

台灣更年期婦女健康照顧現況分析

第一章 緒 論

第一節、研究背景及重要性

台灣女性人口達 1,148 萬人，也就是台灣每五位女性，就有一位婦女處於更年期(行政院衛生署國民健康局，2010)。也就是說女性有三分之一的歲月會在更年期後渡過。由中華民國更年期協會(2010)所進行的台灣更年期調查結果中顯示台灣更年期婦女有 57.7%有情緒及心理中度至重度的困擾。身體不適症狀普遍都有一到二樣症狀表現，但就醫者僅有 5 成左右。多數更年期婦女在 45-55 歲間面臨許多更年期症狀。而因平均年齡的增加，因此未來將仍有 25-35 年需處於更年期後期的狀態。隨著目前政治、經濟狀況及生活水平提升，以及教育程度的增加。婦女應該更有選擇權面對自己的健康狀況。因此，政府如何提供更好的健康照顧，則能有效的給予更年期婦女更多協助，進而提升未來數十年的生活品質。

研究者長期在中華民國更年期協會擔任顧問、監事、副秘書長等各種職務(中華民國更年期協會，2003)。協會成立至今已有 8 年之久，加上本身曾為護理人員及護理講師。因此對於照顧體制下的婦女健康狀況更為關心。長期以來看到自己母親 10 年的更年期症狀，連身為醫護人員的研究者都曾嘗盡各種胡亂求醫的情境。母親的更年期症狀非常嚴重，從頭到腳每一個科別都曾探訪。但更年期是一個生命歷程，也可說是自然現象。但自然現象下卻有太多的不適及困難。又加上長期與更年期婦女的相處，深切感受更年期婦女需要國家體制政

策及照顧提供者的支持。在承接國民健康局的研究計畫多年後，增添了許多對於政策面及照顧面的疑問。到底政府組織所提供的是否能滿足婦女的需求。而婦女真正想要的照顧又是什麼？當個體的需求形成某種程度的集體需求，國家是否需更深切的探究政策的走向是該何去何從？

承襲著既有的健康政策，隨之而來的應是更專注於婦女照顧的健康政策。雖然婦女健康政策本身經常架構在醫療的商品化、預算、照顧提供者及決策者的各種層面上。但新思維的公共政策及健康政策卻視婦女為獨特照顧的個體。婦女有公民權享有被健康照顧的權利，而非附屬品，所以台灣的健康政策是否已進入相同的模式中是需要更多時間及研究的檢視。也需要在實證研究之中，真正了解政策與照顧的相容性。

然而，台灣婦女是否依著所提供的政策及健康照顧服務便能夠得到很好的照顧？在傳統社會結構下婦女在健康上是弱勢的，此困境乃與婦女的刻板角色相關。婦女是否具有身體的支配權？婦女是否在更年期議題上可以受到關注？是否能大聲的提出自我的需求？還是依舊受到社會的各種限制。然而，隨著國際間以性別為主流之健康政策蔓延，從婦女運動開始了性別為主流的健康政治。1994-2000 年間美國大量興起 3600 個醫療組織宣稱提供婦女健康照顧，更有 400 個以婦女為主要照顧者之醫療組織，這說明了性別意識的抬頭。健康政策的轉化讓國家開始不敢輕忽婦女健康的存在。婦女健康不再是架構於生育機器的主體，而是能獨當一面的健康照顧接受體(Carol & Weisman, 1997; Rodriguez, 1992; Ruzek, 1993)。

雖然，女性對於自我身體健康及生育的掌控權，異於過去，已因社會變遷逐漸增加了自我掌握的控制權，對於自我概念、自我期許以

及自我權利的覺醒，逐漸擺脫了過去的附屬地位，創造了現代女性的角色。但是文化體制下角色的壓力卻是多重及複雜的。今日的女性空間已較傳統社會女性發展來得寬廣，但仍無法逃脫傳統文化社會的影響。中國女性的負向心理特質影響了女性一生的社會互動過程，也造成了婦女自我的演進。而更年期婦女是否已擺脫傳統的束縛，值得深入了解。

進一步觀察台灣更年期照顧現況，許多學者在醫療為主體的醫療控制下，開始提出各種論述，不論是從生物觀點、社會觀點、女性觀點、經濟觀點等去檢視更年期照顧系統。研究者想了解到底這些論點是否也同時讓更年期婦女更加無所適從。而一味的反醫療到底是否正確？或一味的提倡自然過程會不會造成其他問題的產生？這些問題在過去的相關研究中卻很難得到答案。而這也是研究者想要深入探究的現象(胡幼慧，1995；張珣，1995，張珣、張菊惠，1998)。

更年期婦女在照顧上不足的事實時有所見，在中華民國更年期協會中許多更年期婦女，由婦女分享交談過程中指出，7-8年前，當更年期症狀來臨時卻沒有任何資訊可以提供參考及了解，更羞於告訴他人自己的不適狀態，多數都是以忍耐過日子。因為有關女性性徵的問題很難在公共領域受到討論。婦女資訊的不足嚴重影響到健康行為的執行。未來會有更多需要受到照顧的更年期婦女走進此範疇之中，需要更多健康照顧的提供。

不禁要詢問，國家健康政策與健康照顧的適切性到底是如何呢？國民健康局自 2003 年開始將更年期婦女健康照顧編入宣導重點之中。但是成效到底如何？非政府機構各據山頭且力量未整合。孤軍奮戰顯得相當辛苦且成效如何更待了解。以上各種提問都顯示出本研究有待解決及驗證的問題。

綜觀本研究之重要性如下：

1. 對於目前更年期健康照顧政策執行的歷程分析，以作為整體經濟及政策規劃的基礎。
2. 檢視更年期婦女健康政策之規劃內涵是否以性別為主流，是否結合國際的走向讓台灣得以進入國際組織的洪流之中。
3. 讓健康政策所提供的健康服務能更適切婦女需求，過去計畫的執行及各種組織的運作，回歸實證研究後，可以更清楚了解其政策走向是否需要更多的考量及修正。
4. 深入了解台灣更年期的基本人口統計資料面向，以做為未來政策規劃的參考。畢竟過去許多國外的經驗及研究結果並不能完全符合台灣的需求。
5. 了解更年期婦女真正需要的健康照顧需求為何？健康需求的資訊匱乏為何？健康行為執行狀況為何？以做為提供必要的健康照顧及各種層面的照顧組織及人員的培養，並做為政策的規劃準則。
6. 從婦女接受照顧的經驗，而能提出個體所需要的照顧服務為何？讓所有相關機構及組織得以參考。
7. 健康照顧政策與臨床實證研究的運作也可啟發相關學者及健康照顧者的學術研究範疇。畢竟結合兩方面的研究計畫及論述仍非常不足，若能提倡相關健康政策以研究為基礎的學術探討，將可以增加未來健康照顧產業能以婦女為本體的思考趨勢。

結合以上之研究背景及動機，將研究目的一一呈現。而盼能將研究內涵更加豐富，並期許研究過程的一再省思，於論證中獲得更多啟發。

第二節、研究目的

政府自 1995 年-1997 年間不斷將婦女健康照顧的意識型態帶入整個健康政策的體制中。婦女對於性別關係擺置在健康照顧的巨大體制下，是否能夠破除許多的困難，而重申性別為主流的健康政策觀念？打破婦女暨有的傳統包袱及特有的台灣婦女特質確實具有其困難性。更年期婦女將需要更多的以性別為主流的照顧模式。在加上婦女須經過醫用的洗鍊，醫療的龐大運作體制將更年期婦女壓得沉沉的，不讓更年期婦女有自主的思考模式。而當婦女團體或是社會學家等各種對更年期論述不同主張控制更年期婦女，婦女如何找到需要的健康照顧？必須仰賴健康政策的訂立，以期望提供更為適切的健康照顧。因此，藉由婦女的本研究依著研究之背景與動機，對於目前台灣更年期婦女健康政策與執行現況之調查，環繞以更年期婦女為中心的研究目的如下：

1. 了解台灣更年期婦女健康政策之政策歷程
2. 探討更年期婦女政策是否以性別為主流之政策規劃。
3. 探討台灣更年期婦女健康照顧現況。
4. 探討台灣更年期婦女健康政策是否符合婦女健康照顧需求。
5. 了解更年期婦女不同人口學變項在健康訊息需求及健康行為上有何不同？
6. 了解台灣更年期婦女之健康訊息需求。
7. 了解台灣更年期婦女健康行為。
8. 了解參與更年期健康照顧之婦女所需要支持持續性照顧。
9. 台灣更年期政策照顧之未來規劃的適切性為何？

第二章 文獻回顧與評論

本章文獻回顧及評論將以四部分做陳述：第一節、婦女健康照顧政策、第二節、台灣婦女健康照顧結構意識分析、第三節、更年期婦女健康照顧、第四節、更年期相關議題之社會再論述。將對於更年期健康照顧的概況初步的了解。藉由文獻回顧了解更年期照顧之歷程及作為研究設計的準備。更增加研究的適切性。

第一節、婦女健康照顧政策

隨著全球政府及民間對於婦女健康政策的專注，也影響了婦女健康政策的典範的轉移。尤其在美國婦女身心安適狀態(well being)，婦女的權利及執行在本世紀受到極為顛覆性的轉變。健康照顧機構從過去的舊思維，婦女健康生育功能為主要照顧對象，轉變為目前以婦女生命歷程的轉變各階段的照顧趨勢。

過去所謂「婦女健康」的定義，婦女的能力及能動性是以生育為主要討論重點。從 19 世紀開始婦女的生育是架構在父權思考的模式下進行的，對婦女進行流產控制到生育控制。隨著國際間婦女運動的發起，婦女健康照顧政策開始將婦女視為獨立的個體，雖然仍架構在以母親及孩子角色的定位上。但到了 1965 年美國開始成立公共健康服務機構，1970 創立家庭照顧計畫，並以照顧貧窮婦女為主軸。到了 1980 年代則有公有醫療保健介入。1960-1970 年代婦女健康運動興起後，引發女性主義思潮討論婦女公民權議題，1980 年後婦女開始身體自主的決定權，對於健康的自我管理有新的體認。1990 年開始更年期議題被提出討論，透過更年期的過度醫療化以及醫療體制的宰制，更年期婦女的行動覺醒也同時開始，進而影響台灣的婦女健

康照顧政策制定(Carol, 1997; Clancy, 1992; Gordon , 1990; Solloway & Sonosky, 1997)。

婦女健康照顧政策的改革，初始來自國家的健康政策。並在國家健康政策的轉折之中，逐漸加入性別概念的婦女健康政策。由張珏(2000)在健康政策的轉變中提及，便說明了此概念。文中說明強調所有健康政策在計畫、執行及評估過程中，應進行性別影響預估，並有兩性共同參與。國際婦女健康運動正朝著三E的方向走：平等(equity)、教育(education)及充權(empowerment)。而婦女健康照顧政策透過政治的轉變，也搭了順風車(Lombardo & Meier, 2006)。「婦女健康」被當時政府正式列入十項婦女重要政策之一。健康議題提出，由學者專家共同制定，而真正開始了以婦女為導向的健康政策。過去的婦女政策是環繞在婦幼的議題下，主要侷限於生育功能的保健。且因國外許多國家目前已經逐漸將生育議題轉變至其他以婦女為主體的相關議題上，而更年期健康照顧則為其中之一。健康資訊及健康的維繫，在婦女照顧上顯得更為重要。也是目前政府在擬定婦女健康政策時所需考量改善的重點。尤其在對於更年期健康照顧，更受到性別主流化的婦女政策的影響。

1.1 婦女健康照顧受性別主流化影響之轉變

台灣婦女健康照顧政策，尤其是更年期照顧一環，受到性別主流化觀念之影響甚深。性別主流化一開始是於 1975 年起第一次世界婦女大會中提出的。以保障婦女並消除對婦女的歧視為目標，於 1979 年通過消除對於婦女的一切歧視公約，確保婦女的權益，以做為婦女的人權憲章。至 1980 年第二次世界婦女大會中重新開啟保障婦女權

利及促進婦女權利之討論。1985年第三次世界婦女大會提出性別盲，將婦女議題視為重要改革。直至聯合國自1995年北京第四次婦女大會提出十二個行動方案，並將健康議題加入議題討論，也引發了婦女健康議題政策規畫的前身。更積極要求自1997年始，在聯合國總部紐約，每年皆加以討論婦女健康政策的議題。(李秉叡，2009；張珏，2000；楊婉瑩，2004；Jahan, 1995；Squires & Wichham, 2002；Woods & Mitchell, 1999)。關注不同階級、種族、國籍、宗教的婦女，能在於性別不平等的社會問題得到改善。我國並在全球化對於婦女健康性別主流化的論述中，開始將此概念加註於國內更年期婦女健康照顧政策規劃的重要概念架構中。

健康政策中的婦女健康照顧，理論上性別相關政策應是通過整體考量以避免婦女在社會及國家利益上受到排擠，或被剝奪其權益。重蹈過去父權社會的情境(周嘉辰，2001；Lorber, 2000；Squires, 2007)。但由於過去長期以來對於性別的不平等，國內在推行各種婦女健康照顧政策時，會面臨性別相關議題亦是嚴重缺乏的問題。從組織社會結構中可見其處處充滿壓迫及歧視現象，也造成政策推廣的困難性。近年來由於國內婦運及婦權的逐漸攀升，並透過政府結構的替換及轉變，婦權主張者取得進入國家體制及政治轉化的可能性，並開始大力鼓吹及推廣國際組織間及國內對於婦女健康照顧以性別主流化政策轉變。並將此概念推廣至許多階層。但不難想像，其中的困難依舊相當嚴重(李秉叡，2009；Whelehan, 1995；Squires, 2007)。

台灣的婦女健康照顧在政策上的過程，一開始是在1995年當時婦工會舉辦一系列婦女政策白皮書的討論會議中，包括了婦女健康照顧政策上的規劃，爾後因著各種政治因素，「婦女健康」被正式列入

十項婦女重要政策之一。又相繼於 1997、1998 及 1999 年針對「1995 年婦女政策白皮書」提出說明，提到八項婦女健康照顧之政策內容，希望提昇並設置推動婦女健康策略的專責單位。加強婦女健康有關之醫學、護理、流行病學及公共衛生之研究，建立婦女健康指標。醫療專業人員之婦女健康再教育，加強學校與社區推行兩性教育、性教育及自我健康管理教育，加強特殊及弱勢婦女之健康照顧，提升婦女團體參與婦女健康相關政策的機會，全民健保政策中設立婦女健康研究小組等政策，皆以婦女健康為主要加強之重點工作(胡幼慧,1995;中國國民黨婦工會,1999)。行政院於「1998 年國家婦女政策會議」中提到維護婦女健康的宣告。1999 年行政院婦權會婦女提出政策藍圖，擬定「婦女健康政策」草案。而由民間團體在 1999 年婦女人權指標報告中也第一次將婦女健康放入 (張珏，2000；張珏、張菊惠 & 張嘉玲，2005；胡幼慧,1995;中國國民黨婦工會,1999)。自 2000 至今衛生行政機關因婦女健康照顧政策的轉變，由過去的被動心態轉變為積極主動的相關議題之健康照顧政策。也許是因為受到多方壓力，行政院衛生署國民健康局也完成「婦女健康」政策的討論。過去對於更年期婦女健康照顧之政策上之討論，仍顯不足。張與陳(2000)以歷史分析法研究政府 1912 年起，對於婦女健康之相關政策分析，多數以婦幼觀念著手，1991-1997 年間僅有 57 件為婦女相關之政策。婦女自己參與由基層各種不同類型女性健康需求出發，而且是與生活做連結的健康與醫療服務提供才是真正落實婦女健康。但婦女健康照顧政策草案僅經常視為之醫療政策其中之一而已，擬定過程和過去衛生單位的決策模式一樣，只有官員和學者進入討論，而社區婦女的需求則完全未被詢問到，以至於該草案的內容不脫傳統的性別觀念，量化性的政策目標更顯現出，視女性接受醫療機構次數為戰

勝品的心態(行政院衛生署，2000；張珏，2000；高美玲，2003)。多數時候婦女僅為家庭或是兒童政策的附屬品。婦女健康不容易被視為獨立。

再透過許多的學者及專家對於婦女健康照顧的關注，於是在國內一連串的學術發表主要為婦女健康照顧面向，其中健康面向主要有余玉眉(1995)、張珏(1993, 1995)、胡幼慧(1995, 2001)、劉仲冬(1995)、曹麗英(1998)、楊舒琴、盧孳艷(2000)、張珣(1996, 2001, 2003)等學者持續健康照顧之婦女政策論述。從性別主流化開始介入婦女健康照顧後，政府組織的思考也受到衝擊。而相關機構的成立目的是讓觀念與全民的性別意識更加明確。進而推進至婦女健康照顧政策上的擬定。

健康政策轉變開始重視婦女為主體的照顧模式，也讓台灣婦女開始得以受到健康照顧。但隨著社會結構及歷史脈絡的牽絆，未來需要努力的空間還很多。婦女的健康照顧執行上仍有許多進步的空間。而各種健康照顧結構性的意識問題則需要更多深入的思考。因此關於更年期婦女照顧相關政策的擬訂，將於本研究之研究過程中，並進一步分析目前政策執行之現況，將進一步的深論之。

第二節、台灣婦女健康照顧結構意識分析

婦女政策的規劃不僅以性別為主流的意識形態，政策執行過程必須考量許多文化與社會醫療體制的運作。而影響更年期婦女健康照顧政策的執行過程必須考量整個社會結構與文化背景對婦女的潛意識的社會支配。因此婦女健康如何受到文化建構與醫用體制所影響則需要更深入的探討。

2.1 文化建構下的婦女健康

文化建構了婦女健康的社會意識。討論婦女健康在文化體制脈絡下如何建構，與傳統婦女角色息息相關。透過婦女的特質與自我認知，更能進一步剖析婦女健康照顧過程中，是如何解讀健康的意義及照顧的可用性？如何理解國家政策所給予的健康照顧是否能提供適切的照顧模式？尤其當健康與疾病環繞在更年期議題上，更凸顯性別角色對婦女的影響。

性別象徵的認定從小開始，當性別角色確立後，也奠定了婦女對於身體心像有了刻板的認定。性別也影響了動機、信念、預期和社會行為。探討婦女角色的前提，必須追溯性別化社會結構中的個人經驗。當我們急於探知婦女所承受的角色壓力時，需關心並找出藉由文化影響下與婦女有關的生活事件。嘗試去確認會影響婦女應有行為的學習條件，以及婦女在不同時期與社會階層，背景下所編織的經驗模式及影響(Geertz, 1973; Hess & Ferree, 1987; Wyke & Ford, 1992)。婦女被勉強要服從傳統的性別角色，這樣的壓力結果增加了行為的限制性，甚至擺置在健康議題上。的確，現代女性被期望做好每件事，包括職業婚姻、養育和果斷的行為。對婦女的期望有很多是在性別順從方面，婦女順從性別角色時，比沒有順從者所呈現的角色更為醒目，也會感到較少的緊張和壓力。所以順從是一般婦女減輕壓力並符合社會認可下的正當方法(劉 & 林, 1994; Serpell, 1976)。在傳統的婦女身體表徵下，受到社會文化的影響，婦女身體結構以及所附於的功能，都需完整而無缺陷。當婦女的身體產生健康的不確定性時，身體脫離了健康的準則或是部份的失序，對於婦女的自我及自尊將產生衝擊，婦女開始懷疑自我的存在價值(胡, 1995; Mock, 1993)。當婦女面臨健康威脅，身體的功能受到傷害，尤其是代表女

性特質的器官，如更年期是以醫療認知環繞生育能力的議題而定時，其背後所代表的是一種自我的象徵、自我的認同、社會的關注與定位。因此女性的身體充滿爭議性的問題，也讓婦女不能保有完整的身體表徵而產生莫大的壓力(Doswell, Millor, Thompson& Braxter, 1998; Hickson,& Phelps, 1998 ; Mock, 1993 ; Stern, 1996)。

每一個社會都是由個人所組成，不同文化對於個人與社會關係的構想卻不相同(Gordon,Boucom, Epstein & Rankin, 1990)。今日的婦女空間已較傳統社會女性發展來得寬廣，但仍無法逃脫傳統文化社會的影響。傳統婦女的負向心理特質影響了女性一生的社會互動過程。(文 & 蕭，1988)。婦女承受健康壓力時，需關心並找出藉由文化影響婦女的結構困境。婦女健康近年來於國內受到相當大的關注，原因乃是過去中國的傳統中，婦女的角色及地位一直是處於較為低劣的地位。許多當代的人類學家和歷史學家認為，強調女性的生育能力和照顧孩子的文化角色是使女性缺乏公眾影響力的主要因素(Hess & Ferree, 1987)。雖有個別性差異，但健康對婦女而言直接與間接影響到持家功能和為人妻為人母，另外，工作上的再調適，也因而可能造成心理社會的問題 (Lego, 1996; Lovey, 1990; Mcbride, 1998)。因此更重要的是在社會互動的象徵理論下，婦女對於自我的認識，自我的覺醒過程；不可忽視的是當健康的影響使之對生活型態，再度回歸傳統的束縛時。婦女自我的轉變，可能隨著身體健康而有呈現不同的向度，婦女角色的壓力是多重及複雜的(陳，申，1991；張，1996，Dien, 1983)。

因此，探究婦女健康尤其是更年期議題所引發的文化與社會關注時，須了解婦女在角色、身體自主權以及健康態度上都再再受到文化的支配與結構性的束縛。當深入探討更年期婦女健康照顧政策執行的

同時，文化因素將是不容忽視的。

2.2 醫療體制下的婦女健康

當婦女健康被擺置於醫療的體制之下，婦女政策的執行過程就不免要關注健康產業的介入。更年期婦女隨著身心不適症狀的困擾，求醫行為是個體無一倖免的歷程。由於台灣的醫療工業在現代化過程中不斷的擴張，婦女被擺置在醫療體制下的現象也逐漸嚴重。若婦女被視為生病的醫學正名將使特定的族群被歸因於社會律則性而成為醫用的對象。

婦女健康作為一種公民權，表現在和國家的監控與常態化的矛盾和衝突上，現代人的自由和選擇卻是建立在對身體干涉的要求上。而醫學的權威主要不是在國家與公民、醫生與病人之間，而是在其作為常態化和標準化的基準。由現代文明所滋養的現代人，將比兩世紀前的人類，整整多出一、二倍的壽命，人類依賴醫學的時間大大延長。流行病學家甚至認為只要人們生活型態的改善和醫療照顧的完備，人類生命的期望值可以再創高峰，醫學也將在人類生活中持續扮演重要的角色。而醫學的宰制現象從美國醫療協會(AMA)於 1847 年透過立法方式宣佈對抗療法，除醫生之外不得執業或須於前者的監督下使得執行部分醫療。1920 年代之前，醫生已成為一種專業的先例。專業宰制指涉的是由控制所產生的專業自治和同領域內其他職業工作者的控制能力。醫師之所以能握有如此高的專業宰制力，主要是源自於大眾對醫生持著極高的崇敬態度，且相信其所宣稱以科學知識為基礎和服務大眾的傾向(Weitz, 1996)。醫療專業把原來屬於個人的病痛，死亡轉變變成技術層面的問題，不斷地發展醫療技術，過度依賴醫療器材，剝奪醫師的能力，並剝奪了病人自救的能力。更忽略了病

痛帶給人類的生存意義及社會意義(Kleinman, 1988; 張詢, 2001)。

醫療專業將某些狀況和行為逐漸被定義為醫療問題，而必須用醫療來解決的過程，緣起在於科技的進步與傳統道德的低落，大學教育普及與社會科學興盛，以及專業的多重影響。醫療創造出健康和疾病的社會分類，所謂的疾病和健康都是醫藥和醫生所創造出來的。醫生用語言創造出生物學上的偏差，並進而創造出社會的偏差(Weitz, 1996)。而為何某些情況被界定為疾病，而其他則不是？疾病如何從社會事實中產生，並進而成為社會事實就成為重要的焦點。若從醫療需求的創造與消費層面來看，雖然，醫療的需求是人類基本的需求，但在商品的意義上，病人的需求量越大，則有效需求量越大。醫療知識並不如表面所宣稱的那麼中立化，疾病健康與身體，事實上是社會事實與個人關係意義的一種隱喻。醫療在社會演化中有兩個明顯的特性，其一是科學科技的進步所帶來的影響。第二是針對專業化而掀起的一股運動。隨著這二種特性，醫療本身已經變成了社會事實的一種主要的表述方式(Auge & Herzlich, 1995)。醫學的知識不是客觀及脫離人影響而中立的。人存在於社會之中，受外在關係的節制，故醫學知識的建構無法擺脫政治面和社會面。傅柯將知識放在權力的場域作說明，醫學知識透過權力的作用產生力量；因為知識的幫襯，權力達成影響的效果(吳勁甫, 2002)。因此，專業知識成為權利的後盾，在醫療產業中不斷出創造婦女健康新的控制化現象。

婦女健康透過醫療專業的新創造，成為社會烙印，即成為疾病的社會建構的識別系統。而受到社會烙印的結果，對於烙印者而言，無論是自我認同及社會認同都被這種身分所佔據，難以擺脫。一旦因某因素被烙印，則在道德層面上即會被視為是次等的，而且影響他人對自我的整體看法。例如：更年期婦女，不論她的生活表現為何？所有

的症狀與言行通常被認為是個人更年期表現的社會烙印所致，對於婦女形成嚴重的貶抑作用。社會學於 60 年代興起後，不論是心理學、社會學、或經濟學都提出一些所謂的理论(張笠雲，1998)。

婦女健康作為一種象徵意義，對更年期所做的集體詮釋，“疾病作為社會秩序的一種隱喻”。換言之，生病是個人和社會的一種關係，一種意義的象徵，象徵個人和社會秩序的連帶。疾病有其個人對社會的信念，詮釋和價值在內。現代醫學朝著兩個方向發展，一方面是極端地重視個別，個別的器官、臟腑、而不是生病的整體；另一方面是強調對集體的 control，通過整個國家社會和法律進行防治的工作。它發展以來就不斷地在各自領域專業化、組織化，並成為現代世界上的主流醫學，促其完成許許多多的科學家、醫生、醫護人員、醫療系統、社會組織、國家、企業、甚至是世界性的衛生組織。它成為當代的主流醫學，雖然各民族或國家都曾經擁有其傳統的醫學；現代醫學不僅成為當代人生活中的共同經驗，現代醫學的發展，同時也是一個國家邁向現代化的指標，追逐著生產力的發展，醫療費用不斷地攀升(黃慧琦，1995)。Conead 和 Schenider(1985)分析婦女健康醫療化的社會後果分為兩個方面：一為看似正面的影響：1. 婦女健康偏差的概念和控制上是關連到一個長期的人道趨勢，如：經過導正健康得以重回正軌。2. 婦女的病人角色擴張，藉由病人角色後果可以免除行為的責備。如：因為是更年期就可以隨時生氣。3. 醫療模式描繪一個樂觀的結果。4. 醫療專業的聲望提供給患病者治療。5. 醫療社會控制比司法法律控制更為有效。但重要的負面影響：1. 責任的混亂。個人的責任受到免除。2. 醫學的道德中立之預設：醫學及醫療工作被視為客觀及中立，但其實是扭曲了事實。3. 專家控制的支配。4. 醫療社會控制。5. 社會問題的個體化。婦女健康的主體，在整個社會成了社會

規訓的一部分。傅柯相信不存在獨立自主、無處不在的普遍形式的主體。主體是在被奴役和支配中建立起來的。個人不是一個被權力的實施預先給定的實體，其身分的特性是權力關係對身體、運動、慾望、力量施展作用的產物（蘇峰山，1997）。婦女對於身體的不適被認為如同精神疾患表現一般的歇斯底里驚厥。這樣的觀念持續至今從一位更年期婦女的生活狀態被認為是一種子宮的流在身體中亂竄造成。只要婦女的情緒狀態在生活上或是工作中表現出不穩定時，便被認為是歇斯底里的表現。當診斷在其中被加以確立的過程，也是對婦女疾病的一種正名過程。因為醫學專家欲在社會中爭取地位，則必須將婦女健康的社會問題給予醫療化。醫學的權威認為只表現在醫師和病人之間，但由於科層化和組織分工已經削弱了醫生的權威，市場的開放競爭使得「顧客中心」成為新的倫理，醫生的權威大不如前，但新的權威形式則來自商品的廣告，使得婦女的健康被販賣成為商品化。現今雖然婦女得以獲得健康的照護，但卻無法確保能否掌控自己的健康。醫療專家主宰婦女的身體，並拒絕讓婦女參與決定自身生活的權力，不提供她應有的醫學知識，也不予婦女對自己身體的了解與自主權，只是不斷地塑造病人的角色，甚而成為市場機制中的商品，以獲得其中的利益。而正式體制中，也無法給予婦女保障，並且將婦女排除在政策經費外，而婦女自身也不自覺（胡幼慧，1995；張珏，1995，張珏、張菊惠，1998）。1983年女性主義學者 Riessman(1983)開始以婦女健康與醫用為議題，檢視發展過程中的問題，包括：生產、經期等健康問題，甚至討論到美容問題。婦女健康運動主要在於減少醫療化的現象，因此希望讓婦女有意識覺醒的機會，並增加婦女的權力，能發現自我，增強維護自己的健康能力（劉仲冬，1997；張珏，張菊惠，1999，Chu, 1990；Edward & Stefan，2002）。

隨著科技的發展，婦女教育程度的提高，進入職場的機會增加之後，婦女自覺的運動一再被提醒，也開始有不同的聲音進入醫療化的時空中。誠如 Auge & Herzlich(1995)提到透過挑戰醫療社會事實的面向是有愈來愈多的病人和健康照顧團體產生自助運動，這些運動透過各種方式挑戰或著和醫療專業合作，共同為婦女自己的身體情況負責，專業不再是唯一的權威。病人不再是被動的，打破了醫療和病人，個人和社會的二元對立。透過對身體的知識和技術，個人和社會事實的關係得以重新被建構起來。這種方式幾個象徵意義，透過醫療，個人得以抵抗社會的定義，個人對抗疾病醫療，透過醫療界定為偏差的方式，來對抗社會所認為的健康狀況的偏差，也形成一種弔詭的情形。誠如所言，國內成立的婦女團體近年來逐漸增加，包括：台灣婦女團體全國聯合會、婦女新知基金會、人口與性別研究中心等等。都可作為婦女健康醫療控制的監控者。婦女政策執行者也關注各種計劃與諮詢過程也受到團體的關心，並建議避免不必要的醫療濫用狀況。這些都是婦女界一一發生的過程，以抵抗婦女健康過度醫用的過程。

第三節、更年期婦女健康照顧

台灣婦女政策開始我國行政院衛生署推動之 2003 家庭健康年的宣導中，開始將更年期保健列為重點政策之一(行政院衛生署，2003)。而許多歐美國家在第二波的女性主義思潮中就已經針對相關議題提出討論，並進一步要求政府開始重視及提供健康照顧。可見台灣更年期健康照顧政策推行相較其他歐美國家來得慢(張珏、張菊慧，1998；Obermeyer, Carla, 2000)。首先，為何更年期過程讓許多婦女為之擔心害怕，或身心靈深受到困擾？以下將就更年期婦

女健康照顧相關論述之描述：

3.1 更年期的定義：

由衛生組織所提出停經指的是(Menopause)停止月經的意思。而停經又分為停經前期：指月經的周期有所變化。停經中期：指月經型態開始有改變，包括月經量少及周期變短。停經後期：指持續一年月經不來潮(WHO, 1997)，而更年期指的是這段停經前後，婦女開始感受到身體、心理人生不斷的改變過程(盧孳艷、楊舒琴、林雪貴，2002；蘇美禎、黃璉華、曹麗英、周松男；2003；Dickson, 1990)。美國婦女平均停經年齡一般是 50-51 歲左右 (Dawood, 1993；Stumpf & Trollice, 1994；Rostosky, Travis, 1996)，我國婦女則為 48-50 歲左右 (林, 1978；蕭, 1986；張、陳、胡, 1993)。以上為更年期定義上的論述。

3.2 更年期常見症狀：

更年期之所以造成婦女之困擾主要常見之症狀可分為兩大類。更年期通常會經歷一些生理、心理症狀，可能伴隨停經期前後數年 (Scharbo-DeHaan & Brucker, 1991)，有的甚至從 35 歲至 60 歲長達 25 年之久 (Harper, 1990)，這些症狀可能嚴重影響其日常生活作息。主要乃因停經後雌激素濃度低，或長期雌激素缺乏而引起，造成各種更年期症狀產生，一些問題主因，其他的是因為或相關雌激素缺乏狀態而加重 (Dawood, 1993；Lock, 1998；Speroff, 1999)。生理症狀包括：身體異常熱潮紅、盜汗、頭暈、心悸、陰道乾燥、頻尿、骨質疏鬆、尿道炎、心血管疾病、精神神經內分泌效應、皮膚泌尿生殖道效應等症狀。因此，更年期的症狀及不適相當多重的。另外心理症狀部分：情緒症狀、憂鬱、失眠、情緒低落、疲倦

等症狀，直接及間接影響生理之功能 (Dawood, 1993; Galloway, 1975)。因此更年期症狀主要的理論乃是因為：1.內分泌系統不協調 (endocrine-factor theory)，2.情緒系統不平衡(emotional- factor theory)(Neugarten & Kraines, 1965)。

最早由 1965 年 Neugarten 及 Kraines 提出更年期症狀評估量表。Galloway (1975)，Thompson, Hart 和 Durno(1973)等學者針對更年期症狀進行量表之檢測及研究設計。形成相關量表進行症狀評估，其中以 Blatt 更年期量表大量的使用，並得到許多驗證。而國內學者李(1991)，蕭(1986)則修改更年期症狀量表工具，針對台灣更年期婦女之症狀評估。此外，中華民國更年期協會亦於 1993-2008 年間發展台灣更年期婦女症狀評估量表。以上量表主要歸納出 1.心悸 2.胸悶 3.眼睛乾澀 4.沮喪或情緒起伏 5.焦躁不安或容易發脾氣 6.覺得沒人愛或不受重視 7.健忘或注意力不集中 8.失眠 9.容易疲倦 10.背痛 11.關節痛 12.皮膚乾燥或增加皺紋 13.性慾減退 14.性交時疼痛 15.頻尿或尿道燒灼 16.陰道乾澀 17.熱潮紅或盜汗 18.頭眩暈 19.頭痛等常見之症狀。

因此，更年期不適症狀是多元及複雜的。而一般婦女在日常生活中，很少被教育，也缺乏管道得到足夠的相關訊息，以因應這些問題。症狀的訊息需求相對顯得非常重要。

3.3 更年期相關治療

更年期不適症狀以醫療為導向的治療方式。長久以來台灣地區以接受西方醫學知識為主而呈現鼓勵更年期藥物治療的觀念，鼓吹如女性激素能預防並治療骨質疏鬆症、心臟的毛病、預防並減輕更年期的沮喪、維持性能力和年輕活力等好處。因此 1970 年代後則以荷爾蒙

(Hormone Replacement therapy, HRT)治療醫療單位所宣稱的治療方法，以拯救更年期婦女的不適症狀。但隨著 JAMA(2002)美國內科醫學會雜誌對於荷爾蒙使用後所造成的副作用，不僅造成癌症的發生，以及心血管疾病的問題等相關報告，而引發國際性的恐慌，也造成更年期婦女不敢持續使用藥物(Peter, Morten, Karsdal & Claus, 2009)。另如 Dally 等 (1993) 調查了 63 名求診更年期門診的 45-60 歲婦女，關於更年期症狀對其生活品質的影響，結果發現主訴輕度更年期症狀者，其生活品質為正常的 65%；嚴重更年期症狀的婦女生活品質僅為正常的 30%。若詢問其願意以多少正當生命來減少五年更年期不適症狀，受測婦女表示願以 3.2 及 4.25 年的生命交換；足見更年期不適症狀對婦女生活品質所帶來的衝擊。比較婦女接受 HRT 後生活品質的影響，發現有用的價值感(utility value)增加 56%(重度更年期症狀)及 18%(輕度更年期症狀者)。在 Tsao (1996) 研究中訪談婦產科醫師，提到更年期婦女病患常因怕副作用而未按時服藥，亦提到了怕胖、怕得癌症等。相關的研究都顯示個案的擔憂現象。進而開始使用其他取代療法，包括食物、保健營養品等，精油療法等其他的另類療法(陳, 1987; 劉, 1989; Hare, 1993)。更年期照護中西醫療皆有飲食保健的基本觀，可分幾方面：1. 補充鈣質從食物著手，2. 荷爾蒙療法，3. 食物所發揮的食療效果，4. 中醫的藥膳改善更年期症狀不適，5. 平日對於熱量的控制等各方面，因此對於更年期照護並非單一藥物的面向而已，必須加諸各種保健方式(陳等, 2000)。所以更年期需要更多健康照顧的規劃，學者的建議包括：1. 健康認知與接納更年期：需以樂觀、主動尋求資訊，充實更年期相關知識，建立正確的觀念。2. 積極主動參與人群活動：由於年齡增長所累積的智慧與經驗，是人生最豐富的寶藏。主動參與社

交活動及尋求心理諮詢與支持，也可在自我肯定中獲得更大的自助，延續生命的價值，有助於防止身心的老化。3.正確的營養照顧。4.足夠的運動。5.定期健康檢查。6.尋求適當的醫療照顧。(陳等，2000)。介於許多學派之間，更年期婦女常處在矛盾之下無所適從，不知該聽從哪方，又該採取什麼預防措施。甚至有些婦女在接受 HRT 後，又採其他療法或放棄目前的治療，形成不遵從行為 (noncompliance)，反而導致體內荷爾蒙濃度反彈，對其健康造成危害至鉅。

更年期的治療至今仍有多方說法，除借助醫療照顧外，也有許多相關另類治療方法。到底哪一種方法是適合婦女的，必須視其個別性。歸納以上對於更年期症狀加上醫療化治療的多方爭論，造成更年期的婦女面對治療無所適從。因此國內許多學者開始針對更年期進行各種研究，以提供婦女更適切的健康服務。

3.4 台灣目前對更年期婦女相關研究

檢視目前國內外有關更年期婦女的相關研究結果大致有以下的狀況：目前國外的研究仍多於國內許多；Riessman(1983)及 Kaufert 和 Gillbert(1986)對於不同文化中對於更年期婦女醫療化的看法有所不同，但早期大都是專注在更年期視為疾病的變化，婦女認為可以藉由治療來度過這段時間，其生物醫療的模式已進入婦女的觀念中。而 Mitteness(1983)檢視 1900-1976 間對於大眾媒體所報導的更年期仍是以“那是一段喪失生物功能和社會價值的時期”為其論點。1989 年 Davis 則提出更年期的醫療化是與文化、宗教與區域有不同的看法，並開始提出對於更年期婦女的過度醫療的問題(張珏, & 張菊惠, 1999)。此外張珏等 (2003) 更研究指出台灣婦女認為更年期

為自然生理現象，並不因失去生育力而懊悔，也不因失去女性特徵而難過，而最主要的顧慮是擔心身體健康。對於更年期的態度愈正面，女性魅力與情緒越不受影響；社會參與度高及地位較受推崇者較能以開闊心情面對更年期。整理台灣目前的研究包括：早期更年期研究都是以身體及心理、行為相關研究為主軸。而張珏、陳芬苓、胡幼慧（1993）針對中老年婦女更年期態度的研究。及曹麗英（1998）研究台灣婦女更年期經驗之探討—處於健康多變化的時期開始，則開始關注其更年期的身心變化與社會關注。曹等(2002)指出更年期婦女面臨的問題，大部分是由於自覺的不確定感。自覺不確定感乃是一種認知上無法確認決定的感受，此感受因與疾病相關線索缺乏而不能正確預測結果，通常源於事件的不明確及複雜性。不確定感會阻礙不適當的因應行為，或不容易評估可利用的資源，較會趨向使用情緒性之因應行為(Mishel, 1988)。更年期婦女的身心變化和經驗是多變的、不可預測的，每位婦女可能經歷不同的更年期症狀。由於身體的變化，導致更年期婦女會去尋求解答或找醫師追尋健康的肯定。曹（1998）指出台灣停經婦女覺察自己身體處於健康多變化的時期，隨著自覺健康狀態改變，婦女會思索如何使自己過得更健康。

而胡幼慧(2001)則提出有關更年期醫療化在台灣的問題。張珏、張菊惠(1998)提出婦女健康與醫療化的現象，是國內第一篇以醫療化的觀點論述更年期婦女的處境。楊舒琴、盧孳艷（2000）在台灣婦女停經的身體政治的論述以及盧孳艷、林雪貴（2001）更年期的論述相關分析的議題開始對於婦女身體政治的討論。其中有許多的文章仍舊以醫療照顧為主要重心。有鑒於 2002 年 JAMA 的研究報告對於台灣更年期婦女的照顧有了相當大的影響與改變，也可以在更年期的轉變期中，能有正向個別性的人生成長，將會帶來有尊嚴

及活力的老年期生活(曹，1998)。蘇(2000)指出更年期婦女容易罹患各種慢性疾病，為使能快樂地度過更年期，應以健康促進觀點採行良好的生活型態。使面對停經或更年期的婦女改善自身健康。曹、洪、陳、熊(2001) 探討原住民中年婦女健康行為，結果以心理健康方面最佳，其次依序為飲食方面，運動方面，自我保障。因此，護理人員在照顧更年期婦女過程除了提供藥物使用指導外，更需持續提供預防性的健康照護。自 2003-2010 年間許多以社會文化護理照顧等相關研究以及醫療照顧觀點之報告陸續被提出。此外充權概念也逐漸加入。將近年來更年期研究之相關研究結果整理如下表格(表 2-3-1)：

表 2-3-1 近年來更年期研究之相關研究結果

分類	篇名	作者	出處
生物醫學	1. 更年症候群流行病學研究與現代中西醫治療觀點	1. 吳炫璋	(2009)中醫婦科醫學雜誌，6，40-50。
	2. 從中醫觀點談女性更年期保健	2. 王靜修	(2009)北市中醫會刊，9(14)，65-71。
	3. 不同停經階段中年婦女身體活動與更年期症狀之關係研究	3. 林孟穎	(2009)國立體育大學運動保健學系博碩士論文。
	4. 更年期婦女對荷爾蒙療法及保健食品之風險知覺與使用	4. 王育群	(2008)臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文。
	5. 更年期婦女之骨質疏鬆篩檢政策-風險與規訓	5. 盧孳艷, 陳海焦,	(2007)年代護理雜誌，54(2)，23。
	6. 女性更年期憂鬱症中醫藥研究進展探討	6. 鄧振華	(2006)中醫內科醫學雜誌，5(4)，14-28。
	7. WHI 報告後對台灣婦女荷爾蒙用藥耗用之影	7. 蔡英美	(2006)高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班碩士論文

	響		
	8.女性更年期常見骨科疾病的認識與防治	8.鄧振華,蘇勳壁,葉麗澤	(2006)中醫骨傷科醫學雜誌,4(12),37-43。
	9.預防更年期婦女骨質疏鬆症之另類療法	9.王秀香,鍾聿琳,李英慧,趙之婷,李淑華,丁美雲	(2004)護理雜誌,51(5),84-87。
	10.更年期婦女接受荷爾蒙補充療法決定因素與行為意願關係之研究	10.黃建勳	(2004)元智大學管理研究所碩士論文。
	11.婦女更年期的治療	11.鄭喻仁,沈佳錚,蔡如芬	(2001)藥學雜誌,17(3),91-97。
	12.婦女接受荷爾蒙補充療法的遵從行為與其更年期症狀緩解之相關研究	12.陳靜敏,何美華,簡逸毅	(2000)新臺北護理期刊,2(2),41。
護理 觀點	1.促進睡眠措施介入對更年期婦女睡眠品質成效之縱貫性探討	1.徐秀琴	(2008)國立台北護理學院護理研究所博士論文。
	2.更年期婦女症狀困擾,情緒狀態與健康需求之相關性研究	2.吳姿蓉,顏文娟,李選	(2008)中山醫學雜誌,19(1),51。
	3.婦科門診更年期婦女疲憊感及相關因素之探討	3.張佑嘉,周輝政,蕭美君,曹麗英	(2008)實證護理,4(4),267-276。
	4.婦科門診更年期婦女睡眠品質、疲憊及其相關因素之探討	4.張佑嘉	(2007)國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
	5.更年期婦女自覺不確定感相關因素之研究	5.白香菊,李選,曾月霞	(2004)護理雜誌,51(5),45-52。
	6.婦科門診更年期護理諮詢方案成效探討	6.蕭淑代	(2003)國立台北醫學大學護理學研究所碩士論文。
	7.更年期婦女自覺不確定感及健康行為之探討	7.曹麗英,周碧琴,洪麗玲,張淑紅,高月梅,蕭冰如,孫淑惠,安奇	(2002)長庚護理,13(3),228-239。

	8. 中年婦女與護理人員之更年期態度及健康行為之相關探討	8. 李淑桂	(2000) 中山醫學院醫學研究所碩士論文。
	9. 台北地區中年婦女與醫護人員對更年期態度之比較	9. 盧孳艷, 嚴毋過	(2000) 慈濟醫學雜誌, 12(4), 267-275。
	10. 台灣婦女更年期經驗之探討--處於健康多變化的時期	10. 曹麗英	(1998) 護理研究, 6(6), 448。
社會文化	1. 國小教師更年期症狀、更年期態度、工作壓力及其健康狀況之探討	1. 陳筱婷	(2006) 高雄醫學大學護理學研究所碩士班碩士論文。
	2. 社會依賴性格與自主性格, 人際事件與自主事件對更年期婦女的憂鬱及心理症狀的影響。	2. 莊淑屏	(2005) 國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。
	3. 更年期婦女之內外控人格特質、更年期態度、更年期症狀與憂鬱之相關性研究	3. 李佩珊	(2005) 長庚大學/護理學研究所碩士論文。
	4. 更年期婦女自述症狀與夫妻更年期態度、婚姻滿意度之研究	4. 游庶鑫	(2005) 台灣大學衛生政策與管理研究所博碩士論文。
	5. 都市原住民婦女更年期症狀與更年期態度之探討	5. 方茂守	(2004) 高雄醫學大學護理學研究所碩士班碩士論文。
	6. 更年期婦女對更年期知識, 不確定感及親子關係之研究	6. 白菊香	(2003) 國立中山醫學大學藥學研究所碩士論文。
	7. 更年期婦女健康是公共衛生政策的議題	7. 張珏	(2003) 台灣衛誌, 22(4), 245-250。
	8. 自然與手術更年期婦女蛻變、生活型態及生活品質之相關探討	8. 劉孟婷	(2003) 長庚大學護理學研究所碩士論文。

	9.臺灣更年期婦女性生活的衝擊	9.趙美玲	(2003)長庚大學護理學研究所碩士論文。
	10.台灣中區更年期婦女情緒困擾、自我效能及人格特質之研究	10.羅旭宜	(2003)中山醫學大學護理學系碩士班碩士論文。
	11.更年期婦女的生活事件壓力,更年期態度,更年期症狀,自我概念與憂鬱之關係	11.盧欣怡	(2002)國立成功大學護理學系碩士班碩士論文。
	12.社區更年期婦女生活品質及其相關因素之探討	12.林瓊華	(2001)國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
	13.臺灣婦女停經的身體政治	13.楊舒琴,盧孳艷	(2000)護理研究, 2000, 8(5), 491-502。
	14.婦女健康與”醫療化”:以停經期/更年期為例	14.張珏、張菊惠	(1998)婦女與兩性學刊, 9, 145-185。
運動保健	1.有氧訓練對更年期婦女生理症狀及睡眠品質之影響	1.沈奕良,莊國上,陳祈維	(2008)運動知識學報, 5, 38-46。
	2.平甩功對更年期婦女心肺耐力、困擾症狀及睡眠品質之成效探討	2.黃錫美	(2007)國立台北護理學院中西醫結合護理研究所碩士論文。
	3.瑜珈運動對更年期婦女疲憊、健康體能與更年期症狀困擾成效之探討	3.宋敏如	(2006)國立台北護理學院護理研究所碩士論文。
	4.更年期婦女健康食品需求評估之研究	4.鄭宇婷	(2006)中興大學生物產業推廣暨經營學系所碩士論文。
	5.更年期婦女的運動階段、身體活動與知覺運動利益和障礙之探討	5.曲天尚	(2004)台北醫學大學護理學研究所碩士論文。
	6.運動介入對更年期婦女生理症狀及睡眠品質之影響	6.陳祈維	(2004)國立臺灣師範大學體育學系在職進修碩士班碩士論文。
	7.更年期婦女運動保健團體之行動研究。	7.王小星	(1998)國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文。

	8.運動介入對改善更年期婦女熱潮紅症狀探討	8.張維鑑, 林春鳳	(2009)中華體育季刊, 23(3), 43-54。
自我充權	1.停經婦女陰道症狀困擾及其自我處理的經驗	1.江雪美,周輝政,高千惠,曹麗英	(2009)護理雜誌, 56(1), 43-51。
	2.更年期婦女症狀困擾與健康行為自我效能之研究	2.羅旭宜,李選	(2006)中山醫學雜誌, 17(2), 153。
	3.衛生教育介入對更年期婦女症狀、自我健康照護及生活品質之影響	3.林惠君	(2006)高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班碩士論文。
	4.更年期問題解決因應方式與自覺健康	4.陳雅苓	(2005)台灣大學衛生政策與管理研究所博碩士論文。
	5.更年期婦女健康促進生活方式及其相關因素之探討	5.張聖如	(2002)國立台灣大學護理學研究所碩士論文。
	6.更年期婦女成長團體經驗之參與式研究	6.林雪貴	(2000)陽明大學社區護理所碩士論文。

相關研究中不難發現，有許多不同層面的研究取向。而不再侷限在生物醫療為主，而是更多不同的面向探討。然而，對於政策及執行現況的分析及實證研究卻相當缺乏，也因此，是本研究欲探討的主要取向。

3.5 更年期婦女之健康訊息需求及健康行為

婦女的健康訊息需求影響健康行為。更年期婦女若因為缺乏健康訊息的過程，對於自我健康行為將產生不確定感，也會影響更年期的調適。因此人若在處於受威脅的情境中，尋求資源被視為必要性，而自我對健康訊息的掌控過程便可以增加對健康訊息資源的

了解。進一步增加自我照顧的能力。但婦女若缺乏資源，會產生不確定感，而阻礙作決策的能力(Lazarus & Folkman, 1984; McDevitt, Havens & Marlon, 2003)。更年期婦女於此時歷經生理、心理的重大轉變，對於資訊知識的需求性相當迫切，包括：對更年期的生理變化、保健知識、荷爾蒙治療的適應症及使用時的注意事項、如何調適抒發情緒等。若於此期能適時提供更年期婦女支持及相關的衛教，將有助於更年期婦女的生活更加的適應環境(國民健康局, 2005)。因此如何將更年期婦女施行衛教及持續不斷的關心及鼓勵則相當之重要。而同時在過程中若是婦女能藉由各方的協助，對於更年期的調適有非常正面的影響。甚至可以直接與間接的提供婦女自我的調適，並促進健康。

Worcester 和 Whatley(1996)則指出過去美國更年期婦女共有 146 位婦女進行研究過程，研究者透過對於婦女的教育及相互支持團體，讓更年期婦女的各項身體症狀及心理症狀得到非常多的改善。也同時提供婦女有關更年期的症狀處理、心理調適、自我期許及自我成長的加強。也說明更年期的婦女若能掌控自我對更年期的所有了解就可以讓自我的健康行為更為正確，也能進一步讓婦女的生活品質更好。但是如何增加婦女的更年期相關訊息及自我照顧的能力則需要更多的協助。不論是醫療團體或是政府機構，都應該更進一步的加強更年期婦女的教育。

更年期婦女面對更年期的策略及資源，不同人口取向的婦女需要給予不同的協助。婦女處在不同的文化脈絡下，需要不同的支持。不論是執行個別教育，或是運動團體衛教的方式，甚至提供社會團體或是給予更多婦女正向的支持過程，都是讓婦女真正可以得到更好的照顧。許多研究都呈現婦女的訊息需求的強烈性，個案藉對於

許多訊息的獲得之後，如能更加了解荷爾蒙使用的問題，可以降低焦慮狀態，也可以更多婦女清楚自己的選擇。如何讓婦女得到更多的資訊方法則有賴許多婦女焦點團體，或由醫療人員進行討論，或是讓更年期婦女輕鬆的可以得到訊息。例如網路、電視、文章、報紙、或是各種的課程都是很好的方式。但是這些行為都需要資金也需要政府各界的協助。儘管只是服用荷爾蒙治療過程的相關知識都會讓個案非常的擔憂。因此就算一種症狀的處理可能會讓婦女生活品質嚴重的下降。儘管目前資訊發達，卻有許多婦女仍對於更年期的問題一無所知(Cobb, 1998; Lemarie & Lenz, 1995)。

Liao 和 Hunter(1998)發現經過許多更年期照顧的措施後，更年期婦女整體的生活型態趨向更為正向，對健康自我處理的方法更加了解，其研究結果呈現其成效相當高。確實各種措施將更能增加更年期婦女的健康行為，過程中更年期相關知識提升，自我信念增加，自我照顧能力也隨之增加，都是增加健康行為的重要指標。如此才能在廣泛的社會生活中，藉由人際的互動以及重新思考生活資源，從根本影響健康行為的執行。台灣婦女有其不同的生活脈絡，也具有其獨特性，因此透過了解台灣婦女的問題，再進一步提供相關衛教則更有助於婦女的健康促進。

因為健康訊息的需求對於更年期婦女而言是非常重要的。而健康訊息又深刻的影響更年期婦女的健康行為。但這些都需要藉由政府以及非政府機構、醫療機構不斷的提升照顧品質。而目前提供的照顧是否足夠婦女之需求則需要更多的實證結果加以了解。

儘管目前對於更年期婦女照顧之觀念及執行過程有許多分歧，但不能忽視的是有關於更年期於不同社會論述中，呈現不同面貌，以下將一一提出討論。

第四節、更年期相關議題之社會再論述

更年期婦女的健康照顧近年來受到許多婦女團體與社會學家的熱烈討論。多數專家認為過去更年期婦女健康照顧，台灣相關的研究多以醫學及更年期荷爾蒙治療為導向。而醫療的正名主要在於醫療化的控制，更年期婦女必須經由醫療專業的洗禮之後，才有機會接受照顧，是一系列醫療化過程的結構性控制狀態。長久以來台灣地區以接受西方醫學知識為主而呈現鼓勵更年期藥物治療的觀念，鼓吹如女性激素能預防並治療骨質疏鬆症、心臟的毛病、預防並減輕更年期的沮喪、可維持性能力和年輕活力等好處。在生物醫學角度以疾病模式解釋更年期，主張使用賀爾蒙補充療法(HRT; Hormone Replacement Therapy)。若以社會文化角度看更年期，則與社會角色、生活事件等相連結，生活在不同社會文化的婦女，會經歷不同的更年期經驗(楊舒琴、盧孳豔，2000)；就女性主義角度切入，則對疾病模式多加批判，主張將婦女的經驗視為更年期知識形塑的合理來源，更挑戰更年期婦女面對之醫療、性別、年齡等不平等之關係(盧孳豔、林雪貴，2001；Moxley, 1989)。而西方女性主義者開始以女性健康運動的角度切入，質疑女性荷爾蒙補充療法的必要性，在台灣亦有學者呼籲集結「自然療法」免於醫療化困境。更有充權的概念逐漸興起。更年期社會再論述包括以下主要的批判議題：

4.1 更年期的社會控制：

醫學專家成了界定社會“病態化”之專家，他們同時界定所有所謂的社會偏差行為。如同包括同性戀、毒癮、智障或是過動兒等，只要在社會被認為是一種偏離社會常規的行為，皆被定義為精神醫學支配的一環。而更年期婦女的健康則被定義為婦女疾病醫學的一部分。更

年期雖為一個自然的人生過程（曹麗英，1998）。但在一系列的國內外研究報告中，將更年期定義為疾病的一部份。例如描述中的更年期是受到停經年齡的早晚除受手術因素的影響外，尚受家族史、吸煙與否、不正常的染色體、有無早熟的青春期、慣用左或右手、或眼盲與否、胖瘦、及社經地位等影響（Dawood，1993）。婦女在更年期時通常會經歷到一些生理、心理症狀，可能伴隨停經期前後數年，有的甚至從 35 歲至 60 歲長達 25 年之久（Harper，1990），這些症狀可能會嚴重地影響其日常生活作息。在停經之後，會有各種的更年期症狀與問題發生，有一些問題主因低雌激素濃度，或長期雌激素的缺乏而引起的，而其他的是因雌激素的缺乏或相關的雌激素缺乏狀態所加重。這些症狀及問題包括：一、心血管疾病；二、精神神經內分泌效應；三、皮膚泌尿生殖道效應；四、骨骼效應（Dawood，1993）等。以上這些論述都是強化更年期是一種疾病的表現的相關醫學報告。而開始將更年期就由社會控制，進行各種宰制。

4.2 更年期婦女健康成為公共健康議題黑洞：

更年期婦女的身體如同身體政治一般，政治因素也支配了女人的身體，例如過去的家庭計畫措施，以生育達到降低出生率的政策目標，而婦女在更年期時的聲音是被掩蓋的。隨著政府政策與醫療工業掛鉤，龐大的醫藥支出成為最大的黑洞。在 JAMA 報告未提出前，台灣至少有 10-15 年間不斷的鼓吹藥物的使用。健保費用在婦產科的部份的不斷支出，增加了醫療產業與婦女有關的周邊獲利者。過去健保給付的不公平性，加上更年期醫療市場有利益的交換空間。更年期醫療架構在大的醫療體制之下，用一種正當性的掩蔽，實際進行許多與利益相關的交換。更年期公共議題受到醫療工業壟斷，即便婦女

團體不斷提出呼籲，但醫療專業的醫療化過程，仍舊促使過度醫療化的現象避免社會批判的合法性。即便目前的資訊與相關研究的提醒，但對於大量的更年期婦女，社會將持續製造出另一套的社會規則，讓她們繼續具有其更年期的“疾病律則性”，持續成為公共健康的黑洞(張珣，張菊惠，1999，Chu, 1990；Gifford, 1994；Kischstein, 1991)。

4.3 更年期成為醫療工業最大犧牲者--論荷爾蒙替代療法：

更年期婦女經常在更年期相關的資訊中被提醒。更年期會因為荷爾蒙的不平衡而有許多身心的症狀出現。某些醫學研究報告宣稱，在心理層次上，更年期造成經常性的失眠、焦慮、或憂鬱，故許多醫療研究建議可採既安全又不易發生習慣性或耐受性的新一代助眠劑，或輔以低劑量且具良好鎮靜效果的抗憂鬱劑來處理；至於新一代的血清胺回收類抗憂鬱劑，不會有任何成癮及習慣性，並且和雌激素更有相互幫忙的效果。以荷爾蒙補充療法，再合併抗憂鬱劑共同治療效果更好 (Harper, 1990)。但是根據美國國家衛生研究所 2002 年 9 月宣佈提早停止荷爾蒙替代療法(Hormone replacement therapy, HRT)的臨床試驗。從相對危險性而言 HRT 會增加 29%的心臟血管疾病，以及 26%的乳癌發生率。此外有 41%的中風機會及血栓的形成。相較於其他的益處，其危險性相當的高。此報導被刊登在美國醫學會刊(JAMA, 2002)中，過去強調使用荷爾蒙替代療法可以減少許多的更年期婦女不適問題，但目前根據此報告，則僅希望採取短時間減緩症狀使用。但此消息被廣為報導時，一般台灣的醫療機構，都未做出反應。但在衛生署主導進行多方的研究的討論之後，決定將此訊息提供給所有的醫療單位及民眾(張珣，2003)。早在 1993 年 Rosenberg 就對美國公共衛生學刊中呼籲婦女使用荷爾蒙替代療法

可能的傷害性及危險性的考量，避免單方面的知識取得來源。而台灣也在 1992 年由張珏等提出婦女健康過渡醫療化及商品化的問題，更建議保險及醫療制度的透明化。但是由於婦產科針對更年期婦女的荷爾蒙替代療法，增加許多的門診回診量，以及藥價黑洞的擴張。再再都是過度醫療化的結果。因此荷爾蒙替代療法的成效，確實需要更多的評估及考量。婦女是否是因為真正的身體需求而使用荷爾蒙療法，還是在不被告知的狀況下，被使用了荷爾蒙？或是在知情的狀態下成為醫療工業的犧牲者。

4.4 “婦女”與“更年期”的商品化：

醫療體系不僅是包括生產者和生產部門，有生產便會有消費。醫療以成為「消費者的運動」的重要領域。醫療體系的擴大是消費市場的擴大，也是生產也促發消費。醫療化與醫病源問題日漸擴大(胡幼慧。2001)。婦女的更年期議題被廣泛的擴大，便刺激消費市場。藥物的使用透過藥商與醫療單位，加上基礎研究的共謀，將藥物的使用以專業無國界的方式，廣泛的推行。另外坊間養生療法的林立，婦女的養生飲食，如大豆異黃酮的推廣，至今其療效也仍在研究階段。鼓吹婦女服用維生素、深海魚油各種補充療法，卻未見對婦女多一份的關注其適用性。商品化的過程，不僅婦女本身成為“商品”，更讓市場創造出前所未有的“商品行銷”。

4.5 更年期婦女的“社會烙印”：

根據前文社會烙印的論述中可以了解更年期婦女的社會烙印處境。從過去對於月經迷思的烙印過程中可以比擬，月經只被單純地視為生理或醫學事件，而甚少被檢視其月經意象。社會對月經異常的態度，影響仍以男性為主導的醫學界對它的了解，診斷與治療，使更年

期婦女受到社會的烙印。由於性別所組織的除了社會生活，性別影響了動機，信念，預期和社會行為。探討女性角色的前提，必須追溯性別化社會結構中的個人經驗(Geertz, 1973)。女性被勉強要服從傳統的性別角色，這樣的壓力結果增加了行為的限制性。的確，女性現在被期望要做每件事。對女性的期望有很多是在性別順從方面，所以順從是一般女性減輕壓力並符合社會認可下的正當方法(劉秀娟、林明寬，1994; Serpell, 1976)。當更年期被認為是歇斯底里的、接近老年的、有許多情緒反應的等等的社會烙印時。婦女將必須以遵從的行為態度以讓社會接受其健康的變化。但此種烙印卻形成婦女更加深自我的無力感，即符合其角色而進行求診行為以及各種更年期市場的販賣過程。

4.6 看似醫療化正面的影響：

疾病給予婦女宣稱更年期所獲得的利益。疾病也被社會化了，疾病所產生的無法工作，社會對個人的照顧等，透過合法的方式被合法化了。因此疾病變成對無法正常活動的病患的一種合法及社會的理解，而婦女若處於更年期的階段，便可對外宣稱自己的疾病化，而取得家人及社會的認同感及疾病合法性。更年期婦女在取得“更年期”成為一種疾病的前提，就有權利要求他人的配合，工作場域及家人對其行為的諒解，健康照顧系統必須給予“治療”，甚至國家必須支付其醫治此“疾病”的健康保障。而這無非是在更年期此階段看似唯一僅有的優點吧！

張珏等(1993)研究指出台灣婦女認為更年期為自然生理現象，並不因失去生育力而懊悔，也不因失去女性特徵而難過，而最主要的顧慮是擔心身體健康。對於更年期的態度愈正面，愈不認為女性魅力

與情緒受影響；社會參與度高及地位較受推崇者較能以開闊心情面對更年期。曹麗英（1998）指出台灣停經婦女覺察自己身體處於健康多變化的時期，隨著自覺健康狀態改變，婦女會思索如何使自己過得更健康。事實上，更年期過程因荷爾蒙快速減少，造成的種種生理和心理的不適，困擾許多更年期婦女，除了症狀嚴重者必須求助醫療外，一般更年期婦女可以養成健康的生活型態，即能改善更年期之不適。若鼓勵更年期婦女積極參與更年期婦女成長之相關團體，藉由團體的活動與經驗交流，都可改善更年期症狀，走出更年期障礙。並不需要一味的求診用藥，亦或從事婦女商品化及市場化的活動。而這也是未來更年期婦女所應該持續被尊重的重要觀點。

綜合以上之文獻探討，可以看出台灣婦女健康照顧政策的轉變過程。進而了解更年期婦女照顧上政策的需求。同時得知更年期婦女在生活與社會結構中所面臨的各種問題。因此，如何提供更適合的政策規劃以及未來執行層面的照顧過程，是非常重要的研究議題。以下將於一一呈現本研究之研究過程與設計。

第三章 研究方法與步驟

本研究的核心研究主要在於了解更年期婦女健康照顧政策的規劃執行，與更年期婦女健康照顧現況之分析。由於衛生署針對更年期婦女健康照顧於 2003 年開始提出至今，因此實際之政策與執行也由此開始。相關政策及執行將自 2003-至今之分析作討論。為能深入了解現象依照研究目的進行研究設計。本研究將透過歷史資料及文獻回顧法、質化研究之焦點團體、個案深度訪談法、量化研究之量性資料統計等各種研究法。藉由資料的多面性以及不同面向增加對於現象分析的正確性及可近性。因此，共有三項研究設計取向包括：

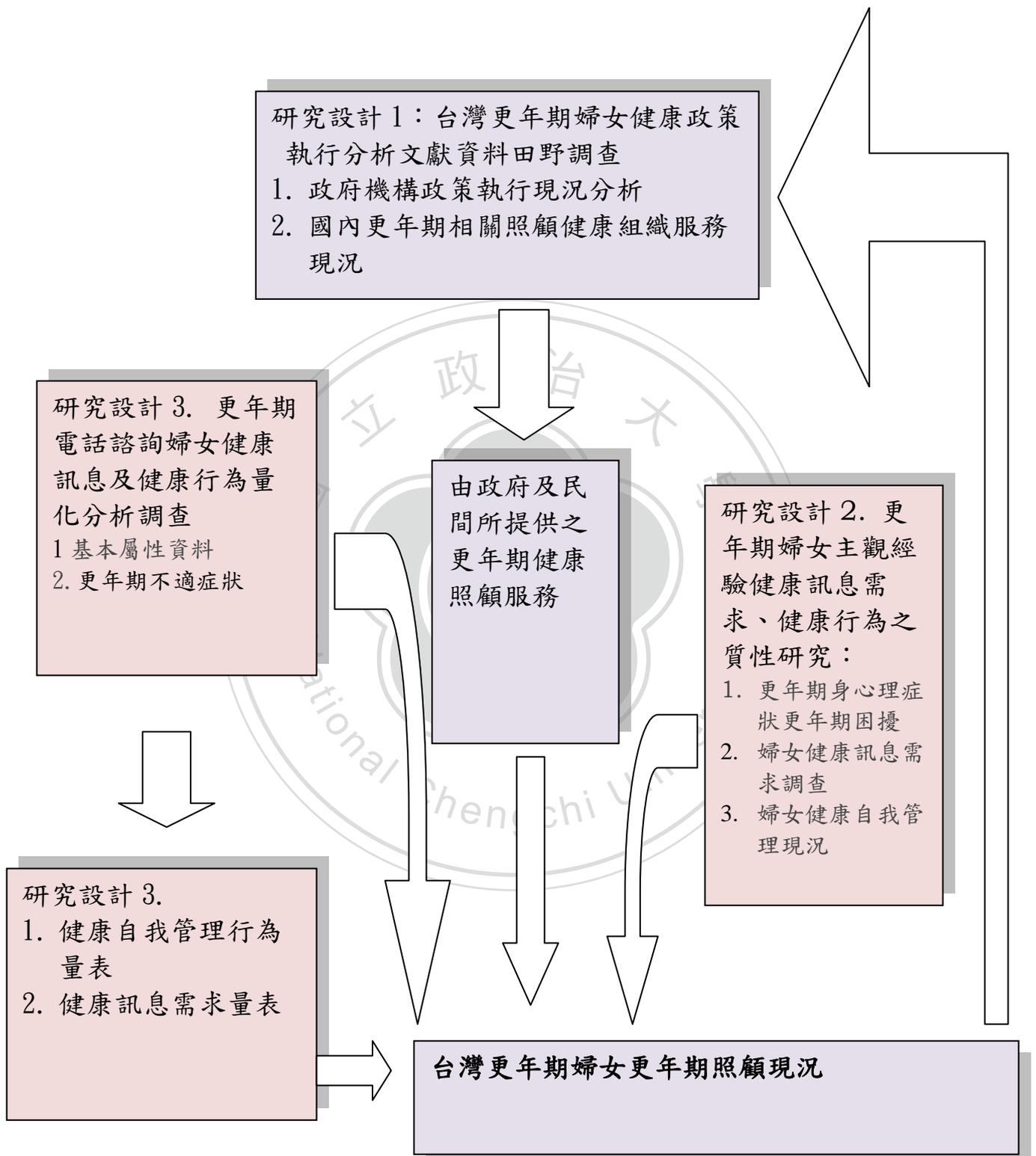
1.研究設計 1：台灣更年期婦女政策及執行分析：自 2003 年起以衛生署以及國民健康局之政策分析、非政府機構相關更年期照顧組織所提供之健康照顧服務資料分析。

2.研究設計 2：更年期之主觀經驗及更年期相關健康訊息之需求以及健康自我管理行為執行狀況調查。進行更年期婦女焦點團體與深度訪談之質性研究，深入了解婦女更年期之不適症狀，對於健康訊息之需求以及健康行為執行狀況分析。

3.研究設計 3：更年期電話諮詢婦女健康訊息及健康行為調查。透過更年期電話諮詢之相關量表分析，以量化分析資料進行更年期婦女健康照顧分析。

研究之設計以更年期婦女健康政策規劃與健康照顧現況為主要探討內涵。透過以上各種研究法，以進行本研究之研究論述。以下將依據每一研究設計一一陳述。首先為本研究之研究架構如下：

台灣更年期婦女健康照顧現況分析研究架構分析



不同研究取向之融合：

本研究將運用歷史次級資料分析、量化分析與質性研究各種方法，雖然研究的取向有所不同，量化研究著重於實證主義的分析功能，透過實證研究中量化資料分析以明確並具有科學依據之資料闡述。而質化研究是一種對於人的經驗感受，以及與社會互動過程，深入了解及深刻體會的方法(杜，1995；Leininger, 1985)。而質性研究運用於社會學的研究過程，社會學家們當面臨許多社會的現象以及大量的資料，於是運用了本體論、認識論及方法論的意識，也就是實用主義，質化資料研究法更能貼近社會現象的了解。當 Blumer(1969)開始對於研究反思及驗證過程中，提出了如何於互動過程中，了解及建構社會的結構，及剖析社會的現象。也更深刻分析更年期婦女健康照顧現況(Blumer, 1969; Denzin, 1992)。再透過歷史次級資料分析法將政策的走向，提供質量化研究的背景資料分析，並更在理論、模式與結構與實證層面架構更完整的研究結果呈現。因此各種研究設計將依照研究目的及研究設計內涵使用不同之研究方法。

研究設計 1：台灣更年期婦女政策及執行分析

台灣更年期婦女政策分析文獻資料回顧與查證，將以兩部分為主：1.政府機構之政策及執行分析：包括行政院婦女權益委員會之政策分析及衛生署國民健康局執行現況分析 2.非政府機構相關更年期照顧組織所提供之健康照顧服務資料分析。

1. 政府機構政策分析，以相關之政府機構所提供之更年期健康照顧政策及執行現況分析。衛生署國民健康局及行政院婦女權益委員會之執行現況。透過政府公報與資訊系統取得相關政策論述，藉由各年度之更年期健康計畫進行政策規劃分

析。包括：每年之健康統計資料分析、政策發布、政府公報資訊、相關研究計畫執行狀況、政府出版品、相關執行狀況之次級資料分析、相關新聞稿及國民健康局對外所發布之公告、政府施政查詢等。透過資料的比對將更年期健康照顧政策做歷史性資料之分析。

2. 非政府機構相關更年期照顧組織所提供之健康照顧服務資料分析：目前相關之更年期照顧機構除每個醫療院所提供服務外。主要為更年期醫學會以及中華民國更年期協會、其次為相關婦女團體進行更年期教育及成長營等非營利組織。將針對相關國內非政府機構進行健康服務執行相關分析。
3. 將政府與非政府機構之資料與政策規範，與實際所進行之研究成果、提供之健康照顧服務做系統資料分析。以建立政策與執行之架構準則。

本研究設計將採用歷史研究法中，以追朔的方式進行資料的分析。將過去的事件、政策、活動、文宣所呈現的狀態做整理及分析。檢驗記錄以尋找研究目的中的問題。因無法直接的觀察因此使用間接資料的陳述。

研究設計 2：更年期之主觀經驗及更年期相關健康訊息需求與健康行為之質性研究。

進行更年期婦女之質性研究，包括深度訪談與焦點團體訪談，深入了解婦女更年期照顧之需求。過程透過中華民國更年期協會協助完成訪談。

質性研究所呈現的是對於現象的深度了解。深度訪談過程更能讓個案談及對於生活經驗之剖析。Lazarus 和 Folkman(1984) 及

McDevitt、Havens 和 Marlon(2003)指出，當一個人處於受威脅的情境中，便開始尋求資源，此資源能協助更加了解事情發生的原因，並能增加自我照顧的能力。相反的，若缺乏資源，此會產生不確定感，而阻礙處理為積極作決策的能力。更年期婦女於此時歷經生理、心理的重大轉變，對於資訊知識的需求性相當迫切，包括：對更年期的生理變化、保健知識、荷爾蒙治療的適應症及使用時的注意事項、如何調適抒發情緒等。若於此期能適時提供更年期婦女支持或介入相關的支持團體，將有助於更年期婦女的生活更加的快樂。Lemarie 和 Lenz(1995)針對更年期婦女進行焦點團體，並透過深度訪談法。在護理人員的帶領討論更年期婦女在服用荷爾蒙治療過程的相關知識及個案的擔憂，研究發現個案藉由相互的討論，更加了解荷爾蒙使用的問題，並明顯降低焦慮狀態，深度訪談也讓更多婦女更清楚自己的選擇。而 Liao 和 Hunter(1998)則將更年期婦女分為兩組以進行實驗組及對照組，過程中發現實驗組對於更年期相關知識提升，自我信念增加，自我照顧能力也隨之增加。這些研究所指稱的是深度訪談對於更年期婦女是具有成效性。再者 Commonwealth Fund(2000)透過焦點團體的過程則發現，更年期婦女更增加對於治療的自我決定權，也使得更年期生活滿意度增加。也因此，研究過程經過深度訪談及焦點團體的介入，得以增加婦女更年期調適外，更能由其中更深入了解台灣更年期婦女對更年期照顧各方面的疑慮，並讓醫護人員更清楚如何幫助個案。

(1)研究工具：

研究工具為研究者本身的經驗、訪談指引、訪談用錄音機及空白錄音帶。因研究者本身為護理人員並從事更年期相關服務計畫多年，

長期提供更年期婦女照顧服務，且受過嚴謹之質化研究訓練。因此在訪談過程訪談指引為研究者經文獻查證及研究目的而設計，分別探討更年期婦女之主觀經驗及對於健康之訊息需求以及健康行為執行現況。進而了解個案對於健康服務適切性。故進行更年期婦女深度訪談及焦點團體了解其更年期健康訊息需求及健康管理行為。

(2) 質性研究部分之訪談對象：

收案條件：

- A. 為更年期婦女。
- B. 能以國、台語溝通者，且認知功能無障礙者。
- C. 經解釋說明後，願意參與本研究者。

執行地點的設計：包括一個舒適及安靜的區域，是參與個案熟悉的場域。透過研究者與個案的熟悉，加上於現場給予相關的資料及溫馨的茶點，讓參與個案減少不舒適感，以便讓個案能輕鬆的談話。

焦點團體部分之會場則由主要有兩位人員參與進行會談，由主要一位人員主持及控制會談的進行，另有一位記錄人員及協助會場運作的研究人員。更年期婦女焦點團體會談—以立意取樣的方式進行更年期婦女焦點團體，個案親身進行焦點團體深度訪談每一場約為(約6-10人)。

(3) 訪談主題：

深度訪談及焦點團體之訪問主題透過多位實際臨床照護個案的專業醫護人員，以及學術單位人員的討論。並進行文獻的查證，再加上過去所累積的研究計畫進行經驗與成效，匯集而成質性訪問指引。根據 Ruff, Alexander 和 Mckie C. (2005) 針對更年期婦女健康照顧質性訪談中所提出 5 個主要進行內容包括 1. 開放式提問

(opening questions)2.引介式提問(introduction questions)3.轉移型提問(transition questions)4.重點主要提問(key questions)5.結束提問(the ending question)。以上做為進行訪談的主要依據。

以下為主要的訪談指引如下：

訪談指引：

- 1.更年期的主觀感受為何？
- 2.更年期相關症狀？個案症狀表現？如何處理？常見困難為何？
- 3.更年期相關的心理狀態？自我會關注及觀察其情緒變化？如何調整情緒波動？曾經對外尋求協助？情緒調整成效？
- 4.了解更年期飲食攝取的重要性？調整您更年期的飲食攝取嗎？自覺成效如何？
- 5.更年期有運動自我保健？哪些種類？如何執行？執行狀況？
- 6.清楚自己需要使用荷爾蒙藥物？是否曾經使用？使用的過程及感受？了解荷爾蒙藥物如何正確服用？對於荷爾蒙治療之疑慮？
- 7.會主動尋求醫療人員的協助？管道為何？成效如何？需要哪些協助？
- 8.會定期做更年期相關檢查？相關檢查狀況。
- 9.需要醫療照顧系統如何協助？
- 10.總結說明並了解參與者對訪談問題的知覺。
- 11.結束並表達謝意。

訪談情境安排及控制與會後進行質性資料分析。

(4) 資料收集過程

符合取樣標準之個案，透過聯繫後分別進行深度訪談及焦點團體訪談。再經由個案的同意，先進行一般性談話及熟悉。並於會談前經解釋後，個案接受填妥同意書及個案基本資料，並願意接受錄音及紀錄後進行訪談。資料收集者為研究者本人，於訪談後 24 小時內，將錄音內容逐句將訪談過程原始資料真實完整的繕寫紀錄，包括過程中觀察的非語言的表情、動作及語調皆詳細真實的紀錄。摘記紀錄關於

行為及事件的前後的相關性，以利研究結果的完整性。而資料的收集過程，於資料分析後發現有不足或是遺漏之處時，則與個案約定另一次的會談，以了解個案真實的狀況。

(5)資料收集及分析：研究採立意性取樣，於質性研究中其抽樣基礎與正在發展的理論中以證實具有理論相關性的概念，而於抽樣選出一些指涉及範疇其性質、面向的事件、事故等，以進一步發展，並將之在概念層面上聯繫起來，不斷的驗證。所以取樣的個案數及原則，也就是達到飽和：某一個範疇再沒有新的資料出現、範疇已發展相當豐厚其條件、脈絡、行動/互動、結果都連結緊密、範疇間的關係都建立妥善而且驗證屬實。(Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1998)。

資料將以內容分析法進行質化資料分析。資料分析步驟如內容分析採取Burns & Grove, (1997)之步驟如下：

- 由原始資料的內容中找出意義單元
- 重複閱讀與討論，以確定未有遺漏之意義單元
- 編碼
- 進行分類歸納，以建立較高層次之主題單元(theme)
重新斟酌難以確定歸納之單元
- 已研究概念架構為基礎，將主題單元歸納為類目
(categories)
- 統計。

本研究以 Lincoln 和 Guba(1985)所提之四項科學評鑑標準作為依據，來考量本研究之嚴謹度，分述如下：

確實性(credibility)

相對於量性研究的內在效度(internal validity)，質性研究中的

確實性即指質性研究資料真實的程度(truth value)，研究者曾接受行為過程紀錄與分析的經驗，研究所臨床實習時亦接受過會談技巧訓練，及參與質性研究相關研討會，閱讀質性研究相關資料，以增加研究者觀察力訪談能力行為過程紀錄之書寫能立即質性研究內容分析能力之準備。此外與受訪對象建立信任良好的關係及在同一時間內，研究者只與一位研究對象會談，並均由研究者一人觀察、紀錄、分析，避免因研究者不同而造成誤差。過程中亦擬請專家提供指導，以在收集資料的過程及進行資料處理時，可隨時與專家討論諮詢，以確保研究之信度。

合適性(fittingness)，對於量性研究的外在效度(external validity)顯示研究資料的可運用性(applicability)，本研究採立意取樣，將符合條件之個案納入研究且將訪談的錄音帶逐字謄寫清楚增加豐富的情境，描述時若有任何新發現，會廣泛查閱文獻，重視任何特異因素並納入了解及解釋過程，以確保本研究所發現之合適性。

可驗性(auditability)，相對於量性研究的信度(reliability)顯示研究資料的持續性(consistency)，研究設計方法、個案選樣、資料收集、資料處理研究步驟等皆清楚呈現研究者的思路過程(decision trail)，使其他研究者能經由研究資料情境進行另一次研究以獲得相同相似的研究結果，以達到本研究之可驗性。

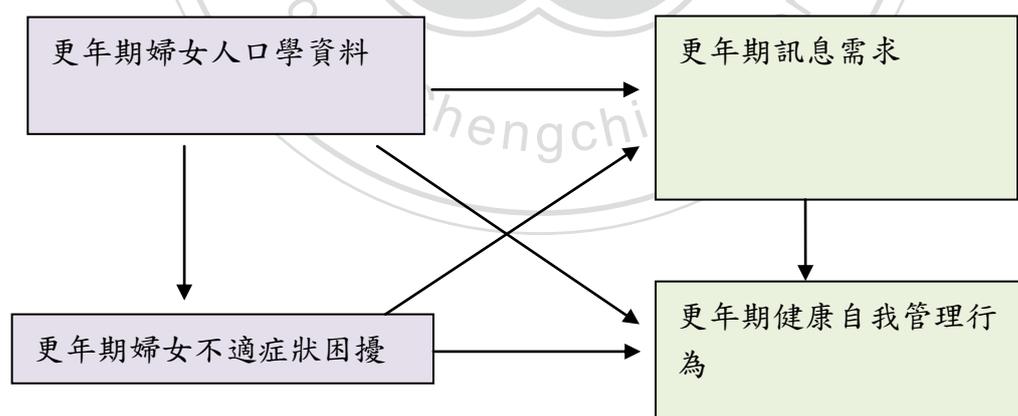
本質性(neutrality)，相對於量性研究的客觀性(objectivity)顯示研究的可證性(confirmability)，本研究以先進行前測修正研究方法，而正式研究開始收集資料後，研究者在自行分析後會再與專家討論，反覆驗證會談內容的意義，避免造成偏見角度的誤差等，使資料於自然情境下呈現，確定內容的可證性。

研究設計 3. 更年期電話諮詢婦女健康訊息及健康行為調查。

本研究設計將經由國民健康局委託中華民國更年期協會舉辦更年期諮詢專線計畫。自 2003-2009 年間之電話諮詢量表分析。研究者為計劃協同主持人之一，因此將取得協會之同意進行資料之分析。照顧透過之相關量表分析，以量化分析資料進行分析。由於自 2003 年起開始之電話諮詢量表經過多次修正，於 2005-2009 年間量表經過信效度之測試後，正是使用至今，因此分析之內容將取得一致性，以 2005-2009 年間之統計資料為主軸。以確立資料之正確性及一致性。資料經由中華民國更年期協會協助取得，經過國民健康局正式行文並釋出資料庫，包括正式公文函、資料使用切結書、資料庫取得同意書如附件一。經由國民健康局之協助同意使用。

資料採回溯性長時間追蹤之資料分析法，以結構性問卷為工具，以下為以更年期婦女電話諮詢其分析架構。

(1) 更年期婦女訊息需求及健康行為量化分析架構(圖 3-1)：



架構說明：

更年期婦女人口學分析：

包括年齡、教育程度、婚姻情況、工作性質、目前子女數、子女

同住情形、宗教信仰、荷爾蒙服用情形、停經狀況等相關因素。

更年期症狀評量表：

以更年期常見症狀量表內容，包括身心理常見之更年期不適症狀表現。

更年期健康訊息需求：

婦女對於更年期健康訊息之需求健康訊息，包括生活保健之訊息。

更年期健康管理：

婦女對於自我健康管理狀況之分析，相關的健康行為執行狀況。

(2). 量化研究之研究假設：

- 1.不同人口學更年期婦女之健康訊息需求有顯著差異。
2. 不同人口學更年期婦女之健康行為有顯著差異。
3. 不同人口學更年期婦女之更年期不適症狀有顯著差異。
- 3.更年期婦女的不適症狀嚴重度越高健康訊息需求越高。
4. 更年期婦女的不適症狀嚴重度與健康行為有顯著差異。
- 5.更年期婦女健康訊息需求會健康行為呈現負向相關性。

(3) 研究對象：為經由中華民國更年期諮詢專線主動尋求諮詢之更年期婦女。將2005-2009年間婦女完成有效問卷為母群體及研究對象。

(4) 研究工具：

更年期諮詢紀錄卡包含四部分：

基本人口學資料：根據更年期照顧專家所擬定並適合本研究之相關基本人口學資料分析：

更年期自我健康管理評量：共9題。分為四點計分法。0分為完全不會、1分為偶爾、2分為經常、3分為總是。分數越高表示健康行為

管理越好。

更年期症狀量表：

共 18 題。為台灣最常見的更年期困擾症狀。分為四點計分法。0 分為無、1 分為輕微、2 分為中等、3 分為嚴重。分數越高表示更年期症狀越嚴重。

更年期健康訊息量表：

共 9 題。分為四點計分法。0 分為不需要、1 分為都可以、2 分為需要、3 分為非常需要。分數越高表示更年期健康訊息需求越高。

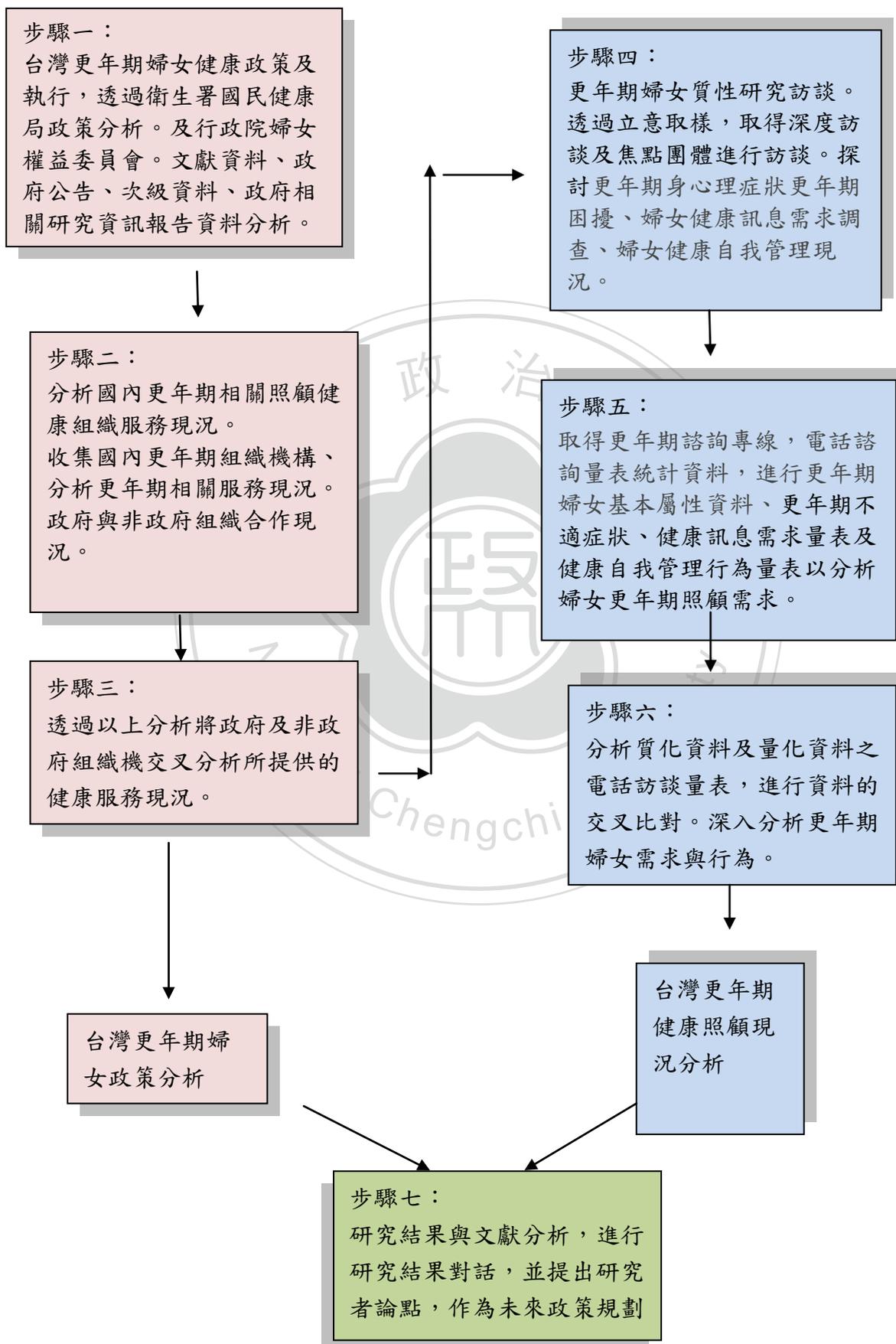
量表之信效度：本量表為中華民國更年期協會之更年期諮詢專線記錄卡。經過前測試驗進行信效度檢測。完成更年期諮詢記錄表之效度檢測結果（專家效度 CVI=0.96），完成信度檢驗，其結果顯示此問卷有良好的內在一致性，各表單之信度檢測結果分別為：更年期症狀評量表 Cronbach's $\alpha=0.89$ 、更年期自我健康管理評量 Cronbach's $\alpha=0.71$ 、更年期健康訊息需求評量表 Cronbach's $\alpha=0.84$ 。目前持續於諮詢專線使用。

(5) 資料分析方法

量化資料部分將使用 SPSS FOR Windw 11.5 電腦套裝軟體進行資料統計分析。統計分析將依照研究假設進行分析。

1. 描述性統計：依類別變項及連續變項分別：性別、教育程度、婚姻狀況、工作性質、子女同住情形、婦科手術史、慢性疾病史、賀爾蒙服用情形、停經狀況、年齡、子女數等以次數分配與百分比、平均值、標準差等描述性人口學之基本資料。
2. 推論性統計：以獨立樣本 t 檢定、相依樣本 t 檢定、one way ANOVA 檢驗多變項變異數分析，當有顯著差異時再進行 Scheffe Post Hoc Test、Pearson correlation 檢測各變項之相關情形。

研究進行步驟流程圖



論文完成後之貢獻

本研究完成主要分為三個部份：

1.台灣更年期婦女政策分析：以衛生署國民健康局及行政院婦女權益委員會之政策分析、非政府機構相關更年期照顧組織所以提供之健康照顧服務資料分析。政策分析的結果將比對與非政府機構目前所提供台灣更年期照顧之適切性。政策的規劃與現況是否一致性，未來之政策是否持續延用或需要改變。並結合非政府機構之力量，得以提供婦女健康照顧。透過研究更能清楚國內相關資源之運用。由於目前更年期照顧受到許多學派之影響，是否政策以性別主流化為主軸而進行。在政策能有實證研究為基礎，進一步架構未來研究政策。在研究學術方面則希望能將政策與現況做結合，以補充過去學術研究在更年期婦女健康政策研究之不足。在實務上，更能依照婦女真正的需求，不斷的有創新及堅持的政策規劃。非政府組織對於更年期照顧更能和政府做配合，將力量做結合，以提供更多更完善的照顧體制。

2.更年期之主觀經驗及更年期相關健康訊息需求及健康行為執行狀況質性研究調查。進行更年期婦女深度訪談及焦點團體訪談之質性研究部分，深入了解婦女更年期之主觀經驗及不適症狀，對於健康訊息之需求以及健康行為執行狀況分析。此質化研究主要是參與研究為方法，透過持續不斷的深入更年期的生活經驗，以引發婦女的深入了解及討論更能探究其生活經驗的脈絡。此研究將可以確實提供台灣更年期婦女對於訊息的需求，能了解到底婦女之真正的需求為何？而其健康行為之執行狀況為何？作為電話諮詢專線所提供的全台灣婦女更年期諮詢時的基礎資料。由於配合量化資料分析可以更結合質化與量化資料的不足。透過資料以檢視目前婦女政策之執行狀況。

3.更年期電話諮詢婦女健康訊息及健康行為調查。透過更年期電話諮詢之相關量表分析，以量化分析資料進行更年期婦女健康照顧分析。婦女的基本人口學屬性資料分析，可了解來自不同城鄉之間之差異，並了解不同家庭狀況對於訊息需求及健康行為之影響。更由個案之症狀表現分析其健康訊息需求及健康行為執行狀況。而透過量化資料的準確性更能了解台灣婦女的需求變化，配合質化資料以提供未來政策計畫走向。學術方面提供台灣婦女更多更完整的諮詢資料，作為台灣更年期研究的基本訊息。

以上之研究設計在於利用歷史次級資料分析、質量化資料的對話而交織成政策與執行現況的交互網。是複雜多元的，但卻是有跡可循的。



研究過程之困難及解決之道：

相關的困難及解決方法：

1. 資料處理過程中所面臨難題，另外，不同屬性資料間的串連，及不同研究取徑的融合與互補上，有一定程度的困難。量化資料的缺失及不足。由於透過電話諮詢之量表呈現，在資料不完整時須透過統計法的補強。架構的分析將需要資料的完整性來建立，因此在資料處理上將更為謹慎。處理資料過程儘量取得資料之一致性，並將資料做有效性的處理。目前資料已呈現，並做較完整的整理。
2. 深度訪談及焦點團體及質性資料訪談個案的拒絕及不易取得部分。目前所進行之焦點團體資料已完成。所幸因研究者長期於更年期協會進行服務，個案也較能信任，並願意深入的討論相關的主觀意識及經驗，但仍需要不斷的接觸個案訪談計畫之進行。質化資料的分析有賴於個案的配合及信任，目前此部分研究者已儘量的執行。個案配合度有相當高。
3. 量化資料之取得因資料為國民健康局委託中華民國更年期協會所進行並收集之資料。但由於 2003-2007 年間國民健康局並未簽屬保密法則，因此資料隸屬協會所有，但 2008-2009 年間之資料屬國民健康局。研究者本身為計畫長期協同主持人，清楚了解計畫進行之狀況。也是多數之研究計劃的參與者及計畫書書寫者。加上其他研究人員也需要使用相關資料庫，因此，須取得其平衡點。但由於本次研究主要探討的是更年期婦女健康政策之執行現況。故需要之資料本質與面向較偏向政策面的需求。未來其他研究者仍可持續使用同一資料庫並做不同之解釋與推論，並不

會造成資料的浪費。也同時增加資料共享的原則。更需感謝中華民國更年期協會研究團體的協助研究之進行，未來也會將研究成果與其他研究人員分享。資料取得已透過國民健康局正式資料庫外釋系統取得資料。

4. 資料完整後將須進行多種資料的交叉比對分析。此部分將視需要更多的協助與討論。研究者須持續保持研究論證的精神，持續不斷的將資料做更有效的分析及推論。資料之分析過程有許多困難，且相互比對的結果以創造出資料的關聯性。加上長期的觀察將資料作較有效的解讀及分析。再經由文獻的查證將資料做修正。並提出研究者的論述。
5. 人體試驗需要之相關省察。為因應目前醫學倫理及研究倫理的面向，將進行人體試驗之省察。透過中華民國更年期協會的協助，由長庚醫院協助進行人體試驗省察。因目前研究過程皆未侵犯個案的權利及傷害性。並考量研究倫理考量，因此並未違反人體試驗條例。

以上為研究過程之困難及問題，經過許多的努力及多方協助逐一處理及取得平衡等。以進一步了解更年期婦女的照顧現況。

第四章、研究結果

本章將分為以三個研究設計之研究結果現呈現。

一.研究設計 1：台灣更年期婦女政策作執行現況分析：自 2003 年起以政府機構之政策分析及執行分析、非政府機構相關更年期照顧組織所提供之健康照顧服務資料分析。

二.研究設計 2：更年期之主觀經驗及更年期相關健康訊息之需求以及健康行為執行狀況調查。進行更年期婦女焦點團體與深度訪談之質性研究，深入了解婦女更年期之不適症狀，對於健康訊息之需求以及健康行為執行狀況分析。

三.研究設計 3：更年期電話諮詢婦女健康訊息及健康自我管理行為調查。透過更年期電話諮詢之相關量表分析，以量化分析資料進行更年期婦女健康照顧分析。

研究結果如下——呈現：

第一節、研究設計 1：台灣更年期婦女政策及執行現況分析：

自 2003 年起以政府組織包括行政院衛生署國民健康局及行政院婦女權益委員會相關之政策制定及執行狀況之分析、非政府機構相關更年期照顧組織所提供之健康照顧服務資料分析。

一、政府機構提供更年期照顧政策及執行概況

婦女更年期健康照顧政策及更年期照顧有關之機構，所提供之更年期相關照顧現況。包括由行政院婦女權益委員會所規劃制定之相關政策及指導執行狀況。另外是以行政院衛生署國民健康局所推行之更

年期照顧服務。藉由各種政策的擬定以及施作單位的執行，共同執行更年期照顧。

1. 行政院婦女權益促進委員會

自從 2003 年起更年期照顧被列為重要的婦女健康照顧之施政報告中，行政院婦女權益促進委員會也開始討論婦女照顧相關政策的規劃，並於全國各單位進行相關的照顧工作。針對政府對於婦女健康照顧與更年期婦女有關之政策規劃改變也影響更年期照顧，由行政院婦女權益促進委員會所作更年期照顧相關政策如下表：

表 4-1-1 行政院婦女權益促進委員會所作更年期照顧相關政策：

政策發布時間	政策發布	主題
93 年 1 月 9 日	婦女政策綱領	平等參與、共治共決
<p>行政院婦女權益促進委員會第十八次委員會議通過其中婦女健康相關。</p> <p>第五項、建構健康優先、具性別意識醫學倫理的健康政策：充分回應女性的健康處境與需求，加強預防保健、生活和諧的健康概念，打破以防制疾病為主的醫療觀點；加強醫事人員的性別意識，在醫學研究中加入性別觀點，及關懷女性健康的議題。將更年期照顧列入健康觀點之一</p>		
93 年 9 月 9 日	婦女政策白皮書	建立性別平等的健康及醫療決策機制
<p>避免在醫學的支配下，女性被宰制，對自己身體的主權完全被否定掉了。因此必須由體制上著手建立性別平等的健康及醫療決策機制，以改善之。更年期醫療化問題的改善</p>		
97 年 3 月 5 日	婦女健康政策修訂版	
<p>婦女醫療：落實對婦女友善的醫療環境，並充分尊重女性的就醫權益及其自主性。檢視並改善女性健康過度醫療化的現象。</p>		

就其所發布之政策規劃，歸納其更年期婦女照顧政策部分，以下為主要之論述重點：

表 4-1-2 更年期婦女照顧政策主要論述重點

<p>提倡更年期生命週期健康需求</p> <p>中年女性的角色與功能，進入「空巢期」，照顧年長親人與孫子女的「三明治」雙重照顧者角色；健康狀況亦開始出現慢性疾病問題，若忌諱就醫或動輒被醫界或家人歸咎個人因素，勢將延誤治療或引起其嚴重的焦慮與恐慌。</p>
<p>減少的「商品化」與「醫療化」對經期健康的傷害</p> <p>持續評估各種與經期有關的藥物或健康食品的成效：</p> <p>進行長期女性荷爾蒙使用對女性健康影響之實證醫學研究。</p> <p>進行保健食品對經期不適與停經症狀之成效研究。</p> <p>加強取締與經期相關之違法藥物或食品。</p> <p>結合社區共同營造防止「商品化」與「醫療化」對經期健康之危害。</p> <p>改善經期健康服務體系「商品化」與「醫療化」現象。</p> <p>增進女性覺察「商品化」與「醫療化」導致疾病的風險認知。</p>
<p>改善不當荷爾蒙使用導致女性相關疾病的風險</p> <p>檢視使用女性荷爾蒙醫療行為的適切性：</p> <p>進行荷爾蒙藥物(如排卵藥)導致女性荷爾蒙增加致癌的風險研究。</p> <p>進行荷爾蒙藥物(如避孕藥、延經藥、更年期藥物、異黃酮素胎盤素等)對女性荷爾蒙變化與抑制的研究。</p> <p>研擬不當女性荷爾蒙使用的監測指標。</p> <p>增進醫療人員對使用荷爾蒙藥物的敏感度。</p> <p>加強女性對環境荷爾蒙或生殖相關荷爾蒙導致疾病風險的認知。</p>

自 2003 年起婦女權益促進委員會在更年期照顧政策上，依據工作重點由主辦相關單位執行其工作辦理情形如下：

表 4-1-3 更年期照顧政策依據工作重點執行其工作辦理情形。

主辦單位	工作重點辦理情形
衛生署	為增進基層民眾對更年期保健與關懷工作之知能，並對民眾宣導有關更年期的正向生命意涵及對更年期婦女的關懷與尊重，鼓勵縣市衛生局於社區成立成長團體。99 年印製尿失禁防治學習教學套裝教材，寄送衛生局所，以提供婦女成長團體學習使用，加強尿失禁防治知能；另，辦理更年期保健充能計畫，規劃成立婦女成長營，至少每兩個月辦理 1 次活動
內政部	為提供婦女多元獲取心理衛生及保健之相關資訊，對於民間團體所辦理之計畫中如含有相關宣導，本部已提供有補助經費，本部並規劃於 100 年推展社會福利補助經費申請補助項目及基準中，將婦女心理衛生及保健宣導列為建議民間團體可規劃宣導之議題。
衛生署	為增進基層民眾對更年期保健與關懷工作之知能，並對民眾宣導有關更年期的正向生命意涵及對更年期婦女的關懷與尊重，鼓勵縣市衛生局於社區成立成長團體，依據 98 年各縣市衛生保健工作計畫顯示，共成立 25 個成長團體、7 個骨盆健康促進運動團體、規劃辦理約 51 場更年期衛教宣導活動
內政部	本部 98 年度補助民間團體辦理之各項婦女權益與婦女福利服務活動中，部分計畫已將婦女心理衛生及保健宣導納入活動或課程中。
衛生署	一、為增進基層成長團體人員更年期保健與關懷工作之知能，並擴大宣導民眾有關更年期的正向生命意涵及對更年期婦女的關懷與尊重，鼓勵縣市衛生局於社區成立成長團體，98 年補助台南縣、新竹縣、宜蘭縣、花蓮縣、苗栗縣、基隆市、雲林縣、澎湖縣持續辦理。 二、函知各縣市衛生局，請其於網站上公告婦女保健團體（含更年期成長團體）之相關活動、講座等資訊，並定期更新，供民眾查詢參與
內政部	本部補助民間團體辦理之各項婦女權益與婦女福利服務活動中，部分計畫已將婦女心理衛生及保健宣導納入活動或課程中。

衛生署	<p>一、為增進基層成長團體人員更年期保健與關懷工作之知能，並擴大宣導民眾有關更年期的正向生命意涵及對更年期婦女的關懷與尊重，鼓勵縣市衛生局於社區成立成長團體，97年已有超過半數之縣市成立成長團體，98年繼續督促衛生局規劃成立。</p> <p>二、函知各縣市衛生局，請其於網站上公告婦女保健團體（含更年期成長團體）之相關活動、講座等資訊，並定期更新，供民眾查詢參與。</p>
衛生署	<p>一、於國民健康局網站建置更年期荷爾蒙療法衛教手冊之內容，提供婦女下載參閱，以提升其認識荷爾蒙之風險與利益。</p> <p>二、本署現公告健康食品保健功效，並未有有關改善經期症狀或荷爾蒙者。</p> <p>三、若有含「異黃酮」產品之安全性通報案件，會列入本署99年度「全國健康食品及膠囊錠狀食品非預期反映通報系統計畫」通報分析。</p>

歸納以上經婦女權益促進委員會對於更年期照顧政策及執行之工作狀況中得知以下相關論述：

1. 婦女權益促進委員會於更年期照顧部分開始致力於以性別為主流之健康政策規畫為主要重點。自2003年起政策規畫包括於2004及2008年政策中特別對於更年期議題提出論述。
2. 對於更年期的照顧政策論述內容包括：
 - 提倡更年期生命週期健康需求、
 - 減少的「商品化」與「醫療化」對經期健康的傷害、
 - 改善不當荷爾蒙使用導致女性相關疾病的風險。

3. 更年期照顧政策依據工作重點包括委託自 2003-2011 年間的
的政策工作內涵。以內政部及衛生署為主要主辦單位，執行相
關的照顧計畫。主要在於：

以增進基層民眾對更年期保健與關懷工作之知能。

宣導有關更年期的正向生命意涵及對更年期婦女的關懷。

鼓勵縣市衛生局於社區成立成長團體。

建置更年期衛教手冊之內容。

施行各種講座等。

補助民間團體辦理之各項婦女權益與婦女福利服務活動。

對於更年期照顧的政策規劃及工作內容以配合各單位進行。

二、行政院衛生署國民健康局：

更年期健康照顧之執行單位以國民健康局為主軸。進行各種的健康照顧。其中更由國民健康局中老年保健組第三科負責更年期照顧業務。組織成員中除局長的管轄之外，其下設有業務單位五組二中心，以及行政單位負責全方位健康專案的執行除協同縣市衛生局所，及各級醫療院所結合民間力量，共同實踐政府的健康政策。而更年期照顧中老年保健組第三科進行相關業務。但由於其編制上的人員限制，負責人員的業務過多，無法完全專注於更年期照顧，第三科須負責其他中老年照顧之業務。另外從國民健康局的整體施政報告中，自

2003-2010 年間針對中老人照顧部分，大都針對代謝症候群以及癌症保健與預防，婦女子宮頸抹片檢查及癌症檢查等。針對更年期之施政報告未被列入重要施政報告中。僅在國民健康局各科報告中則將更年期部分施政報告列入。

統計國民健康局統籌科技計畫公告得標清單中自 2003 年起所統籌之更年期相關研究計畫。更年期計畫自 2003-2004 年間同時有 7 個研究計畫進行，自 2003-2010 年間更年期電話諮詢保健計畫持續進行。2010 年僅有一項研究計畫。研究計畫的施行於 2004 年後不僅預算不足，並將許多的計畫經費挪用至其他中老年之議題研究。導致更年期之研究狀況有停滯狀況。另外在相關研究計畫中以更年期諮詢專線的計畫較具持續性自 2003 年至今，但發現由於婦女團體的強力介入，加上每次的研究及成果內容皆過度關注醫療化的問題，近年來的更年期服務逐漸趨向去醫療化的現象。而婦女的健康照顧過程國民健康局無法針對健康議題提供相關的健康保健觀念及教育，也導致婦女保健的不足。而這是否造成其他的醫療照顧漏洞。則需要在研究設計一及二中持續觀察。統籌國民健康局科技研究計畫公告得標清單如下表 4-1-4。

表 4-1-4 統籌科技研究計畫公告得標清單

更年期電話諮詢保健計畫	李奇龍、李佩珊、林淑玲、蕭予玲	92-99 年		
<p>設立更年期諮詢專線服務模式發揮省時、快速、節省成本、及轉介資源之各項功能，提供婦女專業衛教，在婦女心靈困擾輔導與自我成長方面亦會有所成就。2003 年國民健康局之服務計畫執行已於中華民國更年期協會中設置「0800-00-5107」(鈴！鈴！我要年輕)並組成更年期諮詢顧問小組，籌編更年期保健 Q&A 宣導及社會資源手冊；建置更年期保健諮詢專線服務模式。並從建置更年期保健諮詢專線服務模式之實際服務過程中，探討尋求更年期諮詢服務的群體特性，瞭解更年期諮詢者之的健康需求，以及進行更年期保健諮詢專線服務模式之績效評估。</p>				
<p>92 年度統籌科技研究計畫公告得標清單</p>				
台灣婦女更年期健康調查研究	張珏	9203-9302	1648 千元	
<p>本研究計畫旨在建立台灣中年女性固定樣本長期追蹤調查之資料庫，並建議未來衛生署能每三年作一次追蹤，以明瞭我國婦女經驗更年期階段的身心社會變化，及其採用各種保健與醫療行為對其個人健康的影響，同時探討經歷停經/更年期的中年婦女，其醫療保健需求為何，期望藉由長期追蹤方式檢視各種保健醫療行為的發生情形、醫療介入成效與適當性，婦女面對更年期態度與因應的轉變，社會支持網絡建構的情形，提供作為國家婦女健康政策參考。</p>				
台灣地區更年期婦女對停經症狀與接受賀爾蒙代替治療之認知態度與行為之調查研究	李昭男教授	9203-9302 一年期計畫		
<p>瞭解台灣地區 40 至 60 歲婦女停經症狀的狀態。 瞭解婦女於更年期對停經症狀，荷爾蒙替代治療的認知，態度，以及因應行為。 探討婦女更年期間與對停經症狀，荷爾蒙替代治療之認知，態度以及荷爾蒙治療使用行為有關的社會人口學特徵，生活型態以及相關的因子。</p>				
認知行為團體諮商於改善台灣地區更年期婦女情緒困擾與因應模式之知識態度與行為之成效	李選	9203-940 2 二年連續性計畫		DOH9 2-HP- 1105
<p>更年期婦女認知行為團體諮商於改善台灣地區更年期婦女情緒困擾與因應模式之知識態度與行為之成效分析。以了</p>				

	解婦女對於行為團體諮商之可利用性。			
研發骨質疏鬆症防治衛生教育宣導教材	黃國恩,蔡孟穎,葉淑惠,鄭碧華	9212-9304	756 千元	DOH92-HP-2108
	本計畫的目的即是配合國民健康局的政策，製作骨質疏鬆症防治手冊、教學手冊與多媒體 DVD 教材，以利推廣骨質疏鬆症的防治與教學工作。內容包含骨骼基本認識、骨質疏鬆症定義、類型、發生原因與症狀、診斷方法（檢查方法、時機、骨密度分數代表骨質之指標意義、追蹤複檢時機）、骨質疏鬆症預防（包括運動、飲食、日常生活起居習慣、藥物使用）、骨質疏鬆症患者如何防範骨折之發生等。			
認知行為諮商於改善台灣地區更年期婦女情緒困擾與因應模式之成效探討	李選,曾月霞,石芬芬	9203-9302	699 千元	
	本研究為二年期計劃，研究目的旨在探討更年期婦女對更年期知識、態度與行為(著重情緒困擾、自我效能與心理健康)，並瞭解以上三者間的關係及驗證認知行為諮商於改善上述變項之成效。			
更年期荷爾蒙療法風險與效益研究	黃國恩,蔡孟穎,康宏佑,張學文,鄭碧華,張旭陽	9209-9304	747 千元	DOH92-HP-2102
	本企劃案的目的是希望利用本土的資料，進一步釐清台灣地區婦女使用停經後荷爾蒙療法的利與弊以作為政策制定的參考。本企劃共分三個研究目標（specific aim）：研究目標一：搜尋近二十年的文獻，與西方研究報告做比較。研究目標二：找出國人使用荷爾蒙療法的方法與時間。研究目標三：根據前兩個研究目標所得之東方人與本土趨勢，設計進一步的前瞻性雙盲試驗，以釐清與了解國人使用停經後荷爾蒙療法的效果與利弊。			
99 年度統籌科技研究計畫公告得標清單				
探討影響婦女的身體活動及規律運動之因素與對策	姜義村,黃河,湯豐誠	9901-9912		
	本計畫擬以「全球女性身體活動及規律運動之因素與對策回顧」、「台灣婦女身體活動及規律運動之因素調查」與「推展婦女身體活動及規律運動之介入計畫」三階段子計畫進			

	<p>行整合，完成本計畫之總目的。各子計畫之目的，試述如下：子計畫一「全球女性身體活動及規律運動之因素與對策回顧」子計畫二：「台灣婦女身體活動及規律運動之因素調查，子計畫三：「推展婦女身體活動及規律運動之介入計畫」：</p>
--	--

國民健康局論文研討會中之論文發表如下：

表 4-1-5 國民健康局相關研討研究論文發表部分

<p>台灣地區婦女更年期身心症狀盛行率及健康相關知識行為 —民國91年國民健康促進知識態度與行為調查結果</p>	<p>林宇旋、張幸真、陳姿伶/ 1行政院衛生署國民健康局人口與健康調查研究中心 2行政院衛生署國民健康局成人及中老年保健組</p>	<p>健康議題-更年期保健 1.台灣婦女更年期健康調查研究 2.台灣地區更年期婦女對停經症狀與接受賀爾蒙代替治療之認知態度與行為之調查研究描述台灣地區婦女更年期症狀盛行率、因更年期症狀就醫比例、以及荷爾蒙補充療法使用現況，並分析比較不同婦女社會人口學背景特性之更年期保健相關知識、行為差異。</p>
<p>93年成人及中老年保健研討會相關資料</p>	<p>1行政院衛生署國民健康局 2行政院衛生署國民健康局成人及中老年保健組</p>	<p>緣起 1997年台安醫院更年期成長團體 動機：協助有更年期障礙的婦女認識及走出更年期障礙 發展歷程更年期衛教課程：認識更年期與更年期障礙 更年期成長團體：自我成長、更年期是人生的中點不是終點、空巢期是重新把重心放在自我的時期、更年期的健康規劃和人生規劃 更年期志工團體：把走出更年期障礙和自我成長的經驗傳播給更多的人</p>

<p>94年成人及中老年保健研討會相關資料 本文為台灣人口學會於民國93年4月23日舉辦之「人口、家庭與國民健康政策回顧與展望」研討會論文</p>	<p>1行政院衛生署國民健康局 2行政院衛生署國民健康局成人及中老年保健組</p>	<p>成人及中老年保健相關論文</p>
--	--	---------------------

以下為國民健康局所提供之相關教育資訊及活動資訊，許多的活動是配合其他非政府機構得共同合作。而就國民健康局的部分則主要在推行宣導相關更年期自我照顧理念。及提供相關活動。

表 4-1-6 國民健康局相關教育資訊及活動資訊

<p>95年 珍愛妳健康的好夥伴-國</p>	<p>本局深盼能與委員們齊力推動各項有助婦女權益的法案，給予婦女朋友更多保障。</p>
<p>95年婦女健康施政成果暨 96年施政方向</p>	<p>在更年期照顧上，除骨質疏鬆與尿失禁防治，需加強荷爾蒙療法衛教工作，提升民眾對於骨質密度檢查認識及防治骨質疏鬆症的知能外。今年將進一步結合其他慢性疾病之保健，加強心血管疾病之衛教宣導與推廣，一起與女性朋友共同面對更年期的各項身體改變。</p> <p>最新更年期調查出爐 荷爾蒙治療比率下降：</p> <p>為更進一步了解國內婦女採用之保健方式，94年之國民健康訪問調查新增「曾經為了增進更年期健康或避免更年期問題而採取保健方法」調查，結果顯示有半數以上(51.2%)婦女有採用任何型式之保健措施，以規律運動最為普遍(43.6%)，其他較主要之保健方法依序為補充鈣片(42.07%)、補充維他命(33.3%)、補充健康食品(28.2%)、補充醫師開立之荷爾蒙補充劑(27.6%)、中醫就診或服用中藥(12.4%)、定期健檢(12.2%)等，且由統計資料顯示教育程度愈高者，較傾向會以補充鈣片、補充維他命及補充健康食品作為保健方法。</p> <p>另外，中華民國更年期協會亦接受國民健康局委託辦理更年期保健諮詢專線「0800-00-5107」(鈴！鈴！我要年輕)，分析該專線電話自94年7月至10月共四個月的諮詢記錄資料卡(有效樣本總數為1085)</p>

	<p>顯示，來電諮詢的主要問題與需求以症狀方面的問題最多，其次為生理方面的問題，第三為藥物方面的問題。最多的症狀為失眠，第二為熱潮紅或盜汗，第三為容易疲倦，這三者。</p>
<p>衛教資訊</p>	<p>衛教週報</p> <p>健康小撇步報你哉-健康 Action 新主張：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期身體健康檢查：疾病早期發現早期治療。 2. 預防意外事件的發生：停經後，因女性荷爾蒙減少，骨質容易流失，造成骨質疏鬆症，所以家庭佈置力求簡單，浴室廁所避免濕滑，穿著舒適的鞋子等，細節多加注意，降低意外事件的發生。 3. 預防傳染疾病的發生：多重視身體的保養，遠離疾病。 例如：定期接受流行性感冒預防注射、傳染病流行季節盡量避免出入公共場所、季節變換時，應該注意保暖等。 4. 注意營養均衡：攝取均衡營養，節制飲食，以免造成肥胖，而影響健康。 5. 規律的運動習慣：有助預防高血壓、糖尿病、心血管疾病、骨質流失以及肥胖，運動方式的選擇多注意，不要過度劇烈，以避免運動傷害。 6. 避免不良的嗜好：遠離酗酒、抽菸等健康危害。 7. 保持適度的休息和愉快的心情：多多紓解生活的緊張以及壓力，可減輕更年期症候群帶來的心理以及生理方面的不適。 <p>資料來源：衛生署健康九九、中華民國更年期醫學會</p> <p>衛教週報</p> <p>更年期的婦女營養：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 更年期的症狀 2. 關於植物性雌激素 3. 更年期的飲食建議 <ul style="list-style-type: none"> 建議1 維持理想體重，避免肥胖 建議2 以豆類替代肉類 建議3 攝取足夠鈣質 4. 跨越更年期障礙 <p>資料來源：營養 24 招-吃出健康每一天</p> <p>更年期荷爾蒙療法衛教手冊(2005/09)</p> <p>行政院衛生署國民健康局基於維護女性的健康，加強民眾認知及收集新的醫學資訊，特再度邀請專家學者及更年期保健小組委員，以實證醫學和健康促進角度，重新彙編「更年期荷爾蒙療法衛教手冊」，手冊內容包括簡介更年期、更年期自我保健方式、荷爾蒙替代療法的種類與使用之風險與效益等。</p>

	<p>主題內容: 1.何謂更年期?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.更年期婦女應如何自我保健? 3.更年期婦女荷爾蒙治療是否有替代的方法? 4.更年期婦女如何決定是否接受荷爾蒙療法? 5.更年期荷爾蒙療法有哪些? 6.更年期在何種情況下才要使用荷爾蒙? 7.更年期使用荷爾蒙對子宮有何影響? 8.更年期使用荷爾蒙對心血管有何影響? 9.更年期使用荷爾蒙對骨骼有何影響? 10.更年期使用荷爾蒙對乳癌的發生率有何影響? 11.更年期使用荷爾蒙對卵巢癌的發生率有何影響? 12.更年期荷爾蒙療法，對有子宮內膜癌的婦女有何風險? 13.更年期荷爾蒙療法尚有哪些好處及風險? 14.荷爾蒙不同的使用途徑，其效果是否會有差異? 15.荷爾蒙療法是否應該用於預防之途? 16.名詞解釋 <p>國民健康局更年期保健宣導短片 設置單位:成年及中老年保健組</p>
<p>資源提供</p>	<p>更年期保健諮詢專線「0800-00-5107」 中華民國更年期協會亦接受國民健康局委託辦理更年期保健諮詢專線「0800-00-5107」(鈴！鈴！我要年輕)</p> <p>更年期保健諮詢專線充電報 中華民國 95 年 9 月創刊 主辦單位：行政院衛生署國民健康局 執行單位：中華民國更年期協會</p>
<p>企畫專題</p>	<p>衛生教育宣導 婦女健康促進(含更年期婦女健康及骨質疏鬆症防治及婦女癌症防治) 宣導綱要:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 認識更年期及更年期婦女保健 2. 認識骨質疏鬆症 3. 增加鈣質攝取 4. 子宮頸癌嚴重性與定期抹片檢查重要性 5. 乳癌嚴重性與定期乳房自我檢查及醫師檢查重要性 <p style="text-align: right;">主管處室:保健處、婦研所</p>

	<p>更年期婦女如何做好自我保健座談會</p> <p>主題內容:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 以正面態度來迎接芳華歲月 2. 廣告將問題檯面化 3. 對服用荷爾蒙的看法 4. 呼應大自然的養生概念 5. 閱讀媒體時需有分辨的智慧 6. 如何衛教
--	---

以下為國民健康局提供之健康宣導主題，自 2003 年起至今不斷加入更新更年期照顧議題。並隨時讓民眾取得，但多數的資訊來源多來自網路。少部分來自電視廣播。所以可能造成使用婦女的可取得性有不同取向。對於不善長使用網路科技的婦女則資訊取得將較不容易。而且相關的活動宣導大都集中於大台北都會區。雖然許多其他的地區也持續加強宣導中，但畢竟城鄉之差距造成資訊的不平均也是重要問題。以下則為提供之健康宣導議題整理。

表 4-1-7 更年期相關健康宣導議題

更年期與骨質疏鬆
<p>停經婦女是骨質疏鬆的高危險群</p> <p>東方女性易患骨質疏鬆</p> <p>骨質疏鬆的危險因子</p> <p>骨質疏鬆常侵犯的三個部位</p> <p>如何預防骨質疏鬆</p> <p>如何有效抑制骨質流失</p> <p>骨質疏鬆症的治療</p>
老媽的更年期
<p>一、 台灣婦女的更年期</p> <p>二、 更年期生理變化</p> <p>三、 更年期之飲食與運動</p>
更年期生殖泌尿系統

認識停經後女性生殖泌尿道的疾病
<ul style="list-style-type: none"> 一、學習活得好·活得健康 二、停經後常見的女性生殖泌尿道疾病 三、造成停經後女性生殖泌尿道疾病的病因 四、停經後婦女生殖泌尿道疾病的常見症狀 五、停經後婦女生殖泌尿道疾病的預防與治療 六、凱格爾運動 Kegel Exercise
更年期問與答
<ul style="list-style-type: none"> 一、 更年期面面觀 <ul style="list-style-type: none"> 1.快樂迎接更年期的到來-人生自然的過渡期 2.認識更年期的生理徵兆-知己知彼百戰百勝 3 更年期的心理影響-用心呵護 二、更年期諮詢室-問答集
淺談更年期保健
健康 99 更年期文章
更年期保健
更年期賀爾蒙療法衛教手冊(更新版)
迎接人生新旅程-婦女更年期保健手冊
歷年專文及影片
<ul style="list-style-type: none"> 醫師的叮嚀 九十一年更年期 更年期徵文活動得獎作品 九二年更年期保健 FLASH 比賽得獎作品
更年期更健康

以下為提供民眾文宣部分，以增加民眾文宣的取得性，多數可以從網路中去得，部分則置放於衛生單位及醫療院所供民眾取得。但一般民眾在取得的方便性並不容易。宣導文宣的使用應持續加強。

表 4-1-8 國民健康局提供之文宣資料

更年期保健-迎接人生新旅程
婦女更年期保健系列(一)跨入人生轉捩點 更年期原因 症狀與保健
婦女更年期保健系列(二)女人五十更美麗更年期的飲食與營養
婦女更年期保健系列(三)活動筋骨健康來 更年期運動的好處與方法
婦女更年期保健系列(四)更年期肥胖原因與體重控制

婦女更年期保健系列(五)儲存骨本享自在 骨質疏鬆與降低骨質流失方法
婦女更年期保健系列(六)黃金歲月快樂行 更年期情緒不適與治療
婦女更年期保健系列(七)漏尿尷尬不再來 生殖泌尿系統的症狀與預防
婦女更年期保健系列(八)老夫老妻最甜蜜 性生活不適與兩性和諧關係
婦女更年期保健系列(九)妥善應用荷爾蒙 荷爾蒙療法的利與弊
更年期荷爾蒙療法衛教手冊
鈴聲響起更年期更年輕 0800005157

綜合以上資料可以歸納以下：

1. 國民健康局的對於更年期照顧之編製人員部分以及所屬於中老年保健組部分，較不易專注於更年期的照顧，而許多政策則附屬於中老年保健之中。
2. 自從 2003 年後相關研究計畫共有 10 項，其中 7 項是 2003 年執行外，其他僅有一項電話諮詢計畫執行至今，其次是 2010 年的一項計畫外，目前沒有其他的預算規畫可以持續。但更年期婦女若缺乏相關研究計畫之支持，未來在學術部分將面臨空窗，因此有其持續提供研究計畫經費之必要。
3. 多數提供之更年期活動多集中於大台北地區，在加上配合各衛生局所的活動舉辦中，以大台北之民眾可獲得的資訊最多。而反之在其他鄉鎮城市，不僅文宣不足、活動不足、教育的取得等都較不足。而宣導多透過網路取得，對於大部分教育程度 50%以上集中在高中職以下之婦女則相當不易取得。
4. 就一個政府機構而言，身為更年期健康照顧最高指導單位，應提供更多的資源、服務及整合功能。但由於預算人事，甚至國家政

策對於更年期照顧的支持都產生落差，可能造成政策與執行層面嚴重的落差。在沒錢沒人的狀況下，身為最高行政單位所提供的服務及整合卻相對不足許多。因此，在思考執行層面如何配合則相當重要。

三、各縣市衛生局所提供之更年期服務

以北中南東四部分之各衛生局所提供之更年期服務過程，發現主要偏重在大台北的服務提供最多。不僅配合中央之政策及執行。另外大台北各衛生局對於更年期照顧則提供較多的服務。其他地區明顯提供的服務量少之又少。另外衛生所的業務量因相當的大，所以也很難提供更年期個案的收案及照顧。對於更年期服務僅有零星的活動及文宣部分。大都讓婦女自行解決更年期問題。這是從中央到地方在更年期照顧上很大的限制。各縣市衛生局更年期業務列表：

表 4-1-9 各縣市衛生局更年期相關業務列表

<p>台北市 衛生局</p>	<p>更年期與尿失禁防治成長團體 - 資深熟女俏媽咪 內容為更年期成長團體暨尿失禁防治與骨盆腔運動健康促進推廣活動，由台北市松山區健康服務中心（原松山區衛生所）於 98 年 5 月 5 日起，於星期二上午 08 時 30 分至 12 時 00 分共為期 8 週，至 98 年 6 月 30 日止。</p> <p>快樂手語伴一身 為更年期朋友開啟另一扇窗 臺北市文山區健康服務中心為了讓更年期朋友能藉由彼此的互動、扶持與鼓勵，互相學習適應生活中所面臨的身、心以及家庭問題，於 94 年成立更年期快樂支持成長團體，並自 96 年起成</p>
--------------------	--

	<p>立「更年期婦女支持團體手語班」，持續於每週二上午 9:00~11:00 在文山區健康服務中心舉辦。</p> <p>舉辦 6 分鐘護一生 ~ 臺北市抹片篩檢活動 為提升臺北市經濟弱勢婦女之抹片篩檢率，衛生局於 98 年 10 月 24 日、25 日上午分別假萬華區行政中心及士林區行政中心辦理「6 分鐘護一生~臺北市抹片篩檢活動」，低收入婦女共計 219 人參加子宮頸抹片篩檢。</p> <p>推動更年期保健及尿失禁防治暨骨盆腔運動健康促進 衛生局透過臺北市十二區健康服務中心，結合社區資源，推動更年期保健及尿失禁防治暨骨盆腔運動健康促進，至 98 年 4 月 1 日至 11 月 20 日止，共成立 4 個更年期成長團體、編製更年期及尿失禁及骨盆腔運動相關衛教單張及尿失禁防治暨骨盆腔運動健康促進系列講座，共計 52 場，3,200 人參加。</p> <p>持續辦理社區更年期婦女支持團體活動 96 年度持續辦理社區更年期婦女支持團體活動，以提升更年期民眾保健知能，截至 10 月 31 日止，一共辦理 222 場「更年期婦女保健」活動，參與人數共計 5,379 人。</p> <p>舉辦 96 年度更年期照護種子教育訓練 為持續使更年期照護種子人員運用所學之更年期照護知識，於 96 年 10 月 3 日至 4 日假臺北市立聯合醫院仁愛院區辦理，「96 年度更年期照護種子教育訓練」，共計 80 人參加。</p>
<p>台北縣 衛生局</p>	<p>建構臺北縣更年期婦女醫療服務網絡 臺北縣政府衛生局為提升對更年期婦女的全面照顧，結合台北婦女保健協會，96 年底開始建構臺北縣更年期婦女醫療服務網絡，計畫重點包括整合現有醫療資源，促進各轄區基層診所照護更年期婦女之知能，建立更年期問題轉介標準，形成婦女醫療分層服務網絡，讓婦女相關問題在社區裡，就近能獲得諮詢或解決。</p> <p>試辦更年期婦女醫療服務網絡 根據衛生署醫事系統資料統計分析臺北縣 29 鄉、鎮、市，合共有 14 鄉鎮其轄區內沒有婦產科診所，有 17 鄉、鎮、市轄區內沒有婦產科醫院，婦女在就醫方面極不方便，臺北縣政府衛生局評估後發現轄區內醫療資源分配極不均衡，特別是在東北角地區</p>

	<p>一帶並無大型的醫院，針對偏遠地區--瑞芳鎮、石門鄉、石碇鄉等鄉鎮，試辦更年期婦女醫療服務網絡，使附近區域婦女能就近使用該項資源，減少不便，以促進婦女對更年期的認識，提供心理支持系統及諮詢。</p> <p>積極推動北縣婦女福利服務</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 保障婦女人身安全 為因應 95 年 2 月 5 日性騷擾防治法實施，113 專線增列「性騷擾防治相關措施資源之諮詢與轉介」服務項目，並另設申訴專線。 2. 促進婦女平等地位 由臺北縣婦女權益促進會的運作，全面思考婦女福利政策與措施，推動性別主流化，以確保婦女在家庭、職場中地位的平等。 3. 維護婦女身心健康 持續利用各種可近性服務，如假日、夜間時間提供社區到點篩檢服務、子宮頸抹片篩檢巡迴車、「社區整合式健康篩檢」、「乳房 X 光攝影篩檢巡迴車」、接駁巴士等，讓偏遠地區或住家附近無醫療院所之婦女提高受檢意願，並結合「子抹通知服務」，主動寄送本縣 3 年以上未作抹片婦女受檢通知單，配合辦理 4 次抽獎活動，鼓勵婦女接受篩檢，也在活動現場增加衛教「點」，強化婦女自我健康管理的重要性及自我檢查能力。 4. 創造婦女幸福生活 持續辦理各種托兒托老福利措施，以減輕婦女照顧壓力。 5. 增進原住民婦女權益 陸續辦理各項原住民婦女教育、親職講座以及印製期刊，宣導原住民婦女權益，以利原住民婦女妥善處理經濟、家庭等問題。 6. 協助新住民婦女生活適應 持續輔導新住民接受補校教育，以解決生活適應問題，並申請外配基金辦理新住民托育服務及相關推展業務。
<p>台中市 衛生局</p>	<p>健康專題講座 — 菸害防制、健康體能、更年期保健 臺中市四民區衛生所於 96 年，5 月 30 日（星期三）上午 9:00~11:00 假台中市農會四民分部，辦理『健康專題講座—菸害防制、健康體能、更年期保健』。</p> <p>舉辦更年期講座衛教課程</p>

<p>高雄市 衛生局</p>	<p>提供婦科與泌尿系統疾病衛教資訊 內容涵括： 1. 經前症候群 2. 經痛 3. 停經 4. 尿失禁 5. 膀胱感染</p> <p>不定期舉辦更年期講座衛教課程</p>
<p>高雄縣 衛生局</p>	<p>提供更年期的保健資訊 1. 更年期生理變化 2. 更年期之飲食與運動(一)飲食方面(二)運動方面 3. 停經後常見的女性生殖泌尿道疾病 4. 造成停經後女性生殖泌尿道疾病的病因 5. 停經後婦女生殖泌尿道疾病的常見症狀 6. 停經後婦女生殖泌尿道疾病的預防與治療 7. 凱格爾運動(Kegel Exercise) 8. 停經婦女是骨質疏鬆的高危險群 9. 骨質疏鬆常侵犯的部位 10. 如何有效抑制骨質流失 11. 骨質疏鬆症的治療</p>
<p>花蓮縣 衛生局</p>	<p>舉辦『魅力人生』更年期成長團體 課程為介紹更年期症狀與保健座談、及抗力小球防漏操、香氛、及肚皮舞等多元活動。</p> <p>舉辦 99 年度花蓮縣衛生局更年期成長團體 目的：提升本縣婦女對更年期保健相關議題的瞭解。 日期：99 年 3 月 6 日—11 月 6 日(星期六)上午 9 時—11 時。 地點：衛生局三樓教育訓練室 主題： 1. 迎接人生新旅程-淺談更年期保健 2. 更年期治療之新趨勢 3. 更年期之中醫保健 4. 更年期常見身心困擾與角色調適 5. 常見更年期的婦科癌症 6. 存骨本保體態—骨質疏鬆症防治 7. 更年期更要緊--脫垂與失禁 8. 青春永駐—水噹噹 9. 留住風華吃出健康</p>

四、非政府機構與更年期健康現況

非政府機構的更年期照顧單位中包括：中華民國更年期協會、台灣更年期醫學會、台北婦女保健協會、台灣婦產科身心醫學會、中華民國健身運動協會等。

其中以中華民國更年期協會所提供之服務最多，最具持續性。其中包括許多的台灣各地民眾教育、承接許多成長團體、培養許多種子諮詢員、協助培養志工人員、文宣的宣傳配合國民健康局所提供之經費作全國性電話諮詢專線的宣導。不定期提供各種電視媒體、廣播、新聞等平面媒體等宣傳、並在承接計畫過程建立許多相關手冊及顧問專家小組的成立等等多項業務。但由於經費的關係，國家政府並未給予其他補助，協會須藉由其他的預算的協助提供更年期健康照顧。其他台灣更年期協會主要則以醫學教育為主軸，也加上部分相關的民眾教育。另外近年來持續結合其他的單位機構共同舉辦相關的服務。但在整合的部分並不完善。缺乏政府機構做進一步的整合資源的工作。而儘管多方有許多的協助仍需要更多的努力才足夠提供更年期健康照顧。

表 4-1-10 非政府機構與更年期相關業務列表

中華民國 更年期協會	設置更年期諮詢專線「0800-00-5107」 中華民國更年期協會設置更年期保健諮詢服務專線電話，並利用各項管道廣為宣傳： 1. 組成更年期諮詢顧問小組，籌編更年期保健 Q&A 宣導
---------------	--

	<p>及社會資源手冊</p> <ol style="list-style-type: none"> 建置更年期保健諮詢專線服務模式。並從建置更年期保健諮詢專線服務模式之實際服務過程中，探討尋求更年期諮詢服務的群體特性，瞭解更年期諮詢者之的健康需求，以及進行更年期保健諮詢專線服務模式之績效評估。 整體計劃期發展一套有效率的更年期保健諮詢專線服務模式，並達成婦女健康促進之效能。 <p>定期舉辦婦女成長營 精心規劃一系列課程，透過分享與學員的互動，讓彼此展開雙臂擁抱更年期，並自 2010 年 1 月起，於每個月舉辦 1 次。</p> <p>自 92-99 年間部定期舉辦各地區保健婦女座談會 雲林，離島，高雄，桃園、台北、中部、等諸多地區及場次。</p> <p>各種文宣及衛教資源提供 不定期舉辦更年期諮詢師培訓 不定期舉辦新聞告及電子媒體、報紙之教育文章 成立諮詢委員名單及小組 成立諮詢醫師小組 成立民眾互動網站 舉辦各種戶外活動 研究計畫以持續更年期計畫</p>
<p>台灣婦產科 身心醫學會</p>	<p>舉辦婦女身心民眾醫學講座 主辦單位：台灣婦產身心醫學會 協辦單位：臺安醫院、台北婦女保健協會、美商惠氏藥廠(亞洲)股份有限公司台灣分公司</p> <p>主題內容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 子宮頸癌與人類乳突病毒(HPV)之關係 --- 魏琦峰 醫師 更年期與「性福」生活 --- 梁宏碩 醫師 婦女的代謝症候群 --- 謝勝湖 醫師 婦女常見骨骼肌肉病變與復健 --- 鄧復旦 醫師 <p>主題內容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 更年期婦女如何面對代謝症候群--- 周輝政醫師

	<p>2. 抗壓有"撇步"--- 陳炯堂醫師 3. 更年期與荷爾蒙治療新趨勢--- 蘇主惠醫師</p> <p>訂定最新的荷爾蒙治療指引 經過多年的紛擾，依據實證醫學的精神，對荷爾蒙治療（HT）的適應症、使用時機、劑量、配方及潛在的危險都有了正確的認知，所以學會於 2007 年訂定了最新的荷爾蒙治療指引，希望對全體醫師在處方用藥時有所依據。</p> <p>提供婦科身心醫學衛教資訊 雲破月來花弄影 - 勇敢面對憂鬱症</p>
<p>台灣更年期 醫學會</p>	<p>相關活動如列表(4-1-11) 提供醫學研究之交流 提供民眾教育之平台 提供民眾醫學教育</p>
<p>台北婦女 保健協會</p>	<p>提供更年期成長團體關懷網路資訊 彙整並提供各地區更年期成長團體資訊及聯絡方式，供民眾參考使用。</p> <p>主辦澎湖地區 94 年更年期婦女成長團體 與澎湖縣衛生局聯合主辦 94 年更年期婦女成長團體 (2005/8/12~2005/9/16)。 課程內容： 1. 更年期體重控制 2. 更年期飲食與營養 3. 更年期健康規劃 4. 尊嚴老化 5. 更年期的心理困擾與精神保健之道 6. 更年期睡眠與失眠療法 7. 更年期運動保健 8. 有氧運動 9. 常見運動傷害之急救處理 10. 肌力訓練</p> <p>主辦彰化縣大村鄉 94 年更年期婦女成長團體與彰化縣大村鄉社區健康營造中心聯合主辦 94 年更年期婦女成長團體 (2005/8/4~2005/9/1)。</p>

	<p>主辦金門縣 94 年更年期成長團體 與金門縣衛生局聯合主辦 94 年更年期成長團體 (2005/7/30~2005/10/29)。</p>
中華民國健身運動協會	<p>協辦 2010 關懷婦女嘉年華 - 健走活動 主辦單位：台灣更年期醫學會 協辦單位：中華民國健身運動協會、 台灣婦產身心醫學會、 中華民國更年期協會、 台北婦女保健協會。 指導單位：行政衛生署、行政院衛生署國民健康局、 臺北市府衛生局。 時間：2010/5/22 (星期六)，上午 8:30 ~ 12:00。 地點：台北市天母運動公園 (台北市士林區忠誠路二段 77 號)</p>

表 4-1-11 中華民國更年期協會提供之衛教內容

理事長的話-李奇龍教授 2009/12/3
賀爾蒙在更年期之代謝與變化(下)-王馨世教授 2009/12/7
兩性衝突的本質與管理-楊明磊教授) 2009/12/3
2009 年更年期諮詢師培訓研習會心得分享-李俐曄組長 2009/12/3
醫療問答 Q&A-蘇軒醫師 2009/12/3
理事長的話~李奇龍教授 2009/6/25
賀爾蒙在更年期之代謝與變化(上)~王馨世教授 2009/6/25
旅行-人生的轉捩點~戴文惠老師 2009/6/25
96 年度更年期保健諮詢專線徵文比賽-佳作獎~飛躍黃金更年期 2009/6/25
更年期保健第七期充電報 2009/6/19
更年期保健第六期充電報 2009
更年期保健第五期充電報 2009/6/19
更年期營養 2008/9/3
更年期之心血管保護 2008/8/6
更年期婦女的性生活 2008/8/6
更年期照護的成效探討 2008/7/5
更年期症狀與治療 2008/5/13
更年期婦女憂鬱嗎? 2008/5/13
96 年度更年期徵文比賽-佳作獎---女人心 更年期) 2008/5/13

更年期諮詢專線「0800-00-5107(鈴！鈴！我要年輕)96 年度服務成果) 2008/3/10
我的非洲見聞錄 2008/3/10
更年期之性與慾 2008/3/10
幸福與幸福 2008/3/10
更年期保健諮詢專線徵文-佳作~走出更年期的生命幽谷 2008/3/10
-痛經的疾病與因應事項 2007/11/17
-尿失禁之保守療法；行為療法 2007/11/17
如何增進人際關係 2007/11/17
醫療問答 Q&A 2007/11/17
保健運動與尿失禁 2007/8/2
更年期婦女的健康飲食 2007/8/2
更年期的苗條健康飲食 2007/8/2
醫療問答-1957 協助專線 2007/8/2
都是雄性素惹的禍 2007/8/2
醫療小常識:乾眼症 2007/8/2
Bone Care 骨質疏鬆症照護網 2007/6/14
4/21 更年期諮詢師培訓研習會講稿-更年期之心血管保護(溫明賢主任)2007/5/1
是否讓女兒接種子宮頸癌疫苗 2007/1/31
95 年度更年期諮詢專線服務計畫成果 2007/1/31
更年期婦女的男性荷爾蒙補充治療 2007/1/31
好書介紹 2007/1/31
醫療問答 Q&A 2007/1/31
更年期充電報 12 月刊 2007/1/10
更年期健康護照 2007/1/4
更年期之家庭能量擴充 2006/11/16
更年期婦女的「性與愛」2006/11/16
荷爾蒙療法是契機或危機?—Pro(契機) 2006/11/16
更年期保健諮詢專線充電報 9 月刊 2006/9/13
更年期婦女心理變化及調適 2006/7/31
更年期理財規劃-基金教室) 2006/7/31
更年期荷爾蒙療法的再省思 2006/3/30
雄性素治療在更年期婦女的角色) 2006/3/30
-老化之生理與檢驗數據變化 2006/3/30
自然就是美？ 自信才是美！ 2006/3/30
-醫療問答 Q&A2006/3/30

更年期婦女保健政策(行政院衛生署國民健康局) 2004/8/17
更年期中醫調理保健(長庚中醫科邵昭琦) 2004/8/17
解讀『初步研讀女人的健康』(李奇龍醫師) 2004/8/17
更年期與骨質疏鬆症(Wyeth) 2004/8/17
更年期婦女尿失禁與生殖道萎縮之預防與治療 (Wyeth) 2004/8/17
更年期及停經後的保健常識(Wyeth) 2004/8/17
更年期婦女可以使用荷爾蒙嗎?(黃國恩) 2004/8/17
荷爾蒙補充療法(HRT) 2004/8/17
更年期營養面面觀(營養師林佩燁) 2004/8/17
面對空巢期— 如何克服常見的精神困擾(蔡尚穎 主任(副教授)) 2004/8/17
從婦女的觀點看更年期(萬芳醫院 楊舒琴) 2004/8/17
從實證醫學看中醫治療更年期(邵昭琦醫師) 2004/8/17
解讀美國國家衛生院更年期荷爾蒙研究報告(李奇龍醫師) 2004/8/17
生龍活虎論成功老化(陽明大學 陳俊忠教授) 2004/8/17
食物中"膽固醇"含量表(更年期協會) 2004/8/12
營養(更年期協會) 2004/8/12
面對更年期的性生活(台北國泰綜合醫院婦產科 鄭丞傑醫師) 2004/8/12
呵護母親一生身心健康(林口長庚精神科 婦女身心小組 蕭美君主治醫師) 2004/8/12
防治腰酸背痛(更年期協會) 2004/8/12
更年期綜合症中醫調養(基隆長庚中醫科 邵昭琦醫師) 2004/8/12
男性更年期(更年期協會) 2004/8/12
更年期綜合症中醫調養(基隆長庚中醫科 邵昭琦醫師) 2004/8/12
更年期身心症(更年期協會) 2004/8/12
更年期生理變化的因應方針(林口長庚醫院婦產部 王錦榮醫師) 2004/8/12
低普林飲食(更年期協會) 2004/8/12
各種荷爾蒙使用之原則與方法(更年期協會) 2004/8/12
各種荷爾蒙使用之原則與方法(更年期協會) 2004/8/12
甲狀腺機能亢進(更年期協會) 2004/8/12
失眠自然療法(更年期協會) 2004/8/12
另類療法(以上資料摘錄自"更年期的智慧"一書) 2004/8/12
更年期綜合症中醫調養(基隆長庚中醫科 邵昭琦醫師) 2004/8/12

表 4-1-12 台灣更年期醫學會相關之活動列表

2010/06/20	中部地區『更年期醫學－醫護人員繼續教育研討會』
2010/05/23	第八屆第二次會員大會暨 99 年學術研討會
2010/05/22	2010 年關懷婦女嘉年華－健走活動
2010/01/31	更年期醫學－醫護人員繼續教育研討會
2009/10/18	世界更年期婦女關懷月
2009/06/14	更年期全方位照護醫師基礎教育課程-南區
2009/05/24	更年期全方位照護醫師基礎教育課程-中區
2009/04/26	第八屆第一次會員大會暨學術研討會
2009/04/25	更年期全方位照護醫師基礎教育課程-北區
2008/08/17	2008 更年期醫學南區繼續教育演講
2008/04/27	第七屆第二次會員大會暨 97 年學術演講會
2008/01/20	2008 年更年期醫學學術研討會
2007/11/18	2007 年更年期醫學學術研討會--中區
2007/03/01	The Third Scientific Meeting of APMF

表 4-1-13 更年期相關之社會資源之名冊收集

1. 婦女保健專線

機構名稱	電話
更年期保健諮詢專線	0800-00-5107
生命線	1995
婦幼保護專線	113
二十四小時婦女保護專線	0800-024995
老人協商專線	0800818585
生活調適愛心會(憂鬱患者諮商)	02-27593178
杏陵基金會－性專線	02-23627363
中華民國更年期協會	03-3281200 轉 8970
台北婦女保健協會	02-87731897

2. 更年期婦女成長團體

團體	電話
基督復臨安息日會台安醫院 更年期婦女保健聯誼會	02-82571686
天主教耕莘醫院新店總院	02-22193391 轉 6103
天主教耕莘醫院永和分院	02-29286060 轉 256

財團法人台灣基督教門諾會醫院	03-82412024
財團法人天主教若瑟醫院	05-6337333 轉 2710
財團法人天主教曉明社會福利基金會	04-22975930
高雄市立聯合醫院大同院區	07-2618131 轉 3183 或 2260
財團法人愛心第二春文教基金會	07-3597449
馬偕紀念醫院台東分院	089-310150

以上是包括政府政策及執行過程中，配合政府機構及非政府機構的服務狀況。統整資料中較無法作相關的描述性統計，因為資料的分散性，故將重要的服務提供作整理。以作為討論更年期服務過程的參考。以下統整相關的研究發現：

1. 政府政策規畫以性別為主流之規畫重點。
2. 政策規畫過程逐漸符合更年期婦女的需求。
3. 政策與執行單位之間的落差造成執行面的困難。
4. 國民健康局無專責單位負責，僅將更年期照顧付屬於中老年保健業務中，導致人員及預算等資源不足以推動所規畫的政策。
5. 相關更年期研究計畫未能持續性的提供將影響未來的更年期照顧學術研究。
6. 政府與非政府機構之間的合作不夠整合，未能有效的將資源作有效的運用。
7. 國民健康局所提供的服務受到婦女團體去醫療化的監控，但也發現更年期婦女該有的健康保健因此受到壓制。婦女可能因過度的

去醫療化而導致健康受到不同疾病的傷害，需要在研究設計一及研究設計二中再持續探討。

8. 提供之更年期活動多集中於大台北地區，在加上配合各衛生局所的活動舉辦中，以大台北之民眾可獲得的資訊最多。城鄉的服務有落差。
9. 各縣市之衛生局所提供之更年期照顧服務相當不足，但與地方的經費及人員有關。照顧者欲提供服務卻苦無多餘的能力去執行。
10. 非政府組織間的整合亦不足，目前以中華民國更年期協會為主要的非政府組織提供較多的更年期照顧服務。其他組織目前僅提供少部分的協助。
11. 非政府組織缺乏政府機構的協助，經費及人員皆不足。

第二節、研究設計 2：

更年期之主觀經驗及更年期相關健康訊息之需求以及健康行為執行狀況調查。進行更年期婦女焦點團體與深度訪談之質性研究，深入了解婦女更年期之不適症狀，對於健康訊息之需求以及健康行為執行狀況分析。

質性資料收集過程：透過中華民國更年期協會舉辦之各種更年期照顧。長期與個案接觸了解其更年期歷程，並進一步進行焦點團體以深入了解對於更年期個案真正需要的提供的健康訊息為何，故進行更年期婦女焦點團體了解其更年期健康訊息需求及健康管理行為。焦點團體進行過程由 8 位個案進行團體訪談。深度訪談個案則由一對一的方式進行深度訪談共訪談 8 位個案，以下為個案之基本資料分析：

1. 個案基本資料：

個案代號	年齡	出生地	宗教信仰	教育程度	工作性質	結婚年數	子女數	自覺更年期症狀困擾
C001	50	台中	佛教	高中	家管	22	2	有
C002	48	台東	無	大學	教師	20	3	有
C003	56	苗栗	佛教	專科	服務	28	2	有
C004	47	雲林	道教	大學	服務	18	2	有
C005	52	台中	一貫道	大學	商	25	1	有
C006	52	彰化	道教	國中	家管	26	3	有
C007	49	台北	佛教	五專	家管	20	2	有
C008	52	台北	道教	五專	商	24	2	有
C009	51	桃園	佛教	高中	家管	24	3	有
C010	48	桃園	基督教	五專	家管	19	2	有
C011	56	高雄	佛教	大學	家管	25	2	有
C012	50	基隆	無	高中	會計	22	3	有

C013	51	台北	佛教	五專	電腦	21	2	有
C014	52	桃園	無	高中	家管	25	1	有
C015	57	台北	道教	大學	家管	30	1	有
C016	53	彰化	道教	五專	服務	22	2	有

更年期婦女自覺更年期主觀意識及不適症狀困擾，健康訊息需求及健康行為質性研究結果如下。研究者過去已針對更年期的相關主觀論述執行訪談作相關分析，於國民健康局之委託計畫中，也曾訪談相關論述，研究過程也為研究者親自執行。此次質性研究過程發現，研究結果與過去之結果大致相符，表示個案收集的過程質性資料已達飽和，因此，分析之內容與過去研究大致相同。因此，將本著過去研究的經驗，將資料分析依照當時的資料分析步驟進行，內容分析的概念也依照其一致性排列。

一、更年期經歷的主觀意識感受

“老”之將至：

從不認為自己會老的這麼快。更年期是人生一種重要階段，個案認為到了更年期老友跟著開始步入人生的後半段，對生活少了信心，也對自己感到懷疑，感到失落及失去對人生的期望。

“我覺得力氣真的沒了，遇到事情就認為自己一定不行了，因為生活真的沒甚麼，老到不行，很可怕的。”(12-55-2)

“在處理家中老人的問題，覺得自己，覺得自己經過一個很大的折磨那這樣的一個折磨讓我覺得自己真的是老了。以前同事都覺得越多人越好，但是

現在不是，看到新年輕的同事一直進來，就發現自己好老。很難跟他們一起聊天”(01-30-3)

“如果說有人可以給我一點青春，我一定會很高興，因為青春回不來的。”(08-12-03)

“自己不知道原來那麼快就老了，所以也不像以前還會說想要打扮一下，都老了沒有吸引力了。(04-49-5)”

更年期的無知而擔心及慌恐

更年期不適症狀，讓個案無所是從。許多不適症狀讓自己不知該如何處理，人生的變化也感到驚慌擔心害怕。更年期雖為人生的一個階段，卻有相當多的身心靈變化，驚慌過程想要求助，但卻不知該如何是好，擔心的程度增加。

“我看過各種科，但是都沒人告訴我是怎麼了，我每次只要心悸很厲害，就以為我快要死掉了，就會就會叫我女兒快點來，他都被我氣死了，可是真的很害怕啊。”(05-3-11)

“害怕啊，家人每次都覺得我快要瘋了，因為不知道到底該如何是好，很害怕，很擔心就是了。”(16-11-14)

面對空巢期感到失落感增加

空巢期是更年期婦女所面對相當難以接受的部分。孩子們慢慢離家就學工作，部分婦女也開始離開工作退休。許多家庭主婦也生活的空閒，增加對自我的關注。加上身體的不適狀態，不適感受也隨之增

加，空巢期面對的失落感也增加。

“孩子都走了，我真的不知道是我神經質還是太閒，但我我都儘量增加我的工作，也和朋友出去，可以沒辦法啦，因為他們都覺得我很囉唆，很就裁大電話給我一次。(08-50-11)

“我先生他比我還想小孩，希望他們都不要長大，也希望不要一個離開我，人活著很無意義，沒意思，沒道理，誰會關心你啊，沒有啊，打個電話也沒人要離你”(02-13-12)

二、更年期不適症狀健康訊息需求

更年期不適症狀相互影響

更年期不適症狀困擾個案，有許多隨著身體的各種改變而不適，症狀通常也會相互影響，嚴重影響個案的生活品質，症狀的狀況或加劇，有時同時出現，對於症狀的不適不知如何處理。

“頭常常暈眩，就不能睡。三個月前那時候，最嚴重的是冒汗，該有的全部都有了。包括頭暈、焦慮、失眠、疲倦、背痛關節疼痛都來。也不知道該如何是好”(02-30-8)

“骨頭痛啊，全身痠痛，走不遠，我以前健步如飛，現在走一下就不行了，現在到底是要休息還是多動，才會好啊。”(15-03-07)。

“我和我媽一樣更年期過程都很痛苦。睡不著阿，都睡不著，有時真想死掉算了”(03-15-10)。

更年期症狀處理的健康訊息需求

症狀的多重，造成個案困擾，症狀的健康訊息需求不足。也希望

有單位可以提供相關的諮詢。缺乏可以提供諮詢的管道，而有道聽塗說或是自己找方法處理。使用很多的偏方來處理或是民間療法來治療。

“我和先生在一起都會很不舒服，但是又不太敢說，不好意思說，對啊，我不知道這是更年期嗎？我以為本來就會這樣啊？”(05-14-19)

“晚上睡不著還是會..很早就起來，症狀，有啊，很可憐的，可是有沒有一個可以告訴我們，還是我們有問題可以問的人丫，我去看家醫科也沒用，不知道該怎麼辦？”(03-16-8)”

三、 更年期心理變化健康訊息需求

情緒變化無常

情緒的多變化，經常造成更年期婦女心理的不適應。因多處於情緒多變的時期，身體的改變及社會文化及荷爾蒙的影響，環境與周邊事物的各種改變，情緒狀態不穩定性。經常可以感受到自己的情緒多變無常，也同時困擾家人。

“心情好的時候，對家人朋友很好，不好的時候連理都不理，常常家人都很怕我發脾氣，因為我自己都不知道會不會大發脾氣，真的很糟糕。我以前是一個很好的太太，我先生現在啊根本就不敢跟我說話。他說我變了，好想哭喔”(05-20-15)

“我很常哭ㄟ，我都快得憂鬱症了，看電視就開始哭”(14-08-10)

情緒自我掌控度降低

隨著情緒的多變，情緒穩定性不足。更年期個案感到情緒的不穩定，特別感受到自我控制情緒的不良，對情緒掌控度降低。有莫名的情緒發生而不知如何控制自我。感到挫折及沮喪不已。

“不一定特別的外來因素，有時是身體像有時候常常就是會有那個無名的情緒，不知道怎麼會控制不了的想發脾氣，想要大罵”(03-22-16)

“睡不好啊，就會大發脾氣。我知道不可以這樣，但是忍不了啊，真的我也知道不對”(03-9-8)

家人的關懷特別重要

因情緒的無法掌控，更年期個案感到自我情緒的多變，非常需要他人的關心及協助。家人若能給予協助則讓個案的情緒較能得到平穩。反之，個案可能更加難以調適，而造成心理狀態的傷害。

“我家人很不關心喔，以前這樣照顧他們一點用都沒有，有時我也知道不是故意的，他們也累了，我一直反反覆覆的。哭就是哭啊，他們問我我也說不上來，後來就不會再問我了。”(01-10-18)

“都沒人會多一點關心，我到底要去找誰來幫我呢？”(12-17-6)

四、更年期性生活健康訊息需求

逃避導致厭惡性生活

更年期所造成陰道的乾燥，讓個案感到不適。年齡的增長婦女生

殖功能的改變，婦女排斥性生活，包括陰道乾澀，性慾降低等等。加上配偶在性慾及功能上的減退，夫妻的性生活有減少情形。但受制於先生對性的需求，又必須配合，開始有逃避及厭惡性生活的狀況。

“我一點也不想，最好都不要最好。”(05-20-20)

“大概已經好幾年了，不是太想要，我先生也沒辦法，不管有沒有興趣恩，對，不想，真的”(05-12-02)

“也是都會比較少，不是更年期以後就不會很想嗎？女生自己你會覺得不太想。”(02-50-02)

夫妻調整性生活

部分更年期夫妻對於性的部分還是會相互配合。但多數會覺得較過去的性慾及配合上較不足。夫妻性生活確實受到影響，部分個案會尋求解決方式，並相互調整性生活，嘗試各種可以幫助的方法調整性生活。但許多個案不知如何處理。

“乾燥就是想些辦法，聽說可以解決的，我朋友說有擦些東西。一些陰道的東西，好像很有效的，也不知道有沒有效”(02-30-01)。

“我有吃荷爾蒙所以夫妻關係比較好，還算有效”(09-19-15)。

“我坦白說，我婚姻不好，好幾次要離婚了，但是我還是想辦法去解決。”(02-26-7)

“我先生不太喜歡我太被動，我又不想要，也不是太想，主動就變得不太可能啊，我會很煩。可使我還會盡量配合一下就是了，我先生也知道”(02-14-3)

五、更年期飲食保健健康訊息需求

更年期飲食調整之困難

不同年齡層的飲食需要做調整，但因面臨更年期，飲食需要做調整有其必要性。個案會想嘗試改變，但習慣不易改變經常依照過去的飲食習慣烹調食物。飲食上未能依照適當的飲食注意事項來攝取適當的營養。

“我知道啦，飲食方面要多吃小魚乾、牛奶多喝、運動等等。我也有注意啊，可是有時會不小心。我沒有特別改變什麼？”(03-25-14)。

“我煮東西最煩了，小孩吃的和我要吃得又不一樣所以東西都要重新煮過，不然我還真的不知道要如何是好，我很難ㄟ，我有做一點調，不是很認真，有關係嗎”。(06-33-12)

“我有阿，我都不放油，小孩說很難吃ㄟ，我也覺得不太好”吃”(12-20-18)。

更年期飲食知識不足

整體對於飲食知識的不足。婦女對於更年期的飲食調整知識有不足狀況，多數個案雖了解必須在飲食上有所調整，但卻不清楚如何調整？對於食物的相關使用及烹調不了解，也不知該如何調整。

“會嗎，我以為麵包熱量不高啊，難怪我一直胖起來，我以為不會ㄟ”(03-42-10)。

“我知道是不可以吃太多，但是不知道要吃多少。我現在才知道我每天

吃的東西熱量這麼多，不是更年期本來就會胖啊，是我吃錯了”。

(01-28-19)

六、 更年期運動自我保健訊息需求

自我感受體力耗損

表示更年期後因為老化造成體能下降。且因為體能下降在影響從事運動的意願。體力影響運動的意願，個案表示其運動時體力下降，無法從事許多耗費體能的運動。

“我做很多家事，沒辦法了，帶一下小孩就不行了，要去運動，不知道體力不行了。”(12-12-15)

“老了真的很快，我現在只要爬樓梯都覺得好累，我覺得以前好像不會這麼累。體力不行了。”(03-17-20)

“我去運動，結果連續很多天都不行，好累，沒有體力了，好累喔，我真的覺得超累的。”(02-30-10)

迫切欲了解更年期運動的訊息

個案多半了解運動的重要性，但卻不清楚有哪些適合更年期的運動，以及運動注意事項，也不清楚可以執行的運動？不知如何執行及注意事項。錯誤運動行為的發生。個案提到對於運動執行的興趣，並表示願意長期執行。或是運動的相關資源亦不清楚。對於了解更年期運動的需求性增加。

“骨質疏鬆可不可以爬山啊，我不知道會不會造成更厲害，運動呢？我想是不行吧，可以做哪些啊，”？(05-19-5)

“我有爬山或是跑步。那還有的我也想不出來。我朋友都是去游泳，可是我又不敢去游泳。朋友說我不能去爬山對膝蓋不好，是這樣嗎？”。(01-17-5)

七、更年期藥物治療使用的健康訊息需求

荷爾蒙治療的不安全感與困惑

個案想要使用荷爾蒙治療卻不敢。有時提出還會被朋友及家人責罵。因為多數認為是不安全的，但因為個案的不適症狀嚴重，想要做調整。不知該如何選擇，也不知道是否可以吃藥，不知道有其他方法可以解決這些問題。

“醫師是跟我說荷爾蒙欠太多，所以要吃藥”。(06-10-20)

“我有吃，後來又停了。後來一年半中就是停用半年，我有用不同的藥。不知道對不對，這樣吃會不會有問題？我很怕會得到癌症”。(05-04-11)

“月經一下來，一下不來的。也不清楚是不是對的。很害怕就把藥都停了，一停藥會不舒服，覺得很不舒服但又不改吃”。(05-14-12)

不同治療方法使用的嘗試

很多不同的民間各種療法，不同的輔助保健食品藥物使用與服用。個案多數不了解所使用的成份及服用的療效。服用成分及用途卻

不太了解。且發現有許多商業運作於藥物的使用部分，某些個案會花費許多錢購買療效仍不明確的藥物會食品服用。在藥物服用部份個案會改選擇不同的治療方式。

“我有吃一段時間的賀爾蒙，但是現在不吃了，不知道要不要別的，該怎麼辦處理？”。(04-10-17)

“我吃很多大豆異黃酮，現在才開始吃別的東西來補充一下，看看會不會有改善”。(07-12-14)

“我還去吃很多中藥調理，我覺得很有效。我朋友有吃一樣的，所以我們都有吃”。(02-18-10)

“朋友都說有效，我覺得有些東西超貴的，看看啦。可以一想到要吃很久又貴，沒太多錢”。(03-13-10)

“我吃過利飛亞，還算有效。荷爾蒙聽說會致癌對嗎，我知道不應該吃？”(05-30-10)

“婦女問題很多啦，發現說大家遇到事情就是想說吃藥就好，這樣就是以藥為第一優先，這樣就是發現那這個也是比較大的問題，就是大家會覺得就是要吃藥，可是吃藥也很可怕”。(03-27-8)

“到底可不可以吃藥啊，我很想吃，但是非常害怕的”。(09-08-10)

“大豆異黃酮到底要不要吃可以吃吧”？(04-30-9)

“到底是得到乳癌還是得子宮癌，還是都會得？”(05-25-7)

更年期婦女主觀自我健康管理行為

一、 更年期不適症狀的自我健康管理行為

身體不適症狀造成的不知所措

身體不適個案嘗試各種方法做處理，但一般的訊息不足再加上健

康行為的執行部分缺乏。產生無助及無力感，不知該如何處理。需要更多的健康行為的相關知識。行為的改變不正確也影響其生活品質。

“我有用一些推拿，因為我都會一直頭痛啊。..有時候我還去打頭，看會不會好一點。所以就是說看有沒有效這樣子，我都自己想辦法，沒辦法..，效果不好也沒辦法”(07-14-10)

“我有，我一直看醫師，我有時會自己去吃草藥，不然就去冷氣房久一點，都不要出來，不然會很熱。差不多很多年了，我用了各種方法就是不能改善，很熱，很熱，有時候不知道該做些什麼，這樣對嗎，我去洗冷水澡？”(01-18-24)

更年期不適症狀自我調整建康行為

個案運用生活的調整改善身體的不舒適感。但個案當不適症狀出現時，會尋求各種行為改變來適應不適症狀。許多行為的改變來自各處提供一些訊息來做調整。也因此會有各種行為出現，表現出不同的調整行為。

“我去跟朋友學一下跳舞，我感覺又好一點，我也去學一下電腦，部台會大就是了，我就是會覺得很累不想學，但是還是要去強迫一下自己。”(03-10-7)

“熱啊，心悸啊，我就告訴我自己不要怕這些，不會有事的，不然日子過不下去很糟，我不想這樣過日子。我想要做自己”。(04-20-18)

“我調整我自己而且強迫我自己出去走走，早上一樣去菜市場買東西，和朋友去走一走，再去運動場走一走，繞一下這樣自己去想辦法做一做，不然不出門就懶惰，出門走走”。(09-20-10)

二、更年期心理變化處理自我管理健康行為

情緒多變化的自我行為調整

更年期的情緒多數的個案會感到情緒多變，情緒的問題造成個案感受到很多心理壓力。擔心自己的行為表現影響他人，害怕自己不能控制自己。個案多數會去改變自己的行為並做許多調整。希望藉由調整過程讓自己的心情不影響他人。許多個案對於自己的角色轉換表示非常不能接受。但由於個案的情緒問題也讓家人感到困擾。

“負面來的時候，想負面，你要去想辦法，要用正面能量。自我就會比較大。自己也是有所體會。當我一直想正面的事，好事情，就是我很棒，我很棒很好，就會比較好”。(02-18-30)

“我現在只要覺得煩，我會出去走一走，或是要我先生陪我去走一走，我要人陪但是我不想，我要調整一下自己行為，有人可以說說看要怎樣調整才對呢？”。(11-02-14)

“我知道這樣不好，忍耐有沒辦法，這樣都會不敢跟我講話，我知道以後就會好，我應該快點好起來。(04-20-18)

自我行為改變感到不足

個案在情緒不穩定的過程，會有所警覺，也開始做行為的改變。但是當嘗試各種方式來改變行為後，某些個案還是無法將自我的情緒加以改善。或是某些個案會週而復始的情緒波動。希望能尋求幫助，以達到自我情緒控制及心情的穩定。

“沒辦法人就是不舒服，沒辦法就是說根本沒辦法，我們也想過要好一點，我跟你講夫妻關係變不好，我有想辦法可是沒用的”(04-4-16)

“有啊，我都說服自己發脾氣，不可以生氣。我家人說我很難控制，我有現在就會，我覺得自己很難改變，我有控制自己一直想辦法控制，但是常常沒效。”(02-30-12)

“那我想請問你，就是說你們醫學有沒有說如果你的心情保持愉快會比較好？(04-41-7)

三、 更年期飲食自我管理處理健康行為

嘗試調整飲食之觀念形成

婦女為主要烹調者，飲食習慣有許多需要改進。更年期個案為家中主要烹調食物，需要建立良好的飲食健康行為。但觀念有漸增加及建立，但是執行度上並不夠。較過去的觀念較趨向正向。而觀念的建立需要更多的時間。

“我們都希望多了解一些，能夠幫我們都教會最好了，可是我們不知道要去哪裡知道這些啊。到底政府在做哪些啊”。(09-19-15)

“我有調整飲食的習慣，現在不能吃太多啊。食物有做調整。咖啡比較少。(03-16-08)

“我不太不能吃太油。吃比較清淡比較少，我知道，不過家人要吃就不好調整了”。(01-26-23)

飲食健康行為改變

個案對於飲食認知與行為不符合。對於許多飲食熱量的攝取不清楚。烹煮及攝取過程的過程有許不了解，希望有多一些了解及單位可以提供更多的資訊。行為的改變還不確定，無法完全執行更年期飲食

的自我照顧。

“平常吃東西我沒有特別改變，我倒是因為和朋友一起研究要變一下，我自己的時候沒人看啊，我就自己偷吃。我先生說我很誇張，我自己都知道啊”。(11-19-10)

“我很怕胖，我想吃少一點，可是又很喜歡吃，家人每次都會去聚餐，我也不管呢。我小孩很愛吃啊，我就跟著去吃。”。(10-44-20)

“吃便當啊，我有少吃，我想自己者可視也沒時間的，哪有這些時間。我自己也不舒服，別人有不會幫我，我都是自己做。”。(12-30-21)

四、更年期運動自我保健管理健康行為

無法執行持續性運動行為

婦女因為生活瑣事造成運動得中斷，加上體力下降，無法執行持續性的運動。身體不適影響運動意願。且許多家事造成運動的堅持度不夠。認為其他事情都做完了才可以去運動。更年期運動的問題經常發現無法持續的問題。

“身體不舒服就會很不想去，體力不夠啊，我知道啊，我和先生去散步結果有沒辦法就沒去了，籃球有時候說要去打，後來也沒有去了。”。

(08-01-23)

“最近很熱的，常常都偷懶，真的。我朋友都不愛運動，有去散步吧，有一段時間有去運動場，但是有沒去了，很懶啊，身體又不很好，所有就沒辦法一直運動。”(03-10-10)

“沒有辦法爬山。我不可以爬樓梯、不能舉重、不能蹲。說腳踏車也不行，暫時不要騎。我就乾脆都不要去了”(06-20-17)

“運動的時候你快步走但是需要盡量能夠說你專心的時候你才能夠配合你的呼吸達到真正的運動那如果說一般但是一般我們都會怎樣就一邊走一邊聊天東聊西聊這樣子的話運動效果會大打折扣”。(02-30-5)

多為勞動無法從事運動行為

婦女缺少時間運動，多數覺得家事勞動就很累了，也算是一種運動。多數未能有固定或持續的運動。負責家中的清理及打掃。覺得沒時間運動以勞動來代替運動即可。

“我都是一直打掃，因為我很愛乾淨，所以一直打掃。”(14-10-17)

“我每天就打掃三層樓，我掃完都累死。我不知道這樣不算嗎，就認真點做看可不可以出一點汗？”(02-41-14)

“我們沒空沒辦法，做一些家事補償一下自己，我都是這樣在做的。”(13-12-18)

五、 需要醫療人員的協助處理自我健康管理行為

投醫飽受困難

許多更年期個案的經驗，都是經過長期的看診後才找出造成身體不適的原因。個案因不適而到處求醫的窘境，治療過程及諮詢的不足造成困難重重，也影響更年期得調適。希望可以得到更多的照顧及支持。

“他還不會問說是不是更年期這樣。我去那長庚啊，心臟科啊，去檢查也沒怎樣，我真的不舒服難道不是嗎？後又去婦產科看，才知道是更年期，但是有吃藥，我沒辦法只要不要睡不著隨便都好。”(11-13-9)

“所以他婦產科什麼科的連甲狀腺的我都跟他講，他就是一起全部都弄給我吃這樣，那我其實也有高血壓，但是是反射性的，其實不用一直吃藥。”(04-19-20)

“對婦產科的醫生那對於骨頭酸痛有去看過...找外科”(02-22-7)

“像我在婦產科那邊或是在外面的診所都沒有辦法找到答案”(04-17-4)

六、希望政府及其他單位的協助自我健康管理行為

政府資源不足的窘境

個案多數認為政府及其他機構所提供的服務不足。認為自求多福，都是靠自己取的資訊，所經常有錯誤的資訊及自我管理的行為不正確發生，感到很無助，希望有更多的單位可以提供協助及治療。因為自己的無助不希望以後更年期婦女一樣辛苦。

“很想問問睡不著啊心情浮躁等等問題。可是不知道要問醫師，也不是很清楚，所以我們也不知道要問誰？還是很難有很好的照顧，不知道政府可以多一點照顧嗎？還是誰啊，幫一下吧。”。(06-20-01)

“我真的不知道在幹嘛，我知道有一些單位還會幫我們，去醫院也不知道要去哪裡，婦產科說家醫也可以，沒有地方可以聽一聽我們有多辛苦，到底是怎樣啊，很氣ㄟ，這些人都快快不行了，有聽到吧。”。(14-05-22)

“我不知道要去哪裡要一些資訊，網路的我有看可是也不知道對不對，應該要定期間給一些上課還是說有電視可以教我們。看看這樣對部隊之類的。”。(16-20-22)

感到自我不受尊重

個案自己的無助感到自我不受到社會的重視，感到身為女性的不受尊重。很多個案希望有更多人可以重視婦女的困擾及不適狀況。女性角色的自我認知缺乏自信及缺乏各方關注的無助感。

“我覺得身為女人很可憐，沒人會多花錢去幫我們，如果一些大官就不是這樣。女人是要好好照顧的，我們很辛苦卻沒人會珍惜我們，到底身為女人要怎樣，以前生小孩啊，現在更年期，苦難永遠都不會斷，神來愛一下我們啊。”。(15-20-24)

“我覺得我們只能靠自己。”。(08-12-02)

“我很無助的，女人不要當女人了。”。(03-10-04)

小結

透過質性研究法分析其結果內容，了解婦女對於更年期的主觀意識及健康訊息需求及健康行為之需求。

質性研究過程了解婦女之主觀經驗過程。多數婦女認為更年期調適過程感到辛苦，主要來自對更年期的不了解。缺乏政府機構及其他健康組織的協助。對於症狀的處理表示不足，症狀長期影響生活品質，卻不知該如何解決。家人及生活都產生許多困難。對於健康訊息的獲得表示不足，從各種健康訊息的訪談中，在各種健康訊息的了解非常不足。因更年期許多知識層面未被建立。也產生不確定感及無所

適從。健康自我管理行為，多數有其想法，但認知及執行層面有很大的落差。有心想要做健康行為的改變，卻缺乏行動力。對於健康行為的執行也有許多不正確的觀念。對於整體的生活表示不滿意。雖有部分婦女朝向更正向的思考，但多數表示更年期的生活調適相當辛苦。此外，希望相關機構及照顧介入，讓婦女在更年期之後能有更多的自主選擇能力。因認為相關的這故非常不足。

研究結果將配合量化分析的過程以深入了解更年婦女真正的需求為何？如何配合其他政策及照顧健康的單位提供更適切的服務。



第三節、研究設計 3：

更年期電話諮詢婦女健康訊息及健康行為調查。透過更年期電話諮詢之相關量表分析，以量化分析資料進行更年期婦女健康照顧分析。

量化分析資料將依據研究假設進行分析包括。自 2005-2010 年間總共之有效問卷共為 13370 份。本量性資料分析研究結果共分為以下：

- 一、人口學特性變項之描述性分析。
- 二、更年期不適症狀描述性分析。
- 三、更年期健康訊息需求描述性分析。
- 四、更年期自我健康行為描述性分析。
- 五、人口學變項與更年期不適症狀、健康訊息需求及健康自我管理行為分析。
- 六、更年期不適症狀與健康訊息需求及健康自我管理行為之相關性。
- 七、健康訊息需求與自我健康管理行為之相關性。

一、 人口學特性變項之描述性分析(表 4-3-1)：

自 2005-2010 年間接受諮詢量表個案之年齡分布為平均 50 歲，多數介於 45-55 歲之間，為台灣更年期主要年齡層之分布。教育程度國中有 33.0%、高中(職)37.6%、大學 28.1%、研究所以上

1.3%。主要教育程度為高中(職)以下，而這群人也是在資訊取得部分較不足者。婚姻狀況 90.0%為已婚、未婚 5.9%、離婚 4.1%。持續維持在婚姻狀態者較多，離婚率普遍低於目前之現象。婚姻狀況與更年期狀況也會相互影響。工作性質部分：最多為家管 48.8%、工作者有 30.3%、其他有 20%工作狀況不明確。因此，多數婦女處在家管的狀態，工作狀況也影響更年期的調適。有子女數平均為 2.29 位，與子女同住者有 55.1%、未同住者有 13.5%、部分同住者有 20.8%。更年期婦女正處於更年期，通常與子女之相處上需要更多的適應，但同時未與子女同住者家人陪伴就相對較少。婦科手術狀況有 30.6% 婦女曾有婦科手術經驗，占相當大的比例，婦科手術狀況也對更年期有所影響。宗教信仰部分：34.9%無宗教信仰，其他則有個人不同之信仰。慢性疾病有 37.1%，無則占 62.8%。疾病狀況有時也是影響婦女更年期調適的變項之一。荷爾蒙使用上有 22.2%有曾經使用的情形，但目前還持續使用者有 9.1%，有一半以上 66.6%個案不曾使用、平均使用荷爾蒙者有服用時間有 7.17%。因此，賀爾蒙使用上仍有許多問題，人數還是相當多。目前停經狀態有 41.3%是在後期、而有 29.3%是在停經前期、24.7%則為停經中期。(表 4-3-1)

表 4-3-1 人口學特性變項之描述性分析(n=13376)

變項	人數	百分比
教育程度		
國中以下	4383	33%
高中(職)與五專(二專)	5004	37.6%
大學(三專、二技)	3736	28.1%
研究所以上	175	1.3%
婚姻情況		
未婚	783	5.9%
已婚	11969	90.0%
離婚	546	4.1%
工作性質		
工	1158	8.7%
商	1559	11.7%
公	1314	9.9%
家管	6483	48.8%
其他	2784	20.9%
子女同住情況		
部份子女同住	3243	24.4%
子女皆未同住	2255	17.0%
子女皆同住	7800	58.7%
婦科手術史		
無	9185	69.1%
有	4113	30.7%
宗教信仰		
無	4790	36.0%
佛教	4733	35.6%
基督教	1111	8.4%
天主教	278	2.1%
道教	1821	13.7%
其他	565	4.2%
慢性疾病史		
無	7733	58.2%
有	5565	41.8%
荷爾蒙服用情況		
未曾服用	9133	68.7%
曾服用	2960	22.3%
目前服用	1205	9.1%
停經階段		
停經前期	4095	30.8%
停經中期	3626	27.3%
停經後期	5577	41.9%

表 4-3-2 人口學特性與各變項之描述性分析(n=13298)

變項	平均值	標準差
年齡	50.04	6.849
目前子女數	2.24	1.182
荷爾蒙服用時間	7.11	21.032

二、更年期不適症狀描述分析

更年期症狀困擾是影響婦女更年期調適的重要因素，由個案之症狀困擾中主要症狀為中重度者之排序為：1.容易疲倦 2.失眠 3.健忘 4.注意力不集中 5.背痛 6.沮喪情緒起伏 7.急躁不安容易發脾氣 8.關節痛 9.熱潮紅 10.皮膚乾燥 10.性慾減退。個案更年期不適症狀通常不只一種，有許多個案同時合併出現多種症狀。

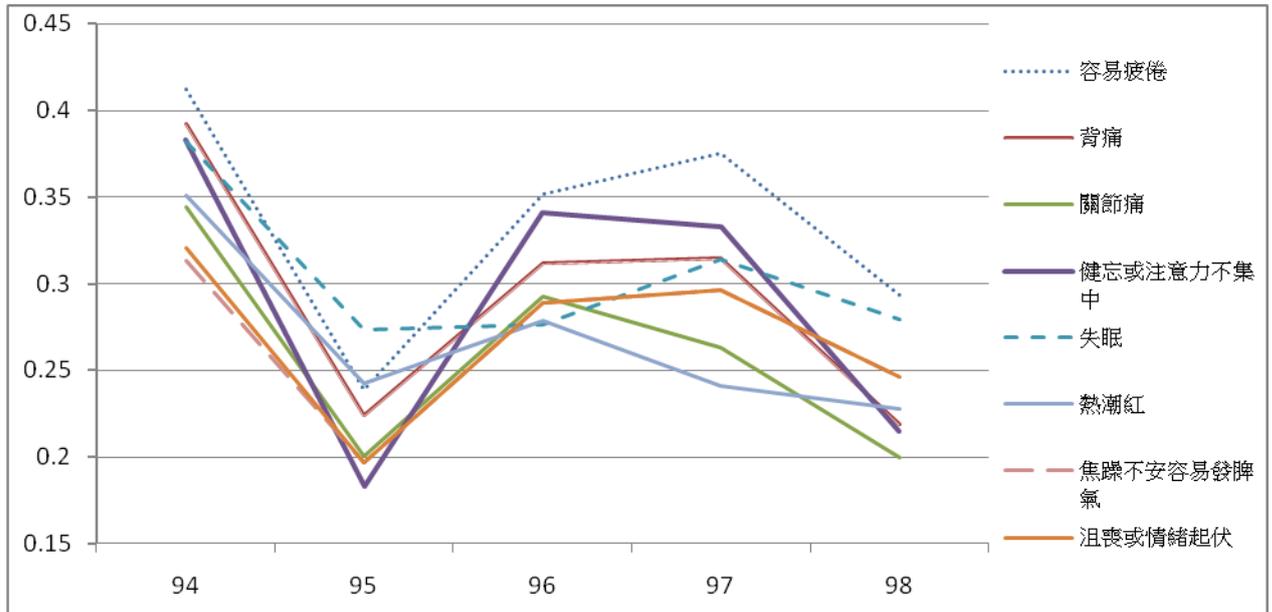
症狀中不適程度為中等以上者，容易疲倦高達 29.38%、失眠有 28.14%、健忘注意力不集中有 16.94%，其他人認為亦有感到記憶力較差，但並不是非常嚴重。背痛有 32.63%是相當的高，沮喪情緒起伏有 19.36%。焦躁不安容易發脾氣有 26.47%、關節痛有 24.92%。症狀困擾程度都相當高。除了身體症狀外亦有許多心理層次的舒適，包括情緒起伏的問題，都嚴重困擾著個案的症狀(表 4-3-3)。

表 4-3-3 更年期症狀之各題描述性統計表(n=13376)

題號/不適症狀	平均 值	標準 差	更年期症狀程度				中重度症 狀排序
			無%	輕微%	中等%	嚴重%	
1.心悸	0.65	0.85	54.7	30.9	9.4	5.0	18
2.胸悶	0.61	0.82	56.1	30.7	8.8	4.3	19
3.眼睛乾澀	0.76	0.91	49.4	31.1	13.1	6.4	12
4.沮喪或情緒起伏	0.92	1.01	44.6	28.8	16.3	10.2	5
5.焦躁不安或容易發脾氣	0.89	1.00	46.3	28.1	15.8	9.7	6
6.覺得沒人愛或不受重視	0.63	0.94	61.3	21.7	9.2	7.8	15
7.健忘或注意力不集中	1.02	0.96	35.8	36.0	18.8	9.5	3
8.失眠	0.99	1.07	43.9	26.7	16.0	13.5	2
9.容易疲倦	1.08	1.04	37.6	29.6	20.3	12.4	1
10.背痛	0.96	1.03	44.0	27.9	16.6	11.6	4
11.關節痛	0.86	1.02	49.1	25.9	14.6	10.4	7
12.皮膚乾燥或增加皺紋	0.82	0.95	49.7	29.8	14.4	7.9	9
13.性慾減退	0.72	0.98	57.9	20.4	13.8	7.9	10
14.性交時疼痛	0.59	0.94	64.4	18.9	9.8	6.9	16
15.頻尿或尿道燒灼	0.67	0.93	58.3	22.6	12.7	6.4	13
16.陰道乾澀	0.73	0.96	55.6	24.2	12.2	8.0	11
17.熱潮紅或盜汗	0.78	1.01	54.8	21.5	14.1	9.5	8
18.頭眩暈	0.71	0.93	55.0	27.0	10.5	7.5	14
19.頭痛	0.65	0.92	59.0	24.3	9.6	7.1	17

2005-2009 年間各年度症狀困擾婦女常見症狀之變化，前 8 名之症狀困擾為容易疲倦、背痛、關節痛、熱潮紅或盜汗、失眠、健忘或注意力不集中、焦躁不安或容易發脾氣、沮喪或情緒起伏。此 8 項症狀困擾主要為婦女困擾的症狀表現。(圖 4-3-1)。但對於 2006 年間其症狀困擾程度較低，目前仍需要進一步了解其與婦女使用荷爾蒙之狀況是否有所影響及變化。

圖 4-3-1 各年度的症狀變化情形



三、更年期健康訊息需求描述性分析

婦女對於更年期健康訊息需求量表非常需要為 3 分、需要為 2 分、都可以為 1 分、不需要為 0 分。量表中健康訊息共 9 項，用以了解個案之健康訊息需求。個案的健康訊息需求的需求性排序前 5 名分別為：1. 更年期飲食的攝取、2. 更年期症狀、3. 更年期運動保健、4. 骨質疏鬆、5. 更年期睡眠型態改變。平均婦女認為需要的健康訊息大於需要以上者前 5 名各為 81.42%、80.56%、80.19%、78.73%、72.92%，表示婦女對各個健康訊息需求需要了解的程度非常高，多數婦女需要更多的資訊以協助他們增加對更年期的了解。雖然其他的需求不在前 5 名，但需要了解的程度亦相當高，可見目前所提供之更年期訊息及資訊狀況有嚴重不足現象(表 4-3-4)。

表 4-3-4 更年期訊息需求之描述性統計表(n=13376)

健康訊息需求	平均值	標準差	排序	更年期症狀程更年期訊息需求程度 %			
				不需要	都可以	需要	非常需要
1.更年期症狀	2.07	0.81	2	5.1%	14.9%	48.4%	31.6%
2.如何調整更年期情緒變化	1.91	0.88	7	7.1%	22.9%	42.3%	27.7%
3.更年期性生活的改變	1.73	0.95	9	11.4%	27.9%	37.2%	23.5%
4.更年期飲食的攝取	2.11	0.81	1	4.3%	14.8%	46.8%	34.1%
5.更年期運動保健	2.08	0.82	3	4.6%	15.8%	46.3%	33.3%
6.荷爾蒙治療	1.88	0.93	8	9.8%	20.5%	41.4%	28.3%
7.更年期睡眠型態的改變	1.93	0.89	5	7.9%	19.7%	43.9%	28.5%
8.更年期泌尿系統改變	1.89	0.90	6	8.7%	20.3%	43.8%	27.2%
9.骨質疏鬆	2.06	0.85	4	5.6%	16.2%	44.7%	33.5%

四、更年期自我健康行為描述性分析

更年期健康自我管理行為部分。總是為 3 分、經常為 2 分、偶而為 1 分、完全不會為 0 分。健康管理行為偶而或是完全不會以上的個案狀況為：1.您能區分自己哪些症狀和更年期相關嗎？(71.54%)、2.您會嘗試處理自己更年期不適的症狀嗎?(70.03%)、3.您會維持規律的運動?(62.5%)、4.若您經醫師建議使用荷爾蒙藥物您會依照醫師指示服用?(61.79%)、5. 您會每個月做乳房自我檢查?(61.45%)。婦女更年期健康自我管理行為部分相當不足。其中執

行較佳者仍有 43.82%是處於偶而執行及完全不執行的狀況。可以清楚了解婦女在對自我健康管理的行為相當不足。也無法作良好的自我健康行為管理。也因此顯現出台灣更年期婦女在健康行為部分需要更多的宣導及協助。

表 4-3-5 更年期健康行為之描述性統計(n=13376)

健康行為	平均 值	標準 差	排 序	更年期健康行為程度 %			
				完全 不會	偶而	經常	總是
1.您能夠區分自己哪些症狀和更年期相關嗎?	1.02	0.88	1	31.8%	40.6%	21.6%	6.1%
2.您會嘗試處理自己更年期不適的症狀嗎?	1.04	0.89	2	31.7%	39.1%	22.9%	6.3%
3.您會嘗試調整自己的情緒嗎?	1.31	0.86	7	18.0%	41.0%	32.5%	8.5%
4.您會攝取均衡的飲食嗎?	1.49	0.86	8	12.1%	39.2%	36.3%	12.4%
5.您會維持規律的運動?	1.28	0.97	3	23.5%	39.3%	23.3%	13.9%
6.若您經醫師建議使用荷爾蒙藥物您會依照醫師指示服用?	1.23	1.10	4	33.0%	29.1%	19.7%	18.1%
7.您會尋求另類醫療嗎?	1.35	1.10	6	27.3%	32.2%	19.1%	21.5%
8.您會每個月做乳房自我檢查?	1.33	0.97	5	20.8%	40.9%	22.7%	15.6%
9.您會定期做子宮頸抹片檢查?	1.75	1.00	9	10.9%	33.1%	26.0%	30.0%

五、人口學變項與更年期不適症狀、健康訊息需求及健康自我管理行為分析

人口學變項部分將以以下之變項為主要探討：

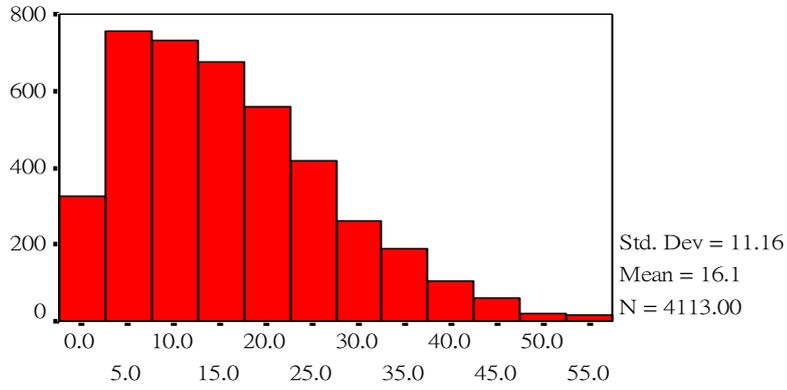
1. 教育程度主要分為國中以下(包括小學以下、小學、國中)、高中(職及五專)、大學(三專、二技)、研究所以上。
2. 婚姻狀況：未婚、已婚、離婚。
3. 工作性質分為：公、商、工、家管及其他。
4. 子女同住情形：有與無和子女同住。
5. 婦科手術史：有及無婦科手術。
6. 荷爾蒙使用分為未曾使用及曾經使用(包括目前服用中或已停用)。

各項變項分別與更年期不適症狀及健康訊息需和自我健康管理進行分析。其中教育程度、婚姻狀況為三項以上之變項，對更年期不適症狀、健康訊息需求、健康自我管理行為部分，採用 One way ANOVA 來進行檢定。並在結果有顯著差異時進行事後檢定。另外，工作性質、子女同住情形、婦科手術史、賀爾蒙服用情形為兩組差異之檢定，對更年期不適症狀、健康訊息需求、健康自我管理行為部分，則採用 T-test 進行兩組差異之檢定其是否具有顯著差異。以進一步了解不同人口學變項之影響。

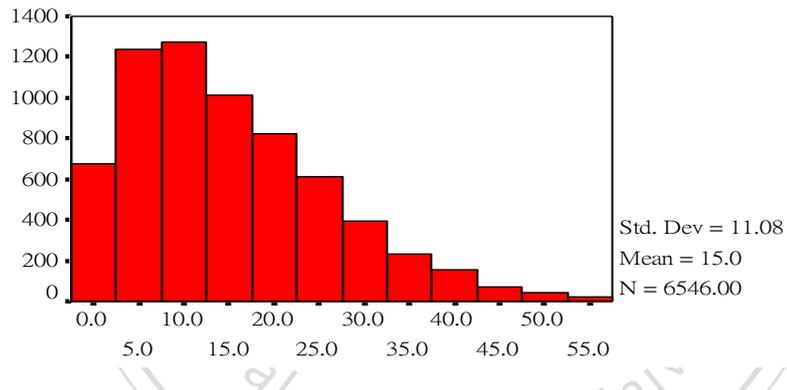
人口學與更年期不適症狀以 ANOVA 分析，由 Median [25%,75% interquartile range]加以呈現，其具有顯著差異。教育程度國中以下 14(7,23)、高中五專 13(6,22)、大學 1(5,21)、研究所 7(2,15)，與不適症狀具有顯著差異 $p < 0.000^{***}$ 。婚姻情況狀況未婚者 10[3,17]、已婚者 13[6,22]、離婚者 15[7,25]，與不適症狀具有顯著差異 $p < 0.000^{***}$ 。工作情況：工 13[6,22]、商 13[6,22]、公 11[5,21]、家管 14[7,23]、其他 12[5,20]。與不適症狀具有顯著差異 $p < 0.000^{***}$ 。子女同住情況：無 15[7,24]、有 13[6,22]，與不適症狀具有顯著差異 $p < 0.000^{***}$ 。婦科手術史無 13[6,22]、有 13[6,22]，與不適症狀不具有顯著差異 $p = 0.798$ 。荷爾蒙服用情況無 12[5,20]、有 16[9,25]，與不適症狀有顯著差異 $p < 0.000^{***}$ 。以上人口學部分包括教育程度、婚姻狀況、工作情形、與子女同住情形及荷爾蒙服用情況，皆與婦女不適症狀有顯著差異。可見家庭狀況和社會支持系統以及工作環境皆會對婦女症狀有影響。

圖 4-3-2 分類教育程度→症狀

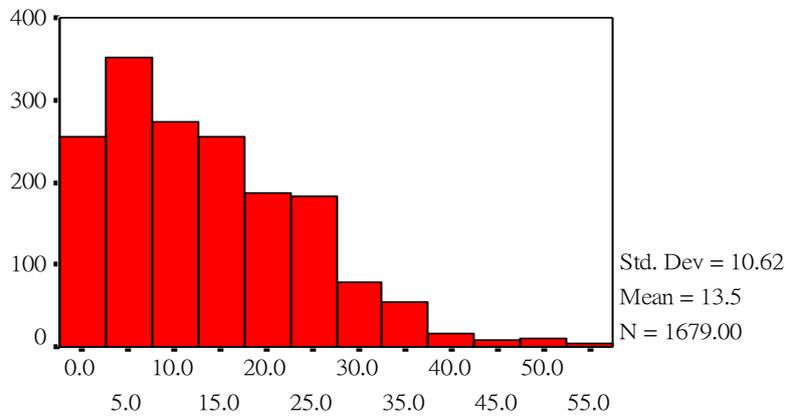
● 國中以下



● 高中五專



● 大學



● 研究所

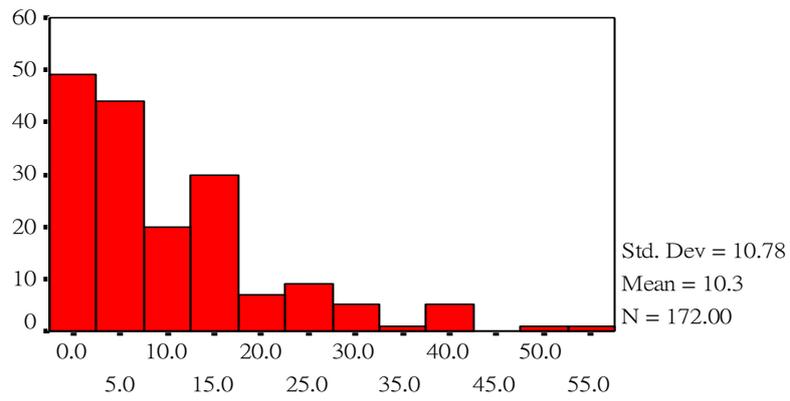
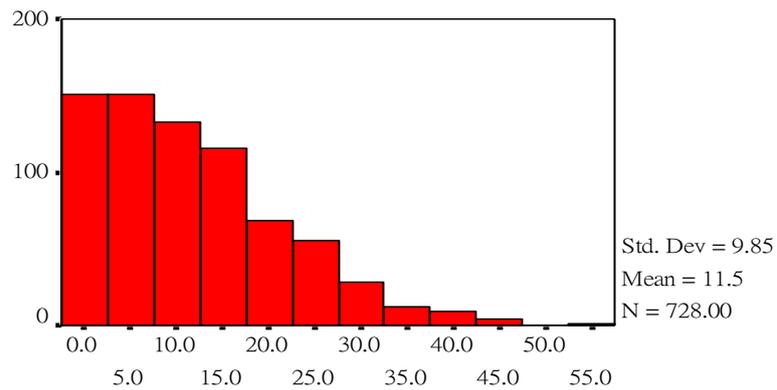
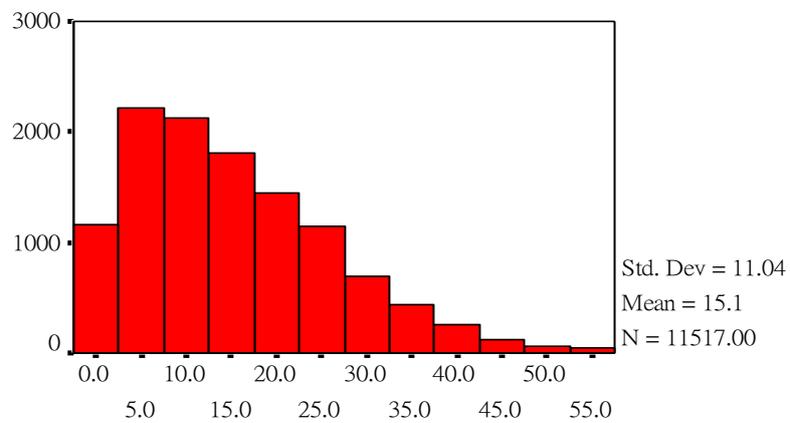


圖 4-3-3 婚姻分類→症狀

● 未婚



● 已婚



● 離婚

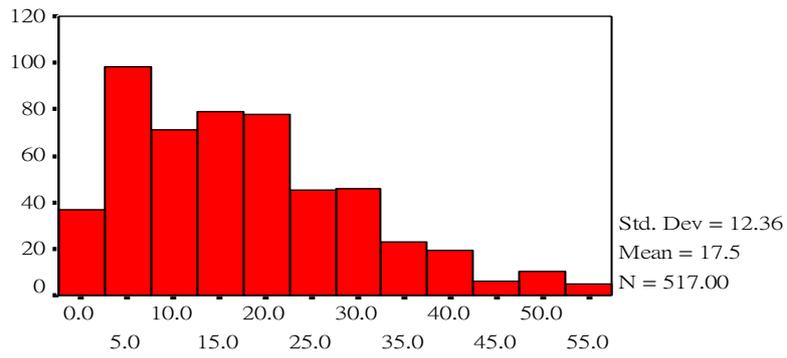
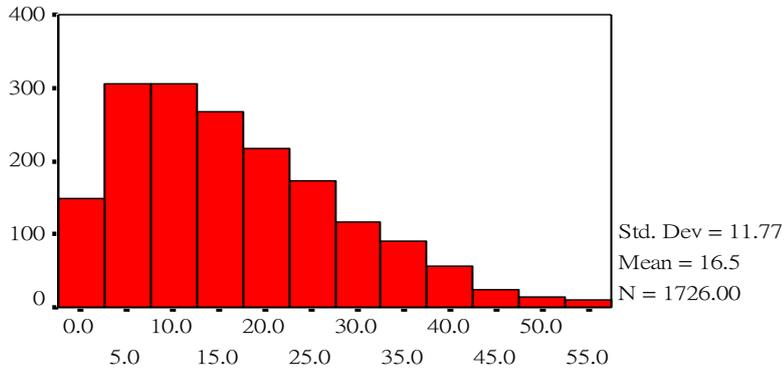


圖 4-3-4 子女同住情況→症狀

● 無



● 有

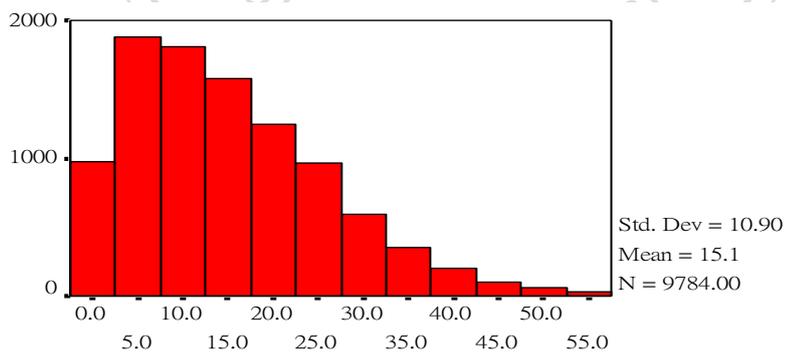
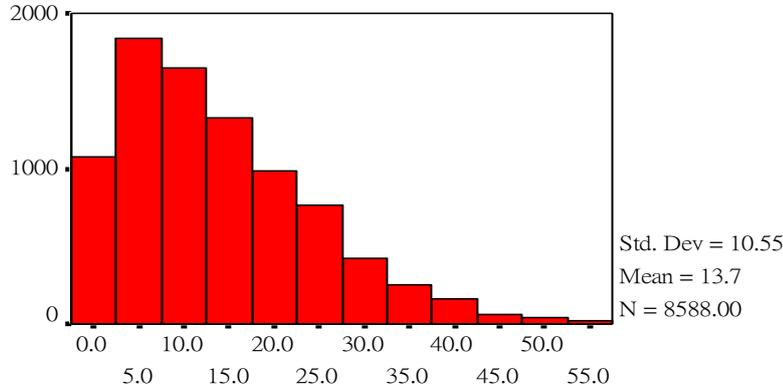


圖 4-3-5 荷爾蒙使用與否→症狀

● 無



● 有

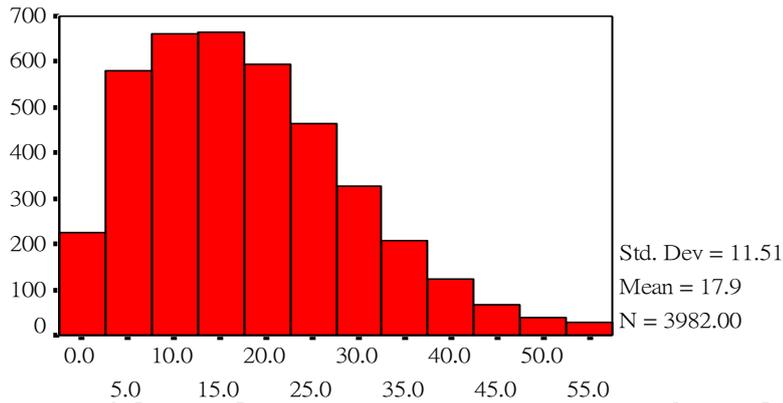


表 4-3-6 人口學特性與更年期不適症狀分析

	更年期不適症狀 Median[25%,75%interquartile range]
教育程度	0.000***
國中以下	14[7,23]
高中五專	13[6,22]
大學	12[5,21]
研究所	7[2,15]
婚姻情況	0.000***
未婚	10[3,17]
已婚	13[6,22]
離婚	15[7,25]

工作情況	0.000***
工	13[6,22]
商	13[6,22]
公	11[5,21]
家管	14[7,23]
其他	12[5,20]
子女同住情況	0.000***
無	15[7,24]
有	13[6,22]
婦科手術史	0.798
無	13[6,22]
有	13[6,22]
荷爾蒙服用情況	0.000***
無	12[5,20]
有	16[9,25]

註 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

人口學特性與更年期健康訊息以 ANOVA 分析，觀察其顯著差異狀況，以 median \pm SD 呈現。教育程度國中以下 17.43 ± 6.54 、高中五專 18.01 ± 6.45 、大學 17.73 ± 6.42 、研究所 18.38 ± 6.82 。與健康訊息具有顯著差異 $p = 0.000^{***}$ 。婚姻情況狀況未婚者 17.14 ± 6.98 、已婚者 17.79 ± 6.50 、離婚者 18.01 ± 6.25 ，與健康訊息具有顯著差異 $p = 0.020^{***}$ 。工作情況：工 18.53 ± 6.19 、商 17.73 ± 6.45 、公 18.02 ± 6.31 、家管 17.54 ± 6.53 、其他 17.88 ± 6.71 ，與健康訊息具有顯著差異 $p = 0.000^{***}$ 。子女同住情況：無 17.53 ± 6.66 、有 17.9 ± 6.42 ，與健康訊息具有顯著差異 $p = 0.021^{***}$ 。婦科手術史無 17.63 ± 6.54 、有 18.24 ± 6.34 ，與健康訊

息不具有顯著差異 $p 0.407$ 。荷爾蒙服用情況無 17.68 ± 6.61 、有 18.09 ± 6.15 ，與健康訊息具有顯著差異 $p 0.000^{***}$ 。以上人口學部分包括教育程度、婚姻狀況、工作情形、與子女同住情形及荷爾蒙服用情況，皆與婦女健康訊息有顯著差異。可見家庭狀況以及社會支持系統與工作環境皆會對婦女尋求健康訊息有所影響。

人口學特性與更年期健康自我管理以 ANOVA 分析，觀察其顯著差異狀況，以 median \pm SD 呈現。教育程度國中以下 10.98 ± 5.18 、高中五專 11.81 ± 5.23 、大學 12.84 ± 5.39 、研究所 13.12 ± 5.31 。與健康自我管理具有顯著差異 $p 0.000^{***}$ 。婚姻情況狀況未婚者 11.25 ± 5.37 、已婚者 11.76 ± 5.27 、離婚者 10.93 ± 5.14 ，與健康自我管理具有顯著差異 $p 0.000^{***}$ 。工作情況：工 10.76 ± 4.91 、商 12.49 ± 5.46 公、 11.94 ± 5.60 、家管 11.68 ± 5.17 、其他 11.52 ± 5.38 ，與健康自我管理具有顯著差異 $p 0.000^{***}$ 。子女同住情況：無 11.69 ± 5.32 、有 11.75 ± 5.25 ，與健康自我管理不具有顯著差異 $p 0.441$ 。婦科手術史無 11.68 ± 5.28 、有 11.70 ± 5.27 ，與健康自我管理不具有顯著差異 $p 0.891$ 。荷爾蒙服用情況無 11.23 ± 5.32 、有 12.73 ± 5.04 ，與健康自我管理具有顯著差異 $p 0.004^{***}$ 。以上人口學部分包括教育程度、婚姻狀況、工作情形及荷爾蒙服用情況，皆與婦女健康自我管理有顯著差異。與子女同住及婦科手術則未有顯

著差異。

表 4-3-7 人口學特性在更年期健康訊息需求及更年期自我健康管理的差異表

	更年期訊息需求 M±SD	更年期健康管理行為 M±SD
教育程度	0.000***	0.000***
國中以下	17.43 ±6.54	10.98±5.18
高中五專	18.01±6.45	11.81±5.23
大學	17.73±6.42	12.84±5.39
研究所	18.38±6.82	13.12±5.31
婚姻情況	0.020*	0.000***
未婚	17.14±6.98	11.25±5.37
已婚	17.79±6.50	11.76±5.27
離婚	18.01±6.25	10.93±5.14
工作情況	0.000***	0.000***
工	18.53±6.19	10.76±4.91
商	17.73±6.45	12.49±5.46
公	18.02±6.31	11.94±5.60
家管	17.54±6.53	11.68±5.17
其他	17.88±6.71	11.52±5.38
子女同住情況	0.021*	0.441
無	17.53±6.66	11.69±5.32
有	17.9±6.42	11.75±5.25
婦科手術史	0.407	0.891
無	17.63±6.54	11.68±5.28
有	18.24±6.34	11.70±5.27
荷爾蒙服用情況	0.000***	0.004**
無	17.68±6.61	11.23±5.32
	18.09±6.15	12.73±5.04

註*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

表 4-3-8 研究假設 1.2.3 驗證

研究架設	研究結果呈現
<p>研究假設：1.不同人口學更年期婦女之健康訊息需求有顯著差異。</p>	<p>研究假設 1：人口學部分包括教育程度、婚姻狀況、工作情形、與子女同住情形及荷爾蒙服用情況皆與婦女健康訊息皆有顯著差異。</p>
<p>研究架設：2. 不同人口學更年期婦女之健康行為有顯著差異。</p>	<p>研究假設 2：人口學部分包括教育程度、婚姻狀況、工作情形及荷爾蒙服用情況皆與婦女健康自我管理皆有顯著差異。與子女同住及婦科手術則未有顯著差異。</p>
<p>研究假設:3.不同人口學更年期婦女之更年期不適症狀有顯著差異。</p>	<p>研究假設 3：不同人口學資料中除了婦科手術狀況未具顯著差異，其他的人口學特性對於不適症狀皆具有顯著差異</p>

六、更年期不適症狀與健康訊息需求以及健康自我管理行為之相關性

更年期婦女對於不適症狀是否會影響其對於健康訊息需求之相關性，以了解不適症狀對於訊息需求呈現之相關性以及是否有正向相

關與負向相關。不適症狀共有 19 題變項，首先將 19 題變項結果，以及健康訊息需求 9 題進行加總，以進行相關系數之檢定。並進一步分析其相關矩陣之結果。結果呈現 Pearson' product-moment correlation coefficient 為正相關($r=.157$)具有顯著差異，表示更年期不適症狀與訊息需求呈現正相關。若婦女症狀越嚴重對於健康訊息的需求就越強烈，也更加需要給予相關的提供，以加強其相關健康訊息。(表 4-3-9)。

表 4-3-9 更年期不適症狀及訊息需求與自我健康管理各變項之皮爾森績差相關矩陣

	更年期不適症狀	更年期訊息需求	自我健康管理
更年期不適症狀	1		
更年期訊息需求	.157**	1	
自我健康管理	-.380**	-.068**	1

註 Pearson' product-moment correlation coefficient，註* $p<0.05$

** $p<0.01$ *** $p<0.001$

表 4-3-10 研究假設 4.5 驗證

研究架設	研究結果呈現
研究假設 4：更年期婦女的不適症狀嚴重度越高健康訊息	研究架設 4：更年期婦女不適症狀與健康訊息需求呈現正相關，表示婦女的

需求越高。	訊息需求性較高。
研究假設 5：更年期婦女的不適症狀嚴重度越高健康自我照顧具有顯著差異。	研究假設 5：不適症狀越嚴重其健康自我管理具有顯著差異。相關性呈現負相關，表示症狀嚴重者，其健康自我管理行為越不佳。

並針對更年期婦女對於不適症狀是否會影響其對於健康自我管理行為之相關性。以上皆使用以 Pearson' product-moment correlation coefficient，以了解其相關性。不適症狀共有 19 題變項，首先將 19 題變項結果，以及健康自我管理 9 題進行加總，以進行相關係數之檢定。結果呈現 Pearson' product-moment correlation coefficient 為負相關($r=-.380$)具有顯著差異，表示更年期不適症狀與健康自我管理呈現負相關。若婦女症狀越嚴重表示其自我健康行為執行狀況越不佳，也因此，表示婦女若不適症狀嚴重表示平日執行的健康行為的狀況也不佳，必須加強其相關健康自我管理的倡導及照顧。(表 4-3-10)。

七、健康訊息需求與自我健康管理行為之相關性。

另外進行健康訊息需求以及健康自我管理行為之各 9 題變項加總進行相關係數分析。以 Pearson' product-moment correlation coefficient)，以了解其相關性。健康訊息需求共有 9 題變項，首先

將 9 題變項結果，以及健康自我管理 9 題進行加總，以進行相關系數之檢定。結果呈現 Pearson' product-moment correlation coefficient 為負相關($r=-.068$)具有顯著差異，表示更年期健康訊息需求 越高其健康自我管理狀況較不足。益表示訊息不足則執行健康行為能力便較低。

表 4-3-11 研究假設 6 驗證

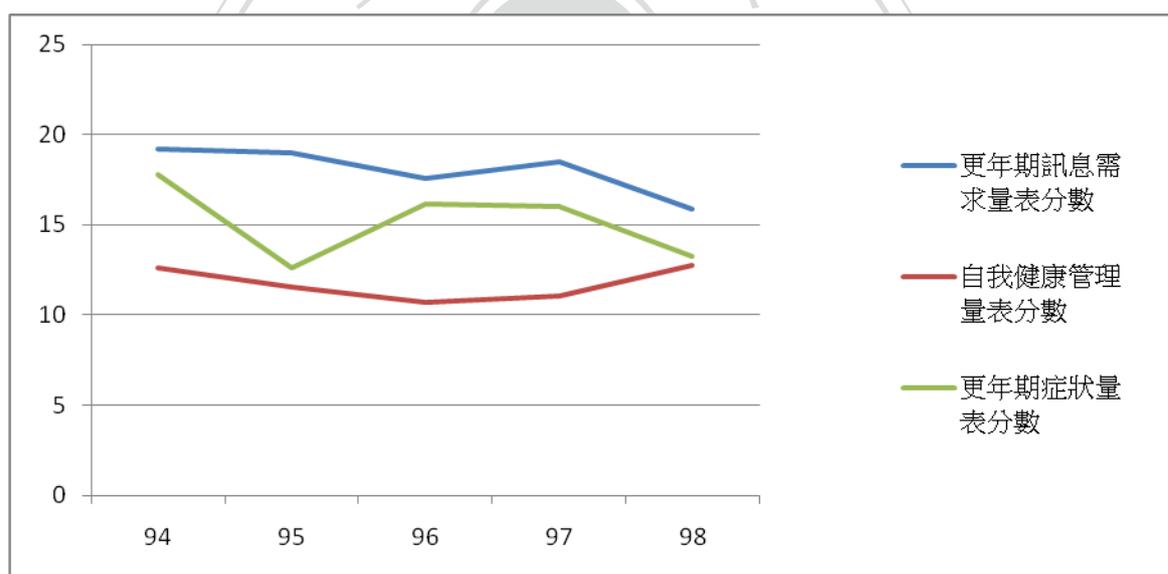
研究架設	研究結果呈現
研究假設 6：更年期婦女健康訊息需求與健康行為有負向相關性。	研究假設 6:更年期訊息需求及健康行為呈現負向相關，表示婦女訊息不足者其健康行為執行也不足。

將 2005-2009 年間之資料作各年度的分析，發現婦女症狀不適狀況的平均總分，及健康訊息與健康自我管理行為之間的變化。發現儘管經過許多努力，婦女的症狀不適並未得到較多改善，且對於健康訊息仍相當需要，普遍分數偏高。對於自我管理健康行為狀況仍未見有效改善。5 年間並未有得到較多的改善，因此為需要進一步關注的問題。(表 4-3-12 圖 4-3-6)。

表 4-3-12 2005-2009 年間更年期不適症狀及訊息需求及健康行為之變化

	2005	2006	2007	2008	2009
M±SD					
更年期症狀	17.79±11.41	12.61±9.27	16.18±12.04	16.03±11.01	13.24±10.37
更年期訊息需求	19.17±6.00	18.96±6.25	17.58±5.57	18.5±6.43	15.89±7.47
自我健康管理	12.64±5.29	11.55±4.56	10.68±5.36	11.06±5.60	12.78±5.14

圖 4-3-6 2005-2009 年間更年期不適症狀及訊息需求及健康行為之變化曲線圖



以上為量性資料分析之結果，根據研究假設進行資料之檢定，結果呈現研究假設皆被接受，統整相關訊息結論如下：1. 人口學特性與健康訊息需求具有顯著差異。人口學部分包括教育程度、婚姻狀況、工作情形、與子女同住情形及荷爾蒙服用情況，皆與婦女健康訊息皆有顯著差異。2. 人口學特性與健康行為具有顯著差異。人口學部

分包括教育程度、婚姻狀況、工作情形及荷爾蒙服用情況，皆與婦女健康自我管理皆有顯著差異。與子女同住及婦科手術則未有顯著差異。3. 人口學特性對於不適症狀皆具有顯著差異，除婦科手術狀況未具顯著差異，其他的皆具有顯著差異。4. 更年期婦女不適症狀與健康訊息需求呈現正相關，表示婦女的症狀較嚴重者對訊息需求性較高。5. 不適症狀越嚴重其健康自我管理具有顯著差異。相關性呈現負相關，表示症狀嚴重者，其健康自我管理行為越不佳。6. 更年期訊息需求及健康行為呈現負向相關，表示婦女訊息不足者其執行健康行為也不足。



第五章 討 論

本章所要論述的是經由研究設計過程針對研究目的——做驗證，而就研究發現中的現象作討論。除將研究結果做論述外，更須對於更年期婦女照顧的特殊性作陳述。將分為以下五個部份作討論：一、更年期健康照顧政策與執行不適切性、二、更年期過度醫療化正名的糾葛、三、婦女“知”的權力、四、更年期健康訊息與行為的落差、五、更年期婦女行動者的自主權。以下將作一一討論。

一、更年期健康照顧政策與執行層面的不適切性

就研究目的——，研究者欲了解台灣更年期婦女政策制定的歷程，研究目的二，了解更年期婦女健康照顧是否架構在以性別為主體的照顧型態之下。透過研究結果了解到行政院婦女權益委員會於 2003 年之後陸續制定的相關婦女政策中，不僅在各個政策面向中加入以性別為主流的政策概念，更將醫療照顧過程中加入性別概念。從 2003 加入更年期照顧的經期照顧政策、2004 年加入各醫療機構及教育等部門，以加強政策執行過程的性別主流為原則的健康政策執行。陸續於 2007 及 2009 年已提出避免醫療化等相關政策宣導。2010 年國家衛生研究院編制 2020 健康國民白皮書中，也明確指出更年期照顧的必要性。

然而，就性別主流化而言，政策的制定來自國家及社會意識形態的來源。當代的婦女健康架構在婦女主體及性別為主流的架構下，政策制定除了必須關注婦女的主體外，也不能忽視健康照顧的重要性。政策的制定可能因為受到多重的利益影響，而影響婦女真正的需求。國家機構的政策制定受到許多社會利益或是個人利益的左右。許多利

益的相互角力，影響政策之制定過程及內容。從實證主義、行為主義、個人主義、功能主義的影響。而健康照顧權力運作，固然其背後有國家政策、醫療制度和教育體制的支持，但是卻不是單面向的，更需要多方的認識及體會。

但政策受到許多意識形態的影響。意識被視為主體，在與不斷進行認識活動的主體有關的情況下存在，而主體的心理活動則決定這個世界的顯現形式。實際上，這就構成了處於萌芽狀態的總體性意識型態的觀念。當婦女政策通過歷史視角看到總體性的，人們把這種作為意識統一體而存在的主體。當人們創造以性別為主流的總體性意識型態觀念的過程。也是社會結構和與之相應的各種學術形成，隨著各社會階級之間關係的變化而變化。更年期婦女健康政策制度政治關注是否政治因素也支配女人的身體。從國家整體對更年期健康照顧的發展趨勢而論，更年期婦女只不過是不同照顧政策實施對象中的一環。但若以現代文明的觀察，婦女欲走入所謂正軌社會狀態所面臨的不是提供照顧便可解決的問題。而是需要全面性社會結構及文化的深層思考。健康政策制定必須了解結構與行動之間的相互相攝，結構即是行動所衍生的介體，同時又是行動的效應結果。行動與結構作為任何社會體系，最具體而微的關鍵基本上乃表現在時間-空間軸線上之關係的性質上面。社會體系透過不同的社會回饋系統而有自我規約 (self-regulation feed-back) 及反身性的自我規約 (flexive self-regulation) (李潔文，2002；葉啟政，2000)。也就是更年期健康照顧需要在台灣照顧過程意識層面上得到立基點，但在社會各系統中卻需要更多的努力，畢竟當社會在自我規約及反身性的自我規約都會產生不同的政策影響力。

研究目的四中探討更年期婦女健康政策是否符合婦女健康照顧之

需求。政策透過各種討論訂立許多相關議題，但卻面臨執行單位執行上的困境。從研究資料呈現政府機構及非政府機構未能共同合作提供更多的服務，政府機構透過緊縮的預算僅能提供少數更年期的服務及研究，而多數的更年期服務多有賴於非政府機構其中，從中華民國更年期協會為主要的更年期服務提供者，協會僅向政府機構申請每年一次的研究計畫與政府取得合作關係，並在國民健康局的指導下進行相關更年期照顧服務。從舉辦更年期諮詢專線、協助進行民眾教育、培養更年期種子諮詢員、編排相關的更年期照顧手冊及衛教單張、定期出版更年期照顧刊物。並在執行計畫中加註相關的研究計畫的學術研究。相關非政府機構還需要自行籌備經費，並在缺乏上級機構指導下進行各種服務。許多服務是不足的，但許多服務也是重覆不必要的。另外即便國民健康局有心與其他機構進行相互的合作但卻缺乏平台得以相互交流及共同合作。即便有心欲結合各界共同努力，卻需經過更多的公權力或是民間機構的主動配合。形成政府與非政府間的微妙關係，其關係卻不能為更年期健康照顧帶來更多的服務。這也需要更多的機會及平台進行彼此的交流，更是未來需要更為關注的。當政策的制定過程，需加強執行單位之能動性，是否有提供足夠的資源及賦予執行的公權力，畢竟政府在執行過程仍顯得綁手綁腳的窘境。

此外，研究中更進一步了解，更年期照顧有其地區性以及文化之不同。多數的更年期照顧多集中在城市中，都市得到各種資源都較其他地區來得足夠。其他地區衛生局所提供的服務少之又少。政府及非政府機構所提供的服務例如課程訓練及教育訓練。甚至多數文宣或中在網路及宣傳單上大都集中於大都會。相關研究及學術探討近來因為預算的關係逐漸漸少對於更年期相關研究案的召募。由於目前國民健康局將更年期照顧擺置在中老年照顧的其中一環。中老年照顧服務

組，其中從組長到研究員及相關職員，在人員的配置上非常的不足。面對台灣更年期的人口數不斷增加，形成力不從心的窘境。美國在政府執行更年期照顧的政策過程，受到多方的困難，從婦女本身的意識形態改變起，健康服務的執行不斷的改變，不斷的受到多方的影響之後，回歸婦女的自我決策及選擇(Carol & Weisman, 1997)。國民健康局 2010 也提出，六年前臺灣更年期婦女就醫率約 4-5%，經過幾年的努力目前雖已增至 20%，但於相較美國的 38%，顯見仍有許多臺灣更年期婦女不瞭解她們可以尋求醫療諮詢或協助。許多更年期照顧需要更多的協助。然而知識層面奠定需要更多的努力。

當進一步檢視歷史脈絡中政策對更年期的影響，也就牽涉出更年期照顧照顧根深蒂固的思考。而從傳科的思考中關於身體控制提到從任何意義上看，從過去的論證直到本世紀對更年期是從憐憫及特別友善。使得更年期成為現代社會一個特殊的符號，它使政策及醫療角力的重要取向。國家政策的介入須關心另一種控制的存在。若說更年期健康照顧婦女的生活是一種被騷擾多於騷擾的生活，也更可說是一種社會騷動與理性之間社會的流動(傅科，2002)。當以性別為主流以及架構在以健康照顧為意識形態這個概念而言，並不是任何一個群體獨自取得的成就，也不僅僅與任何一種學術地位和社會地位連結在一起。隨著這種總體性意識形態觀念的一般性系統表述的出現，所形成的是一種更年期健康照顧新的政策思考意識型態的理論。

婦女健康照顧的政策制定及施行存在的是知識社會學希望的精確程度，也是因為文化領域中，政策模式的思考關乎於社會變遷和文化變遷。(黃慧琦，1995；洪鎌德，1998)。從訪談的婦女口中提到希望國家政府給多一點幫助，希望有更多人來教導他們度過不適，希望有更多的服務可以提供婦女使用。也了解婦女有“知”的權利。也是未

來政府政策執行更需加把勁的重要呼應。

二、更年期過度醫療化正名的糾葛

更年期醫療化的問題近年來不斷的被提出討論。當研究者就研究目的中欲了解更年期照顧現況以及提供持續性更年期照顧的狀況時。發現過度醫療化的問題同時出現在政策制定過程、健康照顧過程以及個案獲得服務過程。而當更年期過度醫療化得到正名後，到底婦女是否得到真正的救贖？

談過度醫療化，從 Foucault(1980)指出，權力的效應不只是負面的，例如：排除、壓抑、禁止、隱藏，其實還有正面產生和製造的效應。更年期過度醫療化的問題到底存在何種正名後的糾葛？「知識」與「權力」是醫療化過程的概念（成令方、2000）。更年期婦女求醫的過程，希望藉由醫療專業運用其專業的知識來解決會減輕婦女的不適問題時。專業權力的運用就可能產生。然而，已有眾多社會學者研究歐美專業發展的歷史過程指出任何一種專業知識要取得崇高的地位，必須藉著壟斷知識取得的方式（成令方，2000；Zola, Irving Kenneth，1972）。

醫療化所指的是：某些狀況和行為逐漸被定義為“醫療問題，而必須用醫療來解決的過程。醫療化的緣起在於科技的進步與傳統道德的低落，大學教育普及與社會科學興盛，以及專業的多重影響。醫療創造出健康和疾病的社會分類，所謂的疾病和健康都是醫藥和醫生所創造出來的。醫生用語言創造出生物學上的偏差，並進而創造出社會的偏差(Weitz, 1996)。而為何某些情況被界定為疾病，而其他則不是？疾病如何從社會事實中產生，並進而成為社會事實就成為重要的焦點。Martin（1987）認為更年期用於荷爾蒙變化、症狀是否發生與

如何下診斷治療，婦女身體主體便消失了。婦女對自己更年期身體狀況，需要交付給醫師做決定。專家運用醫學專業告知婦女荷爾蒙缺少，婦女便是更年期來臨。婦女身體經驗主觀感受則被醫療專業淹沒而無法表達。台灣於這方面的研究多以醫學及更年期賀爾蒙治療為導向。而醫療的正名主要在於醫療化的控制，更年期婦女必須經由醫療專業的洗禮之後，才有機會接受照顧，而這便是一系列醫療化過程的結構性控制狀態。長久以來台灣地區以接受西方醫學知識為主而呈現鼓勵更年期藥物治療的觀念，鼓吹如女性激素能預防並治療骨質疏鬆症、心臟的毛病、預防並減輕更年期的沮喪、可維持性能力和年輕活力等好處。在生物醫學角度以疾病模式解釋更年期，主張使用賀爾蒙補充療法（HRT；Hormone Replacement Therapy）。藉由以上的論點，更年期不僅被標籤化，而更年期過度醫療化的正名也得到證實。

若從醫療需求的創造與消費來看，雖然，醫療的需求是人類基本的需求，但在商品的意義上，病人的需求量越大，則有效需求量越大。醫療知識並不如表面所宣稱的那麼中立化，疾病健康與身體，事實上是社會事實與個人關係意義的一種隱喻。醫療在社會演化中有兩個明顯的特性，其一是科學科技的進步所帶來的影響。第二是針對專業化而掀起的一股運動。隨著這二種特性，醫療本身已經變成了社會事實的一種主要的表述方式(Auge & Herzlich, 1995)。醫學的知識不是客觀及脫離人影響而中立的。人存在於社會之中，受外在關係的節制，故醫學知識的建構無法擺脫政治面和社會面。傅科視將知識放在權力的場域作說明，醫學知識透過權力的作用產生力量；因為知識的幫襯，權力達成影響的效果（吳勁甫，2002）。因此，專業知識成為權利的後盾，在醫療產業中不斷出創造新的醫療化現象。因此，更年期的過度醫療化也就依著被“正名”。

研究結果呈現多年來不斷鼓吹要去醫療化，並採取許多的不同觀點照顧更年期婦女。不論是社會文化角度看更年期，不同社會文化的婦女，會經歷不同的更年期經驗（楊舒琴、盧孳豔，2000）；或是女性主義角度切入，主張將婦女的經驗視為更年期知識形塑的合理來源（盧孳豔、林雪貴，2001）。甚至以健康運動，或呼籲集結「自然療法」免於醫療化困境等。這些行為跟措施都受到多方的團體的支持。但是就研究資料發現。

量化資料中發現自 2005-2009 年間的個案不適症狀困擾，並未得到任何改善。健康行為平均的分數還是相當低。

質性資料中個案提及“想要去看病但是不敢去看”。“不敢吃荷爾蒙，因為怕得病，而且家人不接受。但是我真的覺得非常的不舒服，怎麼辦才好？”“到底告訴我們該怎麼辦？到底要不要去看醫師”等等。

從實證資料中，可清楚了解，婦女在以更年期過度醫療化正名之後，更加無所適從。民間許多不同的社會組織隨時監控著包括台灣婦女團體全國聯合會、婦女新知基金會、人口與性別研究中心等等，以及許多學者專家。都是婦女健康醫療控制的監控者。國民健康局所提供的任何文宣、教案、研究及執行方案，只要提到醫療處置便會受到各種譴責。2010 年中華民國更年期協會的研究中，針對更年期婦女所做的調查中也發現更年期婦女有 55% 以上有更年期不適症狀，有 82% 婦女也認為必須做診療。但是卻有半數以上的婦女已經有三種以上的症狀況困擾者卻未就醫。結果與研究者發現雷同。婦女確實是受到各界的提醒，擔心過度醫療化的問題，而面臨失去應有的醫療處置。國民健康局也同時了解相關的困難，因此，不論在各種更年期自我照顧的宣導上，處於非常難為的狀況。而婦女真的不需要透過醫療

作處置？中年的婦女照顧是未來中老年後保健的重要階段。失去正確的保健後，老年的健康狀況將受到極大的威脅。例如骨質疏鬆、心臟疾病、代謝症候群等等。國家要付出得成本更加難以計算。而過度醫療化的正名卻與需要醫療照顧的婦女之間產生糾葛。到底婦女該不該就醫？該不該做治療？產生極大的不安。訪談過程中不斷發現婦女的不確定性及無助感。因此，更年期婦女醫療的宰制到底有無大過於社會的宰制？是需要深入的探究。

三、婦女“知”的權力

婦女在研究過程中，不斷提到對於服務獲得的不足，在質化研究過程。提到：

“熱潮紅是甚麼？”“失眠該怎麼辦？”“到底要不要去找醫師，醫師會不會要我吃藥？我是想吃，可以嗎？”；“為什麼都沒人來教我們啊？我過得很痛苦”。

量性資料中發現，不同教育程度對於症狀不適有顯著差異，有工作與未工作者也具有顯著差異。症狀的嚴重度與健康行為顯著差異。這些都表示婦女需要“知”。而知識的建構有其必要性。不僅增加婦女的安全感，更可增加。

知的慾望在更年期婦女個體身上非常明顯。探究知識形究的過程。傅科認為現代社會的問題就是作為「自身」的人如何成為知識的主體。以個體化必須透過知識的形構、灌輸和擴張而影響個人的主體化過程，促使個人成為符合涉或標準的自律體。因之，近代知識的建構說成為西方人的特定「知識模式」的產物(吳勁甫，2002；Foucault，1980)。知識是在現代思想中，其目的在於為人們確定思想和行動之間的各種相互關聯顯現確實可行的標準。另一方面，也希

望某種徹底且不具先入為主的方式了解問題。知識有不同的表現，知識可說是可以被“使用的”(洪鎌德，1998；黃瑞祺，2001)。而更年期婦女對於“知”形構轉化為主體化。Mannheim, K(1936)知識對人而言是一種正面的力量，或者知識提供我們權力。傅科認為權力不但製造社會真實，並規定真理的範圍，也就是說權力決定知識範圍及發展方向。因此，知識不是客觀及脫離人影響而中立的。因為知識的幫襯，權力達成影響的效果，兩者的關係是彼此蘊含，也形成更年期對於權力及自主性的掌控（吳勁甫，2002）。

而如何增加更年期婦女“知”的權力，也需要透過專業的教育。儘管專業的主導讓許多女性學者專家感到擔心。但是由研究結果呈現中了解，婦女確實需要有更多知識層面的認知行為。而與醫療專業人員的關係也就相對重要。但過去醫病關係受到許多的質疑。因此成令方(2000)提出醫用的關係中提到「醫病關係」。最早可以追溯到人類學家 Arthur Kleinman 的研究(Kleinman 1980)。到了 1980 年代，「醫病關係」越來越受到關心公共衛生、衛生教育以及社會學等學界人士的重視(成令方，2000；游祥祺 1990；張珏、胡幼慧、張菊惠 1998)。而醫療社會學的關注。溝通的形式在於主體間彼此擁護者假設的有效性宣稱，而形成意見再轉化為知識。許多婦女在疾病纏身時，卻不得不思考醫學界對女性的看法與做法。也就是女性在接受醫療的過程，可能會遭受醫學研究的威脅，以及接受不必要治療的可能。一般藥物或治療，以及國內外醫界對於動手術是最迅速解決女性醫療問題的方法，諸如這些觀念及印象，會讓婦女在接受醫療處置時的疑慮(黃慧琦，1995；Moxley，1989)。國內醫療資源的分佈不均，更年期婦女不知求助何處。若婦女看婦產科時的窘境時也常令人感到

不知如何是好。醫師的看診時間不足，加上醫護人員諮詢的態度時間及內容的種種缺乏，婦女更無法在當中得到妥善照顧。在女性自覺的觀念上，婦女必須在醫療照護下，尋找自我的價值。在個人改變與社會取向的改變下，不預先設立對個體心理病理的標籤。而且希望應該淡化治療者—個案之間的地位差異，促進雙方能平等的共享資源，權力和責任。個案是否能夠真正掌握和認識自己的感受和需求，並且作出自己的選擇。

婦女身為使用者主觀的感受，與他者所給予的感受落差。就怕森思 Talcott Parsons (1951)的理論，專業性的說明。當婦女求診專業人員，相信其專業能力，遵守知識教育和指示，也讓婦女自行有其選擇權。為了回應婦女所託付的權力，醫師也須盡力完成其所賦予的義務（成令方、2000）。

因此，婦女“知”的權利需要更多的健康照顧服務。更多豐富的健康提供。更有賴於政策規劃預執行的一致性。在 2003 年後至今如何藉由更多的措施增加婦女“知”層面的提升。而不僅是目前的研究結果的更年期照顧現況的不足。

四、 更年期健康訊息與行為的落差

更年期健康訊息提供婦女“知”的需求，但與健康行為的落差卻相當嚴重。研究目的中探討不同人口學對於健康訊息需求及健康行為的狀況。並希望了解更年期婦女的健康行為。研究結果呈現，更年期婦女自 2003-至今其健康訊息需求的需要程度相當高，而且始終未得到改善，健康自我管理行為卻相對低。幾年來也未得到正向的改善。且訊息需求越高其健康行為執行狀況越低。在加上不適症狀影響健康訊息需求。症狀越嚴重其健康自我管理行為越不佳。以上皆有顯著差

異。同時在質化研究過程，婦女對於訊息的需求性很高。不僅對整體訊息需求高對於每一項訊息需求都有其需求性。婦女提及“我不知道性生活也會有影響，我和我先生都沒有再一起了”；“現在到底要吃些保養品嗎？”“更年期的飲食是吃甚麼？我都有注意但是很難改，煮東西很麻煩”等等。婦女對於訊息需求的需求性很高。而健康管理行為部分卻不足。“我知道要去運動，但是打掃不算嗎？”“我們有時候會出去吃飯，但是還是會亂吃，我知道不行，但是很難，全家人要吃，就配合他們。”。蘇美禎、黃璉華、曹麗英及周松男(2003)研究更年期健康需求中發現以量表進行健康需求的研究。顯示已婚婦女之健康需求滿足程度較高，教育程度及心理社會支持需求之有關。而本研究結果也呈現，健康訊息得缺乏與健康行為的自我管理仍顯不足。而許多單位不斷的提供以性別為主流的照顧，卻仍舊不足以影響婦女的更年期自我照顧行為。

健康訊息需求是認知層面的給予。而當婦女的健康信念(belief)與行動的理性化產生落差。其具有的思考是源自於以認知、言語、行動及理性的思考。健康訊息需求的強烈性卻無法改變健康自我管理行為。原因有二：其一是健康訊息需求未被滿足，也就是所提供的健康服務不能滿足婦女的健康訊息需求。二、健康自我管理行為受到箝制。也就是認知與行為之間產生落差。日常生活慣性會影響婦女，行動是受到所處的環境及個人的慣習及擁有的資本，三者之互動關係所影響個體的行為除了受到周圍小場域如家庭或是職場所形塑之外，更受到了所處的社會環境整體的大場域所左右。慣習則與個人過去的思想行為、生活經驗等累積，加強個人的生活、品味或認知而有一定程度的影響力。而社會的所形就的慣習也與個體有其相互的關係性(葉乃靜，2001)。因此，婦女在認知上雖知道要去行為改變，卻無法真

正的施行。習慣行為是過去生活經驗的累積與呈現，每個人在其生活中，會根據自己的特殊興趣、動機、欲望、宗教信仰與意識形態等，來解釋事物的角度。過去的生活經驗的累積以做為解釋新事物的條件之一。個人歷史可用於了解慣習，包括家庭成長的過程。生活中常會由過去的經驗來感知或判斷面對的人事物，都與慣習互為相關(葉乃靜，2001)。李逸、王秀紅(2001)於更年期婦女自我照顧行為相關因素研究中，也提出，認為婦女健康的概念中，婦女具有自我照顧與自我療養的能力。而社會及健康系統與個人應分擔健康照顧的責任。此外自覺訊息不確定感越高其健康行為自我照顧執行就越低。因此，健康自我管理行為若要得到改善，與健康訊息需求性有關。而專家學者進一步提出更年期充權的想法以改善更年期婦女的健康行為。

研究結果中顯示許多政策及執行機構與非政府機構希望藉由充權概念，提到持續性的健康照顧。楊舒琴及盧華艷(2000)提到婦女確實應該好好的體驗自己的身體，了解自己經歷更年期的感受，知道自己在更年期經驗中有作決定、運用策略並採取行動的能力，藉著婦女自我充能參與 (self-empowerment) 克服困難之處、結合婦女的力量 (collective empowerment of women) 自我照顧，正視更年期賦予身體的正向意義。張珏(1993)，張珏及張菊惠(1998)不斷的提倡更年期充權概念，希望藉由許多社會的參與及家庭的支持提供婦女更正向的生活態度。而充權的四大要素：1.取得知識、2.發展自我價值感、3.獲得能力產生選擇，藉此獲取想要的改變、4.發展能力以組織或影響社會變遷的方向。從內在過程改變自我的意識形態，增加婦女的自信心。研究結果中也發現有子女同住及目前仍是已婚者其更年期症狀不適情形較輕微，可見家庭支持之重要性。而有工作者比無工作者其症狀不適較輕微，所以其社會支持也是其中的影響因素。楊舒

琴、盧孳艷及林雪貴(2002)在參與式研究看更年期婦女的能動性中，發現婦女透過發聲與彼此的對話，其經驗能彼此的分享。省思更多的不同視野面對更年期期。楊舒琴、盧孳艷·(2000)也提出應正視婦女的生活經驗，由婦女的觀點而非專業支配的觀點來發掘處理問題，婦女提出的替代觀點是有價值的知識，也如同婦女所述，集結婦女的經驗，能夠帶給婦女有效的支持。

因此，如何增加健康訊息的提供，如何加強訊息的可用性、方便性、可取得性之外。另外必須加入更多健康行為的改變。而更多的認知層面及行為層面的改變，須藉由更多的更年期充權及團體以達到意識的覺醒，也分享充權過程的經驗分享。並提高許多社會的參與。

五、 更年期婦女行動者的自主權

研究目的中希望了解更年期照顧之婦女未來在政策規劃上所需要的持續性照顧。而婦女身為行動者，必須有其自主權。而身為行動者。身為行動者，則有自主的能力及權力。就行動者的概念，從Parsons'提及行動意指著一個行動者(actor)，行動須有一個“目的”(end)：行動過程將導向未來的狀態。(means) 行動包括具體的模式，是一個行動規範的準則。建立真實及規範上的正確性的價值主張，理解的概念對於共同訂立的概念有彼此合作性的妥協。人作為一個具有意識與意志的行動者，有一定的自主性，不完全被外在力量牽著走，是為施為的概念。施為是實際上的種種作為。假如行動者沒有介入的話，任何發生的是原本是不會發生的。因此更年期婦女身為行動者需要對自身的選擇權發聲。

首先，就楊舒琴、盧孳艷·(2000)提到更年期婦女在在醫療體制或是社會論述及媒體塑造的更年期迷思中徬徨困惑，須重新思索自己

應該如何度過負向多變的時期，發展出應對的策略。婦女感受到自己女性特質的轉變及權力的提高，重新定位自我，經驗心境的轉變--這是個新生命的開始，如同蛹之新生。婦女需要更多的自主的選擇權。經由國家政策及健康照顧的獲得能夠讓婦女走到不同的境界。是一種生活的轉移與昇華，更是生命的自我超驗。Parse(1981) 人在健康受威脅的困境中可於生命歷程中找出架構，經由生活經驗找出個人的未來發展。且由過程中而找出生命的意義，及更安適的面對困境，成為更正向的生活態度。

其次，就成令方(2000)建議醫用關係之中，藉由專業人員的協助產生的知識權力，以及作為行動者的醫療使用者，在醫用的權力關係中，尋求在醫療場域中充權(empower)自己、自我決定如何使用醫療資源。行動者可以從很多方面藉由朋友和家人的社會經驗交流，社會網路得到行動者的充權是可能的。不會因為更年期的不順遂，而輕易放棄，須更加繼續努力，並盼得以生活改善，對未來有所期許。張珏(2003)以充權導向婦女健康促進研究中進行參與式行動研究中對於更年期充權的訓練及人員的教育都得到正向的成效。可見充權對於更年期婦女之影響。而這也是近年來政府不斷持續提倡的政策之一。

再者，婦女有權力要求政府及相關機構提供必要的協助，當行動者提出自我的選擇權時，服務提供者則需要更加省慎的思考如何提供更適切的服務。以求更年期婦女整體的生活品質的提升。

總結以上之論述中，研究過程對於研究目的探討的部分簡單描述如下：1.更年期健康政策的政策歷程，於文獻探討及自 2003 年後研究設計一中持續性的更年期政策發展之了解。可作為未來的政策規畫觀察。2.探討更年期婦女以性別為主流之政策規劃。其中政策部分及

執行面多以其為主要規劃重點。3.探討更年期健康照顧現況。4.探討更年期婦女健康政策是否符合婦女健康需求：在政策面的與執行面形成落差，對於各組織機構間的合作性須持續加強。5.更年期不同人口學變項間健康訊息需求及健康行為部分，有其顯著差異，不同人口學有其差異性，而症狀較嚴重者其健康訊息需求越高、健康訊息需求越高者其健康行為自我管理則較不足。6.了解未來更年期健康照顧所需提供持續性照顧及未來更年期政策規劃部分。將於結論及建議加以描述。依據各研究目的於討論中作更年期婦女的照顧現況及相關探討，以作為健康照顧規畫之執行參照。



第六章 結 論

第一節 結論

更年期婦女健康照顧隨著國際自 1997 年後對於性別主流化的觀念帶入台灣之後，也掀起台灣對於更年期照顧的重視。加上當時的政治文化背景將 1997 年後對於性別主流化的觀念政策之一。2020 年健康白皮書更明確提出更年期健康照顧政策。而更年期照顧透過研究過程了解以性別為主流政策規劃過程逐漸符合更年期婦女的需求。但因國民健康局的人力及預算的緊縮，造成政策與執行單位之間的落差也造成執行面的困難。政府的重視須化為實際行動提供足夠的照顧服務。但值得欣慰的是台灣更年期健康照顧的觀念也逐漸落實，也為婦女帶來更多的照顧服務。

政府及非政府機構對於更年期服務皆投注許多心力，但之間整合仍顯不足，政府機構無法得到非政府機構的協助，而非政府機構也需要政府作指導及整合的工作。若能將資源做整合，照顧結構的穩定性將提供婦女更多資源須進一步加以整合。非政府組織缺乏政府機構的協助，經費及人員確實不足，更有待民間組織的多方協助。

研究結果呈現儘管各界做了許多的努力卻發現更年期婦女的不適症狀困擾程度仍舊未得到改善。對於健康訊息的需求度相當的高，但資訊的取得卻不易。對於婦女的健康自我管理行為執行狀況並不理想，婦女認知雖然理解需要作更年期的調適，但行為上卻無法改變。婦女有其“知”的權力，健康照顧提供者的協助更為重要。以知識作為主體，主體與知識形成一個內在的相互保證。而主體也是權力的主體，權力的握有者，主體與權力形成的關係，以保證自身存在。而理性化的過程，個人對於生活經驗的慣習未能取得一致性，也造成認知

與行為的不適切。

國民健康局所提供的服務受到婦女團體去醫療化的監控，但發現更年期婦女該有的健康保健因此受到壓制。婦女可能因過度的去醫療化而導致健康受到不同疾病的傷害，也為中老年生活受到威脅，更年期醫療化的正名，讓更年期婦女更加無所適從。當更年期過度醫療化得到正名後，到底婦女是否得到真正的救贖？值得進一步探討。當健康的基本需求受到剝奪的同時，未來國家將擔負更多的支出以彌補預防健康照顧的漏洞。

更年期充權概念的持續擴張。邱（1998）認為女性面臨健康時在生命意義探索其經驗結構。發現經驗中的價值的創造，體驗及抉擇兩大主題，其對於疾病所帶來的價值和創造新的價值意義。經過更年期的變化過程，能在他人的協助中尋找價值意義。在研究中發現家人婚姻及工作狀況對於個案都顯著影響。透過更年期婦女身心社會的調適外，社會的支持亦為重要。更年期婦女自我在面臨不適的煎熬下，過程是辛苦而需要協助的。而家人及社會網路的協助則可以增加其自我適應。得到生活的另一種生活的提昇。

此外，婦女身為自我照顧的行動者，必須有其自主權。而身為行動者。身為行動者，則有自主的能力及權力。故婦女若能了解更年期的相關知識並接受，為可能面臨的問題及早做預防。並能經由個人的生活轉移、價值或靈性的寄託等，都可以得到良好的調適。身為行動主便具有自我的選擇權，健康照顧體系需提供婦女應有的照顧環境及資源，但婦女可以自身有所選擇其個別性及適切的更年期健康照顧。而必須予以尊重其選擇。

更年期婦女健康照顧經過多年的努力後，雖然尚未有如預期的成效，但多方的介入，以讓婦女從過去缺乏照顧的情境中逐漸轉化成自

主的行動者。能在健康照顧體制下得到更多的認同，但目前台灣更年期的照顧現況仍有相當大的空間得以發揮，也有賴各界持續不斷的努力，但可預見的是婦女健康照顧已走入另一個里程碑。

第二節 研究建議

藉由研究過程及結果，提出對於更年期照顧現況的建議。

政策規劃部分：

1. 國家政策的制定需以婦女為中心，是持續不斷的照顧關懷，非中斷性的、一時性的政策考量。持續的規劃及監控政策執行才能提供更多的照顧。
2. 政策制定後須給予執行單位更多的資源，包括人員配置、專屬單位的設立、預算的運用。若更年期照顧僅附屬於中老年保健，在執行上也會成為附屬的健康照顧單位的思考模式，而降低其成效。
3. 政府機構可結合非政府機構，成為政策執行的延伸者，而長期的加強雙方的凝聚力才能在整體照顧上提供更多的服務。
4. 非政府機構彼此整合之必要性，目前台灣有許多健康照顧服務的非政府機構若能有效的運用相關單位，整合其工作內容，不僅可以節省成本，也可以增加照顧完整性。所以需有定期的整合會議的讓組織之間有機會得以交流，討論以增加資運可利用性。

未來研究部分：

1. 持續的提供更年期照顧相關研究計畫的支持，因持續性的研究計畫才能對於更年期有更多的觀察及學術的進程。若因經費的不足造成相關照顧的學術困境，也會間接影響台灣與國際之照顧接軌的落差。

2. 鼓勵更多的更年期學術單位及研究的參與，以活絡其學術脈絡。
畢竟目前台灣的更年期研究已有部份的研究基礎。且須增加政策制定及制度面的學術研究。另外對於更年期社會成本及老年化社會的預防照顧也需再進一步分析。未來研究的走向需更為深入及個別化。以提升研究的深度。並提供更多資訊給婦女做選擇。
3. 未來持續的研究部分，應長期作更年期照顧的觀察，並在未來做更深入的研究探討。

健康照顧執行層面

1. 避免過度去醫療化的影響，國民健康局必須持續加強更年期婦女的健康保健觀念及行為，避免因過度去醫療化影響婦女的健康需求，造成婦女的無所適從，且增加未來的醫療照顧成本。
2. 避免城鄉差距的照顧模式，許多更年期活動及照顧多集中於大都會，但更多的鄉鎮更年期婦女其更年期的需求也非常重要。未來需加強城鄉照顧的均衡性。
3. 增加更多互動性的更年期服務模式，而非一味的單向溝通，因此，成長團體或是更多以婦女為主體的社會參予都需持續增加。
4. 不斷的提供婦女相關的文宣、衛教課程、成長團體以及各種更年期活動。以增加認知及行為層面的改善。服務的深度及廣度都需要持續加強。
5. 增加社會網絡對於婦女的支持，不僅從家庭支持部分。包括社會文化結構的深層支持，才能讓婦女更容易被他人及自我接受，並讓生活更為正向。
6. 從工作及教育的場域不斷提升國人對更年期照顧的意識層面。也為未來國人老年化做準備。

第三節、研究限制

1. 政策面的部分，由於過程是複雜及多面的，因此在討論政策的過程多有疏忽。但研究者也在可利用的資源中，嘗試做更多合理性的分析，以增加對政策分析的準確度。
2. 在研究設計過程中，未來將持續就醫療體制的部分作了解，目前研究設計是擺置在政府機構及非政府機構所提供的健康照顧，與婦女的健康照顧現況做比對。也是以一般婦女做為研究對象。未來若能在加上醫療機構的層次，加入以接受醫療機構照顧的婦女，將可以更可增加其研究的豐富性。
3. 研究過程因量表是採取 2005-2009 年間諮詢量表為研究量化分析資料。而更年期照顧的整體是由 2003 年最為起始。但因為當時量表還在研發及發展中，因此資料的不一致性，也會影響其資料的解讀。但因為政策的規劃到執行面通常需要時間進行，因此，在相關政策開始執行後的第 2 年開始做個案評估，也才能出執行服務的成效。
4. 資料的觀察需要更多時間的發展，而更年期照顧也需更多持久性的了解，因此未來若能持續的研究將有助於更年期現況分析更明確的走向分析。
5. 此次研究設計主要是對於更年期照顧現況的分析，因此在每個研究變項間未呈現一一的描述，主要是研究者要避免過度微觀的研究變項影響整體的結果呈現。未來將針對更微觀的部分加以分析討論。

第七章、參考資料

- 文崇一，蕭新煌 (1988) · 中國人:觀念與行為 · 台北：巨流。
- 王小星(1988) · 更年期婦女運動保健團體之行動研究 · 國立台灣大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 中華民國更年期協會(2003) · 更年期保健諮詢專線研究報告 · 台北：中華民國更年期協會。
- 中華民國更年期協會(2010) · 更年期保健研究報告 · 台北：中華民國更年期協會。
- 王秀香、鍾聿琳、李英慧、趙之婷、李淑華、丁美雲(2004) · 預防更年期婦女骨質疏鬆症之另類療法 · 護理雜誌，51 (5) : 84-87。
- 王育群(2008) · 更年期婦女對荷爾蒙療法及保健食品之風險知覺與使用 · 臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 王靜修(2009) · 從中醫觀點談女性更年期保健 · 北市中醫會刊，9(14)，65-71。
- 中國國民黨中央婦工會(1995) · 《婦女政策白皮書》，臺北：婦工會。
- 中國國民黨中央婦工會(1999) · 《婦女政策白皮書》，臺北：婦工會。
- 白菊香(2003) · 更年期婦女對更年期知識,不確定感及親子關係之研究 · 國立中山醫學大學藥學研究所碩士論文。
- 白香菊、李選、曾月霞(2004) · 更年期婦女自覺不確定感相關因素之研究 · 護理雜誌，51(5)，45-52。
- 方茂守(2004) · 都市原住民婦女更年期症狀與更年期態度之探討 · 高雄醫學大護理學研究所碩士班碩士論文。
- 成令方(2000) · 當女人與婦產科醫師相遇 · 台灣 2000 性別與醫

療工作坊會議論文·新竹:國立清華大學歷史所科技史組。

曲天尚(2004)·更年期婦女的運動階段、身體活動與知覺運動利益和障礙之探討·台北醫學大學護理學研究所碩士論文。

行政院衛生署(2003). http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace.aspx

行政院衛生署(2009)·中華民國九十八年度衛生統計·台北:行政院衛生署。

行政院衛生署(2010). http://www.doh.gov.tw/cht2006/index_populace

江雪美、周輝政、高千惠、曹麗英(2009)·停經婦女陰道症狀困擾及其自我處理的經驗·護理雜誌，56(1)，43-51。

李國光 (1991) 子宮內膜異位從傳統到現代的治療趨勢·國防醫學，24(6)，460-466。

杜敏士 (1995)·護理研究·台北:巨流。

李逸(1995)·婦女因應停經之自我照顧行為的探討·高雄醫學院護理學研究所碩士論文。

邱麗蓮 (1998)·與乳癌共生婦女在生命意義探索上之現象學研究·護理研究，7(2)，119-127。

李淑桂(2000)·中年婦女與護理人員之更年期態度及健康行為之相關探討·中山醫學院醫學研究所碩士論文。

宋麗玉(2000)·促進社區精神復健服務之使用-一個實驗方案結果之呈現·社會政策與社會工作學刊，4(1)，157-197。

李逸、王秀紅(2001)·更年期婦女自我照顧行為類型與相關因素·公共衛生雜誌，28(2)，151-159。

吳勁甫 (2002)·傅科的知識/權力論述及其對教育的啟示·教育研究，10，p133-122。

李潔文(2002)·社會事實與社會解釋的本質問題評《進出「結構-行動」的困境》·社會理論學報，5(1)，35-45。

李佩珊(2005)·更年期婦女之內外控人格特質、更年期態度、更年期症狀與憂鬱之相關性研究·長庚大學護理學研究所碩士論文。

宋敏如(2006)·瑜珈運動對更年期婦女疲憊、健康體能與更年期症狀困擾成效之探討·國立台北護理學院護理研究所碩士論文。

吳姿蓉、顏文娟、李選(2008)·更年期婦女症狀困擾，情緒狀態與健康需求之相關性研究·中山醫學雜誌，19(1)，51。

吳炫璋(2009)·更年期症候群流行病學研究與現代中西醫治療觀點·中醫婦科醫學雜誌，6，40-50。

李秉叡(2009)·全球論述中的性別平等·世新大學性別研究所碩士論文。

林美珍(1978)·婦女更年期症狀及其態度之研究·台北：正昇教育科學社。

周憲文(1982)·曼赫縵 Karl Mannheim 年譜·台灣經濟金融月刊，18(10)，54-59。

林孟穎·(2009)·不同停經階段中年婦女身體活動與更年期症狀之關係研究·國立體育大學運動保健學系博碩士論文。

林雪貴(2000)·更年期婦女成長團體經驗之參與式研究·陽明大學社區護理所碩士論文。

林瓊華(2001)·社區更年期婦女生活品質及其相關因素之探討·國立台北護理學院護理研究所碩士論文。

周嘉辰(2001)·命名風波：從女人最無政治範疇談女性主義的政治觀·國立台灣大學碩士論文。

林惠君(2006)·衛生教育介入對更年期婦女症狀、自我健康照護

及生活品質之影響·高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班
碩士論文。

沈奕良、莊國上、陳祈維(2008)·有氧訓練對更年期婦女生理症狀及睡眠品質之影響·運動知識學報，5，38-46。

余玉眉·(1995)·全民健康保險與復健醫療·中華民國復健醫學會雜誌、23(1)，2-15。

林孟穎(2009)·不同停經階段中年婦女身體活動與更年期症狀之關係研究·國立體育大學運動保健學系博碩士論文。

胡文郁、高紀惠(1992)·高血壓患者之知識、健康信念與服藥遵從行為之相關性研究·護理雜誌，39(4)：77-88。

胡幼慧(1995)·婦女健康政策，國家婦女白皮書·中國國民黨中央婦工會。

洪謙德(1998)·知識社會學近期演展的動態·哲學與文化，25(10)，890-989。

胡幼慧(2001)·新醫療社會學-批判與另類的視角，台北：心理。

高美玲(2003)·婦女的健康權·護理雜誌，50(5)，5-9。

莊淑屏(2005)·社會依賴性格與自主性格,人際事件與自主事件對更年期婦女的憂鬱及心理症狀的影響·國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。

馬慧君(2006)·社會變遷、社會政策與台灣婦女的生命歷程·國立空中大學社會福利所博士論文。

徐秀琴(2008)·促進睡眠措施介入對更年期婦女睡眠品質成效之縱貫性探討·國立台北護理學院護理研究所博士論文。

陳美月，申月姬·(1991)·不孕夫婦的女性角色，生育態度，婚姻家庭關係之探討·榮總護理，8(1)，53-61。

- 陳瑞堅(1987)·女性更年期種種·健康世界，29：22-25。
- 陳孟賢(1993)·紀登斯與他的構建論·二十一世紀，15，87-92。
- 曹麗英(1998)·台灣婦女更年期經驗之探討—處於健康多變化的時期·護理研究，6(6)：448-460。
- 陳靜敏、何美華、簡逸毅(2000)·婦女接受賀爾蒙補充療法的遵從行為與其更年期症狀緩解之相關研究·新台北護理期刊，2(2)，41-54。
- 曹麗英、周碧琴、洪麗玲、張淑紅、高月梅、蕭冰如、孫淑惠、安奇(2002)·更年期婦女自覺不確定感及健康行為的探討·護理雜誌，13(3)，228-238。
- 高美玲(2003)·婦女的健康權·護理雜誌，50(5)，5-9。
- 黃建勳(2004)·更年期婦女接受荷爾蒙補充療法決定因素與行為意願關係之研究·元智大學管理研究所碩士論文。
- 陳祈維(2004)·運動介入對更年期婦女生理症狀及睡眠品質之影響·國立臺灣師範大學體育學系在職進修碩士班碩士論文。
- 陳雅苓(2005)·更年期問題解決因應方式與自覺健康·台灣大學衛生政策與管理研究所博碩士論文。
- 陳筱婷(2006)·國小教師更年期症狀、更年期態度、工作壓力及其健康狀況之探討·高雄醫學大學護理學研究所碩士班碩士論文。
- 黃瑞祺(1981)·曼罕(Karl Mannheim, 1893-1947)的知識社會學·中國論壇，11(10)，40-43。
- 黃瑞祺(1982)·意識型態與烏托邦：曼海姆(Karl Mannheim, 1893-1947)社會思想的一個詮釋·哲學與文化，9(7)，23-27。
- 黃瑞祺(1990)·知識社會學-曼海姆·台北：當代。

黃慧琦(1995)·醫學與社會變遷—從古典社會學理論出發·政治大學社會所碩士論文。

黃瑞祺(2001)·曼海姆：從意識型態到知識社會學詮釋學·台北：巨流。

黃瑞祺(2002)紀登斯現象。當代，56(174)，4-10。

黃錫美(2007)·平甩功對更年期婦女心肺耐力、困擾症狀及睡眠品質之成效探討·國立台北護理學院中西醫結合護理研究所碩士論文。

葉頌壽譯(1979)·曼罕與知識社會學·中華雜誌，17(196)，48-51。

葉啟政(2000)·進出「結構-行動」的困境·台北：三民。

國民健康局(2010)·

<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/>

張珣、陳芬苓、胡幼慧（1993）·中老年婦女更年期態度的研究·中華公共衛生雜誌，12：26-39。

張珣(1995)·婦女研究十年：婦女健康人權的回顧與展望·婦女人權的回顧與展望研討會論文集。

張笠雲(1998)·醫療與社會：醫療社會學的探索·台北巨流。

張珣(2000)·婦幼衛生政策、婦女醫療政策、婦女健康政策--檢視我國政府對婦女健康的重視與行動·新世紀兩岸婦女研討會會議論文記錄。

張珣(2003)·充權導向之婦女健康促進:以更年期為例·行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告。

張珣(2003)·更年期婦女健康是公共衛生政策的議題·台灣衛誌，22(4)，245-250。

張珣、陳芬苓(2000) · 台灣婦女健康政策的性別分析，中華衛誌，19(5)，366-380。

張珣、張菊惠(1998) · 婦女健康與醫療化:以停經期/更年期為例 · 婦女與兩性學刊，9，145-185。

張珣、張菊惠、張嘉玲(2005) · 婦女健康指標之芻議 · 台灣公共衛生雜誌 24(6)，494-503。

張珣;張菊惠(1999). 停經階段與心理衛生. 中華心理衛生學刊 12 (4): 1-27

張聖如(2002) · 更年期婦女健康促進生活方式及其相關因素之探討 · 國立台灣大學護理學研究所碩士論文。

傅科著，劉北成、楊遠嬰譯(2002) · 瘋癲與文明 · 台北：當代。

張珣(1996) 傳統醫療體系中的女病人。 婦女兩性研究通訊，38，4-6。

張珣(1996)。誰來關心婦女健康。 婦女兩性研究通訊，38，7-8。

張菊惠，胡幼慧，張珣 (1998) 子宮切除術前醫師告知內容的研究。 婦女與兩性學刊，9，115-143。

張珣(2001) · 婦女與醫療：對本土女療者的另類思考 · 國家科學委員會研究會刊，11(2)，12-134。

張珣(2003) · 更年期婦女健康是公共衛生政策的議題 · 台灣醫誌，22(4)，245-261。

游庶鑫(2005) · 更年期婦女自述症狀與夫妻更年期態度、婚姻滿意度之研究 · 台灣大學衛生政策與管理研究所博碩士論文。

張佑嘉(2007) · 婦科門診更年期婦女睡眠品質、疲憊及其相關因素之探討 · 國立台北護理學院護理研究所碩士論文。

張佑嘉、周輝政、蕭美君、曹麗英(2008) · 婦科門診更年期婦

女疲憊感及相關因素之探討·實證護理，4(4)，267-276。

張維鑑、林春鳳(2009)·運動介入對改善更年期婦女熱潮紅症狀之探討·中華體育季刊，23(3)，43-54。

蘇美禎、黃璉華、曹麗英、周松男(2003)：更年期婦女健康需求。台灣醫學，7，708-16

婦女新知網站(2009)·婦女相關新聞報導·www.awakening.org.tw。

楊舒琴、盧孳艷(2000)·臺灣婦女停經的身體政治·護理研究，8(5)，491-502。

楊婉瑩(2004)·婦權會到性別平等委員會的轉變：一個國家女性主義的比較觀點分析·政治科學論叢·21，117-148。

楊中芳，高尚仁(1991)中國人·中國心—人格與社會篇。台北：遠流。

蔡英美(2006)·WHI 報告後對台灣婦女荷爾蒙用藥耗用之影響·高雄醫學大學醫務管理學研究所碩士在職專班碩士論文。

盧孳艷、嚴毋過(2000)·台北地區中年婦女與醫護人員對更年期態度之比較·慈濟醫學雜誌，12(4)，267-275。

盧孳艷、林雪貴(2001)·更年期的論述分析·護理雜誌，48(1)：77-82。

盧孳艷、楊舒琴、林雪貴(2002)·更年期婦女健康·護理雜誌，49(2)：17-21。

鄭喻仁、沈佳錚、蔡如芬(2001)·婦女更年期的治療·藥學雜誌，17(3)，91-97。

盧欣怡(2002)·更年期婦女的生活事件壓力、更年期態度、更年期症狀、自我概念與憂鬱之關係·國立成功大學護理學系碩士班碩士

論文。

趙美玲(2003)·臺灣更年期婦女性生活的衝擊·長庚大學護理學研究所碩士論文。

鄭宇婷(2006)·更年期婦女健康食品需求評估之研究·中興大學生物產業推廣暨經營學系所碩士論文。

鄧振華(2006)·女性更年期憂鬱症中醫藥研究進展探討·中醫內科醫學雜誌，5(4)，14-28。

鄧振華、蘇勳璧、葉麗澤(2006)·女性更年期常見骨科疾病的認識與防治·中醫骨傷科醫學雜誌，4(12)，37-43。

盧孳艷、陳海焦(2007)·更年期婦女之骨質疏鬆篩檢政策-風險與規訓·年代護理雜誌，54(2)，23。

劉志鴻(1989)·停經婦女要不要荷爾蒙？健康世界，158：59-69。

劉秀娟、林明寬譯(1994)兩性關係性別刻板化與角色·台北：揚智。

劉仲冬(1995)·健康與生育篇·台灣婦女處境白皮書：1995·台北：時報。

劉仲冬(1995)·國家政策之下的女性身體·於劉毓秀編·台灣婦女處境白皮書·台北：時報文化。

劉仲冬(1997)·女性醫療社會學·台北：文秀女書。

劉淑娟(1999)·中年婦女自我照顧行為及其相關因素探討·護理研究，7(3)，221-233。

劉維公(2000)·布爾迪厄與生活風格社會學研究：兼論現代社會中的社會危機·社會理論學報，2(2)，347-374。

劉孟婷(2003)·自然與手術更年期婦女蛻變、生活型態及生活品

質之相關探討·長庚大學護理學研究所碩士論文。

蕭聖音(1986)·Depo-Medroprogesterone Acetate 使用於手術性停經婦女期血管其血管舒縮、熱潮紅及內分泌學上的變化·中華民國婦產科醫學會會刊雜誌，21：53。

蕭淑代(2003)·婦科門診更年期護理諮詢方案成效探討·國立台北醫學大學護理學研究所碩士論文。

謝立中(2002)走出「結構-行動」困境：現代人的難圓之夢-對《進出「結構-行動」的困境》一書的若干評論。社會理論學報，5(1)，1-19。

蘇峰山(1997)·權力/知識/主體：Foucault 批判思考的基本問題架構·東吳哲學學報，2，209-218。

蘇美禎(2000)·更年期婦女健康需求及其相關因素之探討·國立台灣大學護理研究所碩士論文。

蘇美禎、黃璉華、曹麗英、周松男(2003)·更年期婦女健康需求·台灣醫學雜誌，7(5)，708-716。

羅旭宜(2003)·台灣中區更年期婦女情緒困擾、自我效能及人格特質之研究·中山醫學大學護理學系碩士班碩士論文。

羅旭宜、李選(2006)·更年期婦女症狀困擾與健康行為自我效能之研究·中山醫學雜誌，17(2)，153。

顧忠華(2001)·評葉啟政著《進出「結構-行動」的困境》·台灣社會學，1，241-245。

Auge, M. Herzlich, C.(1995). The meaning of illness.Australia: Harwood Academic Publisher..

Blumer, H. (1969). Symbolic interactionism : Perspective and method. Englewood Cliff, N J: Prentice-Hall, Inc..

Bourdieu, P(1894).Distinction: A Social Critique of the

Judgment of Taste. Cambridge Mass: Harvard University Press.

Burns N, Grove S (1997) Understanding Nursing Research. 2nd edn. WB.Saunders Company. Philadelphia.

Carol S. Weisman(1997).Changing Definitions of Woman's Health: Implications for Health Care and Policy,1(3),179-189.

Chu. C. M.(1990). The need for a social impact assessment of reproductive technology: the case of casarean birth in Taipei. Environment Impact Assessment Review, 10, 165-174.

Clancy, C. M. (1992). American women's health care: A patchwork quality with gaps. JAMA. 268, 1918-1920.

Cobb, J. O(1998).Reassuring the women facing menopause: strategies and resources. Patient Education and Counseling, 33(3), 281-288.

Cohen, M(1998). Towards a framework for women's health. Patient Education and Counseling, 33(3), 187-196.

Commonwealth, Fund (2000). The Commonwealth Fund 1998 survey of women's health . Women's Health Issuse, 10,35-38.

Conead P. & Schneider, J. W.(1985). Deviance and medicalization: Form badness to sickness. Ohio Publishing Company.

Davis, D. L. (1989).The Newfoundland change of life : insights into the medicatization of menopause . Journal of Cross-Culture Gerontology, 4, 49-73.

Dally, E., Gray, A., Barlow, D., McPherson, K., Roche, M., & Vessey, M. (1993). Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. *BMJ*, 307, 836-40.

Dawood, Y. M. (1993). Menopause. in Copeland, L.J. (Eds.). Textbook of gynecology. W.B Saunders Company .

Denzin, N. K. (1992). Symbolic interactionism and cultural studies: The politics of interpretation. Oxford : Blackwell.

Dickson, G. L. (1990). A feminist poststructuralist analysis of the knowledge of menopause. Advances in Nursing Science, 12(3), 15-31.

Dien, D. S.(1983).Brief communications. Psychiatry, 46,281-286.

Doswell, W. M., Millor, G. K., Thompson, H.& Braxter, B.(1998).Self-image and self-esteem in African-American preteen girls: Implication for mental health. Issues in mental health nursing, 19,71-94.

Edward, P., Stefan, W(2002). Policies, priorities, opportunities and barriers in mental health services: five years of the London manager's survey. Health Services Management Research. 15, 55-66.

Foucault, Michel (1980) Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977. New York: Patheon.

Galloway, K. (1975). The change of life the middle years American Journal of Journal, 75(6). 1006-1011.

Geertz, C.(1973).The interpretation of culture .New York:

Wiley.

Gifford, S. M. (1994). The exchange of life, the arrow of life: Menopause, bad blood and among Italian-Australian working class women. Culture, Medicine & Psychiatry., 18(3), 299-319.

Glaser, B. G. (1978). Theoretical sensitivity. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B. G. & Strauss, A.(1967).The discovery of grounded theory. Chicago: Aldine.pp:1-20.

Gordon, L.(1990). Women's body , women's right : Birth control in America. New York. Penguin.

Gordon, K. C., Baucom, D.H., Epstein, N.& Rankin, L.A. (1999).The interaction between martial standards and communication patterns: How does it contribute to martial adjustment? Journal of marital and therapy, 25(20),211-223.

Harper, D. (1990) . Perimenopause and aging. In R. Lichtman, & S. Papera (Eds.) , Gynecology well-woman care (pp. 405-424) . Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

Hare ML. (1993). The emerge rice of an urban United States Chinese medicine. Medical Anthropology, 7, 30-42

Hess, .B. B.& Ferree, M. M.(1987). Analysis gender: a handbook of social science research. Newbury Park, CA: Sage.pp:5-25.

Hickson, J.& Phelps, A. (1998). Women's spirituality: a proposed practice model. The Family spirituality and Social work, 2(4),43-57.

JAMA (2002). Writing group for the women's health initiative investigation. Risk and benefits of estrogen plus progestin in health postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. JAMA, 288, 321-333.

Jahan. J., (1995). The elusive agenda: Mainstreaming women in Development. London Zed Books.

Kaufer. K., Gillbert(1986). The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. Maturitas, 14(2), 143-155.

Kischstein R. L., (1991). Research on women's health . American Jurnal of Health. 16(3), 165-175.

Kleinman, Arthur (1980) Patients and Healers in the Context of Culture: AN Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press.

Klelnman, A. (1988). The illness narratives-suffering, healing and the human condition. New York: Basic Book. Inc.

Lazarus, I. (1995) . Medical call centers: An effective demand management strategy for providers and plans. Managed Healthcare, 56,58-59.

Lazarus, R.L.& Folkman, S.(1984) Stress, appraisal , and coping. NY: Springer.

Lego, S. (1996). Women and stress. Imprint, 43(2), 57-60.

Leininger, M. M.(1985). Qualitative research methods in nursing. New York: Grune & Stratton.

Lemaire, G. S., & Lenz, E. R.(1995) Perceived uncertainty about menopause in women attending an educational program. International Journal of Nursing Studies, 32, 39-48.

Liao, K. L., Hunter, .M. S(1998). Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. Maturitas, 29(3), 215-224.

Lincoln, Y. S.& Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. California: Sage.pp:289-331.

Lorber, J.(2000). Using gender to undo gender: A feminist degenfering movement. Feminist Theory, (1), 79-85.

Lock, M. (1998). Menopause lesson from anthropology. Psychosomatic Medicine, 60, 410-419.

Lombardo. E., & Meier, P.(2006). Gender mainstreaming in EU: Incorporating a feminist reading? European Journal of Women's Studies, 13, 151-166.

Loveys, B.(1990).Transitions in chronic illness: the at-risk role. Holistic nursing practice, 4(3)56-64.

Mannheim, K(1936). Ideology and Utopia. N.Y: Harcourt Brace and World. °

Martin, E. (1987). The woman in the body - The cultural analysis of reproduction. Boston : Beacon Press.

Mcbride, A. B.(1998). Mental health effects of women's multiple roles. Image: Journal of Nursing Scholarship, 20(10),41-47.

Mittiness, L. S. (1983). Historical change in public information about the menopause. Urban Anthropology, 12, (2), 161-1793.

McDevitt, J., Haens, K. K.(2003). Changes in wellness practice and health care utilization after an educational intervention for perimenopausal women. Women's Health Quarterly, 31, 125-131.

Mishel, M . H.(1988). Uncertainly in illness. Image Journal of Nursing Scholarship, 20(4), 225-232.

Mock, V.(1993).Body image in women treated for breast cancer. Nursing research, 42(3), 153-158.

Moxley(1989). The practice of case management. Newbury Park, CA:Sage.

Neugarten, B. L. & Kraines, R. J (1965). Menopause symptoms in women of various ages. Psychosomatic Medicine. 27(3), 266-273.

Obermeyer, Carla, M. D. (2000). Menopause across cultures: A review of the evidence. The North American Menopause Society, 7. 184-192.

Parsons, Talcott (1951) Illness and the Role of the Physician: A Sociological Persp Parse, R.(1981). A theory for nursing. New York: Wiley.pp:1-11.ective. Pp. 147-156 Massachusetts: The MIT Press.

Parse, R. R. (1981). Parse's Research Methodology with an Illustration of the Lived Experience of Hope Nursing Science Quarterly, 3(1), 9-17.

Peter Alexandersen[†], Morten A. Karsdal & Claus

Christiansen.(2009). Long-term prevention with hormone-replacement therapy after the menopause: which women should be targeted? Women's Health, 5.(6), Pages 637-647.

Riessman, C. K.(1983). Women and medicalization: a new perspective. Social Policy, 14, 3-18.

Rodriguez, H. (1992). Women's health, women's life, women's right. American Journal of Public Health, 62, 663-664.

Rosenberg . L. (1993). Hormone replacement therapy : the need reconsideration. American Journal Public Health. 83, 1670-1672.

Rostosky,S. S., Travis. C. B. (1996). Menopause research and the dominance of the biomedical model 1984–1994. Psychology of Women Quarterly,20, (2), 285-312.

Rostosky. S. S., Travis, c. B. (1996). Menopause research and the dominance of the biomedical model 1984–1994. Psychology of Women Quarterly. 20(2), 285-312.

Ruff, C; Alexander, I., Mckie C. (2005) The use of focus group methodology in health disparities research. Nursing Outlook, 53, Issue 3, P134-140

Ruzek. S. B. (1993). Toward a more inclusive model of women's health. American Journal Public Health. 83, 6-7.

Scharbo-DeHaan. Brucker C.(1991). The perimenopausal period : Implications for nurse-midwifery practice Journal of Nursing-Midwifery, 36(1), 9-16.

Serpell, R.(1976).Culture's influence on behavior. London:

Mosby.

Solloway, M. Sonosky. C. (1997). The role of maternal and child health in women's health. Washington, DC: George Washington University Child and Adolescent Health Policy Center.

Speroff L (1999). Postmenopausal hormone therapy and the risk of breast cancer. Maturitas.32, (3), 123-9.

Stern, P. N.(1996). Conceptualizing women's health: discovering the dimensions. Qualitative health research, 6(2), 152-162.

Strauss, A.. & Corbin, J. (1998).Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Thousand Oaks: Sage Pub.pp:101-122,201-216.

Stumpf P.G, Trolice M. P(1994). Compliance problems with hormone replacement therapy. Obstet Gynecol Clin North Am. 21(2):219-29.

Squires, J. Mark, W-J. (2002). Mainstreaming in Westminster and Equality Unit. Parliamentary Affairs, 55, 57-70.

Squires. J.(2007). The new politico of gender equality. London: Palgrave Macmillan.

Squires, M., Wickham. (2002). New Labour, gender mainstreaming and the Women and Equality Unit. British Journal of Politics. 6(1), 81-98.

Parsons, Talcott (1951) Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective. Pp. 147-156 in *Encounters Between Patients and Doctors*, edited by John D. Stoeckle

Massachusetts: The MIT Press.

Tsao, L. I. (1996). Menopause naturally : Perimenopausal experiences among Taiwanese women. Unpublished manuscript.

Thompson, B., Hart, S. A. & Dumo, d. (1973). Menopausal age and symptomatology in a general practice. Journal of Biosocial Science, 5(1). 71-82.

Wahlberg, A. C. & Wredling, R. (1999). Telephone nursing: Calls and caller satisfaction. International Journal of Nursing Practice, 5, 164-170.

WHO (1997). Collaborative study of cardiovascular disease and steroid hormone contraption. 349, 1202-1209.

Weitz, R. (1996). The sociology of health , illness, and health care. : A critical approach. Cali: Wadsworth Publishing Company.

Whelehan, I. (1995). Modern geminist though: From the second wave to post feminism. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Wolinsjy, F. D.(1988). The sociology of health : Principle, Practitioners and issues. Cali: Wadsworth Publishing Company.pp28-314.

Woods, N.F., & Mitchell, E.S. (1999). Anticipating menopause: Observations from the Seattle midlife women's health study. Menopause, 6(2), 167-173.

Wyke, S. & Ford, G. (1992). Competing explanations for associations between marital status and health. Social Science Medicine, 34(5), 523-532.

Zola, Irving Kenneth (1972) Medicine as an Institution of Social Control. Socological Review 20 :pp 487-504.



附 件 一

本同意書一式兩聯

參與同意書

女士：您好！

我是政治大學博士候選人，也是中華民國更年期協會副秘書長。對於更年期婦女所面臨的問題，想進一步了解台灣更年期政策與照顧現況是否具有一致性，故目前正在進行相關研究。

如果您願意參與我的研究，您的資料我必定保密，研究是採深入會談或是焦點團體的方式，為了不遺漏您的感受，在進行訪談時，請同意使用錄音機及簡短的紀錄，進行時您想停止錄音可以隨時中止。既使您拒絕參與研究，也不會影響您未來參與協會的權益。

此研究對您沒有任何危險，在研究報告上也不會出現您的名字，訪問後，您可以提出您想問的其它問題，且我將提供您相關更年期保健服務。雖然您參與此項研究，不會得到直接的利益，但是研究結果可以幫助未來政府的政策規劃及健康照顧，以利於幫助其他有同樣情形的婦女，並請對於會談中能真實的說出您的感受。

謝謝您的合作

政治大學社會系博士候選人

林淑玲敬上

電話：0935002275

聯絡住址：台北市承德路四段 79 號

同意書

本人同意參加政治大學社會系博士候選人林淑玲之研究計劃。

研究主題—台灣更年期婦女政策執行現況調查

立同意書人：_____

日期：_____

附件 二：更年期諮詢記錄卡

女性更年期諮詢專線紀錄卡

工作人員代號：_____ 電話諮詢日期：____年____月____日____分起 諮詢時間_____分

個案編號：_____ 案主姓名：_____ 案主聯絡電話：_____

個案通話縣市：_____ ※是否曾經撥打過專線 是 否

第一部份 基本資料

1. 出生日：____年____月____日 年齡：_____
2. 性別：女 男
3. 教育程度：小學以下 小學 國中 高中(職) 五專(二專)
大學(三專、二技) 研究所以上
4. 婚姻情況：未婚(是否有同居對象? 沒有 有)
已婚：分居 再婚 喪偶(是否有同居對象? 沒有 有)
離婚(是否有同居對象? 沒有 有)
伴侶有無：無 有
5. 工作性質：工 商 公 家管 其他 _____
6. 目前子女數：____位
7. 子女同住情況：部份子女同住 子女皆未同住 子女皆同住
空巢期有無：無 有
8. 婦科手術史：(可複選) 無 子宮全切除 單側卵巢切除 雙側卵巢切除
9. 宗教信仰：無 佛教 基督教 天主教 道教 其他 _____
10. 慢性疾病史：無 心臟病 高血壓 糖尿病 肝炎 紅斑性狼瘡 腎臟病
其他 _____ 慢性病數量：_____
11. 荷爾蒙服用情況：未曾服用 曾服用____月 目前服用____月
12. 停經狀況：您目前的月經週期是 規則 不規則____月 已停經____月
停經階段：停經前期(月經規律,或不規律小於3個月) 停經中期(月經不規律大於3個月,或月經停止未滿12個月) 停經後期(月經停止超過12個月)

第二部分 更年期自我健康管理評量(依據更年期手冊內容設計)

以下針對您個人自我健康照顧與健康管理之評估，請依序回答：

評分標準：0分-完全不會 1分-偶而 2分-經常 3分-總是

	完全不會	偶而	經常	總是
1. 您能夠區分自己哪些症狀與更年期有關嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您會嘗試處理自己更年期不適的症狀嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您會嘗試調整自己的情緒？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您會攝取 <u>均衡</u> 的飲食嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您會維持 <u>規律</u> 的運動？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 若您經醫師建議使用荷爾蒙藥物您會依照醫生指示服用？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 您會尋求另類醫療嗎（例如：植物性荷爾蒙、中藥、草藥、保健食品等）？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您會每個月做乳房自我檢查？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 您會定期做子宮頸抹片檢查？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第三部分 更年期症狀評量表

以下表列之症狀是缺乏雌性素可能出現的現象，請勾選出您認為自己曾出現與更年期有關的症狀困擾程度給予評分：

評分標準：0分-無 1分-輕微 2分-中等 3分-嚴重

	無	輕微	中等	嚴重
1. 心悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 胸悶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 眼睛乾澀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 沮喪或情緒起伏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 焦躁不安或容易發脾氣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 覺得沒人愛或不受重視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 健忘或注意力不集中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 失眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.容易疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.背痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.關節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.皮膚乾燥或增加皺紋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.性慾減退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.性交時疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.頻尿或尿道燒灼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.陰道乾澀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.熱潮紅或盜汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.頭眩暈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

第四部分 更年期健康訊息需求評量表

1. 以下列出您對於更年期健康訊息需要程度，請勾選：

評分標準：0分-不需要 1分-都可以 2分-需要 3分-非常需要

	不需要	都可以	需要	非常需要
1. 更年期 <u>症狀</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 如何調整更年期 <u>情緒變化</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 更年期 <u>性生活的改變</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 更年期 <u>飲食的攝取</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 更年期 <u>運動保健</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>荷爾蒙治療</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <u>更年期睡眠型態的改變</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <u>更年期泌尿系統改變</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <u>骨質疏鬆</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 有關更年期的訊息，您希望由哪些管道取得？(可複選)

- 電話諮詢 衛教手冊 醫護人員 報紙 雜誌 收音機 電視 電腦網路
研討會 其他

3. 撥打更年期諮詢專線的訊息出處？(可複選)

衛教手冊醫護人員報紙雜誌 收音機 電視 電腦網路 研討會
其他

4.最近半年內是否因更年期問題求助於醫療單位？否是，

回答是者續填以下問題：

1.求助科別：婦產科骨科精神科心臟科新陳代謝科風濕免疫科皮膚科整形外科泌尿科肝膽腸胃科其他。各科次數：_____

2.治療方式：

無

藥物，類別：精神用藥心血管用藥新陳代謝荷爾蒙肝膽腸胃

手術：無有

自我保健，方式：運動調整飲食調整生活作息調整情緒

另類療法，方式：健康食品中醫藥草針灸

檢查，類別：肝膽腸胃心血管泌尿骨骼神經婦產科

