

女性更年期研究的回顧與展望 ***

張 珪* 陳芬苓**

前 言

更年期的相關課題在二十世紀初才引起各界學者注意，一方面是因為和女性月經有關的事件一直被視為禁忌，很少被公開討論；另一方面則是因為在二十世紀以前，女性的平均壽命不超過五十歲，經歷過更年期的女性不算多，所以並未引起重視。但是現在由於醫藥與生活各方面的進步，女性平均壽命增加，停經後還有二、三十年的人生要過，因此有必要對它多了解。在我國方面亦是，由於過去很少人談，老一輩的觀念遂難以探究。然而近年來西風東漸，許多西藥也以停經婦女為主要訴求對象，是否會隨著西方觀念和醫藥的引進，而改變我國婦女與民衆原有的「更年期觀」，乃是值得重視的課題。

受西方觀念影響，過去更年期被視為是個充滿「抱怨」的時期，雖然有許多研究結果顯示：社會異質性愈高，在更年期間沒有任何身體及心理困擾的婦女會愈來愈多（Neugarten, 1968; Kaufert, 1980）。但在我國社會中，更年期仍被當做一負面用詞，含有戲謔的意味，並帶有一些刻板印象。究竟更年期是其他中年問題的代罪羔羊，或是它本身真的充滿許多問題？更年期對婦女而言是正向轉變，或是負向轉變？婦女在更年期間是否需要協助？事實上對更年期的種種現象，目前尚無定論，所以一般社會上對更年期的看法，究竟是事實，或是傳播作用所造成的假像，仍值得我們深入研究。因此本文即以有限情形下，對收集到美國的文獻以及我國的研究做一回顧整理，以期有更多研究學者投入此研究領域。

* 台大醫學院公共衛生研究所副教授（本篇審查完畢定稿日期：1993年2月24日）

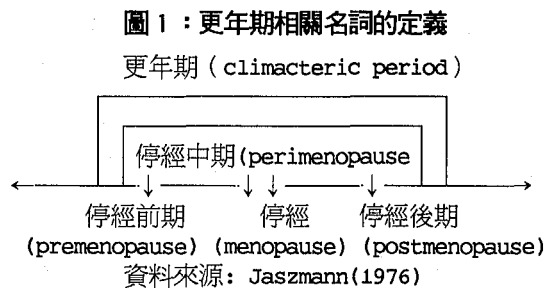
** 台大法學院社會學系暨研究所碩士

*** 感謝行政院衛生署研究經費支持（DOH 81-TD-007）

更年期的定義

一般而言，停經年齡是 50 歲，我國婦女的停經年齡依林美珍（1978）的報導是約為 48 歲，但近年來的調查則有接近 50 歲的情形（歐陽培銓、周松男、黃思誠，1982；Chang, Chen & Chow, 1993）。更年期被視為是成年女性最大的轉變時期，本省人在談及更年期時亦常以「轉」這個字眼來代替「停經」的說法。

事實上，更年期（climacteric）與停經（menopause）的意思並不相同，但在英文的使用上已可互相通用。若要仔細分辨，menopause 代表月經終止；climacteric 則是指婦女在心智及身體方面開始由性成熟步入老年的一段時期（Jaszmann, 1976），大約有兩年至五年的時間，女性體內會產生種種因停經而來的生理變化，這段時期稱為「更年期」。一般說來，更年期除了有生理的變化之外，心理的自我影像會跟著改變，社會關係與角色同時也面臨新的轉變，對於更年期各相關名詞意義的劃分請參考圖 1：



更年期觀念的回顧

一、中國觀點

國內早期有關停經或更年期的文獻，主要由醫書中獲得。在「古今圖書集成」及「醫宗金鑑」中，婦女自然停經的情形稱「經絕」；因生理上因素，導致月經不再來的情形稱為「經閉」（清，蔣廷錫等，1964再版；吳謙等，1955再版）。

古今圖書集成謂：「女子二七天癸至七七天癸絕」，天癸指的是月經，表示在清代以前，婦女停經的年齡即約四十九歲左右，與現在婦女一般停經年齡相同。醫宗金鑑謂：「婦人經斷復來，若月水不斷，不見他証，乃血有餘，不可用藥止之。」古時對婦女停經的情形，多採自然觀點，很少提及停經後的症狀與治療方法，僅提到大量出血時的治療方法。又「血隔與血枯不同，隔者阻隔也，枯者枯竭也，奈何今之為醫者不論有滯無滯多兼開導之藥，其有甚者則專以桃仁紅花之類通利為事，豈知血滯者可通，血枯者不可通也。血既枯矣而復通之，則枯者愈

枯其與榨乾汁者何異。」可見停經若是因廢血排盡，則不主張用藥使月經再來。

古代醫書上一般藥方以治療經閉為主，對於經絕則很少提及需要治療的。經閉大致有血滯經閉、血虧經閉及血枯經閉等幾種，醫宗金鑑稱血滯經閉為「月事不來胞永閉也，胞永者屬心，而絡於胞中，今氣上迫肺心氣不得下，故月事不來。」血虧經閉指「女子有隱曲不得之情，心脾氣鬱不舒，以致二陽胃病，飲食日少，血無以生，故不月也。」血枯經閉指「過淫精竭，產多乳衆，傷血血枯，經來漸少，二三月後經閉不行。」而大胡連丸、衛生湯、導經丸、萬應丸等，則是治療經閉或因經閉所引起的某些不適。

在近代的醫師典（民國 38 年）中，認為經絕期即所謂更年期，開始於 47 歲。治療以精神療法為主，可改善婦女環境、轉移注意力於某一事業；藥物治療則提到雌激素等卵巢製劑及鈣劑。至於雌激素治療的副作用，則認為部份患者會噁心、嘔吐、腹瀉、食慾不良、昏眩、衰竭、感覺異常、渴及皮疹等，不可服量過大或過久。醫師典中所提到的處理方式及藥物觀點與下文中西方 1950 年代的觀點相似，其間的關聯還有待進一步查証。民國 60 至 80 年，國內雜誌對更年期及雌激素的報導漸多，作者也以醫護人員為主，但內容似以西方對更年期的觀念為導，我國婦女本身的觀念及實際情形則很少探討（醫師典，1949 再版）。

至於台灣早期的實証研究，則以明治 41 年（1908）台北醫院婦產科黃登雲醫師，針對全省 102 位婦女所進行的月經調查最詳盡。在他的調查中，22 位已停經受訪者的平均停經年齡為 47.8 歲，眾數 50 數，平均來潮年數為 34 年，報告中也探討本地月經方面的禁忌，但對停經民俗方面則未深入探究（黃登雲，1908）。

二、西方觀點

十九世紀末，二十世紀初許多學者對更年期多半有所誤解，如佛洛依德派學者視更年期為「精神官能症（neurosis）」；維多利亞時代的醫師視之為「罪惡（sin）」及「退化（decay）」的象徵；1893 年法國科學家 Regis de Bordeaux 更視女性更年期病人為「瘋狂（insanity）」（McCrea, 1983）；而 Tissier 於 1885 年則認為婦女在停經後，會與經過閹割的男性一樣顯示嚴重的憂鬱症，即「閹割情結」（林美珍，1978a）。

1960 年代醫生普遍視更年期為一種「激素缺乏病」（hormone deficiency disease），認為是因為卵巢功能衰退，雌激素分泌不足，所以需要服用雌激素才能防止生理機能發生異常（潔芝，1977）。Robert A. Wilson 把女性更年期和糖尿病相比，認為都是因體內缺乏激素所造成的，並大力提倡使用雌激素替代治療（estrogen replacement therapy, ERT）來治療，將可預防更年期和其他與老年有關的疾病。他甚至還認為 ERT 可預防癌症，危險性極小，且可預防一些因雌激素變化所造成的不穩定，而減少像酒癮、藥癮、家庭破碎等社會問題。他的妻子在“Feminine Forever”書中更大力鼓吹使用 ERT，主張 ERT 可使女性永保健康年輕及女

性的魅力。從此醫師開始介入更年期事件，到 1970 年代雌激素已是醫生常用藥之一了（Swartzman & Leiblum, 1987）。這個觀點無異視更年期為一種「疾病（disease）」，需要靠藥物來治療。

然而，ERT 的問題也陸陸續續被提出來，1890 年代就有人懷疑雌激素與癌症的關聯；1975 年美國洛杉磯華盛頓大學 Kaiser-Permanente 醫學中心發現：停經後的雌激素治療與子宮癌有關。至 1980 年止，美國至少有九篇以上的研究報導証實，使用 ERT 的婦女罹患子宮頸癌的機率比未使用者高出 4-20 倍（McCrea, 1983; Smith et al, 1975）。世界健康組織於 1981 年也指出：70-80 % 停經後婦女的雌激素量，事實上是足夠的，而雌激素治療又明顯與乳癌及子宮癌有關，所以其必要性需要重新評估（Ussher, 1989）。

不只更年期的治療受到批判，其「疾病模式」的觀點也遭受醫學研究者的挑戰，Saul Gusberg 就是第一位認為「疾病模式」標籤是一派胡言的學者。Kitzinger 於 1983 年也認為把停經後所有問題都歸因在雌激素減少是不恰當的，因為雌激素並非突然減少，女性從 25 歲左右體內雌激素量就慢慢在減少，難道女性 25 歲以後所有問題都該歸因於此嗎？顯然這不是問題真正的根源（Ussher, 1989）。

1960 年代末到 1970 年代初期，女性主義帶動起「婦女健康運動」，對長期以來醫學模式有新的定義，認為：社會上對月經和更年期的一些禁忌與疾病的觀點，基本上是一種社會控制，目的在限制女性社會角色扮演的能力（Ussher, 1989; Boston Women's Collection, 1987, 1992）。事實上，更年期並不能限制女性的生理或心理能力，它只是自然年齡中的一部份，是自然的生理過程。ERT 強調可讓女性「永保女性魅力」無異是從男性主導的觀點來定義女性的生理過程，視女性為性對象罷了；而熱潮紅（hot flashes）就像青春期中男生會變聲一樣只是自然現象，不需要醫學的介入和干預（McCrea, 1983）。醫學界也慣以父權式的態度對待女性，認為是對女性的保護，因為女性本身並無能力對她們自己的健康照顧做完善的決定（Lindstrom, 1983）。但事實上，愈來愈多中年婦女受過較高的教育，仍在工作或社會上活躍，是一群需要充分資訊的健康消費者，也有能力去瞭解自己的身體和為自己的健康照顧做決定。

MacPherson（1981）曾以經濟學的角度分析更年期，他認為以用藥的觀點來看，女性這個潛在的大市場是值得開發的。因為全球將近一半的人口，若有 30 年的光陰需要接受治療，那無異是個可以開發的資源，所以不難理解鼓勵停經後婦女使用藥物的潛在因素。而 Seaman & Seaman 也攻擊 Wilson 和其他 ERT 的支持者是經濟利益趨使的結果（McCrea, 1983）。

在 ERT 治療與子宮頸癌間關聯性被提出來，以及女性主義者的提倡後，ERT 的使用率有明顯下落的趨勢（Swartzman & Leiblum, 1987）但在 1975-79 年間之後，又提出 ERT 可用以治療停經後婦女常見的「骨質疏鬆症（osteoporosis）」，由於這個發現使得 ERT 的使用有回

升的趨勢。所以 ERT 的長期治療又被採用，這次不是爲了“永保女性特徵”而是治療“骨質流失 (bone loss)”。

總之，有四個意涵瀰漫在西方醫學界對「更年期」的定義中：

1. 女性的潛能和功能受制於生理。
2. 女性的價值由生殖力 (fecundity) 和吸引力 (attractiveness) 來決定。
3. 失去女性角色將會帶來身體和情緒上的問題。
4. 上了年紀的女性是無用且令人討厭的 (McCrea, 1983)。

這樣的觀點不僅在過去被強調，就連近代的醫學著作也深信不疑，甚至視更年期婦女參與社會活動活躍的現象，爲一種心理防衛機能的表現 (Steiner, 1983)。

事實上，醫生試圖透過醫療模式來解決中年婦女的問題，結果很容易忽略了中老年人真正問題的根源，而只是治癒其身體的症狀而已。一些研究也証實：對中年婦女而言更年期的生理變化並不是她們在中老年期所遭遇的最大問題，許多生活事件的轉變 (Greene & Cooke, 1980)、對老年的恐懼 (Neugarten, 1968；林美珍, 1978)，角色的再學習等，可能才是中年婦女困擾的主因。

因此，在研究更年期婦女的問題時，從廣泛的社會文化層面探討是必要的，「更年期」也不宜只是侷限在醫學問題而已，更須整合各個學科共同努力，使其不再是問題 (張珏、陳芬苓、胡幼慧, 1993)。

國內外相關研究*

綜觀國內外相關研究，可以發現每個學科在更年期研究上會有不同的取向。從本世紀初起，便有許多學科涉入「更年期」的研究，那是因爲更年期本身是個很複雜的轉變時期，牽涉到生理、心理、社會和文化各方面的變數。而各學科在研究這個主題時，往往也因本身所受學科訓練不同的關係，會特別偏向於去研究特殊、窄隘的問題及變項，使得各學科對更年期的詮釋也有所差異。目前對更年期的種種相關現象，雖然尚無一定論；對影響更年期調適的因素，也各說各話，但由於有受過各種學科訓練的人投入此主題的研究，已使這個被視爲「神秘 (myth)」的事件愈來愈清晰了。D. Campbell 曾說：研究的目的是要發展一套理論架構，由各種不同學科來描繪，將能解釋更多層面的現象 (Kaufert, 1982)。以下茲將各學科在更年期研究上的努力及其特殊的觀點簡介如下：

* 見附錄

一、臨床醫學

對臨床學者而言，通常會把更年期的研究重點放在症狀和治療上，取材也常來自臨床的樣本，強調更年期的問題層面及藥物使用。這些研究結果傾向認為：女性在更年期是有困擾的，需要接受藥物治療（通常指 ERT）。使用藥物不但可以減輕因荷爾蒙變化所產生的症狀，及停經後的骨質疏鬆症，也將有助於心理症狀的解除。在 Campbell（1976）的書中就提到：ERT 不僅可以治療因更年期所帶來的熱潮紅現象，對沮喪（depression）的改善也有助益；有些研究者也提到中年婦女過了更年期，身體狀況會變得比較差，求醫率會提高（Iessler, 1976）。由於過度強調更年期時所發生的症狀及困擾，容易造成一般人的誤解和對更年期的負面印象，認為它的問題很多。

而這樣的詮釋也有助於灌輸一種意念（idea）：更年期應被視為是一種症狀和激素缺乏症，宜接受醫生的治療。然而一些研究結果卻發現：除了「熱潮紅」與「冷汗」是因更年期所引起的之外，其他症狀並不被認可（Bungay, Vessey, MacPherson, 1980）。一些跨文化的研究結果更主張：除了月經中止和雌激素減少之外，各文化間的更年期並無共同現象（Kaufert, 1982）。

然 Voda & Eliasson（1983）卻懷疑 ERT 使用的必要，她們認為：熱潮紅在停止使用 ERT 後，症狀又會出現；而陰道乾燥使得進行性行為時有所困難的問題，可用油膏潤滑或以其他方式進行性行為；至於骨骼疏鬆症的問題，ERT 也只可以停止骨骼快速流失，卻不能取代原先失去的骨骼，所以早期以食物（如補充鈣質）或運動方式預防，才是更積極的作法，她們並建議醫生不應盲目使用，應先試用看看是否適合婦女的體質。其他症狀的發生則是自然的老化現象，過去總被不恰當地歸因於更年期。

二、社會學

社會學家則傾向於針對大量、非臨床的更年期的婦女進行調查，認為有更年期困擾的婦女只是少數，大部份中年婦女並不會表達對更年期的到來有多悲哀，也不會認為有較差的健康狀況或增加使用醫療服務的比率（Kaufert, 1980; McKinlay & Jefferys, 1974; Walfisch, Antonovsky & Maoz, 1984）。只有 30-50% 的更年期間及更年期後婦女表示曾有身體上的困擾，情況較嚴重者也僅 2-10%（Walfisch et al, 1984）。症狀多半只有熱潮紅和出冷汗，而心理上的症狀則與停經無直接關係，和年齡變化比較有關（McKinlay & Jefferys, 1974; Kaufert, 1980; Bungay et al, 1980）。Kaufert 和 McKinlay 兩位學者更致力於更年期問題的長期追蹤研究，並結合生理、人口及心理社會的變項，企圖跳出原本窄小的專業領域（discipline oriented）。

O'Toole & O'Toole（1988）曾以 Glaser & Strauss 於 1971 年所提的「地位變遷理論

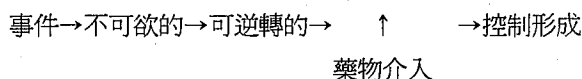
(Status Passage Theory)」分析醫療模式與女性主義模式的衝突。主要是以六個概念來說明：(參考表一)

1. 需求性 (desirability)：這項變遷是不是婦女所想要的，「需求性」代表失去原先的價值特性。

2. 可逆轉性 (reversibility)：這項變遷是否可逆轉或停止。當視更年期為疾病時，它被視為可預防，可停止的。醫界企圖以可逆轉性來解釋，並加以干預。此時藥物所代表的意義很重要，它不只改變了可逆轉性，且改變了變遷的其他屬性，但更重要的是：這個團體開始控制了變遷的形成。

3. 時間性 (temporality)：發生變遷的時間是否正常。

4. 形成過程 (shape)：許多研究都專注在生、心理轉變，忽視了其他可能控制形成變遷的因素，如：朋友、丈夫、子女、專業團體、社會運動。尤其前二者所形成的模式化變遷 (model passage)，提供我們判定及預測正常與偏差的標準。醫療界控制形成的程序是：



5. 環境 (circumstantiality)：提醒我們注意衝突的變遷中，社會支持及社會控制的問題。醫療界以生病角色和刻板印象來疏離更年期婦女，女性主義者就是要打破這種控制。

6. 多重性 (multiplicity)：每個時間同一個人可能處於多個地位變遷的狀態，各個地位變遷的順序很重要。很多中年事件會被視為更年期問題，就是沒有嚴格評估這些多重而連續的地位變遷。

表一 地位變遷理論的分析

	視之為不可 治的疾病時	視之為可 治的疾病時	視之為自然 正常的事件
需求性	高度厭惡	合意	合意/中性
可逆轉性	否	可預防、回復	否
時間性	快速	沒有改變	漸進的
形成	向下	沒有改變/逆向	沒有改變
環境	獨自或集體	獨自	集體
多重性	會影響其他地位	沒有影響	沒有影響

資料來源:O'Toole & O'Toole (1988)

社會學家強調更年期婦女最大的轉變就是「生殖力的喪失」所引發的角色轉變，過去母性 (motherhood) 的角色可能會慢慢減弱，需要接受新的角色。雖然多數婦女對更年期身體的

變化都有相當的準備，但對生活角色上的變化卻少有準備。不幸的是，這些變化又與停經同時發生，使婦女對更年期的身體變化更難適應，甚至陷入一種悲傷的情緒中。Engel (1987) 曾說：婚姻、心理和社會壓力使更年期的調適更加困難。

在強調生育 (reproduction) 及母親角色的社會，停經可能會威脅到她的自尊，因此認為純家庭主婦在停經時期問題較多 (Bart, 1971)。

此外，社會學研究較著重於生活事件、婚姻調適及社會支持網絡對更年期事件的影響 (Engel, 1987; Greene & Cooke, 1980)，也常採用職業、社經地位、社會轉變和社會文化等變項來分析 (Greene, 1976)；並對醫療問題的定義挑戰，企圖賦與新的詮釋，如女性主義視醫療界對更年期的定義是一種社會控制，女性研究者對潛藏在更年期問題中性別刻板印象、男性偏見的批判 (McCrea, 1983; Ussher, 1989)；衝突學派學者對醫療問題中階級意識的探討 (Ruzek, 1986)；標籤理論凸顯出社會刻板印象與疾病行為間的關係 (Wolinsky, 1980) 等。

女性主義者雖對長期壟斷的醫療模式提出批判，賦與更年期新的觀點與正向的定義，但也不免受到批評。McCrea (1983) 認為大部份研究更年期的女性主義者還是只在「意識型態」及社會心理層面探討，而忽略結構因素，及女性在健康照顧體系中角色的問題。Posner (1979) 則認為女性主義模式與醫療模式相同的是：常把更年期婦女的問題歸因在「全看你怎麼想 (all in your head)」，其實如果婦科醫師是巫師，那麼女性主義者就是文化海洛英，企圖建構一套意識型態，對女性有幫助，而使更年期成為「心理問題」，否定了自己荷爾蒙的變化。

三、人類學

人類學家常針對不同民族及文化的地區進行實地研究，他們的貢獻在於呈現西方社會以外，不同文化中由於角色轉變的差異，所帶來更年期現象的不同，對於傳統西方社會所描繪的「更年期事件」有新的詮釋。角色 (role)、地位 (status)、自尊 (self-esteem) 是常用的變項。

人類學家認為：月經或生殖力結束，完全是社會文化 (socio-cultural) 事件，不同社會中更年期症狀的差異，來自女性生命週期中所接收之地位訊息不同的結果。Flint (1975) 認為西方女性一方面因為空巢期症狀，一方面又因丈夫也在更年期容易有外遇，社會對老人又是負面態度，而更年期正是邁向老年的標誌，因此會有許多困擾出現。在其對 Rajput 地區的研究中即發現，過了更年期的女性可自由訪視其他人家，可在大廳會見男士、談話、歡笑，甚至可以喝酒，可以說完全從月經未停止前的禁忌中釋放出來，而 Rajput 的婦女幾乎沒有更年期問題。因此，她認為更年期對婦女而言若是正向的角色轉變，她們所出現的症狀會比較少。

在 Aher (1978) 對中國婦女的研究中指出，過去中國女性因經血所受的限制和利益會隨

停經減少，但在權力和影響力方面漸增的趨勢，卻絕不會隨停經而逝。而我們也深信，不同社會中對更年期事件，都有其獨特的看法與經歷。

此外，La Fontaine 於 1960 年研究 Gisu 地區的婦女發現，更年期婦女自殺率大幅上升，因為丈夫和家庭內都排拒她（Kaufert, 1982）。Stenning 在研究 Fulani 地區婦女時，發現當地婦女在最後一個女兒出嫁時，會將自己的葫蘆全交給她；在最後一個兒子結婚時，將自己的罐子交給兒子，而所有子女結婚後，Fulani 婦女會離開丈夫和最大的兒子住在一起。在以牛乳生產為主要經濟作物的當地，葫蘆代表經濟上的地位及生產的角色—結婚時接受它們，等於接受生育子女的角色；交出它們代表生育角色的終結。對當地婦女而言，生育力結束（一般所謂的停經）的象徵，在於交還葫蘆與罐子，而非身體上的改變。葫蘆和罐子傳給子女，表示地位的失落，「空巢期」對 Fulani 地區的婦女而言，是社會和經濟角色的終點，即「社會性死亡（socially dead）」。Flint 認為以 Fulani 地區的例子來看，停經只是必要而非充分條件了。反之，若是更年期後婦女在社會中的地位是較高的，則更年期調適的困難也會不存在（Davis, 1980; Flint, 1975）。

Bart（1971）則認為：從這些跨文化的研究結果似乎可以證明，美國年輕取向的社會文化增強了更年期間的問題。在養育子女階段後的角色定義、相稱（appropriate）地位及重要生活任務，是影響女性停經後情緒及身體轉變的重要因素。Lock（1986）也提出日本婦女有 1/3 視停經為生命轉變，認為困擾是不可避免，且有二種意涵，一為再度進入童年，行動自由，一為身體傷害。

但角色轉變卻不一定是更年期事件的關鍵因素。為了証實文化與更年期間的關係，Beyene（1986）選了文化價值觀相似，對月經、生子、女性角色方面的態度也相近，但更年期經驗卻迥然不同的兩個村落進行比較性研究。結果發現，Mayan 地區的婦女歡迎停經的到來，覺得從禁忌中自由，不需再因月經而感到焦慮、緊張，現在反而像小女孩一樣，與丈夫的性關係也更好，幾乎沒有人有任何症狀出現；但 Greek 地區婦女的情況卻大不相同，她們視更年期為接近年老的象徵，雖然和丈夫有較佳的性關係，但停經前的婦女仍對更年期有負面態度及焦慮的複雜情結，象徵自己將退出生活主流。此外，Greek 地區的婦女在停經前後有症狀的比例頗高但沒有人因此而就醫，因為他們都視之為自然現象。所以 Beyene 認為：以「文化因素」來解釋婦女更年期經驗似乎不足，應考慮「生理文化（bio-culture）因素」，如飲食、生育模式與遺傳等對婦女體內荷爾蒙生產的影響。

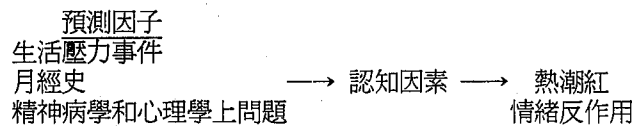
Kaufert（1982）認為人類學對更年期的概念中，以 Van Gennep 於 1960 年所做的詮釋最具代表性，主要有三點：(1). 尚不知更年期有何慣例及常規可循；(2). 更年期是「生活新階段開始」的標誌；(3). 女性先前的地位和角色通常在更年期後會倒轉過來，且通常是正向的轉變。

四、心理學

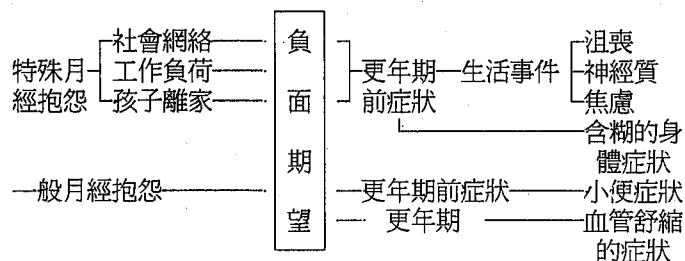
在心理學方面，則視更年期為「人種中心 (ethnocentric)」事件，強調在這過程中認知／態度的重要性，有一部份的研究者則專注於針對更年期婦女沮喪情緒或身體症狀所進行的諮商與行為治療法 (Germaine & Freedman, 1984)，以及更年期後的性問題。

更年期常被提及的心理症狀，包括沮喪、憂鬱、易怒與神經質、健忘、易激動、睡不好、不能專心、感覺恐慌、擔心身體、頭痛等 (Neugarten, 1963; Kaufert et al, 1988)。在林美珍 (1978b) 對台灣婦女的研究結果中，除了易怒與神經質、易激動、頭痛外，上述的各種症狀更年期組與其他年齡組間都有顯著差異。此外，「沮喪」是最常被研究的主題，其與更年期之關聯性的說法有五種：(1) 因停經所造成之生理不適所引起 (William, 1985)；(2) 持傳統女性角色者在更年期易沮喪 (Steiner, 1983)；(3) 與人格有關 (Polit & LaRocco, 1980)；(4) 中年婦女的沮喪是因與停經同時期所發生的生活事件有關，如子女離家、雙親或配偶死亡及婚姻問題等 (McKinlay et al, 1987; Greene & Cooke, 1980)；(5) 更年期婦女不會特別出現沮喪的現象 (Winokur, 1973; Lennon, 1987)。

心理學對更年期現象差異的歸因，主要在「認知」上。Ballinger 的「易受傷害模型」認為：在更年期荷爾蒙的改變，不僅使女性有生理、情緒上的症狀，而且易受壓力源的傷害。Hunter 的「認知模式」則假設：若放入認知因素則有助於瞭解預測因子間的連結 (如生活事件，更年期經驗)。因此建議婦女要反抗負面刻板印象，創造新的信念；在更年期前若能幫助婦女處理經前症候群或經痛問題，將有助其更正面地處理更年期 (Ballinger, 1975; Hunter & Sundel, 1989)。其模式如下：



Resnick 提出的「生涯與生命發展觀點」則企圖結合各學科而成為一個總括性 (comprehensive) 的模型，他認為「負面期望」是影響更年期調適的重要因素，造成負面期望的則是過去月經經驗及心理社會調適因素。其模式如下：



研究方法的缺失

綜觀上述各研究，可發現一些方法上的問題，主要有下列幾點：

（一）抽樣方面：

1. 樣本來自臨床或醫院（Kaufert, 1980; Deykin, 1966; 歐陽培銓、周松男、黃思誠, 1982）若非針對一般健康婦女，其症狀出現程度可能會過度誇大，而與事實不符。

2. 一般研究多半以中、上階層婦女為對象（Greene & Cooke, 1981; Muhlenkamp, Waller, Bourne, 1982; Bowles, 1986），有些研究的受訪者中，職業婦女或專業人員的比例也比平均人口高（Leiblum & Swartzman, 1986; Uphold, 1981），只有少數研究對象以中低或低社經人口為主（Walfisch et al, 1984）。事實上難以用語言明確表達其身體不適的低社經者，及以家庭為生活主軸的純家庭主婦們，更需要我們深入研究。

（二）症狀定義方面：

1. 一般研究喜歡採「您在更年期間有那些症狀？」的問法，如Neugarten 等人的研究（1965）；或是「在過去幾年內 - - 」的問法，如McKinlay 等人的研究（1974）。第一種問法無異是讓受訪者自己決定何時為更年期，及那些症狀是和更年期有關的；第二種問法則需要受訪者回憶過去曾有過的情形，恐怕會有偏誤，尤其是一些心理症狀。所以Kaufert, Gilbert, Hassard（1988）建議問受訪者二週內的身體狀況，再以更年期狀態為自變項。

2. 症狀的問法有些是以量表，有些是採開放式，量表的項目長短差異很大，如Blatt更年期指標只有11項，Neugarten 的量表長達28項，然仍無被大家都接受的分表。

3. 自然停經與因手術停經者間並未分開討論（Polit & LaRocco, 1980; 歐陽培銓等, 1982），事實上兩者間在症狀困擾方面有很大差異（蕭聖音, 1986）。

（三）更年期的定義方面：

1. 有些研究是讓受訪者自己判斷其是否在更年期（Muhlenkamp et al, 1982），然而受訪者是否都有這樣的能力？目前大部份研究者都採訪問月經狀況，而以停經3個月到12個月內為停經中期，之前為停經前期，之後為停經後期的分類方式（Kaufert, Lock, McKinlay, 1986a），即以研究者客觀判斷的方式來界定。若兩種方法兼採行，可兼顧主客觀層面，並可檢驗受訪者對自己更年期的認識程度。

2. 在「停經」和「更年期」之間，在概念上和實務上都缺乏詳細區分，以至於有些研究以年齡層為類別，如Neugarten 等，有些以停經狀態為類別，如McKinlay、Greene、Kaufert 等人。

（四）文化刻板印象對症狀的影響：

Kaufert et al（1988）認為問卷中若直接採用「更年期」的字眼，所反映出的可能只是

文化對更年期的刻板印象，而這種刻板印象或許會影響婦女症狀的表現。所以問卷中應避免採用「更年期」的字眼，且最好同時問月經與更年期的問題，並儘量表示是對婦女健康的關懷，其目的是希望婦女將注意力放在自我健康而非更年期上。

(五) 研究內容方面：

更年期研究多專注在症狀的探討、量表的建立，在探討態度上也常以客觀量表為主 (Muhlenkamp et al, 1982; Bowles, 1986)，Davis (1980) 曾批評客觀量表在跨文化研究中並不適用，唯有以主觀探究方式才能使對方內在心理與感受反映出來，瞭解文化如何影響態度。因此除運用量表外，若能採更深入的定性研究法 (qualitative method)，如 Berkun (1986) 的研究，或許可反映出更有意義的內涵。

以上述三位學者寫出的架構為例 (Ballinger, 1975)，可說明心理學對更年期婦女生活調適的詮釋，主要關鍵在於認知。Polit & LaRocco (1980) 的研究結果也認為：更年期心身及心理症狀與人格有顯著相關。

此外，對更年期態度方面，一般說來年輕的女性對「更年期」較持負面態度 (Neugarten, 1968; 林美珍, 1978a; Bowles, 1986)，對更年期相關資訊的了解程度也較年老者、無工作者及低教育程度者高 (LaRocco & Polit, 1980)；而教育程度較低者及已過更年期者則較贊成採「醫療模式」 (Leiblum & Swartzman, 1986)。但 Muhlenkamp 等人 (1982) 以 vignette 方式研究的結果則發現，婦女是否經歷更年期與其態度無關。她認為從 Neugarten 時代至今，對更年期的態度或許已有所改變，可能是受婦女運動的影響。

雖然心理學強調認知的重要性，但這些結果不應被錯用，因為這並不表示婦女的人格或態度是一切問題的原兇，婦女們的抱怨也並非「全看她們怎麼去想 (all in her head)」而已，而是希望藉此能瞭解特殊婦女的經驗，以期提供她們適時的支持與幫助 (Hunter & Sundel, 1989)。

結 語

由於更年期是最近才開始被重視的研究議題，也可由文獻回顧中發現其隨時間也對研究重點有所改變，而女性主義的出現更對此一議題有全然不同的看法。而在綜合上述對各研究文獻的陳述與研究方法的批判，也在在肯定更年期是目前我國急需開展的重要研究主題，它涉及傳統對婦女偏差看法的釐清，也呼籲重視“婦女健康”，因此再次將研究的主要幾點重要性詳列如下：

- 一、「更年期」或者「停經」幾乎是所有婦女都會經歷的事件，而女性月經歷程中的每一個變化，都會影響女性怎麼去看自己。

- 二、更年期不僅僅是個「生理」事件，更是社會文化事件。因此，對它的研究應超越病理主題，而擴及心理、社會及人類學等其他層面的研究。
- 三、在西方國家一般的認知中，它是有困難、負面的；但女性主義及跨文化研究者卻有不同的詮釋，所以實際狀況可能不如刻板印象中那樣。
- 四、過去對更年期的印象多半來自以男性為主的醫界，有必要從女性角度重新詮釋這個屬於女性的議題。
- 五、「更年期」與其他中年期重要的生活事件、角色轉變，往往同時發生，如空巢期、喪夫、婚姻危機、祖父母角色的獲得、丈夫提早退休等；所以更年期與生活轉變間的關係有必要釐清。
- 六、「更年期」可視為是中年過渡到老年的轉捩點，許多婦女也視停經為步入老年的象徵。所以，若更年期有較佳的調適，對未來老年生活的適應或許會有助益。
- 七、雖然更年期常被視為步入老年的象徵，但不表示女性社會角色將受限制，它可能也是女性走向成熟和潛能發揮的大好機會。

參 考 文 獻

中文部份

林美珍

1978a 婦女更年期症狀及其態度之研究，台北：正昇教育科學社。

1978b 「婦女更年期症狀之研究」，教育與心理研究第2期：55-92。

(清)吳謙等纂

1955 醫宗金鑑第四卷，台北：大中國圖書公司印行。

吳埴村編著，吳謙等纂

1981 醫宗金鑑婦科心法，台南：世一書局。

癸未醫學出版社編

1949 醫師典，增印四版，香港：大同書局。

(清)蔣廷錫等奉敕纂

1964 古今圖書集成藝術典，文星版，台北：文星書局。

陳俊宏、陳光煒、陳榮輝

1986 「停經後出血-165例的分析」，中華民國婦產科醫學會會刊雜誌，21(2)，65-72。

張珏、陳芬苓、胡幼慧

1993 「婦女更年期態度之研究」，中華衛誌 12(1)，26-39。

潔芝

1980 「中年婦女的困擾：斷經期與雌激素」，大眾醫學，第三期三十一卷，110-111。

歐陽培銓、周松男、黃思誠

1982 「雌激素治療對中國婦女停經症狀之臨床經驗」，中華民國婦產科醫學會會刊雜誌，25(1)，52。

蕭聖音

1986 婦女停經症狀之研究與分析，高雄醫學院醫學研究所碩士論文。

羅錦通、洪文武、張中全

1986 「Depo-Medroxyprogesterone Acetate 使用於手術性停經婦女其血管舒縮、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，25(1)，53。

黃登雲

1908 「本島婦人月經調查報告」，台灣醫學會雜誌63-74期：748-765。

英文部份

Aher, E.

- 1978 "The power and pollution of Chinese woman in Wolf (ed.), Studies in Chinese Society. 269-290.

Ballinger, C. B.

- 1975 "Psychiatric morbidity and the menopause: Screening of general population sample." British Medical Journal, 9, 344-345.

Bart, D.

- 1971 "Depression in middle-aged women." In V. Gornick & B. Moran (eds.), Women in Sexist Society. New York: Basic Books. 99-117.

Berkun, C. S.

- 1986 "In behalf of women over 40: Understanding the importance of the menopause." Social Work, Sep - Oct, 378-384.

Beyene, Y.

- 1986 "Cultural significance and physiological manifestations of menopause a biocultural analysis." Culture, Medicine and Psychiatry, 10, 47-71.

Boston Women's Collection

- 1987 Ourselves going old. New York: Touchstone.

Boston Women's Collection

- 1992 The new of our bodies ourselves :A book by and for Women. New York: Touchstone.

Bowles, C.

- 1986 "Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model." Nursing Research, 35(2), 81-85.

Bungay, G. T., Vessey, M.P. & McPherson, C. K.

- 1980 "Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause." British Medical Journal, 19-July, 181-183.

Campbell, S.

- 1976 The Management of the Menopause & Postmenopausal Years. Baltimore: University Park Press.

Chang, C., Chen, F.L. & Chow, S. N.

- 1983 "Self-reported menopausal symptoms of Taipei women." Journal of the Formosan

Medical Association. (in processing)

Datan, N.

- 1986 "Corpses, lepers, and menstruating women: Tradition, transition and the sociology of knowledge." Sex Roles, 14(11/12), 693-703.

Davis, D. L.

- 1986 "The meaning of menopause in a newfoundland fishing village." Culture, Medicine and Psychiatry, 10, 73-94.

Deykin, E. Y.

- 1966 "The empty nest: Psychosocial aspects of conflict between depressed women and their grown children." American Journal of Psychiatry, 122, 1422-1425.

Engel, N. S.

- 1987 "Menopausal stage, current life change, attitude toward women's roles, and perceived health status." Nursing Research, 36(6), 353-357.

Flint, M.

- 1975 "The menopause: Reward or punishment." Psychosomatics, 16, 161-163.

Frey, K.

- 1982 "Middle-aged women's experience and perceptions of menopause." Women & Health, 6, 25-36.

Germaine, L. M. & Freedman, R. R.

- 1984 "Behavioral treatment of menopausal hot flashes: Evaluation by objective methods." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 52(6), 1072-1079.

Greene, J. G.

- 1976 "A factor analytic study of climacteric symptoms." Journal of Psychosomatic Research, 20, 425-430.

Greene, J. G. & Cooke, D. J.

- 1980 "Life stress and symptoms at the climacterium." British Journal Psychiatry, 136, 486-491.

Hunter, S. & Sundel, M.

- 1989 Midlife Myths. California: Sage Publications, Inc.

Issler, R., Mechanic, D. & Dimond, M.

- 1976 "The effect of psychological distress on physician utilization: A prospective study." Journal of Health Social Behavior, 353-364.

Jaszmann, L. J. B.

- 1976 "Epidemiology of the climacteric syndrome." In S. Campbell (eds.), The Management of the Menopause & Post Menopausal Years. UK: MTP Press.

Kaufert, P. A.

- 1980 "The perimenopausal woman and her use of health services." Maturitas, 2, 191-206.

Kaufert, P. A.

- 1982 "Anthropology and the menopause: The development of a theoretical framework." Maturitas, 4, 181-193.

Kaufert, P., Lock, M., McKinlay, S.

- 1986a "Menopause research: The Korpilampi workshop." Social Science Medicine, 22(11), 1285-1289.

Kaufert, P. A. & Gilbert P.

- 1986b "Women, menopause, and medicalization." Culture, Medicine and Psychiatry, 10, 7-21.

Kaufert, P. A., Gilbert, P. & Hassard, T.

- 1988 "Researching the symptoms of menopause: An exercise in methodology." Maturitas, 10(2), 117-131.

LaRocco, S. A. & Polit, C. F.

- 1980 "Women's knowledge about the menopause." Nursing Research; 29(1), 10-13.

Leiblum, S. R. & Swartzman, L. C.

- 1986 "Women's attitudes toward the menopause: An update." Maturitas, 8(1), 47-56.

Lennon, M. C.

- 1987 "Is menopause depressing? An investigation of three perspectives." Sex Roles, 17(1-2), 1-16.

Lindstrom, W. C.

- 1983 "Positive consideration of estrogens and the female patient." Journal of Oklahoma Medicine Association, 76, 167-171.

Lock, M.

- 1986 "Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause." Culture, Medicine and Psychiatry, 10, 23-46.

MacPherson, K. I.

- 1981 "Menopause as disease: The social construction of a metaphor." Advance in Nursing Science, 3, 95-113.

Matthews, K. A., Wing, R. R., Kuller, L. H.

- 1990 "Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women." Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(3), 345-351.

McCrea, F. B.

- 1983 "The politics of menopause: The 'discovery' of a deficiency disease." Social Problems, 31(1), 111-123.

McKinlay, S. M. & Jefferys, M.

- 1974 "The menopausal syndrome." British Journal of Preventive Social Medicine, 28, 108-115.

Mckinlay, S. M. & Mckinlay, J. B.

- 1986 "Aging in a 'healthy' population." Social Science Medicine, 23(5), 531-535.

Mittiness, L. S.

- 1983 "Historical changes in public information about the menopause." Urban Anthropology, 12(2), 161-179.

Muhlenkamp A. F., Waller, M. M. & Bourne, A. E.

- 1982 "Attitudes toward women in menopause: A vignette approach." Nursing Research, 32(1), 20-23.

Neugarten, B. L. & Kraines, R. J.

- 1965 "Menopausal symptoms in women of various ages." Psychosomatic Medical, 27, 266-273.

Neugarten, B. L.

- 1968 Middle age and aging: A reader in social psychology. Chicago & London: The University of Chicago Press.

O'Toole, R. & O'Toole, A. W.

- 1988 "Menopause: Analysis of a status passage." Free Inquiry In Creative Sociology, 16(1), 85-91.

Polit, D. F. & LaRocco, S. A.

- 1980 "Social and psychological correlates of menopausal symptoms." Psychosomatic Medicine, 42(3), 335-345.

Posner, J.

- 1979 "It's all in your head: Feminist and medical models of menopause." Sex Roles, 5(2), 179-190.

Ruzek, S.

- 1986 "Feminist visions of health: An international perspective." In J. Mitchell & A. Oakley, What is Feminism. Oxford UK: Basil Blackwell. 184-207.

Smith, D. D. et al

- 1975 "Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma." New England Journal of Medicine, 293, 1164-1167.

Steiner, M.

- 1983 "Psychobiologic aspects of the menopausal syndrome." In H. J. Buchsbaum, The Menopause. New York: New York. 151-160.

Swartzman, L. C. & Leiblum, S. R.

- 1987 "Changing perspectives on the menopause." Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 6, 11-24.

Uphold, C. R. & Susman, E. J.

- 1981 "Self-reported climacteric symptoms." Nursing Research, 30(2), 84-88.

Ussher J. M.

- 1989 The Psychology of the Female Body. 1st ed. London: Routledge. 104-133.

Walfisch, S., Antonovsky, H. & Maoz, B.

- 1984 "Relationship between biological changes and symptoms and health behaviour during the climacteric." Matruitas, 6, 9-17.

Winokur, G.

- 1973 "Depression in the menopause." America Journal Psychiatry, 130(1), 92-93.

Wolinsky, F. D.

- 1980 The Sociology of Health - Principles, Professions, and Issues. Canada: Little, Brown & Co.

Wyshak G.

- 1978 "Menopause in mothers of multiple births and mothers of singletons only." Social Biology, 25(1), 52-61.

附錄

1. 症狀方面的研究

研究者	年代	研究目的	樣本來源	研究方法	自變項	應變項	研究結果	感想、批評
McKinlay S.M. & Jefferys M.	1974	1. 更年期症狀 2. 因更年期症狀而求醫的比率是否增加。	1964-65年倫敦地區638位45-54歲婦女。	郵寄問卷; 採cluster analysis	1. 社會人口變項 2. 更年期狀態	1. 症狀 2. 求醫行為	1. 只有熱潮紅、冷汗與停經有關。 2. 熱潮紅與停經直接相關, 75%受訪者有此現象, 但各年齡組婦女比例皆高。 3. 其他6種症狀和停經無直接相關, 但時常一起發生。 4. 社會人口變項皆無顯著差異(職業、離校年齡、階級、家事負荷、婚姻、parity)。 5. 只有10%婦女對停經感到懊悔(regret) 6. 有熱潮紅症狀者只有1/5曾就醫。 7. 因熱潮紅去看醫生會使婦女感到羞恥、不好意思、不舒服。	* 有熱潮紅現象者相當多, 與我國的實証研究結果似乎不同。
林美珍	1978	瞭解婦女更年期症狀及態度, 提供更年期婦女適應的參考。	台灣地區 13-64歲婦女共694位, 由各機構、學校中抽取。	郵寄問卷; 採Neugarten 更年期症狀與態度量表。	1. 年齡 2. 月經經驗 3. 子女數	1. 症狀 2. 態度	1. 我國婦女更年期平均年齡是47.69歲 2. 有嚴重經痛經驗組報告症狀較多, 已過更年期組則沒有顯著差異。 3. 更年期組婦女以有三、四個以上子女組報告的心理及總症狀較多。 4. 已過更年期組婦女以無子女組報告的總症狀較多。 5. 更年期組比30-44歲年齡組症狀較多, 與其他年齡組則無差異。	
Wysnak G.	1978	比較雙胞胎或多胞胎母親與單胞胎母親之更年期年齡的差異。	來自National Organization of Mothers of Twins Club的4752位白人中階級婦女。	郵寄問卷; match方式 請雙胞胎母親找一位背景和自己相近非親戚單胞胎婦女對照(4086位)	雙胞或多胞胎與單胞胎母親	更年期年齡	1. 單胞胎婦女比多胞胎婦女較晚停經。 2. 雙胞子女性別不同的母親比性別相同者, 較早停經。 3. 單胞胎母親與雙胞子女性別相同者的母親, 在停經年齡上無差異。	

<p>Burgay G. T Vessey M. P & McPherson C. K.</p>	<p>1980</p>	<p>那些為更年期婦女特有的症狀。</p>	<p>從Oxford地區健康計劃裡的三十個團體中抽取八個團體，再隨機抽取1120位婦女及510位男性，30-64歲，第一次回覆者男性有72%，女性有68%。平均停經年齡為50歲，標準差3歲。</p>	<p>郵寄問卷；於6-8週後寄出再測問卷，只寄給第一次有回覆者，94%回覆。症狀指上個月內的狀態</p>	<p>i. 性別 2. 年齡</p>	<p>症狀</p>	<p>1. 與更年期最有關的是熱潮紅、冷汗。 2. 次有關的心理症狀：(1) 難下決定、集中精神 (2) 焦慮 (3) 失去信心 (4) 無價值感 (5) 健忘。 3. 生理症狀和更年期有關，心理上的問題可能和年紀比較有關。 4. 針對過去研究中：受訪者數量小、年齡規定範圍小、抽樣差、更年期狀態界定差等缺點所設計的研究。</p>	<p>* 男女症狀的比較可檢視荷爾蒙變化的影響。 * 女性口述症狀一般高於男性。</p>
<p>Kaufert P.</p>	<p>1980</p>	<p>瞭解更年期婦女健康自評、醫生接觸程度與症狀間的關係。</p>	<p>加拿大Wanitoba Winnepeg中心某家庭醫師的200位40-60歲病人。完成148份問卷，並以信和電話追蹤。</p>	<p>郵寄問卷；內容包括：健康服務使用、心身症狀、自尊程度、女性角色、對月經及更年期態度、工作及婚姻滿意度、生活危機事件等問題。</p>	<p>更年期狀態 分pre-, peri-, immedia- tely post-及post-等四組</p>	<p>1. 症狀 2. 求醫頻率 3. 自評健康</p>	<p>1. 血管舒縮系統上的困擾在更年期組較多，可見荷爾蒙不平衡確實存在。 2. 心理系統症狀並不顯著。 3. 婦女自評健康和醫生接觸頻率間沒有關聯。 4. 更年期與停經五年之內者，認為自己較五年前健康者較多。 5. 有心理症狀者，其健康自評較差。 6. 停經五年以上組有較高求醫率，尤其是因手術而停經者。 7. 44%沒有因更年期困擾去找過醫生。 8. 56%有熱潮紅，其中2/3和醫生談過。 9. 一半以上認為丈夫是很好的支持者，2/5認為醫生是很好的支持者。</p>	<p># 採與醫生見面次數為指標並不適合。 # 健康與心理症狀互為影響 # 求醫比率偏高，可能因取樣自家庭醫師，求醫障礙少</p>
<p>歐陽培銓 周松男 黃思誠</p>	<p>1982</p>	<p>雌激素治療對中國婦女停經症狀的療效。</p>	<p>台大醫院婦產科病人32位，其中14位是自然停經，14位是手術後停經，4位是放射線照射後停經。</p>	<p>以Premarin口服劑 1天 0.625/1.25mg給藥 3星期，停1星期，持續24週</p>	<p>停經症狀改善情況</p>	<p>1. 中國婦女自然停經年齡為49.5歲。 2. 病人口述症狀有熱潮紅68.8%、流汗62.5%、性感不快或萎縮性陰道炎40.6%、心悸40.6%、排尿疼痛18.8%。 3. 大多數病人之症狀在使用Premarin之第1個月就有顯著改善，6個月後幾乎就完全痊癒。 4. 副作用有：乳腺痛9.4%、噁心或嘔吐3.1%、子宮內膜增生3%。 5. 建議：Premarin效果良好。</p>	<p># 未將自然/手術停經者分別討論。 # 副作用的部份不可輕視，比例不算低，醫生在用藥時應向病人解說。 # 無比較組</p>	
<p>Walfisch S.,</p>	<p>1984</p>	<p>研究「荷爾蒙模式」對症狀</p>	<p>問卷；採自編的15</p>	<p>更年期狀態</p>	<p>1. 更年期症狀</p>	<p>1. 在生理症狀的數量和頻率上，婦女出現的頻率很低，只有2-10%表示經常出現</p>	<p>* 少數以低社經地位者為研</p>	

<p>Antonovsky H. & Maoz B.</p>	<p>、健康、求醫 次數的眞確性 ，及更年期是 否需要荷爾蒙 治療。</p>	<p>在48-53歲之間，北非 出生，且是中低或低 社經地位者。</p>	<p>種症狀量表 。</p>	<p>(分pre- peri- post-三 組)</p>	<p>2. 求醫次 數 3. 自評健 康狀況</p>	<p>現和荷爾蒙改變有關的症狀。 2. 求醫次數和自評健康和更年期狀態無 關，與年齡有關，是自然老化現象。 3. 由於過去研究對象都是高社經，症狀 也較顯著。 4. 建議：這段時期生理變化不是中心因 素，對一般中年婦女而言她們更在乎 生活和家庭的改變。</p>	<p>究對象的更年 期研究。 其樣本數量過 少。</p>
<p>1985 羅錦通， 洪文武， 張中全， 等人</p>	<p>Depo-Medroxy progesterone Acetate 使用 於手術性停經 婦女，其血管 舒縮、熱潮紅 及內分泌學上 的變化。</p>	<p>台北市立中興醫院婦 產科中29位接受兩側 卵巢切除的病人。這 些婦女均無其他內科 疾病，且住院前至少 6星期未接受過賀爾 蒙劑治療。</p>	<p>分成兩組， A組17個婦 女未接受藥 物；B組12個 婦女在手術 前先注射 Depo-Medro xyprogeste rone Acetate</p>	<p>是否接受 Depo-Me droxypro gesterone Acetate</p>	<p>停經症狀 現象、E2 FSH、LH 的改變</p>	<p>1. A組中6位婦女有熱潮紅，B組皆無。 2. 在內分泌學上的變化，A組及B組的E2 手術後皆下降，FSH及LH在A組手術後 皆上昇，B組中則是先稍降後再度上昇 3. 動情素降低是引起血管舒縮性症狀之 原因，本研究亦得相同結論，但非唯一 原因。 4. 建議：某些不適宜使用女性荷爾蒙者 ，可使用Depo-Provera來代替。</p>	<p>并未研究副作 用。</p>
<p>1985 陳俊宏， 陳光輝， 陳榮輝， 等人</p>	<p>停經後出血的 病例分析</p>	<p>對象是桃園省立醫院 1979年至1985年停經 6個月以上有陰道出 血之病人165位，年 齡36-60歲。</p>	<p>詳問其月經 史、生育史，並 、病史，並 做子宮內膜 及子宮頸切 片檢查。</p>	<p>1. 停經後出血以子宮內膜肥大爲多(29%)，且罹患惡性之機會隨年齡增大，息 肉以位在子宮頸處爲最多。大部份出 血爲點狀且短期間的。 2. 平均停經年齡爲48.5歲，平均罹患年 齡爲58.5，停經至出血發生時間平均 間隔爲9.2年。</p>	<p>1. 停經後出血以子宮內膜肥大爲多(29%)，且罹患惡性之機會隨年齡增大，息 肉以位在子宮頸處爲最多。大部份出 血爲點狀且短期間的。 2. 平均停經年齡爲48.5歲，平均罹患年 齡爲58.5，停經至出血發生時間平均 間隔爲9.2年。</p>	<p>1. 停經後出血以子宮內膜肥大爲多(29%)，且罹患惡性之機會隨年齡增大，息 肉以位在子宮頸處爲最多。大部份出 血爲點狀且短期間的。 2. 平均停經年齡爲48.5歲，平均罹患年 齡爲58.5，停經至出血發生時間平均 間隔爲9.2年。</p>	<p>并未研究副作 用。</p>
<p>1986 蕭聖音</p>	<p>1. 婦女自然停 經年齡的分佈 2. 困擾婦女停 經前後諸症狀 的分析。</p>	<p>從高雄三民區以簡單 隨機取樣自戶口中抽 取1452位46-60歲婦 女，有效樣本911位 。</p>	<p>問卷訪問； 自編量表25 題症狀，並 測量血壓、 尿液等。以 因素分析法 分析症狀。</p>	<p>1. 更年期 狀態 2. 自然/ 手術停經</p>	<p>更年期症 狀程度(4- point)</p>	<p>1. 自然停經平均年齡48.5歲，中數49歲 2. 因素分析歸類得8個因素，爲生殖道 障礙、神經性障礙、情緒障礙、睡眠 障礙、肌肉骨骼障礙、血管運動神經 障礙、泌尿道障礙及心肺機能障礙。 3. 肌肉骨骼、睡眠、情緒障礙爲困擾停 經中、後期婦女的前三名。 4. 停經中期血管運動神經障礙大於停經 前期婦女。 5. 雙側卵巢切除者血管運動神經障礙大 於自然停經的婦女。</p>	<p>* 抽樣方法代 表性高。</p>

Kaufert P., Lock, M., McKinlay, S. et al	1988	症狀的研究方法	加拿大Manitoba健康服務委員會裡，隨機抽取2500位40-59歲的婦女，回收率68%。另自願參與追蹤訪問者有477位，進行三年的追蹤研究。	郵寄問卷；三年內每半年以電話追蹤訪問一次。	更年期狀態	症狀	1. 症狀有22項，共分六種因素：心理困擾、肌肉骨骼組織、呼吸系統、血管舒縮系統、胃腸系統、身體/焦慮類 2. 更年期與血管舒縮系統有關，與心理系統無關。 3. 與CEC-D量表相較，症狀表中心理系統的結果高估了婦女心理困擾的情形。	* 重視研究方法 * 採用一有效度量表，檢驗更年期婦女心理困擾的程度
--	------	---------	--	-----------------------	-------	----	--	---------------------------------------

2. 更年期態度方面的研究

研究者	年代	研究目的	樣本來源	研究方法	自變項	應變項	研究結果	感想、批評
Neugarten B. L.	1968	研究非臨床人口對更年期的態度。	已婚、有小孩與丈夫住，而無其他心理或生理疾病者，267位，20-65歲。	問卷訪問；使用ATM量表共35題，各有4個尺度。	1. 年齡(分成四組) 2. 更年期狀態(是否過了更年期)	對更年期的態度	1. 年齡和是否經歷更年期是影響ATM結果的因素。 2. 在「負面影響」上各組無異，都視更年期為不愉快事件。 3. 中年婦女態度較正向，年輕婦女較負向，已過更年期婦女覺得現在比以前好。 4. 比較少婦女視更年期為有意義事件。 5. 視更年期後會較快樂的婦女，通常來自已過更年期婦女經驗的分享。	# ATM只問事件重要與否，不問婦女本身認為改變了什麼。
LaRocco S. A. & Polit D. F.	1980	1. 收集婦女對更年期的知識 2. 婦女對是否需更多資訊及溝通之必要性的態度。 3. 人口特性與其知識間關係	Boston地區的都市社區中，以系統抽樣的方式取500名樣本，年齡40-60歲，中階婦女(回覆者167位)，有全職工作者多。	郵寄問卷；1. 自編是非題12題 2. 資訊需求6題。	1. 教育 2. 收入 3. 婚姻情況 4. 宗教 5. 更年期狀態	1. 對更年期知識 2. 對相關知識的需求	1. 除教育程度及年齡外，其他基本特質都無顯著相關。 2. 人工手術切除子宮者比自然停經者對更年期知識較豐富。 3. 更年期前婦女較能坦然與別人談論更年期；更年期後婦女最不能坦然，但卻最能表現其對更年期知識的不足。 4. 受過高中以下的教育者比受過高中以下教育的婦女較同意她們所知不多。	# 這些題目實際上並無真正對錯，有些問題尚在爭議中
Muhlenkamp A. F., Waller,	1982	1. 女性對更年期中婦女的看法。	152位18-55歲婦女，皆為中產階級、白人，有些是主婦，有些	1. Vignette法	1. 更年期狀態 2. 對男女	對更年期的態度	1. 女性自評比評別的女性高，尤其是年輕的女性。 2. 女性自評比評男性高。	* 男性對更年期的態度也需要研究。

M. M. Bourne, A. E.	2. 比較男性和非更年期女性的刻板印象。	是社區組織成員或大學學生，半數自認在更年期中。) 2. 語意測試 3. Tennes-see自我概念量表	性的評價 3. 自尊程度	3. 與是否在更年期期間、自尊高低、年齡等無相關。 4. 女性對更年期負面態度不存在，但在男性中是否還有此刻板印象，則需進一步研究。 5. Neugarten和Buorne時代至今，女性對更年期的態度有改變，可能是受婦女運動的影響。	* 可收集社會變遷資料：以了解婦女態度變遷的可能因素。 井中上階層的婦女接收觀念革新較快。
Bowles C.	1986 1. 發展一更具信效度的更年期測量量表，比Neugarten (1963)的更佳 2. 能適合其他國語言。	1. 由醫院志工、社會組織、教會、大學、工作團體中抽18歲以上的婦女。 2. 受訪者分兩部份，504位前測，419位測信度，再測信度。	語意測量法，為兩極式7-point的45題試題。對象泛指一般女性，而非受訪者本身。6週再測信度0.87 Cronbach信度=0.96	1. 年齡 2. 女性角色態度 3. 更年期狀態	對更年期的態度	1. 以迴歸方法分析，發現：年齡與更年期狀態解釋力高，兩者間相關亦高。 2. 年紀輕的，對更年期負面感覺較高，尤其35歲以下的(與Neugarten結果相同)。 3. 女性角色態度和更年期態度無關。
Leiblum S. R. & Swartzman L. C.	1986 1. 瞭解婦女對更年期的觀點是採自然模式或醫療模式。 2. 瞭解婦女對荷爾蒙治療的看法。 3. 瞭解婦女對更年期後性行為的看法。	233位婦女，來自各教會單位、大學員工、其他團體中的自願者。其中有職者85%，47%是專業人員，年齡在15-74歲。	使用自製的MAQ問卷，共10題，7個尺度，參考自Neugarten。	1. 更年期狀態 2. 教育	對更年期的態度	1. PPR組(包括已過更年期及切除子宮者的)的婦女較採醫療模式。 2. 非大學程度受訪者較採醫療模式。 3. PPR組及PRR組(未過更年期)都認為「性行為會沒問題」尤其已過更年期者和Neugarten研究結果相比，她的結果較負面，PPR與PRR的差距比現今研究結果大。 5. 雖然婦女同意更年期症狀起因於荷爾蒙，卻較贊成採自然治療法(63.9%) 6. 「婦女有症狀是因爲預期有困難」，在1985年的研究中比Neugarten 1963年的結果少很多，可能是女性較有自我控制的能力。

3. 心理及精神方面的研究

研究者	年代	研究目的	樣本來源	研究方法	自變項	應變項	研究結果	感想、批評
Winokur G.	1973	更年期婦女是否較易沮喪。	74位在停經前或後有心理困擾的臨床病人，抽樣自愛荷華州某醫院。其中有28位已過更年期。	問卷訪問； 工具：Cas-sidy等製作的沮喪量表。	年齡、 是否在更年期	沮喪率	1. 沮喪與更年期無關聯，可能是年齡的因素，荷爾蒙說並不成立。 2. 婦女在更年期間沮喪發病率7.1%，一般時期為6%，其間並無差異。	# 樣本少，無比較組，樣本來自已就醫者 # 在更年期間是否發病，來自病人回憶。
Ballinger C.B.	1975	一般婦女在經歷停經時，其精神疾病的現象。	從6個工作場所中取40-55歲一般婦女539位。	郵寄問卷； 工具：G.H.Q.(健康問卷) 60題。	是否為精神個案 (G.H.Q. 11分以上即為個案)。	1. 年齡 2. 血管舒縮症狀 3. 更年期狀態 4. 雙親死亡 5. 子女離家 6. 特殊家庭問題 7. 停經出血狀況	1. 有155位分數高於12分，為個案組。 2. 本研究對一般大眾發現29%為精神病態個案，與其他研究相較(門診病人33%，婦科門診病人50%)，發現這年齡層婦女有很高的沮喪及焦慮等症狀。 3. GHQ分數與子女離家有顯著相關。 4. 婦女在停經前至停經後一年內，精神病態的情形上升顯著。 5. 建議：研究荷爾蒙改變與更年期的關係，應直接從停經前婦女開始研究；環境因素尤其與子女有關的一似乎和更年期婦女精神症狀增高有關。	# 客觀量表是否能判定一個人是不是精神病態者？ # 對生活事件的感受應以主觀感受為主，不應只看事件是否發生。
McKinlay J.B. & McKinlay S.M. & Brambilla D.	1987	中年婦女沮喪與荷爾蒙改變、社會環境因素的關係。	從Massachusetts居民中隨機抽取45-55歲婦女共回收2500份，回收率77%，進行27個月的追蹤研究，每9個月以電話訪30分鐘，回覆率為95%，98%，98%。	郵寄問卷及電話訪問； 工具：以CES-D量表測沮喪。分析：以迴歸法建立模型。	1. 更年期狀態 2. 健康狀態 3. 壓力 4. 教育程度、職業、婚姻、家庭人口組成等	沮喪程度	1. 沮喪與因手術停經者有關，與其他更年期的狀態(自然停經一停經前至停經後5年內)無關。 2. 與沮喪最有關者是「多重焦慮」和「多重角色的已婚婦女」；教育程度12年以下、寡婦、離婚、分居者沮喪最嚴重，而從未結婚者，沮喪程度最小。 3. 當焦慮源為丈夫、子女或其親戚時，特別容易沮喪。	
Lennon M.C.	1987	檢驗三種對更年期沮喪的假設：1. 易受傷害時期；2. 傳	取自二個地區調查的次級資料HANES, CMHA，採次級資料分析。HANES採客觀判定停	次級資料分析； 以CES-D量表測沮喪。	1. 人口特質 2. 更年期狀態	沮喪程度	1. 更年期狀態與沮喪無關。 2. 社經地位與沮喪有關，低教育高沮喪收入高CES-D。 3. 職業有無、父母狀態與沮喪無關，假	# 無年輕人口當控制組或常模，說不定沮喪普遍存在中

		統女性角色者易沮喪；3.更年期婦女不會特別沮喪。	經狀態,CMHA)採主觀判定方式。控制婚姻狀態,年齡限在45-54歲人口。				設2 不成立。 4.研究結果支持假設3:更年期婦女不會特別沮喪。	年婦女身上,因此比較不出差異。
Matthews, K.A. et al	1990	自然停經婦女在心理及症狀上的變化。	541位42-50歲未停經美國婦女,以三年時間進行長程追蹤,每月追蹤月經情況,在完全停經一年後,三個月內進行測試。	採九種量表,含身體症狀及心理健康。101位停經前期婦女當控制組	1.更年期狀態	1.症狀 2.心理健康	1.停經後只有熱潮紅現象增加。 2.自然停經婦女在心理健康上,不會有負面影響出現。	* 少數進行長程追蹤的研究者之一,較具說服力。

4. 社會因素方面的研究

研究者	年代	研究目的	樣本來源	研究方法	自變項	應變項	研究結果	感想、批評
Deykin E. Y.	1966	空巢期沮喪婦女及其子女衝突的心理社會因素探討。	從醫院中抽出16位有沮喪情形的病人,他們都有成年子女,但己不再負擔育子責任,且為中階偏低或低社經地位的婦女。	經由訪談病人、護士、社工員及參考病歷,以了解家庭及個人背景與症狀。由2位研究心理社工員分類衝突的程度	空巢期	與子女衝突程度(分三組,明顯、潛在與無衝突組)	1.空巢期造成的沮喪,家庭主婦比較嚴重。 2.高衝突組中(8位)全是寡居或離婚的	# 取樣上有問題(無對照組,樣本數過小) # 空巢期不是造成與子女衝突升高的原因,可能是家庭破碎的結果,也可能原本溝通方式即不良
Greene J. G. & Cooke P.J.	1980	研究更年期、生活事件、可變項與沮喪症狀間的關係。	Glasgow地區某一家醫院名單中以系統抽樣取 408位樣本(成功樣本為131位),年齡約 25-64歲,訪問時間約一小時半。	問卷訪問,工具: 1.以Greene(1976)因素分析所得之症狀表, 63項。 2. Paykel等(1976) TLS生活事件量表, 63項。以複迴歸求影響因子,	1. 生活事件 2. 年齡 3. 更年期狀態	更年期之心理及身心症狀	1. 複迴歸結果: 只有生活事件與年齡 x 生活事件為症狀之因子。 2. 每個年齡層生活事件與症狀間都有關係, 更年期狀態和症狀間無異。 3. 更年期狀態和症狀間無異。 4. 假設: 雖然更年期組生活事件並未比其他組多, 但事件對她們而言可能影響特別大。因此在這段時期的婦女可能特別易受生活改變的傷害。 5. 生活事件與易受傷害之間和人格、社會支持、信任關係的品質有關。	# 取樣來自醫院有所偏差。 # 此研究只證明: 生活壓力會影響身體健康, 並不特別是更年期的婦女。

Uphold C. R. & Susman E. J.	1981	研究婚姻調適、子女扶養階段與停經期症狀之數量、程度之間的關係。	從美國某組織團體中抽出185位白人,中產階級,已婚,年齡在40-60歲的婦女(用過ERT、有疾病或因手術停經者除之)。	問卷法 工具:(1) Dyadic Adjustment Scale (2) Kraines Symptom Checklist	1. 婚姻調適(分高低組) 2. 子女扶養階段(分prelaunching, launching, empty nest三組) 3. 更年期狀態	更年期症狀 1. 數量 2. 嚴重程度 3. Blatt 更年期症狀分數	1. 婚姻調適中, 低分組更年期症狀較多、嚴重程度較高。 2. 子女扶養階段和症狀間無顯著相關, 但launching階段和症狀的平均數高於prelaunching及empty nest組。 3. 在更年期的婦女症狀比其他兩組多。 4. 在各年齡層婚姻調適差的婦女, 症狀都比較多, 但無顯著相關, 其中以50-54歲症狀最多。 5. 停經期症狀起因於荷爾蒙的說法不完全成立, 心理因素關係亦大。	* 提供一個新的思考方向; 目前的觀念不一定是真理, 觀念的演變受社會力影響。
Mitteness L. S.	1983	分析美國1900-76年間雜誌文章對更年期的報導。	1900-76年間所發表的48篇雜誌文章。	內容分析法			1. 目前對更年期婦女的觀點, 是長期演變而來, 過去對更年期的看法較正向。 2. 雌激素在1960年代前, 被視為嚴重症狀才需用, 1960年代之後被視為保養治療, 能延遲老化。 3. 1960年代始, 傳播多引用醫學觀點。 4. 症狀描述在1970年代時都暗示著老年所帶來的不快樂。 5. 1950年代前更年期被視為安詳的開始, 正負聲音皆有; 1960年代始以負面聲音居多; 1970年代正面陳述才漸增。	* 強調社工員在此事件上的角色。
Berkun C. S.	1986	中年婦女對老化過程的觀點及影響婦女情緒之外在因素間的互動。	60位健康、住在郊區之40-55歲的白人婦女。	問卷訪問; 採定性分析, 由婦女組織中以滾雪球方式取樣(樣本的教育程度及收入高於平均水平), 進行深度訪談。	主要變項包括: 1. 沮喪程度 2. 心情 (mood) 3. 生活滿意度 4. 煩惱程度 5. 性生活品質 6. 性生活品質的改變 7. 工作的重要度 8. 工作穩定度 9. 婚姻滿意度	1. 婦女並不會抱怨熱潮紅的不適, 90%抱怨她們收到不充足的更年期資訊, 80%企圖得到資訊但不滿足。 2. 85% 願意和別人談她們更年期及身體情況。 3. 68% 會和醫生談其更年期情況; 65%會和配偶談; 63%會與女性朋友談。 4. 更年期狀態與情緒狀態無關。 5. 結論: (1) 更年期婦女無特別身體不適, 也不會對身體轉變而焦慮, 主要的		

Engel N.S.	1987	<p>1. 更年期階段、生活事件、傳統婦女角色接受程度與健康間的關係。 2. 女性如何看待自己的更年期。</p>	<p>從專業、社區及宗教團體中抽出 249 位健康、非懷孕、本地生、40-55 歲的美國婦女 (有疾病或因手術停經者除之)。</p>	<p>問卷法 工具: (1) Life experiences Survey (2) Sex Role Orientation (3) Perceived Health Status (4) ABS (5) LSI</p>	<p>1. 生活事件 (分正面、負面及總分三組) 2. 女性角色 (傳統、非傳統)</p>	<p>健康狀況</p>	<p>10. 婚姻穩定度 11. 個人成長 12. 好的改變經驗</p>	<p>焦慮是→身體會變壞。(2) 女性不會因失去生育能力而懊悔、失去女性特徵, 她們並非視生育子女為其唯一的功能。(3) 更年期是一正常生理事件, 受社會因素影響, 因素很複雜, 並不會使一位健康的婦女有失序的危機</p>
Polit D.F. & LaRocco S.A.	1980	<p>社會及心理因素與更年期症狀的關聯。</p>	<p>135 位 40-60 歲 Boston 地區的一般婦女, 大部份有職, 中上階層。以系統方法抽樣, 回應率 33.4%。</p>	<p>郵寄問卷; 工具: 1. 自編更年期症狀 10 題; 2. Gough-Heilbrund 的適應量表, 取 14 類 197 題以測人格。</p>	<p>1. 自然/手術停經 2. 基本特質 3. 人格 4. 更年期狀態</p>	<p>更年期症狀</p>	<p>1. 生活事件和健康狀況有關, 負面生活事件改變, 會影響健康狀況。 2. 這年齡所經歷之生活事件數量不多, 所以影響結果。 3. 健康狀況迴歸結果: 更年期狀態、正面及負面生活事件為其因子。 4. 與女性角色無關。</p>	<p># 健康量表要用 general 或是 specific? 如用更年期症狀為依變項是否較佳? # 生活事件應採主觀評量, 才看得出對受訪者的影響。</p>
Polit D.F. & LaRocco S.A.	1980	<p>社會及心理因素與更年期症狀的關聯。</p>	<p>135 位 40-60 歲 Boston 地區的一般婦女, 大部份有職, 中上階層。以系統方法抽樣, 回應率 33.4%。</p>	<p>郵寄問卷; 工具: 1. 自編更年期症狀 10 題; 2. Gough-Heilbrund 的適應量表, 取 14 類 197 題以測人格。</p>	<p>1. 自然/手術停經 2. 基本特質 3. 人格 4. 更年期狀態</p>	<p>更年期症狀</p>	<p>1. 症狀平均 3.65 個, 熱潮紅 71.1%, 沮喪 34.1%。 2. 自然與手術停經者在症狀上無異, 故分析時不分開分析。 3. 低教育程度、非全職、自評健康差者, 症狀多; 婚姻狀況、宗教、年齡、子女數、最小子女年齡及收入等與症狀無關。 4. 人格量表與 7 項 / 10 項症狀有關; 除熱潮紅、體重增加、睡不好之外。 5. 沮喪與症狀數量與程度關聯最大。 6. 建議: 心理及身心症狀與人格的關係大於身體自然轉變; 更年期研究需要採縱貫研究才能了解其與人格的關聯</p>	<p># 症狀量表只有 10 項, 且以心理症狀為主 * 把停經問題歸因於人格, 其與易受傷害假說同。 # 根據 Kaufert 研究, 自述沮喪狀況往往較為誇大。</p>

5. 跨文化更年期研究

研究者	年代	研究目的	樣本來源	研究方法	自變項	應變項	研究結果	感想、批評
Davis L.S.	1986	1. 以emic(主觀)的角度看更年期事件。 2. 重意識型態而非形式上的(formal)。	Newfoundland一個小漁村。	同時採參與觀察法和問卷法。問卷部份採Neu-garten(1963) ATM量表。			1. 客觀量表的確不適用，不僅由於文化差異，量化的回答方式亦難溝通。 2. 以emic為研究方法，可使對方內在心理與感受反映出來，瞭解文化如何塑造動機、態度和想法。 3. 當地婦女並不會因為有病痛而失去地位，「空虛」「長期抱怨」才會被輕視。 4. 社會對更年期後女性地位是較高的，則更年期症狀也會較不存在。	井在封閉或小社區中，才便於進行參與觀察。
Beyene Y.	1986	非西方女性對更年期和月經的態度及症狀之跨文化研究。	1. Mayan地區婦女107位(Mexico) 2. Greek地區婦女96位(Greece) 原則: 1. 非西方地區; 2. 研究者語言上的限制。	非結構式訪談，及問卷(普查式)探比較文化的方式，以life history的內容進行。	地區	1. 對更年期的詮釋 2. 症狀 3. 求醫行為	1. 月經行為受禁忌(taboo)影響。 2. Mayan 地區婦女無更年期症狀，也很歡迎更年期來，覺得自己自由了，不再焦慮、緊張，性關係更好。 3. Greek 地區婦女有更年期症狀，認為更年期是老化的象徵，從生活主流中退出，所以有負面態度和焦慮的複雜情緒。但一旦到了更年期反而不如想像中可怕; 不會找醫生，認為是自然現象。 4. 用文化解釋更年期症狀並不恰當，生態、飲食、生育模式、遺傳等，可能才是不同文化中症狀差異的因素。 5. 研究「非工業地區」婦女是很重要的	* 世界上重大事件(如戰爭)對地區生育模式造成改變，而影響更年期模式。 * 社會中對老人尊重程度會有影響。 井應不排除社會地位的變化對荷爾蒙平衡的影響。
Detan N.	1986	跨文化研究現代化與更年期的關係。主要是對1967年的研究計畫結果再詮釋。	對象主要是以色列五個次文化地區(從中東移民到回教徒村落)中1148位婦女，分別代表最現代化至傳統五個程度，受訪者均出生於1915-24年	問卷法及深度訪談	現代化程度	更年期調適	1. 對於1967跨文化研究結果再進行詮釋，過去真實結果並未被研究者所接受，因此造成研究結論的錯誤。 2. 結論: 中年婦女不會因失去生殖力而懊悔，不論是傳統式現代地區的婦女 3. 中年婦女兩極性看法無疑地是文化變遷的結果，研究者在進行跨文化研究時，勿犯種族中心主義之誤。	

<p>Lock M.</p>	<p>1986</p>	<p>1. 了解和生理轉變同時發生的心理社會因素。 2. 在日本社會中特殊意涵。</p>	<p>1738位年齡45-55歲日本婦女，其中105進行深入訪談，並訪問15位婦科醫生。</p>	<p>問卷法及深度訪談。 採Kaufert (1984)108題問卷修改成117題。</p>	<p>更年期狀態</p>	<p>更年期調適及看法</p>	<p>1. 65%認為此階段不太重要或不重要。 2. 停經中期及後期者有24%沒有問題。 3. 1/3視停經=生命轉變，其於也視之有關。 4. 醫界視停經與遺傳、人格、過去及現在行為有關。 5. 更年期困擾被視為不可避免。 6. 老年期在日本有二種意涵：再度進入童年，行動自由及身體傷害。 7. konenki (更年期困擾) 取代原來日本人對這段時期的用語：path of blood 及stale blood。konenki來自德國醫界一帶來自主神經系統會改變的觀念</p>
----------------	-------------	--	--	--	--------------	-----------------	---

#表示對此研究的批評。

*表示對此研究的感想。

女性更年期研究的回顧與展望

張 珏* 陳芬苓 **

(中文摘要)

為加強對婦女身心發展與生活適應的關心，並能破除社會上既存的不良影響，特提出過去較少被重視，但對婦女非常重要的女性更年期研究，國內外的一些文獻，藉此回顧，去釐清過去大家對更年期的定義，以及歷史上的演變，同時也整理出目前幾個學科（包括臨床醫學、社會學、心理學、人類學等）在不同領域上對更年期研究上的努力，並針對相關研究，提出其方法上的一些問題，可為未來研究設計的參考。期盼並邀請研究學者能秉持關心婦女身心健康的目標，在對更年期這議題上有更多本土研究的開展。

關鍵詞：更年期、態度、症狀、醫學、社會學、心理學、人類學

* 台大醫學院公共衛生研究所副教授

** 台大法學院社會學系暨研究所碩士

An Overview of the Past and the Future of Female Climacteric

*Chueh Chang**

*Fen-Lin Chen***

(Abstract)

This paper, reviews past indigenous and Western literatures, presents various angles of an issue that is usually neglected: female climacteric. The intent is to increase women's psychosomatic development and their ability to adapt to the process as well as breaking the negative influences from the society. The paper clarifies the definition of climacteric in addition to present historical involvement. Furthermore, recent efforts of medical professionals, sociologists, psychologists, and anthropologists are noted. Problems encountered during researches and relevant findings of those studies make good suggestions for future studies. Finally, the authors invite more researchers to support and to contribute to the betterment of women, including more indigenous researches on climacteric.

Key Words: Climacteric 、 Attitude 、 Symptoms 、 Medicine 、 Psychology 、 Sociology 、 Anthropology.

* Associate Professor, Institute of Public Health, National Taiwan University

**Master Graduate, Department & Graduate Institute of Sociology, National Taiwan University.