

婦女健康與「醫療化」：以停經期/更年期為例

張 珽* 張菊惠**

摘要

健康照護是北美、紐澳、歐洲等國第二波女性主義思潮中備受關注的議題，「醫療化」則是婦女健康運動中最常被批判的議題。現今雖然婦女得以獲得健康照護，但卻無法確保能否掌控自己的健康。醫療專家宰制女體，並否認婦女有參與決定自身生活的權力。甚而，醫療化的事件侵入婦女的日常生活，將健康婦女變成病人的角色。此外，大部分之衛生資源亦投注於醫療處置之研發，鮮少公共經費支持婦女健康促進。

在台灣，「醫療化」議題是受到忽視的。政府、民眾以及醫療界甚少提及此重要議題，甚至宣稱透過醫療化而使得婦女獲得較好的健康照護。有鑑於台灣醫療化議題所受到的忽視與研究不足，作者嘗試以更年期為例，檢視其是否在現存的台灣社會中有被醫療化的現象。

研究者以多元交叉檢視方法，使用下列之資料進行醫療化之檢視。(1)1993 年與 1997 年之婦女更年期態度問卷調查。(2)1996 至 1997 年關於荷爾蒙之報紙報導的內容分析。(3)深入訪談兩位婦產科女醫師與兩位中年婦女，關於女性荷爾蒙之使用。

研究結果顯示更年期確實有醫療化的傾向，醫師大力倡導女性荷爾蒙補充治療之好處，而忽略其禁忌與副作用之告知，婦女亦開始相信更年期是一種病。如果台灣從現在開始從事婦女健康運動，此議題仍有討論與爭辯之空間。我們需要有更多集體性的行動以改變社會，進而促進婦女健康，亦需要更多醫療化之社會層面與文化層面的基礎研究。

關鍵詞：婦女健康、更年期、醫療化、女性荷爾蒙補充治療

* 國立台灣大學公共衛生學院公共衛生研究所副教授

** 國立台灣大學公共衛生學院公共衛生研究所博士班研究生



西方婦女健康運動中，最被提出批評的便是所謂的「醫療化」(medicalization)議題 (Boston Women's Health Collective, 1992 ; Doyal, 1997)，指出婦女一向被醫學界排斥認定其無知，不被提供她應有的醫學知識，也不予她對自己身體的瞭解與自主權，只是不斷地塑造使之成為病人、成為醫療市場的賺錢對象，而非真正維護婦女的健康；而在正式體制中，既無經費也無方案更無人力投注於此方面 (胡幼慧， 1995 ; 張珣， 1995 ; Doyal, 1997)，婦女也常不自覺。醫療社會學學者 Zola 於 1966 年提出「醫療化」的概念，意指日常生活經驗被視為健康異常或疾病的過程 (Zola, 1972 ; Riessman, 1983 ; Bransen, 1992)，生活事件被冠以醫學名詞(medical term)討論，認為只有醫學方能解決問題(medical solution)。Illich 於 1976 年特別提出「醫源病」(iatrogenic disease)，認為當代醫學非僅不能造福人類，還造成各種醫源病--因醫而致的疾病，包括臨床醫源病、社會醫源病與文化醫源病。臨床醫源病包括藥物傷害、副作用、病院感染、侵入性檢查傷害、誤診等。臨床醫源病經由政治機制而轉化為社會醫源病，醫學的主宰不只發生於醫病關係，而是進入政治運作，成為制度，即健康政策之醫療化，也就是衛生政策並不是以保健預防為主，而是以發展藥物治療掛帥。文化醫源病是醫學反健康的更高層次，醫學經由政策、市場工業、教育媒體等成功地說服社會大眾，醫學成為判定社會問題、環境問題之合法化管道，例如將生老病死都成為需要醫師制訂、提供規範，使得民眾已無視於健康問題的社會成因、文化的信念和價值，或自我保健的重要，醫源病遂進入根深蒂固的第三層次--文化醫源病 (Illich, 1976 ; 胡幼慧， 1997a)。

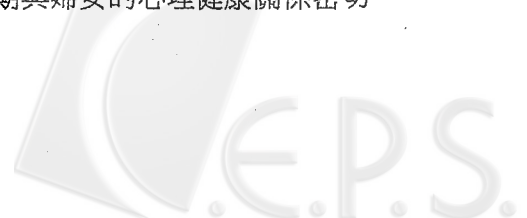
但直至 1983 年女性主義學者 Riessman(1983)才開始以婦女健康與「醫療化」為議題，檢視其中的發展過程與影響。她特別以生產(childbirth)、生育(reproduction) (包括墮胎、避孕)、經期健康、美容整型、精神疾病等為例證說明醫療化的存在。以經期健康為例，原本正常的內分泌被人工化之避孕藥取代，使之不正常而無法受孕，亦造成女性荷爾蒙分泌異常而提高致癌的可能性。好比燒燙傷病人亟需整型外科醫生作一次、二次甚至二十次的植皮手術，但部分整型醫師並未投入此部分的工作，反而以割雙眼皮、拉皮做為執業之財源，置需要者之需求於不顧。婦女的容貌也在媒體與醫界不斷渲染中，為迎合男性制訂之美的標準與價值而成為整型美容之消費者，亦增加相關不當手術的危險性(risk)；婦女雖然不全然是在完全無知的狀態下，但在她能掌握的有限資訊與有限選擇下，無奈地進入醫療體制內成為病人 (Davis, 1995 ，引自張君玫譯， 1997)。而更年期原本便是婦女發展歷程必經的正常階段，在西方社會卻也開始被「醫療化」 (Riessman, 1983 ; Kaufert & McKinlay, 1985 ; Kaufert & Gilbert, 1986 ;

Bell, 1987 ; Davis, 1989 ; Nachtigall, 1990 ; Bransen, 1992) 。

婦女健康運動的目的之一在於減少「醫療化」現象，因此提出「意識覺醒」(consciousness raising)以期增加婦女知的權利，發現自我，增強維護自己健康的能力(empowerment) (Doyal, 1997 ; Lorber, 1997)。台灣在醫藥技術急速發展與醫療資源分佈不均的狀況下，呈現壓縮之疾病轉型，同時出現醫療不足與醫療濫用的現象。有鑑於台灣漸漸浮現之過度「醫療化」問題 (Chu, 1990 ; 胡幼慧, 1995, 1997 ; 張珣, 1995 ; 張珣、張菊惠、顧淑芬、胡幼慧, 1995 ; 劉仲冬, 1996 ; 張珣、張菊惠、胡幼慧, 1997 ; 張珣、張菊惠、毛家齡, 1997)，尤其對婦女健康更是有過之而無不及的現象，而民眾與政府，甚至醫師本身卻未覺察，是故有必要驗證日常生活如何被「醫療化」。本文特以「更年期與荷爾蒙使用」為例，以質性和量化多元數據作為佐證，一方面回顧西方社會於「醫療化」發展歷程中對更年期醫療化的詮釋與研究，另一方面也檢視我國在女性更年期上是否有「醫療化」的現象。

研究者欲先釐清「停經期」與「更年期」二個名詞。停經期(menopause)並不同於更年期(climacteric)，menopause 代表月經終止，climacteric 則是指婦女在伴隨月經停止前後約 2-5 年時間，有關其身、心、社會的轉變，也屬於發展心理學之中年期，除了有生理的變化外，心理自我形象、社會關係與角色也同時面臨新的轉變 (張珣 & 陳芬苓, 1993)。但在台灣，更年期與停經期名詞常被混為一談，廣被媒體使用的名詞是更年期，但其概念卻是停經期的定義。

研究者會歸納綜合更年期研究之重要性 (張珣 & 陳芬苓, 1993)，(1)更年期或是停經是所有女人皆會經歷的事件，而女性月經歷程中的每一個變化，都會影響女性怎麼去看自己。(2)更年期不僅是個「生理」事件，更是社會文化事件，因此，對它的研究應超越病理主題，而擴及心理、社會及人類學等其他層面的研究，尤其是社會如何建構此議題。(3)過去對更年期的印象多半來自西方社會以男性為主的醫學和社會學研究者，多屬醫療模式與負面形象，有必要從女性角度重新詮釋這個屬於女性的議題。(4)「更年期」與其他中年期重要的生活事件、角色轉變，往往同時發生，如空巢期、喪夫、婚姻危機、祖父母角色的獲得、丈夫提早退休等；所以更年期與生活轉變間的關係有必要釐清。(5)「更年期」可視為是中年過渡到老年的轉捩點，許多婦女也視停經為步入老年的象徵。所以，若更年期有較佳的調適，對未來老年生活的適應或許會有助益。(6)雖然更年期常被視為步入老年的象徵，但不表示女性社會角色將受限制，它可能也是女性走向成熟和潛能發揮的大好機會。(7)更年期與婦女的心理健康關係密切。



(8)由女性主義觀點釐清與更年期有關的負面現象。(9)藉由更年期的研究，瞭解社會上是否存在有年齡、性別、階級、能力歧視等現象。

在我國過去對更年期的研究並不多（張珏 & 陳芬苓，1993），但近年來由於西方醫界對更年期的重視，使得更年期的議題在國內也逐漸受到重視。但是研究的觀點多以醫療出發，主題多半著於症狀探討與藥物治療（江妮娜，1996），有關態度與自我保健方面則較少（張珏、陳芬苓、胡幼慧，1993；李逸，1995），使停經被視為是生理上的偏差現象，充滿症狀的一個階段，有予以疾病化，而非以自然生理變化來討論之（張珏、周松男、陳芬苓、張菊惠，1995），實有必要從女性角度重新詮釋此經驗。而停經階段之女性荷爾蒙補充使用，更是檢視更年期醫療化的最明顯之例證（Chang & Chang, 1996）。

依據 Goldstein(1992)的分析，醫療化緣起(origins of medicalization)於科技的進步、傳統道德典範的沒落、大學教育普及與社會科學之盛行，以及專業的多重興趣。換言之，因為科技發展造成各種檢驗儀器之發明，因此當有任何身體不適或行為偏差時，都交由專業儀器鑑定，個人直覺或經驗判斷已不被採信，造成若無醫療專業的介入與判定（尤其是以西方醫學為主之專業科技），即不是科學，亦不足以採信；因此各種民俗保健被標籤為無科學依據、不可靠。過去由宗教以道德規範來定義或治療偏差行為，現則被醫學專業科技與藥物所取代。社會科學於六〇年代興起後，不論是心理學、社會學、或經濟學都提出一些所謂的理論，詮釋社會或個人的偏差行為，並認定其為疾病之一種，更強化了日常生活各種行為都可以醫療模式來探討導致問題行為的原因，亦加深「醫療化」的被肯定與接受度。此外，證照制度的設立，更擴大「醫療化」的推動。以目前坊間之瘦身、美容、減肥班為例，使用科技測量女體，除醫師外，營養師、護理師等醫療相關人士亦參與其中，甚至以所謂的中產階級觀點作為社會價值觀之常模。個體之自我和外界環境的互動與掌控和詮釋，至此已全然被生物科技和人文社會科學所取代。科技發展專業分工更細，「醫療化」的普及與觀念使得各醫學相關專業有依據可擴張並得肯定其解決問題的工作能力，而相對的地位、聲名、收入與自主性更加速「醫療化」（張荳雲，1998）。

但也因為對科學與技術的質疑，人生意義的重新思考，專業團體間的競爭，全人醫療觀念的興起，疾病型態由急性轉成慢性，婦女運動與其他社會運動的挑戰，政治理念獨裁/民主的改變等原因（Goldstein, 1992），西方社會科學者於70-80年代開始回頭再省思過度「醫療化」的問題。以醫療社會學家觀點分析，專業化與醫療化二者乃是相輔

相成。一開始只是職業的分工，但是一旦其成功，則變成獨家壟斷的現象，專家自訂規範並擁有高度的自主權，外人無法挑戰與質疑。「醫療化」的缺點最主要是造成個人在健康保健上的自主性消失，對健康與身心靈間的關係缺乏自覺力，對醫療專業權威產生強烈依賴而無法提出質疑。另一方面，倘若醫師未能以專業倫理約束科技之濫用，醫學教育中的不自覺，部分醫師保護專業的私心，則醫療之濫用不只對民眾造成傷害，也浪費大量國家的資源，造成醫師專業間的兩難(dilemma) (Zola, 1972 ; Conrad & Schneider, 1980)；而張苙雲(1998)也指出「醫療化」這概念特別突顯醫師界定疾病的權力和對醫療照顧的壟斷力，尤其是弱勢群體如兒童、婦女和老人。Fox 提出對醫療化的嚴厲批判，並非完全否定醫療的好處、他主張「去醫療化」(demedicalization)，主要是倡導適度使用醫療，減少過度醫療行為(over-medicalization)所造成的不當傷害 (Fox, 1977)。

婦女研究學者更指出，在醫療體制的性別歧視與偏差對待下，婦女健康不被關注，同時在「醫療化」下變成無助的病人，又被責備是她們自己的心理作用而未予需要的協助，這種現象也可推論至其他的弱勢群體，諸如勞工、青年、老人、單身、原住民等。因此「醫療化」開始由過去之正面意涵演變成目前的負面用語，在西方醫療社會學中已是相當普遍的現象，且被提出討論與質疑，即所謂的社會建構疾病(social construction of gender and illness) (Riessman, 1983 ; Kaufert & McKinlay, 1985 ; Kaufert & Gilbert, 1986 ; Doyal, 1997 ; Lorber, 1997)。

「醫療化」理論強調醫師以權力定義疾病並壟斷治療資源，醫療政治學則提醒階級弱勢者被標籤而加以社會控制 (Riessman, 1983)。「醫療化」也被定義為：醫師保留資訊、形成病人依賴醫療人員，醫療人員以專家身份出現在日常生活中與各種社會問題的處理上、影響並控制，民眾之正常生活變成需依賴專業而變成「病人」 (Zola, 1983)。但 Zola 並不那麼強調醫師的權力，而是認為每個人或認為自己有病。更複雜的「醫療化」定義也可是：二十世紀產物，一種漸進的社會改造，以醫學特有的思考方式、生物模式、醫療形式（儀式）與組織運作，處理過去被認可的日常生活。以二分法觀點，以好的健康對比於壞的疾病。給予醫學意義，藉由醫學來消除或控制疾病，使醫病互動成為權力與專家一方的掌控；透過醫療社群企圖開闢其服務「市場」，而以醫學分類和用詞重新定義某些日常生活的事件、行為與問題，認定其為疾病 (Zola, 1972 ; Conrad & Schneider, 1980 ; Riessman, 1983 ; Kaufert & McKinlay, 1985 ; Bell, 1987)。社會建構與社會控制為主要目的 (Doyal, 1997 ; Lorber, 1997)，生物醫學是

處理個人層次問題的先決條件，疾病是偏差情形需要治療與處理，皆是藥物為主，甚至在較極端觀點，還認為疾病若是心理因素則可以選擇不要處理（Love, 1997）。

Riessman(1983)提出「婦女與醫療化」的架構，從醫師的興趣與信念、婦女的需求與信念、以及組織的支持三方面思考，在三者互動下將生活事件轉化為醫療議題。Kaufert 與 McKinlay(1985)則指出醫療化的四大要素(criteria of medicalization)包括，(1)外在條件：醫師專業（特定信念、專業與經濟需求）；醫療工業（藥商、醫療儀器）；經濟與科技競爭；媒體（醫學雜誌、報紙書刊、電視、廣告）配合與中介群體支持。(2)內在條件：民眾（婦女）（信念、需求與動機、合作）。(3)環境條件：醫療組織贊同與配合；醫療法規。(4)互動條件：醫師與婦女的互動，研究者與臨床者的互動，政府與醫療界的互動，醫界與醫療產業界的互動等（Bell, 1987；Love, 1997）。

其實有關更年期醫療化的研究並不多，自 Reissman(1983)之後，Kaufert 與 Gilbert(1986)持續探討不同文化下之婦女更年期和醫療化的關係，指出用女性荷爾蒙和一些精神疾病藥物來處理更年期的問題，雖然是兩個不同的議題，但事實上卻是相關連的，皆是將更年期醫療化為需要藥物治療。首先是醫界覺得婦女需要，用醫療模式討論、用藥物介入更年期這個議題；其次是婦女重新建構更年期經驗，視之為自然變化或疾病。Kaufert 和 Gilbert(1986)以加拿大婦女為研究對象，分析是否有醫療化的現象，結果發覺：郵寄問卷二千五百位 40 至 59 歲婦女，有 68%回函，其中 82%認為醫師會對她們更年期所幫助，65%認為醫師至少會對她們提供更年期的資訊，另 54%會為更年期問題而與醫師討論過，34%會告知醫師有熱潮紅的現象，而其中有一半被醫師開處女性荷爾蒙處方。Kaufert 和 Gilbert 認為生物醫療的思考模式已進入更年期婦女，她們視更年期為疾病、純粹的醫療知識，無法再單純地依照自己的經驗或者其他人的經驗處理更年期；她們被告知或被要求應該要去醫師那兒去請教，甚至還有婦女表示：除非有臨床的徵兆不適合用，否則每一個人都應該要用荷爾蒙這種相當危險的一些說法。雖然婦女在認知上接受應請教醫師，但行動上則只三分之一出現求醫情形，所以 Kaufert 和 Gilbert 認為生物醫療模式雖是必要的但絕非是充分的條件，再加上婦女本身的反應以及婦女的主動參與，才會促成醫療化。

Kaufert 與 McKinlay(1985)分析兩份國際知名的醫學期刊內容，比較 1970 至 1980 年間，與女性荷爾蒙使用有關之醫療團體、政府單位、藥界與媒體的互動，也探討臨床工作者與研究者間的對話與爭辯，更分析婦女病人與醫師間的互動。結果發現雌激素補充治療(ERT)是醫學知識建構和政策所共同造成的，而醫學知識的建構其實是來自利益

團體之意識型態以及社會政治因素的角度。而真正婦女的需求並未被關心，優先次序竟是最底的。從 1970 到 1980 年的變化，可得知早期的醫學知識並不重視此議題，政府也沒有法律條文規範藥商，醫師也是被動地對婦女使用。後來藥商在醫師和婦女中間積極地推銷，導至婦女健康運動女性主義者的覺醒與關注，影響政府藥品檢驗局的審慎檢視的反應。但隨後藥商又與醫師聯盟，藥商出資研究，媒體居中加強單方觀點的報導，醫療化在此漸進互動的過程中形成。Kaufert 與 McKinlay(1985)指出：只有當婦女健康運動出現，並喚醒婦女朋友們對健康的關心後，才會產生行動，對政府施加壓力，提出藥物管理辦法，開始規定女性荷爾蒙的包裝上需有詳細的說明，提醒個人用藥對健康的危險性。當婦女開始關心荷爾蒙對她們的影響時，也開始提出過去對婦女忽略的一些健康問題 (Love, 1997)。當然我們也看到美國藥廠的反撲，從過去沒有研究到現在開始研究，他們的重視從好的一方面來說是可喜的現象，但另外一方面則出現部分醫師被收買，醫師大量實施藥物臨床試驗而婦女並未被告知，醫學雜誌較少副作用的報導，有副作用的結果可能隱匿不報。此現象可由 Rostosky 與 Travis(1996)檢索 1984 年至 1994 年間的 Medline 與 Psychlit 中與更年期 (停經期) 相關的文獻發現。這十年中 Medline 有 9018 篇相關文章，多是荷爾蒙變化影響更年期症狀與藥物治療效果的探討，正面效果的文獻居多，但樣本數皆小，且有其他研究方法的問題，自 1995 年美國才開始進行為期十三年的長期追蹤研究，反映出荷爾蒙使用的適當性仍須被嚴謹研究。另有 6% 的文章屬於心理社會層面，但多半是強調停經與憂鬱或情緒的關係，仍屬醫療模式思考；僅少數幾篇提及壓力、生活滿意、工作型態、體重增加與睡眠問題，也有幾篇提及使用荷爾蒙的決定過程與醫師互動，健康行為與使用醫療資源等。而 Psychlit 有 227 篇，最常見的兩個議題是心理不適、憂鬱，婦女對停經的態度看法等，仍屬醫療模式觀點；其中僅三成 (37 篇) 強調社會心理層面，諸如：社會角色、求醫行為，甚少提及健康行為 (如：體能活動與抽菸)。

更年期呈現的各種不適狀況常被醫界以症狀詞彙代表之。Martin(1987)在分析醫學教科書之詞彙與述說後，驗證醫療化的觀點。她探討女性身體如何在醫療科技發展下被物化以及控制的過程，並分析科學文本中生物科學語言所呈現之性別刻板印象。Mitteness(1983)亦曾以內容分析法檢視 1900-1976 美國 48 篇更年期的媒體報導，認為目前大眾媒體對於更年期的一般印象是：「那是一段喪失生物功能和社會價值的時期」。事實上這是時代演變的結果，在 1950 年以前，更年期同時被賦予正、負面的意涵，雖然代表老化，但仍被視為是自然現象，很少需要醫療介入，甚至視為是女人一生中而



安詳的開始。自 1950 年代始，關於更年期喪失性感和青春的陳述顯著地增加。而在 1960 年代後，雌激素治療(ERT)被廣泛地建議採用，不論有沒有症狀主訴，以永保青春為使用訴求。在發現 ERT 治療與子宮癌之關連，以及女性主義者的警言後，ERT 的使用率有明顯下落的趨勢 (Swartzman & Leiblum, 1987)。但在 1975-79 年之後又有另方說詞，指出 ERT 可治療停經後婦女常見的「骨質疏鬆症(osteoporosis)」，此發現使得 ERT 的使用又有回升的趨勢，ERT 的長期治療觀點再度被採用，這次不是為了「永保女性特徵」而是治療「骨質流失(bone loss)」；同時也提出搭配黃體激素使用可減少致癌可能性，成為荷爾蒙補充治療(HRT)。但是仍可明顯地看出醫界不斷在藥物試驗上打轉，很少提及生活型態改變與更年期健康的關係。而 Love(1997)指出男女性荷爾蒙都有隨老化而漸減之傾向，若女性真為部分問題而須使用荷爾蒙也只是所謂的荷爾蒙治療(HT)，絕不是補充荷爾蒙。由此可知，更年期的觀念隨時代不同而有所差異，西方對更年期的觀念是隨時代而演變，其間被許多意識型態所操弄，尤其是性別扭曲與權勢金錢的影響，也就是說更年期屬疾病和負面的概念是由社會所建構的。

Macpherson(1981)曾以經濟學的角度分析更年期，她認為以用藥的觀點來看，女性這個潛在的大市場是值得開發的。因為全球將近一半的人口是女性，若有 30 年的光陰需要接受治療，無異是個值得開發的資源，固不難理解鼓勵停經後婦女使用藥物的潛在市場利益。而不少學者也攻擊 Wilson 和其他 ERT 的支持者，是受經濟利益趨使的結果 (Macpherson, 1981 ; McCrea, 1983 ; Love, 1997 ; Coney, 1994)。

1989 年 Davis(1989)發表在紐芬蘭漁村所做的研究，他提到更年期的醫療化其實會跟著文化、環境、時間、族群而有不同，過去所提的醫療化背景多出現於中產階級，而漁村屬於貧窮落後的族群，多半採用民間之民俗療法，與都會區之西醫生物醫學模式掛率有很大的差別。結果發現漁村裡中上階層與教育程度較高的人，較易接受傳播媒體與科學知識資訊，他提出性別的不平等和年齡歧視的觀念。

反觀台灣，一般人尚未有「醫療化」的觀念 (胡幼慧， 1995 ， 1997 ；張珣， 1995)，而且也尚停留於「開發中」國家的視野下，認為偏遠地區尚無足夠醫療人力與儀器設備，因此需要「醫療專業化」。可是現在都會地區已開始出現因醫師過多，財團與私人開業醫為求賺錢而不斷強化民眾需要就醫的訊息，使用尖端科技作為招徠病人之手段。在政府、民間以及醫界未覺察之情形下，過度「醫療化」的問題已逐漸形成。近年來的子宮內膜電燒術、子宮切除、剖腹產、哺餵牛奶、因應更年期與骨質疏鬆而被鼓勵用之女性荷爾蒙、不孕症治療、代理孕母等都是婦女健康被醫療化的例證 (張珣，



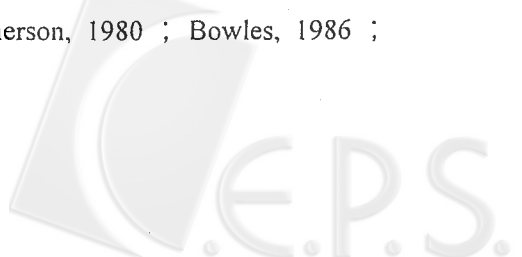
1995；張珣、張菊惠、顧淑芬、胡幼慧，1995；劉仲冬，1996；張珣、張菊惠、胡幼慧，1997；胡幼慧，1995，1997a，1997b)。本研究之目的即在於檢視台灣地區中年婦女「更年期」是否有「醫療化」現象，並驗證 Reissman(1983)、Kaufert 與 McKinlay(1985)、Bell(1987)與 Love(1997)等人所提出之「醫療化」構成因素。

研究方法

總結上述之文獻探討，「醫療化」的要件(criteria)包括有：「醫師的興趣」、「組織的支持」、「婦女本身相信」、與「婦女本身需要和動機」(Reissman, 1983；Kaufert & McKinlay, 1985)，以及 Love(1997)另外提出的「藥廠出資進行研究」和「媒體的推波助瀾」。因此本研究並不侷限一種資料的取得，而以多元資料交叉分析方式(胡幼慧，1996)，檢視更年期醫療化之問題，資料來源分述如下。

- (1)婦女自述經驗：台灣地區中年婦女更年期態度調查 1991-1992 年與 1997 年兩組資料。前者來自衛生署研究計畫，以北、中、南、東區 40 至 60 歲婦女為主(張珣等，1992；張珣等，1993)，後者來自某健檢中心 25 歲以上女性會員，分佈於北、中、南地區(張珣等，1997)，在作兩個年代之比較時，則僅抽取 40-60 歲之資料。兩個年代之研究對象背景資料比較，若以停經階段作區隔(停經階段之定義見下段說明)，在年齡方面，1997 年停經中期婦女之年齡較大，其餘階段則無顯著差異；教育程度方面，1997 年之停經前期婦女教育程度較高，手術停經則是不識字者較多，餘則無顯著差異。
- (2)報紙報導：以內容分析法分析 1996 至 1997 兩年關於荷爾蒙的報紙報導，資料庫為漢珍公司之報紙標題檢索系統，檢索策略為「荷爾蒙、荷爾蒙、雌激素、動情素、動情激素、黃體素、黃體激素」，檢索系統含括之報紙有聯合報、中國時報、中央日報、工商時報。結果共有 83 則。
- (3)婦產科女醫師訪談：以深入訪談方式訪問兩位婦產科女醫師，一位是來自大陸年齡 60 歲，一位是台灣本地醫師 46 歲，兩位皆任職於中型醫院之院長。
- (4)婦女個案：以個案陳述方式描繪兩位婦女之荷爾蒙使用相關經驗，一位是學生的母親 45 歲，一位是研究者的親友 50 歲。

本研究依月經之表現將婦女的停經階段分成停經前期、停經中期、停經後期、停經後後期與手術停經五個類別(Bungay, Vessey & McPherson, 1980；Bowles, 1986；



Kaufert, Lock, McKinlay, Beyenne, et al., 1986)。其定義為：月經期流量與間隔維持較恆定狀態，或偶有不規則但不超過三個月，此為停經前期(pre-menopause)，亦稱一般經期(regular menstruation)。進入停經期前，可能在經過一段時間的不規則出血後，排卵作用可能會再發生，正常的月經週期又會開始，也可能3至6個月不來但一段時間又定期規律呈現；這種月經不規則，或是月經停止但未滿一年者，稱之停經中期(perimenopause)。持續十二個月沒有月經週期，也就是完全停經或是停經後期(post-menopause)。當已停經五年以上，則進入停經後後期(after post-menopause)。若因手術切除子宮、卵巢而停經，則為手術停經(surgical menopause)。研究資料將進行不同停經階段婦女之女性荷爾蒙使用與更年期態度傾向比較。

研究結果

為探討我國目前在更年期議題上是否存在有醫療化的現象，以女性荷爾蒙使用作為驗證更年期是否醫療化之試金石，並檢視婦女對更年期態度之轉變趨勢。以下將針對更年期態度、荷爾蒙使用之盛行率、使用女性荷爾蒙的原因、荷爾蒙使用前之相關檢查情形、醫師對副作用之告知、婦女以婦產科醫師之訪談等進行更年期醫療化之檢視。

一、更年期態度

1. 婦女需求：「更年期」是自然生理現象？疾病？

作1991-1992與1997兩年之更年期態度趨勢比較，在1991-1992年時有高達91.3%的中年婦女認為更年期是自然的生理現象，1997年則微幅下降至85.6%。雖然絕大多數的中年婦女咸認同更年期是自然的生理現象。除停經前期外，五年後之比較，呈現其餘三個階段皆大約降低八個百分點左右。

若反過來問，更年期算不算是一種病時，同意率並無明顯變化，反倒是不同意率由1991年的76.1%下降至1997年的61.0%，中立意見由1991年的12.1%增加至1997年25.6%。婦女對更年期是不是病，呈現矛盾與困惑的現象。

2. 婦女對「更年期」的處理方式：症狀求醫與否？自然養身？藥物治療？

1991-1992年有46.6%的中年婦女認為更年期的症狀和不適是自然的，不需看醫師或吃藥，尤其是停經後期有高達71.2%的婦女持更年期自然論觀點。到了1997年，持自然論的比率則降至28.7%，除停經後期的不同意率有較大幅度提升外，其餘階段的不

同意率並未有太大浮動，反倒是中立意見的比率變多了，顯現婦女正面臨更年期自然論與醫療化之兩難中。

而在更年期不適之處置方面，1991-1992 年有 69.2% 的婦女認為更年期的症狀不需服用荷爾蒙治療，採用自然療法（運動和飲食）較好，不論是在停經階段的哪一期，婦女皆認為更年期的症狀和不適是自然的，不需看醫師或吃藥。而到了 1997 年，同意率大幅降低至 31.0%，不同意率小幅上升，而中立意見亦是變多了。短短五、六年，婦女對更年期不適處置的態度大幅轉變，從自然取向，轉而傾向使用女性荷爾蒙，尤其是停經前期的變幅最大。

表一、40-60 歲婦女之更年期態度 (1991-1992/1997)

	停經階段 共計 N 1388/2623	停經前期 619/1173	停經中期 202/409	停經後期 409/705	手術停經 158/336
更年期是自然的生理現象					
同意	91.3/85.6	92.1/89.7	90.6/82.4	91.4/82.5	89.2/81.8
中立意見	6.4/11.4	6.2/ 7.6	5.9/13.5	5.9/15.1	8.9/14.6
不同意	2.3/ 3.0	1.8/ 2.7	3.5/ 4.2	2.7/ 2.4	1.9/ 3.6
χ^2 test	***	n.s.	***	***	***
更年期也算是一種病					
同意	11.8/13.5	9.9/14.3	10.0/13.4	13.7/11.6	17.1/14.6
中立意見	12.1/25.6	10.3/20.1	8.0/31.9	14.2/29.6	19.0/28.9
不同意	76.1/61.0	79.8/65.7	82.1/54.7	72.1/58.8	63.9/56.5
χ^2 test	***	***	***	***	***
更年期會有些症狀和不舒服是自然的，不需要看醫生、吃藥					
同意	46.6/28.7	41.8/26.1	47.5/28.4	71.2/34.7	39.2/24.1
中立意見	12.5/24.8	12.0/20.9	13.0/31.6	21.3/39.4	15.2/27.4
不同意	40.9/46.5	46.3/53.0	39.5/40.0	7.6/25.9	45.6/48.5
χ^2 test	***	***	***	***	***
更年期的症狀用自然療法(吃營養食物運動等)比用荷爾蒙等藥物治療好					
同意	69.2/31.0	70.7/28.5	69.8/35.8	71.2/34.7	57.6/26.0
中立意見	20.1/37.8	19.0/35.0	16.3/40.7	21.3/39.4	26.0/40.2
不同意	10.8/31.3	10.4/36.5	13.9/23.5	7.6/25.9	16.5/33.8
χ^2 test	***	***	***	***	***

註：*** P<0.001 n.s. P>0.05



二、荷爾蒙使用之盛行率

由於研究者 1997 年之研究對象年齡為 25 歲以上，因此再將停經前期區分為四十歲以下與四十歲以上兩組。而婦女目前使用荷爾蒙的情形，分成未用過、規律使用、斷續使用、曾用過但已中斷停用以及不知道五種情形。不同停經階段之使用情形不盡相同，手術停經與停經後期規律使用的比率最高（分別為 16.2%與 10.7%），手術停經的斷續使用比率亦最高（8.8%），而已中斷停用的比率仍以手術停經最高（15.6%），停經後後期與停經後期次之（分別為 9.6%與 7.4%）。曾經使用過荷爾蒙的比率，停經前期小於四十歲者有 2.9%，大於四十歲者有 6.4%，停經中期有 11.3%，停經後期有 21.8%，停經後後期有 16.5%，手術停經有 40.6%（表二）。

表二、目前使用荷爾蒙的情形

	停經階段 共計 N 6609	停經前期		停經中期 766	停經後期 326	停經後後期 806	手術停經 431
		< 40 歲 3090	≥ 40 歲 1190				
	% 100	46.8	18.0	11.6	4.9	12.2	6.5
未用過	80.7	86.6	86.2	75.6	68.7	74.4	53.4
不知道	9.7	10.5	7.3	13.2	9.5	9.1	6.0
規律使用	2.9	0.3	1.6	3.4	10.7	4.2	16.2
斷續使用	1.6	0.3	0.8	2.4	3.7	2.7	8.8
已中斷停用	5.0	2.3	4.0	5.5	7.4	9.6	15.6

註 1：調查對象為台灣地區 25 歲以上婦女

註 2：資料來源為研究者 1997 年之中年婦女健康研究調查

為與研究者 1991 年之台北地區婦女健康調查做對照比較，將婦女目前使用荷爾蒙情形中之規律使用、斷續使用與已中斷停用三者，合併稱之為「曾經使用過女性荷爾蒙」。抽取 1997 年調查中 40-60 歲婦女，計算台北地區曾經使用過荷爾蒙的比率，結果如表三。分別從增加的百分比與使用比率之成長倍數兩個向度，洞識女性荷爾蒙的使用趨勢。六年來，無論是哪一個停經階段的婦女，荷爾蒙使用率皆有明顯增加的趨勢，特別是自然停經與手術停的婦女，增加了十幾個百分比。而成長率方面，總比率增加了

一倍，此外，停經前期婦女荷爾蒙使用率的成長近 3 倍，是值得注意的現象。而 1997 年全國曾使用荷爾蒙之比率與台北地區接近，顯見荷爾蒙使用率之增加不單僅出現於台北地區，全國皆有顯著增加之趨勢。

表三、40-60 歲婦女曾使用女性荷爾蒙之年代比較 (1991-1997)

年代	調查地區	停經前期	停經中期	自然停經	手術停經	共計
1991 ^a	台北地區	1.9%	12.0%	13.5%	34.4%	8.8%
1997 ^b	台北地區	7.4%	16.7%	25.4%	50.0%	19.0%
1991-1997 ^c	增加百分比	5.5%	4.7%	11.9%	15.6%	10.2%
1997 ^b	全 國	6.5%	15.5%	21.8%	44.5%	16.8%

^a 40-60 歲台北地區更年期婦女健康調查 (Chang & Chang, 1996)

^b 1997 之中年婦女健康調查之資料，調整為 40-60 歲的使用比率

^c 作台北地區兩年之趨勢比較

撇除婦女是否正在使用女性荷爾蒙，當進一步詢問她認為自己目前應不應該使用荷爾蒙時，有 19.5% 的人認為她現在應該用，遠高於實際上使用荷爾蒙的比率 (表四) 。實際上正在使用女性荷爾蒙者 (包括持續規律使用與斷續使用) 有 96.7% 自覺應該用，從未用過者 (包括不知道與未用過) 有 14.7% 自覺應該使用，而那些已中斷停用者，亦有 55.3% 認為自己需要。稍後會剖析使用女性荷爾蒙理由，實際使用與自覺需不需要二者之間的對照與落差，

表四、認為應該用與實際用過荷爾蒙的比率

停經階段	共計	停經前期 < 40 歲	停經前期 ≥ 40 歲	停經中期	停經後期	停經後後期	手術停經
	N 7479	1190	766	927	375	1012	518
認為現在應該用	19.5	10.2	19.8	29.6	37.9	28.7	52.9
目前正在用	4.5	0.6	2.4	5.8	14.4	6.9	25.0
已中斷停用	5.0	2.3	4.0	5.5	7.4	9.6	15.6

資料來源：研究者 1997 年之中年婦女健康調查



三、使用女性荷爾蒙的原因

1997 年之中年婦女健康調查中，問及 25 歲以上婦女使用荷爾蒙與否的原因，結果不同停經階段使用荷爾蒙的原因不盡相同。停經前期四十歲以下使用荷爾蒙的主要原因有兩個：保持年輕（32.1%）與更年期不適（24.4%）。停經前期四十歲以上的理由主為更年期不適（39.7%）、預防骨質疏鬆（32.4%）與保持年輕（29.4%）。停經中期主要使用的原因為：更年期不適（48.1%）與預防骨質疏鬆（44.3%），其次是自然停經（24.1%）與保持年輕（22.8%）。自然停經的停經後期使用的理由是預防骨質疏鬆（50.7%）、更年期不適（53.6%）與自然停經（42.0%）。停經後後期的主要使用理由也是更年期不適（42.2%）、預防骨質疏鬆（38.8%）與自然停經（27.5%）。手術停經有八成多是因為手術停經而使用，三成是為預防骨質疏鬆，二成是因為更年期不適而使用。

而各個停經階段認為自己不應該用荷爾蒙的主要原因，各約有三分之一是因為覺得自己不需要。而其他的理由有停經前期四十歲以下的年紀輕（15.7%）與無疾病（11.7%），停經前期四十歲以上的沒有疾病（21.1%）與尚未停經（19.1%），停經中期的不瞭解荷爾蒙（13.9%），停經後期與停經後後期對荷爾蒙的負面評價（18.5%與 14.3%），以及手術停經的不瞭解荷爾蒙（17.9%）。整體而言，覺得使用荷爾蒙是違反自然的比率不及一成。

四、荷爾蒙使用前之相關檢查情形

依據國內藥典對雌激素(estrogens)使用的醫療提示（陳長安，1993），以及美國婦產科醫師 Love 所著書中對荷爾蒙使用的建議（Love, 1997），使用雌激素治療前須先多方面瞭解病人之病史，並作相關檢驗，使用最低有效劑量控制症狀，而長期治療時則要定期作子宮頸抹片以及立刻研究任何陰道出血。因此婦女在使用女性荷爾蒙補充治療前，醫師應先安排相關檢查，以確認婦女是否適合使用女性荷爾蒙。檢查內容包括婦科內診、子宮頸抹片檢查、乳房檢查、詢問家族疾病史、抽血檢查肝功能荷爾蒙、骨質密度測量、量血壓、量體重等。雖然女性荷爾蒙是否會引起子宮內膜癌及乳癌仍在辯證中，但站在婦女健康之立場，使用前之審慎評估乃是必要的。其中婦科內診、乳房檢查與家族疾病史詢問，皆是為了評估婦女是否有生殖器官惡性腫瘤或是乳房惡性腫瘤的可能性，以作為是否使用女性荷爾蒙的臨床評估。但是作者所調查的資料中顯示，實際上



不到三分之一婦女曾經接受過相關檢查，最常作的是婦科內診與子宮頸抹片檢查，家族疾病史的詢問不到一成，乳房檢查率更低只有 6.0%（表五）。顯見國內醫師在開列女性荷爾蒙處方時，並未對婦女做審慎之臨床評估，在女性荷爾蒙之副作用仍爭辯不休，醫師急速增加女性荷爾蒙處方率的情況下，婦女最基本之健康權益完全未受到照顧。

表五、女性荷爾蒙使用前之相關檢查情形（複選）

	停經階段 共計	停經前期 < 40 歲	停經前期 ≥ 40 歲	停經 中期	停經 後期	停經後 後期	手術 停經
	N 536	76	70	67	63	118	142
婦科內診	31.4	19.7	31.9	34.3	25.4	38.1	33.1
子宮頸抹片檢查	27.5	7.9	15.9	37.3	38.1	44.1	20.4
量血壓	20.1	18.7	13.0	14.9	23.8	27.1	19.0
抽血檢查肝功能、 荷爾蒙	18.1	14.5	14.5	23.9	19.1	18.6	18.3
骨質密度測量	14.4	1.3	7.3	13.4	15.9	25.4	15.5
量體重	13.3	15.8	8.7	11.9	17.5	17.8	9.2
問家族疾病史	9.7	11.8	10.0	16.4	14.3	7.6	4.9
乳房檢查	6.0	2.6	2.9	3.0	4.8	11.0	7.0
其他	2.8	9.2	1.5	4.5	3.2	0.9	0.7

資料來源：研究者 1997 年之中年婦女健康調查

五、荷爾蒙使用之副作用

1997 年的調查中，只有半數的婦女自述在使用荷爾蒙前醫師有告知副作用之相關訊息，但是其中有 21.0% 覺得醫師說的不清楚，6.9% 的人則聽不懂醫師的說明，另外有 21.0% 的婦女則是被醫師告知完全無副作用，特別是手術停經婦女被告知完全無副作用的比率最高（27.9%）。

在可能發生的副作用告知內容中，乳房漲痛、致癌危險、體重增加三者是最多被提及的，各約佔兩成左右。不同階段的副作用告知內容有所差異，停經前期婦女最多被告知的副作用是噁心嘔吐（31.0%）與乳房漲痛（27.6%），停經中期則是致癌危險（24.0%）與體重增加（24.0%），停經後期是致癌危險（37.5%）與月經不規則

(37.5%)，停經後後期則是月經不規則 (21.1%)，手術停經則是乳房漲痛 (26.2%)。

實際上發生副作用的比率是 35.0%，尤其停經前期、停經中期與停經後後期的副作用發生比率遠高於停經後期與手術停經。而使用後出血的比率除了手術停經很低外（可能是因為已切除子宮），其餘階段大約在四成左右，特別是停經後後期婦女，有半數在使用女性荷爾蒙後發生出血現象。發生出血現象的比率如此高，但卻只有半數的婦女事先知道可能會有此副作用，而有四成的人覺得為此而帶來生活不便。當再進一步探詢是否會因此而停止使用荷爾蒙時，27.9%覺得會，30.3%覺得不會，另有41.8%則是覺得要聽醫師的意見（見表六）。

表六、荷爾蒙使用後之副作用發生情形

	停經階段 共計	停經前期 < 40 歲	停經前期 ≥ 40 歲	停經 中期	停經 後期	停經後 後期	手術 停經
	N 463	70	59	58	57	101	118
發生副作用	35.0	41.4	42.4	41.4	26.3	36.6	27.0
	N 515	74	64	65	62	113	137
使用後出血	32.6	39.1	43.1	45.2	49.6	49.6	5.8
-事先知道	57.3	56.0	63.0	53.6	48.2	48.2	87.5
-帶來生活不便	37.2	28.0	37.5	38.5	44.2	44.2	28.6
-因而想停止使用荷爾蒙							
會	27.9	18.2	32.0	29.6	21.4	32.1	28.6
不會	30.3	22.7	36.0	33.3	35.7	26.8	28.6
不知道,聽醫師	41.8	59.1	32.0	37.0	42.9	41.1	42.9

資料來源：研究者 1997 年之中年婦女健康調查

對照於前述的副作用之醫師告知與副作用實際發生情形，有 24.9%的婦女中斷停用女性荷爾蒙的原因是因為怕致癌，16.4%是受不了副作用，16.7%是月經又來了。而斷續使用女性荷爾蒙的原因中，亦有 32.9%是因為怕致癌，7.3%受不了副作用，17.1%月經又來了。使用後覺得效果極佳的只有 13.9%，60.8%效果尚可，17.9%效果有限，



7.4%完全無效（表七）。只有一成多的人感受到女性荷爾蒙使用的效果很好，其他的人雖然不覺得效果好，但卻仍繼續在使用，或是因副作用的困擾而猶疑是否要使用。足見婦女在使用與不使用間，有許多擔憂與不安，對女性荷爾蒙使用的利弊訊息感到不確定。

表七、斷續或中斷使用荷爾蒙的原因

	停經階段 共計	停經前期 < 40 歲	停經前期 ≥ 40 歲	停經 中期	停經 後期	停經後 後期	手術 停經
斷續使用荷爾蒙的原因（複選）							
	N 90	5	8	15	11	18	25
覺得沒什麼效果	7.3	0.0	25.0	13.3	0.0	5.6	4.0
怕致癌	32.9	40.0	12.5	33.3	45.5	27.8	36.0
月經又來了	17.1	40.0	12.5	40.0	18.2	11.1	4.0
受不了副作用	7.3	20.0	0.0	0.0	9.1	11.1	8.0
中斷使用荷爾蒙的原因（複選）							
	N 281	62	41	34	23	62	41
覺得沒什麼效果	17.8	24.2	19.5	14.7	4.4	15.9	19.0
怕致癌	24.9	9.7	14.6	35.3	34.8	23.8	39.7
月經又來了	16.7	21.0	9.8	26.5	13.0	27.0	1.7
受不了副作用	16.4	19.4	22.0	17.7	4.4	11.1	19.0
治療後效果							
	N 525	77	65	68	63	107	145
效果極佳	13.9	14.3	18.5	10.3	15.9	11.2	14.5
效果尚可	60.8	49.4	52.3	66.2	68.3	58.9	66.2
效果有限	17.9	22.3	21.5	14.7	11.1	21.5	13.1
完全無效	7.4	9.1	7.7	8.8	4.8	8.4	6.2

資料來源：研究者 1997 年之中年婦女健康調查



六、媒體對荷爾蒙之態度

以漢珍公司之報紙標題檢索系統檢索 1996 與 1997 兩年關於荷爾蒙的報導，結果共有 83 則，1996 年有 26 則，1997 年有 57 則，有明顯增加之趨勢。

依據標題，將其分為四類：女性荷爾蒙補充的好處（40 則）、女性荷爾蒙補充效果的質疑（17 則）、男性荷爾蒙（9 則）、荷爾蒙的其他報導（17 則）。女性荷爾蒙好處的報導是女性荷爾蒙使用質疑之兩倍，而且標題用語聳動。強調使用女性荷爾蒙可以預防骨質疏鬆、預防心血管疾病、預防老人痴呆、改善皮膚、保持青春、促進性生活、只要配合黃體素使用安全性高等（見表八）。

而女性荷爾蒙使用質疑之 17 則報導中，有 9 篇是由醫師執筆，藥劑師撰寫的有一篇，三篇是國外醫學研究發現報導，四篇是記者報導國內消息（表九）。再作進一步之內容分析檢視時，會發現部分報導之意識型態仍是認為更年期必須要用女性荷爾蒙的。

「荷爾蒙之補充在更年期婦女是必須的。」<報導 4>

「有些婦女有停經的症狀，本來就需服用動情素。至於無症狀的婦女，則應與其婦產科或家庭醫師好好的討論，應不應該服用動情素了。」<報導 9>

「停經婦女因女性荷爾蒙缺乏會引起泌尿生殖系統功能衰退、骨質疏鬆、自主神經失調、精神方面變化等……，其實只要用簡單的荷爾蒙補充療法就能克服了。」<報導 4>

「應該接受 HRT 者：生育年齡層切除雙側卵巢者；已出現明顯的更年期短期症狀造成日常生活的不便，或進一步引致心理壓力者；仍維持且想繼續擁有規律的性生活的者；心臟血管疾病高危險者；骨質疏鬆症好發族群。」<報導 8>

「動情素是已使用多年，安全性高的常用藥，它在降低冠狀動脈心臟病即腕骨骨折的功效已早為大家所公認。如果也能治療治療、延緩或預防老年失智症，則對女性的老年失智症患者是一大福音。」<報導 9>

雖然標題為女性荷爾蒙使用之副作用，但對於副作用之論述仍持保留態度，認為尚未定論，只要再加上黃體素就不會致癌。



「女性荷爾蒙增加黃體素合併使用的荷爾蒙補充療法，不但不會增加子宮內膜癌的發生機會，反而有保護作用。另外也可同時減少卵巢癌。至於女性荷爾蒙與乳癌的關係迄今一直爭論不已，目前並無定論。乳癌的發生有所謂的高危險群，最重要的危險因子包括……，女性荷爾蒙並非乳癌的危險因子。」<報導 4>

「停經後進行荷爾蒙替代治療的女性發生血凝塊的危險性相對增高，但限於治療後的第一年。」<報導 10>

「為了降低這種危險性，使用動情激素的婦女每個月至少有幾天亦服用黃體激素，以抵消動情激素的副作用。」<報導 12>

即使在報導荷爾蒙會催化乳癌時，亦未提及女性荷爾蒙補充治療是否是危險因子。

「荷爾蒙催化癌細胞，婦女罹患乳癌比率升高：研究結果發現，荷爾蒙是乳癌細胞的催化劑。..親自哺乳者、生產多於兩胎者、停經後者，罹患乳癌的機率比一般人低。」<報導 13>

而對女性荷爾蒙使用之副作用持肯定立場的，皆是國外醫師撰寫的文稿<報導 2-3>，與外電醫訊之報導<報導 10-12>。而在記者報導國內消息的四篇文章中，第 14-16 篇是關於健康食品是否摻加女性荷爾蒙，第 17 篇是衰老診所調整荷爾蒙預防衰老之報導。在這四篇報導中，醫師皆一致地表示對女性荷爾蒙使用安全性的質疑。

「醫師懷疑這些健康食品可能添加女性荷爾蒙，長期食用可能導致罹患許多婦癌。」<報導 14>

「缺乏荷爾蒙是婦女老化的主因，補充女性荷爾蒙是目前醫學上唯一證實抗老化的療法。但是值得憂心的是，如果一味給予女性荷爾蒙，而沒有補充黃體素，卻可能造成罹患子宮內膜癌、子宮肌瘤、子宮腺瘤等婦科癌症。」<報導 14>

「荷爾蒙聽起來像是不老仙丹，但值得注意的是在專家眼中，它是藥物的一種，該不該吃？該怎麼吃？最好還是聽從醫師意見。」<報導



16>

「效果如何醫界普遍質疑，研究內分泌的××醫師表示荷爾蒙濃度沒有數值標準，如何判定異常；防老根本之道在於預防疾病、保持飲食均衡、適度運動、吸收保健常識。隨意注射荷爾蒙會產生副作用，使分泌該荷爾蒙的器官漸漸萎縮，例如：有些更年期男性注射男性荷爾蒙，睪丸便會失去功能。××醫院中醫部婦產科醫師表示，人體中部分的荷爾蒙會隨時間、情緒改變，無法找到標準值。」<報導 17>

只有藥劑師<報導 1>以及幾位國內婦產科醫師的撰文中<報導 5-8>，提及女性荷爾蒙的使用禁忌、使用前評估、使用後注意事項，並提及飲食、運動等其他健康促進生活型態的重要性。藥劑師的撰文中更強調藥劑師在女性荷爾蒙使用上，應善盡之書面與口頭之告知責任。

整體而言，在女性荷爾蒙的報章報導大量刊載使用的好處，對於使用後可能帶來的副作用甚少持肯定的態度，而對使用的禁忌、使用前的檢查與使用後的定期監測，更是極少提及。話語中傾向婦女要應該對自己適不適合用負責，而非醫師應該審慎評估婦女適不適合用，相較於藥劑師的撰文中對自我藥劑師專業責任之強調，並未見醫師使用女性荷爾蒙藥物的同儕規範。

「對於××醫師的說法，國內其他婦產科醫師多半表示，由於他們治療停經婦女時不會抽驗血液，所以並沒有發現此一現象。」<報導 14>

「我們建議需接受或想接受荷爾蒙補充療法的婦女應主動請教醫師，看看自己是否為乳癌或子宮內膜癌的高危險族群，如果不是就可以安心的接受荷爾蒙補充療法了。」<報導 4>

「更年期女性必須從自身的生理機能，包括心血管狀況、骨質狀況、荷爾蒙情況及對短期症狀負荷程度有充分的了解，並參考衛教資料，即醫師的意見，作全方位的考慮後，再作決定。其次，對於荷爾蒙藥物的選擇包括種類、劑量、使用方式、服藥期限也應有充分的了解。」<報導 7>



表八、荷爾蒙補充的好處 (85 年 15 則, 86 年 25 則)

報 紙 標 題

預防骨質疏鬆

荷爾蒙防治骨質疏鬆，一兼二顧，摸蛤兼洗褲

預防骨質疏鬆加鈣有要領，醫生提醒須同時補充女性荷爾蒙以利人體吸收

中年婦女應多補充女性荷爾蒙，可延緩皮膚長皺紋、乳房下垂、及降低骨質疏鬆症發生率等

補充女性荷爾蒙儲存骨本也防止心臟病

預防心血管疾病

補充女性荷爾蒙儲存骨本也防止心臟病

服用雌激素可防杜中風

更年期使用荷爾蒙能有效降低膽固醇

荷爾蒙補充療法遠離心血管疾病

荷爾蒙療法可降低心臟病復發

荷爾蒙對心臟有益

預防老年癡呆症

治療老年痴呆曙光乍現，女性荷爾蒙居然有不錯的效果

補充荷爾蒙防痴呆

服用雌激素預防老人癡呆症

動情激素預防老人痴呆

動情素記憶大補丸

動情激素防失憶

改善皮膚

注射雌激素停經婦女膚質改善

荷爾蒙療法根除難治青春痘

動情激素減少皺紋

中年婦女應多補充女性荷爾蒙，可延緩皮膚長皺紋、乳房下垂、及降低骨質疏鬆症發生率等



續表八、荷爾蒙補充的好處（85年15則，86年25則）

報 紙 標 題

保持青春

荷爾蒙助妳活得有力

荷爾蒙讓停經女人美麗

荷爾蒙補充療法讓妳更年期表現得更年輕

老化與荷爾蒙

促進性生活

女性更年期來一劑男性大補帖，適度補充男性荷爾蒙可改善更年期不適症狀並增加性趣

荷爾蒙新藥核准進口，更年期婦女有「性」趣

心理影響

動情激素治產後憂鬱

研究發現動情激素確能影響心情

其他好處

雌激素使女人更長壽

停經婦女補充荷爾蒙遠離白內障

雌性荷爾蒙可能可以治禿頭

服用荷爾蒙降低22%死亡率，解除80%停經症候群

荷爾蒙，更年期婦女的仙丹

更年期症候群，停經後可補充動情激素，改善更年期婦女不適症狀

使用安全性

荷爾蒙補充治療須醫師指導配合黃體素使用安全性高，是否會致癌迄無定論

提升停經後生活品質，減低子宮內膜癌風險，須合併黃體素使用

使用時機

更年期服用荷爾蒙的時機

卵巢切除後必須補充荷爾蒙

大量出血可服用黃體素

停經之後又來經...黃體素不停藥可免除不方便

補充荷爾蒙，妳的症狀該怎麼治療

補充荷爾蒙婦女抗衰老，製劑種類、藥量多寡應聽從醫師指示使用



表九、荷爾蒙補充效果的質疑（85年4則，86年13則）

標題名稱	報導者
1. 女性荷爾蒙的副作用	藥劑師
2. 服用雌激素增加乳癌危險	婦產科醫師*
3. 荷爾蒙療法增加乳癌機會	婦產科醫師*
4. 荷爾蒙補充療法會致癌嗎？	婦產科醫師
5. 荷爾蒙補充療法的禁忌	婦產科醫師
6. 使更年期婦女更健康！？	婦產科醫師
7. 是否補充荷爾蒙因人而異	婦產科醫師
8. 自我評估—誰需要補充荷爾蒙	婦產科醫師
9. 治療老年癡呆症服用動情激素	神經內科醫師
10. 荷爾蒙療法第一年危險性高	記者外電
11. 更年期婦女吃荷爾蒙時不喝酒	記者外電
12. 使用動情激素要慎重	記者外電
13. 婦女罹患乳癌比率升高荷爾蒙催化癌細胞	記者
14. 青春的代價可能是癌症上身，醫師懷疑部分抗老化健康食品摻女性荷爾蒙	記者
15. 何種健康食品摻荷爾蒙，衛生署要求醫師通報	記者
16. 美美的荷爾蒙會作怪	記者
17. 荷爾蒙真是抗衰老良藥？對診所宣稱注射荷爾蒙的神奇療效部分醫生持保留態度	記者

* 國外醫師執筆之報導

七、醫病互動實例

以兩位中年婦女使用荷爾蒙之經驗，對照呼應上述之調查結果。A女士回憶其與婦產科醫師討論是否使用荷爾蒙的過程，說道：醫師認為她已屆該用荷爾蒙的年齡，所以需要。當她問及是否需要作一些檢查再作決定時，醫師則告知：「只要看外觀就知道妳需要用，妳放心，醫師作什麼都是為妳好的。」A女士在半信半疑下不敢服用，

待一個月後再返回門診時，醫師主動問她用得如何，讓她覺得盛情難卻，因此決定嘗試使用。但是心中還是很害怕，不知副作用是什麼？有趣的是，一旁候診的病人發現醫師開女性荷爾蒙給她，反而也主動要求醫師開這個藥給她們。此現象反映出「醫療化」之形成絕對不是單方面所能營造的，必是醫師與民眾互動下的結果。至於旁人主動要求醫師開處荷爾蒙的插曲，其內在機轉則需進一步研究。

另一位 B 女士，則是在進入更年期時出現多種身心不適之主訴，周旋於多元醫療體系間。短短一年的時間，尋求過西醫體制的婦產科、心臟科、神經科、精神科、家庭醫學科等科，中醫的中藥、草藥、針灸，以及推拿、指壓、求神問卜等民俗療法，此外健康食品、有機食品、營養劑等健康主義訴求之消費性產品。在西醫體系的詢診中，醫師皆直接開列鎮定劑與女性荷爾蒙處方。除婦產科外，其餘專科的醫師先是否認個案的問題是更年期的問題，各自針對其專科作檢查，再就其主訴開列緩解處方，但既查不出個案產生不適的原因，問題未獲得改善。最後則紛紛改口其為更年期的問題、個案自己心理的問題，轉而開女性荷爾蒙與鎮定劑處方，甚至將病人推介至精神科，但精神科依舊複製此流程，又徒增一個「憂鬱症」之診斷。除了某一位家醫科醫師未開列女性荷爾蒙處方外，所有上述科別的醫師皆開列女性荷爾蒙處方。但所有開列處方之醫師皆未做荷爾蒙之相關檢查以評估個案是否適合使用，僅有一位婦產科醫師在個案表達其對女性荷爾蒙副作用之不安後，開列相關檢查。而臨床門診匆促，醫師對女性荷爾蒙之告知幾乎沒有，個案唯一能獲取之資訊為藥商放置於醫院之女性荷爾蒙宣傳品，文宣上強調女性荷爾蒙之神效，能解決更年期之疑難雜症，安全性無虞。而 B 女士從同齡之女性親友處，獲得對女性荷爾蒙之兩極反應，一方說法是認為用了很好，另一方說詞是認為長期使用會致癌。個案在長期倍受身心不適困擾下，戒慎恐懼嘗試使用之，但卻因受不了副作用而停止。

兩位婦女之荷爾蒙使用經歷，對照於前述之婦女健康調查結果，呼應了婦女對使用女性荷爾蒙之擔憂，以及醫師對荷爾蒙使用之草率與輕忽，既未有使用前之審慎評估，亦未澄清婦女對荷爾蒙副作用之疑慮，甚至以「年齡到了」、「看起來就該用」作為需要使用荷爾蒙之理由。而各科醫師都在開列荷爾蒙處方，凡是年齡已屆停經，反應於各系統之問題無法被各專科解決時，最後皆會遭致荷爾蒙之處方。各科醫師對荷爾蒙效果之迷信，類同於過去醫界對類固醇之看法，但類固醇仙丹神效外所伴之弊端已獲得諸多驗證，女性荷爾蒙卻正在複製其模式。而婦女獲得資訊之管道有限，唾手可得的盡是大肆渲染之藥商廣告，以及偏剖之媒體報導，婦女在此處境下，不是迷信女性荷爾蒙之仙

丹神效，即是身陷於混淆資訊中而不知所措。

八、婦產科醫師訪談

研究者訪問兩位婦產科女醫師，一位來自大陸年齡 60 歲，另一位是台灣本地醫師 46 歲，兩位皆任職於中型醫院之院長。她們在四十歲以後開始進入更年期，台灣籍女醫師談及若她面臨無法解決之疾患時，會建議病人也採用中醫同時調理。她侃侃而談自己用針灸止痛分娩的經驗，那個經驗使她覺得更年期除了西醫之外，尚其他的處理方法，例如首先改變生活型態，再針灸，非必要則不要用女性荷爾蒙。再進一步探詢其餘男性同事對使用荷爾蒙之態度時，她說道資深醫師（年齡六十歲以上）較審慎開荷爾蒙處方，但年輕醫師則相當積極開出處方。而她對荷爾蒙之審慎態度乃是受到一場演講之影響，1995 年在台北舉辦之第三屆泛亞地區婦產科身心醫學研討會（Van Hall, 1995），一位荷蘭學者醫師即提醒更年期醫療化的情形，但該場次聽眾寥寥無幾，瞭解什麼是醫療化意涵的醫師並不多。

第二位婦產科醫師為來台訪問之大陸醫師，其指出大陸的婦產科經常是中西藥合併使用。當研究者問及其對荷爾蒙處方之看法時，她指稱目前此類藥物在大陸仍稀少也較昂貴，因此醫師並無法多開處方。但她於十年前赴美國研究訪問，因此自覺人過五十即需補充女性荷爾蒙，而請在美親友提供。但一星期只服用一顆，並非以體內荷爾蒙指數作為劑量之準則，認為指數不可靠，因而乃是憑藉個人的感覺。就中醫立場而言，因個人體質不同其需求也大相逕異。反觀西方醫學專業訓練要求一致化的處方，其實在荷爾蒙的使用上仍有很大的空間需要探索。

討 論

一九七〇年代美國的婦女健康運動促使婦女研究學者檢視醫療體制的性別偏見與歧視現象（Boston Women's Health Collective, 1973, 1992；Tarvis, 1988；Doyal, 1997）。而「醫療化」(medicalization)的議題也益形重要，如何避免過度「醫療化」造成對婦女的傷害，需要有更多研究提出問題並找解決方法。以下將討論在我國「更年期」究竟是否被「醫療化」？



一、台灣婦女的更年期有沒有被醫療化？「更年期」的「醫療化」已形成了嗎？

1. 女性荷爾蒙使用率是醫療化的指標

女性荷爾蒙之使用趨勢可從兩個層面探究，一是藥商之藥品成長率，另一是民眾使用率。本研究從後者切入，結果 1991 年至 1997 年間婦女之荷爾蒙使用率有明顯大幅上升的趨勢，此可作為更年期逐漸被醫療化的指標之一。

2. 婦女對更年期是病的態度

雖然絕大多數的中年婦女咸認同更年期是自然的生理現象，但婦女對更年期是不是病，呈現矛盾與困惑的現象。短短五、六年，婦女對更年期不適處置的態度大幅轉變，從自然取向，轉而傾向使用女性荷爾蒙，尤其是停經前期的變幅最大。研究結果顯示婦女對「更年期」的處理方式，面臨自然論與醫療化之兩難中。

3. 醫師的參與

由報章媒體資訊分析的結果，「更年期醫學會」與「中年婦女保健協會」的成立，不難發現醫師對更年期的興趣。更年期開始充斥醫學用詞，例如更年期症候群、熱潮紅等，醫師亦開始大量開列女性荷爾蒙處方，然而哪些醫師可以開荷爾蒙的處方？婦產科、家醫科、內科、骨科？在本研究中並未分析各專科開列荷爾蒙處方的情形，因為我們知道台灣婦女求醫是多元化的，在這中間有沒有一些不同科別的問題，我們也看到美國研究指出（Kaufert & McKinlay, 1985；Love, 1997）：七 0 和九 0 年代的相較：婦產科開藥激增，內科、家醫科反而減少，Coney(1994)指出過去多為家醫科或內科醫師處理中年婦女疾病問題，婦產科醫師是因為荷爾蒙使用才有機會介入更年期的議題，這是醫學專業分工競爭的結果，但是不是真正照顧到婦女的健康，則仍須探討。

醫師對雌激素的擁護程度遠超過婦女們，Garton(1995)的研究發現有 14% 停經前期以及 41% 停經後期的美國婦女，會使用過荷爾蒙，其中 30% 的婦女並未遵照醫囑調劑，而調劑的婦女的中有 1/5 在九個月內停止服藥，其餘 4/5 則時服時停。其未遵醫囑的原因是：服藥後感覺不舒服、體重增加、憂鬱、出血等副作用，或是覺得耗費金錢、怕致癌、不喜歡服藥、不認為應該服藥、沒有症狀不需要服藥等。

4. 媒體是否有推波助瀾？

本研究限於報紙之電子檔案只有近兩年，無法與五年前的情況作比較，但短短兩年即可看出有增加的趨勢。在本研究之結果中，的確呈現媒體對 HRT 利弊報導明顯地偏頗，亦發現媒體只是醫療專家之公器，醫師撰文佈道荷爾蒙之好處，或是記者報導醫師

之研究或說詞，散播女性荷爾蒙處方的優點。即便是提及動情激素的缺點，亦附加但書合併使用黃體激素可降低癌症的發生，這類說詞充斥於報章書籍之文章中。但黃體激素雖有其利亦有其弊，它雖能抑制部分的致癌性，但也同時抑制動情激素對心臟的保護作用，還會有出血、情緒改變、嗜食、抽筋等副作用（Rother et al., 1990）。

在分析 1996 與 1997 兩年的媒體報導時，發現在健康食品摻雜女性荷爾蒙，以及老化門診之荷爾蒙抗衰老治療兩事件中，大型醫院醫師紛紛指責其安全性與合法性，並以使用女性荷爾蒙之弊端鞏固其論點，箭頭都指向應該要找正統的醫師。對照於先前的論點，其實醫師對女性荷爾蒙使用之立場是搖擺的，重點並非使用的利或弊，而是「誰」是「健康處方」操控者之專業競爭。

而在研究者 1991 年的調查中，只有一半左右的婦女感覺停經後有身體上的改變，在有改變這群婦女中，有 56% 感受到正面改變，覺得行動自由、很輕鬆；而有 34% 則認為身體狀況變差、毛病多。但報章報導不斷地強化身體變差，即使衛生署最近也為骨質疏鬆而強調用荷爾蒙好處，強化婦女對健康衰退的恐慌。

5. 醫病溝通

Zola(1972)對醫療化的註解是日常生活事件被賦予醫療詞彙與意義，而 Bell(1987)則認為醫療化是醫婦雙方互動下所促成，婦女開始與醫師討論，醫生願意聽，且認為與婦女討論是他的責任。而研究結果亦發現婦女對更年期的信念，愈來愈接受它是一種病，需要看醫師、吃藥以及荷爾蒙處理，這樣子的互動結構中，可以看到目前在台灣更年期有逐漸被醫療化的傾向。

研究調查的結果中呈現醫師告知之不足與偏頗，以及婦女對資訊的混淆與矛盾，而醫病溝通問題的解決之道並非是交由婦女主動。假如我們認定醫師是一個專業的領域，醫學是一個專業化的行業，就應該有它的倫理與管理（張荳雲，1998），今天我們卻看到醫病溝通中間的含混，在過去對子宮切除的研究中發現（張珣、張菊惠、胡幼慧，1997），醫師只告訴病人子宮切除的好處，和不切的壞處。今天在使用女性荷爾蒙的議題上又看到雷同的結果；不少婦女中斷使用，或因副作用而不用，而在使用之初卻未被提出討論過。醫療專業擴張的結果並沒有真正保障婦女的健康，被質疑是否為醫療、金錢的得利。甚至 Love(1997)指出有許多人提及為能在無致癌疑慮下用荷爾蒙，而在更年期後切除子宮。但目前的許多醫學討論中根本是沒有被重視的，即使是在美國，婦女也開始依照醫師的要求將更年期視為疾病，使用荷爾蒙補充治療，婦女被醫師告知需終生服用藥物以緩解不適。在更年期門診中，個人病歷有載明婦女使用荷爾蒙的改善情形

與優點的表格，卻未有表格供與醫師紀錄荷爾蒙使用後發生的副作用，也未要求醫師紀錄與病人間的討論對話以及病人的反應。荷爾蒙使用的醫病溝通呈現不對等與不足的現象 (Love, 1997) 。

6. 藥商是否在促銷？

荷爾蒙藥物從口服、外塗到貼劑，產品日益多元與蓬勃發展，不過本研究並未針對藥物作深入探究，留待日後之研究再繼續探討。但在 B 女士的訪談中，談及其對醫院拿取之女性荷爾蒙文宣品的感受，內容宣稱無副作用、效果神奇，在閱讀後會有想一試為快的衝動，而此文宣品乃由藥商所製作。藥商的產品促銷宣傳品當然不會說自己的藥不好、效果有限，但婦女在資訊來源有限的情况下，僅獲取單方面說詞之訊息，產生對女性荷爾蒙之迷信，甚至不明就理地主動要求醫師用 (如同 A 女士所言)。女性荷爾蒙的過度使用，是否是醫療工業複合體下的產物？女性荷爾蒙使用逐漸盛行，究竟是供給誘發需求？或臨床上真有此需要？或亦是更年期婦女的需求？是值得再進一步研究探討 (Coney, 1994) 。

二、醫療化與去醫療化(demedicalization) (Fox, 1977 ; Goldstein, 1992)

當發現醫學知識充滿性別偏見與歧視，醫療措施充斥不少錯誤方案，醫療體制亦多以科技霸權為主，忽視女性主體需求的設計，是否便不要醫學了？不看病是否「醫療化」便不存在了？以目前科技發展的趨勢，並無法完全阻止「醫療化」的發生，甚至在醫療落後地區仍希望有更多醫療服務與設施。但是必須明確瞭解「醫療化」的利弊影響，才能決定什麼是所謂的「過猶不及」。

而「醫療化」(medicalization)指的是「過度醫療化」(over-medicalized)，「去醫療化」(demedicalization)並非意指不要醫療，而是「減醫療化」的意涵，在中英文名詞之翻譯上易有誤解之嫌，因此研究者建議未來使用「減醫療化」一詞可能較易懂。醫療社會學家提出「醫療化」這觀念，主要在於它的批判性，醫療化是醫學過份擴張權力與權利面向，侵入非醫學之生活領域的結果。雖然醫師不自覺，卻理所當然掌握各種資源 (take for granted)，操控(dominance)與其他專業間的關係。而醫病互動時，無論是在概念層次或制度層次，皆可觀察到「醫療化」的呈現，用醫療詞彙界定問題，某些議題自然而然地會被劃入醫療領域中，只以醫療的觀點看問題。醫療化概念特別突顯出醫師界定疾病的權力，和對醫療照顧者的壟斷力 (張荳雲， 1998)。目前醫學教育中，並無



「醫療化」觀點與「醫源病」之介紹。因此，有必要在醫學教育中加強這方面的概念，以避免「醫療化」中所提的過份醫療現象的呈現。

我們需要「去醫療化」嗎？這個問題非常難以回答，經濟落後與疾病叢生的地區，的確需要適當的醫療照護來改善，但當醫療照顧改善到某個水平時，醫療專業權力擴張至生活層面，就會被質疑是否適當。所以並非不要醫療，也不是否定醫療帶來的好處，而是不要過多的醫療化(over-medicalized) (Fox, 1977)，不要濫用醫療。在醫療科技不斷地發展下，醫病互動顯得相當重要，假如婦女本身不覺察，很容易便落入「醫療化」的陷阱中。因此也唯有積極推展婦女健康運動，讓婦女擁有知的權利，有作決定的權利，監督政府管理，並被提供多元的保健，才能減少「醫療化」所造成不當的傷害 (Goldstein, 1992)。

目前「醫療化」已被已開發國家視為一負面現象，因此需要「去醫療化」，目的為追求醫療品質、減少醫療浪費。台灣在 1997 年才開始有十家醫院合作，準備著手研究我國婦女女性荷爾蒙處方應採用多少才合適，但同時又出現在一般門診中，許多醫師告訴婦女朋友們要一輩子使用女性荷爾蒙的說詞。這些現象在在反映出醫學教育和研究以及臨床醫師間的隔閡，甚至是藥商不斷對醫師促銷所致，亦可由研究者對兩位女婦產科醫師的訪談獲得呼應，所以我們需要「去醫療化」。「醫療化」與「去醫療化」間的平衡點取得，需要藉助婦女健康運動與婦女健康政策，明確規範什麼情形可以使用荷爾蒙，決定用荷爾蒙之前須作哪些檢查工作，是否配合有其他生活型態的改變。以此結果提供加強醫學教育與在職進修。主要由於在醫療專業的訓練過程中，醫師被訓練一定要治療病人，所謂給一些處理「doing something for others」，甚至在醫學史中標示過去是「醫」，是用巫術治病，現在則為「醫」用藥劑提煉藥來治病，醫療只侷限於用藥，是過份狹窄。在醫者與民眾之知識、權力落差下，最後終至落入 Illich(1976)所提出的醫源病，此社會偏差之概念除了發生於臨床層面外，更甚至深入影響社會與文化層面，而醫者與民眾卻往往不自覺。

國內在這方面探討非常少，除胡幼慧(1995, 1997b)外，只有林國明(1997)探討醫師專業化與台灣保險體系、國家權力企圖獨斷地支配醫療專業的經濟利益，但國家權力卻又無法控制醫療專業對臨床工作內容的恣意性決定能力。本研究則嘗試對「醫療化」進行初步驗證的工作，期盼有更多學者與實務工作者注意此嚴重且重要議題。

三、更年期與停經期名詞的釐清



在台灣，更年期與停經期名詞常被混為一談，不單是坊間媒體之使用混淆，連醫學學術研究報告亦呈現中英文二詞不一致的現象（廖慧英 & 龔文淑，1991），使用中文的「更年期」，但英文卻是「menopause」。在國外，從事停經期研究之學者，亦有感於停經期分類定義之百家爭鳴，有 menopausal, premenopause, perimenopause, artificial menopause, climacteric, menopause transition, post menopause 等。1976 年於法國舉行的第一屆「國際停經研討會」，即對此展開爭辯，會中達成之共識為：「停經期」乃是指經期的最後一段期間，而「更年期」是老化過程階段中從生育期至不生育期的過渡期，不必然與症狀有關。但定義之論戰仍方休未止，WHO 之停經研究小組於 1981 年特別對停經期下定義，即因為卵巢或濾泡功能喪失而導致之永久性月經終止，並將其分為 pre, peri, post 三類，但將 perimenopause 視為與 climacteric 同義之詞（Voda, 1997）。1985 年在芬蘭 Korpilampi 舉行之「社會科學與醫學研討會」，亦舉行一場停經期工作坊，會中對停經期之分期取得共識（Kaufert et al., 1986），此亦即本文所採用之分類架構。但 WHO 在 1996 年的最新技術報告中(Technical Report 886)，則將 climacteric 自定義中刪除（Voda, 1997）。即使如此，十年後的今天，相關學者仍持續對停經/更年期之分類有所爭辯。而在我國醫界採用較籠統屬生活層面的「更年期」去說明原本只是停經階段的身心變化，仍屬誤導民眾將「更年期」醫療化。

建 議

本研究的出發點是以女性主義觀點，檢視國人在「更年期」此與婦女健康有關議題上，是否存有「醫療化」的現象，結果發現的確已開始有此傾向，且令研究者擔心有愈來愈嚴重的趨勢。以意識覺醒(consciousness raising)、個人便是政治(personal is political)、充權(empowerment)和姊妹情誼(sisterhood)等女性主義行動觀點面對醫療保健系統時（Boston Women's Collective, 1992；Lorber, 1997），特此提出我國亟需有婦女健康運動的行動、婦女健康網絡的建立、以及婦女健康政策的擬定三項建議。

一、我國需要婦女健康運動

醫療人類學家在泛文化研究中提出因人、因文化、因地，而對更年期的現象有不同的詮釋（Lock, 1991；Davis, 1989），個人對疾病與健康的看法並不是這麼容易全然接受西方醫療的解釋，或多或少每一位女性對自己的身體、身體變化與她生活的關係和

發生的困難，都有一些自己的解釋，這可由所用的字彙、詞語一窺究竟，也需由婦女本身去理解自己眼中對疾病的定義與處理方法。但隨著時代社會的變化，不少資訊的普及，有些觀念被生活化卻不自覺，因此需要提供清楚的觀念，去釐清是否由社會權勢既得者所訂出的方案。而醫療社會學與人類學學者提出建構婦女被「醫療化」的相關條件有二，在醫療方面，此生活現象它必得引起醫療界興趣，組織也接受了，同時具有一些醫學賦予的意義；在婦女方面，也必得相信、願意接受這觀念。因此婦女本身也必得要有充分健康觀點，才能對應此強勢的「醫療化」文化。因此充分資訊，以及婦女本身經歷更年期或採用各種養身保健方法的經驗分享，甚至明瞭醫療體系中因存有權力關係與對性別的歧視現象，醫病溝通中醫師權威的陷阱，而導致婦女們被誤導，都需以積極方式呈現。

而針對目前國內外對中年婦女的健康研究多著重在更年期荷爾蒙治療(HRT)的療效，陸陸續續發表的文獻更多是不斷驗證 HRT 的好處與壞處，對於中年婦女健康和生生活型態的研究僅數十篇，泰半是提及抽菸、喝酒等不健康行為如何影響「停經」事件 (Schmeiser-Rieder, Schoberberger & Kunze, 1995)，對於積極的健康行為如運動，僅是強調運動的重要性，卻忽略提供女性一具可近性、有效性的運動目標或行為 (Guthrie, Smith, Dennerstein & Mores, 1994)。許多中年婦女其實覺察到自己可能面臨的「停經」生活事件，卻很少被告知或被提供相關的協助 (Avis & McKinlay, 1995)，有的醫生雖明瞭中年婦女的部分健康變化情形與更年期或有關係，卻並未清楚的告知或解釋；有的醫生則是對婦女在使用荷爾蒙的訊息未給予正確的訊息。更多的醫生對於更年期停經不適與其他生理不適並沒有很明確的定義，對女性的健康也有相當的影響。

由於西方國家女性主義對婦女健康的重視，也喚起國內對女性健康議題的關注，但在以男性為主流的醫界，仍多從醫學觀點看待婦女健康，廣度與深度皆不足。目前中年婦女最關心的焦點是更年期保健，但卻被侷限於荷爾蒙使用的狹隘議題內。對於荷爾蒙使用，研究者基於公共衛生預防醫學的觀點，除非建立女性對自我健康的重視、充分資訊與自己健康自己掌握的前提下，在獲得醫師充分告知藥物的影響及個人評估後，再決定是否使用荷爾蒙，才是具有女性觀點之健康教育 (Whatley, 1985 ; Lorber, 1997)。因此婦女健康運動的初步是鼓勵婦女說出自身的經驗，成立經驗分享團體；此外覺察自己真正保健所需而提出來。其次則是明瞭權力關係造成的醫病關係之強弱勢，學習如何溝通作決定，而這做決定的過程便是打破權力關係的初步。接下來便是集結團體力量，檢視相關健康政策，始能真正有一合乎婦女所需的合理健康政策。



二、婦女健康網絡的建立

美國華盛頓的美國婦女健康網絡成立於 1970 年初，除為婦女健康議題把關外，亦擔任國會遊說團體，經常發布相關健康資訊，使成爲一資訊中心(clearinghouse)。例如該團體於 1993 年即會對合併女性荷爾蒙和黃體激素提出警語 (NWHN, 1993)，指出它：(1)並不能預防老化消除皺紋；(2)亦無法治療尿失禁；(3)也不能減少心理問題；(4)更無法增進性慾或性需求；(5)也質疑其預防心臟血管疾病的可能。同時明確提出有女性荷爾蒙的使用禁忌，以及可能會產生的副作用。它特別強調婦女在接受荷爾蒙治療前，需有一完整且全面性的健康檢查，瞭解個人與家族的醫療史、乳房與骨盆腔婦科詳細檢查、肝膽與心血管疾病檢查等。

除此之外，預備使用女性荷爾蒙之婦女亦必須知道：(1)若不用荷爾蒙，可以爲自己做些什麼？有另類療法嗎？(2)使用荷爾蒙之前有哪些醫療評估或檢查要做？(3)使用荷爾蒙對婦女本身目前的身體健康有任何矛盾或衝突存在嗎？(4)爲什麼醫師開此處方予妳？妳有骨質疏鬆的傾向嗎？妳有很嚴重的不適感嗎？妳曾試過其他自然養生方法因應更年期嗎？(5)治療過程多長？劑量爲何？劑量是否盡可能最低？若妳是手術造成停經才使用荷爾蒙，劑量是否會隨自然老化而逐漸減少？(6)需增加哪些醫療檢查？多久回診一次？而追蹤乳房病變的乳房超音波，是否會對乳房組織產生不良影響？(7)未來醫療可能的花費？此外，也呼籲婦女應隨時記錄自己不適之生理變化、症狀與求醫情形、醫師處方、醫療使用狀況，因爲只有婦女本身才是最瞭解自己身體變化情形的人。也唯有如此才能有所依據而得以充分與醫師或專業人員討論，避免流於一味的盲從，導致最後的不信任與失望。

Rosenberg(1993)於美國公共衛生學刊也撰文呼籲女性荷爾蒙使用要三思，應同時由危險傷害性與治療獲益性兩方面考量評估使用的必要性，任何報導若只強調單方面則是缺乏客觀性。顯示荷爾蒙使用已經成爲公共衛生關心的議題。反思台灣的媒體報導以及醫師在開列荷爾蒙處方前的告知內容，傾向報告荷爾蒙之好處，對可能之危險傷害性若非絕口不提，即是輕描淡寫地帶過。我們則更需要積極建立網絡。

目前醫學研究在藥效評估上多半是採 3-6 個月治療效果改善情形，並無法查知長期副作用影響，或可能因此引發的其他疾病，即使美國藥物食品檢驗局(FDA)做過不少事前評估，但也承認女性荷爾蒙藥物使用上有很大的疏失。因此其健康研究中心(NIH)自 1995 年開始補助進行爲時十三年的長期追蹤研究，目的即在回答前述疑惑，究竟使用

女性荷爾蒙對女性健康長期影響為何。我國目前也正在進行十大醫學中心賀爾蒙劑量對我國婦女使用適合度的兩年研究，也都反映出資訊需不斷修正，但至少目前為止尚無「仙丹」存在，因此必得小心評估利弊得失，而非盲目使用。

網絡的建立需有許多專業共同的參與，美國加州大學洛杉磯分校的婦產科醫師 Susan Love 即投身於提供婦女明確資訊的工作上，也質疑不當醫療的處置。Love(1997) 指出若更年期是一種荷爾蒙缺乏所造成的病，則不妨仔細想想，假如更年期真是雌激素缺乏的病，醫師應公布男性也有類似的疾病，因為男性在中年期以後也會有男性荷爾蒙分泌減少的現象。但事實上，男性荷爾蒙的改變在醫界被視為自然發展的生理變化，他們有青年期、成年期、老年期，但卻將婦女的自然發展階段視之為疾病，年輕時的月經階段有經前症候群、經期不適，生育階段有產後憂鬱症，或是許多與月經連結的習俗，而到中老年時更年期又是一種疾病。所以女性似乎沒有自然發展的階段，她的成長史充斥著經痛、經前症候群、不孕、產後憂鬱與更年期雌激素缺乏症等疾病。甚至婦產科的教科書中對更年期的定義是女性無法再生育(failure to reproduce)，或是卵巢無用、萎縮。甚至在 18、19 世紀，男性還認為停經的婦女就不應該有性，不可以有性慾的感受，因為她們沒有生殖能力，也不應該有性。其實全屬人為建構、社會建構的結果 (Love, 1997)，而醫療體制的性別歧視也源於此。

相關資訊又如一項針對澳裔婦女所做的停經研究 (Dennerstein, Smith, Mores, Burger, Green, Hopper & Ryan, 1993) 指出：許多被歸因為更年期不適的主訴與荷爾蒙的改變並沒有關係，更年期不適主訴較少的婦女有較高的自評健康分數、較少慢性疾病、過去也較少出現經前症候群、不抽菸、每週最少運動一次、對老化和停經持正向的態度，所以停經應該是受婦女整體的健康和生活所影響。許多醫師建議服用荷爾蒙以預防更年期停經後的骨質疏鬆與心血管疾病，但是追本溯源探究骨質疏鬆與中年婦女停經後的心血管疾病發生，其實若能在年輕時期藉由運動及飲食及其他方式預防 (Ravnkar, 1993 ; 官舒妍, 1992)，累積個人未來健康的本錢更是重要資訊。也應透過網絡的傳遞，使婦女們在推動婦女健康運動時能由身心保健出發而非以藥物治療。

近來台灣地區也成立了更年期醫學會，對於女性有這樣的團體來協助自己注意健康，是大家所樂見的。但是如果學會僅是供醫療研究或提供婦女對荷爾蒙的諮詢，並沒有完整涵蓋其他的生活保健，則對中年婦女會是另一個健康問題的開始 (Illich, 1976)。更年期是婦女進入老年生活的重要關鍵之一，不只是單純的醫學問題，對於社會文化也有相當的影響，婦女應該建立一個中年婦女健康管理的團體，不能置外於自

己的健康需求。健康促進、預防醫學的問題和治療疾病應該被同等的重視，不應分開處理，更重要的是永續經營個人和社會的健康（ Schmeiser-Rieder, Concin, Schwarz & Kunze, 1995 ； Chu & Simpson, 1994 ）。

三、我們需要有明確的婦女健康政策。

研究指出「醫療化」的發生是醫療父權體制下的產物，因性別歧視與醫界操弄女體導致種種不當醫療行為的濫用，因此政府方面必要有監測系統的管理辦法，同時也對醫療工作人員施以正確性別教育使之有清楚概念，以避免「醫療化」與性別歧視的發生。更重要的是須有合宜的婦女健康政策，而非如目前只重視次級、與三級預防概念的措施（如子宮頸抹片、子宮切除等）。政府更要覺察是否有不自覺的歧視而未將資源提供給婦女健康上，甚至還成爲 Illich(1976)所提出社會醫源病的幫凶。

更年期應該是一個公共衛生政策的議題，它應要「減醫療化」，提供婦女充分的資訊，去除更年期的迷思（神秘面紗），探討更年期與老化的關係，重視健康促進與衛生教育，鼓勵婦女的參與。女性能有充份知的權利，減低醫療權威的社會控制，避免醫療體制下的年齡、社經地位、種族與性別歧視。在「醫療化」與「減醫療化」中的「協商」過程，是充份知的權利的呈現，「減醫療化」的推動，去除文化塑造與性別刻板印象而形成的醫療問題，例如更年期、代理孕母等，避免醫源病的產生。而與健康有關的公共政策，必得有婦女的參與，以及多元保健資訊的提供（胡幼慧，1995）。

由更年期「醫療化」的危險性，比對於研究者過去對台灣地區子宮切除發生率節節升高現象的探討（張珣、張菊惠、顧淑芬、胡幼慧，1995），胡幼慧在代理孕母以及大眾健康的論述（胡幼慧，1997a，1997b），在在反映出我國急需有婦女健康政策。整體而言，我國尚未有具體的婦女健康政策，更遑論婦女健康人權的被保障。世界衛生組織主張透過健康教育、營養補充、醫療資源重新分配、改進醫療科技的使用方式與立法保護婦女健康（WHO, 1994；張珣，1995）。以澳洲昆士蘭爲例，其響應澳洲政府於1989年提出全國婦女健康政策而設計該地區婦女健康的需求，當地政府於1993年提出加強社區服務網絡，以婦女自行規劃優先次序提供充份資訊與教育，加強研究與計畫評估發展婦女健康指標，鼓勵婦女參與健康服務決策，加強醫療工作人員婦女健康觀念等；提出平等、健康可及性、社區參與、和健康人權爲目標（Queensland Health, 1993；）。世界各國對婦女健康的關注已發展至少二十年，而我國仍未注意，實有待加強。



胡幼慧（1995）認為婦女健康政策的芻議，必得經過政策制定婦女的參予、結構及過程的改革，行政體制的結構需要重組，國家預算亦需配合支持，更要加強研究與教育的方向修訂，並且成立婦女健康政策推動小組或委員會來發展、推動、監督政策的形成與執行。研究者（張珏，1995）曾以婦女研究精神檢視臺灣婦女的健康人權，發現我國尚未有以女性觀點出發的婦女健康政策，而目前各項政策中對婦女的忽視或傷害亦相當嚴重，必得積極改善，婦女朋友亦得積極以行動和智慧做更多聯盟，切實反映婦女健康的需要，才能監督政府切實做到婦女健康人權的保障。

四、未來研究之建議

研究之目的在瞭解需要與杜絕可能的傷害，而婦女健康與醫療化這麼重要的研究議題在過去一直被忽視，實有待加強。針對本研究之更年期相關議題，提出尚待進一步探究的研究建議。

- 1.更深入與廣泛之媒體分析。除報紙外，可擴及一般雜誌與醫學雜誌，以及坊間之健康書籍中，隱含之女性荷爾蒙態度。檢視媒體在資訊提供上是否公正，婦女獲取資訊之可及性，能從何處獲得適當之資訊。
- 2.對藥商進行研究，女性荷爾蒙藥物之成長趨勢，與促銷手法。
- 3.臨床各科別對開列女性荷爾蒙處方之現況調查。
- 4.女性荷爾蒙使用前之審慎評估。
- 5.中央健保局對醫院對臨床各科別使用女性荷爾蒙之監測。
- 6.醫學教育中之醫病溝通與審慎之女性荷爾蒙使用態度。
- 7.更年期婦女之經驗分享支持團體。
- 8.多元（另類）更年期保健策略之研究等。
- 9.女性更年期經驗集結成冊，並分析文化意涵。
- 10.醫療人員對使用女性荷爾蒙藥物的態度。

結 語

本研究嘗試將台灣地區更年期被醫療化的現象作一闡述，觀察到國內有關「醫療化」研究非常少，在在表示其受到忽視，因此更待加強。尤其國外對婦女健康醫療化的

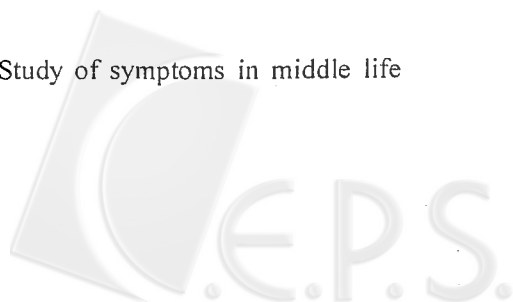


研究已行之多年，關懷議題除了更年期外，尚有月經、生育、坐月子、子宮切除、整型美容等。本研究嘗試以「婦女更年期醫療化」為例，探討台灣醫療化的情形，企望能引發未來有更多的研究，呈現對婦女的關心。建議透過婦女健康運動的展開、網絡的建立，要求政府加強醫學相關教育，並能監督醫療制度與醫事人員專業倫理和技術的規範，使其能真正用於滿足婦女健康的需求上。基於本研究對「醫療化」的認知，加上女性主義觀點的婦女健康政策，婦女們必得組織起來，提出婦女們真正需要的醫療保健方案與研究，才能「減醫療化」而達到維護婦女健康的真諦。

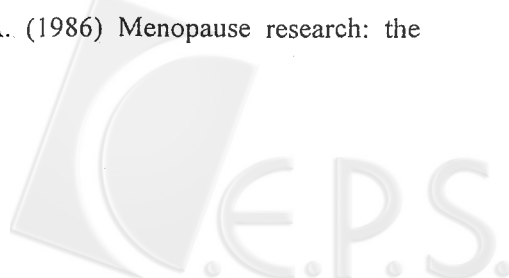
參考文獻

- 江妮娜 (1996) *停經婦女荷爾蒙替代療法不同給藥方式之評估*。國立台灣大學藥學研究所碩士論文。
- 李逸 (1994) *婦女因應停經之自我照顧行爲*。高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 官舒妍編譯 (1992) *女性的更年期*。台北：大展。
- 林國明 (1997) 國家與醫療專業權力，*台灣社會學研究*，1:77-136。
- 胡幼慧 (1995) 婦女健康政策，*國家婦女政策白皮書*，頁 100-181。中國國民黨中央婦工會。
- 胡幼慧 (1996) *質性研究*。台北：巨流。
- 胡幼慧 (1997a) 「大眾健康」的危機在台灣，*醫望雜誌*，18:77-80。
- 胡幼慧 (1997b) 從「代理孕母」事件談婦女健康運動，*醫望雜誌*，23:120-122。
- 張君玫譯 (1997) *重塑女體：美容手術的兩難*。台北：巨流。(Davis, K. (1995) *Reshaping the body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. London: Routledge.)
- 張珣 (1995) 婦女研究十年：婦女健康人權的回顧與展望，*婦女研究十年：婦女人權的回顧與展望研討會論文集*。台大人口研究中心婦女研究室。
- 張珣、宋丕錕、孫大威、徐黎玲、李旻貞、張菊惠、吳佩樺 (1997) *中老年婦女健康之研究調查 I -- 更年期保健研究*。美兆健檢中心研究報告。
- 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。
- 張珣、胡幼慧、周松男、陳芬苓 (1992) *更年期前後婦女之調適與求醫障礙的研究初報：大台北地區更年期婦女研究*。行政院衛生署研究報告 DOH81-TD-007。

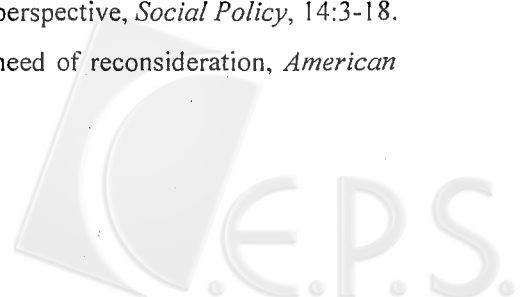
- 張珣、胡幼慧、周松男、陳寶雲、張菊惠 (1993) *更年期前後婦女之調適與求醫障礙的研究：第二年研究報告*。行政院衛生署研究報告 DOH82-TD-002。
- 張珣、張菊惠、毛家齡 (1997) 台灣鄉鎮地區中年婦女「性」的研究，*婦女與兩性學刊*，8:169-198。
- 張珣、張菊惠、胡幼慧 (1997) 某醫學中心子宮切除婦女自述醫病溝通之探討，*中華衛誌*，16(1):1-12。
- 張珣、張菊惠、顧淑芬、胡幼慧 (1995) 子宮切除盛行率的初探，*中華衛誌*，14(6):487-493。
- 張珣、陳芬苓(1993)女性更年期研究的回顧與展望，*婦女與兩性學刊*，4:263-294。
- 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。
- 張荳雲 (1998) *醫療與社會：醫療社會學的探索*。台北：巨流。
- 陳長安 (1993) *常用藥物治療手冊：1993-94 年全國藥品年鑑 (十六版)*。台北市：全國藥品年鑑雜誌社。
- 劉仲冬 (1997) 從人猿到昆蟲一性學批判分析，*思與言*，35(1):1-37。
- 廖慧英、龔文淑 (1991) 更年期女性荷爾蒙補充療法，*榮總護理*，8(1):47-52。
- 蕭聖音 (1986) *婦女停經症狀之研究與分析*。高雄醫學院醫學研究所碩士論文。
- Avis, E.N. & McKinly S.M. (1995) The Massachusetts Women's Health Study: a epidemiological investigation of the menopause, *Journal of American Medical Women's Association*, 50(2):45-49.
- Bell, S.E. (1987) Changing ideas: The medicalization of menopause, *Social Science and Medicine*, 24(6):535-542.
- Boston Women's Health Book Collective. (1973) *Our Bodies, Our Selves*. New York: Simon & Schuster.
- Boston Women's Health Book Collective. (1992) *The New Our Bodies, Our Selves*(2nd). New York: Simon & Schuster.
- Bowled, C. (1986) Measure of attitude toward menopause using the Semantic Differential Model, *Nursing Research*, 35(2):81-85.
- Bransen, Els (1992) Has menstruation been medicalized? Or will it never happen, *Sociology of Health & Illness*, 14(1):89-110
- Bungay, G.T., Vessey, M.P. & McPherson, C.K. (1980) Study of symptoms in middle life



- with special reference to the menopause, *British Medical Journal*, 19:181-183.
- Chang, C. & Chang, C.H. (1996) Menopause and hormone using experiences of Chinese women in Taiwan, *Health Care for Women International*, 17(4):307-318.
- Chu, C.M. (1990) The need for a social impact assessment of reproductive technology: the case of cesarean birth in Taipei, *Environmental Impact Assessment Review*, 10:165-174.
- Chu, C. & Simpson, R. (1994) *Ecological Public Health: From Vision to Practice*. Public Health Association of Australia.
- Commonwealth of Australia. (1989) *National Women's Health Policy*. Canberra.
- Coney, S. (1994) *The Menopause Industry*. Alameda, CA: Hunter House.
- Conrad, P. & Schneider, J.W. (1980) Looking at levels of medicalization: a comment on strong's critique of the thesis of medical imperialism, *Social Science and Medicine*, 14A, 75-79.
- Davis, D.L. (1989) The Newfoundland change of life: insights into the medicalization of menopause, *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 4:49-73.
- Dennerstein, L., Smith, A.M., Mores, C., Burger, H., Green, A., Hopper, J. & Ryan, M. (1993) Menopausal symptoms in Australian women, *Medical Journal of Australia*, 159(4):232-236.
- Doyal, L. (1997) *What Makes Women Sick* (pp.197-233). New Jersey: Rutgers University.
- Fox, R.C. (1977) The medicalization and demedicalization of American society, In: Daedalus, *Journal of the American Academy of Arts and Sciences, a Special Issue on: Doing better and Feeling Worse: Health in the United States*, 106(1):409-413.
- Garton, M., Reid, D. & Rennie, E. (1995) The climacteric, osteoporosis and hormone replacement: views of women aged 45-49, *Maturitas*, 21(1):7-15.
- Goldstein, M.S. (1992) *The Health Movement: Promoting Fitness in America*. New York: Twayne.
- Guthrie, J.R., Smith, A.M., Dennerstein, L. & Mores, C. (1994) Physical activity and the menopause experience: a cross-sectional study, *Maturitas*, 20(2-3):71-80.
- Illich, I. (1976) *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- Kaufert, P., Lock, M., Mickinlay, S., Beyenne, Y., Coope, J., Davis, D., Eliasson, M., Gognalons-Nicolet, M., Goodman, M. & Holte, A. (1986) Menopause research: the



- korpliampi workshop, *Social Science and Medicine*, 22(11):1285-1289.
- Kaufert, P.A. & Gilbert, P. (1986) Women, menopause, and medicalization. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10:7-21.
- Kaufert, P.A. & McKinlay, S.M. (1985) Estrogen-replacement therapy: the production of medical knowledge and the emergence of policy, In: E. Lewin & V. Olesesn (eds), *Women, Health, and Healing: Toward a New Perspective*(pp.113-138). New York: Tavistock.
- Lock, M. (1991) Contested meanings of the menopause, *Lancet*, 337:1270-1272.
- Lorber, J. (1997) *Gender and the Social Construction of Illness*. London: Sage.
- Love, S. (1997) *Dr. Susan Love's Hormone Book: Making Informed Choices about Menopause*. New York: Random House.
- MacPherson, K.I. (1990) Nurse-researchers respond to the medicalization of menopause, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 592:180-184.
- Martin, E. (1987) *The Women in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*.
- McCrea, F.B. (1983) The politics of menopause: the "discovery" of a deficiency disease, *Social Problem*, 31:111-123.
- McKinlay, S.M. & Jefferys, M. (1974) The menopausal syndrome, *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 28:108-115.
- Mittens, L.S. (1983) Historical change in public information about the menopause, *Urban Anthropology*, 12(2):161-179.
- Nachtigall, L.E. (1990) The medicalization of the menopause, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 592:179.
- National Women's Health Network. (1993) *Taking Hormones and Women's Health: Choices, Risks and Benefits* (3rd ed.). Washington DC: Author.
- Queensland Health. 1993. Women's Health Policy: Queensland Health Policy Document IV. Queensland Government, Australia.
- Ravnikar, V.A. (1993) Diet, exercise, and lifestyle in preparation for menopause, *Obstetrics & gynecology Clinics of North America*, 20(2):365-378.
- Riessman, C. K. (1983) Women and medicalization: a new perspective, *Social Policy*, 14:3-18.
- Rosenberg, L. (1993) Hormone replacement therapy: the need of reconsideration, *American*



- Journal of Public Health*, 83:1670-1672.
- Rostosky, S.S. & Travis, C.B. (1996) Menopause research and the dominance of the biomedical model 1984-1994, *Psychology of Women Quarterly*, 20:285-312.
- Rother, M, Rovner, D., Holmes, M, Schmitt, N., Talarczyk, G., Kroll, J. & Gogate, J. (1990) Women's use of information regarding hormone replacement therapy, *Research in Nursing and Health*, 13:355-366.
- Schmeiser-Rieder, A., Schoberberger, R. & Kunze, M. (1995) Women and smoking. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 145(4):73-76. (abstract)
- Swartzman, L.C. & Leiblum, S.R. (1987) Changing perspectives on the menopause, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 6:11-24.
- Tarvis, C.B. (1988) *Women and Health Psychology: Biomedical Issues* (pp.25-46). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Van Hall, E.V.(1995) The Medicalization of Climacterium and Menopause. *The Third Pan-Pacific Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. October 5-8, Taipei.
- Voda, A.M. (1997) *Menopause. Me and You: The Sound of Women Pausing*. New York: Harrington Park Press.
- Whatley, M.H. (1985) Beyond Compliance: Towards a feminist health education. In *Women's Health: Report of Public Health Service Task Force on Women's Health Issues. Vol 1, Public Health Report*, 100(1):73-104.
- WHO. *Women's Health: Toward a Better World: Issues Paper for the Global commission on women's Health*. Geneva.
- Zola, K. (1972) Medicine as an institution of social control, *Sociological Review* 20:487-504.
- Zola, K. (1983) *Social-medical inquiries: Recollections, reflections, and reconsiderations*. Philadelphia: Temple University Press.



Medicalization of Women's Health: Menopause/Climacteric as an Example

*Chueh Chang**, *Chu-hui Chang***

ABSTRACT

Health care was a major concern of second wave feminists in Northern America, Australia, New Zealand and Europe. "Medicalization" has been one of most frequently critic issues in women's health movement. In nowadays, although women can obtain health care but they do not ensure to control over their health. The medical professional's domination denies of the right that women themselves should participate in important decisions about their own lives. Much worse, "medicalization" even invades into women' daily life, and makes all healthy women become patients. Few public funding supports women's health promotion, most money goes to the medical treatment development.

The issue of "medicalization" has been neglected in Taiwan. All the government, the public (women), and the medical field rarely mentioned about this important issue. They even claim that they provide better health care through medicalization. Due to the negligence and inadequacy on the issue of "medicalization" in Taiwan people, the authors took the new emerging issue "the menopause" to examine on whether it was medicalized or not in current Taiwan society.

Based on the multimethods triangulation analysis, the authors used the following data to delineate the medicalization. (1) Two questionnaire surveys on the women's menopausal attitudes conducted in 1991-1992 and 1997. (2) Content analysis of the newspaper's titles reported on menopause and hormone during Jan, 1996 to Dec, 1997. (3) In-depth interviews of two female gynecologists and two female patients.

Results showed that there did have a tendency of "medicalization" on "menopause". The physicians were interested in promoting the effectiveness of hormone therapy but neglected the side effects. The women tended to believe that menopause was a disease. There are still rooms for discussion and debates, if we here in Taiwan do care for women's health and make it a significant political reality. We need to take more collective action to promote women's health through consciousness raising and policy reform. We need more studies on medicalization to avoid medical abuses.

Key words: women's health, menopause, medicalization, hormone replacement therapy

