

國立臺灣大學公共衛生學院公共衛生碩士學位學程

碩士論文－實務實習成果報告

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master's Thesis — Practicum Report



聽見女性的聲音—更年期健康促進與照護需求調查

Amplifying Women's Voices: A Survey on Health

Promotion and Care Needs Associated with Menopause

陳書芳

Su-Fang Chen

指導教師：林青青 博士

Advisor: Ching-Ching Claire Lin, Ph.D

中華民國114年10月

October 2025

口試委員審定書



國立臺灣大學碩士學位論文  
口試委員會審定書

MASTER'S THESIS ACCEPTANCE CERTIFICATE  
NATIONAL TAIWAN UNIVERSITY

聽見女性的聲音—更年期健康促進與照護需求調查

Amplifying Women's Voices: A Survey on Health Promotion and Care  
Needs associated with Menopause

本論文係 陳書芳 (學號: R12847026) 在國立臺灣大學 公共衛生學院公共衛生碩士學位學程 完成之碩士學位論文, 於民國 114 年 9 月 26 日承下列考試委員審查通過及口試及格, 特此證明。

口試委員 Oral examination committee:

林育青      黃文助      黃淑英

(指導教授 Advisor)

葉金玉琪      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_

系(所、學位學程)主管 Director: 葉金玉琪




## 摘要

**背景：**台灣女性平均壽命已超過 84 歲，約有三分之一的生命歷程處於更年期後階段。然現行醫療體系與公共政策長期以生育與疾病治療為核心，對中高齡女性的健康促進與照護需求著力甚少。更年期常遭過度醫療化，導致女性在面對身心轉變時缺乏支持與資源。過去相關研究多集中於生理症狀與荷爾蒙治療，較少從性別與公共衛生的觀點，系統性探討女性的健康知識、態度及照護需求。為填補此研究缺口，本研究以台灣中高齡女性為對象，透過設計具性別意識與本土文化意涵的問卷進行調查，分析其更年期經驗、知識、態度與照護需求現況，並檢視社會人口學因素之影響，以提供政策及衛教推動之參考依據。

**目的：**本研究旨在瞭解台灣年滿 45 歲女性更年期階段的健康經驗、知識、態度與照護需求現況，並分析年齡、婚姻、生育、教育與收入等社會人口學變項對更年期知識與態度之影響，期以建構具性別敏感度與文化脈絡之健康促進政策建議。

**方法：**本研究採橫斷式設計，研究工具為研究者自編之「更年期認知與照護需求調查問卷」，內容涵蓋五大面向：更年期經驗、更年期知識、更年期態度、照護政策與資訊使用、人口學特性。問卷經倫理審查通過（臺大行為與社會科學研究倫理委員會核准案號：202504HM039），於 2025 年 6 月至 7 月間以 SurveyCake 線上平台進行便利取樣，共回收 332 份，扣除無效問卷後有效樣本數為 311 份。資料分析採用描述性統計、交叉分析及多元線性迴歸，探討各社會人口學變項與更年期知識及態度之關聯性。

**結果：**研究結果顯示，多數受訪者具有一定程度的更年期知識，特別在基本生理概念與健康促進行動方面表現良好，但對疾病風險與就醫判斷的理解仍顯不足。迴歸分析結果指出，教育程度對更年期知識差異具顯著影響（ $p < 0.001$ ），教育程



度愈高者知識得分愈高。在更年期態度部分，年齡及生育經驗為態度之顯著正向因子 ( $p<0.05$ )，年齡愈大及有生育經驗者對更年期抱持較為正向態度；更年期知識與態度則呈顯著負相關 ( $p<0.05$ )，顯示知識若著重疾病敘事、缺乏賦權與支持性內涵，反而可能強化焦慮與自我懷疑。此外，女性主要透過網路與非正式管道（如婦女團體、親友或社群媒體）獲取資訊，官方衛教資源能見度不足。

**結論：**本研究揭示，教育程度是影響更年期知識的重要因素，而生育經驗則有助於形塑正向態度，顯示社會經驗與性別角色對健康觀具有深刻影響。未來政策應發展分眾與分齡化的衛教策略，針對教育程度較低及未育女性提供友善教材與社區支持；同時，政策設計應跳脫以「婚育女性」為中心的預設框架，回應單身與未育女性在更年期階段的多樣需求。此外，建議建立跨平台的官方資訊整合機制，並推動具正向健康觀與女性賦權導向的衛教內容。政府亦應將婦女團體正式納入健康政策治理架構，建立長期合作與資源支持，方能有效促進中高齡女性的健康權益與照護可近性。

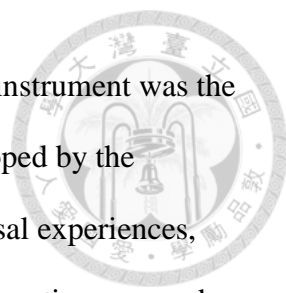
**關鍵字：**更年期健康、更年期問卷、女性健康促進、健康政策、婦女團體

## Abstract



**Background:** The average life expectancy of women in Taiwan exceeds 84 years, with nearly one-third of their lifespan spent in the postmenopausal stage. However, current medical systems and public health policies in Taiwan have long prioritized fertility and disease treatment, paying insufficient attention to the health promotion and care needs of middle-aged and older women. Menopause is often over-medicalized, leaving women with insufficient support and resources to manage physiological and psychological transitions. Previous studies have primarily focused on physiological symptoms and hormone therapy, with few adopting gender and public health perspectives to systematically examine women’s health knowledge, attitudes, and care needs during menopause. To address this research gap, this study designed a gender-sensitive and culturally contextualized survey to explore Taiwanese women’s menopausal experiences, knowledge, attitudes, and care needs, as well as the sociodemographic factors influencing them, with the goal of providing evidence-based insights for policy and health education initiatives.

**Objectives:** This study aims to investigate the health experiences, knowledge, attitudes, and care needs of Taiwanese women aged 45 and above during menopause, and to analyze the effects of sociodemographic factors—including age, marital status, parity, education, and income—on menopausal knowledge and attitudes. The ultimate goal is to develop gender-sensitive and culturally relevant health promotion policy recommendations.



**Methods:** A cross-sectional design was adopted. The main research instrument was the *Menopause Cognition and Care Needs Survey Questionnaire*, developed by the researcher. The questionnaire covered five major domains: menopausal experiences, menopausal knowledge, menopausal attitudes, care policies and information use, and demographic characteristics. The study was approved by the NTU Behavioral and Social Sciences Research Ethics Committee (Approval No. 202504HM039). Data were collected via the online platform SurveyCake from June to July 2025 using convenience sampling. A total of 332 responses were received, of which 311 were valid. Data analysis included descriptive statistics, cross-tabulation, and multiple linear regression to examine the associations between sociodemographic variables and menopausal knowledge and attitudes.

**Results:** The findings revealed that most respondents possessed a moderate level of menopausal knowledge, performing well in basic physiological understanding and health-promoting behaviors but showing limited comprehension of disease risks and medical decision-making. Regression analysis indicated that education level was a significant predictor of menopausal knowledge ( $p < 0.001$ ), with higher educational attainment associated with greater knowledge scores. Regarding menopausal attitudes, age and parity were significant positive predictors ( $p < 0.05$ ), suggesting that older women and those with childbirth experience reported more positive views toward menopause. Conversely, menopausal knowledge and attitudes were negatively correlated ( $p < 0.05$ ), suggesting that knowledge centered on disease narratives, lacking an empowering and supportive framework, could potentially heighten anxiety and self-doubt. Additionally, women primarily accessed information through the internet and informal sources (such as women's organizations, friends, or social media),

underscoring the low visibility and accessibility of official health education resources.



**Conclusions:** This study highlights that education level is a key determinant of menopausal knowledge, while childbirth experience contributes to forming positive attitudes, reflecting the profound influence of social experience and gender roles on women’s health perceptions. Future policies should adopt segmented and age-specific health education strategies, providing user-friendly materials and community support for women with lower educational attainment or without childbirth experience. Policy design should also move beyond the assumption of “married or childbearing women” as the norm, ensuring inclusivity of single and nulliparous women. Furthermore, establishing integrated cross-platform official information systems and promoting empowerment-oriented, positive health education are essential. The government should formally incorporate women’s organizations into health policy governance frameworks, ensuring sustainable collaboration and resource support to enhance health equity and access to care among middle-aged and older women.

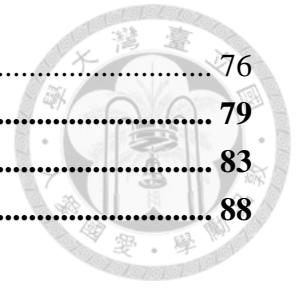
**Keywords:** Menopause Health, Menopause Awareness, Women’s Health Promotion, Health Policy, Women’s Organizations

# 目次



口試委員審定書 .....	I
摘要 .....	II
Abstract .....	IV
目次 .....	1
圖次 .....	1
表次 .....	1
<b>第一章 緒論</b> .....	<b>1</b>
第一節 研究背景與動機 .....	1
第二節 研究目的與研究問題 .....	3
第三節 研究重要性與預期貢獻 .....	5
第四節 研究架構與章節安排 .....	5
<b>第二章 文獻回顧</b> .....	<b>7</b>
第一節 更年期的健康影響 .....	7
第二節 更年期的社會文化面向 .....	8
第三節 重新定義女性更年期照護：從疾病照顧到健康促進 .....	10
第四節 支持女性度過更年期的新方法：女性賦能 .....	11
第五節 現有更年期調查 .....	13
第六節 問卷設計理論基礎 .....	14
第七節 小結 .....	16
<b>第三章 研究方法</b> .....	<b>19</b>
第一節 研究設計概述 .....	19
第二節 問卷設計 .....	19
第三節 抽樣方法與資料蒐集 .....	27
第四節 統計方法 .....	28
<b>第四章 問卷調查分析</b> .....	<b>29</b>
第一節 人口學特性 .....	29
第二節 更年期經驗分析 .....	33
第三節 更年期知識分析 .....	38
第四節 更年期態度分析 .....	45
第五節 照護政策與資訊使用分析 .....	54
第六節 雙變項分析 .....	60
第七節 多元迴歸分析 .....	64
第八節 小結 .....	68
<b>第五章 結論與建議</b> .....	<b>71</b>
第一節 結論 .....	71
第二節 建議 .....	73

第三節 研究限制與未來研究建議 .....	76
參考文獻 .....	79
附錄一、更年期認知與照護需求調查問卷 .....	83
附錄二、IRB 審查核可證明 .....	88



## 圖次

圖 1-1-1 台灣 55 歲以上、45-55 歲女性人口成長趨勢（1992 至 2023 年）	1
圖 3-3-1 問卷設計理論架構示意圖	24
圖 3-3-2 問卷架構示意圖	24

## 表次

表 3-1-1 問卷理論概念與題目設計	25
表 4-1-1 人口學特性統計	31
表 4-2-1 更年期經驗統計	36
表 4-2-2 不同年齡層更年期症狀統計	37
表 4-3-1 更年期知識正確率統計	42
表 4-3-2 不同年齡層更年期知識平均得分與標準差	42
表 4-3-3 不同年齡層更年期知識正確率統計	43
表 4-3-4 不同教育程度更年期知識正確率統計	44
表 4-4-1 更年期態度題項得分統計	51
表 4-4-2 不同年齡層更年期態度得分統計	51
表 4-4-3 不同年齡層更年期態度題項得分統計	52
表 4-4-4 不同教育程度更年期態度得分統計	52
表 4-4-5 不同教育程度更年期態度題項得分統計	53
表 4-5-1 更年期照護政策與資訊使用統計	57
表 4-5-2 不同年齡層獲取資訊的管道	58
表 4-5-3 不同年齡層信任的資訊來源	59
表 4-5-4 不同年齡層資訊搜尋工具	59
表 4-6-1 更年期知識雙變項分析結果	63
表 4-6-2 更年期態度雙變項分析結果	63
表 4-7-1 更年期知識多元線性迴歸分析結果	67
表 4-7-2 更年期態度多元線性迴歸分析結果	67



# 第一章 緒論

更年期婦女健康是公共衛生的議題

(張珏, 2003)

## 第一節 研究背景與動機

隨著醫學技術進步和公共衛生政策推動，台灣人口結構逐漸高齡化，國人平均餘命持續攀升。其中，中高齡女性人口的增加尤為顯著。據統計，處於更年期或停經期<sup>1</sup>女性人數從 1992 年的 200 萬人增加至 2023 年的 600 萬名，30 年間成長了三倍（圖一）。目前，台灣每年約有超過 200 萬名女性處於更年期，隨著人口結構的持續老化，這一數字預計還會繼續上升。

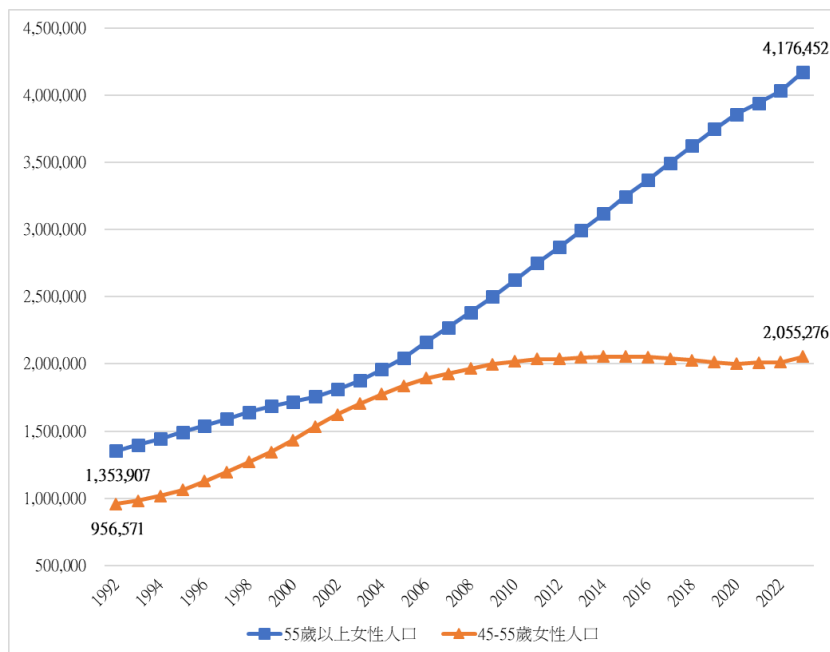



圖 1-1-1 台灣 55 歲以上、45-55 歲女性人口成長趨勢（1992 至 2023 年）<sup>2</sup>

更年期是女性生育能力逐漸消退的自然過程，也是邁向老年的重要階段。儘管這是地球上半數人口都會經歷的生理變化，但社會和醫療體系卻經常將更年期

<sup>1</sup> 參考 WHO、台灣國民健康署、婦產科醫學會、更年期醫學會等單位對女性更年期的討論，本研究將更年期發生年齡界定於 45 至 55 歲，停經期於 56 歲(含)後。

<sup>2</sup> 資料來源：整理自內政部人口統計資料。




視為生理功能衰退或疾病的前兆，甚至和「衰老」、「情緒化」、「歇斯底里」等負面形容連結。這種觀點為女性帶來污名與誤解，使她們自我懷疑、羞恥，甚至價值感低落，進而在面對更年期時承受巨大的心理壓力與社會孤立感，影響健康狀況及自我認同。

隨著婦女運動興起，婦女團體與女性主義學者開始從女性生命經驗出發，反思這種單一且負面的詮釋。他們主張更年期應被理解為生命歷程中自然且需要支持的階段，而非疾病或缺陷。這些倡議逐步推動了對更年期與女性老化的新觀點，使其逐漸脫離「疾病」與「污名」的框架。

台灣衛生福利部（下稱衛福部）自 2003 年起將更年期婦女健康照護納入宣導重點，提供相關的照護政策和指引，每年辦理更年期成長營及醫事人員教育訓練課程，並請醫學團體進行宣導。隨著健康概念的前進，健康促進理念亦推廣至更年期照護，從傳統的疾病症狀治療轉向更全面的健康促進和生活品質提升，並融入於公共衛生政策之中。

健康促進的理念強調預防、教育和支持，能幫助女性以積極的態度及正確的知識面對更年期。這包括提供充足的知識以瞭解身體的變化、推動心理健康支持、鼓勵健康的生活方式，並創造能夠理解與包容的社會環境。照護重心轉變不僅有助於減少不必要的醫療，更能讓女性在更年期過程中感受到自我價值的提升和身心的全面健康，有助於促進整體健康公平，減少更年期相關健康問題的發生，並提高中高齡女性的生活品質。

然而，雖然中高齡女性數量持續增加，且健康促進的意識日益提升，更年期照護逐漸受到重視，但針對當代台灣女性在更年期過程中的健康與照護需求，尚缺乏適切的調查研究。過去研究多集中於更年期症狀、醫療需求與介入效果，然而過度強調醫療需求，並無法全面掌握女性對更年期資訊、照護政策期待及需求



間的差距。這種研究上的空白，使得現有的資料可能無法充分反映女性在更年期階段的實際需求，影響相關政策及照護措施的制定。因此，有必要開展以女性觀點為中心的調查研究，透過設計更具針對性的工具，深入探討女性在更年期期間的多層次需求，以促進更全面的健康照護與政策制定。

基於上述背景，本研究企圖透過設計一項調查工具並進行全國性調查，來瞭解更年期女性的健康及照護需求，調查不僅涵蓋更年期症狀和醫療需求，更包括對照護的期望，並以此檢視相關公共衛生與健康促進政策是否足以回應這些需求。調查更將融入性別觀點，以期理解女性在更年期中可能遭遇的獨特問題，例如性別偏見、社會角色轉變等，評估現有公共衛生政策及醫療服務體系中的性別盲點，並提供政策建議。

## 第二節 研究目的與研究問題

### (一) 研究目的

本研究旨在瞭解台灣中高齡女性於更年期階段的身心健康經驗、照護需求與健康促進期望，並評估現行政策在資訊傳遞、照護可近性及性別敏感度上的適切性。透過設計具在地文化意涵與性別意識的調查工具，補足現有研究在更年期整體照護與政策需求掌握上的不足，進而提出回應女性真實處境的政策建議，作為未來推動性別友善健康促進政策的重要依據。

本研究有以下三項主要目的：

#### 1. 設計具台灣文化脈絡與性別觀點之在地更年期調查工具

整合國內外文獻與性別健康視角，設計涵蓋生理經驗、健康知識、社會態度、政策期待與資訊使用等面向的問卷，發展可用於實務推動與政策研究之基礎工具，補足過往研究多偏向症狀疾病導向、缺乏整體性視角的限制。



## 2. 評估現有更年期照護政策之可近性與適切性

透過問卷資料分析，檢視女性對更年期的瞭解、認知，以及所經歷的身心症狀、壓力、社會支持等情形，並探討其與教育程度、婚姻與生育狀況等背景變項之關聯性。更要進一步分析女性實際獲取健康資訊的管道與可信度認知，評估現有公部門與民間所提供之照護資源、政策工具（如手冊、網站、心理支持服務等）是否具性別敏感度與可及性，並檢視照護需求與政策回應間之落差。

## 3. 提出以女性為中心的健康促進策略與政策建議

根據問卷分析結果，歸納台灣女性在更年期階段的健康促進之實際情況及可能的困境，提出具性別觀點、非醫療化、支持性的政策建議，強調以女性為主體，同時兼顧其生活經驗、社會角色與文化期待，作為未來更年期照護政策修訂與公共衛生策略設計的參考。

### (二) 研究問題

本研究以台灣更年期女性的健康促進經驗為核心，從性別與公共衛生的視角出發，試圖探討在制度、文化與醫療照護交織下，中高齡女性在更年期階段的照護需求及不足之處。為此，本研究擬針對以下兩大核心問題展開探討：

#### 1. 現行的健康照護體系是否足夠回應更年期女性的多元需求？

包含醫療資源的可近性、資訊傳遞的適切性、照護服務的性別敏感度，以及整體制度對中高齡女性健康促進的支持程度為何？並且，在以疾病管理為主的醫療制度下，是否忽略了女性在更年期階段對健康促進、心理支持、社會參與與自我實現的整體性需求？

#### 2. 如何建立女性為中心、文化貼近且具性別意識的更年期健康促進策略？

面對當代中高齡女性的身心需求，未來的公共衛生與健康政策應如何發

展，才能真正支持女性在更年期階段的身心調適與生活品質提升？



### 第三節 研究重要性與預期貢獻

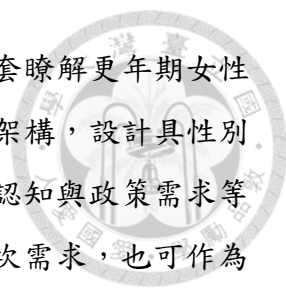
本研究強調從女性主體的經驗出發，設計一套涵括生理、心理與社會文化面向的更年期認知及照護需求問卷工具，以求系統性地蒐集來自中高齡女性的實際回饋，分析其在更年期階段所經歷的身心變化、健康資訊的可近性、照護政策的回應程度與社會支持的程度，補足現行研究與政策中的知識缺口。問卷設計亦結合初步施測作為工具效度驗證的一部分，藉由實際操作檢視其可行性與修正方向，進一步提升研究工具的實用性與有效性。

本研究的貢獻可分為三個層面。首先，**學術上**，本研究將健康信念模式與社會認知理論整合應用於更年期女性健康行為的理解與量化設計，提出具性別視角的調查架構，提供未來相關研究可參照之理論與工具基礎。其次，在**實務層面**，本研究所設計的問卷內容涵蓋生理經驗、健康知識、態度與政策需求，可作為婦女健康倡議團體、醫療機構及政府部門推動更年期健康促進計畫時的重要參考依據。最後，在**政策面**，本研究期望透過蒐集真實經驗與需求，瞭解現行政策中可能存在的盲點與不足，並提出具性別敏感與在地文化脈絡的建議，協助未來建構更符合女性需求的健康照護政策與制度，推動更年期健康促進的公共衛生行動。

整體而言，本研究立基於公共衛生與性別研究的交叉觀點，重視女性主體性與多層次健康需求的整合，希冀填補長期以來對女性老化經驗的忽略與實務斷裂，開展更全面、更具包容性與性別意識的健康照護願景。

### 第四節 研究架構與章節安排

本研究以問卷設計與線上調查為主要研究方法，輔以文獻回顧與政策討論，從實證與制度兩個面向建構出探討更年期女性健康促進需求的整合性分析架構。理論上，整合健康信念模式（Health Belief Model, HBM）與社會認知理論（Social Cognitive Theory, SCT）作為問卷理論架構，前者用以探討個體如何認知健康威脅與進行行為選擇，後者則補充社會文化環境對行為的形塑作用，提供從個人到結



構層面的多重分析視角。透過此理論架構，本研究試圖建構一套瞭解更年期女性在健康行為形成過程中所受到的心理、社會與文化交互影響的架構，設計具性別敏感度的問卷工具，涵蓋更年期的生理經驗、知識理解、態度認知與政策需求等面向。蒐集所得資料除可描繪更年期女性在健康促進上的多層次需求，也可作為未來制定性別友善公共衛生政策與實施健康促進策略的重要依據。

本論文共分為五章，架構如下：

第一章為緒論，說明研究背景、動機、目的與問題意識，並釐清本研究的重要性與預期貢獻，最後概述章節架構。

第二章為文獻探討，系統性整理更年期女性健康需求、現行照護政策發展與性別健康研究成果，並建立本研究所採用之理論框架。

第三章為研究方法，說明研究設計、問卷理論基礎、樣本抽樣方式、調查流程與資料分析策略，說明問卷題組架構與施測過程。

第四章為調查結果分析，呈現受試者基本資料與各變項分析結果，並探討人口特性與健康行為間的關聯性，檢視政策可近性與回應性。

第五章為結論與建議，總結本研究成果，提出具體政策建議與研究建議，希冀推動更年期女性健康照護的制度革新與性別意識深化。



## 第二章 文獻回顧

Menopause is part of lived experience, needing to be understood as integral to life and not a discrete biological event.

更年期是女性生命經驗的一部分，必須被理解為整體生命歷程中的一環，而非單一、獨立的生物事件。


(de Salis et al., 2018)

更年期長期被視為需要醫療介入的疾病，導致女性接受過度醫療。隨著婦女團體和女性主義學者提出不同的視角，並積極推動去污名化和避免過度醫療，更年期的討論變得多元，逐漸發展出強調以女性為中心的照護模式。

### 第一節 更年期的健康影響

因為荷爾蒙的變化，更年期可能為女性的身心帶來影響。有些女性的症狀可能嚴重到影響日常生活，部分女性可能幾乎沒有任何症狀，型態非常廣泛。常見的更年期症狀有：熱潮紅、盜汗、心悸、陰道乾澀、性交疼痛、睡眠障礙、情緒低落、焦慮等。伴隨著更年期出現的健康風險則以骨質疏鬆和心血管疾病最明顯。骨質疏鬆部分，因為更年期後女性骨質密度急速下降，骨鬆和骨折發生率提高；心血管疾病風險則是因為隨著停經，雌激素下降，對心血管的保護也逐漸消失 (ACOG, 2020; NAMS; NHS, 2022; NIH, 2021; Peacock et al., 2024)。

針對台灣婦女的更年期症狀，根據 Lee 與 Lee 於 2020 年分析台灣更年期諮詢專線資料，最常見的五項症狀分別為：記憶力減退(66.9%)、疲倦(66.5%)、失眠(59.6%)、情緒低落(58.5%)與背痛(58.2%)。研究亦指出，隨著更年期階段的推進，症狀明顯加劇，顯示更年期後女性面臨更複雜的健康挑戰。此外，僅有 23.5% 的女性曾因更年期問題就醫，顯示健康資訊的可近性與女性主動尋求協助的比例仍有改善空間(Lee & Lee, 2020)。



2017 至 2020 年台灣國民營養健康狀況變遷調查指出，50 歲以上民眾腰椎及髖骨至少一部位達骨質疏鬆的比例為 8.1%，其中女性為 10.2%、男性為 5.7%(衛生福利部國民健康署，2022)；2014 年國民健康訪問調查結果則指出，女性停經後骨質疏鬆情況明顯增加，50 歲以上女性罹病率約 20.4%，65 歲以上則高達 30.2%；另有研究指出，女性的骨質疏鬆盛行率比男性高出約 2-3 倍，是有明顯性別差異的健康問題(衛生署國民健康局，2014)，在在顯示骨質疏鬆是中高齡女性重要的健康議題。

除了骨質流失，肌肉流失也是不容忽視的風險。更年期女性隨著荷爾蒙的減少，蛋白質吸收與肌肉生成也在下降，導致身體肌肉量減少、肌力下降和肌耐力降低。2014 年台灣本土研究顯示，65 歲以上長者肌少症盛行率約為 3.9% 至 7.3%，女性約 2.5% 至 6.5%、男性約 5.4% 至 8.2%(吳易謙 et al., 2014)。肌少症除降低身體活動能力外，亦顯著增加跌倒、骨折等風險，並可能影響心血管健康、基礎代謝與骨骼穩定性。

並且，根據國民健康署（下稱國健署）2014 年的調查，台灣 54 歲以上女性尿失禁情形隨年齡增加趨於嚴重，54 歲以上女性尿失禁盛行率約 23%，大約每 4 位婦女 1 位有尿失禁，65 歲以上女性更是高達 3 成多。但礙於隱私或對疾病沒有意識，尋求治療比例不到兩成(衛生署國民健康局，2014; 衛生福利部國民健康署，2024)。

## 第二節 更年期的社會文化面向

除了生理面向，亦不可忽視更年期深刻的社會文化意涵。雖然更年期本質上是女性生命歷程中的自然生理轉變，但在醫療體系與主流社會觀點中，長期被視為一種異常或病態的現象。這種將更年期疾病化的思維，使得經歷更年期的女性被標籤為「患者」，不僅導致不必要的醫療介入，也忽視女性在心理、社會與情感層面的照護需求。尤其是在老化、生育力喪失等脈絡交織下，更年期女性往往承受污名化的壓力，使得她們產生羞恥與自我貶抑，形成「不能說的祕密」。這種結構性的壓抑進一步加劇了中高齡女性的心理壓力與社會孤立，暴露出公共衛

生政策與醫療制度中長期忽略女性生命階段差異的性別盲點。

為了翻轉以病理和缺損為核心的詮釋觀點，1990 年代以來，台灣女性主義學者與婦女團體持續從女性主體出發，批判更年期的醫療化現象。他們強調，更年期應被視為一個正常且多元的生命轉化過程，並主張應賦權女性，透過知識建構與自我覺察，理解與接納自身的生理變化(成令方, 2010; 張珏, 2003; 張珏 & 張菊惠, 1998; 張珏 & 陳芬苓, 1993; 楊舒琴 & 盧孳豔, 2000; 盧孳豔 et al., 2002)。

此外，更年期雖與健康息息相關，卻不只是醫學議題，更反映出女性在社會文化中如何被觀看與定義。不同社會文化背景的女性，其更年期經驗也展現出高度異質性，生命經驗與社會期待深刻影響女性怎麼看待並回應更年期(楊舒琴 & 盧孳豔, 2000; Thomas et al., 2024)。在將更年期與身心衰退、生育力喪失相連的社會文化氛圍下，女性常感羞恥、焦慮與不安(Khademi & Cooke, 2003)。相對而言，在更尊重老年人的社會中，更年期對女性來說不那麼困擾。而若女性預期更年期會是負面的經歷或將面臨高度壓力、或是令人困擾的，就有較高機會面對更負面的更年期經歷(Bauld & Brown, 2009)。Dahlgren 等人更指出，社會經濟地位亦會影響更年期經驗的型態：經濟弱勢者可能面臨更多生理症狀，而社經地位較高者則更易感到社會性羞辱與污名(Dahlgren et al., 2023)。Kruk 等人則比較不同性取向女性對女性氣質的關聯性與月經終止的感受，發現女同志與雙性戀女性較不傾向將月經或生育能力視為自我價值的核心，對女性氣質的定義也更為鬆動與多元。這種較低的生殖本質連結，使其在面對更年期的自我認同挑戰時，心理調適相對穩定(Kruk et al., 2021)。這些觀察皆顯示，更年期並非單一的生理現象，而是與性別、階級、文化與權力結構緊密交織的社會經驗。

進一步而言，de Salis 等人於 2018 年透過訪談英國 48 位更年期女性的質性研究指出，更年期經驗有高度複雜性與流動性，難以透過單一路徑或解釋框架加以概括。該研究發現，更年期的經驗並非靜態或單一，而是隨著個人處境、身體變化與社會文化背景交織而成的動態過程。研究者歸納出三種彼此交錯且非互斥的敘事模式：其一，將更年期視為自然且不具威脅性的生理事件；其二，將其視為帶來痛苦、羞恥與身份失落的掙扎歷程；其三，則將其描繪為帶來心理重整與人

際關係再定位的轉化契機。女性的更年期敘事往往融合上述多重經驗，可能同時並存，亦可能隨著時間、環境或生命階段而轉換。這些敘事反映出更年期不僅是身體變化的結果，也牽涉自我認同的重塑與情感經驗的變動。研究進一步指出，這些敘事的形成並非由生理變化單獨決定，而是深受社會經濟地位、文化想像與個人生命脈絡形塑，呈現出更年期作為「身體經驗的社會隱喻 (idiom of distress)」之多重意涵(de Salis et al., 2018)。

近期研究也開始關注多元性別女性的更年期經驗。Sobel 等人指出，性少數女性，如女同志、雙性戀、酷兒女性以及非二元性別者，往往在更年期歷程中面臨醫療資源可近性不足與文化適切性缺乏的挑戰。他們常因曾在醫療情境中經歷歧視、錯誤假設或知識落差而延遲就醫，也缺乏能真實反映其身分認同與性行為經驗的健康資訊與照護資源(Sobel et al., 2024)。Toze 與 Westwood 於 2024 年針對非二元與跨性別者的質性研究亦指出，許多經歷荷爾蒙變化的個體對「更年期」這一概念的認同具有彈性與模糊性，然而其身體經驗與心理衝擊卻真實存在。受訪者普遍提及更年期經驗與性別認同感間的張力，例如熱潮紅、失眠或性慾下降等生理變化，可能引發對女性身體的認同混淆與不適，亦因社會支持體系常將更年期視為「順性別女性專屬」而感到被排除在外(Toze & Westwood, 2024)。整體而言，這些文獻凸顯了更年期作為「性別化生命歷程」的多元樣貌，也突顯現行公共衛生政策與醫療資源多半以異性戀、順性別女性為主體，未能充分回應性別與性取向的交織性差異。

由上述多元的討論，可看出更年期不應被侷限為單一生理事件，而需看見其社會文化、性別結構與權力關係的拉扯。唯有從女性主體經驗出發，並重視其所處社會文化脈絡，才能真正理解更年期的多樣性，並發展出具性別敏感度與文化適切性的支持策略。

### 第三節 重新定義女性更年期照護：從疾病照顧到健康促進

2002 年由美國國家衛生研究院主導的婦女健康促進計畫 (Women's Health Initiative, WHI) 提出之大型報告指出，更年期婦女使用荷爾蒙治療雖可能降低骨

質疏鬆等風險，卻提高了乳癌、中風、心臟病及血栓等風險(Investigators, 2002)，對健康的影響弊大於利，引起婦女的擔憂與恐慌。這項報告對更年期婦女健康照護有深遠影響，不只改變臨床治療原則，也因為 WHI 研究設計和討論的爭議，開啟了荷爾蒙治療研究的濫觴，直至現在，仍有許多針對療法的討論與研究(Cagnacci & Venier, 2019; Stute et al., 2023)。

過去對更年期女性的照護，主要聚焦於骨質疏鬆、尿失禁與荷爾蒙治療等議題。因為婦女團體的倡議，以及衛生主管機關與醫學團體的合作，心血管健康也逐漸成為更年期照護的重要議題之一。然而，隨著預防醫學的發展以及公共衛生「三段五級」預防策略的推行，「健康」的定義改變。在這樣的背景下，必須重新審視女性更年期的照護方式。

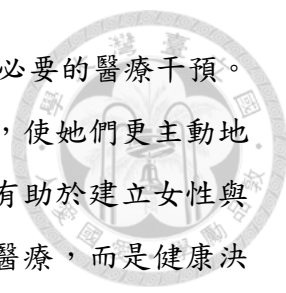
預防醫學的發展強調「健康」不僅僅是指沒有疾病，而是一種生理、心理和社會的全面狀態。公共衛生的「三段五級」預防策略強調在不同階段採取不同層次的預防措施。對於女性更年期照護而言，應從初段及次段預防開始介入。初段預防包括提供健康教育、促進健康飲食和運動等方式，以減少更年期相關疾病的風險；次段預防階段，則考慮針對高風險的疾病提供篩檢和檢測，例如骨質密度檢測，以求早期發現潛在的健康問題，並及時提供衛教資訊與改善方法。

由上述預防醫學與公共衛生的角度出發，更年期健康照護應超越疾病治療，追求在症狀或疾病發生前，提供預防保健觀念及介入方式，強化身心狀態，以提升更年期女性的健康與生活品質。在此目標下，提前介入是關鍵，照護政策應不應以症狀治療為目標，而是協助女性建立合適的生活態度、培養適當的健康觀念。

#### **第四節 支持女性度過更年期的新方法：女性賦能**

健康教育介入是改善女性面對更年期症狀的重要策略之一，更是健康促進的重要方式。越來越多研究指出，越瞭解更年期，女性越能有更穩定的態度、更高的適應能力，尋求資源與方法以減輕不舒服的症狀(Yazdkhasti et al., 2015)。

Hickey 等人的研究指出，在更年期照護中納入賦能模式能讓女性更理性、更



積極正向地面對此階段的挑戰,有效提升自我健康管理並降低不必要的醫療干預。透過賦能,女性能更清楚地瞭解並表達自己的健康情況與需求,使她們更主動地與醫療人員溝通,共同制定適合自己的健康計劃和治療方案,有助於建立女性與醫療人員之間的夥伴關係。在這個模式下,女性不再被動接受醫療,而是健康決策的積極參與者,這種自我決定的能力將增強女性的自信心和自尊心,使女性能夠更好地應對更年期帶來的身心變化、提高生活品質,也能降低醫療成本,更能夠為不同社會經濟背景的女性提供支持(Hickey et al., 2024)。

更年期賦能的第一步,也是重要的一步是「聆聽女性的聲音」。英國更年期醫學會(British Menopause Society) 2022年對促進女性更年期健康提出建議,第一個指出的重點便是許多女性在表達更年期相關問題時遇到困難,難以獲得建議和幫助(Hamoda & Moger, 2022)。然而,2018年一項研究指出,女性表示她們需要的更年期資訊比接收到的更多。並且,只獲得資訊是不夠的,女性需要專業、可信的資訊(Cooper, 2018)。

因應更年期經驗的高度文化異質性,Williams 提出「文化回應式更年期照護(culturally responsive menopause care)」框架,強調應在臨床實務中納入女性的社會與文化認同,作為提供個別化照護的基礎。該框架以「文化好奇(cultural curiosity)」、「尊重提問(respectful query)」與「連結式照護(connected care)」為核心,鼓勵醫療人員主動傾聽、更敏銳地理解不同文化群體對更年期的詮釋與期待,並建立互信關係,進而提供貼近個人價值與文化脈絡的照護方案。研究也指出,在多數文化中,更年期仍常被視為禁忌、羞恥甚至無法言說的生命階段,尤其對於移民女性、宗教社群女性或少數族群而言,更年期照護往往受到語言、經濟或家庭結構的限制,因此建立文化敏感與社會支持系統對健康促進具有重要意義(Williams, 2024)。Glyde 則進一步指出,當前主流醫療體系在更年期照護上仍高度以異性戀與順性別女性為中心,缺乏對 LGBTQIA+個體的包容性設計與文化敏感度,使性少數群體在此階段難以獲得安心且適切的照護。該研究呼籲,應從系統層面著手改善臨床教育、資訊製作與服務環境,建構真正具包容性的健康促進模式與照護制度(Glyde, 2022)。

為了賦予女性能力，必須傾聽女性的聲音並讓她們瞭解情況。創造友善的環境，讓社會及女性願意討論更年期，能讓女性在更年期開始前就獲得相關資訊，不會毫無準備地進入這個階段。並且，提供女性專業門檻低、客觀、正確，不受產業影響的資訊非常重要。

更年期女性賦能不著眼於特定症狀治療，而是在促進更年期階段的整體健康和幸福。透過賦能模式，女性對自己健康有更深入的瞭解，並學習有效應對身體和情緒上的變化。此外，此模式還能促進社會對更年期的正確認識，消除恐懼和污名，使更年期成為被理解和接受的生命階段，提升對女性的正確認識和尊重。

## 第五節 現有更年期調查

在台灣，更年期婦女健康自 2003 年起成為衛福部宣導議題之一，並提供相關照護政策和指引。多年來，衛福部持續辦理更年期成長營及醫事人員教育訓練課程，並請醫學團體進行相關宣導。儘管政策推行多年，對於女性接受照護的效果及需求仍缺乏系統性和全面性的評估。

目前，衛福部對更年期婦女的瞭解主要來自每四年一次的「國民健康訪問調查」以「婦女更年期經驗」為題，調查女性於更年期是否經歷生理情緒變化、是否接受荷爾蒙治療(衛生署國民健康局, 2011; 衛生福利部國民健康署, 2016)。此外，「國民營養健康狀況變遷調查」和「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」等調查中，也對中高齡女性健康狀況進行了彙整，但卻未著重於更年期階段。由此可看出，這些調查數據分散於不同的資料來源，除了以症狀疾病為切入點，更缺乏整體性、系統性地瞭解更年期女性的健康及需求，顯示出台灣對於更年期女性健康情況及需求的大型調查仍然不足。

台灣女性的更年期經驗，也出現在一些亞洲調查研究中。Huang (2010) 等人進行的亞洲更年期調查，對 1,000 名亞洲婦女進行訪談，這是第一個大型亞洲研究，探討了停經女性對更年期症狀、荷爾蒙治療、乳房不適、乳癌風險知識的認識，其中有 150 名台灣婦女參與。研究指出，幾乎所有女性都回報了停經後的症狀，最常見尋求治療的原因的是「失眠」。而儘管許多女性都經歷停經後症狀，但多

數沒有治療，或是以藥草/自然療法 (herbal/natural) 處理。研究指出，女性普遍缺乏更年期症狀治療方案與對荷爾蒙治療的知識，應該更加積極地向亞洲女性清楚傳達乳癌、停經及更年期症狀的成因與風險因子等相關資訊(Huang et al., 2010)；另一項 2017 年的研究，針對印尼、馬來西亞、新加坡、台灣和泰國等亞洲五個國家，5,992 名 45 至 75 歲女性調查更年期泌尿生殖症狀，其中有 100 名台灣婦女參與。研究發現，在亞洲，更年期生殖泌尿症候群症狀 (GSM) 診斷和治療不足。638 名出現 GSM 的停經女性中，只有 35% 的人知道自己患有 GSM，其中大多數人是透過醫師才首次聽說 GSM(Chua et al., 2017)。

格林更年期量表 (Greene Climacteric Scale) 為國際通用的更年期婦女健康與症狀評估量表，是最常用以評估更年期婦女健康情形的工具，多有以此量表進行評估的研究(羅可倩, 2017)。另也有根據更年期態度、認知、行為、憂鬱程度、介入評估等調查目的，整合睡眠品質量表、情緒自評量表等各式評估設計之調查量表(酒小蕙 & 曹麗英, 2022; 陳佳蓉 et al., 2020)。

根據這些研究可看出，現有對台灣更年期女性的經驗調查，仍以健康症狀或疾病為中心，關注婦女的不適情形，並未將更年期視為生命階段的一個過程，關注女性的身心需求。而女性的資訊需求是否被滿足，接收管道如何更有效，在政策上又該如何以健康促進為目的提供更年期照護，是目前相對缺乏討論的面向，亦缺乏整合性的調查工具。

因此，為彌補當前更年期研究中以症狀為導向、工具片段化與政策資料分散的問題，從女性主體出發，設計具性別意識與在地脈絡的調查工具，是瞭解女性健康需求與改善政策回應的重要基礎。

## 第六節 問卷設計理論基礎

本研究以提升更年期女性健康照護品質為目標，強調健康促進而非單純疾病治療的視角，試圖從女性主體經驗出發，理解其在生理、心理及社會文化層面的需求。為使問卷設計具備堅實的理論依據，並能全面掌握中高齡女性於更年期階段的健康行為形成與促進歷程，本研究選擇整合「健康信念模式 (Health Belief

Model, HBM) 」與「社會認知理論 (Social Cognitive Theory, SCT) 」兩大有為理論，作為分析架構與調查工具設計之基礎。

選擇此二理論，主要基於其對健康行為之形成與改變歷程的解釋力與互補性。HBM 能有效剖析個體對健康風險的認知、行為意圖與行動轉化之心理機制，適用於理解中高齡女性在面對更年期議題時的主觀感受與行動動機；而 SCT 則可補充說明外部環境、社會氛圍與文化脈絡如何交織影響健康行為的形成，強調個體與環境的交互作用。此整合取向有助於建構從個人至社會結構層面的完整分析架構，亦強化本研究問卷設計的解釋力與實務應用價值。

### (一) 健康信念模式 (HBM) 於更年期研究中的應用

健康信念模式由 Becker (1974) 將之系統化，主張個體在採取健康行為時，主要受到六項心理概念要素的影響，包括：自覺罹患性 (perceived susceptibility)、自覺嚴重性 (perceived severity)、自覺行動效益 (perceived benefits)、自覺行動障礙 (perceived barriers)、自我效能 (self-efficacy) 與行動線索 (cues to action)。此模式自提出以來應用於各類健康促進與行為改變的研究場域，近年延伸至更年期健康領域。

例如，Martin-Key 等人以 HBM 理論為架構設計問卷，調查英國女性使用心理健康應用程式 (Mental Health App) 改善或管理更年期心理健康的意願。研究指出，自我效能與感知效益顯著是影響其行為意圖的關鍵因素 (Martin-Key et al., 2024)；另一項研究由 Leitão 等人進行，應用 HBM 理論分析葡萄牙更年期女性在體重管理行為上的信念，發現體重控制行為與其自覺罹患性、自我效能與可得行動線索密切相關 (Leitão et al., 2025)。這些研究顯示，HBM 能有效解釋更年期女性採取健康行為的心理機制，並有助於設計具文化脈絡與性別敏感的健康促進介入策略。

### (二) 社會認知理論 (SCT) 於更年期研究中的應用

社會認知理論由 Bandura (1986) 提出，強調行為 (behavior)、個人因素 (personal factors) 與環境 (environment) 三者間的交互作用，認為行為改變不僅依賴個人的內在意圖，也深受外在社會與環境因素的影響。其核心概念為「自我效能」

(self-efficacy)，即個體對自身是否能成功採取某項行為的信心。SCT 亦重視榜樣學習 (modeling)、社會支持、環境資源與文化氛圍等外在因素如何影響行為改變 (Bandura, 2001)。

SCT 近年逐漸應用於健康促進與慢性疾病管理，例如，Hsieh 等人 2008 年在台灣進行的研究即以 SCT 為架構，探討婦女採取骨質疏鬆預防行為的意圖及其影響因素。研究結果發現，自我效能與社會支持顯著提升健康促進行為的採取意願。此研究亦顯示了 SCT 在理解與介入中高齡女性健康行為上的理論價值。

### (三) 理論整合與本研究設計

HBM 與 SCT 分別提供了不同而互補的分析框架。HBM 著重於個體的認知與動機，能解釋女性在更年期面對健康威脅時的心理評估與行為選擇，例如對症狀與風險的感知，以及採取健康行為時的自我效能與障礙認知。本研究據此設計「更年期經驗」、「更年期知識」與「照護政策與資訊使用」題組，以探討個體如何在主觀評估下形成健康行為意圖。

相對地，SCT 強調個人、行為與環境的交互作用，凸顯社會支持、榜樣學習、文化資源與制度環境在行為形成上的影響。此一視角有助於分析更年期女性對環境的感知，對應於「更年期態度」題組，以理解心理認知之外的社會脈絡。

## 第七節 小結

綜合上述文獻與政策回顧可知，更年期女性的健康挑戰不僅涵蓋骨質疏鬆、心血管疾病、肌肉流失等生理層面，更與社會文化中對女性老化的偏見息息相關。現行研究與政策雖逐步意識更年期健康促進與照護的重要性，然而多聚焦於醫療介入或疾病管理，缺乏整體性、具性別視角且貼近生活經驗的分析架構，亦缺乏對女性主體經驗的系統性調查與回應。為進一步建構調查工具，本研究將以健康信念模式 (HBM) 與社會認知理論 (SCT) 為核心概念，發展整合性調查工具，期能更貼近女性在更年期階段的多層次經驗，並檢視現有政策措施是否具備性別敏感度與回應性。

下一章將進一步說明本研究之設計邏輯、問卷建構與施測策略，並以實證資料為基礎，探索更年期女性在台灣的健康促進與政策需求樣貌。





## 第三章 研究方法



### 第一節 研究設計概述

本研究旨在從性別與公共衛生的視角出發，探討台灣中高齡女性在更年期階段的健康經驗與照護需求，並檢視現行健康政策與服務體系是否具備性別敏感度與回應性。在前章文獻探討中，已指出過去對更年期的醫療化視角與社會污名，造成女性需求被忽視，而近年健康促進與女性賦能的觀點則提供了翻轉的可能性。本研究延續此理論脈絡，透過調查工具設計，瞭解女性的實際經驗與需求，為日後政策擬定與資源設計提供在地且具性別意識的建議。

基於文獻回顧與政策分析的結果，本研究將設計一份結構式、封閉式線上問卷，調查台灣中高齡女性的更年期經驗與需求。問卷於實務實習中完成設計，並經四位來自婦女團體、醫學及公共衛生之不同領域專家進行效度審查後修改定稿。接續運用問卷進行調查，目標族群為 45 歲以上女性，預計訪問 300 人，並將結果分析與討論發展為碩士學位論文。

### 第二節 問卷設計

更年期健康行為是一項多層次公共衛生議題，涵蓋了個體層次的生理變化與心理調適，也涉及社會文化如何觀看定位女性與制度性照護支持的可近性。為了全面理解台灣中高齡女性在更年期階段所面臨的健康挑戰與照護需求，本研究整合健康信念模式 (Health Belief Model, HBM) 與社會認知理論 (Social Cognitive Theory, SCT) 作為問卷設計理論基礎。

#### (一) 健康信念模式的核心構念與應用

HBM 指出，個體是否會採取健康行為，取決於其是否認知到自身罹患某疾病的風險 (自覺罹患性)、該疾病對生活可能造成的嚴重性 (自覺嚴重性)、採取

行動的好處（自覺行動效益）、面對行動所需的成本或障礙（自覺行動障礙）、自我執行行為的信心（自我效能），以及啟動行動的外部或內部線索（行動線索）。

本研究著重於自覺罹患性、自覺行動障礙及行動線索面向。更年期女性若未能意識自身症狀、正確認知更年期的健康風險，或缺乏行動誘因（如缺乏對政策工具的信任、醫療資源難以取得），則可能不願尋求協助或進行行為改變。同時，當健康資訊未能針對其實際需求設計時（如忽略心理調適與社會支持面向），也可能低估其採取行動的效益。而某些結構性障礙，如缺乏時間照顧自己、對醫療體系的不信任、或資訊取得不便，也常形成女性實踐健康行為的重要阻力。

## （二）社會認知理論的補充價值

HBM 雖然能有效解釋個體健康行為的內在機制，但在社會文化背景與行為的交互作用方面的分析力仍有不足。為補足此限制，SCT 從動態互動的角度出發，強調個人因素、行為與環境之間的相互影響，特別強調「自我效能」，即個體相信自己能成功實踐某健康行為的信心，是促進行為改變的關鍵。

在更年期情境下，自我效能可受到過去健康管理經驗、家庭的情感支持、媒體形象建構等多重因素影響。舉例來說，若女性在家庭中獲得同理與理解，便較有可能主動尋求照護資源；反之，若所處職場對更年期缺乏包容與理解，女性可能因羞恥感或害怕標籤而壓抑健康需求。本研究著重於自我效能與環境影響，期能勾勒女性對所處社會文化的感知以及對個人的影響。

## （三）問卷架構

本研究問卷共分為五大題組，分別為：更年期經驗、更年期知識、更年期態度、照護政策與資訊使用、人口學特性。各題組設計依據上述兩大理論進行概念

對應，整體目標為：探索中高齡女性在面對更年期階段的健康經驗、知識理解、行為態度與政策需求之多層次樣貌。



1. **更年期經驗**：題目 1 至題目 5 為「更年期經驗」題組，此部分基於健康信念模式，探討婦女對更年期症狀的感知與應對行動。問題包括「您是否曾經或正在經歷以下更年期相關症狀？」、「您覺得這些症狀對日常生活的影響程度是？」等。問題設計主要參考世界衛生組織、英國國民保健署、美國國家衛生院、美國婦產科醫學會與台灣衛生福利部等組織對更年期症狀的說明(衛生福利部國民健康署, 2007; ACOG, 2020; NHS, 2022; NIH, 2021; WHO, 2024)。
2. **更年期知識**：題目 6 至題目 12 為「更年期知識」題組，以健康信念模式為基礎，旨在評估婦女對更年期相關概念的正確認知。題目涵蓋生理原因、症狀普遍性、就醫判斷、健康促進行為及疾病風險等面向，例如：「更年期是因為女性荷爾蒙逐漸消失」、「更年期女性都會有健康方面的困擾」等。題目 6 至題目 12 的正確答案分別為：對、不一定、不一定、對、對、對、錯，作答與正確答案相符者得 1 分，答錯或回答「不知道」者得 0 分，總分範圍 0 至 7 分，分數越高代表知識掌握越充分。此部分設計主要參考李淑桂等與 Munn 等人的研究，並依據本研究關注面向加以刪減與調整(李淑桂 et al., 2008; Munn et al., 2022)。
3. **更年期態度**：題目 13 至題目 23 為「更年期態度」題組，此部分以社會認知理論為基礎，關注婦女對更年期的態度，包括自我效能及環境因素等問題，涵蓋社會文化感知與自我評價等面向。題組共 11 題，採李克特氏五點量表 (Likert scale)，選項為「非常不同意」、「不同意」、「沒意見」、「同意」、「非常同意」。




第 14、16 與 22 題為正向陳述題，同意程度越高對更年期的態度越正面。計算態度分數時，計分方式為：「非常同意」5 分、「同意」4 分、「沒意見」3 分、「不同意」2 分、「非常不同意」1 分。

其餘第 13、15、17、18、19、20、21、23 題為反向陳述題，同意程度越高代表對更年期的態度越負面。計算態度分數時則反向計分：「非常同意」1 分、「同意」2 分、「沒意見」3 分、「不同意」4 分、「非常不同意」5 分。

本題組總分範圍為 11 至 55 分，分數越高表示對更年期態度越正向。此部分主要參考了 Dahlgren、李淑桂等人的問卷設計(李淑桂 et al., 2008; 劉慧謹, 2011; Dahlgren et al., 2023)。

4. **照護政策與資訊使用**：題目 24 至題目 30 為「照護政策與資訊使用」題組，調查婦女對更年期資訊來源的偏好與信任度，並蒐集對政府及相關機構的政策建議。題目包含：「整體而言，您認為更年期健康相關資訊容易獲得嗎？」、「您曾透過哪些管道獲取更年期相關資訊？」等，此部分旨在為政策倡議提供實證支持。
5. **人口學特性**：題目 31 至題目 40 為「人口學特性」題組，本部分主要蒐集受訪者的人口學特徵，包括年齡、教育程度、婚姻狀況、收入等，作為後續分析中探討人口變項與健康行為關係的重要基礎。其中在月經情形的題目部分，由於女性的生理狀態是非常個人且多樣態的，問卷如何準確地分類女性的月經狀態是重要的問題。

Yap 等人的研究提出一項結合更年期狀態、干預措施（如子宮切除術、卵巢切除術、荷爾蒙治療）及年齡，以分類更年期狀態的方式。研究最初細分為七個類別，包括自然停經、更年期、前更年期、不確定、在月經



停止前使用荷爾蒙治療、因子宮切除無月經，以及因卵巢切除導致的停經。為了提高數據的適用性與解釋性，研究最終將七個類別整合為停經前、更年期、已停經及不確定四大類別。該研究指出，女性在亂經階段往往難以準確判斷自身的更年期狀態，而干預因素（如子宮或卵巢切除術）則可能掩蓋月經情況，進一步增加分類的不確定性。為解決此問題，Yap 等人提出以「上一次月經距今多久」的時間為基準，結合同齡和干預情況進行判定。研究結果顯示，若女性月經停止超過 12 個月，且未接受重大干預（如荷爾蒙治療或手術），可推斷其是否進入自然停經狀態。這種基於時間與醫療干預的分類方法顯著提高了更年期狀態分類的準確性(Yap et al., 2022)。

基於上述討論，本研究針對女性月經狀態設計了三個主要問題：「您的月經情況？」（選項包括停經前、更年期、已停經、不確定）、「上一次月經距今多久？」（選項包括 1 個月內、6 個月內、6 個月至 12 個月、12 個月以上、不確定）與「請問您是否有以下經驗？」（月經停止前使用荷爾蒙治療、因子宮切除而無月經、卵巢切除後進入更年期、以上皆無、不確定）。此設計結合現有研究建議與填答者的自我報告，交叉比對月經狀態與時間資訊，以更準確地判斷女性月經階段。

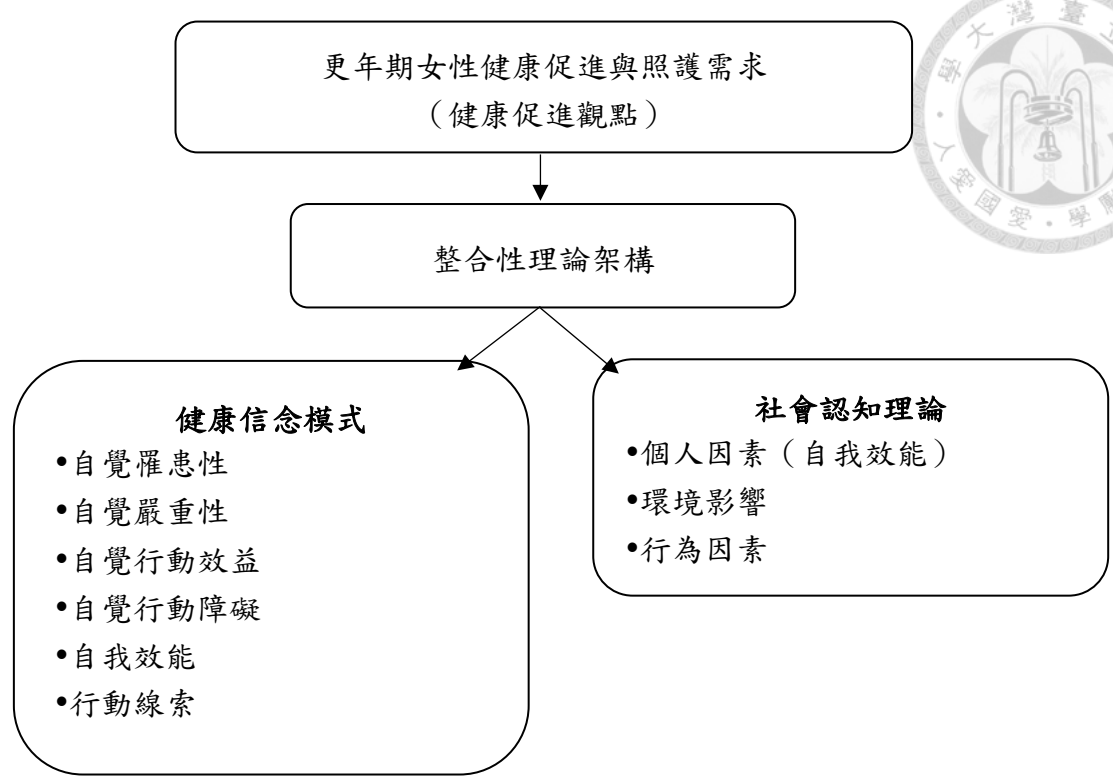


圖 3-3-1 問卷設計理論架構示意圖

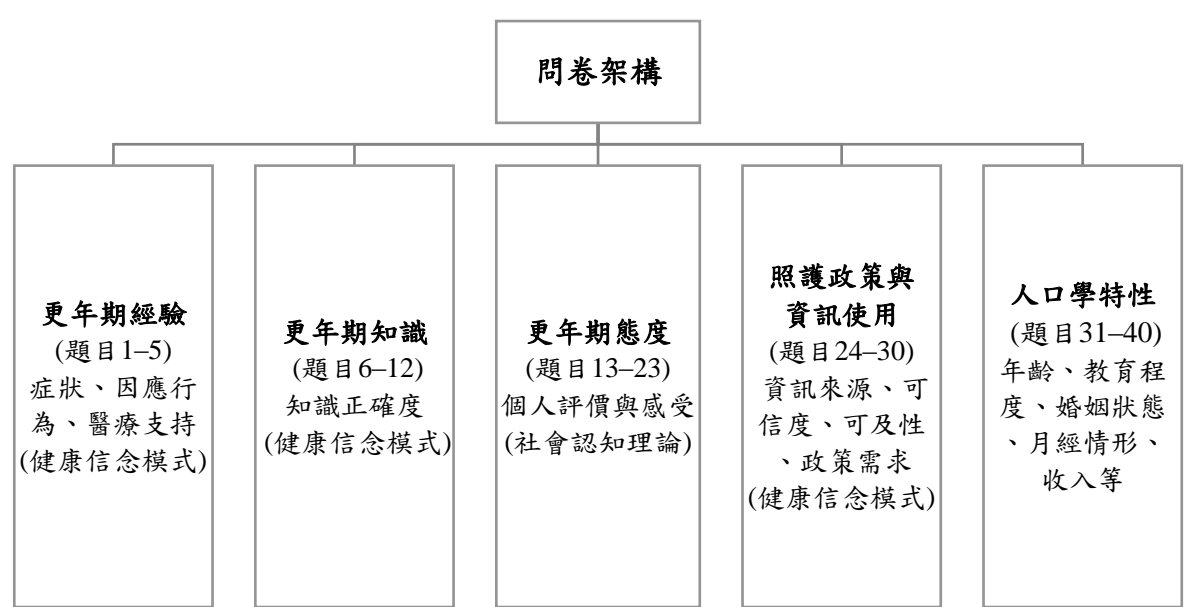


圖 3-3-2 問卷架構示意圖

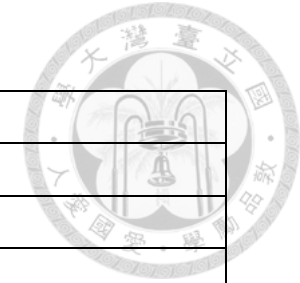
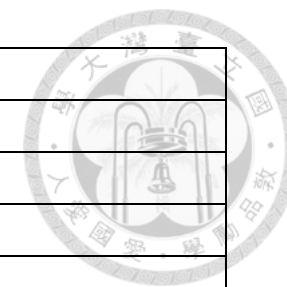


表 3-1-1 問卷理論概念與題目設計

項目	理論概念	理論子概念	題號	題目
更年期經驗	HBM	自覺罹患性	1	您是否曾經或正在經歷以下更年期相關症狀？
	HBM	自覺罹患性	2	您覺得這些症狀對日常生活的影響程度是？
	HBM	行動線索	3	您曾因更年期症狀向哪些專業尋求過協助嗎？
	HBM	自覺障礙	4	您未曾尋求專業協助的原因是什麼？
	HBM	行動線索	5	除了尋求專業協助，您是否曾透過其他方式處理或改善更年期症狀？
更年期知識	HBM	行動線索	6	更年期是因為卵巢逐漸停止製造女性荷爾蒙
	HBM	行動線索	7	更年期女性都會有健康方面的困擾
	HBM	行動線索	8	更年期的身體不適一定要就醫（如熱潮紅、月經不規則、疲勞等）
	HBM	行動線索	9	更年期的健康，可透過提前建立規律運動等良好生活習慣來提升
	HBM	行動線索	10	調整飲食有助改善更年期症狀（如增加鈣質攝取、減少高油高糖食物）
	HBM	行動線索	11	更年期後骨質疏鬆的風險會增加
	HBM	行動線索	12	更年期後，心血管疾病的風險和更年期前是一樣的
更年期態度	SCT	個人因素	13	更年期是一種疾病
	SCT	個人因素	14	更年期是重新設定人生目標的機會
	SCT	個人因素	15	更年期可能會影響親密關係
	SCT	環境因素	16	媒體在呈現更年期概念時通常是正面的（媒體包含新聞、戲劇、電影）
	SCT	環境因素	17	社會大眾普遍認為更年期女性性吸引力下降
	SCT	環境因素	18	社會大眾普遍認為更年期女性的情緒管理較差
	SCT	環境因素	19	公開談論自己的更年期經驗，會被認為是不適合或尷尬的話題



	SCT	環境因素	20	更年期相關議題在台灣社會中討論得不够多
	SCT	環境因素	21	更年期女性的心理健康問題不被重視
	SCT	環境因素	22	台灣職場對更年期女性有充分的理解與支持
	SCT	環境因素	23	更年期可能影響女性在職場中的升遷機會
照護政策與資訊使用	HBM	行動線索	24	整體而言，您認為更年期健康相關資訊容易獲得嗎？
	HBM	行動線索	25	您的更年期資訊來源，大多透過什麼管道？
	HBM	行動線索	26	您覺得以下哪些來源的更年期資訊是可信任的？
	HBM	行動線索	27	當您想尋找更年期相關資訊時，較常使用哪種工具？
	HBM	行動線索	28	您是否閱讀過衛生福利部國民健康署（國健署）出版的《更年期保健手冊》？
	HBM	行動線索	29	您是否曾在國健署健康九九+網站上瀏覽過更年期相關資訊？
	HBM	行動線索	30	為協助更年期女性，您認為政府或相關機構應該在哪些方面提供更多的支持？
人口學特性			31	請問您出生於民國__年__月
			32	請問您現在是否懷孕呢？
			33	請問您生過幾個孩子呢？
			34	請問您的婚姻狀況為何？
			35	請問您目前的月經情況？
			36	請問您上一次月經距今多久？
			37	請問您是否有以下經驗？
			38	請問您的最高學歷？
			39	請問您的每月收入大約是多少？
			40	請問您目前的居住地（縣市）為何？



### 第三節 抽樣方法與資料蒐集

本研究採用非機率抽樣 (non-probability sampling) 方式蒐集資料，鑑於本研究以探索性目的為導向，重視女性主體經驗與多元處境之呈現，故綜合運用「便利抽樣 (convenience sampling)」與「滾雪球抽樣 (snowball sampling)」兩種方式，以提升樣本蒐集之可行性與社會覆蓋面。

抽樣策略主要由研究者透過個人社群與人際網絡發起，邀請親友中符合條件者填寫線上問卷，並鼓勵受訪者轉發問卷至其社交圈之潛在參與者。此一方式可有效觸及平時較少參與民意調查或公共健康議題的中高齡女性，有助於補足便利抽樣在特定社群上的覆蓋不足，並提升樣本多樣性與填答意願。滾雪球機制亦有助於擴展至不同社會階層與生活型態之女性，強化回收效率與田野連結度。

本研究並未採用隨機抽樣設計，樣本不具全國代表性，研究結果亦不宜直接推論至整體台灣中高齡女性族群。然而，本研究之目的在於初步探討更年期女性在健康認知、行為選擇與政策期待等面向的分布與態度，所得樣本仍可提供具實務意涵與政策參考價值的初步觀察與趨勢指標。研究者亦將於後續分析與討論中檢視樣本代表性限制對結果詮釋之影響，作為未來研究設計之參考依據。

此外，本研究亦將本次問卷施測視為工具初步驗證與品質提升的一環。透過實際填答資料，觀察問卷在理解性、邏輯性與題項一致性上的表現。此過程有助調整調查工具、提升研究品質，並作為日後進行更大規模研究之基礎準備。



## 第四節 統計方法

本研究所採用的統計分析策略，以「先描繪樣本全貌，再比較群體差異，最後建構解釋模型」為核心邏輯，透過循序漸進的分析過程，呈現中高齡女性更年期健康經驗、知識與態度之多層次樣貌。

首先，本研究運用描述性統計，呈現人口學特徵、症狀經驗、知識掌握與態度傾向的整體分布。在群體差異的檢視上，先以 Excel 樞紐分析表進行交叉分析，比較不同社會人口學特徵，如年齡、教育程度等，在更年期知識、態度與症狀經驗上的分布差異。此步驟屬描述性檢視，雖未進行統計顯著性檢定，但能提供群體差異的初步觀察，作為後續假設形成與趨勢判讀的依據。

進一步地，透過雙變項統計分析，以皮爾森相關係數、t 檢定及單因子變異數分析，檢驗年齡、婚姻狀況、生育經驗、教育程度與月收入等變項與更年期知識、態度之間的關聯與差異，評估各社會人口學特徵對更年期認知與態度的影響方向與顯著性。

最後，在解釋模型建構階段，採用多元線性迴歸分析，分別以「更年期知識總分」與「更年期態度總分」為依變項，檢視不同社會人口學變項對女性更年期知識與態度的影響。自變項包括年齡、婚姻狀況、生育經驗、教育程度與月收入等，以掌握社會結構因素與生命歷程經驗的相對貢獻。在態度模型中另納入知識分數作為自變項，以評估知識對態度的預測效果。婚姻狀況、教育程度與月收入屬類別變項，分析中轉換為虛擬變項，基準組分別設定為「已婚」、「教育程度大學（含）以上」及「月收入 40,000–59,999 元」；年齡與知識分數則為連續變項納入模型。生育經驗為二分變項，以「0=無生育經驗、1=有生育經驗」進行編碼分析。

測量工具的檢核上，本研究以 Cronbach's  $\alpha$  作為信度指標，檢視知識與態度題組的內部一致性，評估量表的穩定性與一致性，並為後續修訂提供依據。

## 第四章 問卷調查分析



本研究依據前期文獻回顧與理論架構，設計「更年期認知與照護需求調查問卷」。問卷內容有：更年期經驗、知識、態度、照護政策與資訊使用，以及人口學特性等五大題組，共計 40 題，兼顧健康行為的多重決定因素與台灣文化脈絡，期能全面呈現中高齡女性的更年期經驗與照護需求。

本調查經國立台灣大學台大行為與社會科學研究倫理委員會核准（案號：202504HM039），於 2025 年 6 月 15 日至 7 月 31 日透過 SurveyCake 公開發放，採非隨機便利抽樣，對象為年滿 45 歲、現居台灣且未懷孕中之女性。問卷共回收 332 份，扣除不符條件與填答不全者後，取得有效樣本 311 份。

以下就五大題組進行描述性統計、交叉分析與多元迴歸分析，以探討女性在更年期歷程中的身心變化、健康知識與態度、資訊使用樣態及政策期待。問卷亦為本研究首次實際應用之量化工具，施測結果可初步評估可行性與實用性，並為後續研究與政策建議提供實證依據。

### 第一節 人口學特性

本研究樣本以 **45-54 歲女性為主**，占總樣本數 70.4%，其次為 55-64 歲(22.5%)與 65 歲以上者(7.1%)。此分布顯示研究對象主要集中於更年期早期與中期階段，符合本研究探討主題（表 4-1-1）。

研究樣本來自台灣各縣市，以**北部（50.8%）與南部（33.8%）為主**，中部占 13.8%，東部與離島比例偏低（東部 1.3%、離島 0.3%）。推測與問卷推廣資源集中於都會區及既有網絡之覆蓋程度有關，亦顯示都市女性較易參與相關調查。

教育程度方面，**86.2%受訪者具大專以上學歷**（大學 40.2%、專科 24.1%、研

究所含以上 21.9%)，顯示樣本偏向中高教育背景。

月經狀態方面，**近半數受訪者(49.5%)已停經**，24.8%月經不規則，另有 18.3%月經仍規律、7.4%難以判斷。顯示本研究樣本大多已停經，對更年期相關議題有直接經驗，更是更年期健康照護政策之主要對象。

針對子宮卵巢相關醫療經驗部分，**81.7%無醫療介入紀錄**，少數曾接受荷爾蒙治療(8.4%)或因子宮或卵巢切除進入更年期(合計約 10%)，顯示部分女性面臨手術相關之特殊健康挑戰。

進一步分析婚姻與生育狀況，**以已婚者為主(68.2%)**，另有未婚(16.4%)、離婚(10.9%)與喪偶(3.9%)。**75%具生育經驗**，其中以育有兩名子女者居多(**46.3%**)。

收入分布則集中於月薪**40,000 至 99,999 元**，分別為 31.2%(40,000-59,999 元)與 24.4%(60,000-99,999 元)；其次為 25,000-39,999 元者，占 18.6%。收入在 100,000 元以上者為 7.1%，而收入在 24,999 元以下者則為 8.0%。本研究樣本的經濟條件略呈中位偏高，顯示受訪者多有一定程度的經濟自主性。

此等人口學特性不僅影響知識與態度，也可能進一步影響女性實際經歷的更年期症狀與身體變化，下一節將探討受訪者的更年期經驗與身心影響。

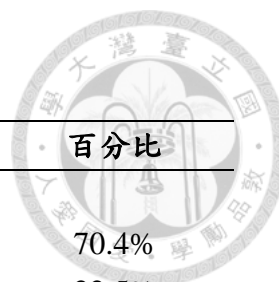
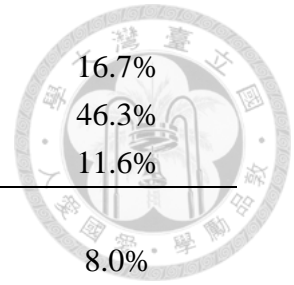


表 4-1-1 人口學特性統計 (n=311)

變項	人數	百分比
<b>年齡</b>		
45-54 歲	219	70.4%
55-64 歲	70	22.5%
65 歲以上	22	7.1%
<b>居住地</b>		
北部	158	50.8%
中部	43	13.8%
南部	105	33.8%
東部	4	1.3%
離島	1	0.3%
<b>教育程度</b>		
國中 (含以下)	6	1.9%
高中 (職)	34	11.9%
專科	70	24.1%
大學	118	40.2%
研究所 (含以上)	65	21.9%
<b>月經狀況</b>		
規律來潮	57	18.3%
開始不規律	77	24.8%
已停經	154	49.5%
不記得/不確定/無法判斷	23	7.4%
<b>子宮卵巢醫療經驗</b>		
停經前使用 HRT	26	8.4%
子宮切除而無月經	21	6.8%
卵巢切除後進入更年期	5	1.6%
合併情形	5	1.6%
皆無	254	81.7%
<b>婚姻狀況</b>		
未婚	51	16.4%
已婚	212	68.2%
離婚	34	10.9%
喪偶	12	3.9%
其他/無法回答	2	0.6%
<b>子女數</b>		
無	79	25.4%

1 個	52	16.7%
2 個	144	46.3%
3 個 (含以上)	36	11.6%
<b>每月收入</b>		
24,999 元 (含) 以下	25	8.0%
25,000-39,999 元	58	18.6%
40,000-59,999 元	97	31.2%
60,000-99,999 元	76	24.4%
100,000 元 (含) 以上	22	7.1%
無法回答	33	10.6%





## 第二節 更年期經驗分析

### (一) 描述性統計 (表 4-2-1)

本研究調查顯示，高達 **85.9%** 之受訪女性曾經歷至少一項更年期不適症狀，僅 10.6% 未曾出現相關症狀，另有 3.5% 不記得或不確定。此結果反映，多數中高齡女性歷經更年期不適。

在曾出現的症狀中，**最常見者為「睡眠困難」(57.7%)**，其次為「疲倦」(49.4%)、「記憶力變差」(48.3%)、「煩躁」(47.9%) 及「熱潮紅」(47.6%)。上述結果顯示，更年期症狀範圍涵蓋生理、心理與認知層面，且平均每位受訪者經歷約 4.2 項症狀，呈現出明顯的症狀疊加現象。

在症狀對生活之主觀影響方面，**53.6% 受訪者認為影響屬「普通」**，24.7% 表示「嚴重」，2.2% 認為「非常嚴重」，另有 19.5% 表示影響輕微或無影響。整體而言，更年期症狀並未帶來太多困擾，多數女性評估為中等或以下影響，但仍有近三成受訪者表示生活品質受到嚴重影響。

在曾有症狀者中，**62.9% 曾主動尋求協助**，主要選擇的照護資源依序為中醫 (**63.7%**)、婦產科醫師 (57.7%) 與其他西醫科別 (17.3%)，顯示中醫在更年期照護中的高度可近性與信任度。惟心理諮商僅占 4.2%，反映台灣社會對更年期心理健康支持之認知與接受度仍有提升空間。

未曾尋求協助者中，**主要原因包括「症狀不嚴重」(62.5%)**、「認為屬正常現象，無需處理」(55.2%)，以及「生活忙碌、時間不足」(21.9%)。此結果顯示，女性在處理更年期症狀時，常面臨時間資源限制與認知落差，亦反映出在「責任化健康治理」脈絡下，個人被賦予高度健康管理責任，卻缺乏相應的社會



支持與制度性安排。

進一步交叉分析自評症狀「嚴重」或「非常嚴重」者中，部分受訪者仍未曾尋求協助，常見原因包括「認為屬正常現象」、「不相信治療有效」與「生活太忙」。尤有甚者，在自評「非常嚴重」者中，更提及「缺乏時間」與「對醫療效果缺乏信心」為主要障礙，因而未曾求助。此一現象顯示，即使身體不適已嚴重干擾日常生活，部分女性仍可能因健康識能不足、資源缺乏或對醫療體系缺乏信任而未尋求醫療協助。

在應對策略方面，67.8%受訪者曾透過調整飲食、作息、運動或使用保健食品等非醫療方式來處理或緩解更年期症狀，顯示女性展現高度自我照護意願與實踐能力。此趨勢亦呼應健康促進之理念，凸顯女性在健康行為中的主體性與策略。

## (二) 交叉分析：不同年齡層的症狀分布特徵 (表 4-2-2)

為進一步探討不同年齡層女性對更年期的感知與主觀感受差異，本研究將樣本區分為「45-54 歲」、「55-64 歲」與「65 歲 (含) 以上」三組進行交叉分析。整體結果顯示，不同年齡層在主訴症狀與通報比例上呈現異質性，反映出身體變化的感受、詮釋與表達模式會隨生命歷程轉變。

在 45-54 歲族群中，幾乎所有症狀的通報比例均為三組之最，11 項症狀中有 8 項通報比例居首，顯示出此階段女性對身體變化的敏感度及自覺度相對較高。前三大主訴症狀為「睡眠問題」(59.0%)、「疲倦」(54.3%)與「記憶力變差」(53.7%)，平均每人經歷逾 4 種不適症狀，呈現多重症狀並存的特徵。若從社會文化層面思考，此階段女性常同時承擔職場與家庭責任，社會角色壓力可能加劇情緒與認知困擾，強化對更年期症狀的感受與回應。

55-64 歲女性的通報重點則轉向典型生理症狀，包括「睡眠問題」(60.0%)、



「熱潮紅」(56.7%)及「心悸」、「煩躁」(皆為43.3%)。此現象可能反映荷爾蒙變化的持續影響，也與主流衛教長期聚焦於生理症狀有關，進而形塑特定的辨識框架。

**65歲(含)以上族群的整體通報比例明顯降低**，但部分生理症狀仍具有記憶辨識度，尤以「熱潮紅」(52.6%)為主。心理與認知面向(如「記憶力變差」、「煩躁」等)通報比例則顯著下降，可能因主觀感受難以明確區分，或已被自然地歸因為老化結果，不再與更年期直接連結。惟此年齡層樣本數偏少(n=22)，須留意個別反應對整體比例的波動影響。

整體而言，不同年齡層女性在更年期症狀的知覺與回應模式上，展現出隨生命歷程變化的特徵：年輕族群偏重情緒與生活品質干擾，中年族群聚焦典型生理症狀，高齡族群呈現通報頻率下降的樣態。此趨勢除反映生理變化時序外，也透露健康識能、文化認知與醫療語言在不同世代中的影響力與滲透程度，應作為設計年齡分層健康教育與照護介入的依據。

在瞭解女性實際面對的身體經驗後，接續分析其更年期相關知識與認知，以評估資訊傳遞的效果與知識缺口。

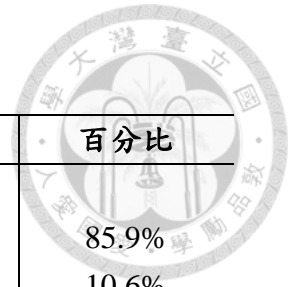


表 4-2-1 更年期經驗統計 (n=311)

變項	人數/次	百分比
<b>是否更年期有相關症狀</b>		
有症狀	267	85.9%
沒有相關症狀	33	10.6%
不記得/不確定	11	3.5%
<b>更年期症狀</b>		
月經紊亂	119	44.6%
熱潮紅	127	47.6%
心悸	78	29.2%
頻尿	79	29.6%
關節酸痛	69	25.8%
肌肉酸痛	64	24.0%
睡眠問題	154	57.7%
記憶力變差	129	48.3%
疲倦	132	49.4%
煩躁	128	47.9%
其他	15	5.6%
<b>症狀影響程度</b>		
沒有影響/輕微	52	19.5%
普通	143	53.6%
嚴重	66	24.7%
非常嚴重	6	2.2%
<b>是否尋求協助</b>		
有尋求協助	168	62.9%
不曾尋求協助	96	36.0%
不記得	3	1.1%
<b>向哪些專業尋求協助</b>		
婦產科醫師	97	57.7%
其他科別西醫	29	17.3%
中醫	107	63.7%
心理諮商	7	4.2%
其他	11	6.5%
<b>未曾尋求專業協助的原因</b>		
不知道可以求助誰	1	1.0%
症狀不嚴重	60	62.5%
擔心醫療費用	0	0.0%

覺得是正常現象，不需要處理	53	55.2%
對協助的效果持懷疑態度	4	4.2%
時間不夠/生活太忙	21	21.9%
其他	3	3.1%
<b>是否透過其他方式或改善更年期症狀</b>		
是	181	67.8%
否	72	27.0%
不確定	14	5.2%

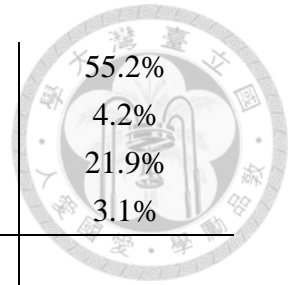


表 4-2-2 不同年齡層更年期症狀統計 (n=311)

更年期症狀	年齡層							
	45-54		55-64		65歲(含)以上		總體	
	百分比	排序	百分比	排序	百分比	排序	百分比	排序
月經紊亂	49.5%	5	31.7%	6	36.8%	2	44.6%	6
熱潮紅	44.1%	6	56.7%	2	52.6%	1	47.6%	5
心悸	23.9%	10	43.3%	3	36.8%	2	29.2%	8
頻尿	30.3%	7	30.0%	7	21.1%	5	29.6%	7
關節酸痛	29.3%	8	21.7%	8	5.3%	7	25.8%	9
肌肉酸痛	26.1%	9	21.7%	8	10.5%	6	24.0%	10
睡眠問題	59.0%	1	60.0%	1	36.8%	2	57.7%	1
記憶力變差	53.7%	3	40.0%	5	21.1%	5	48.3%	3
疲倦	54.3%	2	41.7%	4	26.3%	4	49.4%	2
煩躁	51.1%	4	43.3%	3	31.6%	3	47.9%	4
其他	5.9%	11	5.0%	9	5.3%	7	5.6%	11



### 第三節 更年期知識分析

#### (一) 描述性統計 (表 4-3-1)

為評估受訪者對更年期知識的掌握程度，本研究設計 7 題單選型知識測驗，涵蓋更年期定義、常見症狀、應對方式與相關健康風險。每題僅一個正確答案，作答正確記 1 分，錯誤或不知道皆記 0 分，總分介於 0 至 7 分之間。結果顯示，**整體受訪者平均得分為 5.2 分，標準差為 1.3**，顯示受訪者整體知識掌握程度尚可，且答題表現差異適中。

從各題正確率觀察，分布介於 48.9% 至 91.6%，顯示不同面向的知識理解存在差異。其中，**「骨質疏鬆風險上升」(91.6%)**、**「良好生活習慣可提升健康情形」(90.4%)** 與 **「調整飲食有助改善症狀」(84.2%)** 等題目正確率最高，顯示受訪者對健康促進與預防觀念已有基本認識。

然而，部分題目的正確率明顯偏低，其中，**「更年期後的心血管疾病風險與更年期前相同」正確率最低**，僅 48.9%，超過半數受訪者未能正確認知女性更年期後心血管疾病風險增加的事實。此結果與既有研究指出的性別在心血管知識上的落差相符(Mosca et al., 2006)，亦反映台灣社會長期以男性為預設的健康敘事，弱化了女性對自身慢性病風險的認知與警覺。

題目「更年期身體不適一定要就醫」正確率 59.8%，部分受訪者傾向認為所有不適皆需就醫，顯示其對症狀評估與醫療介入的理解較為模糊。此現象可能反映對醫療的高度依賴與對自我健康判斷能力的信心不足，也可能受商業性健康資訊影響，將「提早就醫」視為唯一正確選擇。從健康識能觀點，此類錯誤更顯示照護選擇判斷與行動信心的落差。

「更年期女性都會有健康困擾」之正確率為 66.2%，顯示約三分之一受訪者仍



認為不適為普遍且必然的經驗，反映對更年期的理解仍深受醫療化與病理性敘事影響，較少關注個體差異與正向調適可能。

整體而言，受訪者對更年期的「基本生理概念」與「健康促進行動」具有相對良好掌握，惟在「性別化健康風險」與「醫療行為判斷」等情境性知識上，則顯現認知不足。此結果顯示，未來更年期健康教育除強化正確醫學知識外，亦應納入行動自信、風險評估與照護選擇等層面，協助女性建立不過度醫療化的健康觀與自主照護能力，促進更具性別敏感度的健康識能發展。


## (二) 交叉分析

### 1. 不同年齡層與知識掌握的差異 (表 4-3-2)

為理解不同年齡層女性在更年期知識掌握上的差異，本研究依年齡區分為三組進行平均得分分析。結果顯示，年齡愈高，知識得分呈現下降趨勢。45-54 歲女性的平均得分為 5.4 分，為三組中最高；55-64 歲為 5.0 分，而 65 歲以上則降至 4.7 分。此一趨勢反映出世代間在更年期健康知識上的落差，可能與教育背景、資訊可近性與數位落差等結構性因素有關。

具體而言，年輕世代多處於教育資源與資訊取得較豐富的情境，對健康議題的接觸與關注亦較積極，有助於建立較佳的知識基礎。相對地，65 歲以上女性知識表現下滑，顯示若缺乏持續性的健康教育介入或自主學習動機，知識掌握可能出現停滯甚至退化的情形。

此外，三組標準差分別為 1.2、1.4 與 1.6，呈現隨年齡上升而逐漸擴大的趨勢，顯示高齡群體內部的知識水準差異更為顯著。部分高齡女性具備完整概念，答題表現優異；但亦有相當比例正確率偏低，呈現知識結構的「M 型化」分布。此種分化特徵，可能與資訊來源、健康識能與生活背景的異質性相關，亦突顯高齡女性族群在健康教育介入上需更精緻且具分層設計。



綜合而言，年齡與更年期知識掌握間存在顯著落差，此結果提醒健康政策設計不應假設高齡女性已然具備相關知識經驗，反而應正視其作為健康資訊接收者的需求與正當性，發展更具文化與世代適切性的教育與傳播策略，以提升知識自主性與健康決策能力。

## 2. 不同年齡層與知識題項掌握的差異（表 4-3-3）

為進一步探討不同年齡層女性在更年期基本知識類型上的理解差異，本研究統計各年齡層對七題知識測驗的正確率與答題排序。整體而言，雖各年齡層在知識掌握上略有差異，但差距不大，並未呈現明顯的「代間知識斷層」，顯示更年期相關知識在台灣社會的傳播相對平均。

在三個年齡層中，正確率最高的皆為「更年期後骨質疏鬆的風險會增加」，顯示骨鬆風險已廣為女性所認知，為普遍接受的重要健康議題。其次，「更年期後的健康可透過規律運動促進」與「飲食調整有助改善症狀」亦維持穩定的高正確率，顯示「健康促進型知識」在不同年齡間的理解程度一致，反映大眾對運動與飲食與健康關聯性的理解已具一定基礎。

相對而言，正確率最低的題目為「更年期後，心血管疾病風險與更年期前相同」，其中 65 歲以上女性僅 27.3% 答對，45-54 歲亦僅 51.6%，顯示該知識落差並非單純的世代問題，而是整體公共衛生教育對「性別化慢性病風險」長期忽視所致。類似地，「更年期身體不適一定要就醫」的正確率亦偏低，三組年齡層皆落在六成上下，反映女性在是否就醫的判斷上仍存不確定性，也凸顯健康識能中「症狀理解與照護選擇」的教育不足。

綜合觀察，本研究未發現年齡層為更年期知識掌握的主要解釋變項，反而突顯知識類型本身的理解難度與傳播盲點才是關鍵差異來源。因此，未來健康教育策略應聚焦於錯誤率高之題項，特別是有關慢性病風險與就醫行為的情境性知識，

設計具文化敏感度與生活導向的傳播素材，補足女性在風險認知、健康決策與醫療判斷等面向的識能差距，進一步提升其更年期自我照護的信心與行動能力。



### 3. 教育程度與知識掌握的差異 (表 4-3-4)

在更年期知識題組的七道題目中，大學以上學歷女性的整體答對率明顯優於專科以下族群。大學以上者在其中四題的正確率高於 80%，其中「骨質疏鬆風險增加」一題高達 94.3%，顯示該族群對健康促進與預防概念較為熟悉。然而，在「心血管疾病風險變化」一題中，即使為大學以上者，正確率亦僅為 58.0%；專科以下者則更低，僅有 33.9%。此為全題組中答對率最低者，顯示即使教育程度較高，對更年期後慢性病風險的認知仍未普遍建立。

此外，在「更年期女性都會有健康方面的困擾」與「身體不適一定需就醫」兩題中，專科以下族群的正確率顯著低於大學以上者，反映出低教育程度女性在更年期症狀辨識與醫療行為判斷上，可能存在知識落差與行動遲疑。

整體而言，大學以上女性在預防性健康知識、疾病風險認知與照護行動建議等面向均具明顯優勢。此結果凸顯教育程度與健康識能之間的連動關係，亦說明未來更年期健康教育應加強對教育資源較少群體的知識傳遞與行動支持，以縮減健康知識差距。

更年期知識的掌握與否，往往會形塑對更年期的社會文化態度與自我感受，下一節將進一步探討態度傾向與其背後的結構性因素。

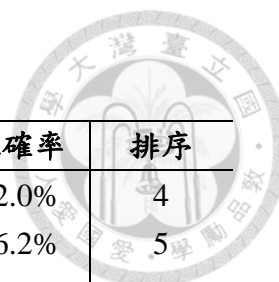


表 3-3-1 更年期知識正確率統計 (n=311)

題目	正確率	排序
更年期是因為卵巢逐漸停止製造女性荷爾蒙	82.0%	4
更年期女性都會有健康方面的困擾	66.2%	5
更年期的身體不適一定要就醫 (如熱潮紅、月經不規則、疲勞等)	59.8%	6
更年期後的健康，可透過提前建立規律運動等良好生活習慣來提升	90.4%	2
調整飲食有助改善更年期症狀 (如增加鈣質攝取、減少高油高糖食物)	84.2%	3
更年期後骨質疏鬆的風險會增加	91.6%	1
更年期後，心血管疾病的風險和更年期前是一樣的	48.9%	7

表 4-3-2 不同年齡層更年期知識平均得分與標準差 (n=311)

年齡層	平均得分	標準差
45-54	5.4	1.2
55-64	5.0	1.4
65 歲 (含) 以上	4.7	1.6
總體	5.2	1.3



表 4-3-3 不同年齡層更年期知識正確率統計 (n=311)

題目	年齡層							
	45-54		55-64		65歲(含)以上		總體	
	正確率	排序	正確率	排序	正確率	排序	正確率	排序
更年期是因為卵巢逐漸停止製造女性荷爾蒙	84.5%	4	80.0%	2	68.2%	3	82.0%	4
更年期女性都會有健康方面的困擾	66.7%	5	65.7%	3	59.1%	4	66.2%	5
更年期的身體不適一定要就醫(如熱潮紅、月經不規則、疲勞等)	60.7%	6	57.1%	4	54.5%	5	59.8%	6
更年期後的健康,可透過提前建立規律運動等良好生活習慣來提升	91.8%	2	85.7%	1	90.9%	1	90.4%	2
調整飲食有助改善更年期症狀(如增加鈣質攝取、減少高油高糖食物)	86.3%	3	80.0%	2	77.3%	2	84.2%	3
更年期後骨質疏鬆的風險會增加	93.6%	1	85.7%	1	90.9%	1	91.6%	1
更年期後,心血管疾病的風險和更年期前是一樣的	51.6%	7	47.1%	5	27.3%	6	48.9%	7

表 4-3-4 不同教育程度更年期知識正確率統計 (n=311)

題目	學歷					
	專科(含)以下		大學(含)以上		總體	
	正確率	排序	正確率	排序	正確率	排序
更年期是因為卵巢逐漸停止製造女性荷爾蒙	83.1%	3	81.3%	4	82.0%	4
更年期女性都會有健康方面的困擾	55.9%	5	72.5%	5	66.2%	5
更年期的身體不適一定要就醫(如熱潮紅、月經不規則、疲勞等)	52.5%	6	64.2%	6	59.8%	6
更年期後的健康，可透過提前建立規律運動等良好生活習慣來提升	85.6%	2	93.3%	2	90.4%	2
調整飲食有助改善更年期症狀(如增加鈣質攝取、減少高油高糖食物)	80.5%	4	86.5%	3	84.2%	3
更年期後骨質疏鬆的風險會增加	87.3%	1	94.3%	1	91.6%	1
更年期後，心血管疾病的風險和更年期前是一樣的	33.9%	7	58.0%	7	48.9%	7



## 第四節 更年期態度分析

### (一) 描述性統計 (表 4-4-1)


為探討女性對更年期的整體看法與社會文化感知，本研究設計 11 題「更年期態度」題組，採李克特五點量表評分。第 14、16 與 22 題為正向陳述題，同意程度越高對更年期的態度越正面。計算態度分數之計分方式為：「非常同意」5 分、「同意」4 分、「沒意見」3 分、「不同意」2 分、「非常不同意」1 分。第 13、15、17、18、19、20、21 及 23 題為負面陳述題，同意程度越高代表態度越負面，計分方式反向設置，即「非常同意」1 分至「非常不同意」5 分。

為確保總分方向一致、便於比較，並使閱讀順暢，本文在呈現「更年期態度總分」時，依上述規則進行轉換計算。討論個別題目時，則以「非常同意」5 分至「非常不同意」1 分的方式進行統計分析及描述討論。

整體而言，受訪者於本題組的總平均得分為 30.3 分（滿分 55 分），標準差為 4.7，顯示整體態度趨於中性偏正向。但各題間差異明顯，反映女性在更年期歷程中，同時承受自我建構與社會文化的張力，呈現態度的多元性與複雜性。

在自我認知面向中，題目「更年期是重新設定人生目標的機會」為所有題項中平均得分最高（3.7 分），顯示多數女性對更年期懷抱重新定位與自我轉化的期待，展現主體性與心理賦能的潛力，亦呼應當代健康促進強調的「積極老化」觀點。同屬此範疇的負面陳述「更年期是一種疾病」平均得分為 2.5，顯示多數受訪者傾向否認醫療觀點，具備一定程度的去醫療化意識。然而得分仍介於「不同意」與「沒意見」之間，反映病理化思維在女性身體認知中仍具影響力。

相對地，「更年期可能會影響親密關係」之平均得分達 3.7，介於「沒意見」與「同意」之間，並較偏向「同意」。顯示多數女性認為此階段對情感與性互動




確實產生影響。這不僅與性慾下降、陰道乾澀等生理變化有關，也反映性別社會化過程中女性常被期待維繫親密關係，因此對此階段的改變產生焦慮與壓力。

相較於個體層次的再詮釋，來自社會文化環境的壓力則顯得更為強烈。在**媒體與社會文化**面向中，負面陳述「社會大眾普遍認為更年期女性性吸引力下降」與「情緒管理較差」之平均得分為 3.3 與 3.8，顯示多數女性深刻感受社會對更年期階段女性的性別污名與刻板印象仍普遍存在。其中，「情緒管理較差」為全題組負面陳述中最高分之一，尤具指標意義。此結果凸顯女性對「情緒化」這類標籤的強烈負面感受。

在**社會支持與公共環境**層面，「公開談論自己的更年期經驗，會被認為是不適合或尷尬的話題」的得分為 2.4，介於「不同意」與「沒意見」之間，並偏向「不同意」，顯示多數女性已不再視更年期為「禁語」，展現出自我表達與意義重構的能力。但另兩項負面陳述「更年期議題討論在台灣社會中討論不足」與「心理健康不被重視」平均得分都高達 3.8，顯示儘管個體層次的沉默正在打破，社會整體的制度回應與文化支持仍顯不足。女性雖有意談論與面對自身經驗，卻未獲得相應的政策介入與公共對話，突顯台灣社會在資訊傳遞、心理支持與醫療溝通等面向仍存結構性缺口。

**職場層面**的分析亦顯示制度落差與認知模糊並存。「台灣職場對更年期女性有充分的理解與支持」得分僅為 2.5，顯示多數受訪者感受到工作場域在制度照顧與文化理解上的不足。而「更年期可能影響升遷機會」的平均得分為 3.3，介於「沒意見」與「同意」之間，顯示受訪者並未一致認為更年期會直接影響職涯，但整體仍隱含一定程度的疑慮，反映出職場對更年期議題的理解與支持仍有不足。

整體而言，女性在「自我肯認」與「社會結構壓抑」間呈現明顯拉扯，雖肯定更年期的轉化意義與主體性，但對社會污名、公共討論與制度支持的評價普遍



偏低，突顯更年期不只是個人經驗，更涉及文化、性別與制度結構的多重交織。若缺乏積極的制度介入與正向論述，即使女性具備自我照護動能，亦可能陷入孤立與支持匱乏的處境。此結果不僅顯示女性在更年期經驗中的多重張力，也凸顯出現行公共衛生政策與職場制度在性別敏感性與回應性上的不足。

## (二) 交叉分析

### 1. 不同年齡層的更年期態度差異

根據調查結果，更年期態度隨年齡呈現上升趨勢（表 4-4-2）。45-54 歲女性平均得分為 29.9 分，顯著低於 55-64 歲（30.9 分）與 65 歲（含）以上族群（32.5 分），顯示年齡與更年期態度具關聯性，反映年輕中年女性在更年期初期所面對的衝突與矛盾處境更為顯著。

45-54 歲的女性多處於更年期初期，生理變化開始出現，且常同時肩負職場發展與家庭照顧的雙重責任，承擔多重社會角色與情緒勞動。在身心適應尚未穩定之際，若缺乏正向資訊、情感支持與文化再現，對更年期的理解與態度便易受醫療化敘事、性別污名與社會沈默氛圍影響，難以將此階段內化為正向的生命歷程。

相對而言，55 歲以上女性在生理與心理調適上相對穩定，家庭與職場角色多已轉換，較能從回顧與整合的角度重新詮釋更年期經驗，對身體變化的接納與生活自主性也較高，因而展現出更正向的態度。

進一步觀察年齡層在態度題組中的得分差異（表 4-4-3），可見整體趨勢大致一致，但在部分題項上，仍呈現出明顯的年齡交叉特徵，反映世代經驗與生命階段對更年期認知與態度的影響。在自我認知面向，正面陳述「更年期是重新設定人生目標的機會」於各年齡層皆為最高分，45-54 歲與 55-64 歲平均得分皆為 3.7 分，65 歲以上略低為 3.5，顯示跨世代女性普遍將更年期視為轉折與成長機會。相對地，負面陳述「更年期是一種疾病」，雖然各年齡層得分皆介於「不同意」與



「沒意見」間，但呈現 45-54 歲得分最低 (2.4)，低於 55-64 歲 (2.6) 與 65 歲以上 (2.6)，代表年輕族群更傾向否定「更年期等於疾病」的醫療化觀點，顯示其對傳統醫療語言的鬆動更為明顯。

關於更年期對**親密關係**的影響，三組年齡層的得分皆落在「沒意見」與「同意」間，呈下降趨勢 (3.7、3.6、3.4)，顯示年長女性對於更年期在親密關係影響上的認知較低，可能與伴侶關係較趨穩定或性與情感需求轉變有關。反之，45-54 歲族群仍處於關係經營與生理變化交疊階段，對此議題的感受與焦慮相對較強。

在**媒體與文化**面向，正面陳述「媒體呈現更年期概念通常是正面」得分隨年齡上升而提高 (2.7、2.9、3.1)，可能反映年長者較少接觸媒體或對主流敘事接受度較高。負面陳述如「情緒管理較差」與「性吸引力下降」仍維持在中等偏高水準，顯示女性普遍感受到社會對更年期的性別污名依然存在。尤其 45-54 歲族群在「情緒管理較差」的得分高達 3.9，為負面陳述中最高之一，凸顯中年女性對「情緒化」這類標籤的高度敏感與壓力感受。

在**公共討論與社會支持**面向，負面陳述「公開談論自己的更年期經驗會被認為尷尬」的得分偏低 (2.3-2.5)，顯示女性普遍否定此觀點，已具備一定的表達意願。然而，對於「更年期議題討論不足」與「心理健康不被重視」的負面陳述，得分卻普遍偏高 (約 3.5-3.9)，呈現對社會整體回應不足的共識。

**職場**面向則顯現明顯的代間差異。正向陳述「台灣職場對更年期女性有充分理解與支持」的得分隨年齡上升而提高 (2.4、2.4、3.0)，顯示年長者對職場支持的感受相對較正面。而負面陳述「更年期可能影響升遷機會」的得分則隨年齡下降 (3.4、3.2、2.8)，代表年長者較不認為更年期會直接造成職涯阻礙。此一差異可能與年長者多已退出職場、傾向以回顧與接受的眼光看待制度支持，仍處於職場活躍期的中年女性對升遷風險與制度缺口更具敏感度，反映同時面臨職涯、身



體調適與家庭責任的多重壓力。

綜合而言，年齡交叉分析顯示年輕族群對醫療語言與社會偏見展現較高批判性，而年長女性則傾向內化評價，對制度性問題認知較為寬容。此差異凸顯更年期態度不僅受個人健康經驗影響，亦深受世代位置與社會結構交織所形塑。


## 2. 不同教育程度的更年期態度差異

調查結果顯示，教育程度與更年期態度之間並非線性提升關係（表 4-4-4）。專科以下受訪者的平均得分為 31.2 分，高於整體平均（30.3 分），而大學以上族群則為 29.8 分，顯示更高的教育程度未必帶來更正向的更年期態度。此結果意味著知識資本雖重要，卻非態度形成的唯一基礎，更年期的理解仍受到性別結構、社會處境與生活經驗的多重影響。

具體而言，教育程度較低的女性在多數題項上給出較高分數，展現較直接、務實的回應傾向（表 4-4-5）。例如，正面陳述「媒體呈現更年期概念通常是正面的」，專科以下女性得分為 3.0，高於大學以上的 2.5，顯示低學歷族群對主流再現的接受度較高。

相對地，大學以上族群整體態度更為謹慎與批判。以負面陳述「更年期是一種疾病」為例，其平均得分 2.3，明顯低於專科以下的 2.8，反映更強烈地否定醫療化觀點，展現較鮮明的「去醫療化」立場。然而，在其他制度與文化相關題項中，如「媒體正面呈現」（大學以上 2.5、專科以下 3.0）、「社會支持不足」（大學以上 3.8、專科以下 3.6）與「心理健康問題不被重視」（大學以上 3.8、專科以下 3.6），高學歷女性的態度分數皆顯示出更高程度的不滿，凸顯其對結構性落差具有更強烈的覺察與質疑。

此趨勢凸顯出一種矛盾張力：教育程度越高，雖更能辨識語言、權力與制度



問題，但若缺乏文化承認與實質政策回應，這種批判意識反而可能轉化為態度上的遲疑與情緒負擔。也就是說，「看見問題」未必促進更正向的健康態度，反而可能加深對制度失能的無力感。

整體而言，教育程度與更年期態度並非線性遞減關係，呈現知識提升與制度支持失衡下的矛盾現象。這與前述年齡交叉分析結果相互呼應，皆指出年輕世代與高學歷者雖具較強反思能力與批判意識，卻也因社會期待與結構壓力展現出更複雜的心理負擔與認知張力。此結果再次說明，更年期的正向理解不僅仰賴個人文化資本，更需制度性支持與社會文化環境的共同轉化。當知識與意識的提升缺乏相應制度資源承接時，反而可能加劇女性的疏離感與主體落差。

在此脈絡下，本研究進一步關注女性在更年期階段的實際照護經驗與政策期待，下一節將從「照護政策與資訊使用」切入，瞭解工具與政策使用情形。



表 4-4-1 更年期態度題項得分統計 (n=311)

題目	平均得分	標準差
更年期是一種疾病	2.5	1.0
更年期是重新設定人生目標的機會	3.7	0.8
更年期可能會影響親密關係	3.7	0.8
媒體在呈現更年期概念時通常是正面的 (媒體包含新聞、戲劇、電影)	2.7	1.0
社會大眾普遍認為更年期女性性吸引力下降	3.3	0.9
社會大眾普遍認為更年期女性的情緒管理較差	3.8	0.9
公開談論自己的更年期經驗，會被認為是不適合或尷尬的話題	2.4	0.9
更年期相關議題在台灣社會中討論得不夠多	3.8	0.9
更年期女性的心理健康問題不被重視	3.8	0.8
台灣職場對更年期女性有充分的理解與支持	2.5	1.0
更年期可能影響女性在職場中的升遷機會	3.3	1.0

表 4-4-2 不同年齡層更年期態度得分統計 (n=311)

年齡層	平均得分	標準差
45-54	29.9	4.6
55-64	30.9	5.0
65 歲 (含) 以上	32.5	4.3
總體	30.3	4.7

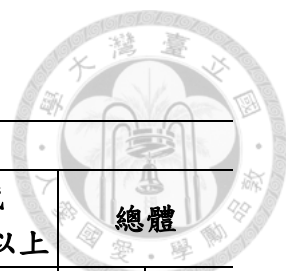


表 4-4-3 不同年齡層更年期態度題項得分統計 (n=311)

題目	年齡層							
	45-54		55-64		65歲 (含)以上		總體	
	平均 得分	標準 差	平均 得分	標準 差	平均 得分	標準 差	平均 得分	標準 差
更年期是一種疾病	2.4	1.1	2.6	1.0	2.6	1.0	2.5	1.0
更年期是重新設定人生目標的機會	3.7	0.8	3.7	0.7	3.5	0.8	3.7	0.8
更年期可能會影響親密關係	3.7	0.8	3.6	0.8	3.4	1.1	3.7	0.8
媒體在呈現更年期概念時通常是正面的 (媒體包含新聞、戲劇、電影)	2.7	1.0	2.9	0.9	3.1	1.0	2.7	1.0
社會大眾普遍認為更年期女性性吸引力下降	3.3	0.9	3.3	0.9	3.1	0.8	3.3	0.9
社會大眾普遍認為更年期女性的情緒管理較差	3.9	0.8	3.7	1.0	3.5	0.8	3.8	0.9
公開談論自己的更年期經驗，會被認為是不適合或尷尬的話題	2.4	0.9	2.3	0.9	2.5	0.8	2.4	0.9
更年期相關議題在台灣社會中討論得不夠多	3.8	0.9	3.7	0.9	3.7	0.6	3.8	0.9
更年期女性的心理健康問題不被重視	3.9	0.8	3.7	0.9	3.5	0.9	3.8	0.8
台灣職場對更年期女性有充分的理解與支持	2.4	1.0	2.4	0.9	3.0	1.0	2.5	1.0
更年期可能影響女性在職場中的升遷機會	3.4	0.9	3.2	1.0	2.8	0.9	3.3	1.0

表 4-4-4 不同教育程度更年期態度得分統計 (n=311)

教育程度	平均得分	標準差
專科 (含) 以下	31.2	4.6
大學 (含) 以上	29.8	4.8
總體	30.3	4.7



表 4-4-5 不同教育程度更年期態度題項得分統計 (n=311)

題目	教育程度					
	專科(含)以下		大學(含)以上		總體	
	平均 得分	標準差	平均 得分	標準差	平均 得分	標準差
更年期是一種疾病	2.8	1.1	2.3	1.0	2.5	1.0
更年期是重新設定人生目標的機會	3.7	0.7	3.7	0.8	3.7	0.8
更年期可能會影響親密關係	3.7	0.9	3.7	0.8	3.7	0.8
媒體在呈現更年期概念時通常是正面的(媒體包含新聞、戲劇、電影)	3.0	0.9	2.5	0.9	2.7	1.0
社會大眾普遍認為更年期女性性吸引力下降	3.2	0.9	3.3	0.9	3.3	0.9
社會大眾普遍認為更年期女性的情緒管理較差	3.7	0.9	3.9	0.9	3.8	0.9
公開談論自己的更年期經驗, 會被認為是不適合或尷尬的話題	2.3	0.7	2.5	1.0	2.4	0.9
更年期相關議題在台灣社會中討論得不夠多	3.6	0.9	3.9	0.8	3.8	0.9
更年期女性的心理健康問題不被重視	3.6	0.9	3.9	0.8	3.8	0.8
台灣職場對更年期女性有充分的理解與支持	2.6	0.9	2.4	1.0	2.5	1.0
更年期可能影響女性在職場中的升遷機會	3.3	0.9	3.3	1.0	3.3	1.0



## 第五節 照護政策與資訊使用分析

### (一) 描述性統計 (表 4-5-1)


為掌握中高齡女性更年期階段的健康資訊可近性與照護資源的使用經驗，本研究設計 7 題題組，瞭解使用者觀點與制度回應間的落差。

整體而言，資訊可得性堪稱普及。逾五成受訪者認為「容易」(48.6%)或「非常容易」(5.8%)取得更年期健康資訊，但仍有約一成表示「不容易」或「非常不容易」，反映資訊傳播尚未全面普及，可能受限於健康識能、語言文化適切性及社會網絡接觸性等因素。

資訊來源上，「網路或社群媒體」為最常見管道(74.4%)，其次為「書籍文章」(59.1%)與「醫護人員」(46.6%)。然而，雖有 93.9%表示信任醫療專業，但醫療體系實際提供資訊的比例卻偏低，顯示專業知識未能有效銜接生活情境。

信任面向上，醫療體系與官方機構仍為最可信來源(分別為 93.9%與 78.5%)。「家人朋友的經驗」(52.9%)與「婦女團體」(45.7%)也具一定信任度，顯示女性在專業與日常知識間互補依賴。然婦女團體信任度未過半，顯示具性別觀點的團體在公共衛生傳播中的邊緣處境，亦凸顯其角色在制度設計中仍處於邊緣。

資訊工具方面，93.5%使用手機或平板搜尋相關知識，遠高於電腦(43.7%)與書籍(42.3%)，可見行動裝置的重要性。特別值得注意的是，國健署出版的《更年期保健手冊》與「健康九九+」網站為國內少數具有制度支持的官方資訊來源，但實際使用率卻極低，分別僅為 11.6%與 15.1%。這顯示即使具官方背書，若內容形式未貼近使用習慣，仍難以有效觸及大眾。這亦反映出官方衛教仍以由上而下的知識投遞為主，缺乏理解使用者需求與生活語境的溝通策略。



在照護政策期待上，受訪者最期待的是「增加醫療服務可及性」（80.7%）、「加強心理健康支持」（75.9%）與「提供更多健康教育資源」（69.8%）。此外，「更年期友善職場政策」（63.7%）與「鼓勵社區支持團體」（54.0%）的支持度也高，反映女性對照護的需求擴及工作與日常社會支持系統，已超越傳統醫療場域。這也顯示更年期正逐漸成為具公共性的社會議題，亟需跨部會整合回應。


總體觀之，女性對更年期資訊與照護政策的態度呈現出高度主動性與多元需求，但目前制度設計仍多停留在提供服務與資訊的初階階段。網路社群資訊管道雖多元，但缺乏品質控管，官方資源可信卻觸及有限，職場與社區支持也尚未形成系統。反映台灣在女性健康照護政策的典型困境：制度設計常止步於「提供資訊」或「增加服務」的表層治理，卻忽略資訊如何被理解、誰能實際使用，以及性別與文化如何深刻形塑女性的健康實踐與照護選擇。亦即，健康政策的成效，不僅在提供，而在於是否真正被使用、理解、並能回應使用者的真實需求。

## (二) 交叉分析

### 1. 不同年齡層的資訊來源 (表 4-5-2)

從年齡交叉分析來看，各年齡層獲取更年期健康資訊的主要來源略有差異，但整體仍高度依賴網路或社群媒體，顯示數位資訊已成為現代女性理解健康議題的重要途徑。然而，65 歲（含）以上族群僅 45.5% 選擇網路作為資訊來源，比例遠低於 45-54 歲（75.8%）與 55-64 歲（81.4%），凸顯高齡族群在數位接軌上仍面臨顯著落差。

另一方面，65 歲以上女性在「健康講座或課程」（45.5%）與「書籍文章」（50.0%）的依賴程度相對較高，與網路取用形成對比，也透露他們更傾向仰賴實體、可互動的溝通形式。此外，此族群將「醫護人員」視為首要資訊來源之一（50.0%，與「書籍文章」並列第一），顯示臨床接觸仍是高齡女性信任的重要溝通管道。



值得注意的是，親友作為資訊來源的比例在 65 歲以上急遽下降（僅 13.6%），遠低於其他年齡層，此現象可能反映高齡女性在生活中缺乏可討論更年期議題的對象，或社會支持網絡較弱，也可能與更年期議題的文化禁忌與代間隔閡有關。

## 2. 不同年齡層的信任資訊來源（表 4-5-3）

無論年齡層為何，「醫療機構或專業醫師」穩居女性信賴的第一位，顯示專業醫療意見仍是台灣女性的核心依據，這點與前段資訊來源的分析形成呼應。其次為「衛生福利部或其他官方機構」，反映政府單位的健康資訊具一定信賴基礎。

然而，其他信任來源則顯現年齡差異所造成的斷裂。尤其在「家人或朋友的經驗分享」部分，65 歲以上僅有 36.4% 表示信任，遠低於 45-54 歲（55.7%）與 55-64 歲（54.3%），可能反映高齡女性在社會支持與同儕討論上的資源稀少，或是更年期經驗在其所處世代中仍處於隱晦難言的禁忌狀態。此外，「婦女團體」在 65 歲以上的信任度上升（54.5%），高於其他年齡層，顯示此群體可能因參與社區活動或接受相關倡議介入，建立起一定程度的信任關係。

## 3. 不同年齡層的資訊搜尋工具（表 4-5-4）

從資訊搜尋工具的使用來看，智慧型手機與平板電腦已成為跨世代台灣女性的資訊取得媒介，在各年齡層中皆居首位，即便在 65 歲以上女性中也有 72.7% 的使用率，顯示數位裝置的操作與應用已非難以跨越的門檻。然而，相較於 45-54 歲（95.9%）與 55-64 歲（92.9%），65 歲以上族群仍存在顯著的使用落差，顯示高齡者的數位化程度與依賴性仍須更多關注與支援。

同時，「桌上型電腦或筆記型電腦」與「書籍或雜誌」的使用比例整體皆約四成，顯示傳統工具尚未完全被手機取代。值得注意的是，在 65 歲以上族群中，「書籍或雜誌」的使用比例（45.5%）高於電腦類設備（36.4%），為所有年齡層

中唯一出現反轉的族群，顯示高齡女性對實體媒介仍有一定依賴與信任感。

前述各項結果多以交叉分析為主，仍難排除其他變項的干擾效果，故本研究於下一節進行迴歸模型分析，進一步驗證各變項對知識與態度的影響力。

表 4-5-1 更年期照護政策與資訊使用統計 (n=311)

項目	人數	百分比
<b>更年期健康資訊容易獲得嗎</b>		
非常不容易	3	1.0%
不容易	31	10.0%
普通	108	34.7%
容易	151	48.6%
非常容易	18	5.8%
<b>獲取資訊的管道</b>		
醫護人員	146	46.6%
親友	136	43.5%
網路或社群媒體	233	74.4%
書籍文章	185	59.1%
藥品廣告	42	13.4%
健康講座或課程	71	22.7%
電視媒體	106	33.9%
沒有管道	3	1.0%
其他	7	2.2%
<b>哪些來源的更年期資訊是可信任的</b>		
衛生福利部或其他官方機構	230	78.5%
醫療機構或專業醫師	275	93.9%
婦女團體	134	45.7%
家人或朋友的經驗分享	155	52.9%
其他	4	1.4%
<b>尋找資訊時較常的工具</b>		
智慧型手機或平板電腦	274	93.5%
桌上型電腦或筆記型電腦	128	43.7%
書籍或雜誌	124	42.3%
其他	7	2.4%
<b>是否閱讀過國健署出版的《更年期保健手冊》</b>		
是	36	11.6%

否	262	84.2%
不確定	13	4.2%
<b>是否曾在國健署健康九九+網站瀏覽過更年期相關資訊？</b>		
是	47	15.1%
否	241	77.5%
不確定	23	7.4%
<b>在哪些方面提供更多的支持？</b>		
提供更多健康教育資源（如更年期手冊、網路資訊）	217	69.8%
加強心理健康支持（如心理諮詢服務）	236	75.9%
增加醫療服務可及性（如專科診所或諮詢服務）	251	80.7%
提供更年期友善的職場政策（如彈性工時）	198	63.7%
鼓勵社區活動與支持團體	168	54.0%
其他	6	1.9%

表 4-5-2 不同年齡層獲取資訊的管道 (n=311)

資訊管道	年齡層							
	45-54		55-64		65歲(含)以上		總體	
	百分比	排序	百分比	排序	百分比	排序	百分比	排序
醫護人員	45.7%	3	50.0%	4	50.0%	1	46.6%	3
親友	42.9%	4	55.7%	3	13.6%	5	43.5%	4
網路或社群媒體	75.8%	1	81.4%	1	45.5%	2	74.4%	1
書籍文章	61.2%	2	57.1%	2	50.0%	1	59.1%	2
藥品廣告	15.1%	7	7.1%	7	18.2%	4	13.4%	7
健康講座或課程	17.8%	6	31.4%	6	45.5%	2	22.7%	6
電視媒體	34.7%	5	32.9%	5	31.8%	3	33.9%	5
沒有管道	0.5%	9	2.9%	8	0.0%	7	1.0%	9
其他	2.7%	8	0.0%	9	4.5%	6	2.2%	8



表 4-5-3 不同年齡層信任的資訊來源 (n=311)

資訊來源	年齡層							
	45-54		55-64		65歲(含)以上		總體	
	百分比	排序	百分比	排序	百分比	排序	百分比	排序
衛生福利部或其他官方機構	80.4%	2	68.6%	2	72.7%	2	77.2%	2
醫療機構或專業醫師	95.9%	1	91.4%	1	77.3%	1	93.6%	1
婦女團體	46.1%	4	41.4%	4	54.5%	3	45.7%	4
家人或朋友的經驗分享	55.7%	3	54.3%	3	36.4%	4	54.0%	3
其他	1.4%	5	1.4%	5	0.0%	5	1.3%	5

表 4-5-4 不同年齡層資訊搜尋工具 (n=311)

資訊工具	年齡層							
	45-54		55-64		65歲(含)以上		總體	
	百分比	排序	百分比	排序	百分比	排序	百分比	排序
智慧型手機或平板電腦	95.9%	1	92.9%	1	72.7%	1	93.6%	1
桌上型電腦或筆記型電腦	41.6%	2	48.6%	2	36.4%	3	42.8%	2
書籍或雜誌	40.6%	3	45.7%	3	45.5%	2	42.1%	3
其他	0.5%	4	4.3%	4	13.6%	4	2.3%	4



## 第六節 雙變項分析

本節進一步檢驗受訪者的社會人口學特徵與更年期知識、態度之間的關係，透過皮爾森相關分析、t 檢定與單因子變異數分析，探討不同年齡、婚姻狀況、生育經驗、教育程度及月收入等變項，是否對女性在更年期的知識掌握與態度表現產生影響。分析結果有助於理解中高齡女性在不同社會結構位置中，其健康識能與心理態度的分布情形，作為後續政策與健康促進介入的重要依據。

### (一) 更年期知識雙變項分析(表 4-6-1)

在年齡與更年期知識的分析中，兩者呈現微弱負相關( $r = -0.146, p = 0.016 < 0.05$ )，顯示隨著年齡增加，知識分數略有下降的趨勢。此結果反映年長女性可能因教育機會及資訊來源較受限，對更年期健康知識的掌握略低於較年輕族群。

以獨立樣本 t 檢定分析婚姻狀況與更年期知識的關係，結果顯示已婚女性與未婚、離婚或喪偶女性之間在更年期知識分數上無顯著差異 ( $t = 1.394, df = 164, p = 0.165$ )，顯示婚姻狀況並非影響更年期知識的重要因素。

分析生育經驗與更年期知識的關係，結果同樣顯示兩組間差異不顯著 ( $t = 0.142, df = 134, p = 0.887$ )，表示有無生育經驗對更年期知識的掌握並未造成明顯影響。

單因子變異數分析結果顯示，教育程度對更年期知識之影響達顯著水準 ( $F(4,271) = 8.939, p < 0.001$ )，知識得分隨教育程度上升而增加，顯示教育程度越高，女性對更年期相關概念與健康促進知識的理解越充分。

月收入與更年期知識之差異未達顯著 ( $F(4,271) = 0.451, p = 0.771$ )，顯示經濟條件對知識掌握的影響有限。

綜合而言，本研究發現教育程度為影響更年期知識之主要顯著因素，年齡亦



呈現負向趨勢，而婚姻狀況、生育經驗與月收入則未顯示顯著差異。此結果顯示，女性對更年期健康知識的理解更多受到教育背景及資訊可近性的影響，反映教育資源在促進中高齡女性健康識能中的重要角色。

## (二) 更年期態度雙變項分析(表 4-6-2)

在年齡與更年期態度的分析中，兩者之間呈正相關 ( $r=0.211$ ,  $p<0.001$ )，達統計顯著，顯示年齡愈高者對更年期的態度愈趨正向，可能因為相關症狀多已緩解或適應，並已度過身體變化的動盪期，加上已完成家庭社會責任，態度上較為寬容。


以獨立樣本 t 檢定分析婚姻狀況與更年期態度的關係，結果顯示已婚女性與未婚、離婚或喪偶女性之間的態度分數差異未達統計顯著 ( $t=1.215$ ,  $df=175$ ,  $p=0.226$ )，顯示婚姻狀況並非影響女性更年期態度的重要因素。

生育經驗與更年期態度間的分析結果顯示，有生育經驗女性之態度分數顯著高於無生育經驗者，差異達統計顯著 ( $t=3.613$ ,  $df=111$ ,  $p<0.001$ )，此結果顯示母職經驗可能使女性在面對身體轉變時，具備更高的心理調適能力與自我照護經驗，展現出較為積極與正向的態度。

教育程度與更年期態度的單因子變異數分析結果顯示，不同教育程度組別之間的態度分數差異未達顯著 ( $F(4,271)=1.284$ ,  $p=0.277$ )，組間變異不大，顯示教育程度對態度影響有限。此結果可能反映更年期態度的形成不僅取決於知識層次，也受到文化信念、社會規範與個人心理適應力等其他因素的影響。

月收入與更年期態度之單因子變異數分析亦顯示無顯著差異 ( $F(4,271)=0.842$ ,  $p=0.500$ )，經濟條件並非影響女性面對更年期心理態度的主要因素。

此外，更年期知識與態度之間呈現顯著負相關 ( $r = -0.147$ ,  $p=0.015<0.05$ )，



顯示更年期知識掌握程度越高的女性，對更年期的態度反而越趨負面。此現象可能反映出台灣當前更年期教育偏重「疾病導向」與「風險敘事」，缺乏支持性與賦權性內涵，導致知識的提升未能轉化為正向理解，反而引發焦慮與自我懷疑。

綜上所述，本研究發現**更年期態度主要受年齡、生育經驗與更年期知識之顯著影響**。年齡愈高者對更年期的態度愈趨正向。可能與症狀緩解、擺脫角色壓力有關；生育經驗可能使女性在面對身體轉變時更具心理準備與自我調適能力；相對地，若知識偏向病理化框架，則可能對態度產生負面影響。相較之下，婚姻、教育程度與收入等社會結構變項影響有限，顯示更年期態度的形成乃源於個人經驗與健康識能的交互作用，而非僅由社會條件所決定。

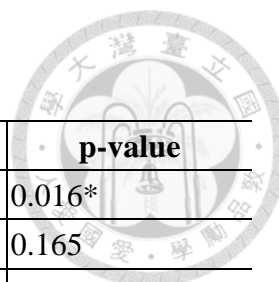


表 4-6-1 更年期知識雙變項分析結果

變項名稱	分析方法	統計值	p-value
年齡	皮爾森相關係數	$r = -0.146$	0.016*
婚姻狀況	獨立樣本 t 檢定	$t = 1.394, df = 164$	0.165
生育經驗	獨立樣本 t 檢定	$t = 0.142, df = 134$	0.887
教育程度	單因子變異數分析	$F(4,271)=8.939$	$<0.001^{***}$
月收入	單因子變異數分析	$F(4,271)=0.451$	0.771

備註：\* $p < 0.05$ ；\*\* $p < 0.01$ ；\*\*\* $p < 0.001$ 。

表 4-6-2 更年期態度雙變項分析結果

變項名稱	分析方法	統計值	p-value
年齡	皮爾森相關係數	$r = 0.211$	$<0.001^{***}$
婚姻狀況	獨立樣本 t 檢定	$t = 1.215, df = 175$	0.226
生育經驗	獨立樣本 t 檢定	$t = 3.613, df = 111$	$<0.001^{***}$
教育程度	單因子變異數分析	$F(4,271) = 1.284$	0.277
月收入	單因子變異數分析	$F(4,271) = 0.842$	0.500
更年期知識	皮爾森相關係數	$r = -0.147$	0.015*

備註：\* $p < 0.05$ ；\*\* $p < 0.01$ ；\*\*\* $p < 0.001$ 。



## 第七節 多元迴歸分析

綜合前述描述性與交叉分析結果，本研究發現年齡、教育程度等社會人口學因素與女性的更年期經驗、知識與態度存在關聯。為進一步釐清這些變項的獨立影響力，本節採用多元線性迴歸分析，分別探討影響更年期知識與態度的重要預測變項，以建立更具整體性與控制性的分析架構。

### (一) 更年期知識多元線性迴歸分析(表 4-7-1)

本模型以更年期知識總分為依變項，納入年齡、婚姻狀況、生育經驗、教育程度、月收入等五項自變項進行分析，探討不同社會條件對女性掌握更年期知識之影響。其中，婚姻狀況、生育經驗、教育程度與月收入為類別變項，已轉換為虛擬變項以估計各組間差異。

整體模型達統計顯著水準 ( $F=3.62, p<0.001$ )，顯示至少有一項自變項能有效預測知識分數。然而，模型解釋力相對有限 ( $R^2=0.098$ ，調整後  $R^2=0.071$ )，代表仍有其他未被測量的因素影響知識獲取，但本模型仍可作為觀察整體趨勢的初步依據。

在各自變項中，**教育程度**為唯一達顯著水準的變項 ( $\beta = -0.716, p<0.001$ )，顯示專科(含)以下女性的知識分數顯著低於大學(含)以上者，平均少 0.72 分。換言之，**女性教育程度越高，更年期知識水準越佳**。此結果與既有文獻一致，再次突顯教育資本對健康資訊理解與應用的影響。高學歷女性通常具備較佳的資訊素養與批判思考能力，並能更主動地尋求健康資訊與知識來源。

其他變項如年齡、婚姻狀況、生育經驗及收入皆未達顯著水準。年齡雖呈邊緣顯著 ( $\beta = -0.02, p=0.07$ )，但方向為負，意即年齡愈高者知識分數略低，顯示知識的累積並非隨年齡自然增加，而可能受限於教育背景與資訊接觸機會。



整體而言，教育程度對更年期知識的影響最為明顯，凸顯教育不僅是健康識能的核心來源，也形塑女性在更年期階段的資訊理解與主體能動性。

## (二) 更年期態度多元線性迴歸分析(表 4-7-2)

延續前述對知識的分析，本模型以更年期態度總分為依變項，納入年齡、婚姻狀況、生育經驗、教育程度、月收入及更年期知識分數等六項自變項進行分析，探討影響女性更年期態度的主要社會與知識因素。其中，婚姻狀況、生育經驗、教育程度與月收入為類別變項，已轉換為虛擬變項以估計各組間差異。

整體模型達統計顯著水準 ( $F=3.379, p<0.001$ )，顯示至少有一項自變項能有效預測更年期態度。模型的解釋力有限 ( $R^2=0.103$ ，調整後  $R^2=0.072$ )，但結果仍可作為理解態度形成與社會結構關聯的重要依據。

在變項表現方面，**年齡對更年期態度具有顯著正向影響** ( $\beta=0.107, p=0.009$ )，年齡每增加 1 歲，態度分數平均上升 0.107 分。**顯示年齡愈大者對更年期的態度愈趨正向**。此結果可能反映年長女性已歷經生理轉變，累積較多實際經驗與調適能力，也可能因社會角色與生命歷程的轉變，對更年期抱持更平衡與接納的態度。

**生育經驗亦為顯著正向的預測因子** ( $\beta=2.340, p=0.020$ )，有生育經驗者態度分數顯著高於無生育者約 2.34 分。**顯示具生育經驗者在態度上顯著較為正向**。這可能與懷孕與育兒經歷中對身體變化的熟悉與整體性理解有關，使其更能以正向方式面對更年期的身心變化。此外，母職經驗亦可能促進其接觸健康資訊與醫療資源，進而提升健康識能與自我調適能力。

特別值得注意的是，**更年期知識分數與態度呈負向關聯** ( $\beta= -0.429, p=0.047$ )，顯示**知識越多者，態度反而越趨負向**。此結果反映出台灣當前偏重「症狀」、「風險」與「病理化」敘事的更年期教育與資訊傳播，使知識的增加未能轉化為正向

理解，反而強化焦慮與自我懷疑。亦即，若知識缺乏賦權與支持的內涵，便可能成為心理負擔而非調適資源。



相較之下，婚姻狀況、教育程度與月收入在控制其他變項後皆未達顯著水準，顯示傳統社會結構因素在本模型中對更年期態度的影響有限。

整體而言，本模型結果指出，年齡與生育經驗是促進更年期態度正向發展的重要因素，而知識若以醫療化框架傳遞，反而可能削弱女性的自我效能與身體自主。此結果呼應近年女性健康研究的觀點：有效的更年期健康教育應跳脫「疾病中心」的衛教模式，轉向以女性經驗為核心、強調身體多樣性與生活調適能力的賦權導向，方能真正支持女性建立正向的健康態度並強化主體能動性。

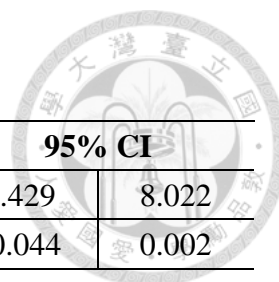


表 4-7-1 更年期知識多元線性迴歸分析結果

變項名稱	$\beta$	SE	t-value	p-value	95% CI	
截距	6.725	0.658	10.217	<0.001***	5.429	8.022
年齡	-0.021	0.012	-1.817	0.0703	-0.044	0.002
<b>婚姻狀況 (ref=已婚)</b>						
未婚	-0.310	0.326	-0.952	0.3420	-0.951	0.331
離婚	-0.171	0.240	-0.713	0.4765	-0.644	0.302
喪偶	-0.406	0.413	-0.983	0.3264	-1.219	0.407
<b>生育經驗 (ref=無)</b>						
有生育經驗	0.032	0.285	0.114	0.9093	-0.528	0.593
<b>教育程度 (ref=大學&lt;含&gt;以上)</b>						
專科(含)以下	-0.716	0.170	-4.219	<0.001***	-1.050	-0.382
<b>月收入 (ref=40,000-59,999 元)</b>						
低收入	-0.045	0.193	-0.235	0.815	-0.425	0.334
高收入	-0.088	0.183	-0.483	0.630	-0.449	0.272

備註：\*p < 0.05；\*\*p < 0.01；\*\*\*p < 0.001。

表 4-7-2 更年期態度多元線性迴歸分析結果

變項名稱	$\beta$	SE	t-value	p-value	95% CI	
截距	24.957	2.733	9.131	<0.001***	19.575	30.338
年齡	0.107	0.041	2.631	<0.05*	0.027	0.188
<b>婚姻狀況 (ref=已婚)</b>						
未婚	0.628	1.148	0.547	0.585	-1.633	2.888
離婚	0.669	0.846	0.791	0.430	-0.997	2.335
喪偶	-0.971	1.457	-0.667	0.505	-3.839	1.897
<b>生育經驗 (ref=無)</b>						
有生育經驗	2.341	1.002	2.336	<0.05*	0.368	4.313
<b>教育程度 (ref=大學&lt;含&gt;以上)</b>						
專科(含)以下	-0.024	0.617	-0.040	0.968	-1.239	1.190
<b>月收入 (ref=40,000-59,999 元)</b>						
低收入	0.5161	0.6783	0.7610	0.4473	-0.8193	1.8516
高收入	-0.3231	0.6446	-0.5013	0.6166	-1.5923	0.9460
知識分數	-0.4297	0.2154	-1.9944	<0.05*	-0.8539	-0.0055

備註：\*p < 0.05；\*\*p < 0.01；\*\*\*p < 0.001。




## 第八節 小結

本章透過問卷調查資料的描述性與交叉分析，系統性呈現中高齡女性在更年期歷程中的身心健康經驗、知識掌握、認知態度與照護資源使用情形，並從公共衛生與性別視角檢視其意涵。研究結果顯示，受訪者普遍具備一定程度的更年期知識，尤其在「基本生理概念」與「健康促進行動」方面表現良好，顯示女性在日常生活中已累積一定健康識能。然而，對於「疾病風險」與「症狀就醫與否」的理解與判斷仍顯不足，反映出台灣現行衛教策略過度聚焦於短期症狀管理，缺乏性別化慢性病防治及生命歷程健康風險的系統性連結。

多元線性迴歸分析進一步指出，教育程度是唯一對更年期知識得分具顯著正向影響的變項（ $\beta=0.41, p<0.001$ ；模型  $F=6.814, p<0.001$ ，調整後  $R^2=0.096$ ），顯示教育資本在健康資訊獲取與應用中的影響，也凸顯若缺乏教育與終身學習機會，女性在健康識能上可能長期處於弱勢。

在態度面向上，整體呈現中性偏正向，女性多將更年期視為人生轉化與自我成長的契機，展現高度的主體性與自我照護動能。然而，這股動能缺乏足夠的社會文化與制度支持，形成女性自我成長與社會文化間的斷裂。迴歸分析進一步顯示，年齡（ $\beta=0.10, p=0.012$ ）與生育經驗（ $\beta=2.16, p=0.003$ ）對態度有顯著正向影響，可能反映年長與有母職經驗的女性較具備生理調適能力與整體性認同。相對地，知識分數與態度間呈負向關聯（ $\beta=-0.41, p=0.056$ ，邊緣顯著），顯示當前更年期教育的病理化敘事，可能使知識累積加深焦慮，而非促進正向理解。這意味著有效的衛教應轉向以女性經驗為核心、強調多樣性與賦權導向，方能真正支持女性健康行動。

在資訊與政策需求分析顯示，醫療專業與官方資訊是最主要且被信任的來源，但官方資源觸及率卻極低，反映其傳播未能貼近生活情境與文化脈絡。同時，婦



女團體雖在傳遞具性別意識的健康資訊上具有潛力，卻因缺乏制度支持而在公共衛生傳播系統中處於邊緣位置。年齡與教育程度的交叉分析亦顯示，政策與衛教規劃需避免以「單一女性經驗」為假設，並針對不同背景採取差異化介入。

綜合來看，本研究分析看到了台灣更年期健康照護中，「女性主體動能」與「制度回應不足」之間的結構性落差，並凸顯文化敏感支持系統與跨部門合作的重要性。

本次調查亦作為「更年期認知與照護需求調查問卷」的初步應用與測量檢驗，驗證工具的可行性與有效性，為後續題項修正與擴展應用提供依據。需特別指出，本研究採便利與滾雪球抽樣，樣本可能集中於健康意識較高者，因此不具全國代表性，相關發現應謹慎詮釋並結合後續研究驗證。

下一章將在此基礎上，針對調查工具的修正方向進行討論，並提出政策建議。



## 第五章 結論與建議



To be empowered, women must be informed and listened to. Women have clearly stated that they want their voices heard and their experiences of menopause acknowledged and validated.

要讓女性真正獲得賦權，必須確保她們能獲得資訊並被傾聽。女性已清楚表達，希望自己的聲音被聽見，期盼更年期的經驗能被承認並肯認其真實性與重要性。

(Hickey et al., 2024)

本研究緣起於對台灣中高齡女性更年期健康照護需求長期被忽視的關注。儘管女性生命歷程中約有三分之一的時間處於更年期後，但現行醫療體系與公共政策仍以生育為中心，對非生育階段的女性健康缺乏足夠支持，加上社會長年來對更年期的汙名與誤解，導致中高齡女性在面對更年期生理與心理轉變時，往往感到孤立、忽視甚至羞於啟齒。由性別與公共衛生交織的視角出發，本研究嘗試發展一項調查工具，測量中高齡女性的更年期經驗、知識與態度，以貼近真實的情況與需求。本章將總結研究結論、檢討測量工具的有效性、適切性及修正方向，提出具體政策建議，回應當前健康照護的性別盲點。

### 第一節 結論

#### (一) 理論架構回應

本研究之問卷設計結合健康信念模式 (HBM) 與社會認知理論 (SCT)，欲透過兩大理論的整合，探討個體健康行為之多層次影響因素。研究結果顯示，HBM 中關於知覺易感性與知覺嚴重性的假設，能部分解釋知識與行為之關係。例如，未婚及教育程度較低之女性，其更年期疾病風險知識顯著不足，顯示其知覺易感性偏低。SCT 則提供了理解個人行為、社會環境與自我效能交互作用的框架，成功解釋多數女性傾向以飲食、運動等非醫療方式進行症狀管理，反映普遍較高的自我效能。

然而，僅以 HBM 與 SCT 解釋台灣女性的更年期健康行為，仍不足以捕捉深層的文化與結構性因素。本研究的核心貢獻在於揭開父權文化與醫療化視角的雙重影響下，由污名化所衍生的「文化性健康威脅知覺」（cultural health threat perception）成為女性更年期健康行為的障礙。


態度題組的分析顯示，部分女性雖對更年期抱持正向調適的態度，卻同時承受「衰老」、「能力下降」等文化壓力，使其在面對身體變化時仍存有隱性焦慮與自我懷疑。此種文化性的健康威脅知覺雖未必直接反映於知識分數，卻可能間接顯現於行動障礙與低求助率。特別是部分女性傾向回應「認為是正常現象、不需要處理」，可能源於社會長期將更年期視為禁忌，使女性即便感受到症狀困擾，仍傾向忍耐而非尋求外部協助。此現象在 HBM 架構中可視為知覺嚴重性與行動障礙之間的落差。而在 SCT 中，則涉及社會規範、文化模範與環境支持不足等因素。

綜合上述，本研究強調，若不將性別權力關係、文化污名與制度性資源分配納入分析框架，將無法全面理解女性更年期健康行為的邏輯與限制條件。

## (二) 研究結論

本研究透過「更年期認知與照護需求調查問卷」的分析，呈現台灣中高齡女性在更年期階段的多重經驗與需求。整體而言，受訪者普遍經歷更年期症狀，但程度各異。而不同社會人口學背景的女性，其認知、態度與照護行為存在顯著差異。教育程度與健康知識之間的高度相關性，顯示健康識能在更年期健康行為中的影響。

在知識層面，多數女性具備健康促進觀念，惟對更年期後慢性病風險的認知相對不足，顯示健康教育在此領域仍存在明顯缺口。在態度層面，女性對更年期的整體看法呈現中性偏正向，多能以生命歷程的角度理解此一轉折。但同時，「更年期即疾病」與「衰老的標記」等觀點仍然存在，反映醫療化與污名化敘事持續影響女性對自身身體的詮釋。此一矛盾心態，不僅突顯女性自我賦能的潛能，也反映社會文化規範與制度性支持的不足。



在照護需求與資訊獲取方面，女性普遍認為醫療專業與官方資訊為最可信賴的來源，但同時高度依靠網路平台與民間社群。這顯示制度性健康教育與公共資源不足，使女性傾向於向非正式管道尋求支持。然而，網路資訊雖具即時性與可近性，品質卻良莠不齊，呈現台灣公共衛生傳播體系在更年期健康推廣上的缺口。

透過本研究，呈現了台灣中高齡女性更年期經驗三大特徵：第一，生理症狀普遍存在，且影響層面超越身體，延伸至心理與社會層次；第二，認知與態度深受性別規範與文化污名影響；第三，照護需求與資訊獲取呈現對醫療體系與非正式管道的雙重依賴，顯示制度支持不足與民間網絡的重要性。

## 第二節 建議

### (一) 調查工具修正方向

本研究所使用之問卷在理論基礎、邏輯架構與施測可行性上有良好基礎，然而根據施測過程與分析結果，仍有需改進之處。

首先，更年期症狀題組在設計上需更清楚界定症狀的時間範圍與病因歸屬，否則可能導致非更年期症狀被納入，造成測量誤差。其次，知識題組目前偏重醫學生理層面，未能充分涵蓋心理適應、社會支持及文化詮釋等生活脈絡面向，可能使研究對更年期健康素養的評估過於狹窄，無法全面呈現影響健康行為的多層次因素。未來設計宜擴增題項範疇，涵蓋社會、心理與文化層面的知識需求，並納入與健康促進、自我調適策略及制度支持相關的測量面向，以更貼近健康社會決定因素的框架。

在態度題組，反向題比例偏高，可能增加受訪者認知負荷與作答困難。未來設計宜在正反向題間取得平衡，增加正向題項，以更準確反映受訪者的多元態度。

此外，本研究問卷缺乏開放性問題，限制研究者對女性主觀經驗、資訊來源選擇、醫療互動模式及身體詮釋方式的理解。由於更年期經驗受高度文化脈絡影

響，未來宜於量化問卷中加入質性補充題，以更細緻地理解相關經驗與語境，豐富後續分析層次，並強化結果的解釋力與政策應用性。

從信度檢驗結果觀之，更年期知識題組之 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.40，顯示內部一致性偏低，推測與題項數量不足及題目類型分散有關。未來應增加題項數量、提升主題聚焦並強化表述精確性，以改善一致性與測量精準度。相較之下，更年期態度題組之 Cronbach's  $\alpha$  值為 0.66，雖達可接受範圍，可作為探討整體態度傾向的基礎，惟仍未達常見良好信度標準，未來可透過題項精煉、語意調整或增加題目加以強化。

未來問卷設計應朝題項內容的多元化、正反向題比例的平衡化，以及質性補充的整合發展，並在信度與效度檢驗後持續修正。然而，題項數量仍須謹慎拿捏，以避免因題數過多而降低受訪者填答意願或影響作答品質。

## (二) 政策建議

研究結果顯示，中高齡女性在面對更年期時展現出高度自我照護能力與資訊搜尋動能，但其知識與態度的形成，仍深受教育程度、生育經驗與年齡等社會人口因素影響，反映台灣在更年期健康促進上存在結構性盲點。未來政策設計宜從健康公平與性別主流化的角度出發，具體建議如下：

**第一，發展分眾與分齡化的衛教策略。**研究分析顯示，年齡與教育程度對更年期知識差異具顯著影響。政策應發展「多層次、分眾化」的衛教設計。針對教育程度較低或高齡女性，應製作圖像化、影音化與口語化的教材，並透過地方衛生局、婦女館、社區照護據點、里辦公室及長照據點等場域進行定期宣導課程或衛教活動。針對職場女性，則可結合企業健康促進計畫，將更年期納入年度職場健康檢查與衛教內容。此外，國健署製作的更年期衛教內容，可提供各縣市衛生單位統一使用，以確保教材的品質與一致性，並拓展使用。

**第二，發展性別敏感與差異化的衛教策略。**研究顯示，生育經驗是顯著的正向因子，有生育經驗者在態度上更能以積極觀點看待更年期，可能因母職經驗提供更多健康資源與自我照護歷練。相對地，未育女性因缺乏此種社會化途徑，較

易在面對身體轉變時感到陌生或不安。這反映現行衛教及相關政策仍以「婚育女性」為假設中心，忽略單身與未育女性的多樣需求。

衛福部及相關單位討論設計相關內容時，應對以「母職經驗」作為隱含標準有所意識，並開拓更具多元性及包容性衛教方向。建議以「女性生命歷程」為主軸重新建構衛教內容，並針對不同群體開發具情境對應的課程。例如，可為單身、未育、離婚或喪偶女性舉辦「女性身體自主與健康照護」工作坊，提供心理支持與資訊導向；同時，強化基層醫療與社區護理師對性別差異的敏感度訓練，讓臨床衛教不再以「家庭角色」為預設條件，有助未育女性在更年期歷程中獲得平等而有尊嚴的照護支持。

第三，強化官方健康資源的流通與能見度。雖然衛福部已設置「健康九九+」平台並出版《更年期保健手冊》，但調查顯示其使用率偏低。建議政府建立跨平台整合策略與多管道宣傳機制。包括：在 LINE 官方帳號、Facebook 粉絲專頁與 YouTube 頻道開設「更年期健康專區」，以短影片與懶人包推廣知識；與藥局、公立醫院、社區健康中心或企業健檢等單位合作，推廣資訊，並設置 QR Code 宣導物，方便即時連結官方資訊；由地方衛生局與婦女團體共組「社區健康大使」團隊，以貼近女性、在地的方式進行口語宣導與實體活動推廣正確觀念。此外，官方資源應定期更新並開放回饋機制（例如年度使用問卷或線上意見表），確保內容能反映不同年齡層與社群之實際需求，強化政策的回應性與持續性。

第四，深化健康促進、正向健康及女性賦權取向。研究顯示女性對更年期後心血管疾病風險認知極低，並且更年期知識與態度呈負向關聯，顯示衛教若過度聚焦病理與風險，反而加深焦慮與污名。政策應推動「正向更年期健康教育方案」，將更年期定位為健康促進與身心轉化的歷程，而非疾病症狀，例如提升慢性病風險認知、強化肌肉骨骼、均衡飲食等健康促進的觀念。建議在健康教育教材與醫療指引中，加入「心血管疾病的性別差異」、「更年期症狀就醫判斷」、「飲食與營養」、「身體多樣性」、「心理健康」、「社會支持」等章節，促進全面性的健康觀；訓練醫療人員以「支持性對話」取代「治療性診斷」，強化夥伴關係的共感與支持；結合婦女團體與心理健康專業者，開發小組課程（如「更年期

自我照護成長團體」)，培養女性自我效能與身體主體性。以上方向將能協助女性重新建構對身體與老化的理解，將焦點從「控制症狀」轉向「理解、接納與自我賦能」。

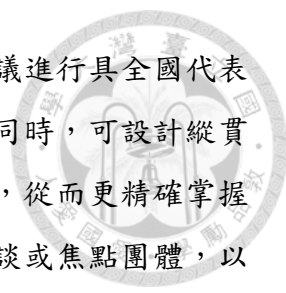


**第五，強化婦女團體於政策治理的角色。**本研究顯示，女性在資訊獲取上高度依賴非正式管道，凸顯婦女團體在社區健康推廣中具不可取代的角色。建議政府應正式將婦女團體納入**國家健康政策治理架構**，並提供長期性制度支持，可採以下具體作法：（1）由衛福部國健署設立「**婦女健康促進協作平台**」，定期召集婦女團體、醫界與學術界共同研議政策；（2）提供**計畫型補助**，支持婦女團體辦理健康教育、倡議與資料蒐集，強化其永續運作能力；（3）建立「**政策共創**」模式，讓婦女團體能參與教材編修、課程設計與成效評估，形成公私協力的健康治理體系。以上方法不僅確保政策更貼近女性真實需求，也能讓婦女運動的社群能量轉化為推動性別健康平權的結構性力量。

### 第三節 研究限制與未來研究建議

本研究提供了理解台灣中高齡女性更年期健康經驗與照護需求的重要實證資料，但仍存在若干限制。首先，在研究設計上，本研究採取非隨機便利抽樣，樣本來源主要集中於能接觸網路問卷或特定社群的女性，代表性相對有限，難以完全反映不同社經地位、教育程度或居住地區之女性的整體樣貌。因此，研究結果應視為趨勢性的探討，而非可全面推論的結論。

其次，在研究方法上，本研究採單一量化方式，雖能呈現大規模數據的分布與相關性，但對於女性在更年期過程中文化詮釋與生活脈絡等交織經驗，仍難以捕捉。尤其是本研究提出了女性在知識、態度與行為之間存在矛盾，例如部分受訪者明確感知症狀影響卻未採取行動，或雖有知識卻缺乏有效資源使用，這些現象反映出社會文化規範、污名化經驗與性別化角色壓力在背後發揮作用。然而，量化數據難以探討受訪者如何在家庭、職場與醫療環境的多重結構中協商自身位置，也難以探討「為什麼女性即使知識充足，仍然延遲或放棄求助」等問題的深層原因。




基於上述限制，未來研究可從以下幾方面展開：第一，建議進行具全國代表性的調查，或採分層隨機抽樣，以提升研究結果的外部效度。同時，可設計縱貫性研究，追蹤女性在更年期不同階段的認知、態度與行為變化，從而更精確掌握時間動態與因果關係；第二，搭配質性研究方法，例如深度訪談或焦點團體，以補充量化數據的不足，深入理解女性在日常生活中的身體感受、文化詮釋與因應策略。不僅有助於挖掘更年期的多樣化經驗，也能凸顯隱而不顯的社會文化污名，例如「談論更年期等於承認老化」、「症狀表現代表失去女性價值」等內化觀念如何影響健康行為與照護需求。

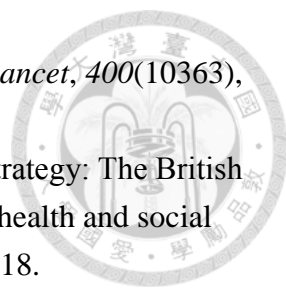
最後，在研究工具與理論應用上，未來發展宜將結構性障礙、文化污名與性別規範納入測量面向，並結合性別研究與公共衛生的跨領域視角。例如，可設計能評估「照顧責任壓力」、「職場支持不足」、「醫療資源的性別友善度」等層面的指標，藉此更完整地反映影響女性健康行為的社會脈絡。不僅有助於理解台灣在地情境，也能提供更具性別敏感度與可行性的政策介入依據，推動建立更年期友善的醫療與社會支持系統。




## 參考文獻

- 成令方. (2010). 更年期不是病～向醫療化 Say No. *醫療品質雜誌*, 4(2), 71-74.  
<https://doi.org/10.30160/jhq.201003.0037>
- 吳易謙, 熊昭, 陳慶餘, 吳名祥, 許志成, & 台灣肌少症轉譯研究團隊成員. (2014). 台灣社區老人肌少症流行病學初探 [Epidemiology of Sarcopenia among Community-Dwelling Elderly in Taiwan]. *台灣醫學*, 18(3), 290-302.  
[https://doi.org/10.6320/fjm.2014.18\(3\).04](https://doi.org/10.6320/fjm.2014.18(3).04)
- 李淑桂, 陳淑真, 蔡宏志, & 謝玉惠. (2008). 更年期婦女之知識、態度與行為及其相關因素探討. *嘉基護理*, 8(2), 1-10.  
<https://doi.org/10.29936/dmfcchjn.200811.0001>
- 酒小蕙, & 曹麗英. (2022). 更年期婦女停經疲憊經驗、量表建構及其相關因素探討 [Experiences of menopause fatigue, construction of menopause fatigue scale and related factors among perimenopausal women]. *醫務管理期刊*, 23(1), 61-79.  
[https://doi.org/10.6174/jhm.202203\\_23\(1\).61](https://doi.org/10.6174/jhm.202203_23(1).61)
- 張珣. (2003). 更年期婦女健康是公共衛生政策的議題 [Menopausal Women's Health is an Issue of Public Health Policy]. *台灣公共衛生雜誌*, 22(4), 245-250.  
<https://doi.org/10.6288/tjph2003-22-04-01>
- 張珣, & 張菊惠. (1998). 婦女健康與“醫療化”：以停經期／更年期為例 [Medicalization of Women's Health: Menopause/Climacteric as an Example]. *婦女與兩性學刊*(9), 145-185. <https://doi.org/10.6255/jwgs.1998.9.145>
- 張珣, & 陳芬苓. (1993). 女性更年期研究的回顧與展望 [An Overview of the Past and the Future of Female Climacteric]. *婦女與兩性學刊*(4), 263-294.  
<https://doi.org/10.6255/jwgs.1993.4.263>
- 陳佳蓉, 何怡慧, & 楊紓怡. (2020). 中醫治療更年期症候群病例報告 [Case Report of Chinese Medical Therapy on Postmenopausal Syndrome]. *中醫婦科醫學雜誌*(26), 49-60. [https://doi.org/10.30030/jtcgm.202012\\_\(26\).0006](https://doi.org/10.30030/jtcgm.202012_(26).0006)
- 楊舒琴, & 盧孳豔. (2000). 台灣婦女停經的身體政治 [The Politics of the Menopausal Body Among Taiwanese Women]. *護理研究*, 8(5), 491-502.  
<https://doi.org/10.7081/nr.200010.0491>
- 劉慧謹. (2011). 衛生教育介入對中年婦女之更年期知識、態度成效探討 (Publication Number 2011 年) 長榮大學]. AiritiLibrary.
- 衛生署國民健康局. (2011). 2009 年「國民健康訪問暨藥物濫用調查」結果報告. Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=364>
- 衛生署國民健康局. (2014). 民國九十六年台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤(第六次)調查成果報告. Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=242&pid=1282>
- 衛生福利部國民健康署. (2007, 2018). 淺談更年期保健.

- 
- 衛生福利部國民健康署. (2016). 2013 年「國民健康訪問調查」結果報告. Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=364>
- 衛生福利部國民健康署. (2022). 國民營養健康狀況變遷調查 (106-109 年) 成果報告. Retrieved from <https://www.hpa.gov.tw/EngPages/Detail.aspx?nodeid=3999&pid=15562>
- 衛生福利部國民進康署. (2024). 珍愛骨盆、守護健康. Retrieved 2024 年 9 月 1 日 from <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=1128&pid=1964>
- 盧萃艷, 楊舒琴, & 林雪貴. (2002). 更年期婦女的健康 [The Health of Menopausal Women]. *護理雜誌*, 49(2), 17-21. <https://doi.org/10.6224/jn.49.2.17>
- 羅可倩. (2017). 證驗 Greene 更年期症狀量表之憂鬱分量表篩檢憂鬱症的適用性: 以北部某醫學中心為例 (Publication Number 2017 年) 國立臺灣大學]. AiritiLibrary.
- ACOG. (2020). *The Menopause Years*. Retrieved 2024 年 8 月 31 日 from <https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/womens-health/the-menopause-years>
- Bauld, R., & Brown, R. F. (2009). Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women. *Maturitas*, 62(2), 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.12.004>
- Cagnacci, A., & Venier, M. (2019). The Controversial History of Hormone Replacement Therapy. *Medicina*, 55(9), 602. <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/9/602>
- Chua, Y., Limpaphayom, K. K., Cheng, B., Ho, C. M., Sumapradja, K., Altomare, C., & Huang, K. (2017). Genitourinary syndrome of menopause in five Asian countries: results from the Pan-Asian REVIVE survey. *Climacteric*, 20(4), 367-373. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1315091>
- Cooper, J. (2018). Examining factors that influence a woman's search for information about menopause using the socio-ecological model of health promotion. *Maturitas*, 116, 73-78. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.07.013>
- Dahlgren, M. K., Kosereisoglu, D., Smith, R. T., Sagar, K. A., Lambros, A. M., El-Abboud, C., & Gruber, S. A. (2023). Identifying Variables Associated with Menopause-Related Shame and Stigma: Results from a National Survey Study. *J Womens Health (Larchmt)*, 32(11), 1182-1191. <https://doi.org/10.1089/jwh.2023.0185>
- de Salis, I., Amanda, O.-S., L., D. J., & and Lawlor, D. A. (2018). Experiencing menopause in the UK: The interrelated narratives of normality, distress, and transformation. *Journal of Women & Aging*, 30(6), 520-540. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1396783>

- 
- Glyde, T. (2022). LGBTQIA+ menopause: room for improvement. *Lancet*, 400(10363), 1578-1579. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01935-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01935-3)
- Hamoda, H., & Moger, S. (2022). Developing the Women's health strategy: The British Menopause Society's recommendations to the department of health and social care's call for evidence. *Post Reproductive Health*, 28(1), 13-18. <https://doi.org/10.1177/20533691211064037>
- Hickey, M., LaCroix, A. Z., Doust, J., Mishra, G. D., Sivakami, M., Garlick, D., & Hunter, M. S. (2024). An empowerment model for managing menopause. *The Lancet*, 403(10430), 947-957. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02799-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02799-X)
- Huang, K.-E., Xu, L., I, N. N., & Jaisamrarn, U. (2010). The Asian Menopause Survey: Knowledge, perceptions, hormone treatment and sexual function. *Maturitas*, 65(3), 276-283. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.11.015>
- Investigators, W. G. f. t. W. s. H. I. (2002). Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 288(3), 321-333. <https://doi.org/10.1001/jama.288.3.321>
- Khademi, S., & Cooke, M. S. (2003). Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause. *Maturitas*, 46(2), 113-121. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0378-5122\(03\)00182-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0378-5122(03)00182-8)
- Kruk, M., Matsick, J. L., & Wardecker, B. M. (2021). Femininity Concerns and Feelings About Menstruation Cessation Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Implications for Menopause. *J Womens Health (Larchmt)*, 30(12), 1751-1760. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8757>
- Lee, P. S., & Lee, C. L. (2020). Prevalence of symptoms and associated factors across menopause status in Taiwanese women. *Menopause*, 28(2), 182-188. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001662>
- Leitão, M., Pérez-López, F. R., Marôco, J., & Pimenta, F. (2025). Exploring weight management beliefs during the menopausal transition (ME-WEL project): A qualitative comparative study based on Health Belief Model. *Br J Health Psychol*, 30(1), e12779. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12779>
- Martin-Key, N. A., Funnell, E. L., Benacek, J., Spadaro, B., & Bahn, S. (2024). Intention to Use a Mental Health App for Menopause: Health Belief Model Approach. *JMIR Form Res*, 8, e60434. <https://doi.org/10.2196/60434>
- Mosca, L., Mochari, H., Christian, A., Berra, K., Taubert, K., Mills, T., Burdick, K. A., & Simpson, S. L. (2006). National Study of Women's Awareness, Preventive Action, and Barriers to Cardiovascular Health. *Circulation*, 113(4), 525-534. <https://doi.org/doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.588103>
- Munn, C., Vaughan, L., Talaulikar, V., Davies, M. C., & Harper, J. C. (2022).

- 
- Menopause knowledge and education in women under 40: Results from an online survey. *Womens Health (Lond)*, 18, 17455057221139660.  
<https://doi.org/10.1177/17455057221139660>
- NAMS. *Menopause 101: A primer for the perimenopausal*. Retrieved 2024 年 8 月 31 日 from  
日 from  
<https://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/menopause-101-a-primer-for-the-perimenopausal>
- NHS. (2022). *Symptoms-Menopause*. Retrieved 2024 年 9 月 2 日 from  
<https://www.nhs.uk/conditions/menopause/symptoms/>
- NIH. (2021). *What Is Menopause?* Retrieved 2024 年 8 月 31 日 from  
<https://www.nia.nih.gov/health/menopause/what-menopause>
- Peacock, K., Carlson, K., Ketvertis, K. M., & Doerr, C. (2024). Menopause (Nursing). In *StatPearls*. StatPearls Publishing
- Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.
- Sobel, T., Derakshani, D., & Vencill, J. A. (2024). Menopause experiences in sexual minority women and non-binary people. *Maturitas*, 185, 108007.  
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.108007>
- Stute, P., Marsden, J., Salih, N., & Cagnacci, A. (2023). Reappraising 21 years of the WHI study: Putting the findings in context for clinical practice. *Maturitas*, 174, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.04.271>
- Thomas, S. L., Randle, M., & White, S. L. (2024). (Re)framing menopause: a comprehensive public health approach. *Health Promotion International*, 39(3).  
<https://doi.org/10.1093/heapro/daae052>
- Toze, M., & Westwood, S. (2024). Experiences of menopause among non-binary and trans people. *Int J Transgend Health*, 26(2), 447-458.  
<https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2389924>
- WHO. (2024). *Menopause*.
- Williams, M. (2024). Culturally responsive care for menopausal women. *Maturitas*, 185, 107995. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2024.107995>
- Yap, S., Vassallo, A., Goldsbury, D. E., Salagame, U., Velentzis, L., Banks, E., O'Connell, D. L., Canfell, K., & Steinberg, J. (2022). Accurate categorisation of menopausal status for research studies: a step-by-step guide and detailed algorithm considering age, self-reported menopause and factors potentially masking the occurrence of menopause. *BMC Res Notes*, 15(1), 88.  
<https://doi.org/10.1186/s13104-022-05970-z>
- Yazdkhasti, M., Simbar, M., & Abdi, F. (2015). Empowerment and coping strategies in menopause women: a review. *Iran Red Crescent Med J*, 17(3), e18944.  
<https://doi.org/10.5812/ircmj.18944>



## 附錄一、更年期認知與照護需求調查問卷

**【更年期經驗】**以下問題是為瞭解您是否曾經歷過更年期相關症狀，以及您對這些經驗的感受與處理方式。請根據您的實際情況作答，若沒有相關經驗，也請如實勾選

**題目 1 您是否曾經或正在經歷以下更年期相關症狀？(可複選)**

- 月經紊亂 熱潮紅 心悸 頻尿 關節酸痛 肌肉酸痛  
睡眠問題 記憶力變差 疲倦 煩躁 其他：\_\_\_\_\_
- 沒有相關症狀(跳答第 6 題) 不記得/不確定(跳答第 6 題)

**題目 2 您覺得這些症狀對日常生活的影響程度是？**

- 沒有影響/輕微 普通 嚴重 非常嚴重

**題目 3 您曾因更年期症狀向哪些專業尋求過協助嗎？(可複選)**

- 婦產科醫師(跳答第 5 題) 其他科別西醫(跳答第 5 題) 中醫(跳答第 5 題)  
心理諮商(跳答第 5 題) 其他：\_\_\_\_\_ (跳答第 5 題)  
不曾尋求協助 不記得(跳答第 5 題)

**題目 4 您未曾尋求專業協助的原因是什麼？(可複選)**

- 不知道可以求助誰 症狀不嚴重 擔心醫療費用  
覺得是正常現象，不需要處理 對協助的效果持懷疑態度 時間不夠/生活太忙  
其他：\_\_\_\_\_

**題目 5 除了尋求專業協助，您是否曾透過其他方式處理或改善更年期症狀(例如調整飲食、改變作息、運動等)**

- 是 否 不確定

---

**【更年期知識】**請問您認為下列說法正確嗎？請依據您的理解與經驗，選擇最符合的選項(單選)

- 若您認為說法正確，請選「對」
- 若您認為說法不正確，請選「錯」
- 若您認為情況因人而異，難以一概而論，請選「不一定」
- 若您對此議題不了解或無法判斷，請選「不知道」



題目 6 更年期是因為卵巢逐漸停止製造女性荷爾蒙

對 錯 不一定 不知道

題目 7 更年期女性都會有健康方面的困擾

對 錯 不一定 不知道

題目 8 更年期的身體不適一定要就醫(如熱潮紅、月經不規則、疲勞等)

對 錯 不一定 不知道

題目 9 更年期後的健康，可透過提前建立規律運動等良好生活習慣來提升

對 錯 不一定 不知道

題目 10 調整飲食有助改善更年期症狀(如增加鈣質攝取、減少高油高糖食物)

對 錯 不一定 不知道

題目 11 更年期後骨質疏鬆的風險會增加

對 錯 不一定 不知道

題目 12 更年期後，心血管疾病的風險和更年期前是一樣的

對 錯 不一定 不知道

---

【更年期態度】請問您對下列說法的認同程度為何？請根據您的個人經驗與感受，選擇最符合您看法的選項(單選)

- 「非常同意」代表您非常認同該說法
- 「非常不同意」代表您非常不認同
- 若您沒有特別的想法或難以判斷，可選擇「沒意見」

題目 13 更年期是一種疾病

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

題目 14 更年期是重新設定人生目標的機會

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

題目 15 更年期可能會影響親密關係

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

題目 16 媒體在呈現更年期概念時通常是正面的(媒體包含新聞、戲劇、電影)

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意



**題目 17 社會大眾普遍認為更年期女性性吸引力下降**

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

**題目 18 社會大眾普遍認為更年期女性的情緒管理較差**

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

**題目 19 公開談論自己的更年期經驗，會被認為是不適合或尷尬的話題**

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

**題目 20 更年期相關議題在台灣社會中討論得不夠多**

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

**題目 21 更年期女性的心理健康問題不被重視**

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

**題目 22 台灣職場對更年期女性有充分的理解與支持**

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

**題目 23 更年期可能影響女性在職場中的升遷機會**

非常不同意 不同意 沒意見 同意 非常同意

---

**【照護政策與資訊使用】**以下問題是為瞭解您對於更年期相關資訊的獲取經驗、來源信任度以及對政府或機構提供支持的期待，請根據您的實際經驗與想法作答

**題目 24 整體而言，您認為更年期健康相關資訊容易獲得嗎？**

非常不容易 不容易 普通 容易 非常容易

**題目 25 您曾透過哪些管道獲取更年期相關資訊？(可複選)**

醫護人員 親友 瀏覽網路或社群媒體(如 Facebook、YouTube)  
閱讀書籍文章 藥品廣告 參加健康講座或課程 電視媒體 沒有管道  
其他：\_\_\_\_\_

**題目 26 您覺得以下哪些來源的更年期資訊是可信任的？(可複選)**

衛生福利部或其他官方機構 醫療機構或專業醫師 婦女團體  
家人或朋友的經驗分享 其他：\_\_\_\_\_



題目 27 當您想尋找更年期相關資訊時，較常使用哪種工具？(可複選)

- 智慧型手機或平板電腦  桌上型電腦或筆記型電腦  書籍或雜誌  
 其他：\_\_\_\_\_

題目 28 您是否閱讀過衛生福利部國民健康署(國健署)出版的《更年期保健手冊》？

- 是  否  不確定

題目 29 您是否曾在國健署健康九九+網站上瀏覽過更年期相關資訊？

- 是  否  不確定

題目 30 為協助更年期女性，您認為政府或相關機構應該在哪些方面提供更多的支持？(可複選)

- 提供更多健康教育資源(如更年期手冊、網路資訊)  
 加強心理健康支持(如心理諮詢服務)  
 增加醫療服務可及性(如專科診所或諮詢服務)  
 提供更年期友善的職場政策(如彈性工時)  
 鼓勵社區活動與支持團體  
 其他：\_\_\_\_\_

【人口學特性】以下問題是為瞭解您的基本背景資訊，請依實際情況作答。

題目 31 請問您出生於民國 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

題目 32 請問您現在是否懷孕呢？

- 是  否  不確定

題目 33 請問您生過幾個孩子呢？

- 無  1 個  2 個  3 個(含以上)  無法回答

題目 34 請問您的婚姻狀況為何？

- 未婚  已婚  離婚  喪偶  無法回答  其他：\_\_\_\_\_

題目 35 請問您目前的月經情況？

- 月經仍規律來潮  
 月經已開始不規律，例如間隔時間變長或出血量減少等  
 月經已完全停止，至少 12 個月未來潮  
 月經不規律，無法判斷目前狀態  
 不記得/不確定



**題目 36 請問您上一次月經距今多久？**

- 1 個月內 1-6 個月 6-12 個月 12 個月以上 不確定

**題目 37 請問您是否有以下經驗？(可複選)**

- 停經前使用荷爾蒙替代療法 因子宮切除而無月經  
卵巢切除後進入更年期 以上皆無 不確定

**題目 38 請問您的最高學歷？**

- 國中(含以下) 高中(職) 專科 大學 研究所(含以上)

**題目 39 請問您的每月收入大約是多少？(包含工作所得、退休金、租金、利息、股利等各類收入來源)**

- 24,999 元(含)以下 25,000-39,999 元 40,000-59,999 元 60,000-99,999 元 100,000 元(含)以上 無法回答

**題目 40 請問您目前的居住地(縣市)為何？**

- 台北市 新北市 基隆市 桃園市 新竹市 新竹縣 苗栗縣  
台中市 彰化縣 南投縣 雲林縣 嘉義市 嘉義縣 台南市  
高雄市 屏東縣 宜蘭縣 花蓮縣 台東縣 澎湖縣 金門縣  
連江縣(馬祖)

## 附錄二、IRB 審查核可證明



### 國立臺灣大學 行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee  
National Taiwan University  
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C  
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

#### 審查核可證明

核可日期：2025 年 6 月 5 日

倫委會案號：202504HM039

核可證明有效期限：2025 年 6 月 5 日起至 2026 年 4 月 27 日

計畫名稱：聽見女性的聲音—更年期健康促進與照護需求調查

校/院/系/計畫主持人：國立臺灣大學/公共衛生學院/公共衛生碩士學位學程/陳書芳 碩士生

計畫文件版本日期：【研究計畫書，2025 年 4 月 18 日】、【知情同意說明，2025 年 5 月 23 日】、【問卷，2025 年 5 月 23 日】、【招募文宣，2025 年 5 月 21 日】

上述計畫業經 2025 年 6 月 5 日 國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合本校行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的 6 週，提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及本校相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 洪貞玲

#### Ethical Review Approval National Taiwan University

Date of approval: June 05, 2025

NTU-REC No.: 202504HM039

Validity of this approval: from June 05, 2025 to April 27, 2026

Title of protocol: Amplifying Women's Voices—A Survey on Health Promotion and Care Needs during Menopause

University/ College/ Department/ Principal Investigator : National Taiwan University/ College of Public Health/ Master of Public Health Program/ Student Su-Fang Chen

Version date of documents : 【Research Protocol, April 18, 2025】，【Informed Consent Statement, May 23, 2025】，【Questionnaires, May 23, 2025】，【Recruitment Advertising, May 21, 2025】

The protocol has been approved by Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as exempt on June 05, 2025. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

Continuing Review Application should be submitted to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired. The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Chen-Ling Hung  
Research Ethics Committee