N	23
	Correlation Coefficient	-.276*
	Sig.(1-tailed)	.039
	N	23

$P < .05^*$

(三) 比較不同性別在問卷表現上的異同。

根據前測回收的資料進行獨立樣本T-考驗，探討不同性別在三份問卷上的表現是否有異同。在「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」上性別表現，僅有自我控制分量表的第二題不同性別表現達顯著差異 ($P < .05$)，而在其他題目上性別表現均未達顯著差異。

表三：不同性別在痤瘡自我調節因素表現之獨立樣本T考驗摘要表

自我控制第二題	人數	平均數	標準差	T 值	P 值
男性	8	2.88	.64	-2.681	.014*
女性	15	3.53	.52		

P<.05*

另外在「皮膚學生活品質問卷」上不同性別表現的差異情形，僅第七題的表現達顯著差異 (P<.05)，但因為該題為選擇性答題，作答的受試者不多，產生出統計分析上的顯著差異。除了第七題之外，其他題目上性別表現均未達顯著差異。

最後，在「卡的夫痤瘡指數問卷」上的表現，所有的題目均未達統計上顯著差異，因此在「卡的夫痤瘡指數問卷」不同性別的表現沒有差異。

表四：不同性別在皮膚學生活品質表現之獨立樣本T考驗摘要表

皮膚學生活品質問卷第七題	人數	平均數	標準差	T 值	P 值
男性	4	1.75	.96	-3.523	.024*
女性	2	4.50	.71		

P<.05*

(四) 比較高低分組在問卷表現上的異同。

將「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」、「皮膚學生活品質問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」三份問卷得分進行百分等級的分析，分別挑出全體受試者前百分之 27 為高分組；後百分之 27 為低分組，來進行高低分組表現的統計分析。同樣採用獨立樣本 T 考驗，探討高低分組在三份問卷上的表現是否有異同。

「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」上高低分組的表現，除了任務分析分量表第二題與第六題未達顯著差異之外，其餘的題項全部達顯著差異，代表在「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」中高分組與低分組的表現，是明顯有差異出現。

而在「皮膚學生活品質問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」上高低分組的平均數，「皮膚學生活品質問卷」所算出的高分組與低分組在各題上均未達顯著差異。而在「卡的夫痤瘡指數問卷」上高低分組在各題項的表現均達顯著差異，代表在「卡的夫痤瘡指數問卷」中，高分組與低分組的表現是有明顯差異存在。

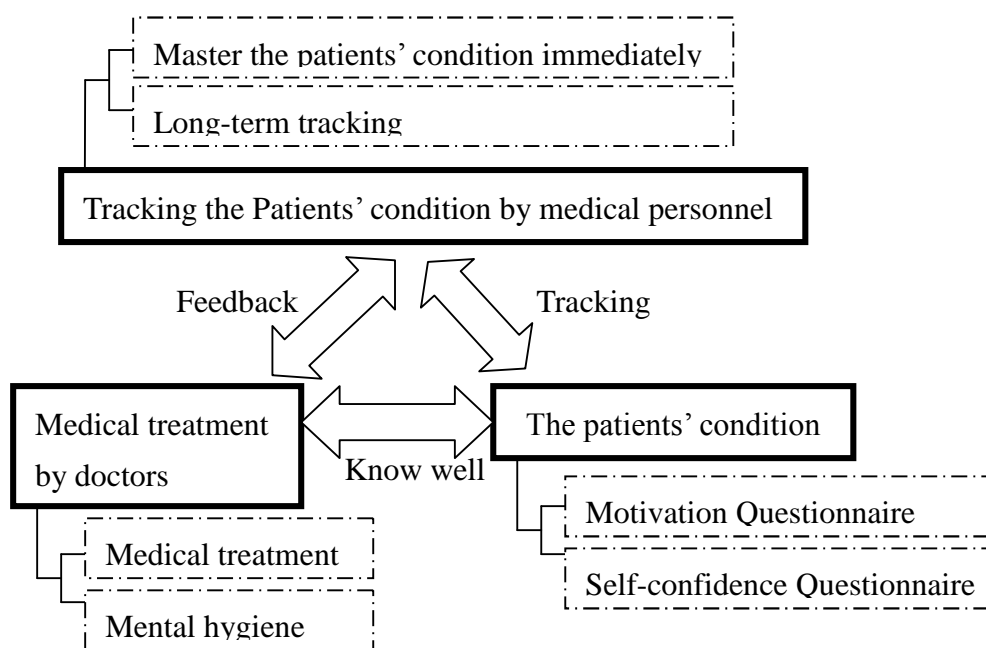
四、 研究結論與建議

本研究所使用三份問卷，包含「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」、「皮膚學生活品質問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」，三份問卷均具備良好的內部一致性，可以準確篩選與測量病患皮膚痤瘡情形。其中「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」兩問卷彼此密切關聯，「卡的夫痤瘡指數問卷」的評估結果更可作為「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」在評估上輔佐的證據。

不同性別的病患在三份問卷上的表現，除了少數幾題表現有明顯差異之外，幾乎在三份問卷表現上沒有出現性別差異，性別並不會影響皮膚痤瘡患者在自我調解、生活情形與痤瘡病症嚴重程度。而各問卷所統計出高低分組，在「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」的題項中，高分組與低分組在所有題目中幾乎皆達到顯著差異，此兩份問卷可評估出高低程度的皮膚痤瘡患者，在自我調解、生活情形與痤瘡病症嚴重程度上的表現情形，更呼應上述兩問卷彼此間密切相關聯的研究結論。

根據上述之研究結論，建議在發展一套能有效提升病患治癒率之痤瘡衛教模組（圖一）時，搭配「痤瘡自我調節之因素分析向度表問卷」與「卡的夫痤瘡指數問卷」量表的施測與評估，確實掌握病患的病況、醫護人員對病患的病理醫療與心理輔導，以及加強院方對病患病況的持續追蹤，以達提升病患治癒率之成效；提升病患治癒率，不但可直接提昇病患的回診率，也可強化病患對院方與醫護人員的信任感，進而增加就診率，達到良性循環。

圖一：提升病患治癒率之痤瘡衛教模組



參考文獻

Stern, R. S. (2000). Medication and medical service utilization for acne 1995-1998.

Journal of the American Academy of Dermatology, 43, 1042-1048.

王綺嫻 (2005)。利用資源探勘方法探討痤瘡患者共患疾病-以全民健康保險學術研究資料庫為例。臺北醫學大學醫務管理學系碩士論文，台北市，未出版。

陳恆之 (2007)。認知心理學。台北市：五南。

Chan, R. C. K. & Chen, E. Y. H.(2005). Assessment of executive function in local psychiatric

- setting. *Hong Kong Journal of Psychiatrist* , 15, 17-22.
- Faure, M., Pawin, H., Poli, F., Revuz, J., Beylot, C., Chi, M. V., Aufret, N., Moyse, D., & Dréno, B.(2009). Factors Influencing the Clinical Evaluation of Facial Acne. *Acta Derm Venereol* ,89, 369–371.
- Gupta, M. A. & Gupta, A. K.(2003) Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders. *Am J Clin Dermatol* , 4, 833-841.
- 謝佩玲,劉嘉茹 (2007)。高學習成就國中生解決科學問題時自我調節力成知研究。高雄師範大學科學教育研究所碩士論文，高雄縣，未出版。
- Law, M. P. M., Chuh, A. A. T., & Lee, A.(2009). Validation of a Chinese version of the Cardiff Acne Disability Index. *Hong Kong Med J* , 15:12-7.
- Mayer, R. E. & Moreno, R.(2003).Nine ways to reduce cognitive load in multimedia learning. *Educational Psychologist* , 38, 43-52.
- Thompson, T. T., Feldman, S. R., & Fleischer, A. B.(1998). Only 33% of visits for skin disease in the US in 1995 were to dermatologists: is decreasing the number of dermatologists the appropriate response? *Dermatology Online Journal* , 4, 3.