

更年期女性における更年期症状、閉経に対する イメージ、QOLとソーシャル・サポート

中山和弘

1 はじめに

更年期は、1976年のThe First International Congress on the Menopauseで「女性の加齢の過程において生殖期から非生殖期へ移行する期間」と定義されている。より簡単にいえば、「閉経の前後の期間」といいかえられる。この時期をめぐり、日本でもようやく議論が活発化してきた。その背景には、高齢化社会の急速な到来に対する危機感とともに、すでにそれを達成している欧米では、更年期をもはや医療の問題として扱い、高齢者女性の健康を守ってきている—これが事実かどうかは欧米でも議論が続いているが—ということがあるだろう。そして、日本の医学雑誌でも、「更年期の医学的な管理はその後の人生のQOLの維持、向上を目標としている」という見方 [1-5] が登場する。そこでの医学的介入の理由は、1つはその時期の更年期障害への対処であり、1つはその後の骨粗鬆症や心筋梗塞の予防である。

更年期にあらわれる更年期障害は、上記の1976年の国際会議によって、(1) 卵巣機能の低下による症候、(2) 社会・文化的な環境因子による症候、(3) 個々の女性の性格構造に基づく精神心理的症候の複雑な組み合わせによって起こるとされ、biopsychosocialなアプローチの重要性が指摘されている。とくに、卵巣機能の低下については、それに対するホルモン補充療法が、典型的な症状であるほてりや発汗などの血管運動神経障害だけでなく、不眠や抑うつといった精神神経症状にも効果があるなど、その効果に関する報告は枚挙にいとまがない。

さらに、この時期にあたる女性は、「喪失の時期」「否定の時期」ともいわれ [6]、子供の巣立ちによる空きの巣症候群や、さらに近親者の病気や死など、さ

さまざまなストレスフル・ライフイベントに遭遇する世代であることによって、抑うつ症状の発現にも注目される。また、医学的な見方では閉経は欠乏性疾患であり、治療あるいは骨粗鬆症などの予防の対象であるが、いっぽう、フェミニズムの立場からは閉経のMedicalizationに異議を唱え、閉経は自然で正常なものであるという議論がなされている。

このようななか、本調査研究では、日本における更年期女性の心身の症状と、さらに、閉経に対するイメージ、QOLについて、これらに影響を及ぼすと報告されているさまざまな要因との関連を検討することを目的とした。そして、影響を与える要因としては、月経の状態や更年期障害の診断と治療といった生理学的医学的要因に加えて、家族の状態やライフイベントなどの心理社会的な要因に着目し、さらにソーシャル・サポート、なかでも結婚している女性における夫婦関係の影響を明らかにすることとした。

2 対象と方法

1) 調査対象者

調査対象地域は東京都文京区とした。対象者の年齢は、更年期の一般的な定義と、近年報告されている50歳前後という平均閉経年齢を考慮し [7]、45～54歳の女性とした。サンプリングの方法としては、文京区内の73町目のなかから14町目、さらに各町目から25名を住民台帳から抽出するという2段階抽出法を用い、合計350名を調査対象者とした。

2) 調査方法

調査方法には、配票留置法を用い、対象者宅へ自記式の質問紙を郵送後、1週間後に訪問し記入の確認を行ったうえで回収した。調査期間は1994年6月2日から6月16日までであった。回収の結果、350名中276名から回答が得られた。回収不能であった理由としては、拒否33名、長期不在24名、転居10名、住所

不明4名、傷病等による回答不能3名であった。276名中、分析の対象として用いたのは、全ての質問に回答した274名であり、有効回収率は転居者を含めて78.3%、転居者を除いた場合は80.6%であった。

3) 分析に用いた項目

まず、年齢のほかに、婚姻形態、就業形態、学歴を分析に用いた。また、空きの巣症候群に対応させ、同居子の有無と別居子について、さらに、老親扶養に関連して、親との同居の有無について、自分の親と夫の親の区別をして分析した。

また、ライフイベントとして、24の出来事について過去1年間の経験の有無を用いた。

更年期における月経の状態については、「規則的」「不規則」「閉経」の3分類を用いた。「閉経」についてはさらにそのしかたを「自然閉経」と「子宮・卵巣摘出手術」の2つに分類した。

さらに、医師によって更年期障害と診断された経験の有無、およびその治療法として、「ホルモン補充療法」「漢方製剤」「精神安定剤」の別に分析を行った。

更年期の女性に多くみられる症状については、産婦人科領域で診断・治療のため多くの定量化が試みられてきている。古典的なものでは、1953年のクッパーマン（ブラット）更年期指数 [Kupperman (Blatt) Menopausal Index] [8] が多く用いられている（表1）。これは、更年期症状に対するエストロゲン (estrogen) 製剤の効果を判定するため、更年期症状の重症度を測定するものとして報告されたものであった。これでは、更年期女性の一般的な症状として11種類をあげ、それぞれについて、「なし」= 0、「軽度 (slight)」= 1、「中等度 (moderate)」= 2、「重度 (+)」= 3、と数値化している。そのうち「ほてり」や「発汗」などの血管運動神経障害は医者を訪れる最大の理由として、4の重み付けを、知覚系異常、不眠、神経質、ゆううつについても、ついで重要として2の重み付けをしている。そして、各症状の重症度と重み付けの積をもとめて、11症状について加算したものが指数となる。

表1 Kuppermanらと安部らによる更年期症状の対応

Kuppermanら		安部らの17症状
症状	重み付け	
1. 血管運動神経障害	4	1. 顔が熱くなる (ほてる) 2. 汗をかきやすい 3. 腰や手足が冷える 4. 息切れがする
2. 知覚異常	2	5. 手足がしびれる 6. 手足の感覚が鈍い
3. 不眠	2	7. 夜なかなか寝つかれない 8. 夜眠っていてもすぐ目をさましやすい
4. 神経質	2	9. 興奮しやすい 10. 神経質である
5. ゆうつ	1	11. つまらないことにくよくよする
6. めまい	1	12. めまいやはきけがある
7. 疲労・倦怠感	1	13. 疲れやすい
8. 関節・筋肉痛	1	14. 肩こり、腰痛、手足の節々の痛みがある
9. 頭痛	1	15. 頭が重い
10. 心悸亢進	1	16. 心臓の動悸がある
11. 蟻走感	1	17. 皮膚をアリがはうような感じがする

この報告以来、症状の種類を増やしたり、その症状の頻度から重み付けを変えたりといった作業が行われてきている。このことに対して、阿部 [9] は、直観的なあるいは出現率を基準とした重み付けによる合成値による一次元的な尺度を用いるよりは、更年期障害が内分泌学的因子、心理学的因子およびその他の因子が関連する多次元的な状態であり、その評価は相互に独立な多次元的な量で行われるべきであると指摘している。そして、Kuppermanらの更年期指数と日本で報告されている更年期症状のうち高頻度のものを参考にしながら、17症状を設定して、更年期障害の女性194名に対し調査を行い、この17症状について、根拠の明確でない重み付けをしないで、因子分析を行い、6因子を抽出している。

そこで、本研究でも、この阿部による17症状を用いて、因子分析を試みることにした。ただし、阿部はKuppermanらと同様に、質問紙と問診から各症状の重症度を、「なし」「軽度」「中等度」「重度」の4段階に分類しているが、本調査では自記式ということ considering、「ない」「たまにある」「時々ある」「よくある」という4段階を用いて、得点は同様に0、1、2、3を割り当てた。

また、抑うつ症状については、20項目からなるCES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) を用い、日本語訳は、矢富ら [10] のものを用いた。選択肢は、「ほとんどなかった」「たまにあった」「時々あった」「よくあった」の4段階にして、抑うつ度の低いほうから高いほうへ、1、2、3、4を割り当て、単純加算したものを抑うつ尺度とした。

閉経に対して、更年期の女性が持つと考えられるイメージについて10項目を設定した。10項目は、否定的なイメージと肯定的なイメージによって構成し、それぞれ5項目ずつを用意した。否定的なものは、藤崎 [11] が指摘しているような、ステレオタイプ的な見方である、「母性」「産む性」としての生殖機能の喪失や、「女性美」や「女らしさ」の喪失というイメージであった。肯定的なイメージは、逆に、「母性」「産む性」から「自由になる」、「開放される」、さらに「積極的になる」ということを含んだものであった。それぞれについて、「とてもそう思う」「まあそう思う」「あまりそうは思わない」「まったくそうは思わない」の4段階で、4、3、2、1と得点化した。

QOL (生活の質) については、生活満足度を用いることとし、5項目の生活の満足度と生活全般の満足度のあわせて6項目について、それぞれ「とても満足」「まあ満足」「やや不満」「不満」を4、3、2、1とした。

ソーシャル・サポートについては、まず、更年期における情緒的なサポートを取り上げ、「更年期を迎えて、または迎えるにあたって、心配事や悩みごとがあったり、不安なとき、相談にのってくれた人、あるいは相談にのってくれそうな人はどなたですか。」という質問に対して、「夫」「子供」「父母」「きょうだい」「それ以外の家族・親戚」「職場の人」「近所の人」「その他の友人・知人」という選択肢で把握した。

また、夫婦関係については、石原ら [12] の調査で用いられた相互の情緒的、評価的サポートや夫への満足度などの10項目を設問し、「とてもそう思う」「まあそう思う」「あまりそうは思わない」「まったくそうは思わない」の4段階で、4、3、2、1と得点化した。

4) 分析方法

まず、更年期症状については、17項目を用いて、因子分析により因子の抽出を試みた。その後、これらと抑うつ尺度を従属変数として、独立変数には年齢、就業形態、婚姻形態、学歴、同居子・別居子の有無、親との同居の有無、ライフイベント、月経の状態、更年期障害の診断と治療を用いて共分散分析を行った。

閉経に対するイメージについても更年期症状の場合と分析の手続きは同様で、因子分析を行なったのち得られた因子を従属変数に、同様な共分散分析を行った。

QOLについては、6項目をそのまま従属変数にまったく同じ分析を行った。

さらに、これらの従属変数について、更年期に関する夫の情緒的サポートと日常の夫婦のサポートイヴな関係との関連を明らかにするために、結婚している人のみについて分析した。夫や他の情緒的サポートの有無、夫婦のサポートイヴな関係を説明変数に加え共分散分析を行った。

なお、以上の分析には、東京都立大学情報処理施設において統計パッケージSASを用いた。因子分析には、FACTORプロシジャを用い、回転にはVarimax法を用いた。また、共分散分析ではGLMプロシジャを使用した。

3 結果

1) 基本的属性など

分析に用いた回答者の平均年齢は49.1 (SD = ± 2.7) 歳で、報告されている平均閉経年齢程度となった (表2)。

就業形態については、「主婦専業」が26.5%ともっとも多く、商業地域の割合が高かったため、ついで「自営業の家族従業員」が22.4%と多く、「フルタイムの勤務者」の22.1%とほぼ並んでいた。

学歴では、「高校卒」が51.1%とほぼ半数を占め、ついで「短大卒」が17.9%、「大学卒以上」が17.2%、「中学卒」が13.9%であった。

婚姻形態では、「結婚している」が83.2%、「結婚したことはない」が10.2%、「離婚、死別」が6.6%であった。

子供の有無と同居の別については、「子供なし」が17.2%、「同居子」のいる場合は末子の年齢について調査時点での一般的な中学生、高校生、大学生の年齢を考慮し、「14歳以下」「15-17歳」「18-21歳」「22歳以上」に分類すると、それぞれ15.7%、14.2%、25.2%、16.4%であり、大学生にあたる年齢がもっとも多かった。「同居子」が巢立って「別居子」のみがいる割合は、11.3%であった。また、親との同居については、「自分の親と同居」している割合が10.2%、「夫の親と同居」している割合が17.2%（自分の親とも同居している2名を含む）であった。

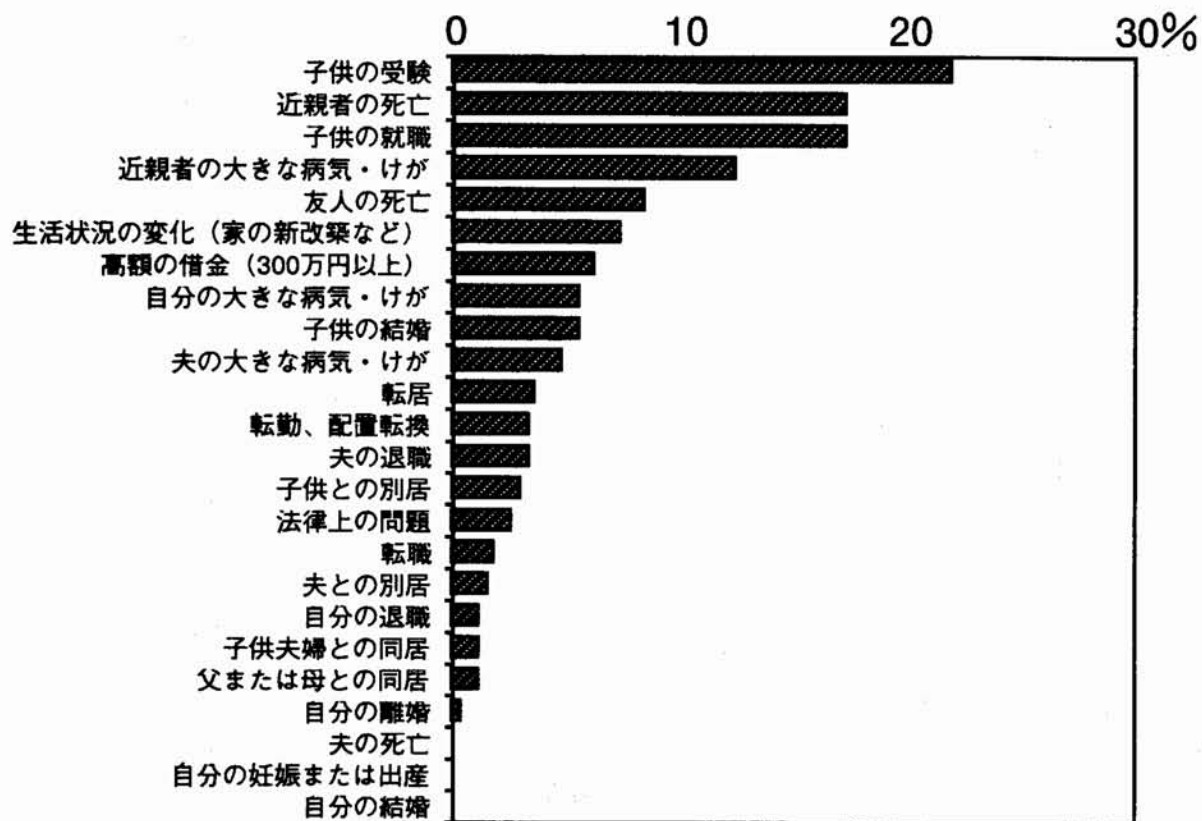
表2 基本的属性

年齢（平均値±標準偏差）	49.1±2.7歳
職業	
主婦専業	26.6%
常勤の勤務者	22.3
自営業主・自由業	9.5
自営業の家族従業員	22.3
パートタイム・内職・その他	19.3
学歴	
中学卒	13.9
高校卒	51.1
短大卒	17.9
大学卒以上	17.2
婚姻形態	
結婚したことはない	10.2
離婚・死別	6.6
結婚している	83.2
子供	
子供なし	17.2
同居子あり、末子14歳以下	15.7
同居子あり、末子15-17歳	14.2
同居子あり、末子18-21歳	25.2
同居子あり、末子22歳以上	16.4
同居子なし、別居子あり	11.3
親との同居	
自分の親と同居	10.2
夫の親と同居	17.2
親との同居なし	72.6
N	274

2) ライフイベント

24項目のライフイベントのなかでもっとも割合が高かったのは、「子供の受験」で21.9%、続いて「近親者の死亡」と「子供の就職」が17.2%、「近親者の大きな病気・けが」12.4%、「友人の死亡」8.4%などであった(図1)。子供については、末子が大学生ぐらいの年代が多いことから受験や就職が多く、それとともに、親などの近親者について、病気、死亡が多く、子と親に関する大きなイベントのいずれにも遭遇しやすい年代であることがうかがえた。

図1 ライフイベントの経験(複数回答)



3) 月経の状態と更年期障害の診断と治療

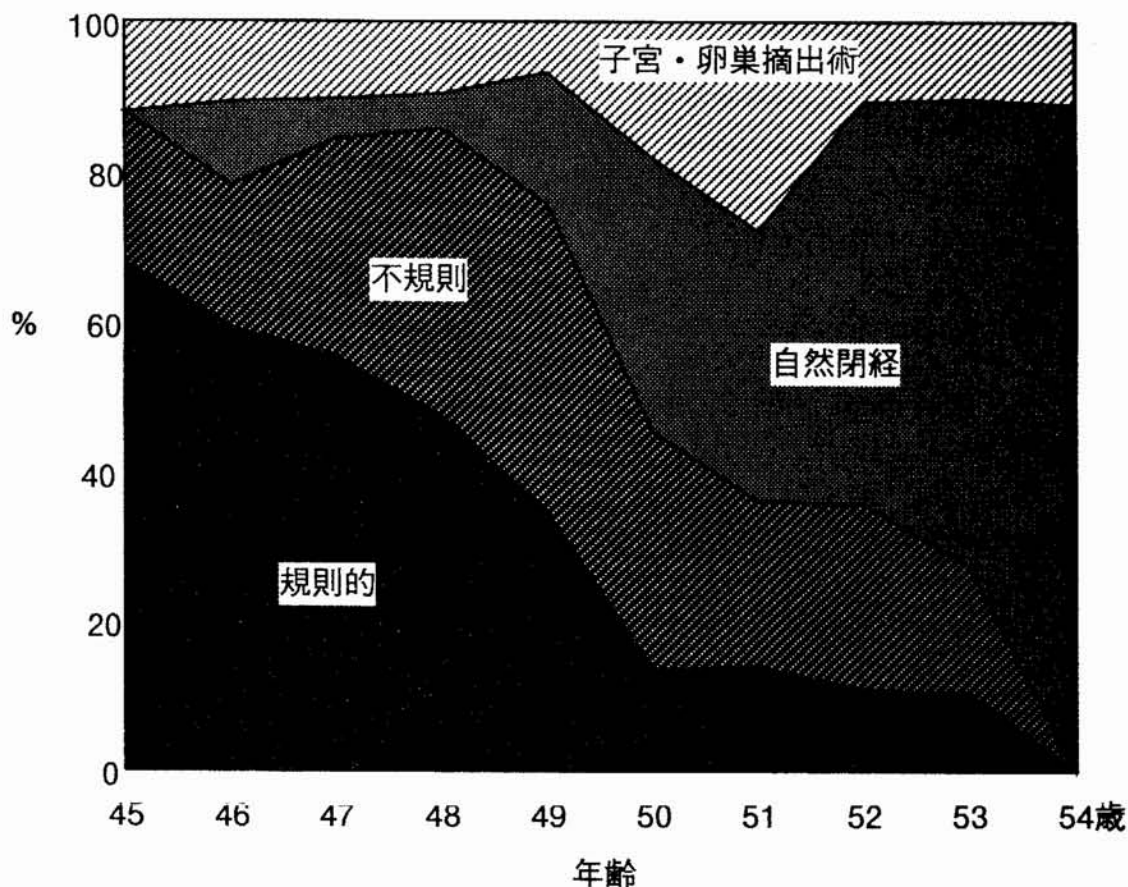
月経の状態では、「規則的」が34.3%、「不規則」が25.5%、「閉経」が39.1%で、「閉経」を「自然閉経」と「子宮・卵巣摘出手術」に分けると、それぞれ全体に対して、27.0%と13.1%であった(表3)。これを年齢別にみると、年齢ともなって閉経へと変化していて、ちょうど50歳で「閉経」の割合が50%

表3 月経の状態、更年期障害の診断の有無と治療法

月経の状態	
規則的	34.3%
不規則	25.5
自然閉経	27.0
子宮・卵巣摘出術	13.1
自然閉経の回答者 (N = 74)	
年齢 (平均値±標準偏差)	51.4±2.1歳
閉経年齢 (平均値±標準偏差)	48.3±3.1
子宮・卵巣摘出術の回答者 (N = 36)	
年齢 (平均値±標準偏差)	49.4±2.6
閉経年齢 (平均値±標準偏差)	41.8±4.6
更年期障害の診断の有無と治療法	
診断あり、ホルモン補充療法	2.9%
診断あり、漢方製剤	2.6
診断あり、精神安定剤	4.0
診断あり、治療法不明および治療なし	4.4
診断なし	86.1
N	274

を越えていた (図2)。閉経した年齢は「自然閉経」で平均48.3 (SD = ±3.1) 歳であり、「子宮・卵巣摘出手術」の平均閉経年齢は41.8 (SD = ±4.6) 歳であった。「自然閉経」の回答者の平均年齢が51.4 (SD = ±2.1)

図2 年齢別月経の状態



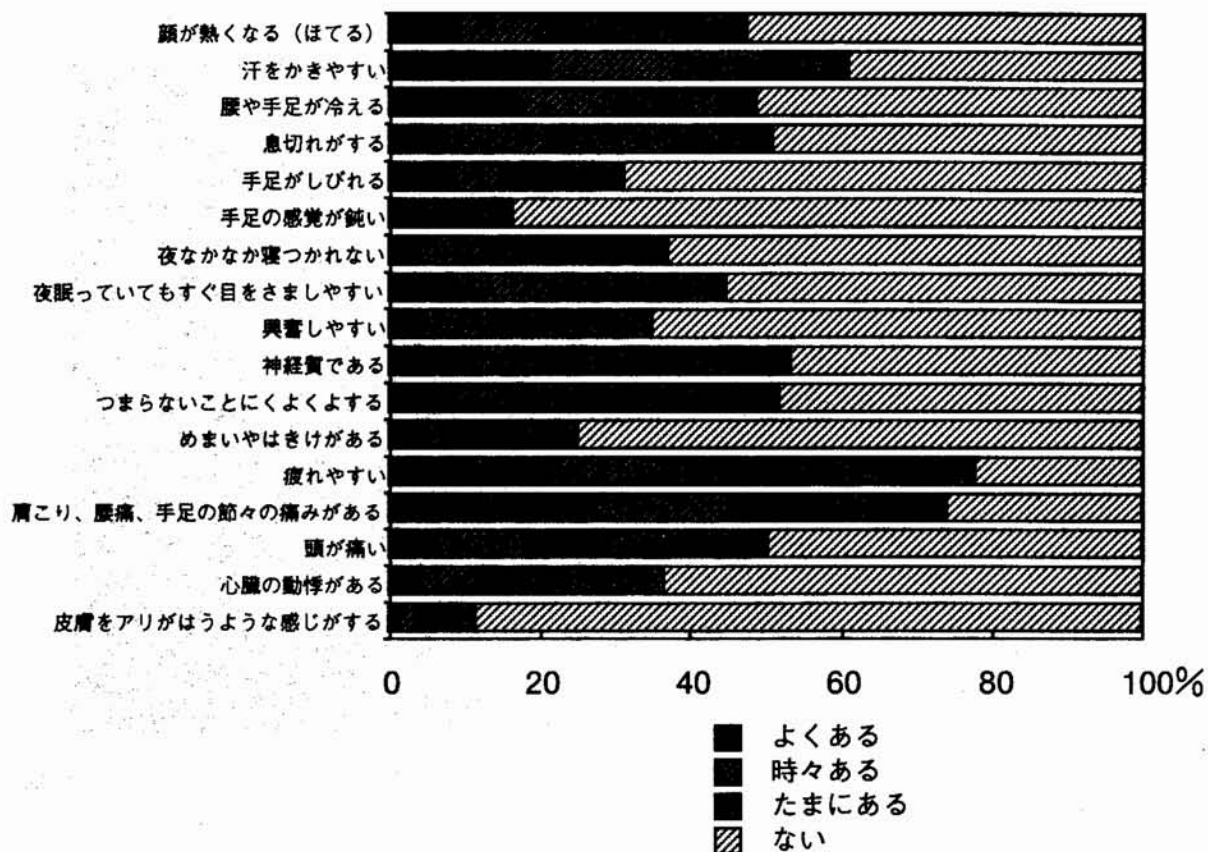
歳であるため、閉経から平均して約3年経過していて、「子宮・卵巣摘出手術」の回答者の平均年齢が49.4 (SD = ± 2.6) 歳で平均して7年半経過していることになる。

医師によって更年期障害という診断を受けたことのあるものの割合は、13.9%であった。そのうち、治療法として「ホルモン補充療法」を受けたものが全体からみて2.9%で、「漢方製剤」が2.6%、「精神安定剤」が4.0%、「不明または治療なし」が4.4%であった。

4) 更年期症状と CES-D

更年期症状として用いた17項目の回答の分布をみると、「よく」「ときどき」「たまに」をあわせた割合で、もっとも多かったものは、「疲れやすい」であり、ついで「肩こり、腰痛、手足の節々の痛みがある」「汗をかきやすい」などが多くなっていた (図3)。

図3 更年期症状



これらの17症状に対して、まず、Varimax回転前に主成分分析を行った。第1主成分に注目すると、固有値は5.30、寄与率31.2%で、これらは第2主成分以下と大きな差があり、さらに因子負荷量はいずれも0.4以上の高さを示したため、これらの17症状を単純加算して用いることも考えてみると、尺度の内的一貫性をあらわすCronbachの α 係数は0.85という値であった(表4)。そこで、更年期症状をあらわす1次元的な尺度の可能性を検討する意味での1つの方法として用いることとし、ここでは便宜的に更年期指数と呼ぶこととした。

表4 更年期症状の主成分分析

症状	第1主成分
13. 疲れやすい	.70
8. 夜眠っていてもすぐ目をさましやすい	.64
11. つまらないことにくよくよする	.63
7. 夜なかなか寝つかれない	.61
4. 息切れがする	.60
14. 肩こり、腰痛、手足の節々の痛みがある	.60
10. 神経質である	.58
16. 心臓の動悸がある	.58
15. 頭が重い	.58
12. めまいやはきけがある	.57
9. 興奮しやすい	.52
6. 手足の感覚が鈍い	.50
5. 手足がしびれる	.50
3. 腰や手足が冷える	.50
17. 皮膚をアリがはうような感じがする	.46
1. 顔が熱くなる(ほてる)	.41
2. 汗をかきやすい	.41
固有値	5.30
寄与率(%)	31.2
17項目でのCronbachの α 係数	.85
合計点の平均値±標準偏差	12.5±8.55

それでもさらに、更年期症状の分類を試みるため、Varimax回転を用いて4因子を抽出した(表5)。それぞれの因子での因子負荷量の高い症状をみると、第1因子が精神神経系、第2因子が知覚系、第3因子が心機能・運動器系、第4因子が血管運動神経系の症状を含んでいた。17症状をこの結果に基づいて分類し、4つの症状群について単純加算した。Cronbachの α 係数は、精神神経系の5症状で0.81、知覚系の5症状で0.71、心機能・運動器系の4症状で0.75、血管運

表5 更年期症状の因子分析

症状	因子負荷量			
	第1因子 精神神経系	第2因子 知覚系	第3因子 心機能・ 運動器系	第4因子 血管運動 神経系
10. 神経質である	.75			
8. 夜眠っていてもすぐ目を覚ましやすい	.74			
11. つまらないことにくよくよする	.73			
7. 夜なかなか寝つかれない	.71			
9. 興奮しやすい	.71			
6. 手足の感覚が鈍い		.78		
5. 手足がしびれる		.74		
17. 皮膚をアリがはうような感じがする		.62		
12. めまいやはきけがある		.61		
15. 頭が重い			.41	
16. 心臓の動悸がある			.81	
4. 息切れがする			.80	
13. 疲れやすい			.60	
14. 肩こり、腰痛、手足の節々の痛みがある			.53	
1. 顔が熱くなる (ほてる)				.82
2. 汗をかきやすい				.81
3. 腰や手足が冷える				.48
寄与率 (%)	30.3	26.1	25.1	18.4
Cronbachの α の係数	.81	.71	.75	.63*
合計点の平均値±標準偏差	3.36±3.37	2.06±2.56	4.12±3.01	1.99±1.91**

*「1. 顔が熱くなる (ほてる)」と「2. 汗をかきやすい」の2項目では、.71

**上記2項目での合計点

動神経系で0.63であった。血管運動神経系については、更年期の典型的な症状である「ほてり」と「発汗」の2症状にしたほうが α 係数が0.71と上昇するためこの2症状のみで構成することとした。

CES-Dについては、とりうる値20点から80点のなかで、平均値は33.8 (SD = ± 8.1) であった。これと更年期症状を含めて全体の相互の相関をみると、更年期指数はいずれとも0.5~0.8の相関を示した (表6)。その他おおむね0.4近くかそれ以上の相関を示している中で、estrogenとの関連が強い血管運動神経

表6 更年期症状と抑うつ尺度の相互の相関係数

精神神経系	.76***				
知覚系	.73***	.38***			
心機能・運動器系	.81***	.44***	.55***		
血管運動神経系	.55***	.30***	.18***	.30***	
CES-D	.55***	.54***	.42***	.39***	.24***
	更年期指数	精神神経系	知覚系	心機能・ 運動器系	血管運動 神経系

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

系は0.2~0.3ほどの相関でやや独立している傾向がみられた。

これらの更年期症状とCES-Dについて、基本的な属性などを独立変数として多元配置の共分散分析を行った結果、就業形態、子供との同居、月経の状態、更年期障害の診断と治療で有意な差がみられた（表7）。

まず、就業形態では、更年期指数、知覚系、心機能・運動器系、CES-Dで有意な差がみられた。平均値を比較してみると、「主婦専業」では、更年期指数、心機能・運動器系ならびにCES-Dがもっとも低くなっていて、これら以外も2番目に低いという結果であった。同じく、「常勤の勤務者」も、全体としては更年期指数など、低めであるなか、心機能・運動器系とCES-Dが2番目に高くなっていたことが特徴的であった。「自営業主・自由業」では、CES-Dが3番目と真ん中に位置しているものの、これを除けば、どの症状群でももっとも高くなっていた。「自営業の家族従業員」では、CES-Dがもっとも高く、その他も2番目か3番目と全体として「自営業主・自由業」について高いといえた。「パートタイム・内職・その他」は、全体として中間的な位置にあった。したがって、就業形態を高いものから順に並べてみると、「自営業主・自由業」「自営業の家族従業員」「パートタイム・内職・その他」「常勤の勤務者」「主婦専業」となっていて、「常勤の勤務者」のみ心機能・運動器系とCES-Dが高いという結果であった。

子供との同居では、更年期指数と心機能・運動器系で有意な差がみられ、いずれも同居子がいる場合に低くなっていた。

月経の状態では、更年期指数、知覚系、血管運動神経系で有意な差がみられ

表7 更年期症状と抑うつ症状のカテゴリー別の平均値と多元配置共分散分析

独立変数	従属変数					
	更年期指数	精神神経系	知覚系	心機能・ 運動器系	血管運動 神経系	CES-D
年齢 (df = 1)						
回帰係数	-.20	-.020	-.082	.08	.0045	-.24
F値	.79	4.67*	1.36	.92	.01	1.16
就業形態 (df = 4)						
主婦専業	11.1	2.96	1.85	3.51	1.89	31.2
常勤の勤務者	11.3	2.72	1.57	4.49	1.70	35.3
自営業主・自由業	15.8	4.35	3.08	5.12	2.38	34.1
自営業の家族従業員	13.3	3.57	2.33	4.10	2.25	35.7
パートタイム・内職・その他	13.2	3.92	2.09	4.09	1.98	33.4
F値	3.68**	2.41	3.26*	2.80*	1.14	2.92*
学歴 (df = 3)						
中学卒	11.2	3.00	1.74	3.45	2.00	34.7
高校卒	13.5	3.55	2.36	4.44	2.10	34.5
短大卒	12.4	3.55	1.59	4.02	2.35	33.1
大学卒	10.6	2.89	1.91	3.85	1.30	31.8
F値	1.82	.38	1.99	2.37	1.75	.22
婚姻形態 (df = 2)						
結婚したことがない	12.1	3.25	1.71	4.39	2.07	33.0
離婚、死別	10.9	2.78	1.67	3.94	1.72	35.4
結婚している	12.7	3.42	2.13	4.11	2.00	33.8
F値	2.32	.62	1.38	2.19	1.18	.24
子供との同居 (df = 2)						
子供なし	13.2	3.28	1.98	4.72	2.30	33.7
同居子あり	12.2	3.35	2.01	3.92	1.95	33.6
同居子なし別居子あり	13.4	3.58	2.48	4.48	1.81	35.2
F値	3.11*	.32	1.66	3.23*	2.48	.13
親との同居 (df = 2)						
自分の親と同居	9.43	2.89	1.32	3.25	1.39	32.5
夫の親と同居	13.0	3.21	2.40	4.34	2.09	34.0
親との同居なし	12.8	3.46	2.08	4.20	2.06	34.0
F値	1.45	.55	.64	2.29	.97	.50
ライフイベント (df = 1)						
回帰係数	.46	.15	.14	-.018	.059	.33
F値	1.34	.83	1.28	.01	.41	.72
月経の状態 (df = 3)						
規則的	10.9	2.91	1.95	3.99	1.31	33.1
不規則	12.4	3.34	2.03	3.80	2.31	34.3
自然閉経	15.2	4.01	2.65	4.72	2.46	35.0
子宮・卵巣摘出術	11.4	3.22	1.19	3.89	2.19	32.3
F値	3.35*	2.24	3.83*	.89	3.51*	.77
更年期障害の診断と治療 (df=4)						
ホルモン補充療法	8.50	2.13	1.25	3.25	1.25	31.4
漢方製剤	15.1	5.00	1.86	4.29	2.71	35.0
精神安定剤	20.2	6.82	4.09	5.82	2.55	42.9
診断あり、治療法不明	20.7	5.50	3.92	6.67	3.17	37.7
診断なし	11.8	3.08	1.90	3.94	1.91	33.2
F値	5.95***	5.52***	3.32*	3.45**	1.89	4.17**
モデル (df = 22)						
F値	3.08***	2.06**	2.25**	2.03**	2.10**	1.89*
R ²	.21	.15	.16	.15	.16	.14

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

たが、いずれの症状群をみても「自然閉経」でもっとも高い値を示していた。全体として値の高低の順としては、低い方から「規則的」「不規則」「自然閉経」の順であり、「子宮・卵巣摘出術」は閉経しているという意味では「自然閉経」に近いが、値としては1番目か2番目に低く、「規則的」に近かった。それでも、ホルモンに関連する典型的な症状である血管運動神経系では、やはり「子宮・卵巣摘出術」が高く、同時に「不規則」でも値は高くなっていた。

更年期障害の診断と治療では、血管運動神経系を除いてすべてで有意な差がみられた。「ホルモン補充療法」は、いずれの症状でももっとも値が低く、ついで「診断なし」が低くなっていた。これに対して、「精神安定剤」と「診断あり、治療法不明」は有意なものなかでは1番目か2番目に高くなっていて、「漢方製剤」はほとんどが3番目になっていた。血管運動神経系では有意ではないものの、ほぼ順番は変わらず、「ホルモン補充療法」がもっとも低く、「診断あり、治療法不明」がこれに次いでいた。

5) 閉経に対するイメージ

閉経に対してイメージするものとして用いた10項目の回答分布は、「とてもそう思う」「まあそう思う」をあわせた割合で見ると、「気分がさっぱりする」がもっとも多く、ついで「自由になる」「開放される」など肯定的なものが多く、否定的なものなかでは「大事なものが失われる」がもっとも多かった(図4)。

これら10項目について因子分析を行ったところ、寄与率がほぼ等しい2つの因子が抽出された(表8)。それぞれは肯定的なイメージと否定的なイメージによって構成され、5項目ずつ単純加算して用いることとした。 α 係数はそれぞれ、0.84と0.83であった。それぞれの得点は5から20に値をとるが、平均と標準偏差はそれぞれ、 12.4 ± 3.5 と 9.6 ± 3.1 であり、肯定的なものは、レンジの中心である12.5とほぼ一致し、否定的なものより3点ほど高くなっていた。これらの相互の相関は、-0.16であり5%水準で有意ではあるがあまり高い相関ではなかった。

図4 閉経に対するイメージ

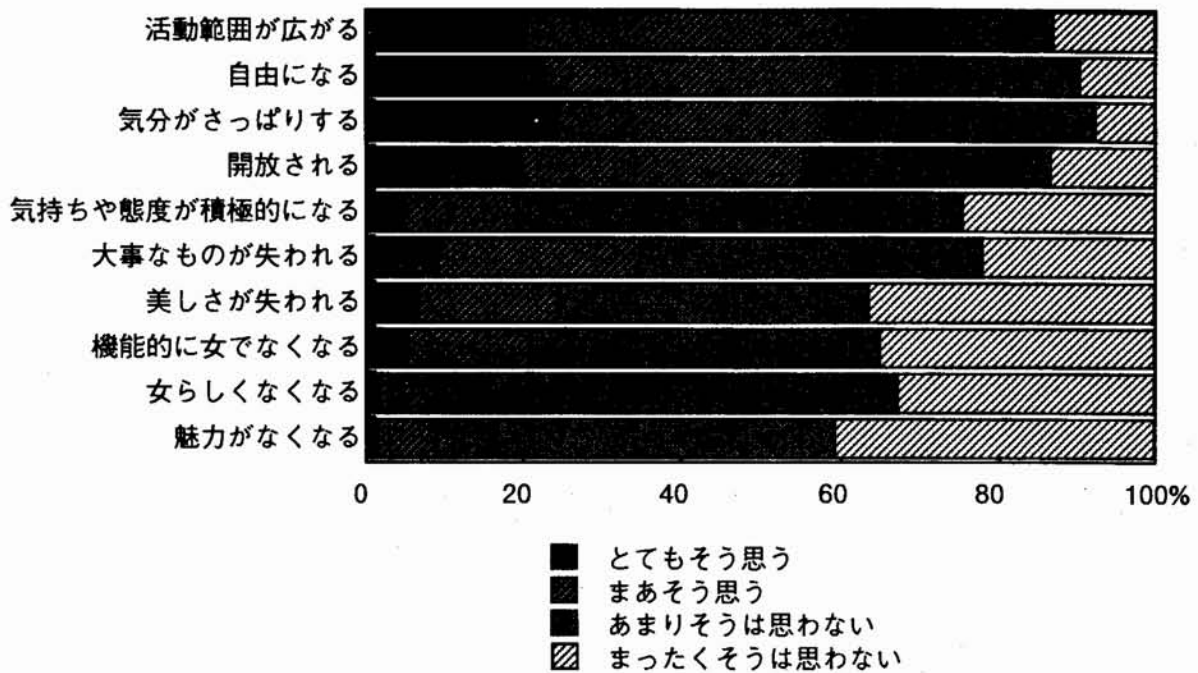


表8 閉経に対するイメージの因子分析

イメージ	因子負荷量	
	第1因子	第2因子
	否定的 イメージ	肯定的 イメージ
魅力がなくなる	.84	
機能的に女でなくなる	.82	
美しさが失われる	.76	
女らしくなくなる	.73	
大事なものが失われる	.68	
開放される		.84
活動範囲が広がる		.80
自由になる		.78
気分がさっぱりする		.76
気分や態度が積極的になる		.72
寄与率 (%)	50.6	49.4
Cronbachのα係数	.83	.84
合計点の平均値±標準偏差	9.57±3.12	12.4±3.51

これらのイメージが更年期症状、CES-Dと関連があるかについてみたところ、総じてあまり高い相関はみられなかった(表9)。有意な相関がみられたのは、否定的イメージでは、精神神経系とCES-Dであり、いずれも0.2ほどの正の相関を示した。同様に肯定的イメージでは、血管運動神経系と正の相関がみられ、CES-Dとは負の相関がみられた。

表9 閉経に対するイメージと更年期症状の相関係数

	更年期指数	精神神経系	知覚系	心機能・運動器系	血管運動神経系	CES-D
否定的イメージ	.10	.20***	.034	.072	-.023	.23***
肯定的イメージ	.058	.018	-.071	.045	.16**	-.13

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

これらを従属変数に共分散分析を行った結果、有意な関連のみられた変数は、否定的イメージでは婚姻形態、肯定的イメージでは子どもとの同居とライフイベントであった(表10)。更年期症状とCES-Dでの共分散分析とは異なり、就業形態や月経の状態あるいは更年期障害の診断と治療では有意な関連はみられなかった。否定的イメージでは、高いものから順に「離婚、死別」「結婚している」「結婚したことがない」となっていた。肯定的イメージでは、「同居子なし別居子あり」で低い値を示した。そして、ライフイベントについては、多くの経験を持つ人ほど肯定的なイメージが高いという結果であった。

表10 閉経に対するイメージのカテゴリー別の平均値と多元配置共分散分析

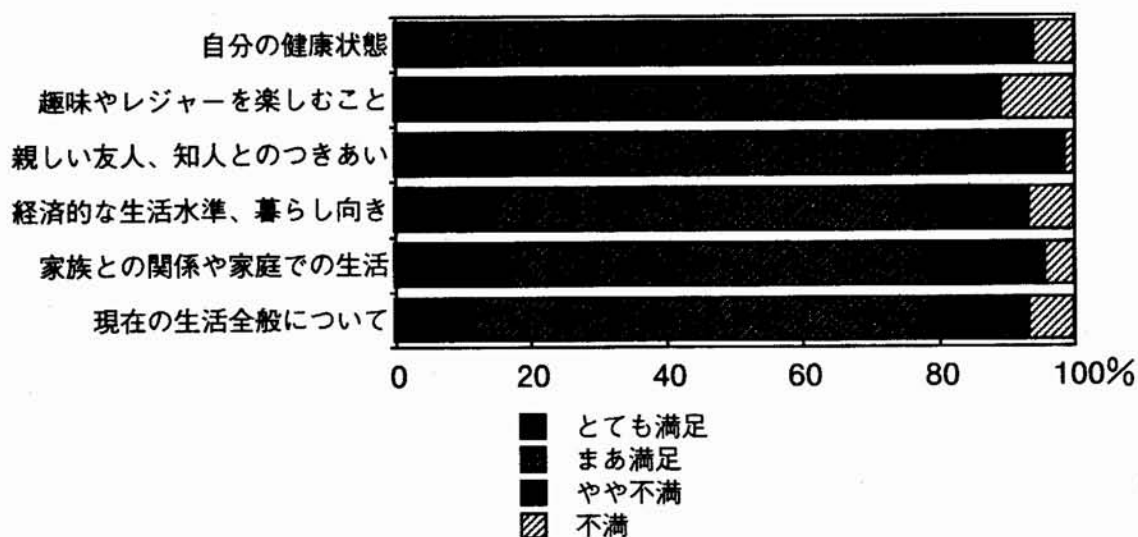
独立変数	従属変数	
	否定的イメージ	肯定的イメージ
年齢(df=1)		
回帰係数	.11	-.053
F値	1.57	.29
就業形態(df=4)		
主婦専業	9.15	13.0
常勤の勤務者	9.91	11.9
自営業主・自由業	9.85	12.7
自営業の家族従業員	9.66	11.8
パートタイム・内職・その他	9.51	12.7
F値	.94	.90
学歴(df=3)		
中学卒	8.76	12.7
高校卒	9.95	12.1
短大卒	9.31	12.9
大学卒	9.37	12.7
F値	1.74	1.10
婚姻形態(df=2)		
結婚したことがない	8.46	12.4
離婚・死別	12.3	11.6
結婚している	9.57	12.5
F値	3.60*	.31
子供との同居(df=2)		
子供なし	9.17	12.2
同居子あり	9.74	12.8
同居子なし別居子あり	9.10	10.7
F値	1.41	3.60*
親との同居(df=2)		
自分の親と同居	9.07	12.3
夫の親と同居	9.81	12.8
親との同居なし	9.58	12.4
F値	.48	.44
ライフイベント(df=1)		
回帰係数	-.0084	.44
F値	.00	6.46*
月経の状態(df=3)		
規則的	9.75	12.2
不規則	9.69	12.3
自然閉経	9.34	12.2
子宮・卵巣摘出術	9.33	13.7
F値	1.21	1.66
更年期障害の診断と治療(df=4)		
ホルモン補充療法	9.50	12.9
漢方製剤	7.43	12.0
精神安定剤	11.2	12.5
診断あり、治療法不明	9.92	11.3
診断なし	9.54	12.5
F値	1.32	.60
モデル(df=22)		
F値	1.33	1.39
R ²	.10	.11

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

6) QOL

生活満足度では、6つの項目でほぼ7割から8割が満足していると回答している中で、もっとも高い満足度を示したのは「親しい友人、知人とのつきあい」であり、ついで、「家族との関係や家庭での生活」が続いていた(図5)。これに対して、不満が高かったのは、「趣味やレジャーを楽しむこと」と「自分の健康状態」であった。

図5 生活満足度



生活満足度と更年期症状などの相関をみると、多くの項目で有意な相関がみられた(表11)。まず、「自分の健康状態」では、更年期指数で0.47ともっとも相関が高かった。更年期症状を分類した症状群の中では、心機能・運動器系や知覚系などが高くなっていて、これらに比べると、精神神経系とCES-Dのようなメンタルなものはやや低く、とくに、血管運動神経系は低い相関であった。そして、閉経に対するイメージでは、有意な相関はみられなかった。

その他の5つの生活満足度では、いずれもCES-Dとの相関が強く、とくに「生活全般」との相関は0.47と高くなっていた。閉経に対するイメージでは、いずれも、否定的イメージとは負の相関、肯定的イメージとは正の相関を示し、決して高い相関というわけではないが、有意な相関がみられた。

表11 生活満足度の平均値と更年期症状、閉経に対するイメージとの相関係数

	平均値±標準偏差	更年期 指数	精神 神経系	知覚系	心機能・ 運動器系	血管運動 神経系	CES-D	否定的 イメージ	肯定的 イメージ
健康状態	2.72±.67	-.47***	-.33***	-.41***	-.44***	-.15*	-.30***	-.084	.071
趣味やレジャー を楽しむこと	2.73±.86	-.27**	-.25***	-.20***	-.22**	-.10	-.36***	-.13*	.16**
親しい友人、知人 とのつきあい	3.02±.67	-.18**	-.17***	-.073	-.19**	-.032	-.35***	-.20**	.12*
経済的な生活水準、 暮らしの向き	2.83±.076	-.24**	-.20***	-.20***	-.20***	-.051	-.40***	-.084	.17**
家族との関係や 家庭での生活	2.91±.71	-.22***	-.21***	-.15*	-.14*	-.13*	-.44***	-.13*	.19*
生活全般	2.82±.72	-.30***	-.26***	-.22***	-.24***	-.12*	-.46***	-.10	.21***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

生活満足度の6項目を従属変数として共分散分析を試みたところ、有意な相関がみられた項目は、就業形態と親との同居の2項目のみであった。更年期症状とCES-Dでの分析と共通していたのは就業形態のみで、閉経に対するイメージと同様に、月経の状態や更年期障害の診断と治療は有意な関連を示さなかった。

就業形態についてみると、有意な関連がみられた満足度では、2つのパターンに分かれていて、更年期症状とはまた傾向が異なっていた(表12)。1つは、「趣味やレジャーを楽しむこと」であり、この場合もっとも満足度が高いのは「主婦専業」であり、他を引き離して高くなっていた。もう1つは、「経済的な生活水準、暮らし向き」「家族との関係や家庭での生活」「生活全般」の3項目でのパターンであり、これらの場合、「主婦専業」「自営業主・自由業」が満足度の高いグループとなり、中間には「自営業の家族従業員」「パートタイム・内職・その他」、そして、いずれの項目でももっとも低い満足度であったのは「常勤の勤務者」であった。

また、親との同居については、「家族との関係や家庭での生活」で、「夫の親と同居」がもっとも低く、「自分の親と同居」が高くなっていた。

表12 生活満足度のカテゴリ別の平均と多元配置共分散分析

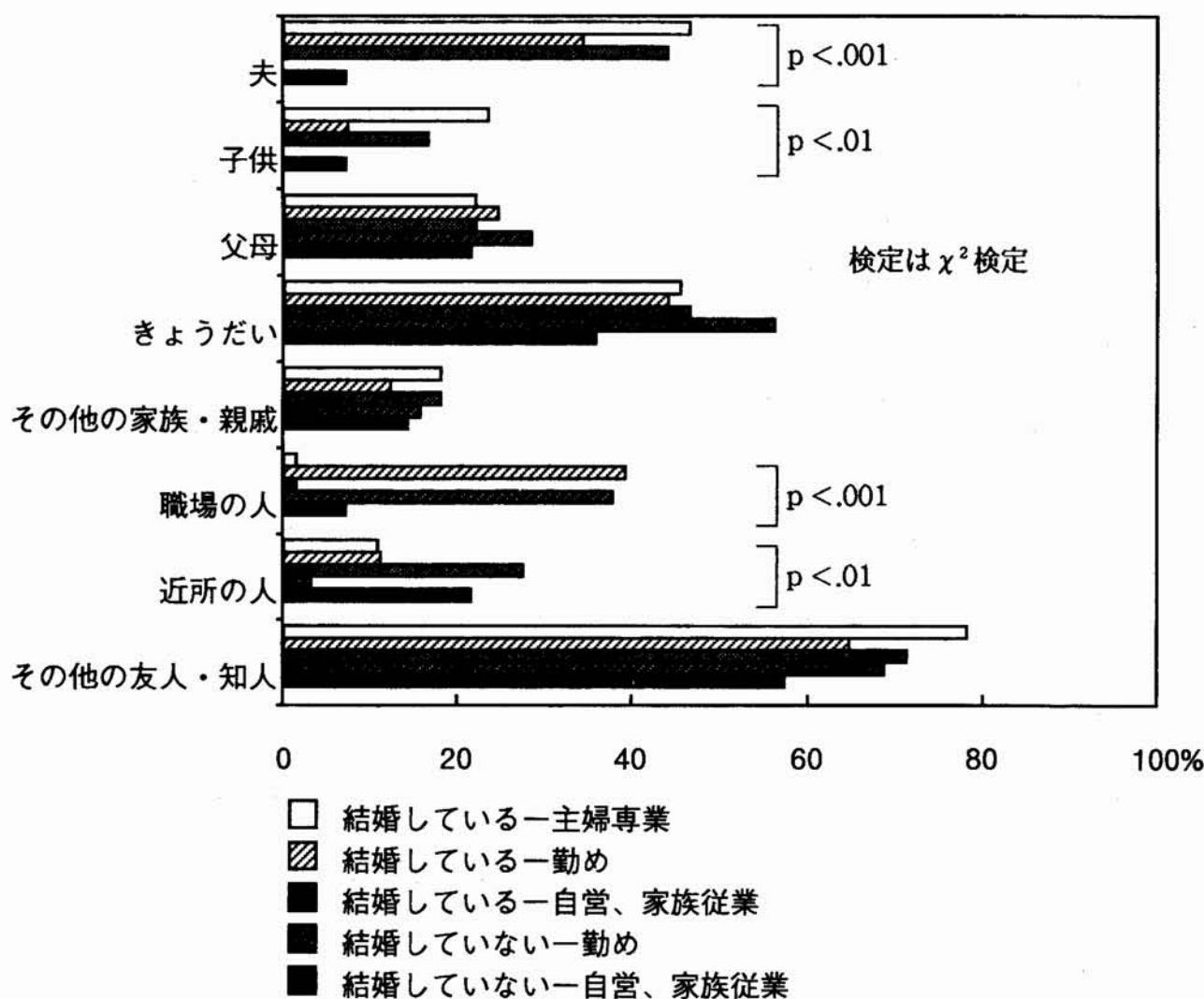
独立変数	従属変数					
	健康状態	趣味や ジャーを楽しむこと	親しい友 人知人と のつきあい	経済的な 生活水準、 暮らし向き	家族との 関係や家庭 での生活	生活全般
年齢 (df = 1)						
回帰係数	-.0029	.0087	.0074	.0055	.0062	.021
F値	.02	.12	.15	.07	.10	1.14
就業形態 (df = 4)						
主婦専業	2.79	2.99	3.18	3.05	3.11	3.05
常勤の勤務者	2.79	2.70	2.93	2.54	2.70	2.56
自営業主・自由業	2.62	2.50	3.00	3.12	3.23	3.04
自営業の家族従業員	2.59	2.64	2.98	2.84	2.89	2.82
パートタイム・内職・その他	2.74	2.62	2.96	2.70	2.75	2.72
F値	1.04	2.75*	2.01	4.67**	4.16**	4.79**
学歴 (df = 3)						
中学卒	2.71	2.82	3.06	2.74	2.89	2.82
高校卒	2.67	2.71	3.00	2.75	2.87	2.75
短大卒	2.73	2.71	3.10	3.02	3.06	2.94
大学卒	2.85	2.72	2.98	2.94	2.89	2.94
F値	.33	.57	.15	.59	.40	.30
婚姻形態 (df = 2)						
結婚したことがない	2.82	2.54	3.21	2.89	2.93	2.86
離婚、死別	2.78	2.78	2.94	2.83	2.83	2.83
結婚している	2.70	2.75	3.00	2.82	2.92	2.82
F値	1.13	.85	2.72	.34	.03	1.18
子供との同居 (df = 2)						
子供なし	2.77	2.68	3.09	2.87	2.91	2.81
同居子あり	2.72	2.75	3.01	2.85	2.96	2.87
同居子なし別居子あり	2.61	2.68	3.00	2.65	2.61	2.58
F値	.81	.01	.26	.30	2.72	1.22
親との同居 (df = 2)						
自分の親と同居	2.75	2.82	3.04	2.96	3.04	2.89
夫の親と同居	2.62	2.57	3.11	2.72	2.72	2.72
親との同居なし	2.74	2.75	3.00	2.83	2.94	2.84
F値	.34	1.65	.56	1.06	3.19*	.74
ライフイベント (df = 1)						
回帰係数	-.078	-.040	-.045	-.010	-.044	-.068
F値	5.36*	.88	1.76	.07	1.60	3.78
月経の状態 (df = 3)						
規則的	2.80	2.67	2.96	2.76	2.89	2.79
不規則	2.71	2.63	3.04	2.79	2.87	2.80
自然閉経	2.57	2.86	3.08	2.78	2.86	2.78
子宮・卵巣摘出術	2.83	2.81	3.03	3.19	3.14	3.06
F値	1.11	.68	.46	2.42	.66	1.01
更年期障害の診断と治療 (df=4)						
ホルモン補充療法	2.63	2.88	3.13	3.00	3.38	3.13
漢方製剤	2.57	2.86	3.43	3.14	2.71	2.86
精神安定剤	2.36	2.82	3.09	2.55	2.73	2.64
診断あり、治療法不明	2.25	2.17	3.08	2.83	3.00	2.83
診断なし	2.77	2.75	3.00	2.83	2.91	2.82
F値	1.55	1.38	.60	.26	1.47	.40
モデル (df = 22)						
F値	1.24	1.25	.94	1.86*	2.00**	1.85*
R ²	.098	.099	.076	.14	.15	.14

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

7) 更年期における情緒的サポートと 日常の夫婦のサポートイヴな関係

更年期に関することでの情緒的なサポートについては、婚姻形態と就業形態によって特徴がみられたため、結婚している人では「主婦専業」「勤め」「自営・家族従業」の3つに、結婚していない人も「勤め」と「自営・家族従業」の2つに再分類した(図6)。有意な差がみられたのは、「夫」「子供」「職場の人」「近所の人」で、「夫」「子供」については、結婚しているかしていないか、「職場の人」「近所の人」については「勤め」か「自営、家族従業」によって割合は大きく異なっていた。

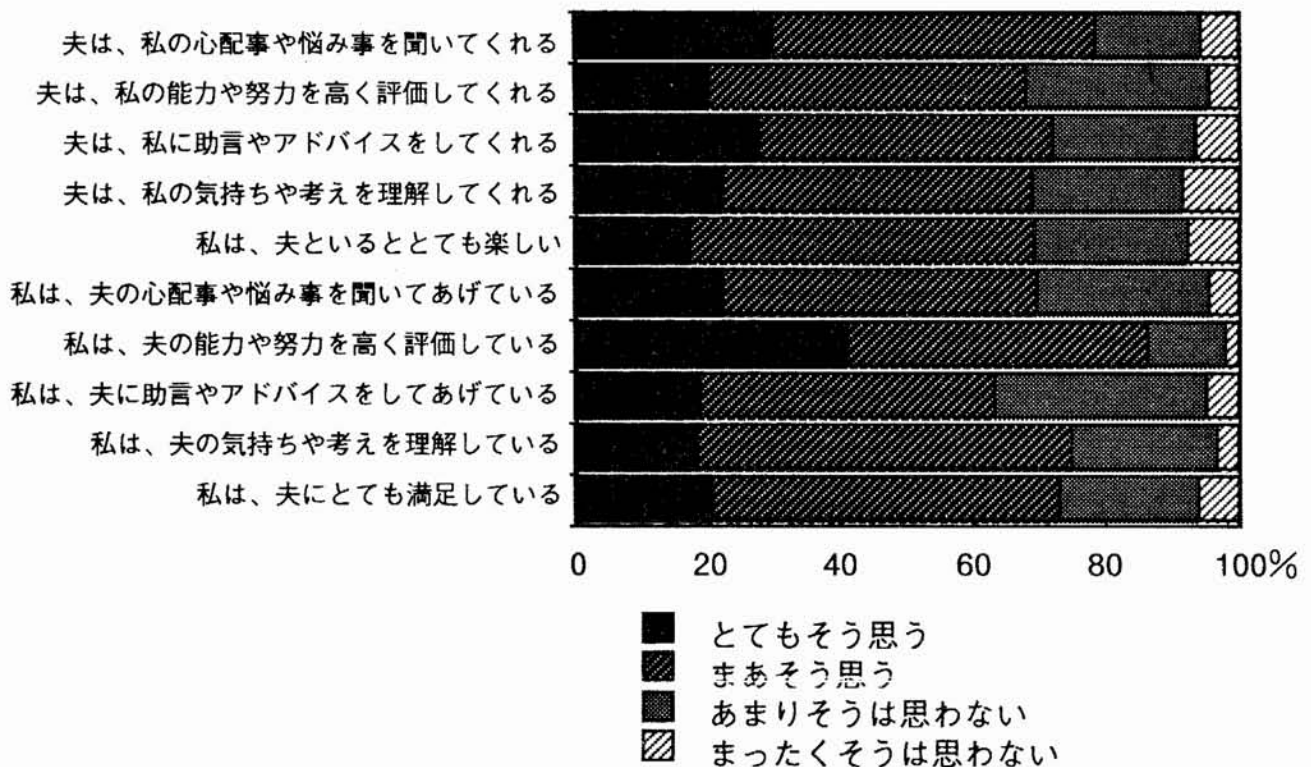
図6 更年期の情緒的サポート婚姻状態、就業状態別(複数回答)



サポート源で、もっとも回答割合が高かったのは「職場、近所以外の友人・知人」で全体では70.1%であった。ついで、「きょうだい」が46.0%、「夫」が34.7%、「父母」が23.4%と続いていた。いずれの分類でももっとも高かったのは「職場、近所以外の友人・知人」であったが、2番目以降に続くもので違いがみられた。「主婦専業」のみで「夫」が2番目であり、ついで「きょうだい」「子供」となっていた。「主婦専業」以外では、いずれも「きょうだい」が2番目であり、3番目以降については、「結婚している－勤め」では「職場の人」「夫」、「結婚している－自営、家族従業」では「夫」「近所の人」、「結婚していない－勤め」では「職場の人」「父母」と続き、「結婚していない－自営、家族従業」では「近所の人」と「父母」が同割合であった。したがって、とくに「夫」に注目すると、その割合の高さの順を結婚している人のなかでみると「主婦専業」「自営、家族従業」「勤め」となっていた。「結婚していない－自営、家族従業」で「夫」と「子供」が回答にあるが、これは「離婚・死別」の1名であった。

日常の夫婦の評価的、情緒的サポートに関する10項目の分布をみると、「とても」と「まあ」をあわせて6割から7割が「そう思う」と回答していた(図7)。

図7 夫婦のサポートィヴな関係



もっとも「そう思う」という割合が高かったのは「私は、夫の能力や努力を高く評価している」という項目であり、続いて「夫は、私の心配や悩み事を聞いてくれる」「私は、夫の気持ちや考えを理解している」などが高くなっていた。いっぽう、割合が低かったのは「私は、夫に助言やアドバイスをしてあげている」「夫は、私の能力や努力を高く評価してくれる」などであった。

これらの10項目を用いて因子分析を試みたところ、回転前の主成分分析で第1因子の固有値が5.38で、寄与率も62.4%ときわめて高く、第2因子以下は固有値1を越えることがなかった(表13)。さらに α 係数を求めたところ、0.93と高かったため、この10項目を1次元的なものととらえることとした。合計した得点の平均値は29.1 (SD = \pm 6.35) であり、平均としては、全ての項目に「まあそう思う」と回答している状態に近かった。また、最高点は40、最低点は10で、いずれもすべてに「とてもそう思う」と回答するか、すべてに「まったくそうは思わない」としている回答者がこれに該当していた。

表13 夫婦のサポートィヴな関係の主成分分析

項目	第1主成分
4. 夫は、私の気持ちや考えを理解してくれる	.85
10. 私は、夫にとっても満足している	.85
5. 私は、夫といるととても楽しい	.84
1. 夫は、私の心配事や悩み事を聞いてくれる	.83
3. 夫は、私に助言やアドバイスをしてくれる	.82
7. 私は、夫の能力や努力を高く評価している	.77
6. 私は、夫の心配事や悩み事を聞いてあげている	.76
9. 私は、夫の気持ちや考えを理解している	.74
2. 夫は、私の能力や努力を高く評価してくれる	.73
8. 私は、夫に助言やアドバイスをしてあげている	.68
固有値	5.38
寄与率 (%)	62.4
Cronbachの α 係数	.93
合計点の平均値 \pm 標準偏差	29.1 \pm 6.35

8) 更年期とソーシャル・サポートの関連

結婚している人に対して、更年期に関わる情緒的なサポートの有無と夫婦のサポートイヴな関係を独立変数として加えたところ、更年期指数およびCES-Dにおいて夫婦のサポートイヴな関係が有意となった(表14)。いずれの従属変数でも夫婦の関係は症状を低める方向に向いていたが、同様に、有意ではないものの、更年期に関する夫のサポートもほとんどの項目で、サポートがある方が症状が低かった。

CES-Dでの就業形態に関しては、結婚している人のみになった場合、就業形態のなかで逆転が起こり、「常勤の勤務者」がもっとも高くなっていたことが特徴的であった。また、心機能・運動器系と学歴の関連に関しては、学歴の高低によって値に差が生じているわけではなかった。知覚系と月経の状態の関連については、結婚していない人を含めた先の分析と同様な傾向であった。更年期障害の診断と治療については、診断を受け「ホルモン補充療法」「漢方製剤」「精神安定剤」の治療を受けたという回答者がすべて結婚している人であったため、同様に関連の仕方に傾向の変化は認められなかった。

閉経に対するイメージでは、肯定的イメージでライフイベントと有意な関連がみられたが、サポートに関しては有意に高くはなっていなかった(表15)。先の分析と同様、ライフイベントについては、経験が多いほど肯定的なイメージが高くなっているという結果で、ライフイベントのもつ意味がこの場合、ストレスとの関係とは異なったものとなっていた。

生活満足度については、就業形態と夫婦のサポートイヴな関係で有意な関連がみられた(表16)。夫婦のサポートイヴな関係ではすべての項目で有意な関連がみられ、いずれも満足度を高める方向であった。就業形態についてみると、結婚していない人を含めた分析からの変化は「趣味やレジャーを楽しむこと」のみにあらわれていて、それは、「常勤の勤務者」での満足度がやや下がり、「自営業主・自由業」が上昇していることであった。

表 14 更年期症状と抑うつ症状のカテゴリ別の平均値と多元配置共分散分析
—サポートに関する項目を独立変数に投入

独立変数	%	従属変数						
		(N=228)	更年期指 数	精神 神経系	知覚系	心機能・ 運動器系	血管運動 神経系	CES-D
年齢 (df = 1)								
回帰係数			-.32	-.23	-.13	-.053	-.002	-.37
F値			1.49	4.48*	2.70	.31	.00	2.31
就業形態 (df = 4)								
主婦専業	32.0		11.1	2.96	1.85	3.51	1.89	31.2
常勤の勤務者	14.0		12.3	3.25	1.69	4.75	1.75	37.1
自営業主・自由業	6.6		15.5	3.40	3.33	5.47	2.53	32.0
自営業の家族従業員	25.4		13.3	3.59	2.40	4.09	2.18	35.8
パートタイム・内職・その他	21.9		13.5	4.02	2.16	4.18	1.96	33.8
F値			1.79	1.02	2.23	1.99	.79	3.51**
学歴 (df = 3)								
中学卒	14.0		10.8	2.88	1.63	3.25	2.03	34.1
高校卒	50.9		13.7	3.69	2.41	4.38	2.12	34.4
短大卒	17.5		12.5	3.48	1.80	4.13	2.25	33.9
大学卒	17.5		11.2	3.03	2.05	3.98**	1.40	31.8
F値			1.54	.32	1.29	2.84**	.76	.55
子供との同居 (df = 2)								
子供なし	5.7		16.5	3.54	2.92	5.46	3.15	35.7
同居子あり	82.0		12.2	3.34	2.04	3.93	1.96	33.5
同居子なし別居子あり	12.3		13.8	3.93	2.36	4.64	1.79	35.1
F値			2.87	.45	1.93	2.68	2.49	.69
親との同居 (df = 2)								
自分の親と同居	5.3		10.3	3.00	1.67	3.33	1.50	34.5
夫との親と同居	20.2		13.1	3.28	2.46	4.26	2.04	33.9
親との同居なし	74.6		12.7	3.49	2.08	4.12	2.03	33.7
F値			.36	.57	.13	.81	.04	.70
ライフイベント (df = 1)								
回帰係数			.49	.19	.17	-.067	.067	.52
F値			1.26	1.15	1.58	.18	.45	1.72
月経の状態 (df = 3)								
規則的	32.0		10.7	2.86	1.97	3.84	1.25	33.1
不規則	26.3		12.8	3.57	2.13	3.82	2.35	34.1
自然閉経	28.1		15.3	4.00	2.80	4.80	2.34	35.0
子宮・卵巣摘出術	13.6		11.5	3.26	1.13	3.84	2.42	32.4
F値			2.50	1.57	3.55*	1.04	2.52	.41
更年期障害の診断と治療 (df=4)								
ホルモン補充療法	3.5		8.5	2.13	1.25	3.25	1.25	31.4
漢方製剤	3.1		15.1	5.00	1.86	4.29	2.71	35.0
精神安定剤	4.8		20.2	6.82	4.09	5.82	2.55	42.9
診断あり、治療法不明	3.9		23.6	6.67	4.67	7.33	3.33	39.5
診断なし	84.6		11.8	3.07	1.95	3.89	1.92	33.1
F値			6.03***	5.64***	3.61*	3.46**	2.52	4.02**
更年期での夫のサポート (df=1)								
あり	41.2		11.4	3.17	1.79	3.52	2.06	33.6
なし	58.8		13.6	3.60	2.37	4.51	1.93	33.9
F値			.43	.01	.46	1.83	.04	2.64
夫以外の家族のサポート (df=1)								
あり	76.8		12.8	3.42	2.29	4.10	2.06	34.0
なし	23.2		12.1	3.42	1.62	4.11	1.83	33.2
F値			.27	.01	2.40	.00	.43	.89
友人・知人のサポート (df=1)								
あり	50.4		12.1	3.18	2.02	3.85	2.06	33.7
なし	49.6		13.2	3.66	2.25	4.36	1.95	33.9
F値			.21	.36	.28	.44	.61	.00
夫婦のサポート関係 (df=1)								
回帰係数			-.20	-.069	-.050	-.037	-.028	-.48
F値			4.28*	3.10	2.96	1.16	1.58	31.2***
モデル (df = 24)								
F値			2.87***	1.96**	2.40***	2.05**	1.53	3.63***
R ²			.25	.19	.22	.19	.15	.30

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

表15 閉経に対するイメージのカテゴリー別の平均値と多元配置共分散分析 -サポートに関する項目を独立変数に投入

独立変数	従属変数	
	否定的 イメージ	肯定的 イメージ
年齢 (df = 1)		
回帰係数	.070	-.011
F値	.47	.01
就業形態 (df = 4)		
主婦専業	9.15	13.0
常勤の勤務者	10.5	11.6
自営業主・自由業	9.40	12.7
自営業の家族従業員	9.69	11.9
パートタイム・内職・その他	9.50	13.0
F値	.60	1.33
学歴 (df = 3)		
中学卒	8.94	12.9
高校卒	10.0	12.2
短大卒	9.10	13.0
大学卒	9.28	12.7
F値	1.62	.93
子供との同居 (df = 2)		
子供なし	10.2	12.2
同居子あり	9.64	12.8
同居子なし別居子あり	8.86	11.0
F値	1.75	2.03
親との同居 (df = 2)		
自分の親と同居	9.92	12.0
夫との親と同居	9.59	12.6
親との同居なし	9.54	12.5
F値	.00	.39
ライフイベント (df = 1)		
回帰係数	-.089	.50
F値	.29	7.10**
月経の状態 (df = 3)		
規則的	10.0	12.4
不規則	9.22	12.4
自然閉経	9.41	12.3
子宮・卵巣摘出術	9.55	13.5
F値	1.07	.55
更年期障害の診断と治療 (df=4)		
ホルモン補充療法	9.50	12.9
漢方製剤	7.43	12.0
精神安定剤	11.2	12.5
診断あり、治療法不明	8.56	11.0
診断なし	9.60	12.6
F値	1.54	.42
更年期での夫のサポート (df=1)		
あり	9.53	13.2
なし	9.59	12.0
F値	.66	2.14
夫以外の家族のサポート (df=1)		
あり	9.49	12.5
なし	9.82	12.6
F値	.66	.24
友人・知人のサポート (df=1)		
あり	9.92	12.6
なし	9.21	12.4
F値	2.37	.00
夫婦のサポート関係 (df=1)		
回帰係数	-.0077	.060
F値	.04	2.15
モデル (df = 24)		
F値	1.06	1.43
R ²	.11	.14

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

表16 生活満足度のカテゴリー別の平均値と多元配置共分散分析
—サポートに関する項目を独立変数に投入

独立変数	従属変数					
	健康状態	趣味やレジャーを楽しむこと	親しい友人、知人とのつきあい	経済的な生活水準、暮し向き	家族との関係や家庭での生活	生活全般
年齢 (df = 1)						
回帰係数	.010	.0000	.0037	.0023	.021	.036
F値	.19	.00	.03	.01	1.12	3.27
就業形態 (df = 4)						
主婦専業	2.79	2.99	3.18	3.05	3.11	3.05
常勤の勤務者	2.69	2.59	2.72	2.22	2.53	2.28
自営業主・自由業	2.60	2.93	3.13	3.40	3.47	3.20
自営業の家族従業員	2.60	2.60	2.95	2.82	2.90	2.82
パートタイム・内職・その他	2.72	2.62	2.96	2.68	2.74	2.70
F値	.65	2.84*	1.92	5.87***	3.04*	4.44**
学歴 (df = 3)						
中学卒	2.72	2.84	3.03	2.75	2.88	2.81
高校卒	2.65	2.69	2.98	2.72	2.87	2.73
短大卒	2.70	2.80	3.10	3.05	3.10	2.95
大学卒	2.85	2.80	2.95	2.93	2.90	2.95
F値	.37	.64	.27	.34	.38	.92
子供との同居 (df = 2)						
子供なし	2.62	2.85	2.85	2.85	2.85	2.69
同居子あり	2.73	2.76	3.02	2.85	2.97	2.88
同居子なし別居子あり	2.57	2.64	2.96	2.61	2.61	2.50
F値	.81	.31	.84	.18	2.98	2.77
親との同居 (df = 2)						
自分の親と同居	2.67	3.00	3.00	3.00	3.08	3.00
夫との親と同居	2.63	2.54	3.09	2.70	2.72	2.72
親との同居なし	2.72	2.79	2.98	2.84	2.96	2.84
F値	.09	.99	.84	.79	1.23	.47
ライフイベント (df = 1)						
回帰係数	-.066	-.054	-.029	-.013	-.027	-.098
F値	3.14	1.62	.66	.14	.69	2.77
月経の状態 (df = 3)						
規則的	2.79	2.70	2.92	2.73	2.89	2.77
不規則	2.72	2.57	3.02	2.77	2.88	2.78
自然閉経	2.50	2.92	3.08	2.78	2.84	2.78
子宮・卵巣摘出術	2.87	2.87	3.03	3.23	3.19	3.10
F値	1.58	1.97	.52	1.36	.30	.47
更年期障害の診断と治療 (df=4)						
ホルモン補充療法	2.63	2.88	3.13	3.00	3.38	3.13
漢方製剤	2.57	2.86	3.43	3.14	2.71	2.86
精神安定剤	2.36	2.82	3.09	2.55	2.73	2.64
診断あり、治療法不明	2.11	2.00	3.00	2.56	3.00	2.78
診断なし	2.76	2.77	2.98	2.83	2.91	2.82
F値	1.47	1.99	.80	.73	.39	2.51
更年期での夫のサポート (df=1)						
あり	2.76	2.86	3.01	2.87	3.03	2.90
なし	2.66	2.67	3.00	2.78	2.84	2.76
F値	.00	.00	.79	1.07	.63	.39
夫以外の家族のサポート (df=1)						
あり	2.72	2.81	3.05	2.83	2.90	2.79
なし	2.64	2.57	2.87	2.79	2.96	2.92
F値	.35	3.52	3.28	.05	.02	.04
友人・知人のサポート (df=1)						
あり	2.72	2.77	2.98	2.80	2.90	2.83
なし	2.68	2.73	3.03	2.84	2.93	2.81
F値	.05	.11	.59	.27	.56	1.75
夫婦のサポート関係 (df=1)						
回帰係数	.021	.054	.036	.042	.061	.054
F値	6.84**	33.97***	21.83***	27.76***	70.09***	57.69***
モデル (df = 24)						
F値	1.40	3.30***	1.89**	4.05***	5.81***	5.63***
R ²	.14	.28	.18	.32	.41	.40

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

考察

1) 更年期症状と CES-D

更年期症状については、本研究では、1次元的な尺度と分類した尺度の両方を検討したが、実際に利用できるような尺度の作成のためには、考えうるだけのより多くの症状をリストアップすることから出発し、慎重に尺度の作成をする手続きを経るべきであることはいままでの間もない。ここで用いた17項目は、どちらかといえば臨床の経験的な背景から選出されてきたものと考えられるが、それを分類して用いた結果からみれば、少なくとも運動血管神経系と精神神経系の症状については、他の症状とは傾向が異なっていた。したがって、更年期症状を多次元的にみるということは、診断と治療方法の決定のみならず、その心理社会的要因を検討するときにも不可欠なことといえよう。

更年期症状および CES-D と関連がみられた変数には、就業形態、子供との同居、月経の状態、更年期の診断と治療、そして、結婚している女性では夫婦のサポート的な関係が挙げられた。まず、就業形態であるが、収入が得られる職業を持つことによる影響は、主婦専業との比較からも、とくに結婚している常勤の勤務者では CES-D が高いことから明らかであった。勤務者と自営業による違いは、労働時間などの職場の条件や職務内容たとえば自由裁量度などが考えられよう。

子供との同居については、これが空きの巣症候群をあらわしていたとは言い切れない。空きの巣症候群は、どちらかといえばライフイベントであり、本調査ではライフイベントとして過去1年間に子どもとの別居を経験した人は2.9%であるのに対して、同居子がなく別居子のみの方は11.3%となっていた。Koster [13] は、更年期症状がライフイベントよりも社会経済的な要因と関連しているとしているし、Black [14] も、空きの巣の状態といった特定の出来事と症状との関連はなく、それが起こることよりもクリエイティブにそれに対処できる能力の方が重要であると指摘している。また、更年期の症状がそのようなパーソナリティによるものだとすれば、Helson [15] も、不連続なライフイベントよ

りも長期間の動向や時代的効果のほうがパーソナリティの変化に結びついていると報告している。

また、このことは、夫の更年期についての情緒的サポートが有意にならなかったのに対して、より長い期間しかも日常的に継続している夫婦のサポートイヴな関係が有意になったこととも共通している。したがって、ここでいえることは、家族関係という要因が長期にわたって更年期症状に影響を及ぼしていくのではないかということである。

このような社会的な要因に対して、生理学的な要因はどうであろうか。更年期症状は月経の状態と有意な関連を示した。月経の状態については、ホルモンの影響を受けやすい血管運動神経系など身体的な症状との関連がみられたが、この結果はこれまでの多くの報告と一致する。しかし、月経の状態は精神神経系ともCES-Dとも関連がみられなかったことに意味がある。なぜなら、ホルモンの状態が抑うつと関連があるかないかで報告が対立しているからである。

関連がないというなかで、Ballinger [16] は、一般人口での精神障害の罹患率が閉経前5年の女性で高いことから、更年期女性の精神障害の病理学では、生理学的な変化よりも社会文化的、家族的要因の方が重要であり、更年期女性の不安や抑うつに対するエストロゲン療法は不要であると指摘している。同じく Berkum [17] は、抑うつは自然閉経とは関連しておらず、結婚している女性にとっては、仕事や思春期の子供、慢性疾患の夫、高齢の親など、心配すべき多くの原因となるものがあったり、多くの役割を担わなければならないことが抑うつと結びついていると報告し、Matthews [18] も、自然閉経は大多数の健康な中年女性のメンタルヘルスにネガティブな結果をもたらすことはないとしている。これに対してDitkoff [19] は、臨床実験の切り札である2重盲検法によってエストロゲンの効果を抑うつ尺度の測定から実証している。これらの対立は、方法論によるところも大きいとみられるが、ここにあげた研究者から判断すると、印象的としては、精神科医あるいは臨床心理学者と産婦人科医の縄張り争いのように思えないこともない。しかし、前者のような社会文化的要因を重視することと多かれ少なかれホルモン治療を必要としている人がいる—これも社会文化的な要因に左右されるが—ということとは、矛盾するものでは

なく、どちらかに比重を置きすぎるこそが危険なことと考える。

2) 閉経に対するイメージ

閉経に対する態度の尺度化に関する研究としては、Bowles [20] による Menopause Attitude Scale (MAS) がある。これは、正反対の意味を持つ形容詞、たとえば、Important - Unimportant などの20項目によりなるものである。しかし、ネガティブなものとポジティブなものが一緒になった1次元的なものであるという制限がある。そこで、本研究では、Bowlesのようにネガティブなものとポジティブなものを両極におく手法ではなく並列に並べたわけであるが、更年期についてはアンビバレントな状態も十分考えられるため相互の相関は -0.16 と高くはない、両方の価値を検討することができたように思われる。もちろん、項目数や尺度化の手続きとしては不十分であるが、ポジティブなものの方がネガティブなものよりも回答が多かったことなどが明らかになった。このような更年期に対する態度やイメージは人類学など比較文化論的な興味が高い問題である。

Mittiness [21] は、アメリカでの1900年からの一般メディアで取り上げられた更年期に関する記事や番組などの内容分析を行っている。1950年以前は、更年期はポジティブとネガティブの両方の価値を持った滅多に医療を必要としない自然な生理学的出来事として考えられ、新たなうららかな人生の始まりとみられていた。それが、50年代に変化が起こり、セクシュアリティと若さの喪失に関する記述がはじまり、60年代にはこれらがネガティブな感情を伴って実質的な増加に転じたという。また、60年以前は重篤な症状の場合のみエストロゲン補充療法が勧められていたのに対し、60年以降には軽い症状でも勧められるようになったと指摘している。さらに、McCrea [22] によれば、1970年代半ばには、ホルモン補充療法による癌やその他の健康問題の発生から、フェミニストは、閉経は自然なエイジングの過程であり、女性のヘルスケアは社会問題であると主張しはじめ、病気のスティグマとの闘いが始まったとしている。ちなみにホルモン補充療法は、使用法を誤ると乳癌や子宮癌などを起こすが、現

在の婦人科領域では一応解決策がそろっていて、むしろ心筋梗塞や骨粗鬆症の予防の方が価値があるし、それが医療経済の面でも優れているとされてきている [23]。

このような更年期に対する態度の歴史は日本ではどうなのであろうか。残念ながら、日本ではこのような研究蓄積はあまりないが、日本を対象とした研究で知られる医療人類学者のLockがその問題に取り組んでいる。Lock [24]によれば、まず、日本では閉経はライフサイクルの中の自然な移行とみなされ、月経の停止はそれほど重要なこととは思われていないという。これは、ポジティブなものの方が上回っている本研究結果とも一致しているとみなせるかもしれないが、それには国際比較が不可欠である。Beyene [25] が指摘するように、更年期は文化によってとらえられ方がまちまちである。

また、閉経に対するイメージと、更年期症状や抑うつとの関係については、否定的なイメージが精神神経系およびCES-Dと関連していた。このことに関して、Avis [26] は、Prospectiveな調査研究により、症状や抑うつが更年期に対するネガティブな態度と関連していて、いわゆる更年期障害は閉経そのものよりももっと個人的な特徴と関連があると報告している。Avisが指摘しているのは、閉経をどのように受けとめるかが症状や抑うつと関連しているということである。本研究でも、否定的なイメージは精神的な症状と確かに関連していたが、身体的な症状については、むしろ、血管運動神経系の症状やライフイベントの多さが肯定的なイメージの高さと関連していたという結果をどのように考えればよいのであろうか。

Gannon [27] は、更年期に対する態度の調査を通して、医学的なとらえかたはよりネガティブな態度を顕在化させるが、より高齢で、実際に閉経を経験した人の方がポジティブな態度を示すと報告している。しかし、本調査では、肯定的イメージと閉経の関連はみとめられなかった。したがって、対象者にとって、肯定的イメージを高めているものは、閉経そのものではなく、それを日常的に意識させられる典型的な症状である「ほてり」や「発汗」であり、あるいはライフイベントであるとする、ここで考えられることは、杉山 [7] が指摘しているようなライフサイクルにおける1つの「ふしめ」のような概念を、自分

自身の手で受け入れるという一種の「適応」あるいは「気づき」といったものが存在するということではないだろうか。

また、イメージとソーシャル・サポートと有意な関連がみられなかったことについては、閉経に対するイメージが個人的な人間関係によって形成されているものではなく、より広い社会文化的な文脈、すなわち、藤崎 [11] のような社会の老人や女性に対する見方を少なくともいったんは受け入れていることを示しているのかもしれない。しかし、そのうちの否定的なイメージを持つことは、抑うつなどと結びついてしまう。肯定的なイメージを高める方法が周囲のサポートではなく個人の努力でしかないという状況にあるとすると、日本においても更年期に対する見方についての社会的な議論が必要なようである。

3) QOL とホルモン補充療法とヘルスプロモーション

ホルモン補充療法の効果についての報告は数多くあるが、本調査では、その療法を受けたことのあるものが2.9% (8名) と低いながら、血管運動神経系を除いてその更年期症状に対する効果を支持するような結果となっていた。確かに、更年期障害と診断されたものは全体として症状が多い中で、ホルモン補充療法の場合には、診断を受けていないものよりもむしろ症状が少なくなっていた。

しかし、生活満足度については、QOLの測定方法の1つとして用いたわけであるが、これらは、更年期症状といくらかの相関を保ちつつも、関連する変数は症状とは異なっていた。生活満足度は月経の状態や更年期障害の診断と治療とは関連がなく、職業と家族、とくに夫婦のサポートィヴな関係との関連が密接であった。それは、自分の健康状態に対する満足度においてでも同様であった。

それでも、これまでの議論や報告の中には、ホルモン補充療法はQOLを高めるといえるものがみられる。もちろん、症状の緩和や骨粗鬆症や心筋梗塞の予防そのものをQOLの維持・向上に含めて考えるならば、それも1つの見方ではあろう。こうしたなか、症状や罹患率でなく、QOLそのものを測定しようとする

尺度を用いている研究もみられる。先に述べたDitkoff [19] は、抑うつ尺度とともに、エストロゲンのQOLを高める効果の判定をするために、生活適応尺度を用い、有意な効果があったと報告している。また、Daly [28] も、QOLスケールが症状の軽重と関連していて、しかもホルモン補充療法の前後でQOLは大きく変化し、QOLスケールの有効性と治療法の有効性の両方を指摘している。

これに対してWorsester [29] は、ホルモン補充療法は、ある女性にとっては生活の質を高めたり寿命を延ばしたりするようであるが、それを長期間にわたってすべての女性に保証するものであるという証拠はどこにもないと述べ、その効果の普遍性に疑問を投げかけている。

本調査では2.9%の利用者があったが、利用率は欧米ではもっと高い。数字で比較してみると、ホルモン補充療法の経験者は、カリフォルニアの50歳以上で24.7%、イギリスで閉経後の女性で16%、同じくイギリスの40~60歳で15.1%という報告がある [30 - 32]。日本では、そもそも医学的な問題とみない状態にあったことと加えて、本調査でもみられたように漢方薬や向精神薬など利用されていた。アメリカとイギリスの利用率の差については、McCrea [33] が、医学界、フェミニスト、消費者グループ、製薬会社において論争の仕方が著しく異なり、これは、政治的、経済的、イデオロギー的関係の結果であると指摘している。Gannon [27] は、1938年に合成女性ホルモンの1つであるDESが利用可能になったことで、更年期に欠乏性疾患というラベルが貼られ、医学的権威のインパクトとMedicalizationに対する女性の傷つきやすさについて述べている。Lock [34] も日本の近代化の1部としての更年期のMedicalizationについて議論しているが、日本での将来もどこでどのような議論がなされるかによって決定されていくだろう。あるいは、他の治療と同じく、従来通りの方法によって決まるのだろうか。

また、ホルモン療法の是非以前に、更年期の問題で医療機関を受診するという行動についても考えておかななくてはならない。なぜなら、どのような療法が確立しようとも受診しなければ意味がないし、療法が明確でなくても、実際に問題を抱えている人は受診するからである。さらに、受診行動そのものが社会や文化の影響を受ける社会的な行動である。Hunter [35] は、更年期の問題で

医療の援助を求める人は、そもそもたくさんの心身の問題を訴える傾向にあり、彼女らはストレスを受けやすく、更年期について特定の信念を持っていることを明らかにしている。そして、これは個人と社会の問題であり、当たり前のように更年期の問題とするのではなく、彼女ら自身の権利の問題として取り組む必要があると主張している。また、Montero [36] は、受診は、月経の状態だけでなく、さまざまな不満感やソーシャル・サポートの欠如によって決定されるとしている。さらに、Berkun [17] は、ソーシャル・ワーカーや他の援助の専門職にとって、中年女性は、更年期そのものへの恐れよりも、老化を実感し、結婚や仕事が保証されなくなる恐れを持っていることに着目する必要があるとしている。

このように、更年期は、更年期障害という側面を考えれば、治療を必要とする出来事かもしれないが、もし、それを自然の過程のこと—出産時の陣痛など、人間の痛みや苦しみは除去すればよいという考えではなしに—とした場合はどうであろう。しかし、近代化された現代において、自然の過程としてはとらえにくいところがある。それは、自然としていた時代と社会的な状況が変化し、それが、更年期障害といわれるものを助長する環境に向かっている可能性である。たとえば、職業、結婚、家族の問題は、本研究でも夫婦関係や同居子の問題について明らかにしたように、大きなファクターであろう。

また、ホルモン補充療法の目的の1つとなっている骨粗鬆症の予防に関しては、食生活の変化や運動不足の問題も忘れてはならない。食生活（とくにカルシウムの摂取）や生活習慣などが予防には有効であることが知られている [37-39]。心筋梗塞の問題も同様であり、とくに更年期であるからといった理由ではなく、すでに、研究蓄積のある生活習慣と健康の関係はまず第1に考えるべきことがらであり、セルフケアの重要性 [40] を再確認する必要がある。

Hunter [35] は更年期のヘルスプロモーションとしてつぎの5つを提案している。

1. 女性とその家族には、更年期についてのバランスのとれた情報を提供すること

2. 更年期に対する態度について、オーバーで悲観的な信念から解放されるように議論すること
3. 一般的な健康と骨粗鬆症の要因である食事、運動、喫煙に焦点を当てたヘルス・プロモーションのセッション
4. ストレス・マネージメントのセッション
5. 中年女性が遭遇する個人と健康と社会の問題についてのグループディスカッション

日本では、更年期学会が1994年に発足するなど、ようやくこれから議論が活発化しようとする過程にある。欧米の技術の輸入に留まることなく、日本の社会文化的環境がよい意味で反映されるよう、さまざまな考えを持つ人が共通の場で活発な議論が行なえることを期待したい。上記のHunterの提言においても、1.や5.について日本での議論はどのようなものが考えられるだろうか、それを今後の課題としたい。

5 まとめ

更年期女性の更年期症状、更年期に対するイメージ、QOLの心理社会的要因を明らかにするために、東京都文京区の45～54歳の女性350名を対象に自記式質問紙を用いた配票留置法による調査を行い、回収された274名の回答の分析を行った。

更年期症状については、17項目による1次元的な尺度とさらに因子分析により4分類した症状群、ならびにCES-Dを用いて共分散分析を行った。就業形態では主婦専業の症状が少なく、月経の状態では自然閉経に近づくほど多く、更年期障害の診断と治療ではホルモン補充療法の経験者と診断のない人で少なくなっていた。そして、結婚している人のみの分析では、夫婦間で情緒的、評価的にサポートイヴな関係があるほど症状は少なかった。閉経に対するイメージでは、否定的なイメージが婚姻形態、精神神経系の症状やCES-Dと関連し、肯定的なイメージは、血管運動神経系の症状と同居子の有無、ライフイベントと

関連がみられた。QOLとして生活満足度を用いたところ、これらは健康状態への満足度を含めて、月経の状態や更年期障害の診断と治療といった生理学的医学的要因とは関連を示さなかった。しかし、就業形態などとは関連を示し、とくに結婚している人では、更年期症状やCES-Dと同様に夫婦のサポート的な関係が強く関連していた。

更年期女性の更年期症状やQOLにとって、職業、結婚、家族のあり方が重要で、更年期に対する社会の態度や更年期障害に対する診断や治療をめぐる議論においては、このような心理社会的要因についての検討が不可欠であることを確認した。

なお、本研究の1部は、第59回日本民族衛生学会で報告した。また、本調査は、東京大学医学部健康科学・看護学科の社会調査実習において行われたものである。このような機会を与えてくださった、東京大学医学部保健社会学教室川田智恵子教授、山崎喜比古助教授、吉田亨助手、杉田聡助手ならびに実際に調査に関わってくれた大学院生の佐伯みかさん、坂間伊津美さんと学科の学生諸君に深謝します。

文献

1. 小山嵩夫, 更年期-閉経外来 -現状と問題点-. 治療, 1992. 74 (6) : p. 25 - 30.
2. 木村好秀, 更年期障害に対する自律神経調整薬・向精神薬の使い方. 治療, 1992. 74 (6) : p. 92 - 98.
3. 梁 善光, 武谷雄二, 更年期障害に対するホルモン療法. 治療, 1992. 74 (6) : p. 85 - 90.
4. 松井啓人, 水沼英樹, 閉経前後の性機能. 産科と婦人科, 1993. 60 (6) : p. 819 - 824.
5. 小山嵩夫, 更年期-閉経外来 -更年期から老年期の婦人の健康管理について. 日本医師会雑誌, 1993. 109 (2) : p. 259 - 264.
6. 岡村 靖, 富永良喜, 石 明寛, 更年期婦人の心因的背景. 産科と婦人科, 1984. 51 (2) : p. 10 - 19.
7. 杉山みち子, 更年期と“ふしめ”. 治療, 1992. 74 (6) : p. 47 - 51.
8. Kupperman, H.S., et al., Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by the menopausal and amenorrhoeal indices. J Clin Endocrinol, 1953. 13 : p. 88.
9. 阿部徹良, 更年期スコア. 産婦人科MOOK, 1985. 30 : p. 164 - 179.
10. 矢富直美ら, CES-Dによる日本老人のうつ状態の測定 -その因子構造における文化差の検討. 社会老年学, 1993. 37 : p. 37 - 47.
11. 藤崎宏子, 女性のライフスタイルの多様化と更年期. 産婦人科治療, 1992. 65 (3) : p. 249 - 253.
12. 石原邦雄ら, 現代女性の生活ストレスとネットワークに関する調査. 1994.
13. Koster, A. and M. Davidsen, Climacteric complaints and their relation to menopausal development : A retrospective analysis. Maturitas, 1993. 17 (3) : p. 155 - 166.
14. Black, S.M. and C.E. Hill, The psychological well-being of women in their middle years. Psychology of Women Quarterly, 1984. 8 (3) : p.

282 - 292.

15. Helson, R. and P. Wink, Personality change in women from the early 40s to the early 50s. *Psychol Aging*, 1992. 7 (1) : p. 46 - 55.
16. Ballinger, C.B., Psychiatric aspects of the menopause. *British Journal of Psychiatry*, 1990. 156 : p. 773 - 787.
17. Berkun, C.S., In behalf of women over 40 : Understanding the importance of the menopause. *Social Work*, 1986. 31 (5) : p. 378 - 384.
18. Matthews, K.A., et al., Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle - aged healthy women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990. 58 (3) : p. 345 - 351.
19. Ditkoff, E.C., et al., Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. *Obstet Gynecol*, 1991. 78 (6) : p. 991 - 995.
20. Bowles, C., Measure of attitude toward menopause using the semantic differential model. *Nursing Research*, 1986. 35 (2) : p. 81 - 85.
21. Mitteness, L.S., Historical Changes in Public Information about the Menopause. *Urban Anthropology*, 1983. 12 (2) : p. 161 - 179.
22. McCrea, F.B., The politics of menopause : the "discovery" of deficiency disease. *Social Problem*, 1983. 31 (1) : p. 111 - 123.
23. 熊坂高弘, 閉経婦人にホルモン療法をすべきか. *日本医師会雑誌*, 1991. 106 (8) : p. 1204 - 1208.
24. Lock, M., Ambiguities of aging : Japanese experience and perceptions of menopause. Special Issue : Anthropological approaches to menopause : Questioning received wisdom. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986. 10 (1) : p. 23 - 46.
25. Beyene, Y., Cultural significance and physiological manifestations of menopause a biocultural analysis. Special Issue : Anthropological approaches to menopause : Questioning received wisdom. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1986. 10 (1) : p. 47 - 71.

26. Avis, N.E. and S.M. McKinlay, A longitudinal analysis of women's attitudes toward the menopause : results from the Massachusetts Women's Health Study. *Maturitas*, 1991. 13 (1) : p. 65 - 79.
27. Gannon, L. and B. Ekstrom, Attitudes toward menopause : The influence of sociocultural paradigms. *Psychology of Women Quarterly*, 1993. 17 (3) : p. 275 - 288.
28. Daly, E., et al., Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. *Bmj*, 1993. 307 (6908) : p. 836 - 40.
29. Worsester, N. and M.H. Whatley, The selleng of HRT : Playing on the Fear Factor. *Feminist Review*, 1992.41 (summer) : p. 1 - 26.
30. Palinkas, L.A. and C.E. Barrett, Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*, 1992. 80 (1) : p. 30 - 36.
31. Sinclair, H.K., C.M. Bond, and R.J. Taylor, Hormone replacement therapy : a study of women's knowledge and attitudes. *Br J Gen Pract*, 1993. 43 (374) : p. 365 - 370.
32. Barlow, D.H., et al., A study of the experience of Glasgow women in the climacteric years. *Br J Obstet Gynaecol*, 1989. 96 (10) : p. 1192 - 1197.
33. McCrea, F.B. and G.E. Markle, The estrogen replacement controversy in the USA and UK : different answers to the same question. *Social Studies of Science*, 1984. 14 (1) : p. 1 - 26.
34. Lock, M., New Japanese mythologies : Faltering discipline and the ailing housewife. *American Ethnologist*, 1988. 15 (1) : p. 43 - 61.
35. Hunter, M.S., Predictors of menopausal symptoms : psychosocial aspects. *Baillieres Clin Endocrinol Metab*, 1993. 7 (1) : p. 33 - 45.
36. Montero, I., I. Ruiz, and I. Hernandez, Social functioning as a significant factor in women's help - seeking behaviour during the climacteric period. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1993. 28 (4) : p. 178 - 183.
37. Ali, N.S. and S.J. Bennett, Postmenopausal women : Factors in osteoporosis

- preventive behaviors. *Journal of Gerontological Nursing*, 1992. 18 (12) : p. 23 - 32.
38. 戸田歩, 塚原典子, 江沢郁子, 閉経前・後期日本人女性の骨密度に対する食生活および身体活動の影響. *日本栄養・食糧学会誌*, 1993. 46 (5) : p. 387 - 394.
 39. 渡辺美鈴ら, 閉経女性における骨塩と生活調査に関する研究. *厚生指標*, 1992. 39 (3) : p. 22 - 28.
 40. Bernhard, L.A. and L. Sheppard, Health, symptoms, self-care, and dyadic adjustment in menopausal women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1993. 22 (5) : p. 456 - 461.