

台北醫學大學公共衛生學系碩士班

碩士論文

School of Public Health, Master Program

Taipei Medical University

Master Thesis

指導教授：莊嫻智

性別角色觀點與社會關係
對更年期婦女健康的影響

The Influence of Gender Role Attitude and Social
Relationship on Climacteric Women's Health

研究生：張彥寧

中華民國九十七年六月

摘要

本研究之主要目的為瞭解更年期婦女對性別角色的觀點、社會關係以及個人健康結果三者間的關連。研究方法使用次級資料分析，而資料來源為「國民健康局九十二年台灣婦女更年期健康調查」。研究對象為 40-60 歲之間的更年期婦女一共 947 人，以不同更年期階段來分組，分別以描述性統計、卡方檢定、獨立 t 檢定、單因子變異數分析、邏輯斯迴歸以及複線性迴歸來進行分析。

研究結果發現：一、社會關係會正面的影響更年期婦女的健康結果，對於社會關係愈滿意的受訪者其健康結果比不滿意者要來的好；二、性別角色觀點會正面的影響更年期婦女的健康結果，觀念愈現代化的婦女，其健康結果比觀念愈傳統的婦女要來的好。三、不同的更年期階段的婦女，其影響健康的社會關係因子有所不同，停經中期社交與家庭的滿意度對健康結果有顯著的影響，而停經後期參加社團與否對婦女的健康結果有正向的影響；四、社會關係和性別角色觀點的交互作用都未呈現顯著。

根據研究結果，建議有關單位應該注意更年期婦女的社會關係以及性別角色觀點中自我價值的肯定，並且持續追蹤資料中有健康困擾的婦女，適時的運用一些介入方案來提升其健康結果。將來推動的方案也應該就不同更年期階段來規劃，才能達到最大的效果。未來研究上應該發展更適合國內

婦女的社會關係量表以及性別角色觀點量表，希望更加瞭解更年期婦女的性別角色觀點是如何影響健康。

關鍵字：更年期、社會關係、性別角色觀點、自評健康、更年期症狀



Abstract

The main purpose of this study is to understand the relationships among gender perspective, social relationships, and individual health outcomes among menopausal women. This study uses a secondary data analysis and the data come from The 2003 Taiwan Menopausal Women Health Survey. The study sample includes 947 menopausal women aged 40-60. The health outcomes include self-rated health and symptoms of menopause. Social relationships were measured by different domains including overall social relationships satisfaction, friends contact frequency, etc. Gender perspective was measured by "Attitude toward Women Scale". Chi-square test, t-test, one-way ANOVA, logistic regression models, and multiple linear regression models were used to analyze the results.

The results show four major findings. First, social relationship is positively associated with menopausal women's health outcome; those who are satisfied with their social relationships have better health outcome than those who are not satisfied with their social relationships. Second, gender perspective is positively associated with menopausal women's health outcome; those who have modern view toward women have better health outcomes than those who have more traditional view toward women. Third, women in different menopausal stages are influenced by different social relationship variables. For example, overall social relationship satisfaction and overall family satisfaction have significant effects on peri-menopausal women, while joining a social activity have significant effects on post menopausal women. Fourth, the interaction between gender perspective and social relationships show no effect on health outcomes.

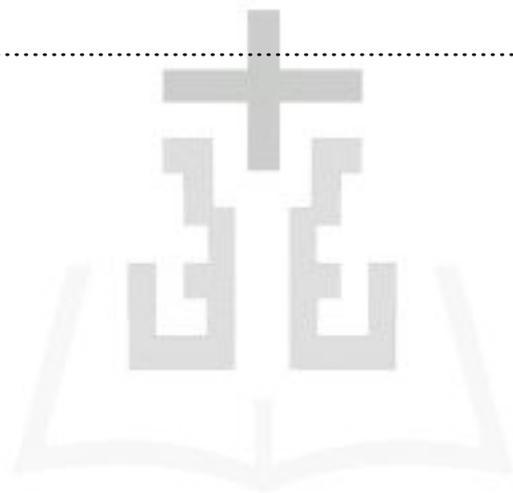
The findings of this study point to potential public health interventions. Such interventions include designing programs empowering menopausal women to have better social relationships and to increase self-value. Relevant government units should follow those women who have had health problems in this study. It is also necessary to design the program according to different stages of the menopause. Future studies should develop more rigorous gender perspective scale and social relation scale in order to obtain valid results.

Keywords: Menopause, Social relationship, Gender perspective, Self-rated health, Symptoms of Menopause

目錄

表目錄.....	I
圖目錄.....	II
圖目錄.....	II
第一章 前言	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機與目的	1
第二章 文獻探討	3
第一節 更年期婦女的健康	3
第二節 社會關係與個人健康	10
第三節 性別角色與個人健康	20
第四節 社會關係與性別角色觀點	23
第五節 文獻評論	24
第三章 研究方法	25
第一節 資料來源與研究對象	25
第二節 名詞定義	26
第三節 研究架構與假設	33
第四節 資料分析與處理	35
第四章 研究結果	37

第一節	雙變項分析	37
第二節	多變項分析	41
第五章	討論與結論	46
第一節	重要發現與討論	46
第二節	研究限制	48
第三節	建議	49
第四節	結論	50
參考文獻	51



表目錄

表 2-1 停經階段與生理、心理與社會角色的變化.....	9
表 3-1 各停經階段樣本特性.....	61
表 4-1 停經中期自評健康與社會關係以及性別角色觀點的雙變項 分析表.....	63
表 4-2 停經中期更年期症狀分數與社會關係以及性別角色觀點的 雙變項分析.....	65
表 4-3 停經後期自評健康與社會關係以及性別角色觀點的雙變項 分析.....	67
表 4-4 停經後期更年期症狀分數與社會關係以及性別角色觀點的 雙變項分析.....	69
表 4-5 停經中期自評健康良好與社會關係因子、性別角色觀點因 子、控制因子的多變項分析.....	71
表 4-6 停經中期更年期症狀與社會關係因子、性別角色觀點因子、 控制因子的多變項分析.....	73
表 4-7 停經後期自評健康良好與社會關係變項、性別角色觀點因 子、控制因子的多變項分析.....	75
表 4-8 停經後期更年期症狀與社會關係因子、性別角色觀點因子控 制因子的多變項分析.....	77

圖目錄

圖 2-1 社會支持與社會網絡模式架	12
圖 3-1 研究架構一	35
圖 3-2 研究架構二	35



第一章 前言

第一節 研究背景

根據國內外的研究指出，已開發國家女性的平均餘命比男性來的高。台灣中年以上的婦女佔全國總人口數的 17.1%，並且平均餘命為 81.41 歲(內政部統計處, 2007)。台灣研究提出婦女停經的年齡介於 45.5-53.1 之間，也就是說台灣婦女在經歷更年期之後還有三十年的時光(張珣 & 陳芬苓, 1993)。更年期是婦女進入中老年的轉換期，其身體、心理與社會三方面的轉變。台灣過去從早期的更年期症狀與態度的調查(張珣 & 張菊惠, 1998; 張珣 & 陳芬苓, 1993; 張珣, 陳芬苓, & 胡幼慧, 1993; 張珣, 周松男, 陳芬苓, & 張菊惠, 1995; 陳芬苓, 1992)，發現台灣婦女更年期的問題有逐漸醫療化的現象，所以學者希望以行動研究來瞭解更年期婦女透過團體運作是否可以達到增進其健康結果(王小星, 1998; 張菊惠, 2002; 許碧珊, 2001)。台北市政府在 2002 年也開始進行更年期婦女社區團體連結的活動，由此可見政府單位也開始注意到社會連結對更年期婦女的重要性(張珣 et al., 2005)。然而過去許多研究都在探討影響更年期婦女健康的生理與心理因素，較少研究討論社會關係對於更年期婦女健康的影響。

第二節 研究動機與目的

許多國外文獻指出，社會關係會影響個人健康，因為社會關係的連結，

會提高個人的滿意及自信，進而影響健康的結果(Barrera, 2000; Berkman, 1995; Berkman & Glass, 2000; Cohen, 1988; S. Cohen, 1988; House, Landis, & Umberson, 1988; Thoits, 1995)。而文獻也指出，社會建構下的性別角色是決定健康結果的重要因子，因為社會對性別角色的期許不同，導致資源分配與獲取也會有所不同，進而影響健康的結果(Doyal, 1995; Dyke, Lewis, & McLafferty, 2001; Frankenhaeuser et al., 1989; Hunt, 2002; Musshauser, Bader, Wildt, & Hochleitner, 2006)。本研究的目的是希望瞭解更年期婦女對性別角色的觀點、社會關係以及個人健康結果三者間的關連。



第二章 文獻探討

本章主要回顧社會關係、性別角色觀點與健康之相關文獻，並且說明更年期的不同階段不同的健康狀態，共分為三個部分：第一節主要討論更年期婦女不同階段的健康狀態；第二部分介紹社會關係對個人健康的影響以及測量之方式；第三個部分介紹性別角色觀點對個人健康的影響以及測量之方法。

第一節 更年期婦女的健康

(一) 更年期的定義

更年期的英文是 Climacteric，係指生命發展階段的中年期、中年過渡到老年的轉換過程，其身體、心理與社會三方面的轉變(張珣 & 張菊惠, 1998)。過去社會與心理學者曾經探討女性體內種種因更年期生理上月經停止所帶來的生理變化，心理的自我概念的改變，以及社會關係與角色同時也面臨新的轉變。近年來醫界只以生理變化來定義，也就是所謂月經停止的停經期(menopause)。根據北美停經醫學會對停經期的定義，表示停經期是描述女性老化的階段，也代表了從生育期到非生育期的一個轉換(NAMS, 2003)。更年期被視為是成年女性最大的轉變時期，台灣人在談及更年期時亦曾以「轉」這個字眼來代替「停經」的說法(張珣 et al., 1993)。曹麗英

定義更年期為一個過渡時期，是女性從生育時期跨越到非生育時期的一個過程階段，更年期的長短通常為 7~10 年，泛指最後一次月經前後婦女所體驗的身心變化(曹麗英, 1998)。事實上，更年期 (climacteric) 與停經 (menopause) 的意思並不完全相同，但在英文的使用上已可互相通用。

在我國目前也經常將停經直接翻譯成更年期而混合使用。

更年期包含了停經前期、停經中期以及停經後期等不同的階段，也就是說更年期不是固定發生的一個時間點，而是一個過程。目前坊間時常聽到的更年期問題，應該是指在更年期階段時會發生的一些症狀，稱為更年期症狀。張珏指出，在醫界所聽到的更年期，係指月經停止前後的身心變化，為狹義更年期定義，醫療人員多數強調更年期時身體不適的症狀，並且認為更年期就是一種賀爾蒙缺乏疾病(張珏, 2003)。對此國內的學者提出反對醫療的觀點，認為更年期在生理變化方面是一個正常並且自然的生理過程(張珏 & 張菊惠, 1998; 盧孳艷, 楊舒琴, & 林雪貴, 2002)。所以更年期代表了一個女性在中年轉變的時期，包含了不同的面向，例如家庭或工作的角色，以及與伴侶、親人的關係等(Rousseau, 1998)。

綜合國內外的文獻，以下將更年期分成四種階段(BWHC, 2006; NAMS, 2003; Rousseau, 1998; WHO, 1996; 張珏 et al., 1993)：

一、停經前期 (premenopause)：根據北美停經醫學會與世界衛生組織

的解釋，這個階段是指月經開始不規則前的一至兩年。

二、停經中期 (perimenopause)：月經開始不穩定至最後一次月經週期結束。波士頓婦女健康組織(Boston Women's Health Book Collective, 2006)，特別用停經轉化期(menopause transition)，代表這是一個漸進過程(gradual process)，伴隨有賀爾蒙高低變化與身體改變。

三、停經(menopause)：意指月經停止，但是由於停經中期月經的不穩，無法確定何時正式月經停止，因此提出若已有十二個月月經都沒來，才確定已經停經。目前用停經涵蓋停經的轉化期，也是目前我國稱之為更年期。

四、停經後期 (postmenopause)：最後一次月經週期結束到之後五年，但是這個時期的終點學界沒有完全達到共識。

以上說明在部分文獻表示，停經期或更年期的定義還沒有統一的說法，且在停經中期與後期會發現有重疊的部分，目前國內外的研究者也還在針對這個議題作探討，期望未來有更確切的研究。

(二) 更年期觀點

一、 西方觀點

回顧國外的文獻發現，早期發表的文章有將更年期醫療化的現象(張珣

& 張菊惠, 1998), 醫界認為更年期症狀, 代表賀爾蒙的減少或停止分泌, 因此稱之為賀爾蒙不足的疾病, 必須要使用賀爾蒙療法, 並且給予許多負面的形象, 例如更年期的婦女會失去生育能力、情緒起伏不定、健忘等等(Herrick, Douglas, & Carlson, 1996; Rostosky & Travis, 1996)。而少數針對媒體報導更年期的研究, 發現對更年期報導多強調更年期負面的經驗以及需要醫療的幫助等等, 沒有提及其他的影響因素, 例如生活形態、角色關係等等(Gannon & Steven, 1998; Love, 1997; 李桀, 2000)。一直到近期的文獻開始發現影響更年期的原因還包括環境、個人特徵以及民俗文化等(Dillaway, 2005; Koch & Mansfield, 2004)。綜合所有的文獻, 發現有強調更年期為疾病的「生物醫學觀點」, 由外在生活環境所建構的「社會文化觀點」, 以及認為更年期為正常自然生理過程的「女性主義觀點」(Estok & O'toole, 1991; Herrick et al., 1996; Wilson & Wilson, 1963)。2002 年美國國家衛生研究院公告, 使用女性賀爾蒙治療需審慎, 因為當時的數據發現使用 HRT 有增加癌症的風險(Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002), 大家對更年期的觀點也逐漸的在改變, 愈來愈多的學者認同停經期是人生必經過程, 更年期泛指這段時間的身心社會改變, 與青春一般, 甚至男性同樣也有更年期(Diamond, 1998), 更年期不是病而是人生必經的自然現象。不過長期致力於婦女健康資訊自主的美國波

士頓婦女健康組織，在 2006 年出版更年期專書就在第一章特別指出更年期婦女會受到性別歧視(sexism)與年齡歧視(ageism)，更年期婦女被醫界及商人塑造成為病人，需要藥物或化妝品或整型美容等協助，都隱含著對女性的社會刻板印象，而社會整體概念也共同塑造這樣的印象 (Boston Women's Health Book Collective, 2006)。

二、 國內觀點

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」。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。」。由前述定義很明顯瞭解古代對婦女停經的情形，多採自然觀點，很少提及停經後的症狀與治療方法；並未將更年期當成是特殊問題，是在一般生活中記載(毛家鈴 & 鐘聿琳, 2002)。

我國受西方醫學影響，自 1990 年以來，開始大量針對四十歲以上的婦女進行賀爾蒙替代療法 (HRT)，且在媒體上大肆強調停經婦女的問題等負面報導(李桀, 2000)，不只是鼓吹賀爾蒙治療，也連帶販賣保健食

品(王育群, 2006)。張珏等在 1998 年即提出實證研究，嚴肅指出台灣的更年期也有醫療化的現象，在其研究中發現賀爾蒙替代療法的使用，從 1991 年的 8.8% 上升到 1997 年的 19.0%，有大幅度增加的趨勢(張珏 & 張菊惠, 1998)。雖然許多的醫學文章，均將更年期視為一種疾病(吳宗穎, 余燦榮, & 陳盟榮, 2000; 高瑞青, 1999; 蕭倩如, 楊再興, & 袁九重, 1999)，但是台灣以女性觀點為主的文獻也努力的鼓吹更年期是一個自然的過程，不愉快，不適的更年期症狀可以透過適當的關心而舒緩，而不是一種疾病被等待醫治，當然極端少數身體的不適，還是需要請教醫師(張珏 & 陳芬苓, 1993; 陳芬苓, 1992; 蘇美禎, 2000)。

(三) 停經階段與婦女健康

不同的停經階段的婦女健康會有所不同，文獻指出無論是在自評健康、性功能或是更年期的症狀在不同的停經階段會呈現相異的結果(Dennerstein, 1996; Engel, 1987; Ho, Chan, Yip, & Chan, 2003)。生理的症狀在停經後期出現的機會比較多(Avis et al., 2001; Collins & Landgren, 1995; Dennerstein et al., 1993; Hunter, Battersby, & Whitehead, 1986; Kaufert, Gilbert, & Hassard, 1988; Kuh, Wadsworth, & Hardy, 1997)像是熱潮紅、盜汗、疲倦感、失眠、情緒不穩定、及腰酸背痛等；而心理方面的症狀則是在停經中期的時候比

較容易發生(Avis, Kaufert, Lock, McKinlay, & Vass, 1993; Avis et al., 2001; Ballinger, 1975; Hunter et al., 1986)。停經中期與停經後期的婦女對於生活意義比停經前期的婦女來的負面(Deeks & McCabe, 2004)。Lee 透過質性研究的方式來瞭解韓國中年婦女更年期的狀況，發現進入到停經中期的婦女會有生理的、心理的、社會的以及角色上的變化，像是在身體上會歷經一些症狀的困擾，而在家庭中面臨小孩要出社會、丈夫退休等等的改變，並且也要面對社會對於更年期婦女的態度，但研究也指出這些問題會隨著進入停經後期而有所改善(Lee, 1997)。國內的學者也發現除了更年期的身心症狀之外，不同停經階段的婦女所面對的環境與角色也會有所不同，根據張珏等在 1995 年的研究整理彙整成以下的列表：

表 2-1 停經階段與生理、心理與社會角色的變化

停經前期	
生理	女性荷爾蒙恆常分泌
心理	會受到經期問題的影響
社會	學齡子女、上班生活
角色	母親、上班族、媳婦、家庭主婦等
停經中期	
生理	女性荷爾蒙不規則分泌
心理	受到生理變化而影響心情
社會	角色轉變、工作轉變
角色	母親、準備退休、媳婦、家庭主婦等
停經後期	
生理	卵巢停止分泌女性荷爾蒙
心理	受到角色變化而影響心情
社會	進入老年前期
角色	母親、退休、婆婆等

張珏等認為歷經更年期的婦女在不同的停經階段無論是在生理、心裡、社會上都會有不同的轉變，生理上會因為女性賀爾蒙的分泌多寡而有所影響，心裡的方面會因為月經週期或是感受到年老的壓力而有所變化，社會與角色上的轉變與環境有關，所以影響更年期健康的相關因素應該要分不同階段來討論才可以正確的瞭解不同階段更年期婦女的需要(張珏 et al., 1995)。

第二節 社會關係與個人健康

過去許多文獻都提到社會關係是會影響個人的健康(Barrera, 2000; Berkman, 1995; Berkman & Glass, 2000; S. Cohen, 1988; House et al., 1988; Thoits, 1995)。社會關係指在一定的社會環境之下，受到社會的規範，人與人之間透過互相的社會地位與角色所產生的互動而形成的關係。在本研究中社會關係將包含社會網絡、社會支持、社會參與以及工作狀態。過去的文獻以及影響個人健康的理論，接下來將會一一介紹。

(一) 社會關係影響健康的理論

社會關係的範圍很廣，在此本研究將介紹兩個社會關係影響個人健康的理論：

一、 社會網絡與社會支持模式 (Conceptual Model of the

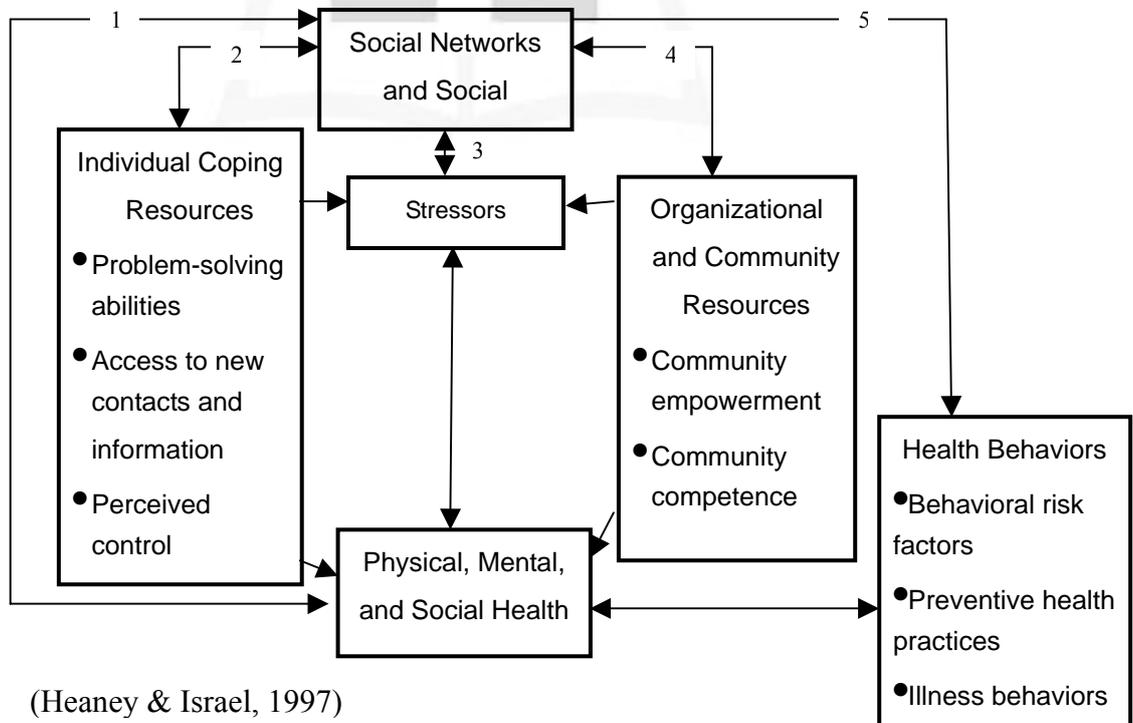
Relationship of Social Networks and Social Support to Health)

在 1954 年的時候 Barnes 首先提出社會網絡這個概念，用來描述除了傳統社會單位（家庭、工作等）的社會關係(Barnes, 1954)。Israel 與 House 在八零年代提出社會網絡以及社會支持的定義與內容：社會網絡是指以個人為中心向外延伸的社會關係網絡；社會支持代表透過社會關係以及人與人之間的互動，互相的幫忙與協助，提供不同的支持(House, 1981; Israel, 1982)。Cohen 等人也提出社會支持是指個人自覺可以取得的社會資源或是環境中真實存在正式或非正式的不用付費的非專業幫助(Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000)。

之前的研究指出社會網絡是指以個人為中心向外延伸的社會關係網絡，而社會網絡的特性包括 1.相互性(reciprocity)-在關係當中，互相給予也接受彼此的資源與支持、2.強度(intensity)-會提供情感上的親密感、3.複雜性(complexity)-提供不同的功能、4.密度(density)-網絡的成員彼此認識並且交流、5.同質性(homogeneity)-網絡的同伴在地域上是相近的、6.傳播性(geographic dispersion)- 網絡的成員居住的地點離核心人物很接近；社會支持則代表透過社會關係以及人與人之間的互動，互相的幫忙與協助，提供不同的支持，而社會支持包含 1.情緒上(emotional support)-提供同理心、關愛、信任和照顧、2.工具上

(instrumental support)-提供實質的協助和服務、3.資訊上(informational support)-提供諮詢、建議和訊息、4.評價上(appraisal support)-自我評鑑的資訊等(House, 1981; Israel, 1982)。個人透過社會網絡取得與外界的聯繫，並且從網絡中得到社會支持。社會網絡與支持可以提供個人關愛、親密、歸屬感以及確認自我價值等等的基本需求，無論在任何的壓力下，支持的網絡可以增進個人的身心健康(Berkman & Glass, 2000)。Israel 和 Heaney 在 2001 年更進一步提出社會支持與社會網絡模式，說明社會關係可以直接或間接的影響個人的健康結果(Heaney & Israel, 1997)。而社會支持與社會網絡模式架構如下：

圖 2-1 社會支持與社會網絡模式架



本模式中，社會網絡以及社會支持會透過五條途徑來影響個人的健康。途徑一表示無論在哪個壓力環境之下，個人基本的需求，例如：同伴、親密感、歸屬感等，如果得到滿足，這種支持的連結可以增進個人的健康狀態(Berkman & Glass, 2000)。

途徑二是假設社會支持與社會網絡會影響個人解決事情的能力，例如社會網絡與支持可以使個人取得新的聯繫、訊息以及發現問題解決問題的能力。幫助降低不確定性以及不可預期性，並會幫助個人掌控環境以及所面對的議題，也因為透過網絡的支持讓個人對於問題或事件能有更正面或有建設性的想法(Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000; Thoits, 1995)。

途徑三說明社會支持與網絡有可能會影響個人暴露在壓力源的頻率與長度，例如一個支持性的上司會確保他的員工不會因為事物過多而超時工作，或是透過社會網絡可以得到更多新工作的資訊，解決長期失業的問題，如此因為壓力的降低，與身心健康的增強是有相關性的(Heaney & Israel, 1997)。

途徑四表示社會支持與社會網絡會影響社區整體的成長，例如加強社會網絡以及增進社會支持的互動可以增加社區資源並且建立社區解決問題的能力；許多研究指出在一個社區內建立網絡並且加強社會支持

與增進社區解決問題的能力有相關性(Eng & Parker, 1994; (E. Eng & Parker, 1994; Minkler, 2001)。

而途徑五反應社會關係帶給健康行為的間接影響力(Heaney & Israel, 1997)；因為在社會網絡之下，像是遵從醫囑、尋求幫助行為、戒菸以及減重等健康行為，會因為人與人彼此互相影響與支持，進而達成(Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, & McAuliffe, 2000; McKinlay, 1980; Palmer, ABaucom, & McBride, 2000; Starrett, Bresler, Decker, Walters, & Rogers, 1990; Wing & Jeffery 1999)。

二、 角色累積理論 (Theory of Role Accumulation)

早在 1897 年社會學家 Durkheim 就提出個人社會角色對健康的重要性 (Durkheim, 1951)。根據 Merton 以及 Gross 等人給予角色的定義，角色是一個社會身分，社會大眾對這個社會身分有其特定行為的期待 (Gross, Mason, & McEachern, 1958; Merton, 1957)。然而在早期對於多重角色的研究中，學者提出多重關係所帶來的多重角色是心理壓力以及社會地位不穩定感覺的來源(Goode, 1960)。學者們表示多重角色的累積會產生角色超載 (role overload) 以及角色衝突 (role conflict) 的情形；不同角色有各自的責任，但是面對各個角色的時間和能力卻是有限的，壓力到一個地步必須要在各個角色之間做出選擇，就是角色

超載的發生；而且對於不同角色的期望可能會有對立的情形發生，使會產生角色衝突的情形(Goode, 1960; Merton, 1957)，例如婦女很難一邊工作一邊帶小孩並且把兩方的角色都扮演好。

早期因為已經將多重角色定義為負面的影響，所以在測量工具的設計上也有所偏頗；Snoek 在 1966 年對多重角色調查，多使用負面的問題來引導作答，例如：是否感覺自己有太多的責任卻沒有足夠的授權等，所以在結論上也會有所偏頗(Snoek, 1966)。

一直到 1974 年 Sieber 對角色累積的作用提出不同的看法，他認為透過社會關係會產生多重的社會角色，而多重角色累積帶來的好處，會對健康有正面的影響，這就是角色累積理論(Sieber, 1974)。Sieber 表示因為角色的累積所帶來的回饋可分為四類：角色特權、社會地位的穩固、社會地位的提升、自我概念的加強。

角色特權是指愈多的角色所帶來的權利與義務都會有所不同，因此不同的角色可以帶給個人不同的特權，例如以一個在職的學生來看，雖然他必須要面對學校的功課以及職場的工作，但是因為他是在職生，他的學生角色的伙伴（同學）可能會因此對他多加協助，也可能他職場的專業，對課程上的一些議題會有所幫助，並且因為他的工作上的同事以及家人知道他在唸書，就不會給予過多的事物或家事讓他做

(Sieber, 1974)。社會地位的穩固是指，除了自己已經有的角色之外，建立多個其他的角色可能對未來會有所幫助，舉例來說，一個幼稚園老師，希望將來能夠開一家書店，所以下班的時間就到書店去打工，一方面學經驗，一方面存更多的錢為將來的店面做打算，並且不時參加社團活動，建立人脈，希望未來有更多的客戶，透過這樣的角色累積，可以讓自己的社會地位愈來愈穩固。社會地位的提升是表示多重的角色可以讓個人接觸到多重的資源，進而可以學習更多的資訊，讓個人的社會地位得以提升，例如學生在學校參加社團，認識外面的企業老闆，有可能取得該老闆撰寫推薦函的機會，進而取得更高階的社會地位。在自我概念加強的方面，因為多重的角色，讓個人可以感覺被信賴或被需要，能夠加強個人的自我意識，提升精神健康(Sarbin & Allen, 1968)。

Thoits 則提出角色累積所帶給身心健康的好處是間接的從各種角色得到意義以及對人生的目標，也就是說有婚姻關係、工作或是當家長的人，會瞭解自己的角色並且明白自己角色在社會中的定位，因為對自我的瞭解，會讓身心健康更加健全(Thoits, 1983)。而許多的文獻指出多重的角色與健康有正向的相關性(Berkman & Breslow, 1983; House et al., 1988; Moen, Dempster-McClain, & Williams, 1989)。

黃美菁 (1994) 對台灣地區 580 位 25-44 歲中年已婚婦女，探討社會角色與自覺健康，發現具有母親角色及媳婦角色對已婚婦女有負面影響，而工作角色則有正面影響。發現角色參與數目並不會降低自覺健康(黃美菁, 1994)。

(二) 社會關係與個人健康

一、 社會網絡與社會支持

許多文獻都指出，缺乏社會網絡會降低生理健康與心理健康，而缺乏社會支持也跟高死亡率有直接的相關性(Achat et al., 1998; Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 2000; Berkman & Glass, 2000; P. M. Eng, Rimm, Fitzmaurice, & Kawachi, 2002; Goldberg, Van Natta, & Comstock, 1985; Kawachi & Berkman, 2001; Litwin, 1998; Michael, Colditz, Coakley, & Kawachi, 1999; Romans-Clarkson, Walton, Herbison, & Mullen, 1990; Romans, Walton, McNoe, Herbison, & Mullen, 1993; Seeman, 2000; Seeman, Bruce, & McAvay, 1996)。Levy-Storms 以及 Lubben 針對婦女所進行的社會網絡與健康行為的研究，探討血親關係與非血親關係的社會支持對健康行為的影響，他們測量了網絡的大小、支持的功能以及自覺親密感，發現與血親的互動會正面影響正確醫療保健的健康行為，而非血親的互動會正面的影響健康行為(Levy-Storms & Lubben,

2006)；Avis 等人以不同種族的中年婦女來作測量的對象，各以單一問題的方式來測量是否有社會網路的存在與否，「當你需要人說話或是日常生活需要幫助的時候，多常會有人可以提供你的需要？」以及「是否有親近的朋友或親戚？」(Avis, Assmann, Kravitz, Ganz, & Ory, 2004)。

文獻中也有利用 Surtees Index of Social Support 來測量較親近的社會支持（家庭、親友等）或是一般的社會支持（工作、鄰居等），例如、跟家人的關係是否薄弱等問題(Ruiz Perez, Montero Pinar, & Hernandez-Aguado, 1997)。Gallicchio 等人提及社會網路的測量方式是利用單一的問題「你有多少親近的朋友？」以及「這些朋友你一個月會見幾次面？」來做是否有社會網路的判斷(Gallicchio, Hoffman, & Helzlsouer, 2007)。社會支持與社會網路的目前還沒有一個統一的測量方式，除了測量形式上的支持與網路，例如社會支持與網路是否存在，還有自覺的感受，例如社會支持與網路是否有提供幫助。在筆者的研究中，將會測量形式上以及自覺感受兩個部分，以期達到對於社會網路以及支持的全面瞭解。

二、 社會參與

Brissette 等人提出社會參與是指個人經由不同的社會關係與社會互動

來參與社會(Brissette, Cohen, & Seeman, 2000)。Langner 和 Michael 在 1963 年的時候說：「適當團體的參與、加入會員或有所互動，會加強個人的信念，並且提供個人所需要的情緒上的支持」，這說明了社會參與的重要性(Langner & Michael, 1963)。個人因為社會參與，像是參加社團、社區活動或是宗教活動等，可以增加個人的社會網絡連結，降低社會孤立，進而提升自我認知與自信(Arber, Perren, & Davidson, 2002)。許多研究也指出較多的社會參與跟較低的死亡率和較低的憂鬱症狀發生是有相關的(Berkman, 1995; Cohen & Wills, 1985)。

近期的研究中，Morrow-Howell 等人以志工參與的方式來測量老年族群社會參與的情形，其中包含了志工經驗、志工狀態、時間、組織的形式、參加幾個組織等，最後發現是否參加志工以及參加的小時數與健康結果有相關(Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, & Tang, 2003)。

Sundquist 等人將社會參與分為三個部分來測量，個人的環境中有哪些可取得的社會資源、個人所參與的社會活動以及透過社會參與可以取得的社會地位等，最後發現跟中等參與社會活動的受訪者比起來，社會參與較低的受訪者發生心血管疾病的機率較高(Sundquist, Winkleby, Ahlen, & Johansson, 2004)。在日本也有研究指出，社會參與和身體健康狀態有相關，並且用兩種方法測量社會參與，分別是：是否有參與社會活動以及是否與親友接觸與次數等(Takeyachi et al., 2003.)。

三、 工作狀態

Berkman 等提到工作是參與社會並且取得社會資源的一個很重要的途徑(Berkman et al., 2000)；工作提供女性擴充社會網絡的機會，因此可以讓健康提升(Repetti, Matthews, & Waldron, 1989)。而工作狀態與健康結果是有相關性的，在工作環境裡，透過決策的參與，提供其他人社會支持並且感受到生活滿意的提升，如此可以提供建立自尊與自信的機會(Sorensen & Verbrugge, 1987)。由此可知工作狀態對女性來說是一個重要的社會關係。

過去有許多文獻指出有薪水工作的婦女比較全職的家庭主婦健康狀態較好(Annandale & Hunt, 2000; Nathanson, 1975, 1980; Waldron & Jacobs, 1988)。Artazcoz 等人將婦女分為有薪水工作者以及全職家庭主婦兩類，發現有薪水工作的婦女自評健康比全職家庭主婦來的好(Artazcoz, Borrella, Benachb, Cortèsa, & Rohlfsc, 2004)。在澳洲的一個研究中將工作狀態分為全職工作、兼職工作以及無工作，結果發現兼職的女性回答自評健康較差的比率比全職的女性要來的高出許多(Hewitt, Baxter, & Western, 2006)。

第三節 性別角色與個人健康

(一) 性別、性別角色與健康關係

在談到性別的議題時，首先要來看性別的分類，有生理性別（Sex）－指動物雄性與雌性的生物或生理特質：生殖功能、性器官、基因組成、賀爾蒙等；以及社會性別（Gender）－指一個社會對男女經由社會建構的角色、權力、責任、義務、期待、限制等。雖然女性的平均餘命比男性高，但是在健康狀態方面女性比較常會有生病以及殘障的情形發生；而男性比較容易發生對生命有威脅的疾病並且容易發生永久性的殘障，因而造成提早死亡的情形(Nathanson, 1975; Verbrugge, 1985; Waldron, 1983)。

許多文獻都提出性別角色是決定健康很重要的因子(Doyal, 1995; Dyke et al., 2001; Frankenhaeuser et al., 1989; Hunt, 2002; Musshauer et al., 2006)。

Verbrugge 針對男女健康有所不同的現象，提出女性的健康比較不好，主要是因為他們的社會角色跟壓力，小部分是來自於她們的健康態度，而不是因為女性的生理因素(Verbrugge, 1989)。Waldron 提出因為社會性別的不同，所以男女的健康結果會有所不同，例如，女性比男性容易過度提出自己生病的感覺，並且也比較容易評定自己的健康狀態為不好(Waldron, 1983)。

Doyal 等提出為了男女可以得到真正的健康，必須確保這兩個群體有平等的機會來取得讓自我健康的資源(Doyal & Gough, 1991; Nussbaum & Glover, 1995)。多數文化中多定義女性要留在家裡照顧家中的所有事情，

包含家事以及照顧長輩與小孩；而社會對男性的預期是在外工作，並且擁有公民的權利與義務等。因為男女的社會性別的關係，會提供給男性與女性的資源不同，也讓男性女性暴露在不同的健康危害之下(Doyal, 1995)。有學者認為因為女性所受到的壓迫與歧視，讓女性比較容易處在貧窮的地位，故婦女與女孩的健康容易會受到社會不平等的危害(Dwyer & Bruce, 1988; Tinker et al., 1994)。

(二) 性別角色觀點的測量方式

過去對於性別角色的測量方式從很基本社會人口學變項來簡單的看個人的性別、工作與婚姻狀態(Annadale, 1998; Annadale & Hunt, 2000)；1981年 Bem 發表了 Bem Sex Role Inventory，透過量表的施測，將個人分為男性化(masculinity)，其特色為獨立，強烈的個性，侵略性等等，中性化(androgyne)，最後是女性化(femininity)，其特色為容易被影響的，有同情心，懂事等等(Bem, 1981)。在 Whitley 的研究中，他整合與性別角色觀點測量和心理健康相關的研究，發現愈男性化代表愈能夠自我調整並且有較低的憂鬱症狀，愈女性化代表愈不能夠自我調整並且有較高的憂鬱指數(Whitley, 1984)，而 Whisman 和 Jacobson 針對夫婦所做的研究也有類似的結果(Whisman & Jacobson, 1989)。Spence 等人在 1978 年發表女性觀點測量表 (Attitudes toward Women scale)，此量表包含了女性的權利、角色、

義務，舉例來說，這個量表要求受訪者根據以下的陳述表達同意的程度：

1.一般來說，婦女在社會上不應居領導地位，2.生一個兒子傳宗接代，是女人對家及丈夫應盡的責任，以及3.妻子應該順從丈夫多於丈夫順從妻子等題目等等；分數愈高代表性別觀點愈現代，分數愈低代表觀點愈傳統

(Crompton & Harris, 1997; Hunt, 2002; Spence, Helmreich, & Stapp, 1974)。在

過去的研究當中，被家庭暴力對待會影響其身心的健康，透過性別角色觀

點量表，可以發現愈傳統觀念的婦女，愈容易受到家庭的暴力對待，並且

發生身心的疾病；而愈現代觀念的婦女，愈能夠感受到自我是否受到公平的

待遇，進而較為關心自己的健康結果(DeGregoria, 1987)。本研究將使用

Spence 等人所發明的女性觀點測量表來測量性別角色觀點。

第四節 社會關係與性別角色觀點

多數研究是獨立來看性別角色與社會關係對健康的影響，然而有少數研究

提到性別角色會修飾社會關係與女性健康之間的關連。國內學者張珏等人

針對更年期婦女為研究對象發現性別角色觀點愈現代者，其社交生活愈

多，對更年期的態度就愈正面(張珏 et al., 1993)。國外也有研究發現性別

角色觀念愈傳統的女性，愈不會出去工作(Crompton & Harris, 1997)，並且

當婦女的性別角色觀點愈傳統的時候，會把對女性的刻板印象強化，例如

女子不可以去外面拋頭露面等，進而影響其社會連結(Stewart, Knippenberg,

Joly, & Harris, 2004)。也有研究針對工作與性別角色的關係，發現在有工作的婦女族群中，性別角色觀點愈現代的跟個人健康有正向的關係(Parry, 1987)，也跟較低的憂鬱症狀有關(Keith & Schafer, 1982)。

第五節 文獻評論

綜合以上所有文獻，可以發現在過去大部分文獻同意社會關係是會正向的影響到個人健康，無論是社會關係中的社會網絡、社會支持、社會參與以及工作狀態，都是會對個人健康結果有所影響。然而在測量方式上，大多以形式上的測量為主，詢問是否有社會網絡的存在，或是身邊是否有社會支持的提供；在社會參與方面，也是詢問是否有參與活動以及次數等，幾乎都沒有提到對於這些社會關係感受的問題，例如對於社會網絡以及社會支持的滿意度等問題。

針對更年期婦女的研究，也較少將不同更年期階段分開來探討其社會關係的研究，本研究認為除了社會關係與性別角色觀點會獨立的影響個人健康結果之外，也應該檢視性別角色觀點是否會修飾社會關係對個人健康結果的影響。所以本研究將會分析此群體社會關係以及性別角色觀點的交互作用。

第三章 研究方法

第一節 資料來源與研究對象

本研究使用國民健康局九十二年的「台灣婦女更年期健康調查」中的資料來進行次級資料分析(張珣 & 張菊惠, 2003)。「台灣婦女更年期健康調查」屬於橫斷式研究 (cross-sectional study)，問卷收集的時間為 2003 年 8 月至 9 月底完成。該調查是從國民健康局「九十一年國民健康促進知識態度行為調查」的樣本中選取「92 年 8 月 1 日滿 40 至未滿 60 歲」之婦女，總共 4182 人；依直轄市、省轄市、縣三個層級分別抽樣，共 2433 人，抽取率為 58%，而問卷的完訪率為 80%。最後有效樣本為 1942 人。依據本研究之目的，選擇自然停經的婦女（包含停經中期以及停經後期之婦女），去除月經規律、手術停經以及無效之問卷，最後樣本數為 947 人。

「台灣婦女更年期健康調查」所使用的問卷，是蒐集國內外相關更年期調查問卷，以及在過去執行的研究中所收集的個人訪談與焦點團體資料，擷取關於中年婦女、更年期賀爾蒙療法的核心命題(張珣 & 胡幼慧, 1993; 張珣, 胡幼慧, & 陳芬苓, 2000; 張珣 et al., 1993)。在 2003 年 8 月至 9 月底之間，指派受過訓練的訪視員進行訪問。本問卷為面訪，由訪視員到受訪者的家中向受訪者解說，由訪視員勾選問卷答案。完訪並收回之問卷，經過兩次核閱並且譯碼後，在經除錯和修正的過程，得到電腦的資料

檔。

樣本的基本資料描述詳見表 3-1。全部樣本為 947 位，本研究將月經週期開始不規則，以及已經停經但是未滿一年者歸類為停經中期；停經已經滿一年者歸類為停經後期。以更年期階段來分組停經中期有 398 位，為總樣本數的 42%；停經後期有 549 人，為總樣本數的 58%。停經中期的年齡主要分佈在 45-49 歲之間（43.2%），停經後期的年齡主要分佈在 55-60 歲之間（49%）。父親籍貫無論是哪一個更年期階段都是以閩南人為主，而婚姻狀態也都是以已婚與配偶同住為主。使用 HRT 的情形可以發現停經中期與停經後期的使用者分別為 9.5%和 8.2%。運動情形可以發現停經後期的婦女幾乎每天運動的人較多有 36.5%。沒有吸菸的人佔全部的九成五以上，而九成以上的受訪者有宗教信仰。

第二節 名詞定義

本研究把變項分為四大類來探討：健康結果、社會關係、性別角色觀點以及控制變項。

以下將說明本研究中所有變項之操作型定義：

一、健康結果變項

1. 自覺健康

本變項的問題為「一般來說，您認為您現在的健康狀況是」，原始選項：「很好」、「好」、「普通」、「不好」、「非常不好」。本研究重新編碼以：「很好」、「好」為1，「普通」、「不好」、「非常不好」為0。

2. 更年期症狀

近一年經驗到的身體不舒服。分「有」、「無」兩類。一共三十九題，個題分為「沒有困擾」0分，「有些困擾」1分，「很困擾」2分，將所有分數加總。

二、社會關係變項

1. 婚姻狀態

本變項的問題為「請問您目前的婚姻狀況是」，原始選項為：「已婚同住」、「同居」、「已婚未經常同住」、「離婚、分居、喪偶未再婚」、「從未結婚未同居」。本研究重新編碼以：「已婚同住」、「同居」為0，「已婚未經常同住」、「離婚、分居、喪偶未再婚」、「從未結婚未同居」為1。

2. 子女往來情形

本變項的問題為「您現在和兒女往來的情形怎樣？」，原始選項：「無子女」、「沒往來」、「有事才聯絡」、「每月至少聯絡一次」、「每週

至少聯絡一次」、「天天聯聯絡」。本研究重新編碼以「無子女」、「沒往來」、「有事才聯絡」為 0，「每月至少聯絡一次」、「每週至少聯絡一次」、「天天聯聯絡」為 1。

3. 親戚朋友往來情形

本變項的問題為「您是否經常和親戚朋友往來、聯絡」，原始選項：「幾乎不往來」、「有事才聯絡」、「每個月至少見面或打電話」、「每週至少見面或打電話」、「幾乎天天聯絡」。本研究重新編碼以「幾乎不往來」、「有事才聯絡」為 0，「每個月至少見面或打電話」、「每週至少見面或打電話」、「幾乎天天聯絡」為 1。

4. 社交滿意度

本變項的問題為「整體來說，您對於您的社交生活、和別人接觸（相處）的情形如何？」，原始選項：「非常滿意」、「還算滿意」、「普通」、「有點不滿意」、「不滿意」。本研究重新編碼以「普通」、「有點不滿意」、「不滿意」為 0，「非常滿意」、「還算滿意」為 1。

5. 家庭滿意度

本變項的問題為「整體來看，您對自己的家庭生活滿意程度」，原始選項：「非常滿意」、「還算滿意」、「普通」、「有點不滿意」、「不滿

意」。本研究重新編碼以「普通」、「有點不滿意」、「不滿意」為 0，「非常滿意」、「還算滿意」為 1。

6. 社團活動

本變項的問題為「您目前有沒有參加一些社團活動」，原始選項：「沒有」、「一年只參加少數幾次聚會」、「每個月至少會參加一次活動」、「幾乎每週都會定期參加(有活動必參加)」、「幾乎每天都參加」。本研究重新編碼以「沒有」、「一年只參加少數幾次聚會」為 0，「每個月至少會參加一次活動」、「幾乎每週都會定期參加(有活動必參加)」、「幾乎每天都參加」為 1。

7. 宗教活動

本變項的問題為「您現在是否參與一些宗教活動」，原始選項：「無」、「幾個月才一次」、「每個月一次」、「每週兩次以上」、「天天參加」。本研究重新編碼以「無」、「幾個月才一次」為 0，「每個月一次」、「每週兩次以上」、「天天參加」為 1。

8. 工作狀態

本變項的問題為「您是否有工作」，原始選項：「沒有工作(家庭主婦)」、「失業中」、「退休」、「全職」、「家管(兼職)」、「退休(兼職)」。

本研究重新編碼以「沒有工作(家庭主婦)」、「失業中」、「退休」為 0，「全職」、「家管(兼職)」、「退休(兼職)」為 1。

三、性別角色觀點變項

1. 對女性態度量表

性別角色觀點變項在本研究將使用「對女性觀點量表」來測量個人對女性的觀念是傳統還是現代。而本量表可測量性別角色中的女性角色、權力、責任(Eagly & Mladinic, 1989)。本量表在過去的研究中已被廣泛使用，並已被證明有高建構效度，在 1984 年由 Beere 等人所發展的「性別角色平等量表(Sex Role Egalitarianism Scale)」所測量的面向包含男性與女性對婚姻、家長、工作、異性戀行為以及教育等的看法(Beere, King, Beere, & L.A., 1984)，而 King 和 King 將此量表與「對女性觀點量表」做比較，發現兩個量表的在建構效度其中的收聚效度(convergent validity)表現十分良好($r=0.86$)(King & King, 1997)。在內在效度方面，「對女性觀點量表」原本的題目有 25 題(Spence & Helmreich, 1972)，後來 Spence 又將之簡略為 15 題(Spence & Helmreich, 1978)。而台灣的研究者呂素卿將簡易的 15 題版本作因素分析，作出五題與女性觀點最一致的題目來進行之後問卷的施測(呂素卿, 1988)。因為本研究測量之對象為更年期婦女，故除了這五題，另外加入受訪者對於更年期

的態度三題，並且作信度的測試，發現這八題的 Cronbach's $\alpha = 0.65$ 。這八題的題目分別為：「子女長大了，母親便不受重視」、「妻子應該順從丈夫多於丈夫順從妻子」、「生一個兒子傳宗接代，是女人對家及丈夫應盡的責任」、「男孩子受教育比女孩子重要，因為男孩子長大後要養家」、「一般來說，婦女在社會上不應居領導地位」、「女性有月經來才像女人，不然和男人沒什麼兩樣」、「婦女在更年期之後會擔心丈夫不喜歡她」以及「更年期之後女性不需要跟丈夫有性行為」。分數愈高代表觀念愈現代化，分數愈低代表愈觀念愈傳統。

四、控制變項

1. 年齡

本研究收集受訪者接受訪視當時的年齡為主，將以連續變項來進行分析。

2. 族群

本變項的問題為「你的父親是哪裡人」，原始選項：「本省閩南人」、「本省客家人」、「大陸各省分」、「原住民」以及「其他」。本研究重新編碼以「本省客家人」、「大陸各省分」、「原住民」以及「其他」為 0，「本省閩南人」為 1。

3. 賀爾蒙療法使用情形

本變項的問題為「最近一年內是否使用女性荷爾蒙？」，原始選項：「不曾用過」、「不知道有無使用過」、「正在規律使用中」、「斷續使用」、「曾經用過，目前已中斷停用」。本研究重新編碼以「不曾用過」、「不知道有無使用過」為 0，「正在規律使用中」、「斷續使用」、「曾經用過，目前已中斷停用」為 1。

4. 運動情形

本變項的問題為「請問您最近一年以來做運動的情況」原始選項：「從來不做」、「幾乎每天作」、「每週三、四次」、「每週一次」、「偶爾一次」、「其他」。本研究重新編碼以「從來不做」為 1，「偶爾一次」為 2，「幾乎每天作」、「每週三、四次」、「每週一次」、「其他」為 3。

5. 吸菸情形

本變項的問題為「您是否曾經吸過菸？」原始選項：「曾吸過」以及「從未吸過」，將「從未吸過」編碼為 0，「曾吸過」編碼為 1。

6. 個人收入

本變項的問題為「過去一年，你個人平均一個月的收入，大約多

少？」原始選項：「沒收入」、「4999 元以下」、「5000 元~9999 元」、「10000 元~14999 元」、「15000 元~19999 元」、「20000 元~39999 元」、「40000 元~59999 元」、「60000 元~79999 元」、「80000 元~99999 元」、「100000 元以上」。本研究重新編碼以「沒收入」、「4999 元以下」為 1，「5000 元~9999 元」、「10000 元~14999 元」、「15000 元~19999 元」為 2，「20000 元~39999 元」、「40000 元~59999 元」、「60000 元~79999 元」、「80000 元~99999 元」、「100000 元以上」為 3。

7. 宗教信仰

本變項的問題為「請問你信什麼宗教？」原始選項：「沒有任何宗教信仰」、「燒香拜拜或是民間傳統信仰」、「佛教」、「道教」、「一貫道」、「基督教」、「天主教」、「回教」、「其他」。本研究重新編碼以「沒有任何宗教信仰」為 0，「燒香拜拜或是民間傳統信仰」、「佛教」、「道教」、「一貫道」、「基督教」、「天主教」、「回教」、「其他」為 1。

第三節 研究架構與假設

本研究想要瞭解社會關係、性別角色觀點與更年期婦女健康結果三者的關連，提出兩個研究架構如圖 3-1, 3-2。社會關係因子包含婚姻狀態、子女往來情形、親朋往來情形、總體社交滿意度、總體家庭滿意、社團活動、宗教活動以及工作狀態。性別角色觀點利用性別角色觀點量表得知，而健康

結果將有兩個，一個是自評健康，一個是更年期症狀分數。因過去僅僅有少數研究共同考慮社會關係、性別角色觀點與健康之間的關連，故本研究提出了兩種可能性的假設(Crompton & Harris, 1997; Parry, 1987; Whisman & Jacobson, 1989; Whitley, 1984)。本研究不但預期社會關係與性別角色觀點會獨立的影響健康結果（研究架構一），另外性別角色觀點會修飾社會關係對健康結果的影響（研究架構二），因為性別角色觀點愈現代的更年期婦女愈容易暴露在多種社會關係的環境下，故社會關係較容易和性別角色觀點產生交互作用，進而影響健康。

因為過去的文獻顯示，社會關係或性別角色觀點和健康的關係可能被若干干擾因子所解釋，故本研究也將控制年齡、父親籍貫、賀爾蒙療法使用情形、運動情形、抽菸情形、個人收入以及宗教信仰等。

本研究的假設如下：

假設一：性別角色觀點與社會關係對更年期婦女的健康有直接並且獨立的影響。性別角色觀點愈現代的更年期婦女其自評健康愈好，更年期症狀愈少；社會關係愈好的更年期婦女其自評健康愈好，更年期症狀愈少。

假設二：性別角色觀點愈現代的更年期婦女比性別角色觀點愈傳統的婦女其社會關係對健康的正面影響愈大。

圖 3-1 研究架構一

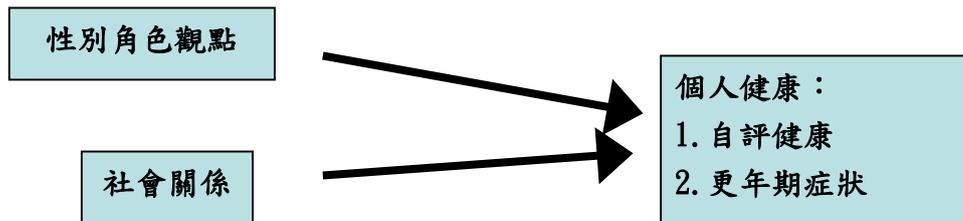
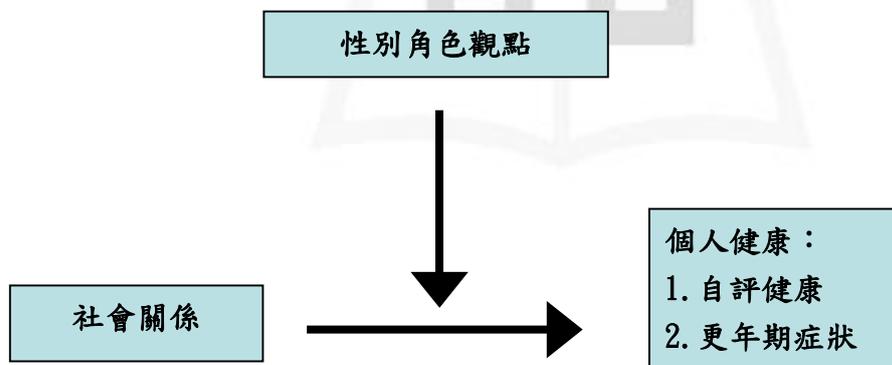


圖 3-2 研究架構二



第四節 資料分析與處理

本研究將以 SPSS14.0 進行分析，其中包含單變項分析、雙變項分析、多變項分析。單變項分析會以描述性統計來進行。雙變項分析中，若依變項

為連續變項，自變項為類別變項，將使用 *t*-test 或單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 來探討各組間在依變項是否有顯著差異。當依變項與自變項皆為類別變項時，將使用 Chi-square test 來看各變項之間是否有顯著的差異性。而本研究將使用多變項分析來驗證假設，當依變項為類別變項時的時候，將會使用邏輯斯迴歸分析 (Logistic regression model)；當依變項為是連續變項時，會使用複線性迴歸模式 (Multiple linear regression model)。所有的分析會依結果變項的不同以及不同更年期的階段分開檢視。

在放入的步驟方面，首先第一個步驟將只放入控制變項，來瞭解哪些控制變項會影響健康結果。第二步驟將放入社會關係變項以及在第一步驟達到統計顯著的控制變項，來瞭解社會關係變項與健康結果之間的相關程度。第三個步驟將放入性別角色觀點變項以及在第一步驟達到統計顯著的控制變項，希望瞭解性別角色觀點變項與健康結果之間的相關程度。第四步驟我們將共同放入有顯著的社會關係變項、性別角色觀點變項以及控制變項，此步驟是來檢視本研究的第一個假設，也就是說，當控制了可能會影響健康結果的干擾因子之後，來看社會關係變項與性別角色觀點和健康結果之間的相關性。在第五步驟將會放入有顯著的社會關係變項、性別角色觀點變項和控制變項，並且放入社會關係變項以及性別角色觀點變項的交互作用。此步驟是來檢視本研究的第二個假設。也就是說，當本研究控制

了可能會影響健康結果的干擾因子之後，來看社會關係變項與性別角色觀點的交互作用。

第四章 研究結果

本章包含兩個部分，首先是所有變項與健康結果的雙變項分析，健康結果有自評健康以及更年期症狀分數。第二部分將加入控制變項以及其他變項與健康結果的多變項分析。

第一節 雙變項分析

本節將依據不同的更年期階段以及不同的健康結果來分別說明。將以卡方檢定分析來看社會關係因子，性別角色觀點因子分別與健康結果之間的關連。

一、停經中期

1. 自評健康

表 4-1 呈現的是停經中期社會關係、性別角色觀點、和自評健康的雙變項關係。社交滿意度、家庭滿意度、教育程度、個人收入以及宗教與自評健康有顯著的相關。社交滿意者比起社交不滿意者有較高的比率自評健康良好 (43.9% vs. 18.6%); 同樣的家庭滿意者比起

家庭不滿意者有較高的比率自評健康良好(47.3% vs. 14.4%)。而在教育程度方面，自評健康良好的比率會隨著教育程度的增加而上升，國小畢、國中畢、高中畢的受訪者，其自評健康良好的比率分別為 26.9%、45.5%、46%；自評健康良好的比率也會隨著個人收入的增加而上升，4999 元以下、5000~19999 元、20000 元以上的受訪者，其自評健康良好的比率分別為 28.1%、36%、47.3%；而沒有宗教信仰者比起有宗教信仰者有較高的比率自評健康良好(53.8% vs. 36.1%)。在性別角色觀點方面沒有達到統計上的顯著。

2. 更年期症狀

表 4-2 是停經中期社會關係、性別角色觀點、和更年期症狀的雙變項關係。結果發現婚姻狀態、社交滿意度、家庭滿意度、HRT 使用情形、吸菸情形以及性別角色觀點與更年期症狀分數有顯著的相關。已婚同住或同居者比起單身、離婚、分居者其更年期症狀的分數較低(6.97 vs. 9.78)，也就是說已婚同住或同居者比起單身、離婚、分居者較為健康；社交滿意的人比起社交不滿意的人其更年期症狀的分數較低(6.65 vs. 9.57)，也就是社交不滿意者其更年期症狀較為嚴重；家庭滿意的人比起家庭不滿意的人其更年期症狀的分數較低(6.52 vs. 9.39)，也就是說家庭滿意者其健康狀態較好。而在 HRT 使

用情形有使用 HRT 的人比起沒有使用 HRT 的人其更年期症狀分數較高 (11.92 vs. 6.88)，也就是說有使用 HRT 的人其更年期症狀較嚴重；有吸菸的人也比沒有吸菸的人更年期症狀分數較高 (14.53 vs. 7.04)，代表有抽煙的人更年期症狀較為嚴重。在性別角色觀點方面，更年期症狀的分數會隨著性別角色觀點的現代化而降低，21 分以下、22-24 分、25 分以上更年期症狀分數分別為 8.39、7.81、5.98，代表愈現代的性別角色觀點，其健康狀態愈好。

二、停經後期

1. 自評健康

表 4-3 呈現的是停經後期社會關係、性別角色觀點、和自評健康的雙變項關係。結果發現社交滿意度、家庭滿意度、社團活動、教育程度、父親籍貫、個人收入以及性別角色觀點與自評健康有顯著的相關。社交滿意者比起社交不滿意者有較高的比率自評健康良好 (38.7% vs. 26.8%)；同樣的，家庭滿意者比起家庭不滿意者有較高的比率自評健康良好 (43.1% vs. 18.1%)；有參加社團活動者比起沒有參加社團活動的人有較高的比率自評健康良好 (45.3% vs. 31.8%)。而在教育程度方面，自評健康良好的比率會隨著教育程度的增加而上升，國小畢、國中畢、高中畢的受訪者，其自評健康良好的比率分

別為 30.2%、39.3%、48%；父親籍貫為閩南人的比起父親籍貫為其他人者有較低的比率自評健康良好(33% vs. 45%)；在個人收入可以發現，自評健康以收入在 5000~19999 元的人自評健康較好的比率最低(29%)，再來是個人收入在 4999 元以下者(31.3%)，最高的自評健康比率落在個人收入在 20000 元以上者(40%)。自評健康良好的比率也隨著性別角色觀點的現代化而上升，21 分以下、22-24 分、25 分以上自評健康良好的比率分別為 23.4%、39%、47.2%。

2. 更年期症狀

表 4-4 呈現的是停經後期社會關係、性別角色觀點、和更年期症狀的雙變項關係。結果發現親友往來情形、家庭滿意度、社團活動、教育程度、父親籍貫、HRT 使用情形、運動情形以及吸菸情形與更年期症狀分數有顯著的相關。有與親友往來者比起沒有與親友往來者其更年期症狀分數較低 (5.65 vs. 7.43)，也就是說有與親友往來者比起沒有與親友往來者較為健康；家庭滿意的人比起家庭不滿意的人其更年期症狀的分數較低(4.82 vs.9.05)，也就是說家庭滿意者其健康狀態較好；而沒有參加社團活動的人比起有參加社團活動的人更年期症狀分數較高 (6.57 vs. 4.88)，也就是說沒有參加社團活動的人其更年期症狀較嚴重。在教育程度方面，更年期症狀分數會隨著教

育程度的提升而降低，國小畢、國中畢、高中畢更年期症狀的分數分別為 6.86、5.18、4.37；父親籍貫為閩南人者比起父親籍貫為其他人者更年期症狀分數較高（6.53 vs. 4.39），也就是說父親籍貫為閩南人者其更年期症狀較嚴重；而在 HRT 使用情形有使用 HRT 的人比起沒有使用 HRT 的人其更年期症狀分數較高（10.53 vs. 5.75），也就是說有使用 HRT 的人其更年期症狀較嚴重；在運動情形方面，最高的更年期分數落在偶爾一次的運動頻率，第二高是從來不做運動，分數最低的是每週一次以上，其更年期分數分別為 7.12、7.10、5.18；有吸菸的人也比沒有吸菸的人更年期症狀分數較高（10.63 vs. 5.98），代表有抽煙的人更年期症狀較為嚴重。而不同性別角色觀點其更年期症狀分數沒有達到顯著差異。

第二節 多變項分析

本節將以社會關係因子、性別角色觀點因子以及兩者的交互作用放入多變項分析並進行結果的解釋。模式一放入控制變項，模式二放入社會關係變項，模式三放入性別角色觀點變項，模式四放入有達到顯著的社會關係變項、性別角色觀點以及控制變項。模式五是除了模式四的變項之外、另外加入社會關係和性別角色觀點的交互作用。本節針對不同的停經階段以及測量的健康結果，分為四個部分來討論。

一、停經中期

1. 自評健康

根據表 4-5，健康結果為自評健康時，模式一中每週運動一次以上、國中畢業以及沒有使用 HRT 者會增加自評健康較好的機率。模式二社會關係中的社交滿意度以及家庭滿意度有達到統計上的顯著，也就是說對社交滿意度（OR=2.432）與家庭滿意度（OR=2.454）與自評健康有關；在模式三中性別角色觀點沒有達到統計上的顯著。

在模式四當中我們發現社會關係中的社交滿意度以及家庭滿意度會獨立的影響自評健康的結果，也就是說在控制了運動情形、教育程度、HRT 使用情形以及性別角色觀點之後，對家庭滿意的人多 2.464 倍的機率會自我評鑑自己的健康為較佳，而對社交滿意的人多 2.42 倍的機率會自我評鑑自己的健康為較佳。而在模式五當中家庭滿意度有達到統計上的顯著，表示對家庭滿意的人多 3.025 倍的機率會自我評鑑自己的健康為較佳。但是家庭滿意度與性別角色觀點的交互作用沒有達到統計上的顯著。

2. 更年期症狀

根據表 4-6，健康結果為更年期症狀時，模式一中吸菸情形以及 HRT

使用情形會影響更年期症狀發生的數量；模式二社會關係發現當控制了吸菸情形以及 HRT 使用情形之後只有、社交滿意度有達到統計上的顯著，對社交滿意的人更年期症狀分數較低；在模式三中性別角色觀點有達到統計上的顯著，也就是說 25 分以上的人比 21 分以下的人更年期症狀分數較低。

在模式四當中我們發現只有社交滿意度有達到統計上的顯著，在控制了性別角色觀點、吸菸情形以及 HRT 使用情形之後，社交滿意者比社交不滿意者更年期症狀分數要來的低 2.559 分。而在模式五當中社會關係變項、性別角色觀點變項以及交互作用變項都沒有達到統計上的顯著。

二、停經後期

1. 自評健康

根據表 4-7 停經後期自評健康與社會關係、性別角色觀點、控制因子的多變項分析中發現，模式一中個人收入以及吸菸情形會影響自評健康的結果；在模式二中發現家庭滿意度以及社團活動都有達到統計上的顯著，也就是說對家庭滿意的人（OR=2.286）以及有參加社團的人（OR=1.889）會有較高的機率自評健康較佳；在模式三中性別角色觀點有達到統計上的顯著，也就是說性別角色觀點分數在

25 分以上的人的人，比分數在 21 分以下的人多 2.189 倍的機率會自我評鑑自己的健康為較佳。

在模式四當中我們發現在控制了個人收入以及吸菸情形之後，對家庭滿意的人比不滿意者自評健康好的機率多 2.139 倍、有參加社團活動比沒有參加社團活動者自評健康好的機率多 1.795 倍以及性別角色觀點較現代者比觀念傳統者好的自評健康好的機率多 1.828 倍。而在模式五當中社會關係變項、性別角色觀點變項以及交互作用變項都沒有達到統計上的顯著。

2. 更年期症狀

在表 4-8 停經後期更年期症狀分數與社會關係、性別角色觀點、控制因子的多變項分析中發現，模式一中父親籍貫、運動情形、吸菸情形、教育程度以及 HRT 使用情形會影響更年期症狀發生的數量；模式二可以發現的婚姻狀態、親友往來情形、社交滿意度以及家庭滿意度會影響更年期症狀發生的數量，有結婚同住者、有與親友往來者、對社交不滿意的人以及對家庭滿意的人更年期症狀分數較低；在模式三中性別角色觀點沒有達到統計上的顯著。

在模式四當中我們發現，在控制了父親籍貫、運動情形、吸菸情形、教育程度、HRT 使用情形之後，已婚或同居者比未婚未同居者更年

期症狀分數要來的低 1.852 分、有與親友往來比沒有與親友往來者更年期症狀分數要來的低 1.353 分以及對家庭滿意者比不滿意者更年期症狀分數要來的低 3.779 分，而性別角色觀點不顯著。而在模式五當中只有婚姻狀態以及家庭滿意度會對更年期症狀分數有影響，已婚或同居者比未婚未同居者更年期症狀分數要來的低 2.294 分，對家庭滿意者比不滿意者更年期症狀分數要來的低 4.559 分。而社會關係與性別角色觀點的交互作用沒有達到統計上的顯著。



第五章 討論與結論

第一節 重要發現與討論

(一) 不同更年期階段婦女的健康

本研究中發現，不同更年期階段的社會關係的重要性會有所改變。在多變項的分析中發現，會影響停經中期是以社交滿意度以及家庭滿意度為主，對於停經後期的婦女影響其健康結果的社會關係以婚姻狀態、親友往來情形、家庭滿意度以及社團活動為主。如果從更年期婦女本身的經歷來瞭解的話，停經中期的婦女的主要社會連結以家庭為主，對於家庭給於自己的滿意感覺是主要影響其健康的因素。而在停經後期的婦女，可能因為子女離開或是失去配偶等，外在社團的參與會影響其健康的成分也就愈來愈重要。這與過去老人的文獻相符合，說明社會的參與對於中老年來說是很重要的(Bukov, Maas, & Lampert, 2002)。

(二) 更年期婦女社會關係的感受層面與結構層面對健康影響

社會關係在本研究中分為社會網絡、社會支持、社會參與以及工作狀態。而本研究發現更年期婦女對於社會關係的感受（例如滿意度）帶給健康的影響比社會關係的結構（例如接觸的頻率）要來的重要。無論是那個階段

的更年期婦女對於家庭的滿意的感覺對於健康的影響都遠比有婚姻關係、有跟子女往來要來的顯著。在 Levy-Storms 以及 Lubben 針對老年婦女的研究中他們在測量社會網絡時，除了詢問網絡的大小以及社會支持的功能，還有增加詢問對於此網絡與支持的信心程度(Levy-Storms & Lubben, 2006)，但是並沒有詢問婦女對此網絡的滿意度。而 Avis 等人的研究在社會支持上也只有詢問網絡與支持的存在與否，沒有提到對支持或網絡的滿意度等問題，所以無法瞭解對社會網絡和支持的感受(Avis et al., 2004)。故同時測量社會網絡的結構和網絡的滿意度是本研究的特點之一。

(三) 更年期婦女的性別角色觀點與個人健康

本研究使用 Spence 等人在 1978 年發表女性觀點測量量表(Attitudes toward Women scale)來測量性別角色觀點。女性觀點測量量表內容包含女性的權利、角色、義務，愈現代的觀點代表女性愈是獨立自主，有與男性一樣平等的教育工作權力；而愈傳統的觀念代表認同女性應該留在家中相夫教子，不應該出外拋頭露面。本研究發現停經後期的婦女性別角色觀點愈現代的婦女，比愈傳統的婦女自評健康較好，更年期症狀分數也較低。然而在停經中期卻沒有發現這個現象，未來研究需要更多相關的探討。

(四) 性別角色觀點與社會關係

雖然 Parry 在文獻中提到性別角色觀點愈現代的跟個人健康有正向的關係

(Parry, 1987),但是在本研究停經中期以及停經後期在性別角色觀點以及社會關係的交互作用上都沒有達到統計上的顯著。在本研究中無法看出社會關係與性別角色觀點的交互作用對健康的影響,有可能是因為樣本數不足的原因,未來希望有更進一步的探討。

第二節 研究限制

本研究為次級資料分析,所使用的問卷在社會關係的題目較為簡略,只能就現有的題目來作分析。並且本研究為橫斷式的研究,只能瞭解特定時間內更年期婦女社會關係、性別角色觀點和健康之間的相關,無法建立時序性的因果關係。而在健康結果的方面,只有主觀的個人自評健康以及與更年期有關的症狀分數,並沒有客觀的生理心理資料可以分析,所以在結果上可能會有偏差。而問卷中許多題目是屬於回溯性的問題,例如月經何時開始不規則,有經歷哪些更年期的症狀等,可能會有回憶偏差(recall bias)的情形,進而影響到研究結果。雖然本研究的有效樣本數為947人,但是停經中期的樣本數僅有三百多人,可能是因為樣本數不足的關係,故性別角色觀點與健康結果的相關性沒有顯現。本研究所使用的性別角色觀點量表,除了精簡國外的量表之外,另外加入我國婦女對於更年期的態度,在這個方面的效度舉證還有帶加強,未來可以針對使量表做更進一步的檢測。

第三節 建議

(一) 促進更年期婦女健康

根據本研究的結果發現，可以看到有社會關係的婦女健康結果會比沒有社會關係的婦女要來的好，而影響不同更年期階段婦女健康結果的社會關係會有所不同。在國民健康局的輔助之下台灣在過去幾年成立了許多更年期婦女團體，但是多數的團體還是以講座的方式來進行。本研究希望能夠建議有關單位針對不同階段的更年期婦女，設計不同的活動與課程，例如停經中期的婦女，在課程的安排上，可以加強其自我角色的認知，並且讓其瞭解家庭對其的重要性。針對停經後期的婦女，希望能夠鼓勵她們多走出家庭，參加多重的社團活動，來增進其社會關係網絡的連結，如此也可以讓健康結果有更進一步的提升。

(二) 未來研究建議

- 一、 期望可以發展更適合國內使用的性別角色觀點量表，內容能夠涵蓋者個生理、心理、社會層面，這樣可以更全面的瞭解婦女的性別角色觀點對健康的關係。
- 二、 在社會關係變項的測量可以更加的完善，除了參考國外的文獻之外，也應融合本國自有的文化，發展更有文化敏感度的量表。
- 三、 針對更年期婦女社會關係與健康結果之間的關連期望能以縱貫性

的研究設計來進行。

第四節 結論

本研究結果顯示社會關係跟性別角色觀點是會獨立並且正向的影響更年期婦女的健康結果。更年期婦女對家庭的滿意度，婚姻關係，親友的往來，對社交的滿意度，以及社團的參與會對健康結果有正向的影響，雖然本研究無法證明性別角色觀點會修飾社會關係對健康結果的影響，但是明顯的發現性別角色觀點愈現代的更年期婦女，其健康結果也會愈正向。

而不同的更年期階段，影響健康結果的變項也會有所不同。影響停經中期的包括社交滿意度以及家庭滿意度，而影響停經後期的有婚姻狀態、親友往來情形、家庭滿意度以及社團參與情形。而性別角色觀點對於不同健康結果上的影響也有不同，在停經中期發現性別角色觀點愈現代的婦女，其更年期症狀分數越低，而停經後期發現性別角色觀點愈現代的婦女，自評健康越好。

參考文獻

- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., & Colditz, G. (1998). Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 7(8), 735-750.
- Annandale, E. (1998). Health, illness and the politics of gender. In D. Field & S. Taylor (Eds.), *Sociological Perspectives on Health Illness and Health Care* (pp. 115-133). Oxford: Blackwell.
- Annandale, E., & Hunt, K. (2000). Gender inequalities in health: Research at the crossroads. In E. Annandale & K. Hunt (Eds.), *Gender inequalities in health* (pp. 1-33). Buckingham: Open University Press.
- Arber, S., Perren, K., & Davidson, K. (2002). Involvement in social organisations in later life: Variations by gender and class. In L. Andersson (Ed.), *Cultural gerontology* (pp. 77-93). Westport, CT: Greenwood.
- Artazcoz, L. L., Borrella, C., Benachb, J., Cortèsa, I., & Rohlfs, I. (2004). Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position *Social Science & Medicine*, 59(2), 263-274
- Avis, N. E., Assmann, S. F., Kravitz, H. M., Ganz, P. A., & Ory, M. (2004). Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*, 13(5), 933-946.
- Avis, N. E., Kaufert, P. A., Lock, M., McKinlay, S. M., & Vass, K. (1993). The evolution of menopausal symptoms. *Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 7, 17-31.
- Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V., et al. (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science and Medicine* 52, 345-356.
- Ballinger, C. B. (1975). Psychiatric morbidity and the menopause: screening of general population sample. *British Medical Journal*, 3, 344-346.
- Barnes, J. A. (1954). Class and Committees in a Norwegian Island Parish. *Human Relations*(7), 39-58.
- Barrera, M., Jr. (2000). Social support research in community psychology. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 215-245). New York: Plenum.
- Beere, C. A., King, D. W., Beere, D. B., & L.A., K. (1894). The sex role egalitarianism Scale: A measure of attitudes toward equality between the sexes. *Sex Roles*, 10, 563-576.
- Bem, S. L. (1981). *Bem Sex Role Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists

Pr.

- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2000). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 354-364.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Berkman, L. F., & Breslow, L. (1983). *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. In L. F. K. Berkman, I. (Ed.), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Brissette, I., Cohen, S., & Seeman, T. E. (2000). Measuring social intergration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (Eds.), *Support measurements and interventions: A guide for social and health scientists*. NY: Osford Press.
- Bukov, A., Maas, I., & Lampert, T. (2002). Social Participation in Very Old Age: Cross-Sectional and Longitudinal Findings From BASE. *Journal of Gerontology:PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 57B(6), 510-517.
- Boston Women's Health Book Collective. (2006). *Our body, ourselves: Menopause*. NY: Touchstone.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. L. (2000). Patterns Correlateds, and Barriers to Medication Adherence Among Persons Prescribed New Treatments For HIV Disease. *Health Psychology*(19), 124-133.
- Cohen. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Cohen, Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 3-28). New York: Oxford University Press.
- Cohen, & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Collins, A., & Landgren, B. M. (1995). Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopausal women: a population-based study.

- Maturitas*, 20, 101-111.
- Crompton, R., & Harris, F. (1997). Women's Employment and Gender Attitudes: A Comparative Analysis of Britain, Norway and the Czech Republic. *Acta Sociologica*, 40(2), 183-202.
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2004). Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Quality of Life Research*, 13(2), 389-398.
- DeGregoria, B. (1987). Sex role attitude and perception of psychological abuse. *Sex Roles*, 16(5-6), 227-235.
- Dennerstein, L. (1996). Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas*, 23(2), 147-157.
- Dennerstein, L., Smith, A. M. A., Morse, C., Burger, H., Green, A., Hopper, J., et al. (1993). Menopausal symptoms in Australian women. *The Medical Journal of Australia*, 159, 232-236.
- Diamond, J. (1998). *Male Menopause*. Naperville: Sourcebooks.
- Dillaway, H. E. (2005). (Un)Changing Menopausal Bodies: How Women Think and Act in the Face of a Reproductive Transition and Gendered Beauty Ideals. *Sex Roles*, 53(1-2), 1-17.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick, gender and the political economy of health*. London: Macmillan.
- Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A theory of human need*. London: Macmillan.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press.
- Dwyer, D., & Bruce, J. (1988). *A home divided: women and income in the third world*. CA, Stanford: Stanford University Press.
- Dyke, I., Lewis, N. D., & McLafferty, S. (2001). *Geographies of women's health*. New York: Routledge.
- Eagly, A. H., & Mladinic, A. (1989). Gender Stereotypes and Attitudes Toward Women and Men *Personality and Social Psychology Bulletin*, 15(4), 543-558.
- Eng, E., & Parker, E. (1994). Measuring Community Competence in the Mississippi Delta: The Interface between Program Evaluation and Empowerment. *Health Education Quarterly*(21), 199-220.
- Eng, P. M., Rimm, E. B., Fitzmaurice, G., & Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*, 155(8), 700-709.
- Engel, N. S. (1987). Menopausal stage, current life change, attitude toward women's roles, and perceived health status. *Nursing Research*, 36, 353-357.

- Estok, P. J., & O'toole, R. (1991). The meanings of menopause. *HealthCare for Women International*, 12(1), 27-39.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrickson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A. L., et al. (1989). Stress On and Off the Job as Related to Sex and Occupational Status in White-Collar Workers. *Journal of Organizational Behavior*, 10(4), 321-346.
- Galicchio, L., Hoffman, S. C., & Helzlsouer, K. J. (2007). The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Quality of Life Research*, 16(5), 777-786.
- Gannon, L., & Steven, J. (1998). Portraits of menopause in the mass media. *Women and Health*, 27(3), 1-15.
- Goldberg, E. L., Van Natta, P., & Comstock, G. W. (1985). Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. *American Journal of Epidemiology*, 121(3), 448-456.
- Goode, W. J. (1960). A Theory of Role Strain *American Sociological Review*, 25(4), 483-496
- Gross, N., Mason, W., & McEachern, A. (1958). *Explorations in role analysis*. New York: Wiley.
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (1997). Social networks and social support. In *Health Behavior and health education: theory, research, and practice* (2nd edition ed., pp. 179-205).
- Herrick, C. A., Douglas, V., & Carlson, J. H. (1996). Menopause and Hormone replacement therapy from holistic and medical perspectives. *Issues in Mental Health Nursing*, 17(2), 153-168.
- Hewitt, B., Baxter, J., & Western, M. (2006). Family, work and health: The impact of marriage, parenthood and employment on self-reported health of Australian men and women *Journal of Sociology*, 42(1), 61-78
- Ho, S. C., Chan, S. G., Yip, Y. B., & Chan, S. Y. (2003). Factors associated with menopausal symptom reporting in Chinese midlife women. *Maturitas*, 44, 149-156.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 241, 540-545.
- Hunt, K. (2002). A generation apart? Gender-related experiences and health in women in early and late mid-life. *Social Science & Medicine*, 54, 663-676.
- Hunter, M., Battersby, R., & Whitehead, M. (1986). Relation-ships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status.

- Maturitas*, 8, 217-228.
- Israel, B. A. (1982). Social Networks and Health Status: Linking Theory, Research, and Practice. *Patient Counseling and Health Education*, 4, 65-79.
- Kaufert, P. A., Gilbert, P., & Hassard, T. (1988). Researching the symptoms of menopause: an exercise in methodology. *Maturitas*, 10, 117-131.
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467.
- Keith, P. M., & Schafer, R. B. (1982). A comparison of depression among employed singleparent and married women. *The Journal of Psychology*, 11, 239-247.
- King, L. A., & King, D. W. (1997). Sex-Role Egalitarianism Scale: Development, psychometric properties, and recommendations for future research. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 71-83.
- Koch, P. B., & Mansfield, P. K. (2004). Facing the Unknown: Social Support during the Menopausal Transition. *Women & Therapy*, 27(3-4), 179-194.
- Kuh, D. L., Wadsworth, M., & Hardy, R. (1997). Women's health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 923-933.
- Langner, T. S., & Michael, S. T. (1963). *Life Stress and Mental Health*. New York: Free Press.
- Lee, K. H. (1997). Korean urban women's experience of menopause: new life. *Health Care Women Int.*, 18(2), 139-148.
- Levy-Storms, L., & Lubben, J. E. (2006). Network composition and health behaviors among older Samoan women. *Journal of Aging & Health*, 18(6), 814-836.
- Litwin, H. (1998). Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. *Social Science & Medicine*, 46(4-5), 599-609.
- Love, S. M. (1997). *Dr. Susan Love's Hormone Book*. NY: Random House.
- McKinlay, J. B. (1980). Social Network Influences on Morbid Episodes and the Career of Help Seeking. In L. Eisenberg & K. A. (Eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine* (pp. 77-107).
- Merton, R. K. (1957). *Social Theory and Social Structure*. Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Michael, Y. L., Colditz, G. A., Coakley, E., & Kawachi, I. (1999). Health behaviors, social networks, and healthy aging: cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, 8(8), 711-722.
- Minkler, M. (2001). Community Organizing Among the Elderly Poor in San Francisco's Tenderloin District. In R. J., J. L. Erlich & J. E. Tropman (Eds.), *Strategies of Community Intervention*. Itasca, Ill: Peacock Publishers.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, J. R. M. (1989). Social Intergration and

- Longevity: An Event History Analysis of Women's Roles and Resilience. *American Sociological Review*, 54, 635-647.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*, 58(3), S137-145.
- Musshausser, D., Bader, A., Wildt, B., & Hochleitner, M. (2006). The Impact of Sociodemographic Factors vs. Gender Roles on Female Hospital Workers' Health: Do We Need to Shift Emphasis? *Journal of Occupational Health* 48(5), 383-391.
- NAMS. (2003). *Menopause Guidebook*. Cleveland, OH: North American Menopause Society.
- Nathanson, C. (1975). Illness and the feminine role: a theoretical review. *Social Science and Medicine*, 9, 57-62.
- Nathanson, C. (1980). Social roles and health status among women: the significance of employment. *Social Science & Medicine*, 14A(6), 463-471.
- Nussbaum, M., & Glover, J. (1995). *Women, culture and development: a study of human capabilities*. Oxford: Clarendon Press.
- Palmer, C. A., ABaucom, D. H., & McBride, C. M. (2000). Couple Approaches to Smoking Cessation. In K. B. Schmaling & T. G. Sher (Eds.), *The Psychology of Couples and Illness: Theory, Research, and Practice* (pp. 311-336). Washington D.C.: APA.
- Parry, G. (1987). Sex-role beliefs, work attitudes and mental health in employed and non-employed mothers. *British Journal of Social Psychology*, 26, 47-58.
- Repetti, R. L., Matthews, K. A., & Waldron, I. (1989). Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44(11), 1394-1401.
- Romans-Clarkson, S. E., Walton, V. A., Herbison, G. P., & Mullen, P. E. (1990). Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: psycho-social correlates. *British Journal of Psychiatry*, 156, 84-91.
- Romans, S. E., Walton, V. A., McNoe, B., Herbison, G. P., & Mullen, P. E. (1993). Otago Women's Health Survey 30-month follow-up. I: Onset patterns of non-psychotic psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 733-738.
- Rostosky, S. S., & Travis, C. B. (1996). Menopause research and the dominance of the biomedical model. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 282-312.
- Rousseau, M. E. (1998). Women's midlife health Reframing menopause *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(4), 208-223.
- Ruiz Perez, I., Montero Pinar, I., & Hernandez-Aguado, I. (1997). Associated factors

- to psychiatric morbidity in postmenopausal phases. *Maturitas*, 28(2), 107-115.
- Sarbin, T. R., & Allen, V. L. (1968). Role theory. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 488-567). Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 362-370.
- Seeman, T. E., Bruce, M. L., & McAvay, G. J. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*, 51(4), S191-200.
- Sieber, S. D. (1974). Toward a Theory of Role Accumulation. *American Sociological Review*, 39(4), 567-578
- Snoek, J. D. (1966). Role strain in diversified role sets. *American Journal of Sociology*, 4, 363-372.
- Sorensen, G., & Verbrugge, L. M. (1987). Women, Work, and Health. *Annual Review of Public Health*, 8, 235-251.
- Spence, J., Helmreich, R. (1972). The attitudes toward women scale: an objective instrument to measure attitudes toward the rights and roles of women in contemporary society. *JSAS Catalog of selected document in psychology*, 2,66.
- Spence, J., Helmreich, R., & Stapp, J. (1974). The Personal Attributes Questionnaire: A measure of sex-role stereotypes and masculinity-femininity. *JSAS Catalog of selected document in psychology*, 4, 127.
- Spence, J., Helmreich, R. (1978). *Masculinity and femininity: Their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin: University of Texas Press.
- Starrett, R. A., Bresler, C., Decker, J. T., Walters, G. T., & Rogers, D. (1990). The Role of Environmental Awareness and Support Networks in Hispanic Elderly Persons' Use of Formal Social Services. *Journal of Community Psychology*(18), 218-227.
- Stewart, T. L., Knippenberg, A. v., Joly, J., & Harris, K. R. (2004). The influence of attitudes toward women on the relative individuation of women and men in the Netherlands. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 240-245.
- Sundquist, K., Winkleby, M., Ahlen, H., & Johansson, S. (2004). Neighborhood Socioeconomic Environment and Incidence of Coronary Heart Disease: A Follow-up Study of 25,319 Women and Men in Sweden. *American Journal of Epidemiology*, 159(7), 655-662.
- Takeyachi, Y., Konno, S., Otani, K., Yamauchi, K., Takahashi, I., Suzukamo, Y., et al. (2003.). Correlation of Low Back Pain With Functional Status, General Health

- Perception, Social Participation, Subjective Happiness, and Patient Satisfaction. . *Spine*, 28(13), 1461-1466.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple Identities and Psychological Well-Being: A Reformulation and Test of the Social Isolation Hypothesis. *American Sociological Review*, 48(2), 174-187.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*(Supplement 1), 53-79.
- Tinker, A., Daly, P., Green, C., Saxeman, H., Lakshminarayan, R., & Gill, K. (1994). *Women's health and nutrition: making a difference*. Washington, DC: World Bank.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 282-304.
- Waldron, I. (1983). Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: Issues and evidence. *Social Science and Medicine*, 17 (16), 1107-1123.
- Waldron, I., & Jacobs, J. A. (1988). Effects of labor force participation on women's health: new evidence from a longitudinal study. *J Occup Med*, 30(12), 977-983.
- Whisman, M. A., & Jacobson, N. S. (1989). Depression, marital satisfaction, and marital and personality measures of sex roles. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15(2), 177-186.
- Whitley, B. E. J. (1984). Sex-role orientation and psychological well-being: Two meta-analyses. *Sex Roles*, 12, 207-225.
- WHO. (1996). *Research on the menopause in the 1990s*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, R., & Wilson, T. (1963). The fate of non-treated postmenopausal women: A plea for the maintenance of adequate estrogen from puberty to the grave. *Journal of American Geriatrics Society*, 11(4), 347-362.
- Wing, R. R., & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of Recruiting Participants with Friends and Increasing Social Support for Weight Loss and Maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(67), 132-138.
- Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. (2002). Risks 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
- 內政部統計處. (2007). 性別指標統計. Retrieved from <http://sowf.moi.gov.tw/stat/gender/list01.html>.

- 毛家鈴, & 鐘聿琳. (2002). *婦女與健康*. 台北: 空大.
- 王小星. (1998). *更年期婦女運動保健團體之行動研究*. 台灣大學公共衛生研究所碩士論文.
- 王育群. (2006). *更年期婦女對荷爾蒙療法及保健食品之風險知覺與使用*. 台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文.
- 吳宗穎, 余燦榮, & 陳盟榮. (2000). 睪固酮濃度之年齡相關性變化與男性更年期症候群. *長庚醫學*, 23(6), 348-353.
- 呂素卿. (1988). *台灣地區製造業工廠女作業員婦女角色態度與兩性交往關係之研究*.
- 李桀. (2000). *報紙更年期議題之內容分析*.
- 高瑞青. (1999). 婦女更年期熱潮紅之臨床心得. *中國中醫臨床醫學雜誌*, 6, 183-184.
- 張珣. (2003). 更年期婦女健康是公共衛生政策的議題. *台灣公共衛生雜誌*, 22(4), 24-250.
- 張珣, & 胡幼慧. (1993). *更年期前後婦女之調適與求醫障礙的研究*. 台北: 行政院衛生署.
- 張珣, 胡幼慧, & 陳芬苓. (2000). *婦女健康促進與保護措施調查研究---婦女健康促進需求之研究*. 台北: 行政院衛生署.
- 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*, 4, 145-185.
- 張珣, & 張菊惠. (2003). *國民健康局九十二年台灣婦女更年期健康調查*. 台北: 國民健康局專題研究報告.
- 張珣, 張菊惠, 劉玉秀, 謝佳容, 張淑紅, & 賴秀花. (2005). *更年期族群健康照護人員督導員培訓手冊*. 臺北市政府衛生局.
- 張珣, & 陳芬苓. (1993). 女性更年期研究的回顧與展望. *婦女與兩性學刊*, 4, 263-294.
- 張珣, 陳芬苓, & 胡幼慧. (1993). 中老年婦女更年期態度的研究. *中華衛誌*, 12(1), 26-39.
- 張菊惠. (2002). *充權導向之職場經痛行動研究*. 台灣大學衛生政策與管理研究所博士論文.
- 張珣, 周松男, 陳芬苓, & 張菊惠. (1995). 一般經期與更年期自述症狀的研究. *中華衛誌*, 14(2), 191-200.
- 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.
- 許碧珊. (2001). *以充權觀點檢視更年期自助團體成員之經驗歷程*. 台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文.
- 陳芬苓. (1992). *大台北地區更年期婦女研究*. 國立台灣大學社會學研究所碩士論文.

- 黃美菁.(1994). 台灣地區已婚女之社會角色與自覺健康. 國立陽明醫學院公共衛生學研究所碩士學位論文.
- 盧孳艷, 楊舒琴, & 林雪貴.(2002). 更年期婦女的健康. 護理雜誌, 49(2), 17-21.
- 蕭倩如, 楊再興, & 袁九重.(1999). 荷爾蒙補充治療保護心臟的理論基礎與臨床運用 臨床醫學 43(2), 97-99.
- 蘇美禎.(2000). 更年期婦女健康需求及其相關因素之探討. 國立台灣大學護理學研究所碩士論文.



表 3-1：各停經階段樣本特性 (%) (N=947)

變數	停經階段	停經中期 (n=398)	停經後期(n=549)
年齡			
40-44		19.8	0.6
45-49		43.2	8.0
50-54		33.9	42.4
55-60		3.1	49.0
教育			
國小肄		8.8	22.2
國小畢		34.2	44.8
國中畢		16.6	10.2
高中畢		33.4	17.2
大學畢以上		7.0	5.6
父親籍貫			
閩南人		72.1	81.8
客家人		16.1	10.6
外省人		9.8	5.8
原住民及其他		2.0	1.8
婚姻狀態			
已婚與配偶同住		85.9	76.9
離婚/分居		5.3	4.9
喪偶(未再婚)		6.5	14.9
同居/從未結婚 (未同居)		2.3	3.3

表 3-1：各停經階段樣本特性 (%) (N=947) cont'

變數	停經階段	停經中期 (n=398)	停經後期(n=549)
個人收入			
沒有收入		27.5	29.8
4999~9999		14.9	20.6
10000~19999		19.7	22.8
20000~39999		23.5	16.7
40000以上		14.4	10.1
HRT使用情形			
無		90.5	91.8
有		9.5	8.2
運動情形			
從來不做		35.7	31.9
偶而一次		18.6	14.1
每週一次		5.4	4.2
每週一次以上		15.0	13.3
幾乎每天作		25.3	36.5
吸菸分組			
沒有吸菸		95.7	96.5
100支以下或不確定		0.8	0.2
100支以上		3.5	3.3
宗教			
沒有		9.8	7.8
有		90.2	92.2

表 4-1 停經中期自評健康與社會關係以及性別角色觀點的雙變項分析表

變數	自評健康		X ² score
	好	不好	
婚姻狀態			
已婚與配偶同住或同居	127(37.0%)	216(63.0%)	0.615
離婚/分居/不同住	23(42.6%)	31(57.4%)	
子女往來情形			
無子女/不與子女往來	8(44.4%)	10(55.6%)	0.345
與子女往來	142(37.6%)	236(62.4%)	
親友往來情形			
不與親友往來	35(35.7%)	63(64.3%)	0.259
與親友往來	115(38.6%)	183(61.4%)	
社交滿意度			
滿意	132(43.9%)	169(56.1%)	19.990***
不滿意	18(18.6%)	79(81.4%)	
家庭滿意度			
滿意	132(47.3%)	147(52.7%)	38.297***
不滿意	17(14.4%)	101(85.6%)	
社團活動			
無	112(36.1%)	198(63.9%)	1.452
有	38(43.2%)	50(56.8%)	
宗教活動			
無	95(38.0%)	155(62.0%)	0.028
有	55(37.2%)	93(62.8%)	
工作狀態			
有工作	107(40.4%)	158(59.6%)	2.441
無工作	43(32.3%)	90(67.7%)	
教育			
國小畢	46(26.9)	125(73.1)	14.863***
國中畢	30(45.5)	36(54.5)	
高中畢	74(46)	87(54)	
父親籍貫			
閩南人	105(36.6%)	182(63.4%)	0.533
其他	45(40.5%)	66(59.5%)	
個人收入			
4999以下	38(28.1)	97(71.9)	11.310**
5000~19999	40(36)	71(64)	
20000以上	71(47.3)	79(52.7)	

表 4-1 停經中期自評健康與社會關係以及性別角色觀點的雙變項分析表

變數	自評健康		X ² score
	好	不好	
HRT使用情形			
無	140(38.9)	220(61.1)	2.314
有	10(26.3)	28(73.7)	
最近一年運動情形			
從來不做	44(31.4)	96(68.6)	4.451
偶而一次	42(44.7)	52(55.3)	
每週一次以上	62(39.2)	96(60.8)	
吸菸情形			
沒有吸菸	146(38.3%)	235(61.7%)	1.516
有吸過菸	4(23.5%)	13(76.5%)	
宗教			
沒有	21(53.8)	18(46.2)	4.687*
有	129(36.1)	228(63.9)	
性別角色觀點			
21分以下	45(32.4%)	94(67.6%)	5.315
22~24分	41(35%)	76(65%)	
25分以上	64(45.1%)	78(54.9%)	

*P≤.05, ** P≤.01, *** P ≤.001.

表 4-2 停經中期更年期症狀分數與社會關係以及性別角色觀點的雙變項分析

變數	Mean	SD	F or T score ^a
婚姻狀態			
已婚與配偶同住或同居	6.97	7.678	5.808*
離婚/分居/不同住	9.78	9.500	
子女往來情形			
無子女/不與子女往來	7.56	6.205	0.008
與子女往來	7.38	8.076	
親友往來情形			
不與親友往來	7.91	8.954	0.575
與親友往來	7.20	7.670	
社交滿意度			
滿意	6.65	7.590	10.026**
不滿意	9.57	8.784	
家庭滿意度			
滿意	6.52	7.135	10.944***
不滿意	9.39	9.447	
社團活動			
無	7.62	8.173	1.526
有	6.43	7.254	
宗教活動			
無	7.03	7.766	1.130
有	7.91	8.340	
工作狀態			
有工作	7.13	7.889	0.663
無工作	7.82	8.185	
教育			
國小畢	8.41	8.828	2.733
國中畢	6.97	8.572	
高中畢	6.40	6.589	
父親籍貫			
閩南人	7.43	8.099	0.085
其他	7.17	7.718	
個人收入			
4999以下	7.49	8.100	2.879
5000~19999	8.62	9.357	
20000以上	6.25	6.511	

表 4- 2 停經中期更年期症狀分數與社會關係以及性別角色觀點的雙變項分析 cont'

變數	Mean	SD	F or T score
HRT使用情形			
無	6.88	7.57	14.164***
有	11.92	10.266	
運動情形			
從來不做	7.66	8.594	0.312
偶而一次	7.56	7.563	
每週一次以上	6.97	7.813	
吸菸情形			
沒有吸菸	7.04	7.745	14.816***
有吸過菸	14.53	10.026	
宗教			
沒有	5.33	5.488	2.882
有	7.62	8.195	
性別角色觀點			
21分以下	8.39	8.761	3.508*
22~24分	7.81	8.818	
25分以上	5.98	6.108	

* $P \leq .05$, ** $P \leq .01$, *** $P \leq .001$.

^at-test 使用在兩組之間的比較，單因子變異數分析使用在三組之間的比較

表 4-3 停經後期自評健康與社會關係以及性別角色觀點的雙變項分析

變數	自評健康		X ² score
	好	不好	
婚姻狀態			
已婚與配偶同住或同居	149(35.2%)	274(64.8%)	0.004
離婚/分居/不同住	44(34.9%)	82(65.1%)	
子女往來情形			
無子女/不與子女往來	15(39.5%)	23(60.5%)	0.334
與子女往來	178(34.8%)	333(65.2%)	
親友往來情形			
不與親友往來	48(29.8%)	113(70.2%)	2.748
與親友往來	143(37.2%)	241(62.8%)	
社交滿意度			
滿意	151(38.7%)	239(61.3%)	7.020**
不滿意	42(26.8%)	115(73.2%)	
家庭滿意度			
滿意	162(43.1%)	214(56.9%)	32.061***
不滿意	31(18.1%)	140(81.9%)	
社團活動			
無	131(31.8%)	281(68.2%)	8.170**
有	62(45.3%)	75(54.7%)	
宗教活動			
無	111(34.2%)	214(65.8%)	0.273
有	81(36.3%)	142(63.7%)	
工作狀態			
有工作	112(36.0%)	199(64.0%)	0.232
無工作	81(34.0%)	157(66.0%)	
教育			
國小畢	111(30.2)	257(69.8)	13.489***
國中畢	22(39.3)	34(60.7)	
高中畢	60(48)	65(52)	
父親籍貫			
閩南人	148(33.0%)	301(67.0%)	5.199*
其他	45(45.0%)	55(55.0%)	
個人收入			
4999以下	67(31.3)	147(68.7)	12.002**
5000~19999	55(29.9)	129(70.1)	
20000以上	68(46.6)	78(53.4)	

表 4-3 停經後期自評健康與社會關係以及性別角色觀點的雙變項分析 cont'

變數	自評健康		X ² score
	好	不好	
HRT使用情形			
無	181(35.9)	323(64.1)	1.549
有	12(26.7)	33(73.3)	
運動情形			
從來不做	51(29.1)	124(70.9)	4.417
偶而一次	36(36)	64(64)	
每週一次以上	106(38.8)	167(61.2)	
吸菸情形			
沒有吸菸	189(35.7%)	341(64.3%)	1.717
有吸過菸	4(21.1%)	15(78.9%)	
宗教			
沒有	17(39.5)	26(60.5)	0.393
有	176(34.8)	330(65.2)	
性別角色觀點			
21分以下	51(23.4%)	167(76.6%)	24.384***
22~24分	67(39%)	105(61%)	
25分以上	75(47.2%)	84(52.8%)	

*P≤.05, ** P≤.01, *** P ≤.001.

表 4-4 停經後期更年期症狀分數與社會關係以及性別角色觀點的雙變項分析

變數	Mean	SD	F or T score ^a
婚姻狀態			
已婚與配偶同住或同居	6.40	7.663	2.209
離婚/分居/不同住	5.28	6.694	
子女往來情形			
無子女/不與子女往來	5.61	7.948	0.212
與子女往來	6.18	7.430	
親友往來情形			
不與親友往來	7.43	8.263	6.522*
與親友往來	5.65	7.066	
社交滿意度			
滿意	6.03	7.282	0.440
不滿意	6.50	7.925	
家庭滿意度			
滿意	4.82	5.761	40.292***
不滿意	9.05	9.681	
社團活動			
無	6.57	7.894	5.314*
有	4.88	5.816	
宗教活動			
無	6.27	7.746	0.187
有	5.99	7.047	
工作狀態			
有工作	5.85	6.767	1.098
無工作	6.53	8.280	
教育			
國小畢	6.89	8.040	5.977**
國中畢	5.18	6.388	
高中畢	4.37	5.595	
父親籍貫			
閩南人	6.53	7.820	6.829**
其他	4.39	5.249	
個人收入			
4999以下	6.75	7.397	2.378
5000~19999	6.27	8.603	
20000以上	5.03	5.761	

表 4- 4 停經後期更年期症狀分數與社會關係以及性別角色觀點的雙變項分析 cont'

變數	Mean	SD	F or T score
HRT使用情形			
無	5.75	6.961	17.477***
有	10.53	10.856	
運動情形			
從來不做	7.10	7.964	4.653**
偶而一次	7.12	9.326	
每週一次以上	5.18	6.167	
吸菸情形			
沒有吸菸	5.98	7.282	7.201**
有吸過菸	10.63	10.678	
宗教			
沒有	4.44	5.465	2.434
有	6.29	7.593	
性別角色觀點			
21分以下	6.60	8.173	0.714
22~24分	5.97	6.411	
25分以上	5.71	7.506	

*P≤.05, ** P≤.01, *** P ≤.001.

^at-test 使用在兩組之間的比較，單因子變異數分析使用在三組之間的比較

表 4-5 停經中期自評健康良好與社會關係因子、性別角色觀點因子、控制因子的多變項分析

變項	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
<u>控制變項</u>										
父親籍貫										
閩南人	0.795	(0.415, 1.523)								
年齡 (連續)	0.951	(0.881, 1.027)								
個人收入										
5000~19999	1.135	(0.580, 2.223)								
20000以上	1.418	(0.703, 2.859)								
運動情形										
偶而一次	1.740	(0.843, 3.592)	1.193	(0.557, 2.554)	1.657	(0.814, 3.370)	1.197	(0.564, 2.541)	1.141	(0.535, 2.432)
每週一次以上	2.024 ^a	(1.056, 3.880)	1.481	(0.745, 2.945)	1.740	(0.932, 3.250)	1.349	(0.698, 2.608)	1.255	(0.645, 2.443)
吸菸情形										
有吸過菸	0.327	(0.106, 1.013)								
教育										
國中畢	3.552 ^a	(1.299, 9.711)	3.813 ^a	(1.369, 10.620)	3.881 ^b	(1.435, 10.496)	3.790 ^a	(1.364, 10.536)	3.623 ^a	(1.297, 10.115)
高中畢	1.432	(0.725, 2.830)	1.473	(0.759, 2.859)	1.703	(0.916, 3.165)	1.412	(0.734, 2.718)	1.410	(0.730, 2.724)
HRT 使用情形										
有	0.382 ^a	(0.173, 0.846)	0.443	(0.192, 1.020)	0.388 ^a	(0.177, 0.849)	0.438 ^a	(0.194, 0.993)	0.447	(0.198, 1.010)
<u>社會關係變項</u>										
婚姻狀態										
離婚/分居/不同住			0.605	(0.281, 1.303)						
子女往來情形										
與子女往來			0.732	(0.179, 2.999)						
親友往來情形										
與親友往來			0.759	(0.378, 1.523)						
社交滿意度										
滿意			2.432 ^b	(1.282, 4.615)			2.464 ^b	(1.328, 4.572)	2.289	(0.927, 5.652)

表 4-5 停經中期自評健康良好與社會關係因子、性別角色觀點因子、控制因子的多變項分析 cont'

變項	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
<u>社會關係變項</u>										
家庭滿意度										
滿意			2.454 ^b	(1.319, 4.565)			2.420 ^b	(1.311, 4.466)	3.250 ^b	(1.322, 7.992)
宗教活動										
有			1.095	(0.591, 2.032)						
工作狀態										
有工作			1.262	(0.684, 2.329)						
社團活動										
有			1.303	(0.555, 3.057)						
<u>性別角色觀點變項</u>										
性別角色觀點										
22-24					1.468	(0.764, 2.819)	1.319	(0.663, 2.624)	1.859	(0.576, 5.993)
25以上					1.773	(0.886, 3.545)	1.449	(0.696, 3.016)	1.374	(0.376, 5.025)
<u>交互作用變項</u>										
家庭滿意度X 22~24分									0.484	(0.112, 2.086)
家庭滿意度X 25分以上									0.872	(0.203, 3.740)
社交滿意度X 22~24分									1.054	(0.236, 4.703)
社交滿意度X 25分以上									1.234	(0.276, 5.510)

a: P<.05, b: P<.01, c: P <.001.

表 4-6 停經中期更年期症狀與社會關係因子、性別角色觀點因子、控制因子的多變項分析

變項	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
<u>控制變項</u>										
父親籍貫										
閩南人	0.361	(-1.396, 2.118)								
年齡 (連續)	-0.102	(-0.313, 0.110)								
個人收入										
5000~19999	1.523	(-0.452, 3.497)								
20000以上	-0.510	(-2.427, 1.408)								
運動情形										
偶而一次	0.602	(-1.447, 2.650)								
每週一次以上	0.178	(-1.655, 2.011)								
吸菸情形										
有吸過菸	8.030 ^c	(4.191, 11.869)	7.515 ^c	(3.708, 11.321)	7.738 ^c	(3.981, 11.494)	7.935 ^c	(4.209, 11.660)	7.980 ^c	(4.248, 11.711)
教育										
國中畢	-1.342	(-3.608, 0.924)								
高中畢	-1.223	(-3.171, 0.726)								
HRT 使用情形										
有	5.502 ^c	(2.875, 8.129)	4.979 ^c	(2.381, 7.576)	5.414 ^c	(2.840, 7.988)	5.223 ^c	(2.668, 7.777)	5.189 ^c	(2.624, 7.754)
<u>社會關係變項</u>										
婚姻狀態										
離婚/分居/不同住			2.025	(-0.312, 4.362)						
子女往來情形										
與子女往來			0.745	(-3.119, 4.608)						
親友往來情形										
與親友往來			-0.611	(-2.426, 1.204)						
社交滿意度										
滿意			-2.265 ^a	(-4.213, -0.318)			-2.559 ^b	(-4.331, -0.786)	-2.147	(-4.825, 0.532)

表 4-6 停經中期更年期症狀與社會關係因子、性別角色觀點因子、控制因子的多變項分析 cont'

變項	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
<u>社會關係變項</u>										
家庭滿意度										
滿意			-1.599	(-3.394, 0.195)						
宗教活動										
有			1.517	(-0.083, 3.117)						
工作狀態										
有工作			-0.494	(-2.138, 1.151)						
社團活動										
有			-0.343	(-2.225, 1.539)						
<u>性別角色觀點變項</u>										
性別角色觀點										
22-24					-0.689	(-2.580, 1.202)	-0.422	(-2.306, 1.461)	0.956	(-2.654, 4.567)
25以上					-2.228 ^a	(-4.025, -0.430)	-1.773	(-3.582, 0.037)	-2.236	(-6.046, 1.574)
<u>交互作用變項</u>										
社交滿意度X 22~24分									-1.852	(-6.095, 2.391)
社交滿意度X 25分以上									0.467	(-3.873, 4.807)

a: P<.05, b: P<.01, c: P <.001.

表 4-7 停經後期自評健康良好與社會關係變項、性別角色觀點因子、控制因子的多變項分析

變項	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	OR	95%CI								
<u>控制變項</u>										
父親籍貫										
閩南人	0.880	(0.497, 1.557)								
年齡 (連續)	1.008	(0.947, 1.072)								
個人收入										
5000~19999	1.393	(0.873, 2.222)	1.195	(0.728, 1.959)	1.408	(0.885, 2.239)	1.397	(0.869, 2.247)	1.417	(0.879, 2.285)
20000以上	1.850 ^a	(1.003, 3.411)	1.505	(0.820, 2.764)	2.123 ^b	(1.214, 3.710)	1.910 ^a	(1.082, 3.372)	1.900 ^a	(1.074, 3.362)
運動情形										
偶而一次	0.916	(0.505, 1.661)								
每週一次以上	1.305	(0.814, 2.094)								
吸菸情形										
有吸過菸	0.331 ^a	(0.126, 0.871)	0.338 ^a	(0.122, 0.935)	0.314 ^a	(0.121, 0.816)	0.363 ^a	(0.137, 0.962)	0.355 ^a	(0.133, 0.946)
教育										
國中畢	1.764	(0.834, 3.735)								
高中畢	1.850	(0.969, 3.533)								
HRT 使用情形										
有	0.546	(0.272, 1.096)								
<u>社會關係變項</u>										
婚姻狀態										
離婚/分居/不同住			1.085	(0.638, 1.845)						
子女往來情形										
與子女往來			0.558	(0.214, 1.456)						
親友往來情形										
與親友往來			1.417	(0.896, 2.240)						
社交滿意度										
滿意			1.314	(0.821, 2.104)						

表 4-7 停經後期自評健康良好與社會關係變項、性別角色觀點因子、控制因子的多變項分析 cont'

變項	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
<u>社會關係變項</u>										
家庭滿意度										
滿意			2.286 ^c	(1.441, 3.629)			2.139 ^b	(1.388, 3.294)	1.615	(0.875, 2.980)
宗教活動										
有			1.051	(0.679, 1.627)						
工作狀態										
有工作			1.510	(0.962, 2.371)						
社團活動										
有			1.889 ^a	(1.059, 3.370)			1.795 ^a	(1.011, 3.188)	1.947	(0.756, 5.017)
<u>性別角色觀點變項</u>										
性別角色觀點										
22-24					1.457	(0.902, 2.355)	1.257	(0.768, 2.058)	0.818	(0.374, 1.793)
25以上					2.189 ^b	(1.282, 3.737)	1.828 ^a	(1.054, 3.169)	1.609	(0.659, 3.930)
<u>交互作用變項</u>										
家庭滿意度X 22~24分									1.962	(0.720, 5.346)
家庭滿意度X 25分以上									1.496	(0.490, 4.568)
社團活動X 22~24分									1.194	(0.292, 4.872)
社團活動X 25分以上									0.644	(0.161, 2.579)

a: P<.05, b: P<.01, c: P <.001.

表 4-8 停經後期更年期症狀與社會關係因子、性別角色觀點因子控制因子的多變項分析

變項	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	OR	95%CI								
<u>控制變項</u>										
父親籍貫										
閩南人	1.764 ^a	(0.169, 3.359)	1.675 ^a	(0.123, 3.226)	1.839 ^a	(0.256, 3.423)	1.718 ^a	(0.179, 3.257)	1.746 ^a	(0.197, 3.295)
年齡 (連續)	-0.083	(-0.266, 0.100)								
個人收入										
5000~19999	-0.453	(-1.871, 0.965)								
20000以上	-0.743	(-2.436, 0.949)								
運動情形										
偶而一次	0.095	(-1.728, 1.917)	0.051	(-1.723, 1.826)	0.171	(-1.645, 1.988)	0.150	(-1.621, 1.922)	0.060	(-1.718, 1.837)
每週一次以上	-1.439 ^a	(-2.841, -0.037)	-1.173	(-2.592, 0.246)	-1.432 ^a	(-2.835, -0.029)	-1.076	(-2.446, 0.293)	-0.924	(-2.302, 0.454)
吸菸情形										
有吸過菸	4.603 ^b	(1.262, 7.945)	5.226 ^b	(1.918, 8.535)	4.805 ^a	(1.476, 8.134)	5.206 ^b	(1.937, 8.476)	4.841 ^b	(1.545, 8.138)
教育										
國中畢	-2.000	(-4.063, 0.064)	-1.671	(-3.698, 0.357)	-2.022	(-4.080, 0.036)	-1.598	(-3.628, 0.433)	-1.586	(-3.625, 0.454)
高中畢	-1.915 ^a	(-3.605, -0.225)	-1.140	(-2.695, 0.414)	-1.956 ^a	(-3.500, -0.411)	-1.321	(-2.839, 0.196)	-1.314	(-2.838, 0.210)
HRT 使用情形										
有	4.966 ^c	(2.756, 7.176)	4.923 ^c	(2.737, 7.109)	5.021 ^c	(2.807, 7.236)	5.059 ^c	(2.879, 7.239)	5.208 ^c	(3.025, 7.391)
<u>社會關係變項</u>										
婚姻狀態										
離婚/分居/不同住			-1.932 ^a	(-3.401, -0.464)			-1.852 ^a	(-3.288, -0.417)	-2.294 ^a	(-4.435, -0.153)
子女往來情形										
與子女往來			0.158	(-2.352, 2.667)						
親友往來情形										
與親友往來			-1.419 ^a	(-2.749, -0.089)			-1.353 ^a	(-2.693, -0.013)	-0.943	(-2.928, 1.042)
社交滿意度										
滿意			1.426	(-0.036, 2.816)						

表 4-8 停經後期更年期症狀與社會關係因子、性別角色觀點因子控制因子的多變項分析 cont'

變項	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
<u>社會關係變項</u>										
家庭滿意度										
滿意			-4.258 ^c	(-5.622, -2.894)			-3.779 ^b	(-5.078, -2.479)	-4.559 ^c	(-6.511, -2.608)
宗教活動										
有			-0.305	(-1.516, 0.905)						
工作狀態										
有工作			-0.749	(-1.981, 0.483)						
社團活動										
有			-0.695	(-2.135, 0.745)						
<u>性別角色觀點變項</u>										
性別角色觀點										
22-24					-0.380	(-1.836, 1.077)	-0.168	(-1.595, 1.259)	-2.595	(-5.873, 0.683)
25以上					-0.449	(-1.964, 1.067)	-0.021	(-1.532, 1.491)	2.214	(-1.699, 6.127)
<u>交互作用變項</u>										
家庭滿意度X 22~24分									2.781	(-0.288, 5.851)
家庭滿意度X 25分以上									-0.186	(-3.396, 3.023)
親友往來X 22~24分									0.187	(-2.772, 3.145)
親友往來X 25分以上									-2.498	(-6.139, 1.143)
婚姻狀態X 22~24分									1.475	(-1.839, 4.789)
婚姻狀態X 25分以上									0.010	(-3.642, 3.662)

a: P<.05, b: P<.01, c: P <.001.