

✱ ✱



執行期間：88年7月1日至 89年10月31日

劉玉秀

中 華 民 國 90 年 1 月 31 日

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告
以健康信念模式分析台北市老年婦女對應力性尿失禁之預防行為
Analysis by health belief model of stress incontinence preventive
behavior among elderly women in Taipei.

計畫編號：NSC89-2320-B-038-030

執行期限：88年7月1日至90年10月31日

主持人：蕭仔伶 臺北醫學大學護理學系

共同主持人：苗迺芳 臺北醫學大學護理學系

簡逸毅 臺北醫學大學附設醫院婦產科

劉玉秀 臺北醫學大學護理學系

計畫參與人員：楊莉煙 臺北醫學大學護理學系

何美華 臺北醫學大學護理學系

謝依靜 兼任助理

一、中文摘要

應力性尿失禁為最常見的尿失禁類型，台北地區將近五分之一的成年婦女有應力性尿失禁的問題，這雖沒有致命的危險，除了會有身體的不舒服外，也可能發生羞恥感、抑鬱、身體心像改變、社交隔離等，因而形成了一個相當困擾婦女的問題，而老年婦女由於老化的改變，有較高的盛行率，而骨盆底肌肉運動是預防應力性尿失禁的方法，也是治療應力性尿失禁最經濟、可行、又非侵入性的方式。本研究計劃針對台北市的老年婦女，瞭解其對應力性尿失禁的認知情形及對骨盆底肌肉運動的執行態度，接著以健康信念模式中的個體認知、修正因素、及行動可能性進行分析，同時探討老年婦女執行盆底肌肉運動的影響因素。

本研究除找出執行應力性尿失禁預防行為的影響因素之外，亦期能達成老年婦女健康促進之效能。

關鍵詞：健康信念模式，應力性尿失禁，骨盆底肌肉運動

Abstract

Stress incontinence is the most urinary

incontinence type. There are one in five adult women have stress incontinence problem in Taipei city. Although stress incontinence has no lethal risk, it causes not only physical discomfort but also the feelings of shame, depression, body image change, and social isolation. The elderly women because of aging changes have high prevalence of stress incontinence. The pelvic floor muscle exercise (Kegel's exercise) is not only the way to prevent stress incontinence but also the most economic and non-invasive way to treat stress incontinence.

This study will focus on the elderly women in Taipei and try to explore their knowledge of stress incontinence and performance of pelvic floor muscle exercise. We analysis the factors of individual perceptions, modifying factors and the likelihood of action by health belief model. We also try to find out the factors that effect the elderly women to perform pelvic floor muscle exercise.

In this study, we try to develop an effective plan of stress incontinence prevention and promote the elderly women health.

Keywords: Health belief model

Stress incontinence

Pelvic floor muscle exercise

二、緣由與目的

有四分之一的婦女有應力性尿失禁(stress incontinence)的問題〔10〕，應力性尿失禁是最常見的尿失禁類型，大約占了尿失禁所有類型的75-80%，且常見於年紀大的婦女〔6〕，老年婦女因老化的緣故，雌性素減少，使尿道黏膜變薄變脆弱，肌肉張力減弱，使尿道阻力變小，只要突然的腹內壓上升，加上膀胱頸及尿道周圍的支持組織軟弱，便會發生小便不自主滲出的情形〔3〕；國內的研究調查了台北地區成年婦女的盛行率為23.1%，其中有76%是屬於應力性尿失禁〔1〕，有報告亦提出了應力性尿失禁在老年婦女可達30%的盛行率〔4〕。

老年婦女的應力性尿失禁除了老化的影響，與以前懷孕、生產方式、婦科或泌尿科手術及肥胖等亦有關〔3〕；尿失禁雖然並沒有致命的危險，最直接的是造成身體的不舒服，滲尿不自主發生，也無法抵抗，一發生滲尿，外陰部便潮濕，容易引起陰部皮膚的問題或感染〔2〕〔3〕；在心理社會方面對婦女也有影響，日常生活、社會互動、自覺健康情形都可能受到干擾，甚而產生羞恥感、低自尊、抑鬱、身體心像改變、社交隔離等〔8〕〔9〕

〔11〕。發生應力性尿失禁的個案可能由於並不會疼痛，且不好意思、自尊受到威脅，而沒有提出問題，只有接近20%的患者會詢問醫師〔1〕〔13〕，而且可能有至三成的患者覺得不便對醫師啟齒，或認為這是自然正常的現象、自然會好，不覺得治療有效，或拖到很嚴重才治療〔11〕，所以患者往往有自己發展的一套禁尿方式來處置〔9〕〔12〕，甚至藉由使用尿片或衛生棉墊，來防止弄濕衣褲及預防不必要的困窘；研究指出國內有高達82.5%的應力性尿失禁患者沒有求醫治療〔1〕。

凱格爾(Kegel)於1940年代提出採行骨盆底肌肉運動來改善骨盆底肌肉的功

能與張力，以治療應力性尿失禁〔5〕，這運動對於應力性尿失禁有60%-70%的改善或治療率〔7〕，所以在應力性尿失禁的防治上，骨盆底肌肉運動(又稱Kegel's exercise, 凱格爾氏運動)是不可或缺的。

隨著社會經濟醫療科技的進步，人們的生命延長，女性的平均餘命已經接近80歲(行政院衛生署，民86)，現今年滿65歲的這個世代，由於他們經歷過戰亂困苦的年歲，磨練出節儉、刻苦耐勞又認命的特性〔3〕，若是有應力性尿失禁的問題，可能更不會主動提出或就醫的，試想65歲以後可能還有十多年、二十多年，甚至更多的時光要過，如果這些日子都是過著滲尿的日子，那老年的生活實在談不上健康，更不用談生活品質了，再加上老年人口仍一直在增加，似乎可以預見應力性尿失禁的老年婦女個案會更多，國內有關這方面的研究並不多，在應力性尿失禁的護理與防治上的探討亦很少，為促進老年婦女的健康，應力性尿失禁的問題實是非常值得重視的。

在醫藥發達及日漸開放的現今，老年婦女對應力性尿失禁罹患性與嚴重性的認知情形是如何呢？那些因素會使老年婦女感受到應力性尿失禁的威脅？對於採行骨盆底肌肉運動防治應力性尿失禁，老年婦女的行動可能性與執行態度又是如何呢？在接受應力性尿失禁防治的教育介入後，執行了應力性尿失禁的預防運動，其尿失禁的情況是否能緩解？這些都是本研究即將探討的問題。

本研究的主要目的為：

- 一、瞭解台北市老年婦女對應力性尿失禁的認知情形。
- 二、探討老年婦女應力性尿失禁預防行為的影響因素。
- 三、瞭解老年婦女執行應力性尿失禁預防行為的行動可能性。

三、結果與討論

(一)修正因素之分析

1. 人口、社會心理及結構變項因素分析

有效問卷總數為 579 份，年齡分佈自 65 歲至 98 歲，平均年齡為 71.77 歲，有 375 位(64.8%)已婚，336 位(58.0%)為閩南籍，職業多為家管，525 位(90.7%)非獨居，生育子女數及自然生產數分佈自 0 至 10，停經年齡在 30-60 歲，平均停經年齡為 49.21 歲，自覺健康狀況依 1 至 5 分計非常不健康、不健康、普通、健康、及非常健康，自覺健康狀況平均得分為 3.13 分，為普通健康狀況，有 339 位(58.5%)曾有手術的經驗。

2. 行動線索之分析

受試者 579 名中醫藥資訊來源為醫護人員有 264 名(45.6%)；有近四成的個案之家人朋友贊成做骨盆底肌肉收縮運動(231 人，39.9%)。

3. "感受到疾病威脅"部份之分析

在進行各種活動時，感受到應力性尿失禁的嚴重程度，依 0(沒有尿失禁)到 5(非常嚴重)分等級計算平均值，以咳嗽時之嚴重度為最高，其次為打噴嚏，再其次為舉重物。

感受到疾病威脅同意情形如表一之分析，從非常同意至非常不同意以 5 至 1 分表示，分數愈高代表愈同意。

表一 感受到疾病威脅情形之分析

題目	平均值
曾經因為應力性尿失禁引起會陰部皮膚的問題(如發炎)。	2.17
曾因應力性尿失禁而發生困窘的情形。	2.43
覺得自己有應力性尿失禁的問題，應該要就醫治療。	3.12
為防止應力性尿失禁弄濕衣褲，幾乎每天都須使用衛生棉墊。	2.39
我總是擔心因為應力性尿失禁的問題會讓我的健康愈來愈差。	2.72
我認為應力性尿失禁的情形會影響我的生活品質。	3.24
我認為應力性尿失禁的情形會影響我的工作。	3.07
我認為應力性尿失禁的情形會影響我的日常作息。	3.12

我認為應力性尿失禁的情形會影響我的社交。	3.08
----------------------	------

(二)個體認知之分析

1. 對應力性尿失禁之認識情形

個案對應力性尿失禁認識的問題有 8 題，答對一題給一分，平均值 2.72 分，表示婦女們對應力性尿失禁認識得並不多，其得分分佈情形如表二。

表二 個案對應力性尿失禁認識情形分析

得分	人數	百分比(%)
0	186	32.1
1	57	9.8
2	60	10.4
3	60	10.4
4	48	8.3
5	63	10.9
6	42	7.3
7	45	7.8
8	18	3.1
合計	579	100.0

2. 對應力性尿失禁罹患性之認知情形

表三 對應力性尿失禁罹患性之認知情形

題目	平均值
我覺得應力性尿失禁沒什麼關係。	2.36
雖然很多婦女都有應力性尿失禁，只要我注意保養就不會發生應力性尿失禁。	3.24
我覺得我發生應力性尿失禁的機率高過其他婦女。	2.24

3. 對應力性尿失禁嚴重性之認知情形

由表四得對應力性尿失禁嚴重性之認知情形，表示至少有 40.9%的個案有應力性尿失禁的發生。

表四 對應力性尿失禁嚴重性之認知情形

題目	平均值
我總在咳嗽、打噴嚏、大笑、舉起重物、運動、甚至是姿勢改變時，發生無法控制的尿液滲出。	2.96
我幾乎每天都有應力性尿失禁的情形發生。	2.23

我感覺自己的應力性尿失禁情形很嚴重。	2.24
--------------------	------

(三)行動可能性之分析

依執行骨盆底肌肉收縮運動之利益性及障礙性作比較，利益性之平均值比障礙性之平均值高。(見表五)

表五 執行骨盆底肌肉收縮運動之利益性及障礙性比較

	題目	平均值
利益性	執行骨盆底肌肉收縮運動可以有效減輕應力性尿失禁。	3.61
	執行骨盆底肌肉收縮運動可以降低應力性尿失禁的發生率。	3.54
	執行骨盆底肌肉收縮運動對我的身體狀況是有好處的。	3.63
	骨盆底肌肉收縮運動是值得做的，因為可以及早處理應力性尿失禁，以免影響我的生活。	3.69
	骨盆底肌肉收縮運動能有效預防應力性尿失禁。	3.59
	骨盆底肌肉收縮運動並沒有什麼明顯的副作用。	3.41
	針對應力性尿失禁的防治，用骨盆底肌肉收縮運動比別的方法好。	3.44
障礙性	一旦不做骨盆底肌肉收縮運動便會加重應力性尿失禁，所以還是不要做比較好。	2.55
	做骨盆底肌肉收縮運動對我來說很麻煩。	2.85

另有三分之一以上(36.8%)的個案之家人朋友贊成個案執行骨盆底肌肉收縮運動。

(四)相關分析

咳嗽時發生應力性尿失禁嚴重程度與其他活動發生應力性尿失禁嚴重程度、對應力性尿失禁認識、對疾病嚴重性之認知、覺得應執行骨盆底肌肉收縮運動、疾病之威脅、婚姻、宗教、自覺健康情形、生育子女數、自然生產數及停經年齡相關。

對應力性尿失禁認識與對疾病嚴重性

之認知、覺得應執行骨盆底肌肉收縮運動、婚姻、教育程度、獨居否、自覺健康情形、生育子女數、自然生產數及曾手術否相關。

對疾病嚴重性之認知與覺得應執行骨盆底肌肉收縮運動、婚姻、籍貫、自覺健康情形相關。

(五)單因子變異數分析

與各活動時尿失禁嚴重程度有顯著差異的因子有教育程度、宗教、生育子女數及自覺健康情形。

與對應力性尿失禁認識情形有顯著差異的因子有年齡、婚姻、籍貫、教育程度、職業、宗教、獨居否、曾手術否、生育子女數及自覺健康情形。

與對疾病嚴重性之認知有顯著差異的因子有停經年齡、婚姻、籍貫、教育程度、自覺健康情形。

與對疾病罹患性之認知有顯著差異的因子為生育子女數。

與覺得應執行骨盆底肌肉收縮運動有顯著差異的因子為年齡、婚姻、籍貫、職業、生育子女數及自覺健康情形。

四、計畫成果自評

本研究之信度係數分析如表六：

表六 信度係數分析

項目	信度係數 (Cronbach α)
各活動時尿失禁嚴重程度	0.9510
對應力性尿失禁認識	0.8598
對應力性尿失禁看法	0.8674
對骨盆底肌肉收縮運動看法	0.8342

藉由健康信念模式分析老年婦女對應力性尿失禁的預防性行為，可以了解到老年婦女對應力性尿失禁的認知，以及她們對應力性尿失禁的處理方式與看法，分析出影響預防性健康行為執行的主要因素，這些均有助於醫護提供人員擬定合宜的防治計劃與措施，並能提供醫療服務體系制定衛生服務計劃的參考。

五、參考文獻

- [1] 余宏政、季瑋珠、丘祖毅。(民83)。
台北地區社區成年婦女尿失禁的盛行
率及危險因子的評估,中華泌尿科醫學
會雜誌,5(1),24-31。
- [2] 徐亞瑛、蔡文哲編譯。(民80)。
實用老年護理,初版,台北:匯華。
- [3] 戴玉慈、陳美津、陳惠姿等。(民87)。
老人護理學,初版,台北:國立空中大
學。
- [4] Agency for Health Care Policy and
Research . (1992) . *Urinary
incontinence in adults: Clinical
practice guideline*. Rockville: U. S.
Department of Health and Human
Services.
- [5] Bump, R. C., Hurt, W. G., Fantl, A.,
& Wyman, J. F. (1991). *Assessment
of Kegel pelvic muscle exercise
performance after brief verbal
instruction*. Am. J. Obstet.
Gynecol., 165 (2), 322-328.
- [6] Burgio, K. L., Matthews, K. A., &
Engel, B. T. (1991). *Prevalence,
incidence and correlates of urinary
incontinence in health, middleaged
women*. Journal of Urology, 146
(5), 1255-1259.
- [7] Cammu, H., DeBrayne, R., Nylen,
M. V., Amy, J. J., & Derde, M. P.
(1991). *Pelvic physiotherapy in
genuine stress incontinence*.
Urology, 38 (4), 333-337.
- [8] Case-Gamble, M. K. (1995). *Urinary
incontinence in the elderly*. In M.
Stanley & P. G. Beare, (Eds.),
Gerontological Nursing (pp. 311-
322). Philadelphia F. A. Davis Co.
- [9] Dowd, T. T. (1991). *Discovering
older women's experience of urinary
incontinence*. Research in Nursing &
Health, 14 (3), 179-186.
- [10] Newman, D. K., Burns, P. A. (1997).
*New approaches for managing stress
incontinence in women*. Lippincott's
Primary Care Practice, 1 (4), 382-
387.
- [11] Norton, P. A. (1990). *Prevalence and
social impact of urinary
incontinence in women*. Clinical
Obstetrics and Gynecology, 33
(2), 295-297.
- [12] Norton, P. A., MacDonald, L. D.,
Sedgwick, P. M., & Stanton, S. L.
(1988). *Distress and delay
associated with urinary
incontinence, frequency and
urgency in women*. British Medical
Journal, 297, 1187-1189.
- [13] Seim, A., Sandvik, H., Hermstad, R.,
& Hunskaar, S. (1995). *Female
urinary incontinence consultation
behavior and patient experiences:
an epidemiological survey in a
Norwegian community*. Family
practice, 12 (1), 18-21.