

2m11.2846.7

Université de Montréal

**Relations entre l'estime de soi, le rôle relié au genre et les attitudes envers la
ménopause de femmes rurales espagnoles**



Par

Ana Isabel Gonzalez Fernandez

Faculté ès sciences infirmières

Université de Montréal

Bibliothèque

**Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du
grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières**

Août 2000

© Ana Isabel Gonzalez Fernandez, 2000



WY

5

058

2001

V.005

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire est intitulé :

Relations entre l'estime de soi, le rôle relié au genre et les attitudes envers la ménopause
de femmes rurales espagnoles

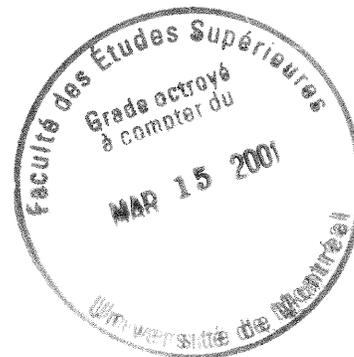
Présenté par :

Ana Isabel González Fernández

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Courval, Joëlle de	Présidente-rapporteuse
Vissandjée, Bilkis	Directrice de recherche
Cognet, Margueritte	Membre de jury

Mémoire accepté le :



Sommaire

La ménopause est un événement biologique et naturel du cycle reproducteur de la femme. Cependant, l'expérience de la ménopause et ses effets sont souvent associés à des mythes et à des stéréotypes reliés au genre féminin. Ainsi, les recherches sur ces expériences exigent une approche multidisciplinaire qui devrait inclure aussi bien l'examen de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels influençant l'expérience de la ménopause et ses effets, mais également la perspective du genre féminin. Les comportements de femmes vivant l'expérience de la ménopause sont fortement reliés à leurs attitudes envers la ménopause. De plus, les attitudes envers le corps et envers la reproduction peuvent avoir un effet sur les symptômes physiques. Les écrits scientifiques sur la ménopause démontrent que les attitudes envers cette dernière doivent être examinées dans une approche multidisciplinaire et globale. Ces attitudes seraient déterminées par des facteurs individuels et contextuels très présents dans la vie des femmes. Spécifiquement, l'estime de soi, un facteur individuel, est souvent liée aux expériences de vie des femmes et ainsi associée aux attitudes de celles-ci face à la ménopause. Un des facteurs contextuels qui conditionne la vie des femmes est le genre, déterminant de la santé souvent négligé. Aucune étude n'a examiné de façon systématique les relations entre les attitudes envers la ménopause, l'estime de soi et les rôles spécifiques reliés au genre féminin. Pourtant, le niveau d'estime de soi des femmes et le rôle spécifique relié au genre féminin sont associés à l'expérience physique et symbolique de la ménopause. La façon de faire face à cette expérience peut affecter dans une certaine mesure la qualité de vie des femmes. C'est dans ce contexte que cette étude a été entreprise en vue d'examiner les relations entre l'estime de soi (facteur individuel), le rôle spécifique relié au genre (facteur contextuel) et les attitudes envers la ménopause.

Le modèle de Bowles (1990) a été utilisé afin de mieux comprendre les relations entre ces divers facteurs influençant l'expérience physique et symbolique de la ménopause par des femmes, espagnoles vivant en milieu rural.

Cette recherche a été effectuée auprès d'un échantillon aléatoire simple formé de 95 femmes espagnoles qui remplissent les critères d'inclusion à l'étude, soient: être âgée de 30 à 40 ans, avoir un cycle menstruel régulier, ne pas avoir une maladie gynécologique ou une condition chronique de santé. Les attitudes envers la ménopause ont été mesurées à l'aide de l'échelle Menopause Attitude Scale (Bowles, 1990) qui a été traduite et validée en langue espagnole pour les besoins de la présente étude. L'estime de soi a été mesurée en utilisant l'échelle de Rosenberg, The Rosenberg Self-Esteem Scale (1965) déjà validée en version espagnole. Les rôles reliés au genre féminin ont été mesurés à l'aide d'un questionnaire socio-démographique élaboré par l'investigatrice.

Les résultats font ressortir que les femmes rurales espagnoles répondantes dans cette étude ont des attitudes positives envers l'expérience de la ménopause. Il n'existe pas de différences significatives entre ces femmes quant aux attitudes envers la ménopause selon les rôles spécifiques reliés au genre féminin. De même, les résultats indiquent que les femmes à l'étude ont un niveau élevé d'estime de soi. Il n'existe pas de différences significatives pour ce qui est l'estime de soi selon les rôles spécifiques reliés au genre féminin. Il ressort une association entre l'estime de soi et les attitudes envers l'expérience de la ménopause. Toutefois, il n'existe pas une association entre l'estime de soi et les attitudes envers l'expérience de la ménopause selon les rôles spécifiques reliés au genre féminin.

Des recommandations pour la recherche et la pratique ont été formulées et visent l'amélioration des soins infirmiers dans une vision holistique de l'expérience de la ménopause telle que vécue par des femmes rurales espagnoles.

Tables des matières

Sommaire	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	viii
Dédicace	x
Remerciements	xi
Chapitre premier : Problème de recherche	
Le but de l'étude	11
Les questions de recherche	11
Chapitre deuxième : Recension des écrits	
Les attitudes des femmes envers la ménopause	14
Les concepts de rôle social, de rôle relié au genre et l'orientation du rôle	29
L'estime de soi des femmes	32
Le cadre de référence	43
Chapitre troisième : Méthode	
Le devis de recherche	49
La population	49

Table des matières (suite)

La définition opérationnelle des variables	50
Le déroulement de l'étude	52
Les instruments de mesure	53
L'analyse des données	56
Les limites et forces de l'étude	57
Les considérations éthiques	58

Chapitre quatrième : Présentation des résultats

Description de l'échantillon	61
Les rôles reliés au genre féminin	64
Résultats relatifs aux variables à l'étude	67
<i>Attitudes envers la ménopause</i>	67
<i>L'estime de soi</i>	74
<i>Comparaison des résultats des variables selon les profils</i>	74
Relation entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause (analyses de corrélation)	78
Influence des caractéristiques socio-démographiques	80

Chapitre cinquième : Discussion

Discussion des résultats des attitudes envers la ménopause	86
Discussion des résultats de l'estime de soi	90

Table des matières (suite)

Discussion des résultats sur la relation entre les variables	91
Critique du modèle de Bowles	93
Recommandations	95
Références	97
Annexe A- Lettre d'autorisation de la Gérance d'Attention Primaire	xii
Annexe B- Lettre au comité d'éthique	xiv
Annexe C- Certificat d'éthique	xvi
Annexe D- Consentement écrit	xviii
Annexe E- Lettre d'autorisation pour l'utilisation de l'échelle	xx
Annexe F- Échelle des attitudes envers la ménopause (version espagnole et française)	xxiii
Annexe G- Échelle de l'estime de soi (version espagnole et française)	xxvi
Annexe H- Questionnaire socio-démographique (version espagnole et française)	xxix

Liste des tableaux

Tableau 1 : Résumé des études relatives aux attitudes envers la ménopause et leurs relations avec plusieurs variables	22
Tableau 2 : Résumé des études relatives à l'orientation du rôle de genre et l'estime de soi	33
Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques des participants	63
Tableau 4 : Des profils de femmes selon les attributs reliés au rôle du genre féminin	66
Tableau 5 : Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjective bipolaire du MAS et pour le total de l'échantillon	68
Tableau 6 : Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjective bipolaire du MAS et pour le profil 1	69
Tableau 7 : Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjective bipolaire du MAS et pour le profil 2	70
Tableau 8 : Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjective bipolaire du MAS et pour le profil 3	71
Tableau 9 : Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjective bipolaire du MAS et pour le profil 5	72
Tableau 10 : Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjective bipolaire du MAS et pour le profil 12	73

Liste des tableaux (suite)

Tableau 11 : Moyenne, écart type et étendue relatifs à l'estime de soi pour l'échantillon total et selon les profils	74
Tableau 12 : Résultats des test de normalité (test de Shapiro-Wilks) des attitudes envers la ménopause	75
Tableau 13 : Résultats des test de normalité (test de Shapiro-Wilks) de l'estime de soi	76
Tableau 14 : Résultats du test d'ANOVA relatif aux attitudes envers la ménopause selon les profils 1, 2, 3 et 12	76
Tableau 15 : Comparaison des moyennes des attitudes envers la ménopause (test de Mann-Whitney) selon les profils	77
Tableau 16 : Résultats du test d'ANOVA relatif à l'estime de soi selon les profils 2, 3 et 12	77
Tableau 17 : Comparaison des moyennes de l'estime de soi (test de Mann-Whitney) selon les profils	78
Tableau 18 : Coefficient de corrélation (r) entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause	79
Tableau 19 : Résultat de l'analyse de régression linéaire multiple	80
Tableau 20 : Coefficient de corrélation (r) entre l'âge et les attitudes envers la ménopause	81
Tableau 21 : Coefficient de corrélation (r) entre l'âge et l'estime de soi	82
Tableau 22 : Résultat de l'analyse de régression linéaire multiple	82

Dédicace à

Mes parents Vicente González et M^a Cruz Fernández.

Pour votre affection et votre soutien.

Je vous suis reconnaissante pour m'avoir éduqué en liberté en me montrant des valeurs tels que: la responsabilité, la dignité et le respect pour autrui. Merci également, pour m'avoir enseigné à valoriser l'effort personnel.

Mes frères Vicente y Paco

Mes nièces Carmen et Alba

Je vous dédie ce mémoire de maîtrise. D'une certaine façon il vous appartient

Remerciements

Je considère que d'entreprendre des études de deuxième cycle répond en premier lieu à un besoin de satisfaire notre curiosité intellectuelle. Il m'importe, non pas parce qu'il y a là une coutume mais par conviction et respect, de remercier quelques personnes qui m'ont accompagné dans cette démarche.

Je remercie Mme Bilkis Vissandjée, Ph.D., ma directrice de mémoire, pour son immense soutien, sa grande compétence, sa présence et ses encouragements constants. Sans elle rien de ceci n'aurait été possible.

Je remercie « El Instituto de Salud Carlos III » de l'Espagne de m'avoir accordé une bourse d'étude afin d'approfondir mes connaissances à l'Université de Montréal.

Je remercie mon amie et consœur Marcela Ferrada, pour son amitié et son soutien. Je ne saurais attribuer une juste valeur à cela. Je remercie aussi mes confrères espagnols, Miguel Angel Escobar et Beatriz Cervera, pour votre amitié, votre aide et votre soutien.

Je remercie tous les amis et amies qui m'ont montré leur amitié, soutien et encouragement, tant ceux de Montréal que ceux de l'Espagne.

Je remercie les femmes de Valencia de Don Juan (León), sans leur participation ce mémoire n'aurait pas été possible. Particulièrement, Mme Benigna Lopez Directrice Infirmière de l'Aire de Santé de León pour m'avoir encouragé et facilité l'organisation de mon temps et le soutien matériel lors des enquêtes.

CHAPITRE PREMIER

Problème de recherche

De nos jours, en Espagne, les femmes peuvent espérer vivre au-delà de 80 ans (Rodriguez, Teno, Sanchez, Martin et Luna, 1997 ; Siguy et Flynn, 1995). Ainsi, elles peuvent vivre plus d'un tiers de leur vie après la période de la ménopause (Rodriguez et al., 1997). Selon les données statistiques de Anuario Estadístico Español (1994), le nombre de femmes espagnoles de plus de 45 ans était de 7.531.900 ; en l'an 2000, ce nombre sera de plus de dix millions de femmes vivant et ayant vécu la ménopause (Belach, 1991).

La ménopause est un événement biologique et naturel du cycle reproducteur de la femme (Li, Carlson, Snyder & Holm, 1995). Cependant, au cours de ses années de pratique comme infirmière de santé communautaire, l'investigatrice a pu constater que ces femmes peuvent faire face à ce cycle de vie de diverses façons. Pour certaines femmes, l'importance, l'irréversibilité et l'imprévisibilité des changements biologiques qui entourent la ménopause peuvent provoquer des sentiments de souffrance et de manque de contrôle (Wolcott-Choi, 1995). D'autres femmes, par contre, ne vivent pas de sentiments négatifs et ne présentent pas de symptômes particuliers (Bareford, 1991 ; Goodman, Stewart, & Gilbert, 1977, cités dans Carolan, 1994) et la ménopause devient même une raison pour célébrer un temps différent et nouveau dans leur vie (Cole & Rothblum, 1990). Par ailleurs, la ménopause est souvent associée à des mythes et à des stéréotypes liés au genre féminin (Quinn, 1991). En outre, durant cette période, il est mis en évidence que les femmes consultent plus fréquemment les professionnels de la santé et consomment trois fois plus de tranquillisants (Guyon, 1996; Ringa et Delanoë, 1996). Les femmes vivent l'expérience de la ménopause en même temps que d'autres

événements, tels que des maladies ou le décès du conjoint, l'abandon du foyer par les enfants (syndrome du nid vide), les soins aux parents âgés ou malades et la redéfinition des rôles futurs (Engel, 1987; Martinez, Morcillo, Esparra, Santiuste, Peñalver et Barcia, 1993). Ensuite, durant cette même période, les femmes ressentent un premier sentiment de vieillissement. Selon Côté (1996) ce sentiment, sous-entendu le sentiment de devenir malade et de devoir affronter la mort, correspondrait au construit de devenir-vieille. Suivant cet auteur, le devenir-vieille est un fait de culture avant d'être un fait de nature. Il existe un écart entre le vécu des femmes et les représentations sociales de la vieillesse, elles sont souvent partagées entre l'idée qu'elles sont encore jeunes en dedans d'elles même bien qu'en apparence, elles apparaissent âgées. Préalablement à la mise sur pied de programmes de promotion de la santé pour des femmes vivant ou ayant vécu la ménopause, l'investigatrice a constaté la besoin d'étudier des facteurs reliés à cet état afin d'appréhender le vécu de ces femmes par rapport à leur expérience de la ménopause.

Pour essayer de comprendre le vécu des femmes de leur expérience de la ménopause, les écrits scientifiques l'abordent selon trois perspectives : la perspective biomédicale, la perspective socioculturelle et la perspective féministe.

La perspective biomédicale définit la ménopause comme une maladie due à la carence d'œstrogènes (Abrams & Berkow, 1990, cités dans Barile, 1997 ; Kaufer & Gilbert, 1986 ; Li et al., 1995). De plus, elle est indexée dans « International Classification of Diseases » (1995). D'après cette perspective, les chercheurs estiment que les comportements des femmes en ménopause sont provoqués par l'influence directe

des hormones sur leur cerveau (Unger & Crawford, 1996). Les études scientifiques mises en œuvre dans cette conceptualisation de la ménopause se concentrent sur la classification des symptômes et leur traitement (Li, et al., 1995). La perspective biomédicale de la ménopause renforce le stéréotype selon lequel la femme est biologiquement différente et inférieure (Bell, 1987).

Dans la perspective socioculturelle, la ménopause est considérée au sein du contexte social ou des événements culturels symboliques. Explicitement, les changements de rôles, les attitudes culturelles envers le vieillissement et la ménopause sont les facteurs principaux associés aux symptômes de ménopause. Ces symptômes sont ainsi influencés par des forces externes telles que les circonstances de vie et ne sont pas généralement la conséquence d'une carence d'œstrogènes (Li et al., 1995).

Bien d'autres recherches (Barile, 1997) démontrent que l'expérience de la ménopause est déterminée par la culture et que les femmes de cultures différentes font face à la ménopause de façons diverses.

Les problèmes reliés à la ménopause sont moins fréquents dans certaines cultures où les femmes âgées jouissent d'un rang plus élevé, et la ménopause est alors envisagée comme une étape inévitable et normale du cycle de la vie (Bowles, 1990 ; McMaster, Pitts & Poyah, 1997 ; Robinson, 1996); par contre, pour certaines femmes dans les cultures occidentales, le mythe renforçant la jeunesse dévalorise évidemment les signes associés à la vieillesse (Barile, 1997). Il apparaît que dans les cultures où les femmes sont moins émancipées, l'expérience de la ménopause est plutôt négative (Barile, 1997). Il ressort aussi que les normes sociales et les stéréotypes socioculturels en regard de la

ménopause auraient plus d'influence sur les attitudes sociales que les expériences même des femmes vivant la ménopause (Dan & Bernhar, 1989, cités dans Carolan, 1994). Ainsi, il y a un lien important entre les valeurs dominantes d'une culture, les conséquences sociales de ces attitudes ou de ces valeurs et l'expérience des femmes de leur ménopause (Carolan, 1994).

Finalement, la perspective féministe soutient que la ménopause est un processus de développement naturel, et une transition ou un passage inévitable de la vie associé aux défis et aux libertés (Gannon & Ekstron, 1993). Les écrits féministes soulignent que les femmes subissent les idées culturelles qui influencent leur interprétation de leur expérience de la ménopause (Carolan, 1994). La théorie féministe rejette la médicalisation de la ménopause qui donne le pouvoir aux médecins pour diagnostiquer et traiter ce qui en fait est un événement normal. De même, Dwning (1987), cité dans Mantecon (1993), affirme que l'opinion culturelle, suivant laquelle la ménopause est un symptôme qui a besoin de traitement, demeure encore un autre domaine où la signification de l'expérience féminine a été définie par des hommes. Les féministes croient que les expériences des femmes sont une source légitime de connaissances. Les femmes sont expertes de leurs vies, ainsi, leurs récits sur leur expérience de la ménopause sont à considérer (Li et al., 1995). Cette perspective est basée sur *l'empowerment* des femmes pour qu'elles apprennent par et sur leurs corps et pour qu'elles soient participantes actives de leur propre santé (Barile, 1997). En plus, le concept *d'empowerment* est associé avec les notions de compétence personnelle, de prise de conscience, d'estime de soi, de stratégies d'adaptation et de motivation à

l'action sociale (Kieffer, 1984 ; Le Bossé et Lavallée, 1993). En outre l'idée *d'empowerment* implique l'effet de l'environnement social sur la santé individuelle (Gibson, 1991).

En somme, chacune des perspectives sur l'expérience de la ménopause n'explore qu'une facette de la ménopause (Li et al., 1995).

Mais, les recherches sur l'expérience de la ménopause et ses effets sur les comportements des femmes exigent une approche globale. Cette approche devrait inclure les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Elle devrait porter de même sur l'évaluation de leurs interactions pour comprendre l'expérience et les comportements des femmes. (Parlee, 1981, cité dans Bowles, 1986). Les comportements des femmes vivant l'expérience de la ménopause sont fortement reliés à leurs attitudes envers la ménopause (Standing & Glazer, 1992). Selon Fishbein & Ajzen (1975) les attitudes sont le sentiment et l'évaluation faite par un individu envers un objet ou un événement et ces attitudes sont apprises. Alors, les femmes apprennent ou développent des attitudes qui vont influencer leur expérience de la ménopause (Bowles, 1990). En plus, les attitudes envers le corps et envers la reproduction peuvent avoir une incidence sur la sensation de gêne et sur l'apparition de symptômes (Ussher, 1989). Par ailleurs, les femmes qui expriment des attitudes plus positives envers la ménopause se perçoivent plus fortes pour diriger leurs vies (Unger & Crawford, 1996).

Les écrits scientifiques sur le cycle menstruel et la ménopause ont démontré que les attitudes envers ces périodes de la vie des femmes devraient être examinées dans une approche multidisciplinaire et globale (Bowles, 1990 ; Ruble, Brooks-Gunn & Clarke,

1980). Les attitudes des femmes envers la ménopause seraient déterminées par des facteurs individuels et contextuels très présents dans la vie des femmes (Bowles, 1990 ; Theisen et al., 1995).

L'estime de soi est souvent liée dans les écrits scientifiques aux expériences de vie des femmes (Woods, Lentz, Mitchell & Oakley, 1994) ; elle est aussi associée aux attitudes des femmes envers l'expérience de la ménopause (Bell, 1995 ; Frey, 1981 ; Lincoln, 1981 ; Millette, 1981). Mais ces études n'ont pas tenu compte du fait que le développement de l'estime de soi se produit au sein de contextes historiques et culturels précis qui reflètent une classe sociale, une race déterminée, un groupe ethnique et un genre donné (Josephs, Markus & Tafarodi, 1992 ; Mruk, 1995). En plus, il existe un consensus sur l'idée que le genre est capable d'influer jusqu'à un certain degré le niveau de l'estime de soi (Josephs et al., 1992 ; Mruk, 1995). Ainsi, les hommes et les femmes diffèrent selon les composantes de l'estime de soi ; les hommes enregistrant des résultats plus élevés quant à l'estime de soi globale que les femmes (Moran & Eckenrode, 1991 ; O'Brien, 1991 ; Winefield, Winefield, Tiggemann & Goldney, 1991). Par ailleurs, dans une revue des écrits, Hong, Bianca, Bianca & Bollington (1993) constatent qu'aucune étude ne signale que les femmes ont enregistré des niveaux plus élevés que les hommes en ce qui concerne l'estime de soi. Deux théories sont utilisées pour expliquer ces résultats. Premièrement, la théorie de la socialisation qui identifie les différences dans les modèles de socialisation des hommes et des femmes dans les sociétés occidentales (Meddin, 1986). Si le processus de socialisation favorise la perpétuation des portraits stéréotypés des femmes et des hommes (Lindsey, 1990), les filles seront socialisées

pendant la première enfance pour être impuissantes et dépendantes, alors que les garçons le seront envers l'autonomie et l'individualisme (Meddin, 1986 ; Sanford & Donovan, 1984). Aussi, dans une telle perspective, les femmes d'âge mûr peuvent éprouver des sentiments discordants, lesquels contribueraient à la diminution de leur niveau d'estime de soi (Hong, et al., 1993 ; Woods et al., 1993). Par ailleurs, Josephs et al. (1992) concluent que seulement les personnes qui ont des niveaux élevés d'estime de soi seraient capables de rejeter les normes sociales et culturellement appropriées selon le genre.

La deuxième théorie est celle de la structure sociale se rapportant aux différents rôles sociaux joués par les hommes et les femmes (Meddin, 1986). Le rôle traditionnel des femmes les amène à remplir des fonctions ménagères socialement peu considérées. Ces dernières, peu valorisantes, augmentent l'isolement social des femmes, contribuant ainsi à diminuer leur niveau d'estime de soi (Hong, et al., 1993 ; Kleinplatz, Mccarrey & Kateb, 1992 ; Woods, et al., 1993). De même le rôle traditionnel féminin, caractérisé par le mariage, la maternité et le travail domestique (Helson & Picano, 1990 ; Santiago, Vazquez et Diez, 1994), influence significativement le développement et le maintien de difficultés d'adaptations psychosociales chez les femmes (Brown & Prudo, 1981 ; Bebbington et al., 1981, 1991 ; Cochrane & Stopes-Roe, 1981, cités dans Santiago et al., 1994). Par ailleurs, il existe une relation entre le genre et l'état de santé d'une personne, (Broom, 1999 ; Evans, Barer & Marmor, 1994 ; Kinnon, 1999). Il apparaît de même que les problèmes liés aux rôles spécifiques du genre féminin sont associés à l'expérience physique et symbolique de la ménopause (Gannon & Ekstrom, 1993). Unger et

Crawford (1996) soutiennent que les attitudes envers la ménopause possèdent un grand nombre de similitudes avec d'autres stéréotypes par rapport au genre. Il est donc essentiel de tenir compte des niveaux d'estime de soi des femmes et d'identifier le rôle du genre féminin. Il importe eu égard à ces observations de mener des recherches qui étudient la relation entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause des femmes en tenant compte de facteurs contextuels tels que les rôles spécifiques reliés au genre.

Bowles (1990) a proposé un modèle théorique de développement des attitudes envers la ménopause et leur influence sur l'expérience de la ménopause. Ce modèle est fondé sur une combinaison de plusieurs modèles et théories : le modèle culturel relativiste sur la ménopause de Koeske (1982), la théorie sur le développement des attitudes de Fishbein & Ajzen (1975) et le modèle de Kaufert (1982) concernant les relations entre les symptômes ménopausiques et les événements de la vie. Le modèle théorique (Bowles, 1990) décrit le développement des attitudes et leur influence sur l'expérience de la ménopause. Le modèle proposé par Bowles suggère l'importance d'étudier la ménopause avec une approche globale. De même, ce modèle implique que la perspective selon laquelle la ménopause est conceptualisée peut influencer de façon importante les attitudes individuelles envers la ménopause. Le modèle de Bowles identifie des facteurs associés aux croyances et aux idées entourant la ménopause, telles que l'estime de soi, la santé physique, les expériences de vie avant la ménopause et les perceptions socioculturelles. Parmi ces facteurs, la présente étude s'intéresse particulièrement à l'estime de soi, à la perception socioculturelle des mythes du vécu de

la ménopause, des stéréotypes reliés au genre féminin pouvant affecter l'expérience de la ménopause. Ces facteurs sont reconnus comme étant ancrés dans la vie des femmes, notamment des femmes de la région ciblée pour cette étude. Les relations entre ces facteurs et leur contribution au développement d'attitudes à l'égard de la ménopause par des femmes rurales espagnoles seront ainsi examinées.

Implications infirmières.

Les infirmières, en raison de leur expertise et du fait qu'elles ont un contact direct et fréquent avec les femmes entre autres clientes, sont dans une position privilégiée pour les aider à établir leurs objectifs de santé en reconnaissant les expériences particulières de la ménopause de chacune d'elles (McElmurry & Huddleston, 1991). Des interventions infirmières qui aient pour objectifs entre autres d'identifier les facteurs susceptibles d'avoir une influence sur la perception des femmes de leur expérience de ménopause et sur le développement d'attitudes positives (Bell, 1995) sont inestimables pour améliorer le vécu des femmes de leur expérience de la ménopause (Theisen, Mansfield, Seery & Voda, 1995). Il est donc essentiel dans un esprit proactif d'identifier ces facteurs chez les femmes qui n'ont pas encore vécu cette expérience. Les résultats de l'étude contribueront à développer des programmes de promotion de la santé qui soient sensibles aux conditions de vie de ces femmes en assurant le maintien de leur estime de soi vers une meilleure qualité de vie (Gilberts, 1983).

Les infirmières doivent également tenir compte, dans leurs pratiques et dans leurs priorités, de la possibilité des personnes à ne pas recevoir un traitement équitable en raison de leur statut socio-économique et de leur genre (Gary, Sigsby & Campbell, 1998). Les infirmières doivent développer ainsi une pratique qui soit sensible aux conditions de vie des femmes liées au rôle du genre féminin tels que le dépendance économique, la situation familiale, le travail en dedans ou en dehors de la maison, les mécanismes de la prise de décisions au sein du ménage, et le statut social. Elles doivent aussi sensibiliser les autres membres de l'équipe de santé sur les conditions de vie des femmes lorsqu'intervenant auprès d'elles que ce soit dans le cas de la ménopause ou de façon générale.

But

Le but de cette étude est d'étudier la relation entre l'estime de soi (facteur individuel), les rôles spécifiques reliés au genre (facteur contextuel) et les attitudes envers la ménopause de femmes rurales espagnoles.

Il est attendu que les rôles spécifiques reliés au genre dégageront certains profils particuliers. Selon ces profils, nous essayerons de répondre aux questions de recherche présentées ci-dessous :

Questions de recherche.

1.- Quelles sont les différences entre des profils spécifiques reliés au genre féminin de femmes rurales espagnoles et leurs attitudes envers la ménopause?

2.- Quelles sont les différences entre des profils spécifiques reliés au genre féminin des femmes rurales espagnoles et leur estime de soi ?

3.- Quelle est la relation entre l'estime de soi (facteur individuel) et les attitudes de femmes rurales espagnoles envers la ménopause selon des profils spécifiques reliés au genre féminin?

CHAPITRE DEUXIÈME

Recension des écrits

Ce chapitre consacré à la recension des écrits est divisé en quatre parties qui portent sur : la présentation des résultats empiriques des études sur les attitudes des femmes envers la ménopause; les concepts de rôle social, de rôle relié au genre et l'orientation du rôle du genre; les études empiriques relatives à l'estime de soi et enfin la présentation du cadre de référence retenu pour l'étude, cadre qui découle de la recension des écrits.

Les attitudes des femmes envers la ménopause

Il ne semble pas exister à l'heure actuelle d'études spécifiques décrivant les relations entre les attitudes envers la ménopause, l'estime de soi et les rôles spécifiques reliés au genre. Les études ont surtout porté sur l'examen des relations entre les attitudes envers la ménopause et d'autres variables comme des symptômes physiques et psychologiques, les caractéristiques socio-démographiques, le statut ménopausique, le soutien social et l'estime de soi. Nonobstant ces observations, certaines études portent sur des femmes vivant ou ayant vécu l'expérience de la ménopause.

Des auteurs envisagent la ménopause davantage selon la perspective biomédicale qui la définit comme une maladie qui a besoin d'un traitement. Ils ne tiennent pas compte des variables liées au contexte socioculturel et aux conditions de vie de femmes vivant ou ayant vécu l'expérience de la ménopause (Hunter & Liao, 1995 ; Matthews et al. 1990; Rollán, Bedoya, Illescas, et Martín, 1995).

Gannon et Ekstrom (1993) ont examiné l'influence d'une perspective selon laquelle la ménopause est conceptualisée sur les attitudes de cette dernière. Cette conception aborde la ménopause soit comme un problème médical soit en tant que passage de la vie. L'échantillon était composé de 372 femmes et de 209 hommes recrutés auprès d'étudiants d'une université du Middle West (États Unis) et de personnes issues d'organismes communautaires. Ils étaient âgés de 18 à 85 ans et étaient assignés de façon randomisée en trois groupes. Chacun des groupes était désigné pour refléter une perspective particulière. Le premier groupe décrivait ses attitudes envers trois problèmes médicaux incluant la ménopause. Le deuxième décrivait ses attitudes envers trois passages de la vie compris la ménopause. Le dernier décrivait ses attitudes envers trois symboles du vieillissement compris aussi la ménopause. Les instruments de mesure utilisés étaient un questionnaire démographique et un questionnaire sur les attitudes composé de 35 items. Plusieurs de ces items étaient tirés de Neugarten's Attitudes Toward Menopause Scale (Neugarten, Wood, Kraine et Loomis, 1968). Selon l'étude, le paradigme médical a obtenu significativement plus d'attitudes négatives que les deux autres paradigmes, particulièrement entre les participants âgés. En général, les attitudes des femmes étaient plus positives que celles des hommes; ces attitudes devenaient plus positives avec l'âge et/ou l'expérience. Les résultats de l'étude confirment l'hypothèses sur l'influence de la perspective selon laquelle la ménopause est conceptualisé sur les attitudes spécifiques envers la ménopause, lesquelles à leur tour influencent l'expérience de la ménopause.

Le concept de changement de vie a été utilisé par Koster (1991) auprès de femmes danoises afin d'étudier la période de la ménopause. L'étude a porté sur les attitudes envers ce concept et l'effet possible de ce changement dans les perceptions de femmes de leur santé, de leur vieillissement et de leur sexualité. Cette étude était le prolongement de deux études antérieures dont la première, prospective en 1976, sur la santé auprès d'une cohorte de 621 femmes et la deuxième réalisée à 1981. Ces deux études incluaient l'évaluation de l'état de santé, de la situation psychosociale, de la sexualité et des attitudes envers l'expérience de la ménopause. En 1987, la cohorte était composée de 597 femmes âgées de 51 ans. Elles ont répondu à une enquête sur l'état de santé et sur des thèmes par rapport à l'expérience de la ménopause. Dans un sous-échantillon ($n = 336$) de femmes qui considéraient qu'elles avaient ressenti le changement de vie, le sentiment le plus exprimé (66 %) était le soulagement. En plus, 97 % des femmes âgées de 51 ans et ayant éprouvé le changement de vie exprimaient ne pas avoir ressenti une perte de féminité comme une conséquence de l'infertilité. Dans ses conclusions l'auteur indique qu'il faut tenir compte dans les futures recherches, de facteurs contextuels et culturels, tels que la socialisation, les attitudes envers le vieillissement et le statut en tant que femme, qui influent sur les attitudes et l'expérience de la ménopause. Cependant, il est à noter que dans cette étude, le concept de changement de vie n'est pas clairement défini.

Dans une recension des résultats d'études sur le bien-être expérimenté par les femmes pendant le période de la ménopause, Dennerstein (1996) constate que le bien-

être n'est pas associé au statut ménopausique sinon qu'il est associé à l'état de santé et certaines variables psychosociales et au style de vie. Des variables telles que les caractéristiques socio-démographiques, l'état de santé, le stress, les problèmes prémenstruels, les attitudes envers la ménopause, le vieillissement et les comportements par rapport à la santé sont associées à l'apparition de symptômes. De même, il n'y a pas une augmentation de la dépression pendant la ménopause. Les facteurs associés à l'humeur déprimée incluent la ménopause chirurgicale, la présence de dépression avant la ménopause, l'état de santé, les problèmes du cycle menstruel, les stress sociaux et familiaux et les attitudes négatives envers la ménopause.

D'autres auteurs ont aussi examiné les facteurs qui peuvent être associés à l'apparition de symptômes physiques et psychologiques, notamment la dépression, pendant la période de la ménopause. Ruiz, Montero et Hernandez-Aguado (1997) soutiennent que l'absence de soutien social et des événements graves de la vie sont des facteurs prédictifs des symptômes psychologiques. Certains auteurs s'accordent aussi pour affirmer que la ménopause n'augmente pas le risque de dépression (Avis, Brambilla, McKinlay & Vass, 1993 ; Hunter, 1990) et que les facteurs sociaux et cognitifs sont associés à l'apparition de l'humeur déprimée. De même, selon Kaufert, Gilbert & Tate (1992), c'est l'état de santé auquel s'ajoutent des changements et des stress de vie de femmes vivant la période de la ménopause, qui peuvent déclencher la dépression. Woods & Mitchell (1997), ont développé et évalué un modèle multidimensionnel pour expliquer l'humeur déprimée chez les femmes pendant la

période de l'âge mûr. Les résultats indiquent que les attitudes négatives envers la ménopause, envers le vieillissement et un état de santé mauvais contribuent à faire ressentir aux femmes des événements de leur vie comme stressants ; cette perception contribue aussi à l'humeur déprimée.

Pour Bareford (1991), les meilleurs facteurs prédictifs du nombre et de la fréquence des symptômes associés à la ménopause seraient les attitudes envers la ménopause des femmes et les changements ressentis dans leur vie récente. Les attitudes des femmes, surtout négatives, envers la ménopause agissent comme un filtre, à travers lequel les sensations physiologiques et émotionnelles sont expérimentées, influençant ainsi les perceptions et les interprétations que les femmes font de l'expérience de la ménopause (Hunter, 1992).

En ce qui concerne les facteurs prédictifs du développement des attitudes envers la ménopause, l'échantillon de Theisen et al. (1995) était composé de 287 femmes âgées de 35-55 ans recrutées dans le cadre de la *Longitudinal Tremin Trust Women's Health Research Program* ainsi que des diplômées de 1963 d'une école d'arts de femmes. Les deux groupes ne présentaient aucune différence significative quant aux caractéristiques démographiques et furent combinés pour des analyses d'attitudes. Les attitudes envers la ménopause ont été mesurées avec le Menopause Attitude Scale de Bowles (1986). Les facteurs prédictifs étaient les facteurs contextuels notamment, la facilité des femmes à parler avec d'autres personnes de la ménopause, le nombre de personnes avec lesquelles

les femmes interrogées discutent facilement de la ménopause; des facteurs individuels tels que l'appréciation que les femmes font de leur santé physique et mentale, le nombre de changements dans leur vie que les femmes ont subi par rapport à la ménopause et le statut ménopausique. Une relation statistiquement significative et positive fut démontrée entre les attitudes envers la ménopause et les facteurs individuels (l'âge des femmes, $r = 0.20$, $p < 0.001$; santé physique, $r = 0.23$, $p < 0.001$; santé mentale, $r = 0.36$, $p < 0.001$). La relation statistique était aussi significative et négative entre les attitudes envers la ménopause et le nombre de changements dans la vie par rapport à la ménopause ($r = -0.15$, $p < 0.05$). De même, il existait une relation statistiquement significative et négative entre les attitudes envers la ménopause et les facteurs contextuels comme la facilité des femmes à pouvoir parler avec d'autres personnes de la ménopause ($r = -0.25$, $p < 0.001$), le nombre de personnes, des membres de la famille ($r = 0.18$, $p < 0.01$) et des amis ($r = 0.11$, $p < 0.1$) avec lesquels les femmes interrogées discutent facilement de la ménopause. Les analyses de régression révélèrent cinq facteurs prédictifs indépendants des attitudes envers la ménopause : La santé mentale ($\beta = 0.33$, $p < 0.001$); le nombre de changements dans la vie par rapport à la ménopause ($\beta = -0.23$, $p < 0.005$); le statut ménopausique ($\beta = 0.21$, $p < 0.005$); le nombre de membres de la famille avec lesquels les femmes discutent de la ménopause ($\beta = 0.18$, $p < 0.05$) et la facilité des femmes à parler avec des autres personnes de la ménopause ($\beta = 0.17$, $p < 0.05$). Les résultats de l'étude suggèrent que les attitudes envers la ménopause sont déterminées par des facteurs individuels et contextuels présents dans la vie des femmes. Cependant, ce sont les facteurs contextuels par rapport aux réseaux

familial et social qui sont ressortis sans tenir compte des conditions de vie des femmes. La dimension des réseaux familial et social des femmes est fortement associée aux conditions de vie de ces femmes. De même, l'appréciation que les femmes font de leur santé physique et mentale serait aussi influencée par les conditions de vie spécifiques de femmes

Wilbur, Miller & Montgomery (1995) ont aussi examiné l'influence des caractéristiques démographiques, en incluant l'ethnie, le statut socio-économique, l'état civil, le nombre d'enfants, le statut ménopausique et les symptômes physiques et psychologiques sur les attitudes envers la ménopause de femmes d'âge mûr. L'échantillon randomisé tiré de listes d'employées de 10 établissements, était composé de 149 femmes âgées de 35-65 ans et stratifié selon le type de travail, l'âge et l'ethnie. Le Menopause Attitude Scale (Bowles, 1986) a été utilisé pour mesurer les attitudes envers la ménopause. Le statut ménopausique est déterminé, d'un côté, par les réponses des femmes, et de l'autre, par les niveaux sanguins hormonaux d'œstradiol et de follicule-stimuline (FSH). Les symptômes ont été évalués par le Symptom Index (Kaufert & Syratiuk, 1981), The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Wilbur & Dan, 1989) et The Bradburn Affect Balance Scale (Bradburn, 1969). En général, la plupart des femmes, quels que soient l'ethnie ou le statut socio-économique, présentaient des attitudes neutres envers la ménopause. Une relation statistiquement significative et positive était ressortie entre les attitudes envers la ménopause et l'âge ($r = 0.26$, $p < 0.0001$), le nombre d'enfants ($r = 0.16$, $p < 0.05$), FSH

($r = 0.27$, $p < 0.0001$), et l'état affectif ($r = 0.36$, $p < 0.0001$). De même, il existait une relation statistiquement significative et négative entre les attitudes envers la ménopause et l'œstradiol ($r = -0.18$, $p < 0.05$), les symptômes nerveux ($r = -0.29$, $p < 0.0001$), les symptômes génito-urinaires ($r = -0.17$, $p < 0.05$) et CES-D ($r = -0.39$, $p < 0.0001$). La dépression et le statut ménopausique expliquaient 23 % de la variance des attitudes envers la ménopause. Les résultats de cette étude, pour ce qui concerne les attitudes neutres envers la ménopause, mettent en évidence la conception selon laquelle la ménopause est un événement normal de la vie des femmes. Néanmoins, le résultat obtenu selon lequel, les attitudes ne semblent pas être influencées par les différences d'ethnie et de statut socio-économique, mérite d'être confirmé par d'autres recherches.

Par ailleurs, plusieurs autres auteurs ont examiné les attitudes envers la ménopause et leurs relations avec plusieurs variables, tels que des symptômes physiques et psychologiques, les caractéristiques socio-démographiques, le statut ménopausique, le soutien social et l'estime de soi (Tableau 1).

Tableau 1

Résumé des études relatives aux attitudes envers la ménopause et leurs relations avec plusieurs variables

Auteurs	Populations	Devis	Variables	Perspectives	Résultats
Avis & Mckinlay (1991)	Cohorte de 2565 femmes âgées 45-55 ans	Descriptif Corrélationnel Prospective	Attitudes Dépression Symptômes physiques	Biomédicale	Attitudes négatives associées avec la dépression et les symptômes physiques.
Standing & Glazer (1992)	66 femmes de faible revenu âgées de 18-55 ans	Descriptif Corrélationnel	Attitudes Revenu Âge et race	Biomédicale Sociale	Relation positive entre les attitudes et l'âge. Pas de différence par rapport au revenu.
Theisen et al (1995)	287 femmes âgées de 35-55 ans	Corrélationnel	Facteurs prédictifs des attitudes envers la ménopause	Biomédicale Socioculturelle	Facteurs prédictifs : La santé mentale, le nombre de changements par rapport à la ménopause, le statut ménopausique, le nombre de membres de la famille pour parler et la facilité à pouvoir parler
Bell (1995)	135 femmes mexicaines américaines avec une moyenne d'âge de 48.8	Descriptif Corrélationnel	Attitudes Statut socio-économique Niveau d'acculturation Statut ménopausique Symptômes Estime de soi Soutien social	Biomédicale Socioculturelle	Relation négative entre les attitudes et l'acculturation et l'estime de soi. Relation positive entre l'estime de soi et les symptômes.
Wilbur, Miller & Montgomery (1995).	149 femmes âgées de 35-65 ans	Descriptif Corrélationnel	Attitudes Caractéristiques démographiques Statut ménopausique Symptômes physiques et psychologiques	Biomédicale	Relation positive entre les attitudes et l'âge, le nombre d'enfants. Relation négative entre les attitudes et les symptômes nerveux et génito-urinaires, CES-D. La dépression et le statut ménopausique expliquent 23% de la variance des attitudes
Holmes-Rovner et al. (1996).	197 femmes afro-américaines de faible revenu âgées de 40-55 ans	Descriptif Corrélationnel	Attitudes Connaissances sur la ménopause et HRT	Biomédicale	Attitudes ni positives ni négatives Pas de connaissances sur les risques de santé attendus.

Avis & McKinlay (1991) ont réalisé une étude sur 8050 femmes à partir des données issues de *Massachusetts Women's Health Study (MWHS)*. Les femmes ont été sélectionnées parmi les listes du recensement dressées annuellement par un plan d'échantillonnage randomisé. Auprès de cet échantillon transversal, une cohorte de 2565 femmes âgées de 45-55 ans ayant eu des menstruations périodiques dans les trois mois précédents ayant l'utérus et au moins un ovaire intacts ont été choisies. L'étude prospective de la cohorte comportait six contacts téléphoniques tous les neuf mois auprès des femmes ; il y a eu un pourcentage élevé de réponses (94-99 %). L'objectif de l'étude était de donner des réponses aux questions suivantes : (1) Quelles sont les attitudes envers la ménopause des femmes, et comment est-ce que ces attitudes changent durant la période de la ménopause? (2) Quelles sont les variables qui sont mises en relation avec les attitudes envers la ménopause? (3) Est-ce que les attitudes envers la ménopause prédisent des symptômes ultérieurs signalés pendant la ménopause? L'enquête a porté sur les données démographiques relatives à l'âge, à l'état civil, au nombre d'enfants et à la structure familiale. Les questions furent posées aux femmes sur leur santé, leurs symptômes, l'utilisation éventuelle de médicaments, leurs problèmes chroniques et leur expérience de chirurgie gynécologique. Les questions relatives à la ménopause comprenaient des items liés à leur histoire menstruelle, leurs symptômes, leurs attitudes et leur utilisation éventuelle d'hormonothérapie substitutive. La dépression était mesurée par le CES-D de Radloff (1977). Les résultats ont montré que la plupart de femmes signalent avoir des sentiments de soulagement (42.2 %) ou neutres (35.5 %) par rapport à la cessation de la menstruation ; les femmes qui avaient déjà vécu

la ménopause indiquaient avoir des sentiments plus positifs par rapport à la cessation de la menstruation que les femmes qui ne l'avaient pas encore vécue. Les attitudes négatives envers la ménopause étaient associées à des symptômes physiques (O.R = 1.15 ; $p < 0.05$) et à la dépression (O.R = 2.48 ; $p < 0.001$). Les attitudes négatives que les femmes avaient envers la ménopause avant de l'avoir vécue sont en relation avec la présence de symptômes pendant la ménopause. Par exemple, seulement 37 % des femmes étaient d'accord avec l'affirmation : « Les femmes qui ont d'autres intérêts ne font pas attention à la ménopause ». Ces femmes signalaient par la suite, subir des bouffées de chaleur. Les femmes (56 %) qui n'étaient pas d'accord avec l'affirmation, signalaient subir ce symptôme après avoir vécu la ménopause. Les auteurs concluent que le syndrome ménopausique est davantage en relation avec des caractéristiques personnelles de la femme qu'avec la ménopause en soi. Toutefois ils ne font pas mention d'autres facteurs liés au contexte socioculturel dans lequel les femmes vivent et qui pourraient influencer ces caractéristiques personnelles.

Les attitudes envers la ménopause ont été étudiées par Standing & Glazer (1992) chez 66 femmes de faible revenu clientes d'une clinique gynécologique ou d'une clinique de planification familiale. Elles ne présentaient pas de problèmes de santé par rapport à la ménopause. Les instruments de mesure utilisés ont été le Menopause Attitude Scale (MAS) de Bowles (1986) et l'instrument élaboré par Millette (1981) en ce qui concerne la mesure des attitudes et connaissances sur la ménopause. La participante typique est une femme de race noire, âgée de 34 ans, célibataire avec un revenu familial annuel au-

dessus de \$ 10000. L'étude a comparé les résultats par rapport aux attitudes envers la ménopause de cet échantillon à ceux de l'étude que Bowles (1986) a réalisée auprès d'un échantillon composé essentiellement de femmes de race blanche ayant revenu moyen. Il existe une relation statistiquement significative et positive entre les attitudes envers la ménopause et l'âge ($r = 0.290$, $p = 0.01$) dans le groupe de faible revenu. Il n'y avait aucune différence significative entre l'échantillon de cette étude et celui de l'étude de Bowles (1986) quant aux attitudes envers la ménopause, bien qu'il existe une tendance à enregistrer des résultats plus élevés dans le groupe de faible revenu. C'est seulement dans le groupe d'âge de 18-25 ans que ressortait une différence statistiquement significative ($t = 3.844$, $p < 0.001$). Les auteurs notent plusieurs interprétations possibles afin d'expliquer la tendance du groupe de faible revenu à enregistrer des résultats plus élevés : une possibilité serait l'existence de différences socioculturelles comme la taille du réseau, plus large dans ce groupe et lié au fait que 93 % des femmes étaient de race noire. De plus, le fait que ces femmes doivent affronter des problèmes spécifiques de la vie quotidienne, comme les besoins de nourriture, d'abri et de sécurité, leurs sensations de gêne ressenties pendant la ménopause deviennent peu importantes. Ainsi, il s'avère important d'inclure des variables liées aux conditions de vie des femmes qui peuvent affecter le développement des attitudes envers la ménopause.

Les relations entre les attitudes envers la ménopause et le statut socio-économique, le niveau d'acculturation, le statut ménopausique, les symptômes, l'estime de soi et le soutien social ont été étudiés par Bell (1995). L'échantillon était formé de

130 femmes mexicaines américaines ayant une moyenne d'âge de 48.8. Les instruments utilisés étaient, Attitudes toward Menopause ATM, (Neugarten et al., 1963) pour mesurer les attitudes envers la ménopause, The Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1979) pour évaluer l'estime de soi, The Family APGAR and Friends APGAR (Smilkstein et al., 1982) pour mesurer le soutien social. L'acculturation était mesurée sur une échelle de cinq items (Marin et al., 1987). Le statut ménopausique était déterminé par cinq questions élaborées par l'auteur ; le questionnaire pour évaluer le nombre et la sévérité des symptômes ménopausiques était construit selon celui proposé par Greene (1984). Les résultats montrent une relation statistiquement significative entre ATM et l'acculturation ($r = -0.2020$, $p < 0.05$) ainsi qu'entre ATM et l'estime de soi ($r = -0.1942$, $p < 0.05$). De même, une relation statistiquement significative et positive était établie entre l'estime de soi et le nombre de symptômes ($r = 0.2833$, $p < 0.001$) comme entre le soutien social et la sévérité des symptômes ($r = -0.2121$, $p < 0.05$). Aucune relation n'est démontrée entre ATM et le statut socio-économique, de même qu'entre le nombre des symptômes, leur sévérité et ATM ou entre le nombre et la sévérité des symptômes et le statut socio-économique. Il ressort de cette étude une association entre le niveau d'estime de soi et le développement des attitudes envers la ménopause ; résultat appuyé par des études antérieures (Frey, 1981 ; Lincoln, 1981 ; Millette, 1981). De même, il y a une association entre la présence ou l'absence de symptômes liés à la ménopause et le niveau d'estime de soi (Kaufert & Syrotuik, 1981 ; Polit & LaRocco, 1980). Il est donc approprié de tenir compte dans la présente étude du niveau d'estime de soi des femmes vivant ou ayant vécu la ménopause.

Holmes-Rovner et al. (1996) ont regardé les attitudes envers la ménopause, les connaissances sur la ménopause et sur le traitement de remplacement hormonal, et les prévisions de santé chez 197 femmes africaines américaines de faible revenu âgées de 40 à 55 ans. Les participantes étaient recrutées en utilisant une stratégie des informateurs clés. Les instruments de mesure qui furent utilisés avaient été auparavant construits et portés dans d'autres études par les auteurs. Les résultats indiquaient que les femmes n'avaient ni des attitudes positives ou négatives envers la ménopause. Le nombre moyen de symptômes que les femmes attribuaient à la ménopause était de 8.5 symptômes. Les femmes de cet échantillon ne connaissent pas les risques de santé attendus par rapport à la ménopause, de même que la plupart ne font pas d'exercice, ni n'ont une diète salubre comme activités de promotion de la santé. Les résultats obtenus quant aux attitudes neutres et au manque de connaissances sur les risques de santé et sur les activités de promotion peuvent suggérer que les femmes considèrent la ménopause comme un événement naturel et non comme une maladie ou un facteur de risque potentiel pour leur santé (Koster, 1991).

Plusieurs autres recherches utilisent une méthodologie qualitative pour analyser l'expérience de la ménopause des femmes de diverses cultures (Buck & Gottlieb, 1991 ; Chirawatkul & Manderson, 1994 ; Pleta, 1997). Cette analyse démontre que le vécu de cette expérience est influencé par le rôle que les femmes jouent dans leur société avant et après l'expérience de la ménopause. De même, l'examen des récits de femmes met en évidence que les stéréotypes reliés au genre féminin et la perspective de la ménopause

conceptualisée par le système de soins de santé affectent les attitudes envers la ménopause des femmes (Contreras, Toscano, Toronjo, García et López, 1997; George, 1996; Jones, 1997; Kyung Hye Lee, 1997; McMaster, Pitts & Poyah, 1997). Kittell, Mansfielf & Voda (1998), rapportent des réponses de femmes face aux changements qu'elles ressentent dans leur cycle menstruel pendant la ménopause. Les résultats de cette étude insistent sur la nécessité d'une meilleure compréhension du mécanisme par lequel les exigences sociales et culturelles influencent les sentiments et les comportements des femmes.

En résumé, il ressort que la plupart des auteurs envisagent encore l'expérience de la ménopause selon la perspective biomédicale, c'est-à-dire comme une maladie due à la carence d'hormones avec des symptômes physiques et psychologiques ayant besoin d'un traitement. Ainsi, une des variables la plus étudiée est la présence ou l'absence de symptômes et leurs possibles relations avec les autres variables incluant aussi les attitudes envers la ménopause. Il semble aussi que les attitudes envers la ménopause des femmes déterminent des importants aspects de leur expérience de la ménopause. Il ressort, par ailleurs, que même si des études examinent les caractéristiques socio-démographiques des femmes, elles ne sont pas sensibles à la perspective du rôle de genre. En effet, le genre bien que reconnu comme un des déterminants de la santé, est cependant négligé par les études sur la ménopause. Étant donné que la ménopause est un événement présent dans la vie de toutes les femmes et que la façon de vivre cet événement aura des répercussions sur leur santé, des recherches qui tiennent compte de

la notion de genre déterminée par des conditions de vie des femmes deviennent une nécessité.

Les rôles reliés au genre

Cette partie du texte présente la théorie des rôles et le concept du rôle relié au genre, ainsi que les dimensions de l'orientation du rôle du genre.

Selon Conway (1988), la théorie des rôles représente un ensemble de concepts et d'hypothèses qui prédisent comment les personnes vont jouer un rôle donné, ou quels types de comportements sont attendus selon les circonstances. Le mot rôle prend ses racines dans domaine du théâtre et se réfère à la « part » qu'une personne se voit assignée dans la pièce. Linton (1967) avait construit le couple conceptuel de statut et de rôle. Le statut se définissait comme « la place qu'un individu donné occupe dans un système donné à un moment donné ». Il relève donc de la structure sociale. Le terme de rôle désigne « l'ensemble des modèles culturels associés à un statut donné. Il englobe par conséquent les attitudes, les valeurs et les comportements que la société assigne à une personne et à toutes les personnes qui occupent ce statut » (Linton, 1967, 71).

Les statuts d'un individu dépendent de son âge, de son sexe, de sa naissance, des études poursuivies, de son mariage, etc. Les rôles sont des comportements appris par l'individu sur la base de ses statuts actuels ou futurs. Ils correspondent à une attente sociale à laquelle l'individu doit se conformer pour valider sa présence dans le statut considéré. Enfin, Linton (1967) souligne que généralement, les rôles relevant des divers

statuts d'une même personne s'ajustent les uns aux autres, graduellement, pour éviter les conflits possibles. Selon lui, les conflits de rôles proviennent essentiellement des bouleversements rapides introduits dans nos sociétés par les changements techniques ou la mobilité spatiale imposée. Merton (1965) formalise deux concepts : l'ensemble des rôles associés à un statut et l'ensemble des statuts que possède un individu. L'agencement des rôles et des statuts, de leurs ensembles et de leurs séquences constitue, pour Merton (1965), la structure sociale. Dans un même ensemble de rôles (correspondant à un seul statut), les attentes de rôles de partenaires d'un individu peuvent être différentes, voire contradictoires. De plus, les partenaires d'un individu disposent de pouvoirs différents dans une situation donnée et peuvent chercher à lui imposer un comportement correspondant à leur attente. De façon semblable tous les statuts doivent s'ajuster dans un ensemble de statuts. La diversité et la complexité des statuts occupés par un individu tiennent à son appartenance à plusieurs institutions et sous-systèmes d'une société.

Le concept de rôle du genre, placé au sein de la théorie de rôle, est un sous-ensemble du concept générique de rôle relié au statut du sexe. Cependant, si beaucoup de rôles sont optionnels, les rôles assignés aux personnes en raison de leur sexe le sont difficilement. Le sexe est un attribut physique de toutes les personnes, et qui est associé avec les fonctions de procréation de l'espèce (Kritek, 1988). Holter (1970) cité par Kritek (1988) définit les rôles reliés au genre comme des normes sociales qui sont appliquées aux hommes par le fait qu'ils sont des hommes, et aux femmes par le fait qu'elles sont des femmes. D'autre part, les termes masculin et féminin font référence à

un groupe d'attributs et comportements bien définis et qui sont respectivement inhérents au contexte social définie par les hommes et les femmes. Aussi, un ensemble d'attributs stéréotypés construit par la société persiste encore (Kritek, 1988). Ainsi, le rôle relié traditionnellement au genre féminin serait caractérisé entre autres par : être mariée, avoir une occupation ménagère et/ou non rémunérée (Helson & Picano, 1990 ; Santiago et al. 1994) et la tâche de soignante naturelle (Miller, 1976 cité dans Kritek, 1988).

Il existe une autre variable dans la littérature scientifique : l'orientation du rôle du genre. Cette variable fait référence à des caractéristiques psychologiques stéréotypées et souhaitables pour les hommes et les femmes (Rollins, 1996). Deux instruments sont utilisés pour mesurer l'orientation du rôle du genre, à savoir, The Bem Sex-Role Inventory (BSRI) (Bem, 1974) et The Personality Attributes Questionnaire (PAQ) (Spence et Helmreich, 1978). Ces instruments de mesure consistent en une liste de caractéristiques masculines stéréotypées (par exemple : indépendant, assuré), de caractéristiques féminines aussi stéréotypées (par exemple : infantile, tendre) et de caractéristiques neutres (par exemple : heureux, sincère). Les personnes qui auraient des niveaux élevés de caractéristiques masculines et des niveaux bas de caractéristiques féminines auraient une orientation masculine du rôle du genre. Les personnes avec une orientation féminine du rôle seraient celles qui auraient des niveaux élevés des caractéristiques féminines et des niveaux bas de caractéristiques masculines. Les personnes avec des niveaux élevés de caractéristiques masculines et féminines stéréotypées seraient considérées comme ayant une orientation androgyne du rôle de genre (Stockard & Johson, 1992). Un des problèmes du PAQ et du BSRI est le

développement des deux instruments dans un vide théorique, en s'appuyant sur des conceptions stéréotypés des hommes et des femmes. Ces échelles utilisent des descriptions qui font des différences empiriques et quantitatives des hommes et des femmes sans fondement théorique (Stockard & Johson, 1992). En effet, Beere (1983) doute que les mêmes et toutes caractéristiques soient souhaitables pour tous les hommes et toutes les femmes. De même, il est possible que la société ait changé sa perception des caractéristiques socialement souhaitables pour les hommes et les femmes au cours des deux décades passées (Rollins, 1996).

Ce parcours théorique sur les concepts du rôle, du rôle du genre et l'orientation du rôle du genre permet d'apprécier les difficultés et le flou inhérents à ces concepts. D'où l'importance de faire un choix entre les concepts dans le cadre de cette étude. Le concept de rôle du genre permet de mieux comprendre les conditions de vie des femmes liées au fait qu'elles sont des femmes. En plus, ce concept de genre est reconnu comme un des déterminants de la santé (Strategie pour la Santé des Femmes, Santé Canada, 1999). Ainsi, dans la présente étude la variable rôle du genre sera utilisée tel que conceptualisée ceci dessus.

L'estime de soi des femmes.

La section suivante, présente une revue des écrits axés sur les relations entre l'estime de soi et plusieurs variables comme le conflit du rôle, la satisfaction du mode de vie, la situation de famille, la situation de travail et l'orientation du rôle du genre auprès de femmes. Il semble qu'à l'heure actuelle, il n'y a aucune étude montrant des relations

entre l'estime de soi lui-même et le rôle du genre. Les études qui suivent présentent ainsi les relations entre l'estime de soi et l'orientation du rôle du genre. (Tableau 2).

Long (1990) a examiné les différences d'estime de soi, d'acceptation de soi, de l'orientation du rôle du genre (masculine et féminine) entre plusieurs échantillons de femmes âgées de 19-65 ans, dont des chercheuses (n = 62), des professionnelles (n = 89), des étudiantes d'université (n = 83), des clientes d'un centre de santé mentale (n = 52) et de femmes ayant été victimes de violence domestique (n = 57). The Personal Orientation Inventory (Shostrom, 1974) était utilisé pour mesurer l'estime de soi et l'acceptation de soi. The Bem Sex Role Inventory (Bem, 1974) était utilisé pour mesurer l'orientation du rôle du genre. Les résultats qui ressortent de l'étude étaient les suivants : Il y a une relation statistiquement significative et positive entre l'orientation masculine du rôle du genre et l'estime de soi dans tous les groupes, sauf en ce qui concerne le groupe de femmes étudiantes. Les femmes chercheuses, professionnelles et étudiantes ne présentaient pas de différence significative quant aux niveaux d'estime de soi ni quant à l'orientation masculine du rôle du genre. Les femmes chercheuses enregistrent des résultats plus bas en ce qui concerne l'orientation féminine du rôle du genre relativement aux autres groupes. Aucune relation ne ressortait entre l'orientation féminine du rôle, l'estime de soi et l'acceptation de soi dans aucun des groupes de femmes de l'étude.

Tableau 2

Résumé des études relatives à l'estime de soi et orientation du rôle du genre

Auteurs	Populations	Devis	Variabes	Résultats
Long (1990)	Des groupes de femmes >19<65ans (chercheures, professionnelles, étudiantes, clientes, victimes)	Descriptif Corrélationnel	Estime de soi Acceptation de soi Orientation masculine Orientation féminine	Relation positive entre l'estime de soi et l'orientation masculine en tous les groupes, sauf le groupe des étudiants. Pas de différence quant à l'estime de soi ni à l'orientation masculine entre les femmes scientifiques, professionnelles et étudiantes. Pas de relation entre l'estime de soi et l'orientation féminine
Long (1991)	Des groupes de femmes >18 ans (professionnelles, étudiantes, clientes, victimes)	Descriptif Corrélationnel	Santé mentale (mesures du concept de soi) Orientation masculine féminine et androgyne	Relation positive entre la santé mentale et l'orientation masculine. Relation positive entre le concept de soi positive et le niveau supérieur d'éducation et l'occupation professionnelle
Napholz (1994a).	106 femmes travailleuses âgées de 22-62 ans	Descriptif Comparatif	Estime de soi Dépression Orientation rôle du genre Conflit du rôle Satisfaction mode de vie	L'orientation indifférencié a enregistré des scores plus élevés quant à la dépression et des scores plus bas quant à l'estime de soi et à la satisfaction mode de vie que l'orientation androgyne et masculin. L'orientation féminine a enregistré des scores plus élevés quant à la dépression et plus bas quant à l'estime de soi que l'orientation androgyne
Napholz (1994b).	113 femmes noires travailleuses âgées de 18-65 ans	Descriptif Comparatif	Estime de soi Dépression Orientation rôle du genre Conflit du rôle Satisfaction mode de vie	L'orientation indifférencié a enregistré des scores plus élevés quant à la dépression et des scores plus bas quant à l'estime de soi et à la satisfaction mode de vie que l'orientation androgyne et masculin. L'orientation féminine a enregistré des scores plus élevés quant à la dépression et plus bas quant à l'estime de soi que l'orientation androgyne
Napholz (1996).	621 femmes travailleuses âgées <40ans 411 femmes travailleuses âgées de 45-65 ans	Descriptif Comparatif	Estime de soi Dépression Orientation rôle du genre Conflit du rôle Satisfaction mode de vie Situation de famille Nombre d'heures de travail	Différences quant à l'estime de soi selon l'âge. Pas de différences quant à l'estime de soi, à l'orientation féminine du rôle ou à la dépression selon la situation de famille. Différences quant au conflit du rôle, à la satisfaction mode de vie, à l'orientation masculine du rôle, selon la situation de famille
Kleinplatz, Mccarrey & Kateb (1992)	160 femmes étudiants âgées de 17-43 ans classées féminine/traditionnelles, masculine/non traditionnelles	Descriptif Comparatif	Estime de soi Identité du rôle du genre Satisfaction mode de vie Anxiété/conflit	Les femmes traditionnelles ont des niveaux moins élevés d'estime de soi et de la satisfaction à l'égard du mode de vie et plus élevés quant à l'anxiété/conflit
Haber (1991)	79 femmes blanches, mariées âgées de 28-46 ans	Descriptif Comparatif	Estime de soi Préférence du rôle du genre Catégorie d'emploi Religion et revenu	Pas de différences entre les catégories d'emploi quant à l'estime de soi. Les femmes mixtes ont des niveaux plus élevés d'estime de soi que les femmes modernes. La religion et le revenu expliquent 48% de la variance de l'estime de soi. Les travailleuses à plein temps sont plus modernes que les travailleuses à la maison et à temps partiel

Long (1991) a aussi évalué la relation entre l'orientation du rôle du genre et la santé mentale des femmes. L'échantillon est composé de quatre groupes de femmes âgées de plus de 18 ans : des professionnelles (n = 95), des étudiantes d'université (n = 86), des clientes d'une clinique (n = 54) et de femmes ayant été victimes de violence domestique (n = 58). Les instruments utilisés pour mesurer le concept de soi étaient : (a) Un groupe de quatre échelles (Time Competency, Inner-Directed Support, Self-Regard, Self-Acceptance), auprès de The Personal Orientation Inventory (Shostrom, 1974), (b) The Tennessee Self-Concept Scale (TSCS) (Fitts, 1964) et (c) le Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1979). The Rotter's Internal-External Locus of Control Scale (Rotter, 1966) était utilisé pour mesurer la perception individuelle du contrôle sur les expériences de la vie. The Bem's Sex-Role Inventory (Bem, 1974) a permis de mesurer l'orientation du rôle du genre (orientation masculine, féminine, androgyne et cet auteur considère aussi l'orientation indifférencié mais sans la définir). Les résultats de l'étude ont confirmé une relation positive entre l'orientation masculine et la santé mentale. De même, l'orientation masculine était un facteur prédictif d'un concept de soi positif. Il existe par ailleurs une relation statistiquement significative entre le concept de soi positif et un niveau élevé d'éducation ainsi que l'occupation professionnelle. Il y avait une différence significative quant au nombre de femmes professionnelles, d'étudiantes, de clientes et de femmes victimes de violence par rapport aux niveaux du concept de soi ($p < 0.001$). Les femmes professionnelles et les étudiantes représentaient 80% de celles qui avaient enregistré des niveaux élevés du concept de soi ; les clientes d'un centre de santé mentale et les femmes ayant été victimes de violence domestique constituaient

83% des femmes qui avaient enregistré des niveaux bas du concept de soi. De façon identique, il ressortait une différence significative quant au nombre de femmes professionnelles, d'étudiantes, de clientes et de femmes victimes de violence en ce qui concerne l'orientation du rôle du genre ($p < 0.001$). 66% des femmes professionnelles présentent une orientation masculine ou androgyne du rôle; 61% des étudiantes présentent une orientation androgyne ou masculine du rôle, 81% des femmes clientes montrent une orientation féminine ou indifférenciée du rôle et 67% des femmes victimes de la violence domestique présentent une orientation féminine ou indifférenciée du rôle. La santé mentale des femmes est évaluée en tenant compte du concept de soi et de la perception individuelle du contrôle sur les expériences de la vie. Il est possible que ces deux concepts ne soient pas suffisants pour évaluer la santé mentale, ce qui introduirait un biais à l'étude. Dans cette étude, autant que dans la précédente, il ressort que les femmes appartenant aux différents échantillons (professionnelles, étudiantes, clientes et victimes de violence domestique) présentent des conditions de vie qui seraient peu comparables. Ces conditions de vie semblent suffisamment importantes de manière que les résultats obtenus dans les différents groupes des femmes par rapport au concept de soi et à l'orientation du rôle du genre soient liés au statut socioprofessionnel, au fait d'être client d'un centre de santé mentale, ou d'avoir été victime de violence domestique. Le fait de ne pas tenir compte des conditions de vie des femmes n'aide pas à comprendre le motif pour lequel certaines d'entre elles présentent des niveaux moins élevés d'estime de soi que les autres.

Napholz (1994a, 1994b) a effectué deux études sur la relation entre l'orientation du rôle du genre, le conflit du rôle, la dépression, l'estime de soi et la satisfaction à l'égard du mode de vie. Les échantillons de convenance étaient composés d'une part, de 106 femmes de race blanche travaillant dans différentes organisations et d'autre part de 113 femmes de race noire aussi travailleuses. Les instruments de mesure utilisés étaient les mêmes pour les deux études, The Personal Attitudes Questionnaire (Spence et Helmreich, 1978) en ce qui concerne l'orientation du rôle du genre, The Role Conflict Questionnaire for Women (Nevill et Damico, 1974) pour mesurer le conflit du rôle, The Beck Depression Inventory (Beck, 1987) pour la dépression, The Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) pour l'estime de soi et The Satisfaction With Life Scale (Diener et al. ;1985) pour évaluer le niveau de satisfaction à l'égard de la vie. Les résultats des deux études démontraient que les femmes qui présentaient une orientation indifférenciée du rôle ont enregistré des résultats plus élevés pour ce qui est de la dépression et des résultats plus bas quant à l'estime de soi et à la satisfaction envers le mode de vie par rapport aux femmes ayant une orientation androgyne et masculine du rôle. De façon identique, les femmes qui présentaient une orientation féminine du rôle ont enregistré des résultats plus élevés pour ce qui est de la dépression et des résultats plus bas en ce qui concerne l'estime de soi par rapport aux femmes qui avaient une orientation androgyne du rôle.

Napholz (1996) tient compte de la situation familiale auprès d'un échantillon de convenance de 1032 femmes travailleuses, distribuées dans deux groupes selon leur

âge ; 621 femmes âgées de moins de 40 ans et 411 femmes âgées de 45-65 ans. Les instruments de mesure utilisés étaient les mêmes que dans les deux études antérieures par cet auteur. Les résultats quant au conflit du rôle, à la satisfaction à l'égard de la vie et à l'orientation masculine du rôle étaient différents en fonction de la situation de famille des femmes. Les résultats quant au conflit du rôle, au nombre d'heures de travail par semaine et à l'estime de soi étaient différents selon l'âge des femmes. Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes de femmes par rapport à la situation de famille quant à l'estime de soi, à l'orientation féminine du rôle ou la dépression. Aucune différence significative n'était ressortie entre les groupes de femmes selon l'âge par rapport à la satisfaction à l'égard de la vie, à l'orientation masculine ou féminine du rôle et à la dépression.

Ces trois études de Napholz (1994a, 1994b, 1996) utilisent la variable du rôle du genre pour faire une catégorisation des femmes. Les trois études portent sur des femmes travailleuses, mais l'auteur ne tient pas compte des différents types d'entreprises, ni des caractéristiques spécifiques du poste de travail des femmes. Cependant, la dernière étude tient compte de la situation de famille des femmes, du nombre d'heures de travail et de l'âge.

Kleinplatz et al. (1992) ont étudié l'effet de l'identité du rôle du genre des femmes traditionnelles versus des femmes non traditionnelles sur leur estime de soi, sur la satisfaction que leur procure leur mode de vie et sur l'anxiété/conflit qu'elles éprouvent par rapport à leur choix de vie traditionnelle ou non traditionnelle. Cinq cent

quarante et une étudiantes de niveau collégial ont été choisies à l'aide du Bem Sex Role Inventory (Bem, 1974) et de Attitudes Towards Women Scale (Spence, Helmreich et Stapp, 1973). Cent soixante étudiantes se sont classées dans les catégories féminine/traditionnelle ou masculine/non traditionnelles dans les deux tests. L'estime de soi fut mesurée par The Self-Regard Scale du The Personal Orientation Inventory de Shostrom (1974). La satisfaction à l'égard du mode de vie fut mesurée par 11 items choisies après The Sense of Well-Being Scale du The California Psychological Inventory (Gough, 1956). L'anxiété/conflit éprouvé par rapport au choix de vie traditionnel ou non traditionnel a été mesuré par The Trait Anxiety Scale du State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970). Les analyses suggèrent que les différences quant à l'estime de soi, à la satisfaction à l'égard du mode de vie et à l'anxiété/conflit semblent être essentiellement dues à des différences du rôle du genre. Les femmes traditionnelles ont enregistré des résultats beaucoup moins élevés pour ce qui est de l'estime de soi que les femmes non traditionnelles. De même, elles ont enregistré des résultats plus bas quant à la satisfaction à l'égard du mode de vie que les femmes non traditionnelles. Cependant, quant à l'anxiété/conflit les femmes traditionnelles signalent des niveaux plus élevés que les femmes non traditionnelles. Il apparaît donc que l'identification du rôle du genre et le choix de vie traditionnelle ou non traditionnelle est importante pour mieux comprendre non seulement le niveau d'estime de soi mais aussi pour expliquer le développement des attitudes envers certains événements de la vie tels que l'expérience de la ménopause.

Haber (1991) a étudié la relation entre la préférence du rôle du genre (définie comme le degré avec lequel les personnes préfèrent la division du travail selon le genre), l'estime de soi et la catégorie de l'emploi (à plein temps à l'extérieur du ménage, à temps partiel, travail ménager), en tenant compte du revenu et de la religion. Son étude fut effectuée auprès d'un échantillon de convenance de 79 femmes de race blanche, mariées, âgées de 28-46 ans, et recrutées dans les églises. Les échelles utilisées ont été : The Gender Role Preference Scale (Scanzoni et Szinovacz, 1980) ; treize items élaborés par l'auteur pour mesurer la préférence du rôle du genre classée en trois catégories à savoir, moderne, mixte et traditionnel; The Rosenberg Self-Esteem Scale de Rosenberg (1965) pour mesurer l'estime de soi ; huit items élaborés par Connecticut Mutual Life Insurance (1981) pour évaluer la religion. Les résultats de l'étude indiquent qu'il y a des différences significatives entre les catégories d'emplois et la préférence du rôle du genre. Pour ce qui est de la préférence du rôle du genre, les travailleuses à plein temps se classent dans la catégorie moderne plus que les travailleuses à la maison ($p < 0.01$) et que les travailleuses à temps partiel ($p < 0.01$). Il n'y avait aucune différence significative entre les catégories d'emploi quant à l'estime de soi. Ceci pourrait être lié au fait que l'ensemble de l'échantillon ait enregistré des niveaux élevés en ce qui concerne l'estime de soi. On pourrait également s'attendre à des niveaux élevés quant à l'estime de soi dans cet échantillon de femmes de race blanche, mariées, qui ont par ailleurs des niveaux élevés d'éducation et de revenu. Les femmes qui présentaient une préférence du rôle du genre mixte ont enregistré des résultats plus élevés pour ce qui est de l'estime de soi que celles qui présentaient une préférence du rôle du genre moderne. Aucune relation

n'était démontrée entre l'estime de soi et la religion dans l'ensemble de l'échantillon et dans le groupe des travailleuses à temps partiel. Une relation positive était ressortie entre la religion et la préférence du rôle traditionnel relié au genre. Les analyses de régression indiquent que la religion et le revenu expliquent 48 % de la variance de l'estime de soi. La préférence du rôle de genre est un facteur prédictif significatif de l'estime de soi seulement pour les travailleuses à plein temps à l'extérieur du ménage, au-delà des effets du revenu et de la religion. Il ressort dans cette étude que l'estime de soi est fortement influencée par des facteurs contextuels comme le revenu et la religion et de même que par la préférence du rôle du genre. Ce qui confirme l'importance de tenir compte du rôle du genre des femmes et des facteurs contextuels liés à leur vie dans les études qui examinent les expériences de vie des femmes.

Josephs et al. (1992) ont réalisé trois études pour confirmer l'hypothèse selon laquelle l'estime de soi des hommes et des femmes émane, en partie, de différentes sources. L'estime de soi apparaît être reliée à l'adaptation aux normes culturellement appropriées selon le genre, l'estime de soi chez les hommes était associée aux succès individuels et à l'indépendance des autres; chez les femmes l'estime de soi était reliée aux relations interpersonnelles et à l'interdépendance avec les autres. Cette étude démontre que seules les personnes qui ont des niveaux élevés d'estime de soi seraient capables de diverger des normes culturellement appropriées au genre. L'estime de soi se révèle donc essentielle pour que les femmes puissent faire face aux stéréotypes culturels et sociaux sur l'expérience de la ménopause

Résumé de l'état des connaissances.

La recension des écrits fait ressortir que la plupart des études mettant en relation le rôle du genre et l'estime de soi auprès des femmes utilisent la perspective du genre surtout pour faire une classification des femmes selon certaines caractéristiques psychologiques associées aux rôles du genre soit féminin, soit masculin. La prise en compte des autres conditions de vie des femmes liées au rôle du genre féminin tels que la dépendance économique, la situation de famille, le travail au sein ou en dehors du ménage, la possibilité de décider, le statut social, sont essentielles mais peu étudiées comme variables contextuelles. Ainsi, ces études ne clarifient pas suffisamment les motifs pour lesquels les femmes présentent des niveaux peu élevés d'estime de soi.

L'absence d'études spécifiques sur la relation entre le rôle du genre, l'estime de soi et les attitudes des femmes envers la ménopause justifie la présente étude auprès de femmes qui n'ont pas encore vécu l'expérience de la ménopause. Celle-ci permettra d'une part, de mieux identifier les facteurs qui influencent le vécu de l'expérience de la ménopause, et d'autre part, de mieux comprendre les conditions de vie des femmes liées au rôle du genre. Les infirmières pourront ainsi développer des programmes qui soient sensibles aux conditions de vie des femmes, tenant compte des différences sociales liées au genre. Ces programmes aideront à améliorer les conditions de vie de ces femmes par le maintien d'un bon état de santé physique et mentale pendant la ménopause.

Le cadre de référence

Le modèle théorique de Bowles (1990) est fondé sur une combinaison de plusieurs modèles, à savoir, le modèle culturel relativiste sur la ménopause de Koeske (1982), le modèle de développement des attitudes de Fishbein & Ajzen (1975) et le modèle de Kaufert (1982) relativement aux relations entre les symptômes ménopausiques et les conditions de vie des femmes ou le genre féminin.

Le modèle culturel relativiste de Koeske (1982) identifie certaines valeurs de la société et des facteurs sociaux, politiques ou économiques qui influencent les stéréotypes cultureux de la ménopause.

Plusieurs assertions sont implicites dans le modèle :

- Il existe une corrélation entre les attitudes culturelles envers la ménopause et les symptômes ménopausiques.
- Les attitudes et les symptômes varient à travers les cultures. Les études dans ce domaine suggèrent que dans les sociétés où la ménopause est associée à la perte de rôles importants et à la réduction de liberté ou de pouvoir des femmes, les attitudes envers la ménopause sont négatives. Ces attitudes négatives influenceraient le bien-être psychologique de la femme vivant l'expérience de la ménopause.
- Les attitudes envers la ménopause et les symptômes varient entre les différents sous-groupes à l'intérieur d'une culture, telle que la classe socioéconomique et le niveau d'éducation. L'estime de soi dépendrait moins des rôles biologiques que des rôles liés à l'occupation et à l'éducation.

Koeske (1982) suggère qu'il faut considérer des facteurs tels que les variables physiques et biologiques, le stress émotionnel, les expériences et modes de comportement et le stress environnemental en plus des facteurs culturels pour mieux comprendre le vécu des femmes de leur expérience de la ménopause.

Fishbein & Ajzen (1975) définissent les attitudes comme le sentiment et l'évaluation faite par l'individu envers un objet ou un événement. Les croyances sont considérées comme les éléments de base pour le développement des attitudes. Les croyances représentent l'information accumulée sur un objet ou un événement, soit de l'observation directe, soit des autres sources d'information ou par le chemin de la déduction. La personne apprend ou forme un certain nombre de croyances sur une situation. Alors les femmes apprennent ou développent des croyances sur la ménopause. Leurs attitudes envers la ménopause sont déterminées par leurs croyances que la ménopause possède certains attributs et par leur évaluation de ces attributs. Les croyances peuvent se composer d'idées selon lesquelles la ménopause est associée à, ou suivie des autres événements. Les croyances peuvent aussi avoir une nature normative due à l'influence des facteurs socioculturels.

Fishbein & Ajzen (1975) proposent que les attitudes puissent être mesurées moyennant un instrument qui utilise une dimension bipolaire affective ou évaluative en ce qui concerne l'objet ou événement sous étude.

Kaufert (1982) présente un modèle théorique qui examine les relations entre les symptômes ménopausiques et les événements de la vie qui coïncident avec la ménopause. L'importance de ces événements serait due à leur effet sur l'estime de soi

des femmes. Cet effet sur l'estime de soi dépendrait de la définition de l'événement à l'intérieur du contexte socioculturel où il a lieu. L'auteur suggère l'existence d'implications sociales variant d'une société à l'autre pour une femme vivant la ménopause. La perception de la ménopause par un groupe social serait composée du sens et des conséquences qu'aurait la ménopause pour une femme en raison de sa position sociale. Cette perception forme un stéréotype de l'expérience de la ménopause accessible à tous les membres de la société. La femme vivant l'expérience de la ménopause tirerait de ce même stéréotype qui servirait de filtre à travers lequel les expériences physiques et psychologiques seraient interprétées.

Ce stéréotype de la ménopause peut présenter une image positive ou négative de l'expérience de la ménopause. Quand le stéréotype est négatif, il y a une menace à l'estime de soi des femmes qui approchent la ménopause ; si le stéréotype montre une image positive de l'expérience de la ménopause, l'effet sur l'estime de soi des femmes serait plus enrichissant.

Par ailleurs, le modèle de Bowles suggère l'importance d'étudier la ménopause par une approche globale afin d'identifier et explorer l'interaction de plusieurs facteurs. Ce modèle présente la ménopause comme en étant seulement un aspect du développement de la période de l'âge mûr des femmes ; le modèle tient compte aussi de l'importance d'évaluer les attitudes envers la ménopause des femmes de plusieurs âges ainsi que les attitudes des autres personnes de l'entourage. Il décrit le développement des attitudes et leur influence sur l'expérience de la ménopause ; il identifie quelques facteurs associés au développement de croyances et d'idées entourant la ménopause,

telles que l'estime de soi, la santé physique, les expériences de vie avant et durant la ménopause et les perceptions socioculturelles.

De même, le modèle de Bowles propose que la perspective selon laquelle est conceptualisée la ménopause peut influencer de façon importante les attitudes individuelles envers la ménopause. L'étude de Gannon & Ekstrom (1993) démontre cette influence en faisant ressortir que c'est la perspective qui définit la ménopause comme une maladie ce qui influence de manière négative les attitudes envers la ménopause.

Ce modèle tient compte de plusieurs facteurs contextuels qui agissent sur les femmes et est donc pertinent vers une meilleure compréhension de l'expérience de la ménopause telle que vécu par les femmes. Mais comme on peut le remarquer, aucune des études recensées n'a utilisé le modèle de Bowles sauf celle de Gannon & Ekstrom (1993) prenant en compte la perspective utilisée pour expliquer la ménopause et le développement des attitudes envers la ménopause.

La présente étude s'intéresse particulièrement à certains facteurs tels que l'estime de soi et le rôle du genre. Deux facteurs ayant été identifiés associés aux attitudes de femmes envers l'expérience de la ménopause. Il est donc pertinent d'utiliser le cadre de référence développé par Bowles. Bowles ne se penche pas directement sur le rôle du genre mais utilise plutôt la notion de transition du rôle. Le cadre de Bowles donc a été adapté aux besoins de l'étude afin de tenir compte des conditions de vie des femmes et des différences sociales liées au genre (Figure 1).

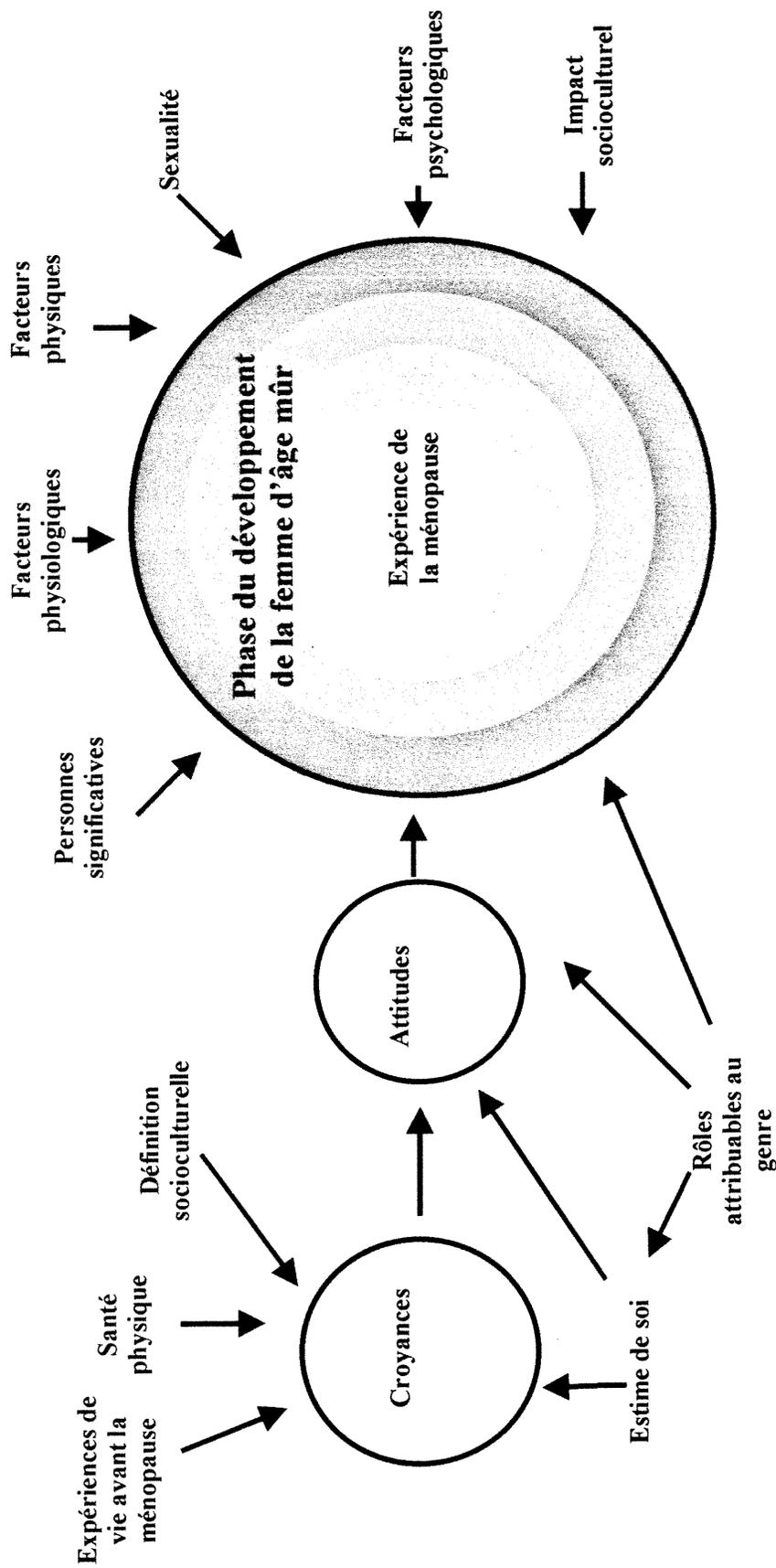


Figure 1.-Adaptation du modèle conceptuel de développement des attitudes envers la ménopause et leur influence sur l'expérience de la ménopause (Bowles,1990, traduction libre, adapté par González et Vissandjée, 2000).

CHAPITRE TROISIÈME

Méthode

Ce chapitre illustre la méthode retenue pour répondre aux questions de la présente étude. Plusieurs parties sont présentées dont : le devis de recherche, la population à l'étude, la définition opérationnelle des variables, le déroulement de l'étude, les instruments de mesure retenus, le plan d'analyse des données, les limites et forces de l'étude et enfin les considérations éthiques.

Type de devis

Un devis descriptif corrélationnel a été appliqué à cette étude. Celle-ci visait d'une part à décrire le niveau d'estime de soi, les attitudes envers la ménopause, de même que les rôles reliés au genre des femmes rurales espagnoles. D'autre part, cette étude examinait les relations entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause, et entre les rôles reliés au genre et les attitudes envers la ménopause ainsi que les relations entre les rôles reliés au genre et l'estime de soi de femmes rurales espagnoles de 30-40 ans n'ayant pas encore vécu l'expérience de la ménopause.

La population à l'étude

L'étude s'est déroulée dans un village rural dans la province de León en Espagne, étant donné que l'investigatrice travaille déjà comme infirmière de santé communautaire dans ce village et connaît bien les préoccupations de la population, notamment des femmes de ce village. De plus l'intérêt de la Régie Provinciale de Santé de mettre sur pied des programmes de promotion de la santé chez des femmes de ce village contribuera à concrétiser les recommandations issues de cette étude. Le cadre

échantillonnel de la recherche était constitué du nombre total de femmes de 30-40 ans (N = 320 femmes) habitant ce village. Les femmes retenues pour l'échantillon étaient celles qui remplissaient les critères d'inclusion à l'étude, soient: être âgée de 30 à 40 ans, avoir un cycle menstruel régulier, ne pas avoir une maladie gynécologique ou une condition chronique de santé. On a procédé à un échantillonnage aléatoire simple à partir des listes de population du Système National Espagnol de Santé. Préalablement, la permission pour l'utilisation des informations recueillies dans ces listes de population avait été obtenu. La taille de l'échantillon de cette étude (n = 95 femmes) a été calculée pour un seuil de signification de 0.05 et une puissance statistique de 80 % (Burns & Grove, 1997; Cohen, 1988). L'investigatrice a rencontré 132 femmes au total dont sept femmes ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Trente femmes ont décliné de participer à l'étude donnant ainsi un taux de réponse de 76 % à la présente étude.

Définitions opérationnelles des variables

Les attitudes envers la ménopause

Fishbein et Ajzen (1975) utilisent le terme «attitude» afin d'indiquer l'emplacement d'une personne sur une dimension bipolaire affective ou évaluative en ce qui concerne un objet, une action ou un événement. Une attitude représente un sentiment général d'approbation ou de désapprobation envers cet objet, action ou événement. Suivant cette théorie, quand une personne développe ce genre de sentiment sur un objet, action ou événement, elle acquiert automatiquement et simultanément une attitude envers ces derniers. Chaque sentiment établit un lien entre l'objet, l'action ou

l'événement, et certains autres événements, objets ou sentiments; les attitudes de la personne envers l'objet, l'action ou l'événement évoluent selon leur évaluation de ces autres événements, objets ou sentiments. Les attitudes des femmes envers la ménopause furent ainsi déterminées par leurs sentiments que la ménopause est associée à d'autres événements, sentiments et symptômes et par l'évaluation que les femmes font de ces événements, sentiments et symptômes. Les attitudes envers la ménopause ont été mesurées à l'aide de l'échelle Menopause Attitude Scale (MAS) (Bowles, 1986). Cette échelle a été traduite et validée en langue espagnole pour les besoins de la présente étude. Les valeurs psychométriques sont présentées ultérieurement.

L'estime de soi

Rosenberg (1965) définit l'estime de soi comme une attitude positive ou négative envers un objet particulier, à savoir, le soi. La personne qui possède un niveau d'estime de soi élevé, est consciente de ses vertus et de ses défauts ; elle les accepte sans regrets et estime son soi qu'elle observe. Par contre, un niveau d'estime de soi bas implique le rejet, la frustration et le mépris de soi (Rosenberg, 1965). L'estime de soi a été mesurée en utilisant l'échelle de Rosenberg, The Rosenberg Self-Esteem Scale (1965) validée en version espagnole (González Pinto et al., 1993). Les valeurs psychométriques sont présentées ultérieurement.

Les rôles reliés au genre féminin

Historiquement, les termes masculin et féminin font référence à un groupe d'attributs et comportements bien définis et qui sont inhérents et appropriés au contexte social des hommes et des femmes respectivement. Un ensemble d'attributs stéréotypés

construits par la société persiste encore (Kritek, 1988). Ainsi et pour les besoins de la présente étude, le rôle relié traditionnellement au genre féminin serait caractérisé par : être mariée, avoir une occupation ménagère et/ou non rémunérée (Helson & Picano, 1990 ; Santiago et al., 1994) et la tâche de soignante naturelle (Miller, 1976 cité dans Kritek, 1988). Afin d'appréhender le rôle relié au genre féminin des femmes retenues dans l'étude, des questions portant sur les caractéristiques mentionnées ci-haut ont été posées à l'aide d'un questionnaire socio-demographique élaboré par l'investigatrice.

Le déroulement de l'étude

La collecte de données incluait plusieurs étapes :

La première étape a été une démarche auprès de la Gérance d'Attention Primaire de l'Aire de Santé de León (Annexe A), pour obtenir la liste de la population à l'étude (N = 320 femmes) qui est constamment mise au jour, ainsi que la présentation de l'étude au comité d'éthique du district sanitaire espagnol pour l'obtention d'un certificat d'éthique (Annexes B et C). Les données disponibles par le biais de cette liste incluaient l'identification nominale des femmes, date de naissance, adresse et numéro de téléphone. Il est important souligner que l'investigatrice appartient au personnel infirmier du Système National de Santé et cette condition l'oblige à respecter la confidentialité des données relatives aux femmes, en plus des conditions d'obtention du certificat d'éthique.

La deuxième étape a consisté à contacter les femmes selon les critères d'inclusion par téléphone ou à leur domicile. Lors de ce premier contact, l'investigatrice

se présentait comme infirmière du centre de santé local et expliquait avant tout la nature confidentielle de la gestion des données ainsi que le but de l'étude. L'investigatrice sollicitait ensuite la participation volontaire de femmes répondant aux critères d'inclusion en exposant qu'il s'agissait de répondre à de simples questions. Pour obtenir le nombre suffisant de femmes ($n = 95$), l'investigatrice a dû contacter 132 femmes, dont 7 ne remplissaient pas les critères d'inclusion et 30 femmes qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

La troisième étape a consisté à rencontrer à domicile toutes les femmes éligibles et ayant accepté de participer en signant le formulaire de consentement (Annexe D). Ensuite, l'investigatrice procédait à l'entrevue en suivant les différents questionnaires.

Les instruments de mesure

Les instruments de mesure utilisés pour cette recherche ont été au nombre de trois et tous intégrés en un questionnaire en trois sections. L'autorisation pour l'utilisation de l'instrument servant à mesurer les attitudes envers la ménopause et sa traduction à la langue espagnole a été obtenue par l'investigatrice auprès des auteurs (Annexe E).

La mesure des attitudes envers la ménopause

Les attitudes envers la ménopause ont été mesurées à l'aide de l'échelle Menopause Attitude Scale, élaborée par Bowles (1986). Cette échelle a été construite

suivant la technique sémantique différentielle de Osgood, Suci & Tannenbaum (1957, cités dans Fishbein & Ajzen, 1975). Elle se compose de 20 paires d'adjectifs bipolaires. Afin d'augmenter la sensibilité de l'instrument, une échelle de sept points fut insérée par les auteurs dans les paires d'adjectifs bipolaires, afin que la personne puisse indiquer la direction et l'intensité de chaque jugement. Un score de 1 représente les attitudes plus négatives et un score de 7 indique les attitudes plus positives. La consistance interne de l'échelle a été estimée par un alpha de Cronbach de 0.96.

Une traduction espagnole de cette échelle a été réalisée par l'investigatrice selon une procédure de traduction inversée (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993). Un comité d'experts a d'abord été réuni afin de traduire l'échelle de l'anglais à l'espagnol. Une réunion de consensus a permis de mettre au point la traduction définitive qui a été soumise à l'appréciation d'une personne experte en anglais (Annexe F) ; elle a été également vérifiée par une infirmière experte en espagnol et en questions relatives à la ménopause par rapport à la validité de contenu. Des tests de consistance interne de l'échelle traduite ont été effectués avec les 25 premiers questionnaires et une estimation d'un alpha de Cronbach de 0.93 a été obtenu.

La mesure de l'estime de soi

L'estime de soi a été mesurée par l'instrument proposé par Rosenberg (1965) The Rosenberg Self-Esteem Scale. L'échelle se compose de 10 items conçus pour évaluer l'acceptation de soi ou l'approbation de soi. Ce questionnaire offre un choix de cinq possibilités de réponse selon une échelle de type Likert en relation avec un ordre variant de *fortement en désaccord* (1) à *fortement d'accord* (5). Les options de

réponses 4 et 5 des items 1, 2, 4, 6 et 7 ont une valeur positive. Pour le reste des items (à savoir, 3, 5, 8, 9, et 10) ce sont les options de réponses 1 et 2 qui ont une valeur positive. L'option de réponse 3 de tous les items a une valeur négative. Un résultat total élevé indique un niveau élevé d'estime de soi. Rosenberg (1965) a estimé une excellente consistance interne de l'échelle avec un coefficient de 92%. De plus, Silber & Tippet, (1965) ont trouvé un coefficient de fiabilité pour le test-retest à intervalle de deux semaines de 0.88 auprès d'un échantillon d'étudiants de collège.

La version en langue espagnole qui a été adoptée (Annexe G) dans cette étude est celle de González Pinto et al., (1993). Ces auteurs ont trouvé un coefficient de fiabilité de 93%. Une des forces de la présente étude est que l'échelle The Rosenberg Self-Esteem Scale, dans sa version en langue espagnole, a été utilisée par plusieurs auteurs auprès de femmes espagnoles adultes (Echeburua, Corral, Sarasua et Zubizarreta, 1996 ; Pena et Rodriguez, 1996 ; Salarrebia et Echeburua, 1995, 1996 ; Salgado et Iglesias, 1994). La consistance interne de l'échelle auprès des 25 premiers questionnaires a été estimée par l'investigatrice pour cette étude. Un alpha de Cronbach de 0.58 a été obtenu.

La mesure des rôles reliés au genre

Un questionnaire socio-démographique élaboré par l'investigatrice a recueilli les caractéristiques qui ont aidé à déterminer les rôles reliés au genre féminin (Helson & Picano, 1990 ; Santiago et al., 1994) : l'âge, l'état civil, le niveau d'éducation, l'emploi, le revenu, le nombre et l'âge des enfants habitant encore à la maison, et le nombre de personnes à charge qui habitent dans le même foyer. Des questions sur le temps de loisirs, le degré de participation à la prise des décisions de type économique au sein du

ménage et la répartition des tâches du foyer ont également été investigués aux fins d'une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes. Le questionnaire est composé de treize items. Treize items ne sont certainement pas suffisants pour capturer l'influence du rôle du genre sur les attitudes envers la ménopause et l'estime de soi, cependant c'est une première étude qui s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise et qui donne des premières informations sur les relations proposées. Ce questionnaire a été joint aux différentes échelles de mesure (Annexe H).

L'analyse des données.

Les données obtenues ont été organisées pour permettre de décrire les sujets et de répondre aux questions de recherche de cette étude. Dans un premier temps, elles furent analysées à l'aide de statistiques descriptives telles que des distributions de fréquence, des mesures de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart type, étendue). Ensuite, une analyse de statistiques inférentielles, à savoir, des tests de corrélation pour des variables continues, des tests du khi-2 de Pearson pour des variables discrètes et des tests de covariance ont été effectués. De même, nous avons effectué des analyses de régression logistique univariée entre une variable dichotomique (variable dépendante ou expliquée) et une variable continue ou une variable dichotomique (variable indépendante ou explicative), et des analyses de régression logistique multiple entre une variable dichotomique (variable dépendante) et plusieurs variables continues et/ou dichotomiques (variables indépendantes). Le logiciel qui a servi à ces analyses a été le Statistical Package for Social Sciences (SPSS, 1999).

Limites et forces de l'étude

Les limites de l'étude sont liées au fait que l'échelle de mesure des attitudes envers la ménopause est un instrument construit originalement en langue anglaise et elle n'a jamais été utilisée avec une population espagnole et encore moins dans le milieu où la recherche a été conduite. Cependant, cette échelle détient l'avantage d'avoir été élaborée par Bowles (1986), auteur du modèle présenté comme cadre dans l'étude. Une population homogène quant à l'âge et habitant le même village peut introduire une limite sur la variabilité des attitudes et leur relation avec les autres variables ; néanmoins, le choix de cette population est une force au regard du soutien institutionnel dont bénéficie la recherche. La définition opérationnelle de la variable "le rôle relié au genre" est aussi reconnue comme une difficulté et mérite d'être raffinée. Cette variable a été définie en tenant compte des caractéristiques reliées traditionnellement au genre féminin dans un milieu rural espagnol tels que le mariage, la dépendance économique et la tâche de soignante naturelle auprès d'enfants ou d'autres personnes demandant une aide spécifique. Le fait de tenir compte de la tâche de soignante naturelle des femmes au delà des enfants permet de préciser différents rôles attribuables au genre féminin qui pourraient passer inaperçus, surtout dans des régions rurales. Il est reconnu que le questionnaire composé de treize items n'est pas suffisant pour appréhender adéquatement la variable rôle du genre mais donnera des indications préliminaires. Bien que l'échelle de mesure de l'estime de soi ait été déjà utilisée auprès de femmes espagnoles adultes, elle sera utilisée pour la première fois auprès de femmes rurales. Enfin, le fait que la recherche soit conduite dans le milieu de travail de l'investigatrice

est une force de l'étude ayant favorisée la participation de nombreuses femmes au projet. Par ailleurs, malgré plusieurs efforts, les femmes d'ethnie gitane habitant le village ont décliné de participer à l'étude.

Le fait d'étudier des femmes habitant dans un contexte rural implique que les résultats ne peuvent pas être généralisables à des contextes ou populations autres que rurales (Fortin, 1996). Néanmoins, pour ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, les résultats de l'étude sont semblables à ceux de Montoro (1997) sur les femmes rurales habitant dans la même région. Ces résultats pourront aider à mieux comprendre des conditions de vie de femmes rurales dans les régions similaires à ce village et à la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé qui soient sensibles à ces conditions de vie.

Enfin, bien que le modèle de Bowles (1990) ayant été adapté et proposé comme guide dans cette étude, n'ait pas été utilisé auparavant pour confirmer des relations entre des attitudes envers la ménopause et l'estime de soi, (facteur individuel) et les rôles reliés au genre (facteur contextuel), une perspective est offerte pour l'interprétation des résultats, en liant les faits et les observations dans un système relativement ordonné.

Considérations éthiques

L'autorisation au plan scientifique et pour l'utilisation des données du Système National de Santé, du Directeur Gérant d'Attention Primaire de l'Aire de León a été un préalable obligatoire à l'introduction de cette recherche (Annexe A). Cette étude a été aussi présentée au comité d'éthique du district sanitaire espagnol pour l'obtention d'un

certificat d'éthique (Annexes B et C). De plus, chaque femme a participé de façon volontaire à l'étude; elle a signé une lettre de consentement précisant le but de l'étude et assurant l'anonymat par rapport à son identité et aux informations recueillies (Annexe D). À cette fin, l'identité de la femme n'a apparue à aucun moment; elle a été substituée par un identifiant alpha-numérique. Une fois l'étude terminée, tous les questionnaires et données nominales ont été détruits tel qu'entendu avec le Système National de Sant

CHAPITRE QUATRIÈME

Présentation des résultats

Ce chapitre présente les résultats des analyses statistiques : la première partie décrit les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon, la deuxième partie les rôles reliés au genre féminin. La troisième partie comprend les résultats relatifs aux attitudes envers la ménopause, l'estime de soi ainsi qu'une présentation de divers profils issues des rôles reliés au genre féminin. La quatrième partie présente les résultats des analyses de corrélation et de régression linéaire. Pour conclure, des analyses complémentaires ont été effectuées afin de vérifier l'influence des caractéristiques socio-démographiques sur les attitudes envers la ménopause et sur l'estime de soi.

Description de l'échantillon

Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon (N= 95) sont illustrées au tableau 3. La moyenne d'âge des femmes est de 34,75 (± 2.98) et plus de la moitié, soit 57,9 %, ont moins de 36 ans. La majorité des femmes de l'échantillon est mariée (80 %). En ce qui concerne le niveau d'éducation, 47,4 % ont un niveau primaire, alors que seulement 33,7% ont atteint le niveau secondaire ou ont effectué une formation professionnelle. Parmi les répondantes, 73.7 % ont des enfants, et le rapport femmes/enfants est de 1,40 (± 1.04).

Quarante pour cent des femmes ont des occupations rémunérées, et la quasi totalité d'entre elles, soit 92.4 %, fait du travail ménager; même les femmes qui ont des emplois rémunérés s'occupent aussi des tâches du foyer, ce qui explique que le total concernant l'occupation est supérieur à la taille de l'échantillon. En plus le travail ménager relève de la responsabilité unique des femmes pour 77,9 % d'entre elles.

Les données se rapportant au revenu familial indiquent que 85.3 % des familles ont un revenu de plus de 101.000 pesetas par mois (841,7 \$ CAN). Pour ce qui est de la prise de décisions de type économique dans le ménage, 50,5 % des femmes prennent ces décisions toutes seules. De plus, il s'avère que la majorité des répondantes n'ont aucune autre personne à charge en dehors de leurs enfants (89.5 %).

Tableau 3
Caractéristiques socio-démographiques des participantes (N = 95)

Variables	n	%	\bar{x}	s
Âge			34,75	2,98
- 30 à 35 ans	55	57,9		
- 36 à 40 ans	40	42,1		
État civil				
- mariée	76	80,0		
- célibataire	14	14,7		
- union libre	4	4,2		
- divorcée	1	1,1		
Niveau d'éducation				
- primaire	45	47,4		
- secondaire	32	33,7		
- universitaire	16	16,8		
- pas d'études	2	2,1		
Nombre d'enfants			1,40	1,04
- 0 enfant	25	26,3		
- 1 enfant	19	20,0		
- 2 enfants	41	43,2		
- > 2 enfants	10	10,5		
Occupation¹				
- ménagère	88	92,6		
- non rémunérée	9	9,5		
- rémunérée	38	40,0		
- sans emploi	19	20,0		
Tâches du foyer				
- seule	74	77,9		
- avec son conjoint	9	9,5		
- toutes les femmes	9	9,5		
- toute la famille	3	3,2		
Revenu				
< 100000 pesetas ²	14	14,7		
> 101000 pesetas	81	85,3		
Personne à charge				
- oui	9	9,5		
- non	86	90,5		
Temps de loisirs				
- oui	51	53,7		
- non	23	24,2		
- variable	21	22,1		
Satisf temp loisirs³				
- Satisfaite	47	49,5		
- Peu satisfaite	46	48,4		
- Très satisfaite	2	2,1		
Décisions de type économique				
- seule	48	50,5		
- avec son conjoint	45	47,4		
- son conjoint ou autre personne	2	2,1		

¹ Des femmes ont des emplois et s'occupent au même temps des tâches du foyer, alors le total > 95

² 1 \$ CAN = 120 pesetas

³ Satisfaction relativement au temps de loisirs disponible

Les rôles reliés au genre féminin

Les femmes de l'échantillon ont été regroupées selon les attributs reliés traditionnellement au rôle du genre féminin : état civil, indépendance économique, rôle de soignante naturelle déterminé par le fait d'avoir des enfants âgés de moins de 15 ans ou une personne à charge. Le tableau 4 présente quinze profils des femmes de notre échantillon. Ce nombre de profils (quinze) est élevé étant donnée la faible taille de l'échantillon. Un tel nombre de profils peut atténuer la capacité discriminante de chacun des profils dans les analyses ultérieures. Cependant, ce choix de profils est important car le vécu est différent de celui des femmes mariées et de celles qui ont choisi l'union libre, même si ces deux types de femmes pourraient faire partie de la catégorie « des femmes qui ne vivent pas seules ». De même, les femmes divorcées ne sont pas assimilables à la catégorie de femmes célibataires, même si ces deux catégories relèvent de la catégorie « des femmes qui vivent seules ». C'est donc pour ces raisons, affectant le rôle relié au genre que nous avons classé les femmes selon leurs conditions de vie. Pour les analyses statistiques, nous avons tenu compte seulement, des profils dans lesquels le nombre de femmes est supérieur à quatre. Les profils qui remplissent cette condition sont le profil 1 (n = 36), le profil 2 (n = 7), le profil 3 (n = 8), le profil 5 (n = 21) et le profil 12 (n = 9).

La plupart des femmes (37,9 %) font partie du profil 1 caractérisé par : être mariée, avoir une occupation non rémunérée et avoir des enfants âgés de moins de 15 ans (61,1 % ont deux enfants, 25 % un enfant et 13,9 % trois enfants). Le profil 2 regroupe les femmes ayant en plus des caractéristiques antérieures une personne à charge (7,4 %). La majorité des femmes du profil 2 ont deux enfants (85,7 %) et

seulement 14,3 % parmi elles ont quatre enfants. La plupart des personnes à charge ont entre 66 et 75 ans (71,4 %). La majorité de ces personnes à charge ont un problème de santé (71,4 %), 14,3 % sont en perte totale d'autonomie et 28,6 % sont en perte partielle d'autonomie. Les femmes appartenant au profil 3 n'ont pas d'enfants (8,4 %). Le profil 5 est défini par : être mariée, avoir une occupation rémunérée et avoir des enfants âgés de moins de 15 ans. Vingt et un pour cent des femmes appartiennent à ce profil. Plus de la moitié (52,4 %) de ces femmes a deux enfants, 33,3 % ont un enfant et 14,3 % ont plus de trois enfants. Enfin, le profil 12 est déterminé par : être célibataire, avoir une occupation rémunérée et ne pas avoir d'enfant (9,5 %).

Tableau 4

Des profils de femmes selon les attributs reliés au rôle du genre féminin (N =95)

Profils	N	%
Profil 1 mariée ménagère et/ou non rémunérée enfants < 15 ans	36	37,9
Profil 2 mariée ménagère et/ou non rémunérée enfants < 15 ans et personnes à charge	7	7,4
Profil 3 mariée ménagère et/ou non rémunérée sans enfants	8	8,4
Profil 4 mariée ménagère et/ou non rémunérée enfants >15 ans	1	1,1
Profil 5 mariée rémunérée enfants < 15 ans	21	22,1
Profil 6 mariée rémunérée sans enfants	1	1,1
Profil 7 mariée rémunérée enfants < 15 ans et personnes à charge	1	1,1
Profil 8 mariée rémunérée enfants >15 ans et personnes à charge	1	1,1
Profil 9 union libre non rémunéré enfants < 15 ans	1	1,1
Profil 10 union libre rémunérée enfants < 15 ans	1	1,1
Profil 11 union libre rémunérée sans enfants	2	2,1
Profil 12 célibataire rémunérée sans enfants	9	9,5
Profil 13 célibataire rémunérée enfants < 15 ans	1	1,1
Profil 14 célibataire non rémunérée sans enfants	4	4,1
Profil 15 divorcée rémunérée sans enfants	1	1,1

Résultats relatifs aux variables à l'étude

Résultats relatifs aux attitudes envers la ménopause

Les attitudes envers la ménopause ont été évaluées à partir de l'échelle Menopause Attitude Scale (MAS) (Bowles, 1986). La moyenne, l'écart type et l'étendue sont donnés pour chaque paire d'adjectifs bipolaires ainsi que pour le total de l'échantillon et pour les différents profils. Ces résultats sont présentés aux tableaux 5, 6, 7, 8, 9 et 10. Rappelons que plus le score est élevé sur une échelle de 1 à 7, plus les attitudes envers la ménopause sont positives et sont associées plus fortement à l'adjectif avec connotation positive. La valeur moyenne de l'échelle se situe à 3,5. Notons aussi que certains adjectifs bipolaires sont inversés pour assurer la validité du contenu.

Le tableau 5 montre que les scores les plus élevés ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires suivants : sale/propre, utile/inutile et nécessaire/non nécessaire. Les scores les plus bas ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires euphorique/déprimée, fraîche/abattue et incertaine/sûre de soi. De plus l'adjectif bipolaire avec le score plus élevé, sale/propre, présente un écart type moins élevé ($\pm 1,36$) que le reste et l'adjectif bipolaire avec le score moins élevé présente aussi, l'écart type moins élevé ($\pm 1,45$) que les autres adjectifs bipolaires. En conséquence, les femmes s'accordent quant au fait que pendant la ménopause, une femme se sent propre (sentiment positif), mais aussi déprimée (sentiment négatif).

Tableau 5
Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjectif bipolaire du MAS et pour le total de l'échantillon (N = 95).

Adjectifs bipolaires	\bar{x}	s	Étendue
Importante/Non importante	4,19	1,60	6
Forte/Faible	3,63	1,73	6
Non attirante/Attirante	3,93	1,78	6
Pessimiste/Optimiste	3,66	1,91	6
Comblée/ Non comblée	3,66	1,72	6
Agréable/Désagréable	4,55	1,57	6
Laide/Belle	4,13	1,45	6
Nécessaire/Non nécessaire	4,96	1,80	6
Utile/Inutile	5,05	1,81	6
Intéressante/Ennuyeuse	4,25	1,57	6
Ratée/Heureuse	4,61	1,50	6
Passive/Active	4,32	1,72	6
Énergique/Éteinte	3,68	1,72	6
Sale/Propre	5,94	1,36	4
Fraîche/Abattue	2,94	1,77	6
Stupide/Intelligente	4,34	1,40	6
Vive/Maladroite	3,92	1,42	6
Incertaine/Sûre de soi	3,48	1,88	6
Non estimée/Estimée	4,47	1,86	6
Euphorique/Déprimée	2,75	1,45	6

Légende :

\bar{x} = moyenne

s = écart type

Le tableau 6 indique les scores obtenus par les femmes du profil 1 ; les scores les plus élevés ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires sale/propres, utile/inutile et nécessaire/non nécessaire. Les scores les plus bas ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires euphorique/déprimée, fraîche/abattue et incertaine/sûre de soi. De même, ces femmes s'entendent sur le sentiment plus positif (propres) et sur le sentiment plus négatif (déprimée) ressentis pendant la ménopause.

Tableau 6
Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjectif bipolaire du MAS et pour le profil 1 (n =36)

Adjectifs bipolaires	\bar{x}	s	Étendue
Importante/Non importante	4,06	1,76	6
Forte/Faible	3,39	1,69	6
Non attirante/Attirante	3,92	1,75	6
Pessimiste/Optimiste	3,83	1,90	6
Comblée/Non comblée	3,81	1,55	5
Agréable/Désagréable	4,47	1,56	5
Laide/Belle	3,94	1,57	5
Nécessaire/Non nécessaire	4,97	1,70	6
Utile/Inutile	4,97	1,83	6
Intéressante/Ennuyeuse	4,25	1,54	6
Ratée/Heureuse	4,58	1,65	6
Passive/Active	4,00	1,72	6
Énergique/Éteinte	3,67	1,64	6
Sale/Propre	5,94	1,39	4
Fraîche/Abattue	2,98	1,70	6
Stupide/Intelligente	4,33	1,59	6
Vive/Maladroite	3,72	1,49	6
Incertaine/Sûre de soi	3,14	1,59	6
Non estimée/Estimée	4,58	1,79	6
Euphorique/Déprimée	2,53	1,32	6

Le tableau 7 reflète les scores obtenus par les femmes du profil 2 ; les plus élevés ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires sale/propres, nécessaire/non nécessaire et utile/inutile. Les scores les plus bas ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires : pessimiste/optimiste, euphorique/déprimée, et fraîche/abattue. Les femmes de ce profil considèrent le sentiment pessimiste comme le plus éprouvé pendant la ménopause. Cet adjectif bipolaire a obtenu un score plus bas par rapport aux autres profils.

Tableau 7
Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjectif bipolaire du MAS et pour le profil 2 (n = 7)

Adjectifs bipolaires	x	s	Étendue
Importante/Non importante	4,57	2,15	5
Forte/Faible	4,14	2,19	5
Non attirante/Attirante	4,14	1,86	5
Pessimiste/Optimiste	2,00	0,82	2
Comblée/Pas comblée	3,71	1,80	5
Agréable/Désagréable	4,14	1,77	5
Laide/Belle	4,29	1,38	4
Nécessaire/Non nécessaire	5,97	1,62	4
Utile/Inutile	5,29	1,60	4
Intéressante/Ennuyeuse	4,14	1,77	5
Ratée/Heureuse	4,71	1,38	4
Passive/Active	4,71	1,38	6
Énergique/Éteinte	4,00	2,00	5
Sale/Propre	6,29	1,11	3
Fraîche/Abattue	3,00	2,24	6
Stupide/Intelligente	4,43	1,13	3
Vive/Maladroite	4,14	1,77	5
Incertaine/Sûre de soi	3,43	1,81	5
Non estimée/Estimée	4,14	1,77	5
Euphorique/Déprimée	2,71	1,50	4

Le tableau 8 montre que pour les femmes appartenant au profil 3, les scores les plus élevés ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires sale/propres, non estimée/estimée, stupide/intelligente et laide/belle. Les scores les plus bas ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires euphorique/déprimée, fraîche/abattue, énergique/éteinte et forte/faible.

Tableau 8
Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjectif bipolaire du MAS et pour le profil 3 (n = 8)

Adjectifs bipolaires	\bar{x}	s	Étendue
Importante/Non importante	4,63	1,30	4
Forte/Faible	3,38	1,69	5
Non attirante/Attirante	3,63	2,07	5
Pessimiste/Optimiste	4,00	1,93	5
Comblée/Non comblée	3,75	2,12	5
Agréable/Désagréable	4,00	1,85	5
Laide/Belle	4,75	1,67	5
Nécessaire/Non nécessaire	4,50	1,85	5
Utile/Inutile	5,12	1,89	5
Intéressante/Ennuyeuse	3,63	1,77	6
Ratée/Heureuse	4,63	1,69	5
Passive/Active	4,50	1,77	5
Énergique/Éteinte	3,38	2,26	6
Sale/Propre	5,75	1,75	4
Fraîche/Abattue	3,25	1,83	6
Stupide/Intelligente	4,75	1,75	5
Vive/Maladroite	4,50	1,51	5
Incertaine/Sûre de soi	4,50	1,85	5
Non estimée/Estimée	4,88	1,55	4
Euphorique/Déprimée	3,13	1,81	6

Le tableau 9 montre que pour les femmes appartenant au profil 5 les scores les plus élevés ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires suivants : sale/propres, utile/inutile et nécessaire/non nécessaire. Les scores les plus bas ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires suivants : fraîche/abattue, euphorique/déprimée et forte/faible.

Tableau 9
Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjectif bipolaire du MAS et pour le profil 5 (n = 21)

Adjectifs bipolaires	\bar{x}	s	Étendue
Importante/Non importante	4,76	1,58	4
Forte/Faible	3,48	1,44	6
Non attirante/Attirante	4,24	1,67	5
Pessimiste/Optimiste	4,00	1,90	6
Comblée/Non comblée	3,86	1,65	6
Agréable/Désagréable	5,05	1,40	4
Laide/Belle	4,48	1,44	5
Nécessaire/Non nécessaire	5,19	1,81	4
Utile/Inutile	5,29	1,79	4
Intéressante/Ennuyeuse	4,52	1,50	5
Ratée/Heureuse	4,76	1,45	4
Passive/Active	4,86	1,77	6
Énergique/Éteinte	3,76	1,61	6
Sale/Propre	5,52	1,40	4
Fraîche/Abattue	2,95	1,80	6
Stupide/Intelligente	4,52	1,12	3
Vive/Maladroite	4,38	1,28	4
Incertaine/Sûre de soi	3,71	2,00	6
Non estimée/Estimée	4,62	1,69	5
Euphorique/Déprimée	3,24	1,67	6

Les données décrites au tableau 10 révèlent que dans le groupe de femmes du profil 12 les scores les plus élevés ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires : sale/propre, non estimée/estimée et utile/inutile. Les scores les plus bas ont été obtenus pour les adjectifs bipolaires : fraîche/abattue, euphorique/déprimée et comblée/non comblée. Il ressort que les scores de huit paires d'adjectifs bipolaires se situent au dessous de la valeur centrale de l'échelle (3,5).

Tableau 10
Moyenne, écart type et étendue de chaque paire d'adjectif bipolaire du MAS et pour le profil 12 (n = 9)

Adjectifs bipolaires	\bar{x}	s	Étendue
Importante/Non importante	3,44	1,13	3
Forte/Faible	3,89	2,03	5
Non attirante/Attirante	3,33	2,24	6
Pessimiste/Optimiste	3,22	2,11	6
Comblée/Non comblée	3,11	1,83	6
Agréable/Désagréable	4,22	1,09	4
Laide/Belle	4,22	1,09	4
Nécessaire/Non nécessaire	4,22	1,09	6
Utile/Inutile	4,56	1,88	6
Intéressante/Ennuyeuse	4,22	1,64	6
Ratée/Heureuse	4,00	1,32	5
Passive/Active	4,00	1,32	4
Énergique/Éteinte	3,22	1,56	5
Sale/Propre	6,00	1,32	3
Fraîche/Abattue	2,56	1,88	6
Stupide/Intelligente	4,00	1,32	5
Vive/Maladroite	3,56	0,73	2
Incertaine/Sûre de soi	3,22	1,86	6
Non estimée/Estimée	4,78	2,17	6
Euphorique/Déprimée	3,00	1,66	5

En résumé, les moyennes présentées indiquent généralement des attitudes positives envers la ménopause chez toutes les femmes de l'échantillon. Néanmoins, ces femmes s'entendent sur certains sentiments ressentis lors de la ménopause tels que: propre, utile, nécessaire, déprimée, abattue, incertaine.

Résultats relatifs à l'estime de soi

L'estime de soi a été évalué à partir de l'échelle Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965). La moyenne, l'écart type et l'étendue sont donnés pour chacun des 5 profils de femmes avec $N > 4$ et pour l'échantillon total. Ces données sont présentées au tableau 11. Pour calculer le score de l'estime de soi, rappelons qu'un niveau élevé d'estime de soi se situe entre 6 et 10 et qu'un score inférieur à 5 représente un bas niveau. Les résultats indiquent un niveau élevé d'estime de soi chez les femmes à l'étude.

Tableau 11
Moyenne, écart type et étendue relatifs à l'estime de soi pour l'échantillon total et selon les profils (N = 95)

	n	\bar{x}	s	Étendue
Profil 1	36	8,13	1,64	5
Profil 2	7	7,57	1,71	5
Profil 3	8	7,62	2,19	6
Profil 5	21	8,04	2,13	6
Profil 12	9	7,55	1,66	5
Échantillon total	95	7,89	1,86	7

Comparaison des résultats des variables selon les profils

Afin de pouvoir comparer les résultats des attitudes envers la ménopause et de l'estime de soi pour chacun des profils de femmes, des test de normalité (Shapiro-Wilks) ont d'abord été effectués. La distribution des données peut être considérée comme

normale quand les résultats du test n'atteignent pas le niveau de signification requis pour rejeter l'hypothèse de la normalité ($p < 0,05$). Rappelons que dans une distribution normale, la moyenne, le mode et la médiane de tous les scores possibles sont égaux. La distribution normale est définie par la moyenne et l'écart type. Les attitudes envers la ménopause présentent des distributions normales pour les profils 1, 2, 3 et 12 (tableau 12). Cependant, la distribution du profil 5 n'est pas normale. L'estime de soi présente des distributions normales pour les profils 2, 3 et 12 (tableau 13). Néanmoins, la distribution des données dans les profils 1 et 5 suggère que ces données ne sont pas distribuées normalement. Des tests non paramétriques furent ainsi utilisées pour ces cas particuliers.

Tableau 12
Résultats des tests de normalité (tests de Shapiro-Wilks) des attitudes envers la ménopause

	n	Coefficient Shapiro-Wilks	p
Profil 1	36	0,978	0,727
Profil 2	7	0,858	0,191
Profil 3	8	0,863	0,159
Profil 5	21	0,889	0,022*
Profil 12	9	0,876	0,190

* $p < 0,05$

Tableau 13
 Résultats des tests de normalité (tests de Shapiro-Wilks) de l'estime de soi

	n	Coefficient Shapiro-Wilks	p
Profil 1	36	0,875	0,010*
Profil 2	7	0,978	0,946
Profil 3	8	0,914	0,412
Profil 5	21	0,806	0,010*
Profil 12	9	0,957	0,734

* $p < 0,05$

Pour déterminer s'il existe une différence entre les profils de femmes pour ce qui est des attitudes envers la ménopause, des test d'ANOVA ont été effectués pour les données qui sont normalement distribuées, soient les profils 1, 2, 3 et 12 (tableau 14). Le test non-paramétrique Mann-Whitney a été utilisé pour les données qui ne sont pas distribuées normalement. Ce type de test a aidé à détecter des différences entre les profils 5 (données non distribuées normalement) et 1, 2, 3 et 12 (données distribuées normalement) (tableau 15).

Tableau 14
 Résultats du test d'ANOVA relatif aux attitudes envers la ménopause selon les profils 1, 2, 3 et 12 (n = 60)

	F	p
Attitudes	0,209	0,805

Tableau 15
 Comparaison des moyennes des attitudes envers la ménopause (test de Mann-Whitney) selon les profils

	n	U	p
Profil 5 et 1	57	362,5	0,79
Profil 5 et 2	28	66,0	0,69
Profil 5 et 3	29	75,5	0,67
Profil 5 et 12	30	61,0	0,17

Pour vérifier s'il y a un effet sur les résultats obtenus pour ce qui est de l'estime de soi, attribuable à l'appartenance à un profil déterminé des test d'ANOVA ont été réalisés pour les données des profils 2, 3 et 12, données qui se distribuent normalement (tableau 16). Pour ce qui est de la comparaison de moyennes de l'estime de soi des profils 1 et 5 (données non distribuées normalement) et les autres profils 2, 3 et 12 (données distribuées normalement) le test non-paramétrique de Mann-Whitney est utilisé (tableau 17).

Tableau 16
 Résultats du test d'ANOVA relatif à l'estime de soi selon les profils 2, 3 et 12
 (n = 24)

	F	p
Estime de soi	0,003	0,997

Tableau 17
 Comparaison des moyennes de l'estime de soi (test Mann-Whitney) selon les profils

	n	U	p
Profils 1 et 2	43	101,2	0,40
Profils 1 et 3	44	126,5	0,58
Profils 1 et 5	57	372,5	0,92
Profils 1 et 12	45	98,0	0,12
Profils 5 et 2	28	58,5	0,41
Profils 5 et 3	29	71,0	0,51
Profils 5 et 12	30	66,5	0,25

Il ressort des résultats qu'il n'y a aucune différence significative entre les cinq profils de femmes en ce qui concerne les attitudes envers la ménopause ainsi que l'estime de soi.

Analyses de corrélation

Des analyses de corrélation ont été faites pour répondre à la question de recherche qui était d'étudier la relation entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause selon des profils particuliers reliés au genre féminin par le biais de coefficients de corrélation de Pearson et de Spearman (test non paramétrique de corrélation utilisé pour les données qui ne sont pas distribuées normalement). Selon Burns et Grove (1997), ces résultats sont considérés comme significatifs s'ils obtiennent un seuil de probabilité égal ou inférieur à 0,05 ($p < 0,05$). Les corrélations sont considérées faibles si elles se situent entre 0,1 et 0,3, modérées entre 0,3 et 0,5 et fortes

si elles sont supérieures à 0,5. Norusis (1990) indique que les corrélations entre 0,1 et 0,3 sont faibles, modérées entre 0,3 et 0,7 et fortes au delà de 0,7. Les résultats du tableau 18 indiquent l'existence de relations modérées positives et significatives, entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause ($r = 0,334$; $p = 0,001$) pour l'échantillon total. D'autre part, il n'existe pas de relation significative entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause pour les profils retenus.

Tableau 18
Coefficients de corrélation (r) entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause (N = 95)

	n	r	p
Profil 1	36	0,182 ¹	0,289 n.s.
Profil 2	7	0,239 ²	0,606 n.s.
Profil 3	8	0,545 ²	0,162 n.s.
Profil 5	21	0,378 ¹	0,091 n.s.
Profil 12	9	0,605 ²	0,085 n.s.
Échantillon total	95	0,334 ²	0,001*

¹ Coefficients de Spearman

² Coefficients de Pearson

n.s. = Non significative, * $p < 0,05$

Suite aux résultats obtenus antérieurement quant aux relations entre les attitudes envers la ménopause et l'estime de soi, il est intéressant d'utiliser des analyses de régression linéaire multiple pour mieux connaître dans quelle mesure l'estime de soi explique les attitudes envers la ménopause (tableau 19). L'estime de soi explique 11,1 % ($R^2 = 0,111$) des attitudes envers la ménopause.

Tableau 19
 Résultat de l'analyse de régression linéaire multiple (N = 95)

Variable explicative	Bêta	p
Estime de soi	0,334	0,001*
R² = 0,111		F = 11,643
* p significatif < 0,05		

Influence des caractéristiques socio-démographiques

Des analyses complémentaires ont été effectuées avec le test t de Student et avec les analyses de corrélation afin d'explorer les relations entre les caractéristiques socio-démographiques des répondantes des profils retenus et les attitudes envers la ménopause et estime de soi.

Premièrement, le test t de Student a été réalisé afin d'évaluer s'il existe une différence significative entre les moyennes des deux variables continues, soit les attitudes envers la ménopause et l'estime de soi, pour chacune des caractéristiques socio-démographiques telles que : l'état civil, le niveau d'éducation, le nombre d'enfants, l'âge des enfants, la dépendance économique, le revenu, le nombre de personnes à charge, les tâches du foyer, le temps de loisirs et la prise de décisions de type économique dans le ménage. Il ne ressort aucune différence significative entre les différentes caractéristiques et les attitudes envers la ménopause ni avec l'estime de soi.

Deuxièmement, des analyses de corrélation de Pearson et de Spearman ont été utilisées pour étudier l'association entre l'âge et les variables attitudes envers la ménopause et estime de soi. Les résultats du tableau 20 indiquent l'existence de relations

faibles, positives et significatives, entre l'âge et les attitudes envers la ménopause ($r = 0,204$; $p = 0,048$), pour l'échantillon total. D'autre part, il n'existe pas de relation significative entre l'âge et les attitudes envers la ménopause pour les différents profils de femmes.

Tableau 20
Coefficients de corrélation (r) entre l'âge et les attitudes envers la ménopause
($N = 95$)

	n	r	p
Profil 1	36	0,001 ¹	0,996 n.s.
Profil 2	7	0,477 ¹	0,297 n.s.
Profil 3	8	0,303 ²	0,466 n.s.
Profil 5	21	0,259 ²	0,257 n.s.
Profil 12	9	0,004 ²	0,993 n.s.
Échantillon total	95	0,204 ²	0,048*

¹ Coefficients de Spearman

² Coefficients de Pearson

n.s. non significative, * $p < 0,05$

Tel qu'indiqué au tableau 21, il n'existe aucune relation significative entre l'âge et l'estime de soi pour l'échantillon total ni pour les profils de femmes retenus.

Tableau 21
Coefficients de corrélation (r) entre l'âge et l'estime de soi (N = 95)

	n	r	p
Profil 1	36	-0,170 ²	0,322 n.s.
Profil 2	7	0,048 ¹	0,919 n.s.
Profil 3	8	0,056 ¹	0,895 n.s.
Profil 5	21	0,185 ²	0,423 n.s.
Profil 12	9	-0,108 ²	0,783 n.s.
Échantillon total	95	0,035 ²	0,734 n.s.

¹ Coefficients de Spearman

² Coefficients de Pearson

n.s.= Non significative

Le tableau 22 illustre que l'âge explique seulement 4,2 % ($R^2 = 0,042$) des attitudes envers la ménopause.

Tableau 22
Résultat de l'analyse de régression linéaire multiple (N = 95)

Variable explicative	Bêta	p
Âge	1,540	0,048*
$R^2 = 0,042$		$F = 4,032$

* p significatif < 0,05

En résumé, les attitudes envers la ménopause des femmes sont toujours positives. Ces attitudes ne sont pas ressorties comme démontrant une différence significative entre les profils. Quant à l'estime de soi, toutes les femmes enregistrent des niveaux élevés. Il n'y a également aucune différence significative entre les profils. Des relations ont été

observées entre les attitudes envers la ménopause et l'estime de soi, mais seulement pour l'échantillon total. Enfin, l'âge s'est avéré associé uniquement aux attitudes envers la ménopause.

CHAPITRE CINQUIÈME

Discussion

Dans le présent chapitre, nous discutons des résultats en débutant par une réflexion sur le portrait démographique des femmes de cette étude. Nous tentons d'apporter certains éléments de réponses aux questions de recherche et de faire une critique du modèle de Bowles utilisé comme cadre de référence à la base de cette étude. Finalement, des recommandations pour la recherche et la pratique infirmière sont proposées.

L'âge moyen des femmes est 35 ans et une forte proportion (80 %) parmi elles est mariée. Le rapport femmes/enfants de 1,40, se situe en dessus de l'indice synthétique de fécondité de 1,21 enfants par femme en Espagne (Instituto Nacional de Estadística, 1994). Quarante trois pour cent des femmes ont deux enfants, 20 % parmi elles ont un enfant et 10,5 % ont plus de deux enfants. La plupart des femmes (77,9 %) réalisent elles-mêmes (seules) les tâches domestiques. Quant au revenu familial, 14,7 % des familles ont un revenu de moins de 100.000 pesetas (841,7 \$SCAN) par mois. Pour ce qui est de la satisfaction relativement au temps de loisirs disponible, 49,5 % des femmes sont satisfaites du temps de loisirs disponible. Ces résultats confirment ceux obtenus par Montoro (1997) ayant fait une étude sur des femmes rurales habitant la même région que celle où nous avons mené cette étude. En effet, Montoro (1997) a rapporté que 44,5 % des femmes ont deux enfants, 15,1 % ont un enfant et 21,3 % ont plus de deux enfants. Soixante quatorze pour cent (74,6 %) des femmes réalisent elles-mêmes (seules) les tâches du foyer. Près de 15% des familles ont un revenu de moins de 100.000 pesetas (841,7 \$SCAN) par mois. Quant à la satisfaction relativement au temps de loisirs

disponible 45,0 % des femmes sont satisfaites. Dans notre étude, le niveau d'éducation est plus élevé que celui rapporté par Montoro (1997); à ce niveau donc, nos résultats diffèrent : dans notre étude 47,4 % des femmes ont un niveau primaire, 16,8 % ont atteint un niveau universitaire et seulement 2,1 % d'entre elles n'ont pas réalisé des études ; par contre dans l'étude de Montoro 58,4 % des femmes ont un niveau primaire, 4,2 % ont un niveau universitaire et 8,4 % d'entre elles ne possèdent pas des études. Cet écart peut s'expliquer par l'âge des femmes; en effet, dans notre échantillon, les femmes étaient âgées entre 30 et 40 ans alors que chez Montoro (1997), elles étaient âgées entre 25 à 65 ans.

Dans les prochaines sections, nous discutons des résultats par rapport aux questions de recherche de l'étude.

Première question de recherche : *Quelles sont les différences entre des profils spécifiques reliés au genre féminin de femmes rurales espagnoles et leurs attitudes envers la ménopause?*

L'analyse des résultats des niveaux d'attitudes envers la ménopause des femmes de l'échantillon montre que celles-ci ont généralement des attitudes positives envers la ménopause. Les scores obtenus dans la quasi totalité des paires d'adjectifs bipolaires de l'échelle MAS s'avèrent positifs. Cependant, dans notre échantillon les moyennes obtenues par plus de la moitié des paires d'adjectifs bipolaires ont été plus bas

(moyennes de 5,94 à 2,75) que dans les études de Theisen et al., (1995) (moyennes de 5,41 à 4,38) et de Wilbur, Miller & Montgomery, (1995) (moyennes de 5,01 à 4,20). Nonobstant cela, les femmes dans ces trois études s'entendent sur les sentiments ressentis lors de la période de la ménopause, notamment certains sentiments plus positifs tels que se sentir propre, énergique, nécessaire, mais aussi sur certains sentiments plus négatifs tels qu'être déprimée et se sentir sans importance.

Pour les différents profils de femmes retenus, notamment les profils 1, 2, 3, 5 et 12, il n'existe pas de différence significative entre les moyennes des paires d'adjectifs bipolaires de l'échelle MAS. Cependant, il est intéressant de noter que les femmes qui font partie du profil 2 ont obtenu des résultats plus bas. Il semblerait que le fait d'avoir une personne à charge qui en plus a un problème de santé et/ou une perte d'autonomie suppose que les femmes développent des attitudes plus négatives envers l'expérience de la ménopause, ainsi que sentiments plus pessimistes. Ensuite, il apparaît qu'avoir une occupation rémunérée ou non rémunérée n'apporte pas de différence dans le développement des attitudes envers l'expérience de la ménopause. Il est intéressant de noter que les femmes du profil 12 (caractérisées par : être célibataire, avoir une occupation rémunérée et ne pas avoir des enfants) ont obtenu dans huit paires d'adjectifs bipolaires de l'échelle MAS des résultats négatifs. En résumé, le fait d'être une femme indépendante économiquement et de ne pas avoir de personnes à charge n'est relié ni au développement d'attitudes plus positives, ni à celles plus négatives envers l'expérience de la ménopause.

Les femmes s'entendent sur les sentiments ressentis lors de la période de la ménopause tels qu'être abattue, déprimée et se sentir non comblée, incertaine, éteinte, pessimiste, pas attirante et sans importance. Ces adjectifs reflètent un portrait de la femme ménopausée en très grand accord avec la perspective biomédicale qui définit la ménopause comme une maladie due à la carence d'œstrogènes (Abrams & Berkow, 1990, cités dans Barile, 1997 ; Kaufer & Gilbert, 1986 ; Li et al. 1995).

De même, le fait que le score moins élevé ait toujours été obtenu par la paire d'adjectifs bipolaires euphorique/déprimée, renforce plutôt l'idée que l'influence de la perspective biomédicale et la croyance en l'existence d'une association entre la ménopause et la dépression sont très fortes dans le contexte rural de ces femmes ayant répondu au questionnaire. À cet effet, Rabassa (1996) a menée une recherche sur les attitudes envers la ménopause de femmes espagnoles. L'échelle utilisée dans cette étude comprenait des items construits à partir des résultats d'une étude qualitative antérieure réalisée auprès de femmes ayant vécu la ménopause. Ces items expriment clairement le portrait de la femme vivant l'expérience de la ménopause telle qu'une maladie qui a besoin de traitement. De même, ils reflètent tous les stéréotypes associés à cette période de la vie des femmes, tels que le sentiment de perte de jeunesse et de devenir vieille. Les items indiquent aussi l'existence d'un manque de soutien et d'information, la perte de contrôle sur son propre corps et l'apparition de symptômes (surtout les bouffées de chaleur et la dépression). Ces résultats se rapprochent de la description de l'expérience de la ménopause telle que décrite par la perspective biomédicale.

Les études examinées sur cette question ne démontrent cependant pas d'association entre la ménopause et la dépression (Avis, Brambilla, Mckinlay & Vass, 1994 ; Kaufert, Gilbert & Tate, 1992). Il n'y a également aucune évidence que la ménopause ait des conséquences négatives pour la santé mentale des femmes (Matthews et al., 1990).

En outre, dans l'échantillon total ainsi que dans les cinq profils retenus (profils 1, 2, 3, 5 et 12) les femmes s'entendent sur le sentiment d'être propre comme le plus ressenti par une femme vivant la période de la ménopause. Ce résultat semble confirmer certaines assertions de Nicolson (1995), à savoir que l'association entre le cycle menstruel et le sentiment de la saleté serait plutôt une idée des hommes, les femmes ayant une perspective différente de l'aspect hygiénique de leur cycle menstruel ; ces dernières associent plus avec des problèmes de la grossesse. Également, le cycle menstruel a des composantes symboliques liées à la religion et au contexte culturel (Datan, 1990).

En résumé, l'expérience de la ménopause chez ces femmes rurales espagnoles est encore influencée par la perspective biomédicale de la ménopause. De même, certaines composantes liées au contexte socioculturel de ces femmes habitant un village rural influencent cette expérience. et ces conséquences en termes de comportements. Enfin, il apparaît que le vécu de l'expérience de la ménopause est semblable chez ces femmes, peu importe le rôle spécifique relié au genre féminin représenté par ces femmes.

Les résultats de la présente étude démontrent qu'il existe une relation entre les attitudes envers la ménopause et l'âge ; les femmes plus jeunes ont des attitudes plus négatives envers la ménopause. Ces résultats sont similaires à ceux de plusieurs études antérieures (Avis & Mckinlay, 1991 ; Bowles, 1986 ; Millette, 1981 ; Neugarten, Wood, Kraines, & Loomis, 1963 ; Standing & Glazer, 1992 ; Theisen et al., 1995 ; Wilbur, Miller, & Montgomery, 1995). Ces résultats laissent supposer que les femmes jeunes ne s'identifient pas à la ménopause. En effet, la plupart des femmes qui ont participé à l'étude, affirmaient lors des entretiens que la ménopause était encore très loin et qu'elles n'avaient jamais pensé à la façon de faire face à cette période de leur vie.

En conclusion, les résultats de la recherche confirment que les femmes rurales espagnoles montrent des caractéristiques similaires aux femmes d'Amérique du Nord quant à plusieurs attitudes envers la ménopause.

Deuxième question de recherche : *Quelles sont les différences entre des profils reliés au genre féminin de femmes rurales espagnoles et leur estime de soi?*

La moyenne globale de l'estime de soi obtenue par les femmes est de 7,89 sur 10 ($\pm 1,86$). Ce résultat révèle que ces femmes rurales espagnoles ont un niveau élevé d'estime de soi. En outre, il est démontré qu'il n'y a aucune différence significative quant à l'estime de soi entre les cinq profils de femmes retenus. Cependant, il est surprenant de noter que les femmes qui font partie du profil 12 et chez qui

théoriquement, le rôle du genre serait le moins traditionnel (ce sont des femmes célibataires, ayant une occupation rémunérée et qui n'ont pas d'enfant) présentent le plus bas niveau d'estime de soi. Il est intéressant de noter aussi que les femmes du profil 1 (être mariée, avoir une occupation non rémunérée et avoir des enfants âgés de moins de 15 ans) en principe une perception du rôle du genre serait le plus traditionnel, ont un niveau plus élevé d'estime de soi. Elles sont suivies par les femmes du profil 5 qui sont mariées, ont une occupation rémunérée et ont des enfants âgés de moins de 15 ans. Le fait d'avoir des enfants semble influencer positivement le niveau d'estime de soi ; ces résultats concordent avec ceux de Woods et al., (1993). Par contre Kleinplatz et al., (1992) ont obtenu des bas niveaux d'estime de soi auprès de femmes traditionnelles.

Ces résultats tendent à rejoindre ceux de Santiago et al., (1994) qui indiquent que le rôle traditionnel féminin peut être un facteur protecteur face au bien-être, mais à condition que ce rôle soit reconnu socialement et qu'il soit adapté aux besoins psychologiques et sociaux des femmes.

Troisième question de recherche : *Quelle est la relation entre l'estime de soi (facteur individuel) et les attitudes de femmes rurales espagnoles envers la ménopause des profils spécifiques reliés au genre féminin?*

Les résultats de la présente étude corroborent les résultats des études antérieures sur la relation entre l'estime de soi et les attitudes envers la ménopause (Bell, 1995 ; Frey, 1981 ; Lincoln, 1981 ; Millette, 1981). En effet, il est démontré qu'il existe une

association entre des attitudes positives envers la ménopause et des niveaux élevés d'estime de soi chez les femmes rurales espagnoles. Pourtant, cette association est prouvée seulement, pour l'échantillon total et non pour les profils spécifiques reliés au genre féminin retenus. L'estime de soi n'explique que 11% des attitudes envers la ménopause chez les femmes de l'échantillon.

En outre, l'estime de soi a aussi été examiné en rapport aux attitudes relatives à d'autres aspects de la vie de femmes. Johnson (1998) indique que l'estime de soi est associé positivement avec l'intérêt sexuel, la participation sexuelle et la satisfaction sexuelle chez les femmes âgées de plus de 50 ans. De même, Furnham & Greaves (1994) font ressortir une relation entre l'insatisfaction envers le poids et l'estime de soi. Joiner & Kashubeck (1996) révèlent une relation significative et positive entre les comportements des troubles d'alimentation et l'estime de soi. Ces auteurs rapportent aussi une relation significative entre l'insatisfaction envers l'image corporelle et l'estime de soi. Finalement, Jones, Moulton, Moulton & Roach (1999) affirment suite à leur étude que la relation entre le poids et l'estime de soi chez les femmes de race blanche et de race noire en était une mais inverse.

En conclusion, l'estime de soi chez les femmes se révèle comme une composante importante de la santé mentale et physique des femmes associée à des attitudes envers différents aspects de la vie des femmes.

Critique du modèle de Bowles (1990)

Le modèle adapté de Bowles (1990) qui a servi de cadre référence dans cette étude s'avère être un guide judicieux pour une meilleure compréhension de l'expérience de la ménopause telle que vécue par les femmes. À cet effet, dans la présente recherche, l'estime de soi est identifiée comme un facteur qui influence le développement des attitudes envers la ménopause. Par contre, les rôles spécifiques attribuables au genre féminin ne s'avèrent pas avoir une influence claire sur le développement des attitudes envers la ménopause.

Un autre facteur qui apparaît dans le modèle de Bowles (1990) est le facteur « personnes significatives » chez les femmes. Dans la présente étude, ce facteur n'a pas été étudié. Cependant, lors des entretiens avec les femmes, l'investigatrice a pu constater que les femmes parlaient spontanément de leur mère en tant que personne significative. En effet, la plupart des femmes véhiculaient leurs connaissances, leurs attentes et même leurs attitudes sur l'expérience de la ménopause selon le vécu des autres femmes notamment leur mère.

Par ailleurs, l'influence de la définition socioculturelle de la ménopause et son impact sur l'expérience de la ménopause, de facteurs qui apparaissent aussi dans le modèle de Bowles (1990) se révèlent comme des éléments clés dont il est essentiel de considérer car ils influencent fortement le vécu des femmes.

En conclusion, le modèle de Bowles (1990) s'avère être utile pour les études sur l'expérience de la ménopause. En plus, il possède une vision holistique nécessaire pour

entreprendre des recherches visant à mieux comprendre cette période de la vie des femmes.

Les récits spontanés des femmes sur leur expérience de la ménopause furent très enrichissant pour l'investigatrice. Ces récits révélaient le manque de connaissances, la présence de stéréotypes associés à cette expérience, mais aussi la détermination des femmes à surmonter tous ces obstacles pour vivre cette période de la meilleure façon possible. Les femmes ont échangé avec l'investigatrice sur l'expérience de la ménopause, démontrant un réel besoin d'informations appropriées à transmettre à ces femmes.

Il est attendu que les résultats de la présente étude aideront les infirmières qui oeuvrent auprès de ces femmes à mieux comprendre l'expérience de la ménopause. Ainsi, ces résultats suggèrent que dans leurs interventions, les infirmières devront au moins tenir compte des niveaux d'estime de soi des femmes, qui s'avère être un facteur associé au développement des attitudes envers l'expérience de la ménopause.

Recommandations pour la recherche infirmière

Des études additionnelles sur les attitudes envers la ménopause doivent être entreprises afin de se pencher davantage sur divers aspects socioculturels de la ménopause. De même, des études sur les attitudes envers la ménopause des femmes d'ethnie gitane permettront d'identifier les facteurs qui influencent l'expérience de la ménopause telle que vécue par ces femmes.

Il serait aussi nécessaire de faire des recherches sur cette expérience de la ménopause en collaboration avec d'autres disciplines telles que la sociologie, l'anthropologie, la psychologie, de même que des recherches de type qualitatif. Elles contribueront à donner une vision holistique nécessaire pour mieux comprendre cette période de la vie des femmes.

Enfin dans le cadre de recherches futures, il serait très important de tenter de définir ou d'adopter un modèle en soins infirmiers relativement à la promotion de la santé qui tiendrait compte d'une part, des aspects liés à la culture et aux croyances des femmes sur la ménopause et d'autre part, qui favoriserait une démarche répondant aux besoins des femmes en matière de santé.

Recommandations pour la pratique infirmière

Les infirmières ont la responsabilité de fournir des informations fiables aux femmes et à la société en général oralement et de façon écrite sur l'expérience de la ménopause.

En ayant les bonnes informations en main les infirmières peuvent être des membres actifs de l'équipe multidisciplinaire agissant auprès de femmes vivant différentes expériences à travers leur cycle de vie.

Les infirmières doivent lors des interventions de l'équipe multidisciplinaire, reconnaître la diversité des femmes et le fait qu'elles ne constituent pas un groupe homogène.

Les infirmières doivent tenir compte des niveaux d'estime de soi des femmes et mettre en œuvre des programmes pour favoriser le maintien et l'augmentation de ces niveaux.

Les infirmières doivent tenir compte des récits que les femmes font de leurs expériences à travers de leur cycle de vie. De même, les infirmières doivent permettre que les femmes aient la possibilité de partager leurs expériences.

Les infirmières peuvent aider les femmes à développer des habilités pour pouvoir faire face aux contraintes sociales liées au rôle du genre féminin.

Les infirmières doivent reconnaître les femmes comme des partenaires dans l'élaboration de programmes, de services et dans la recherche, surtout quand il s'agit d'expériences affectant leur bien-être.

Références

- Anuario Estadístico Español, (1994).** Instituto Nacional de Estadística. Madrid.
- Avis, N. E., Brambilla, D., McKinlay, S. M., & Vass K. (1994).** A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. Annales Epidemiology, 4(3), 214-220.
- Avis, N. E., & McKinlay S. M. (1991).** A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause : results from the Massachusetts Women's Health Study. Maturitas,13, 65-79.
- Bareford, C. G. (1991).** An investigation of the nature of the menopausal experience: attitude toward menopause, recent life change, coping method, and number and frequency of symptoms in menopausal women. In: D. L. Taylor & N. F. Woods (Eds.) Menstruation, Health and Illness (pp. 223-236). New York: Hemisphere.
- Barile, L. A. (1997).** Theories of menopause brief comparative synopsis. Journal of Psychosocial Nursing, 35 (2), 36-39.
- Beere, C. A. (1983).** Instruments and measures in a changing, diverse society. In : B. L. Richardson & J. Wirtenberg (Eds.) Sex role research: measuring social change. New York: Praeger
- Belach, J. (1991).** Atención médica en la mujer postmenopáusica. Medicina Integral, 17, 117-134.
- Bell, M. L. (1987).** Changing ideas: the medicalization of menopause. Social Science and Medicine, 24, 535-542.
- Bell, M. L. (1995).** Attitudes toward menopause among Mexican American Women. Health Care for Women International, 16, 425-435.
- Bowles, C. (1986).** Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. Nursing Research, 35, 81-85.
- Bowles, C. (1990).** The menopausal experience. Sociocultural influences and theoretical models. In: R. Formanek (Ed.) The Meanings of Menopause: Historical, Medical, and Clinical Perspective. (pp. 157-175). Hillsdale NJ: Analytic Press.
- Broom, D. (1999).** The genders of health. Paper presented at the conference " Gender, health and healing: reflections on the Public-Private Divide". University of Warwick. Australia.
- Buck, M. M., & Gottlieb, L. N. (1991).** The meaning of time: Mohawk women at midlife. Health Care for Women International, 12, 41-50.

- Burns, N., & Grove, S. K. (1997).** The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization (3e ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.
- Carolan, M. T. (1994).** Beyond deficiency: broadening the view of menopause. The Journal of Applied Gerontology, 13 (2), 193-205.
- Chirawatkul, S., & Manderson, L. (1994).** Perceptions of menopause in northeast Thailand: contested meaning and practice. Social Science and Medicine, 39(11), 1545-1554.
- Cole, E., & Rothblum, E. (1990).** Sexuality and the midlife woman. Psychology of Women Quarterly, 14, 508-512.
- Contreras, A., Toscano, T., Toronjo, A. M., García, F. M., et López, V., (1997).** Las mujeres y la menopausia: ¿Qué saben? ¿Qué sienten? ¿Qué demandan? Enfermería Científica, 188-189, 13-19.
- Côté, M. (1996).** Devenir vieille: L'étude du processus de vieillissement de quelques femmes québécoises. Sciences Sociales et Santé, 14(3), 47-65.
- Conway, M. E. (1988).** Theoretical approaches to the study of roles. In : M. E. Hardy & M. E. Conway (Eds.) Role theory. Perspectives for health professionals. (pp. 63-72). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Datan, N. (1990).** Aging into transitions. Cross-cultural perspectives on women at midlife. In: R. Formanek (Ed.) The Meanings of Menopause: Historical, Medical, and Clinical Perspective. (pp. 117-131). Hillsdale NJ: Analytic Press.
- Dennerstein, L. (1996).** Well-Being, symptoms and the menopausal transition. Maturitas, 23, 147-157.
- Echeburua, E., Corral, P., Sarasua, B., et Zubizarreta, I. (1996).** Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico. Análisis y Modificación de Conducta, 22 (85), 627-654.
- Engel, N. (1987).** Menopausal stage, current life change, attitude toward women's roles, and perceived health status. Nursing Research, 36 (6), 353-357.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (1994).** Why Are Some People Healthy and Others Not? New York : Aldine de Gruyter.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975).** Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Massachusetts : Addison-Wesley Publishing Company.

- Fortin, F. (1996).** Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation. Montréal: Décarie Éditeur.
- Frey, K. A., (1981).** Middle-aged women's experience and perceptions of menopause. Women & Health, 6 (1/2), 25-36.
- Furnham, A., & Greaves, N. (1994).** Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. European Personality, 8, 183-200.
- Gannon, L., & Ekstrom, B. (1993).** Attitudes toward menopause: the influence of sociocultural paradigms. Psychology of Women Quarterly, 17, 275-288.
- Gary, F., Sigsby, L. M., & Campbell, D. (1998).** Feminism: A perspective for the 21st century. Issues in Mental Health Nursing, 19, 139-152.
- George, T. (1996).** Women in a south Indian fishing village : role identity, continuity, and the experience of menopause. Health Care for Women International, 17, 271-279.
- Gibson, C. H. (1991).** A concept analysis of empowerment. Journal Advanced Nursing, 16(3), 354-361.
- Gilberts, R. (1983).** The Evaluation of Self-Esteem. Family & Community Health, 6 (11-12), 29-49.
- González-Pinto, A., Yllá, L., Galletero, J. M., Ballesteros, J., Zupiria, X., et Iturriaga, I. (1993).** Autoestima y psicopatología: relación entre el Rosenberg y el SCL-90-R. Psiquis, 14 (1), 30-34.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993).** Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures : literature review and proposed guidelines. Journal Clinical Epidemiology, 46(12), 1417-1432.
- Guyon, L. (1996).** Derrière les Apparences. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Gouvernement du Québec. (pp. 132-139).
- Haber, L. C. (1991).** The effect of employment on the relationship between gender-role preference and self-esteem in married women. Journal of Advanced Nursing, 16, 606-613.
- Helson, R., & Picano, J. (1990).** Is the traditional role bad for women? Journal of Personality and Social Psychology, 59 (2), 311-320.

- Holmes-Rovner, M., Padonu, G., Kroll, J., Breer, L., Rovner, D.R., Talarczyk G., & Rother, M., (1996).** African-American women's attitudes and expectations of menopause. *American Journal of Preventive Medicine*, 12 (5), 420-423.
- Hong, S., Bianca, M. A., Bianca, M. R., & Bollington, J. (1993).** Self-esteem: the effects of life-satisfaction, sex and age. *Psychological Reports*, 72, 95-101.
- Hunter, M. S. (1990).** Somatic experience of the menopause: a prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 52, 357-367.
- Hunter, M. S. (1992).** The South-East England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. *Maturitas*, 14, 117-126.
- Hunter, M. S., & Lih-Mei Liao, K. (1995).** A psychological analysis of menopausal hot flushes. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 589-599.
- International Classification of Diseases (1995).**
- Johnson, B. K. (1998).** A correlational framework for understanding sexuality in women age 50 and older. *Health Care for Women International*, 19, 553-564.
- Joiner, G. W., & Kashubeck, S. (1996).** Acculturation, body image, self-esteem, and eating disorder symptomatology in adolescent Mexican American women. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 419-435.
- Jones, J. B., (1997).** Representations of menopause and their health care implications: a qualitative study. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(1) 58-65.
- Jones, S. L., Moulton, M. A, Moulton, P., & Roach, S. (1999).** Self-esteem differences as a function of race and weight preoccupation: findings and implications. *Women's Health Issues*, 9(1), 50-55.
- Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992).** Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391-402.
- Kaufert, P. (1982).** Anthropology and menopause: the development of a theoretical framework. *Maturitas*, 4, 181-193.
- Kaufert, P. A., & Gilbert, P. (1986).** Women, menopause and medicalization. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, 7-20.
- Kaufert, P. A., Gilbert, P., & Tate, R. (1992).** The Manitoba Project: a re-examination of the link between menopause and depression. *Maturitas*, 14, 143-155.

- Kaufert, P. A., & Syrotuik, J. (1981).** Symptom reporting at the menopause. Social Science and Medicine, 15, 173-184.
- Kieffer, C. (1984).** Citizen empowerment : a developmental perspective. Prevention in Human Services 3, 9-36.
- Kinnon, D. (1999).** Recherche sur l'immigration et la santé au Canada. Santé Canada.
- Kittell, L. A., Mansfield, P. K., & Voda, A. M. (1998).** Keeping up appearances: the basic social process of the menopausal transition. Qualitative Health Research, 8(5), 618-633.
- Kleinplatz, P., Mccarrey, M., & Kateb, C. (1992).** The impact of gender-role identity on women's self-esteem, lifestyle satisfaction and conflict. Canadian Journal of Behavioural Science, 24(3), 333-347.
- Koeske, R. (1982).** Toward a biosocial paradigm for menopausal research: lessons and contributions from behavioral sciences. In: A. Voda, M. Dinnerstein & S. R. O'Connell (Eds). Changing Perspectives on Menopause (pp. 4-23). Austin: University of Texas Press.
- Koster, A. (1991).** Change-of-life anticipations, attitudes, and experiences among middle-aged Danish women. Health Care for Women International, 12, 1-13.
- Kritek, P. B. (1988).** Gender roles and the health professional. In : M. E. Hardy & M. E. Conway (Eds.) Role theory. Perspectives for health professionals. (pp.309-341). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Kyung Hye Lee. (1997).** Korean urban women's experience of menopause: new life. Health Care for Women International, 18, 139-148.
- Le Bossé, Y. D. et Lavallée, M. (1993).** Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir. Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 18, 7-20.
- Li, S., Carlson, E. S., Snyder, D., & Holm, K. (1995).** Perspectives on menopause. Clinical Nurse Specialist, 9(3), 145-148.
- Lincoln, N. (1981).** Women's attitudes toward menopause as related to self-esteem. Dissertation Abstracts International, 41, 3630B.
- Lindsey, L. L. (1990).** Gender Roles. A Sociological Perspective. New Jersey : Prentice Hall, Englewood Cliffs.

- Linton, R. (1967).** Le fondement culturel de la personnalité. Paris : Dunod.
- Long, V. O. (1990).** Masculinity, femininity, and women scientists, self-esteem and self-acceptance. The Journal of Psychology, 125(3), 263-270.
- Long, V. O. (1991).** Gender role conditioning and women's self-concept. Journal of Humanistic Education and Development, 30, 19-29.
- Mantecón, V. H. (1993).** Where are the archetypes? Searching for symbols of women's midlife passage. Women & Therapy, 14(1-2), 77-88.
- Martínez, D., Morcillo, I., Esparza, E., Santiuste, M., Peñalver, J. M., et Barcia, D. (1993).** Valoración de dos poblaciones de mujeres menopáusicas mediante la escala de Tennessee. Anales de Psiquiatría, 9(1), 38-40.
- Matthews, K. A., Wing, R. R., Kuller, L. H., Meilahn, E. N., Kelsey, S. F., Costello, E. J., & Caggiula, A. W. (1990).** Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 58 (3), 345-351.
- McElmurry, B. J., & Huddleston, D. S. (1991).** Self-care and menopause: critical review of research. Health Care for Women International, 12, 15-26.
- McMaster, J., Pitts, M., & Poyah, G. (1997).** The menopausal experiences of women in a developing country : « There is a time for everything : to be a teenager, a mother and a granny ». Women & Health, 26(4), 1-13.
- Meddin, J. R. (1986).** Sex differences in depression and satisfaction with self: findings from a United States national survey. Social Science and Medicine, 22, 807-812.
- Meisenhelder, J. B. (1986).** Self-esteem in women : The influence of employment and perception of husband's appraisals. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 18(1), 8-14.
- Merton, R. K. (1965).** Éléments de théorie et de méthode sociologique (2^e éd.). Paris : Plon.
- Millette, B. M. (1981).** Menopause : A survey of attitudes and knowledge. Issues in Health Care of Women, 3, 263-276.
- Montoro, R. (1997).** La mujer rural en Castilla y León. Estudio socioeconómico y laboral sobre su situación actual y los equipamientos disponibles. Documento inédito, Secretaria Regional de la Mujer. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.

- Moran, P. B., & Eckenrode, J. (1991).** Gender differences in the costs and benefits of peer relationships during adolescence. Journal of Adolescent Research, 6, 396-409.
- Mruk, C. (1995).** Self-Esteem : Research, Theory, and Practice. New York : Springer Publishing Company.
- Napholz, L. (1994a).** Indices of psychological well-being and sex role orientation among working women. Health Care for Women International, 15, 307-316.
- Napholz, L. (1994b).** Sex role orientation and psychological well-being among working black women. Journal of Black Psychology, 20(4), 469-482.
- Napholz, L. (1996).** Differences in employed married, divorced, and single women, according to age. The International Journal of Psychiatric Nursing Research, 2(2), 198-210.
- Nicolson, P. (1995).** The menstrual cycle, science and femininity: assumptions underlying menstrual cycle research. Social Science and Medicine, 41(6), 779-784.
- Norusis, M. J. (1990).** SPSS advanced statistics, user's guide. Chicago: SPSS Inc.
- Quinn, A. A. (1991).** Menopause: Plight or passage? Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing, 2(3), 304-311.
- O'Brien, E. J. (1991).** Sex differences in components of self-esteem. Psychological Reports, 68, 241-242.
- Pena, F., et Rodriguez, D. (1996).** Características individuales y estilos de gestión del conflicto. Boletín de Psicología-Spain, 52, 47-70.
- Pleta, B. A. (1997).** The Health experience of menopause as described by native women. Mémoire de maîtrise non publiée. Université de Montréal.
- Polit, D. F., & LaRocco, S. A. (1980).** Social and psychological correlates of menopause symptoms. Psychosomatic Medicine, 42, 335-345.
- Rabassa, B. (1996).** La mujer post-menopausica y la asistencia sanitaria en la problemática del climaterio. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief.

- Ringa, V., et Delanoë, D. (1996).** Le Ménopause. De l'âge critique à la critique de l'âge. In: M. J. Saurel-Cubrizolles et B. Blondel (Éds.) De santé des femmes. (pp. 118-142). Paris: Flammarion Médecine-Sciences.
- Robinson, G. (1996).** Cross-Cultural Perspectives on menopause. The Journal of Nervous and Mental Disease, 184 (8), 453-458.
- Rodríguez, M. J., Teno, E., Sánchez, M. R., Martín, J. L., et Luna, J. L. (1997).** Actitud y apoyo social en la menopausia: evaluación de una intervención grupal. Centro de Salud, 5(1), 29-33.
- Rollán, M. T., Bedoya, M. L., Illescas, M. L., et Martín, R. (1995).** Estudio de la prevalencia de los síntomas y factores de riesgo asociados al climaterio. Atención Primaria, 16 (6) 352-355.
- Rollins, J. H. (1996).** Gender Stereotypes, sex role orientation, gender differences in personality, language, and nonverbal behavior. In : Women's minds women's bodies. The psychology of women in a biosocial context (pp. 93-121). New Jersey : Prentice Hall Upper Saddle River.
- Rosenberg, M. (1965).** Society and the adolescent self-image. Princeton, N.J. : Princeton University Press.
- Ruble, D., Brooks-Gunn, J., & Clarke, A. (1980).** Research on menstrual-related psychological changes : alternative perspectives. In : J. Parsons (Ed.). The psychobiology of sex differences and sex roles (pp. 227-243). New York : McGraw-Hill Book Company.
- Ruiz, I., Montero, I., et Hernandez-Aguado, I. (1997).** Associated factors to psychiatric morbidity in postmenopausal phases. Maturitas, 28, 107-115.
- Salarrebia-Irizar, K., et Echeburua, E. (1995).** Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. Análisis y Modificación de Conducta, 21(76), 151-179.
- Salarrebia-Irizar, K., et Echeburua, E. (1996).** Variables predictoras de abandonos y de fracasos terapeuticos en el tratamiento de la fobia social. Análisis y Modificación de Conducta, 22(84), 387-407.
- Salgado, J., et Iglesias, M. (1994).** Efectos del desempleo y del sexo sobre la autoestima positiva, negativa y global. Revista de Psicología Social, 9(1), 65-79.
- Sanford, L. T., & Donovan, M. E. (1984).** Women and Self-Esteem. New York : Anchor Press/Doubleday.

- Santé Canada (1999).** Stratégie pour la Santé des Femmes.
- Santiago, A., Vazquez, J. L., et Díez, J. F. (1994).** El rol femenino como determinante de la salud mental de las mujeres de la población general de Cantabria. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 22(5), 218-229.
- Siguy, Y., et Flynn, P. (1995).** Les femmes et les hommes dans l'Union Européenne. CECA-CEE-CEEA. Bruxelles.
- Silber, E., & Tippett, J. S. (1965).** Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. Psychological Reports, 16, 1017-1071.
- Standing, T. S., & Glazer, G. (1992).** Attitudes of low-income clinic patients toward menopause. Health Care for Women International, 13, 271-280.
- Stockard, J., & Johnson, M. M. (1992).** Sex and gender in society. (pp 134-161). New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Theisen, S. C., Mansfield, P. K., Seery, B. L., & Voda, A. (1995).** Predictors of midlife women's attitudes toward menopause. Health Values, 19(3), 22-31.
- Unger, R., & Crawford, M. (1996).** Midlife and beyond. In: Women and Gender. A Feminist Psychology. (pp. 471-512). New York : The McGraw-Hill Companies Inc.
- Ussher, J. M. (1989).** The psychology of the female body (pp 104-132). Routledge: London.
- Wilbur, J., Miller, A., & Montgomery, A. (1995).** The influence of demographic characteristics, menopausal status, and symptoms on women's attitudes toward menopause. Women & Health, 23(3), 19-39.
- Winefield, A. H., Winefield, H. R., Tiggemann, M., & Goldney, R. D. (1991).** A longitudinal study of the psychological effects of unemployment and unsatisfactory employment on young adults. Journal of Applied Psychology, 76, 424-431.
- Wolcott-Choi, M.(1995).** The menopausal transition : change, loss and adaptation. Holistic Nursing Practice, 9(3), 53-62.
- Woods, N. F., Lentz, M., Mitchell, E., & Oakley, L. D. (1994).** Depressed mood and self-esteem in young Asian, black, and white women in America. Health Care for Women International, 15(3), 243-262.

Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (1997). Pathways to depressed mood for midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Research in Nursing & Health, 20, 119-129.

Annexe A

Lettre d'autorisation au Directeur Gérant

Montreal, 2 de noviembre de 1999.

Sr. Director Gerente de Atención Primaria del Area de León,

Soy una enfermera de Atención Primaria con plaza en el Centro de Salud de Valencia de Don Juan. Actualmente estoy realizando estudios de segundo ciclo en la Facultad de Ciencias Enfermeras de la Universidad de Montreal gracias a una beca del Instituto de Salud Carlos III. Para mi trabajo de tesis para obtener mi graduación realizare un estudio con el fin de examinar la relación entre la autoestima, el rol de genero y las actitudes hacia la menopausia de las mujeres rurales españolas. La directora de mi tesis es M. Bilkis Vissandjée Ph.D profesora en la Facultad de Ciencias Enfermera de la Universidad de Montreal.

Por este motivo solicito de usted el permiso para realizar el estudio con la poblacion de mujeres de 45-65 años de Valencia de Don Juan, asi como para utilizar los datos que posee el Sistema Nacional de Salud en cuanto a direccion y/o numero de telefono de las mujeres mencionadas. La recogida de datos esta prevista para el mes de enero del 2000. Adjunto le remito el resumen del proyecto del estudio así como la carta solicitando el consentimiento de las mujeres a estudio.

Esperando cumplir los requisitos necesarios le saluda atentamente,

Ana Isabel González Fernández.
2219, Edouard Montpetit, apto 7.
H3T 1J3 Montréal (Quebec) Canada.
Tef : (514) 733-5800.
e-mail :
Dirección en España:
Conde de Toreno, 4 , 3ªdcha.
24006- León.
Tef:987-254366.

cc: Bilkis Vissandjée. Ph.D. Universidad de Montreal.

Annexe B

Lettre au Comité d'éthique

Montreal, 2 de noviembre de 1999.

Sr Presidente del Comité de Ética del Hospital de León,

Soy una estudiante en la Facultad de Ciencias Enfermeras de la Universidad de Montreal. Para mi trabajo de tesis para obtener mi graduación realizare un estudio con el fin de examinar la relación entre la autoestima, el rol de genero y las actitudes hacia la menopausia de las mujeres rurales españolas. La directora de mi tesis es M. Bilkis Vissandjée Ph.D profesora en la Facultad de Ciencias Enfermera de la Universidad de Montreal.

Por este motivo solicito la aprobación del proyecto en cuanto a sus consideraciones éticas por el Comité que usted preside. Adjunto le remito el resumen del proyecto del estudio así como la carta solicitando el consentimiento de las mujeres a estudio.

Esperando cumplir los requisitos necesarios le saluda atentamente,

Ana Isabel González Fernández.
2219, Edouard Montpetit, apto 7.
H3T 1J3 Montréal (Quebec) Canada.
Tef : (514) 733-5800.
e-mail :
Dirección en España:
Conde de Toreno, 4 , 3^adcha.
24006- León.
Tef:987-254366.

cc: Bilkis Vissandjée. Ph.D. Universidad de Montreal.

Annexe C

Certificat d'éthique



Hospital de León

Altos de Nava, s/n · Tlf: 987 23 74 00
24071 LEÓN

xvii

Dra. Carmen Villares García, Presidente del Comité Etico de Investigación Clínica de León,

CERTIFICA:

Que en la reunión del Comité Etico de fecha 28.1.00 se analizó el Proyecto referente al "Estudio de la relación entre la autoestima, los roles específicos de género y las actitudes hacia la menopausia de la mujeres rurales españolas", presentado por Dña. Ana Isabel González Fernández, Enfermera del Centro de Salud de Valencia de Don Juan.

Que se acordó por unanimidad la aprobación de dicho Proyecto.

Y para que conste se expide el presente Certificado en León, a veintiocho de Enero de dos mil.

Fdo./Dra. Carmen Villares García



Annexe D

Formulaire de consentement

INFORMACION A LAS PARTICIPANTES

Estimada señora,

Mi nombre es Ana Isabel González Fernández, enfermera del Centro de Salud y estudiante en la Universidad de Montreal (Canadá). Solicito su colaboración para un estudio que estoy realizando para conocer cuales son las actitudes hacia la menopausia de las mujeres. Para ello deberá utilizar un poco de su tiempo en contestar a unas preguntas recogidas en el cuestionario. Las respuestas que dé serán utilizadas para **mejorar** el conocimiento sobre como las mujeres viven la menopausia y para desarrollar programas que ayuden a las mujeres a vivir mejor y en buen estado de salud este periodo de tiempo. Sus respuestas así serán de **ayuda** para otras personas que se encuentren en su misma situación.

Es por todo esto que pido su consentimiento para participar en este estudio, garantizándole la confidencialidad de la información ya que el cuestionario es anónimo y en ningún caso constaran sus datos personales, limitándome a analizar sus respuestas.

Yo Doña _____,
he leído la hoja de información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio cuando quiera , sin tener que dar ninguna explicación.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En _____, a __ de _____ de _____.

Annexe E

Lettre d'autorisation

Cheryl Bowles,
Department of Nursing,
University of Nevada,
4505 Maryland
Parkway, Las Vegas, NV.89154

7.9.99

Dear Mrs. Bowles

I am a graduate student at the Faculty of Nursing at the University of Montreal. During my Master degree work, I am interested in examining the relationship between attitude toward menopause, self-esteem and women's sex-role orientation among spanish women. We expect to randomly select at 400 participants for the study. The timeline of my project requires that I start data collecting by December of 1999. My projet supervisor is Professor Bilkis Vissandjée Ph.D. at the Faculty of Nursing, University of Montreal.

I would like to request your permission to translate your scale regarding Attitude toward Menopause for the purpose of my study. I will acknowledge your autorship in all the documents referring to the scale. A validation test will be done and I will send you back the spanish version as well the results of the validation test. I would appreciate to have your response as well as the regulations regarding the use and translation of your scale.

While awaiting for your response, I thank you for your cooperation

Yours truly

Ana González
2219, Edouard Montpertit, apto 7.
Montreal, Quebec.
H3T 1J3 Canada.
Tel : (514) 733-5800.

cc. Bilkis Vissandjée, Ph.D.- Université de Montréal



October 4, 1999

ANA GONZALEZ
2219, EDOUARD MONTPERTIT, APTO 7
MONTREAL, QUEBEC
H3T 1J3 CANADA

Dear Ms. Gonzalez:

I have enclosed a copy of the Menopause Attitude Scale (MAS) and you have permission to reproduce, translate, and use the scale in your study. The scales are scored from one to seven with the positive adjective on the seven-point end.

I would appreciate receiving information regarding the results of your completed study, as well as results of any assessments of reliability and validity of the instrument which you may make with your sample.

Good luck to you in your research. Please contact me if I can be of any further assistance. My email address is: bowles@ccmail.nevada.edu.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Cheryl L. Bowles".

Cheryl L. Bowles, R.N., Ed.D.
Professor, Department of Nursing
University of Nevada, Las Vegas

Annexe F

Échelle des attitudes envers la ménopause

DURANTE LA MENOPAUSIA UNA MUJER SE SIENTE

Importante	_____	Sin importancia
Pasiva	_____	Activa
Limpia	_____	Sucia
Como nueva	_____	Decaída
Estúpida	_____	Lista
Despabilada	_____	Torpe
Insegura	_____	Segura de si misma
Inútil	_____	Valiosa
Eufórica	_____	Deprimida
Fuerte	_____	Débil
Sin atractivo	_____	Atractiva
Pesimista	_____	Optimista
Llena	_____	Vacía
Agradable	_____	Desagradable
Fea	_____	Guapa
Necesaria	_____	Innecesaria
Util	_____	Inútil
Interesante	_____	Aburrida
Fracasada	_____	Afortunada
Enérgica	_____	Apagada

PENDANT LA MENOPAUSE UNE FEMME SE RESSENT

Importante	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Non importante
Passive	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Active
Propre	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Sale
Fraîche	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Abattue
Stupide	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Intelligente
Vive	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Maladroite
Incertaine	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Sûre de soi
Estimée	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Non estimée
Euphorique	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Déprimée
Forte	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Faible
Non attirante	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Attirante
Pessimiste	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Optimiste
Comblée	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Non comblée
Agréable	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Désagréable
Laide	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Belle
Nécessaire	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Non nécessaire
Utile	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Inutile
Intéressante	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Ennuyeuse
Ratée	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Heureuse
Énergique	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Éteinte

Annexe G

Échelle de l'estime de soi

Las preguntas que ahora le presentamos tienen que ver con el modo que usted se ve a si misma. Señale para cada pregunta el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las frases, teniendo en cuenta que:

Totalmente en desacuerdo.....1.
Algo en desacuerdo.....2.
Indiferente.....3.
Algo de acuerdo.....4.
Totalmente de acuerdo.....5.

1.- Creo que soy una persona digna de estima, al menos en la misma medida que los demás.

1 2 3 4 5

2.- Creo que tengo muchas cualidades buenas.

1 2 3 4 5

3.- Tengo tendencia a sentir que soy una fracasada en todo.

1 2 3 4 5

4.- Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las otras personas.

1 2 3 4 5

5.- Creo que no tengo muchos motivos por los que enorgullecerme de mi misma.

1 2 3 4 5

6.- Tengo una actitud positiva hacia mi misma.

1 2 3 4 5

7.- En conjunto, estoy satisfecha de mi misma.

1 2 3 4 5

8.- Desearía sentir mas aprecio por mi misma.

1 2 3 4 5

9.- A veces me siento realmente una inútil.

1 2 3 4 5

10.- A veces pienso que no sirvo para nada.

1 2 3 4 5

Les questions suivantes portent sur l'opinion que vous avez de vous même.
Répondez s'il vous plaît selon les possibilités de réponses suivantes :

Fortement en désaccord 1.
Quelque peu en désaccord 2.
Indifférente 3.
Quelque peu d'accord..... 4.
Fortement d'accord 5.

1.- Je crois que je suis une personne digne d'estime au moins autant que les autres personnes.

1 2 3 4 5

2.- Je crois que je possède dans l'ensemble de bonnes qualités.

1 2 3 4 5

3.- J'éprouve souvent un sentiment d'échec.

1 2 3 4 5

4.- Je peux faire les choses aussi bien que la plupart des personnes.

1 2 3 4 5

5.- Je crois que je n'ai pas de raison d'être fière de moi.

1 2 3 4 5

6.- J'ai une attitude positive envers moi même.

1 2 3 4 5

7.- Dans l'ensemble, je suis satisfaite de moi même.

1 2 3 4 5

8.- J'aimerais sentir plus d'estime envers moi même.

1 2 3 4 5

9.- Quelques fois je me sens vraiment inutile.

1 2 3 4 5

10.- Quelques fois je pense que je ne sers à rien.

1 2 3 4 5

Annexe H

Questionnaire socio-démographique

1.- Edad :.....

2.- ¿Cual es su estado civil?

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Separada o divorciada
- Unión libre.

3.- ¿ Cuantos hijos tiene y cual es su edad ? (Señale solo la edad de los que aun vivan en su casa).

- De 0 a 3 años _____
- De 4 a 6 años _____
- De 7 a 10 años _____
- De 11 a 15 años _____
- De mas de 16 años _____

4.- ¿ Cual es su nivel de estudios?

- Sin estudios (Primaria incompleta).
- Primaria completa o E.G.B. o bachiller elemental.
- Bachiller superior o B.U.P o Formación Profesional.
- Estudios superiores.

5.- ¿ Cual es su situación profesional-personal? (Puede señalar mas de una casilla si es necesario).

- Trabajo domestico/ Sus labores.
- Trabajo agrícola-ganadero sin sueldo.
- Trabajo fuera de casa recibiendo un sueldo.
- Desempleada.

6.- ¿ Puede dar una aproximación de los ingresos de su familia al mes?

- Menos de 50.000 ptas.
- De 51.000 a 75.000 ptas.
- De 76.000 a 100.000 ptas
- De 101.000 a 150.000 ptas.
- Mas de 151.000 ptas.

7.- ¿ Actualmente viven con usted personas que necesiten cuidados de algún tipo y que es usted quien principalmente se ocupa de ellos? (Padres mayores, suegros, nietos, otros familiares....).

- Si.
- No.

8.- En caso afirmativo ¿cual es la edad de la persona o personas de quien usted se ocupa? ¿Tiene o tienen algún problema crónico de salud que requiera cuidados especiales?

9.- ¿Estas personas de las que usted se ocupa son independientes para cubrir sus necesidades básicas (comida, aseo, desplazamientos, etc) o necesitan supervisión para ello?

- Si son independientes.
- Para algunas de ellas.
- No son independientes.

10.- ¿Quién se ocupa en la casa de las tareas del hogar?

- Usted sola.
- Ambos (si usted vive en pareja).
- Las mujeres de la casa en general.
- Toda la familia.

11.- ¿Dispone usted de tiempo libre durante el día?

- Si, normalmente.
- Si, pero depende de la época del año.
- Si, pero solo algunos días.
- No dispone de tiempo libre.

12.- ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo libre del que dispone?

- Poco satisfecha.
- Satisfecha.
- Muy satisfecha.

13.- ¿Quién administra el presupuesto familiar?

- Usted sola.
- Ambos (si vive usted en pareja).
- Su pareja u otra persona.

1.- Âge :.....

2.-Quel est votre état civil?

- Célibataire
- Mariée
- Veuve
- Séparée ou divorcée
- Union libre.

3.- Combien d'enfants avez-vous à la maison et quel est leur âge?

- De 0 à 3 ans _____
- De 4 à 6 ans _____
- De 7 à 10 ans _____
- De 11 à 15 ans _____
- Plus de 16 ans _____

4.- Quel est votre niveau d'éducation?

- Aucune d'études
- Primaire.
- Secondaire.
- Universitaire.

5.- Quelle est votre activité?

- Travail ménagère.
- Travail non rémunéré.
- Travail rémunéré.
- Sans emploi.

6.- Pourriez-vous donner une approximation du revenu familial? (1 \$ CAN= 120 pesetas)

- Moins de 50.000 pesetas.
- De 51.000 à 75.000 pesetas.
- De 76.000 à 100.000 pesetas
- De 101.000 à 150.000 pesetas.
- Plus de 151.000 pesetas.

7.- Avez-vous d'autres personnes à charge que vos enfants? (Parents âgés, beaux parents, petits- enfants,...).

- Oui.
- Non.

8.- En cas de réponse affirmative, quel est l'âge de la personne ou des personnes que vous avez à charge? Est-ce qu'il (elle, ils, elles) a (ont) un problème chronique de santé?

9.- Ces personnes sont-elles indépendantes dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux?

- Oui, elles sont indépendantes.
- Partiellement indépendantes.
- Non, elles ne sont pas indépendantes.

10.- Qui s'occupe des tâches ménagères?

- Vous seule.
- Avec l'aide de votre conjoint.
- Seulement les femmes.
- Toute la famille.

11.- Avez-vous du temps de loisirs disponible pendant la journée?

- Oui, habituellement.
- Oui, mais selon l'époque.
- Oui, mais quelques jours.
- Non.

12.- Êtes-vous satisfaite du temps de loisirs disponible?

- Peu satisfaite.
- Satisfaite.
- Très satisfaite.

13.- Qui prend les décisions sur le plan économique chez vous?

- Vous seule
- Avec votre conjoint.
- Votre conjoint ou une autre personne.