

應力性尿失禁婦女的心理社會衝擊 與因應策略之探討

黃鈺雯 余宏政¹ 賴明坤¹ 陳擇銘²
謝豐舟² 黃秀梨³

中台醫專護理科 台大醫院泌尿科¹ 婦產科² 台大醫學院護理系³

應力性尿失禁是婦女很常見的泌尿道問題，尿失禁對個人身體、心理及社交互動上產生相當的影響。有關尿失禁的研究很多，大多著重生理資料的評估結果，對於應力性尿失禁婦女心理社會衝擊與因應策略的探討尚未完全瞭解。本研究的目的是在探討應力性尿失禁婦女的心理社會衝擊、因應策略及其影響因素。於某醫學中心泌尿科及婦產科門診，以應力性尿失禁婦女心理社會衝擊以及因應策略量表進行資料收集，會談 87 位女性個案，其平均年齡 50 歲。研究結果發現應力性尿失禁偶而造成婦女輕度的心理社會衝擊，其中以擔心症狀惡化、感到不如別人、產生尿味惹人討厭、隨時滲尿心情緊張、以及害怕滲尿當眾出窘等為最大且最高的衝擊程度與頻率。病人最常使用積極行動方式來因應尿失禁的衝突，以「遵循醫療計畫」、「多上廁所」、「心存希望」、「墊衛生紙或棉墊」及「避免造成滲尿動作」為最常使用的策略。過去病史及停經在本研究中發現影響心理社會衝擊；教育程度、過去病史及失禁病史則影響因應策略。本研究結果有助於醫護人員瞭解尿失禁婦女的心理社會衝擊及其因應策略，並協助婦女減輕及因應尿失禁對個人的衝擊，以促進婦女身心健康。(慈濟醫學 1997; 9: 207-217)

關鍵詞： 應力性尿失禁、心理社會衝擊、因應策略

前 言

應力性尿失禁是成年婦女常見的泌尿道問題。文獻指出台北地區成年婦女，23% 有尿失禁情形，其中應力性尿失禁佔所有尿失禁的 75.4%[1]。應力性尿失禁是指逼尿肌在沒有收縮的情況下，腹壓突然增加時，如咳嗽、打噴嚏、彎腰、跑步等，使得膀胱壓力增加，但尿道閉鎖壓力卻因為生產、停經等緣故造成骨盆底肌肉損傷或鬆弛、陰道尿道肌肉黏膜萎縮變化而壓力減小，因而膀胱壓力超過尿道

閉鎖壓且骨盆底肌肉無法有效收縮及協調而導致小便由尿道溢出[2-4]。對於應力性尿失禁臨床上的治療是用增加尿道壓力藥物、骨盆底肌肉運動或膀胱頸懸吊術來改善。從上述有關應力性尿失禁在病理變化、治療方法及對身心影響不同而有別於感染、神經損傷等原因造成的急尿或滿溢性尿失禁。應力性尿失禁除了造成患者會陰部不適以外，不自主滲尿也對個人心理上及社交互動上造成衝擊，因而應力性尿失禁已成為婦女健康上一個重要的問題。國內外有關尿失禁的研究大多著重一般尿失禁的治

收文日期：86 年 3 月 10 日，修改日期：86 年 3 月 31 日，接受日期：86 年 4 月 22 日
抽印本索取及聯絡住址：台北市仁愛路 1 段 1 號 台灣大學醫學院護理系 黃秀梨副教授

療，應力性尿失禁的心理社會層面文獻探討相當少，且多著重尿路動力學、膀胱尿道攝影、棉墊試驗等生理測量指標之評估[5-11]，較缺乏心理社會層面探討，尤其心理社會衝擊和因應策略的探討更少，需要更多研究來瞭解。

疾病對個人心理、社交互動等層面造成很大的衝擊[12-15]。文獻指出應力性尿失禁病人面臨不同程度的心理社會衝擊，影響層面包括日常活動、社交互動以及自我知覺[16-17]。尿失禁對個人心理社會的衝擊上，性生活方面也造成影響，研究指出43%尿失禁患者性關係受到影響，而且面臨不同程度的性壓力[18-19]。Hilton報告24%急尿及應力性尿失禁的患者性交時出現滲尿，其中1/3患者因滲尿而性高潮受限[20]。羅氏為國內外首次探討應力性尿失禁對婦女之影響的文獻，以五個應力性尿失禁對婦女影響的問題詢問病人心理社會層面感受，發現半數以上患者擔心自己身體不夠健康、有壓力感、害怕到陌生的地方及難以維持運動嗜好，且有40%提到社交活動的參與降低[21]。由於羅氏的研究僅20位個案，且皆為接受手術治療患者，以半結構式問卷，僅針對五項影響項目作百分比統計，且無統計上的推論分析，因而針對應力性尿失禁對婦女的心理社會衝擊及其影響因素，截至目前為止尚未完全瞭解，進一步進行應力性尿失禁對婦女心理社會衝擊的探討，對於在學術及臨床應用上將來可提供更有意義的資料，做為應力性尿失禁病人照護的參考。

尿失禁的個人通常採取許多行動來調適失禁帶來的壓力。針對應力性尿失禁因應策略尚無文獻探討。文獻上有關其它的尿失禁因應策略的文獻報導也極為少見。有關一般尿失禁方面的研究，1994年Talbot首先報告尿失禁患者經常使用重新安排環境、增強肌肉、營養計劃、尋求醫療策略、尋求社會支持、分析所處的環境、自責、性調適等策略來因應尿失禁對生活的影響[22]。1994年Skoner也指出一般尿失禁患者經常使用，避免導致不自主滲尿的活動、保持膀胱排空、避免或減少飲用利尿飲料、墊棉墊、作運動增強骨盆底肌肉等策略來因應尿失禁的問題[23]。尿失禁對個人性生活也造成影響，關於尿失禁病人性生活調適方面的文獻，1995年Hiroko報告尿失禁個人在性生活的調適以要求合作、掩飾、搜集資料、表面正常化、自我調節、自我形象

的維持、退卻、認命、保持精神充沛等方法來因應[19]。未來更多有關應力性尿失禁患者因應策略的研究，以瞭解患者在面對衝擊時所採取的因應行為，將有助於婦女因應並減緩尿失禁所造成的衝擊。

有鑑於尿失禁的文獻雖然不少，但關於應力性尿失禁婦女的心理社會衝擊及因應策略至今仍然不清楚。本研究目的在瞭解應力性尿失禁婦女的心理社會衝擊、因應策略及其影響因素，研究結果將能協助醫護人員瞭解應力性尿失禁患者的心理社會衝擊及因應策略，以進一步設計策略來減輕及因應尿失禁對個人的衝擊，以促進婦女身心健康。

材料與方法

本研究為描述性研究(descriptive study)，於某醫學中心泌尿科及婦產科門診，選取經由理學檢查、尿路動力學等診斷檢查且專科醫師診斷為應力性尿失禁之初診患者，未曾行子宮根除術、無精神疾患、意識清楚且能用國台語溝通的應力性尿失禁婦女共87位為研究對象。利用就診後取得個案同意，以結構式問卷做調查。問卷內容分為：

基本資料

基本資料問卷包括：教育程度、年齡、失禁嚴重度等個人基本資料及過去就醫情況、民俗療法、進食補品、自認滲尿原因及久未求醫的因素等醫療相關資料。

尿失禁嚴重度評估是採用一小時棉墊秤重試驗為依據。檢查步驟包括：1、檢查開始前，首先請病人排空膀胱。2、請病人墊上秤重過後的棉墊(檢查開始)。3、請病人在休息狀態，於15分鐘內喝下500 c.c.開水。4、隨後30分鐘請病人走路或爬樓梯。5、剩下之15分鐘，請病人依序做下列運動：(1)由坐姿起立十次(2)用力咳嗽十次(3)原地跑步一分鐘(4)彎腰拾物五次(5)開水龍頭洗手一分鐘。6、結束一小時棉墊試驗，並秤檢查後棉墊之重量。檢查後棉墊的漏尿量2克以下為正常，介於2-10克者為輕度至中度漏尿，介於10-50克者為嚴重漏尿，大於50克者為非常嚴重漏尿。

應力性尿失禁心理社會衝擊量表

本量表係由研究者參考文獻擬定會談指引後，與10位應力性尿失禁患者深入會談，就心理社會層面的衝擊加以整理，並參考國內外文獻以及胡氏「慢性病衝擊量表」[24-25]擬定完成，內容共計30題，包括心理層面12題、以及社會層面18題。以Likert四等分量表，由0~3分評估尿失禁的心理社會衝擊。心理社會衝擊量表分為心理及社會二個層面，心理層面衝擊為個人在面對應力性尿失禁經驗中個人所感受到的壓力等。社會層面衝擊為個人在應力性尿失禁經驗中所產生社交互動方面的衝擊。在效度方面採用專家內容效度，由一位泌尿專科醫師、一位婦產專科醫師及三位臨床護理專家，針對量表內容適切性及是否涵蓋所評估的項目等方面加以檢定。研究也進行因素分析，針對80位應力性尿失禁患者進行建構效度分析，萃取心理與社會兩個因素，因素負荷量皆在0.30以上。信度方面採用Cronbach's alpha 檢定量表的內在一致性的結果，心理社會衝擊的 α 係數為0.87，分別心理衝擊的 α 係數為0.87，社會衝擊的 α 係數為0.89。因此本量表的內在一致性達可信的程度。

應力性尿失禁因應行為量表

此量表參考國內胡氏「慢性病因應行為量表」[12]及研究者的護理經驗，利用會談指引會談後溝通實錄分析並參考相關文獻加以整理成45項。以Likert氏四等分量表，由0~3分評估使用頻率。因應策略量表採用專家內容效度、文獻歸類為「積極行動」、「消極行動」及「情緒調整」三類因應策略外，「積極行動」的因應策略為個案採取主動直接的方式，來探討、解決尿失禁所帶來的衝擊，「消極行動」的因應策略為採取避開、逃避的消極方式來試圖減緩尿失禁的衝擊，「情緒調整」的因應策略為藉由抒發情緒來減輕內心的衝擊，因素分析以80位應力性尿失禁患者進行建構效度分析萃取三個向度，因素負荷量皆在0.30以上，研究工具的信度以Cronbach's alpha 檢定其內在一致性，其 α 值為0.88，三個向度的Cronbach's alpha 分別為「積極行動」因應策略 α 值為0.80，「消極行動」因應策略 α 值為0.86，「情緒調整」因應策略 α 值為0.83。

研究所得資料，以dBaseIII建檔後，再以SAS統計套裝軟體進行分析。

結 果

病患的基本屬性資料

研究對象包括87位女性，年齡從31至77歲，平均50.5歲(SD=10.8)；大多數患者具有高中以上的教育程度、職業為家管(54.0%)、有宗教信仰(78.2%)、尿失禁病史五年以上(73.5%)，且尿失禁嚴重度多為輕至中度(一小時棉墊坪重試驗量為2-10克者)。大多數自然生產(93.7%)，平均2.9胎次。

表1. 研究對象基本資料分佈情形 (N=87)

變 項	組 別	人數(%)
年齡	50歲以下	49(56.32)
	50歲以上	38(43.68)
教育程度	不識字	5(5.74)
	小學	21(24.14)
	初中	13(14.94)
	高中	19(21.84)
	大專以上	29(33.34)
職業	有	40(45.98)
	無	47(54.02)
宗教信仰	有	68(78.16)
	無	19(21.84)
失禁嚴重度	輕至中度	56(64.37)
	重度	21(24.14)
	非常嚴重	10(11.49)
失禁病史	<1年	23(26.44)
	1-5年	28(32.18)
	5-10年	23(26.44)
	>10年	13(14.94)
過去病史	無	44(50.57)
	婦科	19(21.84)
	慢性病	22(25.29)
	泌尿	2(2.30)
停經	是	47(54.02)
	否	40(45.98)
產次	3胎以下	41(47.13)
	3胎以上	46(52.87)

醫療相關資料

本研究患者對應力性尿失禁的醫學資訊觀念普遍不正確。由患者過去接受治療情況的分析可以發現，68%研究對象過去未曾接受治療，久未求醫的原因包括尿失禁不太影響日常生活(41%)，不知尿失禁可以治療(29%)，認為滲尿是正常現象(22%)、不好意思看病(22%)，害怕手術(16%)，以及擔心檢查或治療的疼痛不適、工作忙碌沒空看病等其他原因(8%)。對於造成尿失禁的原因，大多數患者認為體質虛冷或感冒所引起(33%)，1/5 研究對象以為尿失禁是由多次生產，其它疾病或月子沒做好所導致，也有十分之一患者認為是手術，性生活次數頻繁或停經所造成，少數病人則認為是太早婚所引起(5%)。研究也發現個案採用民俗療法，包括進食補品及服用藥來改善尿失禁的情形，11%病患因滲尿而特別進食杜仲、麻油雞、蜂王乳、十全大補等補品。也有少數患者曾服用草藥(表2)。可見患者對應力性尿失禁普遍存在不正確的醫療觀念，民俗療法對國人也有根深蒂固的影響。

應力性尿失禁婦女的心理社會衝擊與因應策略

研究結果發現，應力性尿失禁患者在面對尿失禁的心理社會衝擊數目的範圍為1~30項，平均14.48項，衝擊發生頻率範圍1-80分(總分90)，衝擊發生頻率介於「偶而」到「經常」之間，平均0.93分(標準差0.70分)，屬偶而發生頻率，衝擊程度得分範圍則為1-82分(總分90分)，衝擊程度則在稍有影響到非常有影響之間，平均0.89(標準差0.72)，屬輕度的衝擊。比較心理與社會層面衝擊情形，發現心理層面衝擊分別在衝擊人次、平均發生頻率及平均衝擊程度皆較社會層面為高(表3)，顯示面對應力性尿失禁，患者心理層面衝擊人次、發生頻率較高且衝擊程度較大。

應力性尿失禁患者心理社會衝擊人次、發生頻率及程度的排行榜(表4)，心理層面衝擊前五名以擔心症狀惡化、感到不如別人、產生尿味惹人討厭、隨時滲尿心情緊張、以及害怕滲尿當眾出窘的衝擊人次、頻率及程度最大；社會層面衝擊最大的前五名排行榜，則以運動休閒樂趣降低、運動休閒次數減少、旅行樂趣降低、影響旅遊次數、以及社交活動減少。反觀心理層面衝擊人次、頻率及程度較小者為治療信心降低、他人異樣眼光；至於社會

表2. 應力性尿失禁患者的尿失禁醫療相關資料

項 目	頻 率	百分比
滲尿是否就醫		
是	28	32.2
否	59	67.8
滲尿原因		
體質虛冷	29	33.3
生多胎	19	21.8
其它疾病引起	18	20.7
月子沒做好	17	19.5
手術	12	13.8
性生活次數有關	8	9.2
停經	7	8.0
太早婚	4	4.6
久未求醫原因		
造成生活影響不大	26	41.3
不知可治療	18	28.6
認為正常現象	14	22.2
不好意思看病	14	22.2
害怕手術	10	15.9
其它	5	7.9
民俗療法		
進食補品	10	11.5
草藥治療	3	3.4

表3. 應力性尿失禁患者在心理社會衝擊及因應策略之平均使用人次、頻率及程度

項 目	人 次	頻 率	程 度
	M/SD	M/SD	M/SD
心理社會衝擊	14.48/8.68	0.93/0.70	0.89/0.71
心理	7.00/3.46	1.22/0.80	1.15/0.83
社會	7.53/5.92	0.74/0.71	0.72/0.70
因應策略	19.64/7.80	0.83/0.39	
積極行動	11.48/4.14	1.11/0.53	
消極行動	4.56/3.32	0.83/0.39	
情緒調整	3.74/2.18	0.56/0.46	

M: 平均數 SD: 標準差



層面排名最後則以家人親密關係建立、性生活、以及金錢負擔為衝擊人次、頻率及程度最小者。

整體而言，心理層面衝擊主要以擔心疾病惡化及滲尿所帶來困窘的壓力，社會層面衝擊則以運動休閒衝擊最大。值得注意性生活衝擊排名雖居後但是應力性尿失禁對性生活方面的衝擊人次百分比，約有20%患者承受性生活次數改變、行房情趣改變及影響伴侶關係維繫，可見尿失禁對性生活衝擊仍

不容忽視。

本研究也對應力性尿失禁的因應策略作探討，研究發現應力性尿失禁患者面對尿失禁所使用的因應策略項目範圍為1~37項，平均19.64項，使用頻率得分範圍1-78分(以0~3分評估，總分135分)，平均0.82分(標準差0.40分)，因應策略的使用頻率介於偶而與經常之間。比較三種因應策略類別在每項平均使用人次及使用頻率情形，發現「積極行動」因應策

表 4. 應力性尿失禁患者在心理社會層面衝擊的使用人次、頻率及程度 (N=87)

類別	心理社會衝擊項目	人 次		頻 率		程 度	
		F/%	R/TR	M/SD	R/TR	M/SD	R/TR
心理							
	隨時滲尿，心情緊張	65/74.7	1/1	1.41/1.13	4/4	1.36/1.13	3/3
	擔心症狀惡化	63/72.4	2/2	1.69/1.19	1/1	1.57/1.21	1/1
	產生尿味，惹人討厭	60/69.0	3.5/3.5	1.46/1.2	3/3	1.39/1.20	2/2
	害怕滲尿，當眾出窘	60/69.0	3.5/3.5	1.38/1.18	5/5	1.25/1.15	6/6
	感到不如別人	57/65.5	5.5/6.5	1.53/1.29	2/2	1.39/1.21	4/4
	無法自我控制而較神經質	57/65.5	5.5/6.5	1.25/1.1	8/10	1.21/1.13	8/8
	擔心造成別人負擔	54/62.1	7/9	1.37/1.27	6/6	1.28/1.24	5/5
	被發現滲尿，很羞恥	50/57.5	8/11	1.26/1.27	7/9	1.22/1.23	7/7
	喪失自主權	44/50.6	9/13.5	1.07/1.20	9/11.5	1.03/1.18	9/12
	對自己沒信心	38/43.7	10/19	0.95/1.22	10/14	0.87/1.16	10/15
	治療的信心降低	31/35.6	11/23	0.74/1.12	11/20	0.72/1.12	11/20
	他人異樣的眼光	27/31.0	12/25	0.56/0.97	12/25	0.56/0.95	12/25
社會							
	運動休閒活動的樂趣降低	59/67.8	1/5	1.30/1.11	1/7	1.21/1.07	1.5/8
	影響運動休閒興致、次數	56/64.4	2/8	1.28/1.12	2/8	1.21/1.10	1.5/8
	旅行樂趣降低	52/59.8	3/10	1.07/1.08	3/11.5	1.07/1.07	3/11
	影響旅遊興致次數	49/56.3	4/12	1.06/1.11	4/13	1.01/1.06	4/13
	社交活動的參與次數減少	44/50.6	5/13.5	0.89/1.05	5/15	0.89/1.05	5/14
	社交活動的樂趣降低	42/48.3	6/15	0.84/1.03	6.5/16.5	0.82/1.03	7.5/17.5
	學習活動之執行次數減少	43/49.0	7/16	0.84/1.02	6.5/16.5	0.86/1.01	6/16
	影響學習活動的動機	40/46.0	8.5/17.5	0.82/1.04	8/18	0.82/1.02	7.5/17.5
	持續長時間工作易被打斷	40/46.0	8.5/17.5	0.79/1.01	9/19	0.74/0.97	9/19
	影響工作和事業的追求	33/37.9	10.5/20.5	0.67/1.00	10/21	0.66/0.99	10/21
	執行家事的動作受到限制	33/37.9	10.5/20.5	0.64/0.96	11/22	0.60/0.88	11/22
	影響家事的執行量	32/36.8	12/22	0.57/0.88	13/24	0.57/0.87	12.5/23.5
	和朋友的交往減少	30/34.5	13/24	0.60/0.96	12/23	0.57/0.92	12.5/23.5
	金錢花費增加，加重負擔	23/26.4	14/26	0.48/0.93	14/26	0.48/0.93	14/26
	影響行房情趣	20/23.0	15/27	0.39/0.83	15.5/27.5	0.38/0.85	15.5/27.5
	影響與伴侶的感情的維繫	17/19.5	16.5/28.5	0.36/0.82	17.5/29.5	0.33/0.80	18/30
	性生活次數改變	17/19.5	16.5/28.5	0.36/0.81	17.5/29.5	0.34/0.80	17/29
	影響家人親密關係的建立	16/18.4	18/30	0.39/0.91	15.5/27.5	0.38/0.87	15.5/27.5

F: 使用的人次 %: 使用人次所佔百分比 M: 平均數 SD: 標準差 R: 類排名
TR: 總排名

略最高、「情緒調整」因應策略次之、「消極行動」因應策略最低，可見患者面對尿失禁是以積極行動或情緒調整來因應以減緩衝擊。

應力性尿失禁患者因應策略使用人次、頻率的前五名排行榜為「遵循醫療計畫」、「多上廁所」、「心存希望，堅信病況會轉佳」、「墊衛生紙或棉墊」、「避免造成滲尿的動作」；而最少使用的因應策略為「把問題留給別人處理」、「吃東西等方法忘

掉煩惱」、「責怪別人」、「與人比較」、「到處探聽，嘗試中藥或秘方」。值得注意的是在四十五項因應策略中有十五項因應策略使用人次佔50%以上，包括減少液體攝取、多上廁所、墊衛生紙或棉墊、投入工作、雙腿夾緊、避免造成滲尿動作、選擇較靜態運動、避免運動機會、詢問醫護人員、蒐集相關資訊、船到橋頭自然直、希望奇蹟發生、尋求安慰、遵循醫療計畫及心存希望，其中有五項因應策略使

表 5. 應力性尿失禁患者因應策略使用人次及頻率

類別	因應策略項目	人 次		頻 率	
		F/%	R/TR	M/SD	R/TR
積極行動					
	遵循醫療計畫	77/88.5	1/1	1.95/1.00	2/2
	多上廁所	72/82.8	2/2	2.13/1.15	1/1
	心存希望，堅信病況會轉佳	71/81.6	3/3	1.83/1.10	4/4
	墊衛生紙或棉墊	70/80.5	4.5/4.5	1.86/1.15	3/3
	選擇較靜態的運動	59/67.8	7/8	1.63/1.29	5/6
	接受滲尿的各種失落	37/42.5	13/20.5	0.71/0.96	17/25.5
	與有滲尿的人交換意見	35/40.2	15/23.5	0.61/0.84	18/29
	做些掩飾	31/31.5	17.5/27.5	0.72/1.07	16/24
	與性伴侶溝通	26/29.9	19/33	0.49/0.87	19/34.5
	收集或多看有關房事資料	21/24.1	20/37.5	0.44/0.87	20/37.5
消極行動					
	避免造成滲尿的動作	61/70.2	1/7	1.75/1.28	1/5
	減少外出次數	43/49.4	2/17	1.06/1.20	2/15
	工作量減少	37/42.5	3/20.5	0.82/1.11	3/18
	禱告或拜佛念經	31/35.6	4/27.5	0.71/1.09	4/25.5
	一味責怪自己未及早就醫	27/31.0	5.5/31.5	0.62/1.03	5/28
	到處打聽，嘗試中藥或秘方	16/18.4	12/40	0.30/0.70	13/40
	與人比較，自覺沒機會	11/12.6	14/42	0.24/0.70	14/42
	責怪別人	10/11.5	15/43	0.18/0.56	15/43
	吃東西等使自己暫時忘掉煩惱	6/6.9	16/44	0.10/0.43	16/44
	把問題留給別人處理	2/2.3	17/45	0.03/0.24	17/45
情緒調整					
	希望有奇蹟發生	52/59.8	1/13	1.39/1.29	1/9
	船到橋頭自然直	49/56.3	2/14	1.05/1.09	3/16
	求助家人或朋友	48/55.2	3/15	0.86/0.94	4/17
	投入工作，忘記滲尿的問題	47/54.0	4/16	1.11/1.18	2/13
	較自己滲尿糟的比，心裡好過	38/43.7	5/19	0.80/1.04	5/20
	否認或刻意忘掉滲尿問題	35/40.2	6/23.5	0.60/0.84	7/30
	不管他，滲了也沒關係	31/35.6	7/27.5	0.70/1.08	6/27
	幻想事情已經解決了	28/32.2	8/30	0.57/0.96	8/31

F: 使用人次 %: 使用人次所佔百分比 M: 使用平均 SD: 標準差 R: 類排名

TR: 總排名



用人次更是高達80%以上，包括「多上廁所」、「墊衛生紙或棉墊」、「詢問醫護人員」、「遵循醫療計畫」及「心存希望」，為多數應力性尿失禁婦女在面對尿失禁的衝擊時，必需採用的因應策略。

應力性尿失禁婦女心理社會衝擊及因應策略的相關因素

應力性尿失禁患者的心理社會衝擊及因應策略的重要影響因素，以逐步複回歸分析(stepwise mutiple regreeion)進行分析(表6)。結果顯示過去病史及停經兩變項為心理社會衝擊之重要影響因素，可解釋其總變異量的11.88%；教育程度為積極行動因應策略之重要影響因素，可解釋其總變異量的8.00%；失禁病史及過去病史兩變項可解釋消極行動因應策略變異量之12.75%。整體結果顯示有過去病史者、已停經者，其心理社會衝擊愈大；教育程度愈高者，愈常採取積極行動因應策略；失禁病史愈長者及有過去病史者，愈常採取消極行動因應策略。

討 論

研究結果發現應力性尿失禁婦女的醫學知識普遍不足，研究對象滲尿過去就醫比率相當低，僅有32.2%，比余氏調查台北地區社區婦女尿失禁的就醫比率(18.4%)高，可能因本研究對象為醫院求診患者而有別於余氏研究的社區尿失禁婦女有關。延遲

就醫的原因來自多數病患認為尿失禁對日常生活影響不大、不知尿失禁可以治療、認為滲尿是正常現象、不好意思看病、害怕手術及少數害怕治療不適等原因。國內余氏的研究同樣發現多數患者認為滲尿對日常生活困擾不大及少部份覺得就醫不會改善症狀，因而就醫比率低[1]。Norton針對尿失禁婦女困擾及延遲就醫的研究也發現病患延遲就醫的原因為不好意思求診、認為滲尿是正常的及擔心需手術的錯誤認知[26]。顯示不論國內外應力性尿失禁婦女在考慮就醫時，都有相同的擔心及疑慮。在延遲就醫的原因中，研究對象佔「不好意思看病」22.2%，多數個案不好意思向男醫師提及滲尿的問題，對女醫師則較無此困擾，Norton的研究也同樣發現多數尿失禁患者表示難以向男醫師求診滲尿問題[26]。因此處理臨床上病人難以啟齒的滲尿問題，除了多宣導相關資訊外，醫護人員亦需更敏銳及主動的關心病患尿失禁的問題。

應力性尿失禁婦女對於滲尿問題處理上有不正確的概念。對於造成尿失禁的原因多數有錯誤認知，33.3%個案認為體質虛冷所引起且部份個案以進食補品等民俗療法來改善尿失禁情形，醫護人員推廣這方面醫療資訊，以骨盆底肌肉運動、用藥等方法來確實協助應力性尿失禁改善是非常重要的。有鑑於國內外尚缺乏這方面調查，無法進一步與文獻對照，但由中國人常採信民俗偏方且對於疾病看法混雜著體質冷熱虛實等中醫理論的詮釋，其獨特的解釋意義與歐美國家尿失禁患者應有相當的差異，未來針對應力性尿失禁進行中西文化上差異的研究

表6. 應力性尿失禁患者心理社會衝擊及因應策略回歸分析摘要表 (N=87)

項 目	影響因素	R2	原始回歸係數	標準化回歸係數	P值
心理社會	過去病史	0.05	12.58	0.30	0.008
	停經	0.09	-9.36	-0.22	0.049
積極行動因應策略	教育程度	0.08	2.02	0.28	0.008
消極行動因應策略	失禁病史	0.08	0.33	0.28	0.006
	過去病史	0.13	3.45	0.21	0.045

心理社會衝擊=31.49+12.58×過去病史-9.4×停經

積極行動因應策略=14.94+2.01×教育程度

消極行動因應策略=6.23+0.33×失禁病史+3.45×過去病史

以上各變項之虛擬變項的參考類別分別為過去病史「無」、「未」停經，教育程度「不識字」

與探討，將可得到更有意義的資料以瞭解文化對應力性尿失禁患者醫療行為的影響。

應力性尿失禁對個人造成心理社會兩方面的衝擊[21]。研究結果發現應力性尿失禁患者偶而造成輕度的心理社會衝擊，在30
確認14.48項。此結果在相關研究中得到印證。Wyman等人有關尿失禁婦女的心理社會衝擊研究發現病患承受輕度衝擊[17]；Hunnskaar的尿失禁生活品質研究報告也指出應力性尿失禁患者有輕度的心理社會衝擊[16]。可見多數應力性尿失禁患者承受輕度的心理社會衝擊。其中心理層面及社會層面衝擊比較，發現心理較社會層面的衝擊人次、發生頻率較高且衝擊程度較大，顯示婦女在面對尿失禁時，所承受心理層面衝擊大於社會層面。心理社會衝擊的感受，在研究對象人次、頻率及程度上顯現差別相當大，衝擊人次項目範圍1-30項，標準差8.68，衝擊發生頻率介於「偶而」到「經常」之間，衝擊程度則在稍有影響到非常有影響，Wyman及 Hunnskaar的研究也同樣發現尿失禁婦女有偶而至經常及輕至重度不等的衝擊頻率、程度。因此臨床上對於應力性尿失禁婦女的心理社會衝擊是不容忽視的，並且應考慮到患者個別性的差異。

應力性尿失禁對性生活也造成衝擊，研究個案中約20%承受性生活次數、行房情趣改變及影響伴侶關係維繫等性生活方面衝擊，性生活對應力性尿失禁的衝擊尚無文獻報告，有相關的尿失禁研究報導也發現尿失禁也造成性方面的心理社會衝擊，Hilton的研究報告43%一般尿失禁病人感受到性生活衝擊，Hiroko針對75位混合應力性尿失禁及急尿型尿失禁婦女性方面影響的研究報告50%患者有性生活方面的衝擊，Hilton及Hiroko的研究結果有較高比率的性生活衝擊，探究可能與本研究之間卷設計及尿失禁型態不同是重要影響因素[19-20]。儘管單純應力性尿失禁患者性生活衝擊低於其它型態的尿失禁，但是仍佔有五分之一病患。故醫護人員在正視病患生理的衝擊之餘，應更敏感去評估病患心理社會方面的衝擊特別是性生活方面也不容忽視[26]。因此臨床上提供應力性尿失禁患者醫療照顧時，除了處理滲尿生理上問題以外，深入瞭解心裡社會層面的衝擊，並協助患者減輕衝擊程度並提供有效策略協助因應應力性尿失禁心理社會衝擊是很重要的。

研究中應力性尿失禁患者採用許多種方法來因

應，包括積極、消極行動及情緒調整等來調適不同層面的影響。面對心理層面衝擊分別採用積極、消極行動及情緒調整來因應滲尿問題；至於社會層面衝擊則採用積極行動及消極行動因應策略。應力性尿失禁患者多數偶而採用因應策略減緩衝擊，平均使用19.4項的因應策略，包括積極行動、情緒調整及消極行動因應策略，其中使用人次及頻率以積極行動策略最多、情緒調整策略次之、消極行動策略最少。此研究結果驗證Lazarus & Folkman(1984)因應理論當個體評估內在或外在環境之要求超過或低於其所擁有的資源時，在認知或行為上改變來調適。研究也發現應力性尿失禁患者使用因應策略項目範圍1-37項，標準差 7.68，偶而到經常使用每項因應策略。顯示應力性尿失禁患者在面對尿失禁衝擊時，用來減緩的因應方式因人而異且個別性差異頗大。

研究個案面對應力性尿失禁採取因應行為的平均使用人次及頻率排行榜前五名發現個案以多上廁所、遵循醫療計畫、墊衛生紙或棉墊、心存希望堅信病況轉佳及避免造成滲尿動作為常用策略。有關應力性尿失禁因應策略排名的文獻，Skoner是唯一的一篇，本研究結果因應策略排名與1994年Skoner對8位應力性尿失禁及急尿患者以會談方式詢問患者尿失禁的因應策略，發現常用5種策略，包括避免滲尿動作、多上廁所、避免或減少飲用利尿飲料、墊棉墊及執行骨盆底肌肉運動互有異同之處[23]。多上廁所、墊衛生紙或棉墊及避免滲尿動作三種因應策略在本研究中與Skoner研究同樣居前五名，可見不論國內外婦女在面對尿失禁皆常以多上廁所、墊衛生紙或棉墊及避免滲尿動作來因應。至於本研究中名列前五名的遵循醫療計畫、心存希望兩項因應策略，在Skoner的研究則居後，探究遵循醫療計畫不同原因除了可能與Skoner只用兩個問題與八位社區個案會談整理，本研究以嚴謹45題問卷量表對87位醫院門診患者做資料收集所以差異大有關，但由於本研究調查對象屬在醫院求診婦女，並不能代表所有社區婦女。至於心存希望不同的原因，可能與本研究以結構式問卷量表收集資料，相較Skoner的研究僅以2個問題詢問病患會談整理不同有關外，中西文化差異也可能影響心存希望策略的運用，中國人在面對不佳情況常以心存希望作情緒上調整的因應策略，這可從其它慢性病因應策略研究結果得到佐證。

特別值得注意的是本研究患者「執行骨盆底肌肉運動」的因應策略排行居最後，相較於Skoner(1994)及Talbot(1994)的研究報告皆指出「運動增強骨盆底肌肉」是排行前五名的常用處理策略，有天壤之別的差異。本研究之患者大多不清楚運動的方法及不確信運動效果而未執行，國內推行骨盆底肌肉運動不普遍，可能與醫護人員並未完全瞭解有關。因而國內若能推廣骨盆底肌肉運動方案及醫護人員之相關教育，才能進一步給予患者骨盆底肌肉運動方面的指導及適當諮詢，以提供有效的因應策略。因此，無論國內外一套完整有系統且易瞭解的骨盆底肌肉運動教育方案是非常重要的。

應力性尿失禁婦女面對心理社會衝擊及因應策略之影響因素，發現有過去病史者及停經者其心理社會衝擊較大，由於有過去病史者除了曾有慢性病等之苦外，又增加尿失禁問題，雪上加霜也使得心理社會衝擊感受較大。停經期女性荷爾蒙的缺乏造成婦女陰道、尿道肌肉鬆弛，導致尿失禁更形嚴重；體內荷爾蒙的變化，也帶來臉部潮紅、不安等身心不適，再加上更年期心理社會調適的壓力，導致尿失禁對更年期婦女心理社會較大的衝擊。至於因應策略的影響因素方面，教育程度高的個案採取積極的因應策略，可能因教育增進個人收集資料方法，以科學方法增進醫療知識，解決問題，因而較能以積極行為來因應尿失禁的問題[12]。

結 論

本研究探討應力性尿失禁婦女所承受心理社會衝擊及所採取因應策略，發現患者偶而造成輕度的心理社會衝擊，其中以擔心症狀惡化、感到不如別人及擔心尿味惹人討厭等衝擊程度及發生頻率最大及最高。患者常採取積極行動的因應策略，尤其以「遵循醫療計畫」、「多上廁所」、「心存希望」、「墊衛生紙或棉墊」及「避免造成滲尿動作」。尿失禁病人心理社會衝擊及因應策略影響分析發現，教育程度愈高者多採取積極行動的因應策略，已停經者多採取情緒調整的因應策略，過去病史中合併有慢性

病患者比沒有過去病史者有較大的心理社會衝擊失禁嚴重度愈嚴重、失禁病史愈長者多採取消極行動的因應策略且承受較大的心理社會衝擊。

本研究是國內首次合併探討有關應力性尿失禁婦女心理社會衝擊及因應策略方面的研究，結果可協助醫護人員瞭解應力性尿失禁對患者所產生的心理社會衝擊程度及因應情形，作為臨床評估病人及衛生教育宣導之參考。由於時間、人力的限制，研究對象僅限於某醫學中心，未來增加社區及不同醫院的個案，並設計一套減輕應力性尿失禁方案並探討其成效，可得到更有意義的結果。

誌 謝

本研究承蒙台大醫院婦產科林鶴雄醫師、泌尿科關士傑醫師、張淑貞護理長、李筱玲護理師、台大護理系于博芮講師等專家協助及中台醫專護理科胡月娟主任同意提供問卷之參考，在此致上誠摯謝意。另外特別感謝本研究個案提供寶貴的資料。

參考資料

1. 余宏政等：台北地區社區成年婦女尿失禁的盛行率。中華泌尿醫誌，1994；5(1):25-31.
2. 郭漢崇：婦女應力性尿失禁—無切性膀胱頸懸吊術。慈濟醫學 1989；1(1):26-30.
3. Klutke JJ, Bergman A: Hormonal influence on the urinary tract. Urol Clin North Am 1995；22(3):629-639.
4. Skoner MM: Factors associated with risk of stress urinary incontinence in women. Nurs Res 1994；43(5):301-306.
5. 余宏政等：尿路動力學檢查對於女性應力性尿失禁之診斷及評估。中華民國外科醫學會雜誌 1988；21(3):326-333.
6. 胡玉銘等：棉墊秤重試驗對婦女尿失禁患者的評估。中華民國婦產科醫學會雜誌 1988；43(3):251-256.
7. 邱基旭等：自認應力性尿失禁婦人的尿流動力學研究。中華民國泌尿科醫學會雜誌 1990；1(3):189-196.
8. Dupont MC et al: Diagnosis of stress urinary incontinence—an overview. Urol Clin North Am 1996；23(3):407-415.
9. Jorgensen L et al: One-hour pad-weighing test for ob-

- jective assessment of female urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1987; **69**:39-42.
10. Kujansuu E, et al: Degree of female stress urinary incontinence: An objective classification by simultaneous urethrocytometry. *Gynecol Obstet Inves* 1984; **18**:66-71.
 11. Nitti VW, Combs AJ: Correlation of valsalva leak point pressure with subjective degree of stress urinary incontinence in women. *J Urol* 1996; **155**(1):281-285.
 12. 胡月娟：慢性病患者所承受的衝擊與因應行為。護理研究 1994; **2**(2):140-151.
 13. Hymovich DP: Development of the chronicity impact and coping instrument : Parent questionnaire (CICI:PQ). *Nurs Res* 1984; **33**(4):218-222.
 14. Lagro-Janssen AM, et al: Psychological aspects of female urinary incontinence in general practice. *Br J Urol* 1992; **70**:499-520.
 15. Grimby A et al: The influence of urinary incontinence on quality of elderly women. *Age and ageing* 1993; **22**:82-89.
 16. Hunskaar S, Vinsnes A: The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *J Am Geriatr Soc* 1991; **39**:378-382.
 17. Wyman JF: The psychiatric and emotional impact of female pelvic floor dysfunction. *Curr Option in Obstetrics & Gynecology* 1994; **6**(4):336-339.
 18. Clark A, Romm J: Effect of urinary incontinence on sexual activity in women. *J Reprod Med* 1993; **38**(9):679-683.
 19. Hirroko Komatsu: Effect of urinary incontinence on the sexuality of women. The Japan Academy of Nursing Science Second International Nursing Research Conference in Kobe 1995.
 20. Hilton P: Urinary incontinence during sexual intercourse: A common, but rarely volunteered, symptom. *Br J Obstet Gynecol* 1988; **95**:377-381.
 21. 羅美芳等：罹患應力性尿失禁對婦女之影響。慈濟醫學 1996; **8**(2):137-143.
 22. Talbot LA: Coping with urinary incontinence: Development and testing of a scale. *Nurs Giagnosis* 1994; **5**(3):127-132.
 23. Skoner MM: Self-management of urinary incontinence among women 31 to 50 years of age. *Rehabilitation Nurs* 1994; **19**(6):339-343.
 24. 胡月娟：罹患慢性病對病人的衝擊及其相關因素之探討。公共衛生 1992; **19**(20):207-222.
 25. 胡月娟：慢性病衝擊量表信度、效度的初步探討。亞洲護理學文摘 1994; **1**(1):51-55.
 26. Norton PA, et al: Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency, and urgency in women. *Br Med J* 1988; **297**(5):1187-1189.



Psychosocial Impacts and Coping Strategies of Women with Stress Urinary Incontinence

YU-WEN HUANG HONG-JENG YU¹ MING-KUEN LAI¹ TZER-MING CHEN²
FOU-JON HSIEH² SHIOW-LI HWANG³

Chung Tai Junior College, Taichung, Taiwan; Department of Internal Medical and Urology¹,
Department of Obstetrics and Gynecology², National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan;
School of Nursing³, College of Medicine, National Taiwan University, Taipei, Taiwan

Stress incontinence is a common urinary problem in adult women. While the physiologic and pathologic effects of this disease have been well studied, the psychosocial impacts and coping strategies are not well understood. We investigated the psychosocial impacts and coping strategies of women with stress incontinence, and the factors that influenced them. Eighty-seven women with stress incontinence (mean age: 50 years) were recruited from outpatients of the urological and gynecological clinics of a large medical center. A psychosocial impact and a coping strategy scale was used to evaluate the patients. Stress incontinence causes mild psychosocial impacts in women. Worry about symptom deterioration, feelings of inferiority, offensive smell of urine, nervousness due to loss of urinary control and embarrassment caused by urinary leakage in public ranked as the top five psychosocial impacts. An active coping category was used most frequently by the patients. The top five coping strategies were frequent urination, compliance with medical regimen, wearing protective pads, keeping hope, believing that the disease will improve, and avoiding strenuous activity. Women with chronic illness and menopause experienced higher psychosocial impacts. Active coping strategies were used more frequently by women with higher education while passive coping strategies were used more frequently by women with chronic illness and longer duration of incontinence. Understanding the psychological impacts and coping strategies of women with stress incontinence will help health personnel to assist patients cope with stress incontinence and to improve the quality of care. (Tzu Chi Med J 1997; 9: 207-217)

Key words: *stress incontinence, psychosocial impact, coping strategy*

Received: March 10, 1997, Revised: March 31, 1997, Accepted: April 22, 1997

Address reprint requests and correspondence to: Associate Professor Shioh-Li Hwang, School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, 1, Section 1, Jen Ai Road, Taipei, Taiwan