OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	更年期女性のQuality of lifeに関する研究 : 中年女性の健康プロジェクトに向けて
Author(s)	佐藤, 珠美
Citation	大阪大学, 2005, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/1012
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

更年期女性の Quality of life に関する研究
―中年女性の健康プロジェクトに向けて―

大阪大学大学院
医学系研究科保健学専攻

佐　藤　珠　美

２００５年３月

更年期女性の Quality of life に関する研究
―中年女性の健康プロジェクトに向けて―

指導教員　　大橋　一友　　教授

大阪大学大学院
医学系研究科保健学専攻

佐　藤　珠　美

２００５年３月

論文内容の要旨

〔　題　名　〕　更年期女性の Quality of life に関する研究
－中年女性の健康プロジェクトに向けて－

〔目的〕

更年期障害は女性の QOL（Quality of life）を著しく低下させるが、わが国ではかなりの女性が更年期は自然な過程と考え、症状を我慢することが多い。更年期の研究の多くは病院を訪れる患者を対象としている。医療機関を受診する女性とそうでない女性では、症状の頻度、健康問題、社会経済情況などあらゆる面で異なる。そのため、臨床での調査結果を更年期女性の経験として一般化はできず、ヘルスプロモーションのデータとしては慎重に取り扱う必要がある。

本研究では、１．閉経後の女性の更年期体験を時代背景との関連において検討する。２．健康な中年女性の健康関連 QOL を調べ、QOL に対する閉経の影響を明らかにする。３．医療機関を受診していない女性を対象に、更年期の問題解決のためにディスカッション・グループが有効であるか検証を行う。以上より今後の支援方法の構築を目指すことを目的とした。

〔方法と結果〕

研究１．閉経後の女性の更年期体験にみられる時代背景の影響

２つの農・漁業地区に居住する閉経後の女性 27 名（A 地区:14 名、B 地区:13 名）を対象に、それぞれ 2 回に分けて半構成式集団面接を行った。面接前に、個別に基本属性（年齢、閉経状況と閉経年齢、閉経前後の体調など）について質問した。その後、「あなたの更年期の体験について話してください。」という Open-ended の質問より面接に入った。面接内容は逐語録とし、KJ 法を用いて分析した。対象の平均年齢は 68.8 歳であった。更年期を意識しなかった人は 23 名（85%）、このうち 12 名（52%）が閉経前後に頭痛、肩こり、ほてりなどの症状を体験したが、これを更年期障害と結びつけることはなかった。更年期体験として「更年期の自覚」、「閉経の自覚」「老いの意識」が得られた。更年期体験には、「閉経と更年期の認識」、「閉経・更年期情報」、「休養することの難しさ」、「更年期イメージ」、「医師の対応」、「更年期の性と生殖」、「月経の体験」、「女性向けの健康教育」、「家族と生活」、「地域、社会状況」が影響していることが明らかになった。

研究２．健康な中年女性の Quality of life に関する調査　－WHO/QOL-26 尺度を利用して－

45～55 歳の女性で、広報などをみて応募した 187 名に目的を説明し、同意を得た人に質問紙調

査（Kupperman Kohnenki Shohgai Index; KKSI、WHO/QOL-26 他）と採血を実施した。合併症を有するものと月経状況と血清 E_2 の不一致者などを除いた 153 名を分析対象とし、月経状況と血清 E_2 によって、pre-menopause、peri-menopause、post-menopause の 3 群に分けて検討した。

KKSI スコアは peri が 3 群中最も高く pre との間に有意差があった。QOL スコアは 3 群間で差がなかった。健康であるのにも関わらず peri、post の女性の 25%が中等症または重症の更年期症状を経験していた。114 名（69%）が更年期症状による日常生活の支障を感じていた。peri、post の女性の QOL 低下は、更年期障害の重症度と有意な負の相関があった。対象の多くは医療機関を受診していないが、健康教育や更年期障害で悩む人同士の会などのヘルスケアサービスを求めていた。地域には更年期障害に対する援助を必要としている人がかなり存在することが明らかになった。

研究３．更年期女性の健康の維持増進・QOL の向上を目指した地域における看護介入の取組み

公募した 40～55 歳の女性で、研究に同意が得られた 8 名を 2 グループに分け、週 1 回、2 時間、5 回ずつのディスカッション・グループ（以下 DG とする）を実施した。KKSI と WHO/QOL-26 を使用し、介入開始前、介入開始から 5 週間後、10 週間後に評価した。介入による変化の自己評価も行った。KKSI と WHO/QOL-26 では、DG による介入の効果を短期間で評価することはできなかったが、質的データから更年期障害の悩みを持つ女性たちにとって、DG は新たな知識や情報を入手する場、仲間との共感や分かち合いの場になるだけでなく、アサーション・トレーニングの場としての有用性が示された。そのことから、長期的には QOL の向上が期待できると思われる。

〔総括〕

更年期体験には、閉経や更年期障害に関する情報の量と質、閉経に対する社会文化的な見方、更年期の女性の健康に対する医学的関心、勤労意識と道徳観、夫婦関係、保健医療の利用環境、社会・経済状況などの要因が関連していることが明らかになった。このことから、更年期障害に悩む女性の QOL を高めるには、身体、心理社会面を含めた全人的なケアが必要であることが示された。

次ぎに、地域で実施した調査で、健康な女性のなかに中等症および重症の更年期障害の人が 25%存在し、QOL も低下していることが明らかになった。これらの人の多くは医療機関の受診や相談を行なっていなかったが、更年期障害で悩む人同士の会などを求めていた。そこで、更年期障害で悩む人に DG による介入効果について検討した結果、有用性が示された。今後、研究を継続し、DG の対象人数や開催数を増すとともに、他の地区でも同様の効果がみられるか検証し、更年期女性の健康支援策の１つとして確立していきたい。

更年期女性の Quality of life に関する研究
―中年女性の健康プロジェクトに向けて―

序章　更年期研究の背景

Ⅰ．緒言・・・

Ⅲ．結果 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
１．対象の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
２．対象の更年期の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
３．更年期体験とそれに影響する要因・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
Ⅳ．考察 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
１．更年期を認識する過程 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 21
２．閉経、更年期、更年期障害に関する情報 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
３．更年期に向けられる否定的イメージ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 23
４．更年期の妻に対する夫の関心と態度 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
Ⅴ．結語 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
図１ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26

第３章　健康な中年女性の Quality of life に関する調査
－WHO/QOL-26 尺度を利用して―

Ⅰ．研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
Ⅱ．研究方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
１．調査期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
２．対象・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27
３．更年期ステージの区分・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28
４．調査内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28
５．倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
６．統計処理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
Ⅲ．結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
１．対象の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
２．閉経の移行状況と QOL ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
３．更年期障害と QOL ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32
４．医療機関を受診しない理由・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34
５．ヘルスケアサービスへの期待・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
Ⅳ．考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
１．更年期障害と QOL ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
２．医療機関を受診しない理由・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 36
３．ヘルスケアサービスへの期待・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
Ⅴ．結語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 38

第４章　更年期女性の健康の維持増進・QOL の向上を目指した
地域における看護介入の取組み

Ⅰ．研究目的・・・

序章　更年期研究の背景

Ⅰ．緒言

１．人生の移行期としての更年期

更年期とは女性の閉経を境にした前後数年間の期間をいい、この時期に女性ホルモンを主としたエストロゲンの分泌不足による精神､身体症状､いわゆる更年期障害が発生する。

わが国の産婦人科医の学術集団である日本産科婦人科学会は更年期を次のように定義している[1)]。「生殖期から生殖不能期への移行期である。この時期では加齢に伴い性腺機能が衰退し、とくに卵巣では排卵などの機能が消失しはじめ、やがて月経が不順から完全に閉止する。この期間をいう。更年期の経過中に月経が全く閉止するが、この閉経を中心とした狭い時期を閉経期という。閉経期はときには更年期と同意語に用いられることがある。わが国では 45～55 歳ぐらいが更年期の時期に相当する。」

そうしてみると、閉経期と更年期のことばがあり、両者は同義語的に使われているようである。しかし、日本では、閉経期ということばは、一般ではほとんど用いられておらず、閉経期と更年期を同義語として考えていない。更年期は単なる生物学的な閉経が停止する時期をさすのではなく､むしろ中高年への移行を示す時期としての意味が込められている。

２．更年期の語源

更年期ということばは、明治以前には使用された形跡はない。江戸時代の医学書､『婦嬰新説』[2)] に、閉経期を「経絶之期」と表現している。また、和漢医学では、女性の一生は、７年ごとに変化が現れ、７歳で「腎気」が盛り上がり、女らしさを表し、14 歳で「天癸」が充満して月経が始まり、49 歳になると天癸がつき、生殖能力がなくなり、閉経を迎えるとされ、天癸の減少が急であると、肩こり、頭痛、腰痛、冷え性などの障害が重くなるとしている [3)]。天癸の変化は、卵巣機能の低下と更年期障害の関連を示すと思われるが、更年期など特定の時期を示すことばはない。

更年期は、明治以降、西洋医学の輸入、翻訳に際し造られたと言われている。語源としては､英語の “climacteric” とドイツ語の “Wechseljahre” 説が有力である。“climacteric” は、転換期、 危機; 更年［月経閉止］期; （7 年ごとに来る）厄年を意味する[4)]。さらに、“climacteric” の語源は、ギリシャ語の “Klimakter” であり、梯子の横棒、人生の重大な時期を表し、男女の更年期、女性の月経閉止期、危険期、転換期、厄年を意味する[5)]。しかし、“climacteric” には、更年という意味は含まれていない。

一方、ドイツ語の “Wechseljahre” には、change of life、移り変わりの意味がある[6)]。そして､“Wechseljahre” の英訳は climacteric period である。英和辞典では “climacteric” は厄年と記してある[4)]。

「更年」は､「年」を「さらニ、あらたメル、ふケル」と読むことができる[7)]。明治政府が、1870 年に和漢医学、和蘭医学を排除し、ドイツ医学を採用[8)] した歴史的経緯をあわ

せて考えれば、「更年期」の語源は、ドイツ語の“Wechseljahre”であったと思われる。

このように、日本では、月経が閉止するという意味の閉経ではなく、女性の閉経を含めた、人生の経年変化における転換期を示す意味が強い更年期が用いられるようになった。

３．更年期研究の背景

更年期女性に対するケアの現状と、それがどのように研究されているかは、社会固有の女性の健康観の鏡である[9]。

更年期は、生物学的変化の時期であるだけでなく、生活の様々な局面において変化を余儀なくされる過渡的な時期であり、言い換えれば、社会学的な変化の時期でもある[10]。そして、更年期は誰もが通過する人生の転換期でもあり、更年期女性の健康問題は、生物学的変化だけではなく、心理社会的因子が複雑に絡み合い、その様相を呈する。

山崎[11]によると、日本における更年期研究の多くは、治療、症状、合併疾患、精神症状、内分泌に関するものが中心を占め、治療すべき疾患の１つとして研究が進んできた。しかし、社会において更年期がどのように位置づけられているか、または、女性が更年期にどのような体験をし、それに影響するものが何かについて検討した研究はあまりみられない。さらに、更年期の QOL の重要性が言われるが、現在の更年期に関する研究の多くは、医療機関を訪れる患者を対象にしてきた。QOL の評価も調査票を用いた研究論文は少なく、症状や検査値などの改善を持って QOL を評価したものが多かった。

３－１．更年期研究の動向

欧米では、1940 年代、更年期障害は“エストロゲン欠乏症”との概念[12]が広まり、自然閉経を迎えたすべての女性は卵巣機能不全という病気として扱われるようになった[13]。内分泌学者や医師たちは、これを治療するために、自然閉経した女性も両卵巣摘出により閉経した女性も同様にホルモン補充療法を一生続けるべきだと主張した[14]。その一方で、1970 年代に、社会学的研究において、更年期障害は社会・文化的文脈の違いによって申告される症状が異なり[15)−17)]、閉経は自然で生理的な体験として理解されている[18]ことが明らかにされ、疾病としての更年期の矛盾点が指摘された。その後、医学者と社会学者の間で閉経を１つの欠乏症とみなすか、否かについて議論が続けられてきた。

閉経は女性の一生における自然で生理的な出来事であるが、一方で、この時期には不定愁訴[19]が多い。ホットフラッシュと発汗は更年期障害の主要な症状であり、医療を求める理由のひとつとなる[20]。ホットフラッシュと発汗は不眠に影響し、慢性の不眠症は疲労を増やし、そのことは短気や神経質につながり、あたかもドミノ現象のようである[21]。このようなホットフラッシュ、頭痛、睡眠障害や気分障害は女性の QOL を著しく損なう[22]ことが報告されている。しかし、更年期障害が QOL 全般に与える影響についての研究は、あまり進んでいない。

この時期にみられる症状は、治療やケアにより改善可能なものがあり、更に、ライフスタイルの改善などを主体とした健康への取り組みが老年期の骨粗鬆症や動脈硬化などの症

状を予防することも知られてきた[23)24)]。

更年期障害が強い場合、女性たちは医療機関を受診し、ホルモン補充療法などの治療やカウンセリングを受ける。しかし、わが国ではかなりの女性が更年期は自然な過程と考え、症状を我慢して過ぎ去るのを待つことが多い。そのために、女性のなかには、社会的なサポートを受けずに閉経頃の 4～5 年の間、QOL が低下したまま過ごしている人がいるかもしれない。もし、彼女らにとって、利用可能な医療サービスがあったなら、それを活用することを望むかもしれない。しかしながら、このようなサービスを求めることと閉経状況との間に関連はなく、女性の閉経状況の情報のみに基づいてヘルスケアサービスの必要を判断することは非常に困難である。

３－２．更年期の社会的位置づけと女性の更年期体験

世の中、更年期ばやりである。女性向け雑誌はもちろんのこと、健康雑誌、週刊誌（女性誌、一般誌）、あるいは最近次々に発行される熟年向け雑誌など、毎月どれかの雑誌に更年期関係の記事が掲載されている。このような傾向は、新聞やテレビ、ラジオなど様々なメディアにおいてもみられる。

Mittenes[25)]は、大衆紙やメディアが、医療における更年期の不定愁訴の科学分析、更年期症状に対する治療の変化に関する情報と同時に更年期女性のイメージを与え続けていることに注目した。そして、1900 年から 1976 年までにアメリカのメディアで取り上げられた閉経に関する全ての記事や番組の内容分析を行い、次のように報告した。

1950 年以前は、閉経には肯定と否定の両方の価値が与えられていた。そして閉経は、自然で生理的な出来事であり、めったに医学的介入を必要とせず、女性の人生の穏やかな時、新しい人生の始まりのように思われていた。しかしながら、1950 年代に入ると、閉経に関する情報は、セクシュアリティの喪失、若さの喪失へと変わり始め、このような記事が頻繁にみられるようになった。閉経期の女性に対する医学的介入は、1960 年以前は深刻な更年期障害だけにエストロゲン補充療法が推奨されたが、1960 年以後は軽度な症状に対しても推奨するようになった。

更年期に関する情報は、メディアを通じて得ることが多い[26)27)]にもかかわらず、わが国では一般メディアにおける更年期情報の歴史的な変化についての研究は行われていない。

また、更年期症状は時代の推移に影響される[28)]と言われている。残念ながら、社会文化的側面から女性の更年期体験に着目した報告はみられない。

３－３．看護における更年期

看護における Women's Health Care の最大の目標は疾病の予防と健康の増進であり、よりよい生活のための知識の普及とセルフケアに基づく保健行動の実践を支援することである[29)]。更年期は、女性の加齢の自然なプロセスであり、こうした自然な身体の現象に対する援助者として、看護師は最も適切な位置にいる[30)]。看護の役割は、更年期女性の健康に関心を払い、うまく適応できているか、また何も問題がないようにみえても、その裏で大きな問題が生じていないか注意を払い、女性たちがより健康になるための手助けを行う

ことである[31]。

残念ながら、わが国では、1990 年頃まで看護の研究者、そして臨床の場でも更年期女性の健康問題に対する関心は低く、更年期関連の論文[32]は少なかった。近年、更年期女性の看護に関する報告が急増してきているが、実態調査や意識調査がその大部分を占め、看護支援に関する研究[33][34]は始まったばかりである。

月経・妊娠・出産などの reproductive health に関する看護研究は、その目標を、日常生活を支障なく経過するための援助とする点で一貫しているのに対して、更年期に関する研究は障害の発症予防に注目する傾向が強く[11]、医療機関受診者を対象としたものが多いとの批判がある。

医療機関で管理を受けていない女性が多いことを考慮すれば、更年期女性を対象とした看護は妊婦に対する母親学級以上に、健康維持、増進を目的とした保健活動の普及と健康管理システムの確立を推進することが必要である[35]。

厚生労働省が、1996 年に開始した「生涯を通じた女性の健康支援事業」は、今まで母子保健の枠でしかとらえられなかった施策から「女性の健康」の視点を打ち出した新しい試みである[36]。現在、この施策に従って、各地で更年期の健康教育や相談活動の事業が進められている。

更年期女性の支援方法の１つとして、Hunter[37]は、女性たちにとって、グループで更年期の問題について話し合うことは、過去の出来事から成果を再評価し、そのなかで未来を考える上で有用だと報告した。そして、Garcia ら[38]は、自助グループによる教育が更年期女性に心理的に好ましい効果をもたらし、プライマリケアにおいて有益であると報告している。

欧米では、更年期障害の悩みを持つ人同士の交流は、ディスカッション・グループやセルフヘルプあるいはサポートグループなどとして知られ、1980 年代から導入されている。欧米の更年期のセルフヘルプ・グループに関する研究は、そうしたものを持たない日本人にとって、極めて示唆するところが大きい[39]。日本でも、菊池ら[40]によってグループセッションの有効性が報告されているが、更年期障害に苦しむ女性の支援策の１つとして、その効果を検証したものはなく、更年期を語りあう会など[41][42]行政の事業や臨床などの必要に応じた実践が先行している。

以上より、わが国の看護における更年期研究の歴史は浅く、実態調査や意識調査がその大部分を占め、健康維持を目的とした看護支援に関する研究は少なく、今後期待される研究領域と考える。

３－４．更年期と QOL

QOL は、「生命の質」とか「生活の質」といわれ、これを漠然と理解するのは可能であるが、QOL の構成要素は研究者によって異なり、明確な概念、定義は未だコンセンサスを得ていない。しかし、欧米では QOL に関する研究が盛んに行なわれ、QOL は医療の質を評価する重要な指標として明確に位置づけられている。また、医療の評価では、医療の受

けてである患者の視点にたつことも重要である。これらを代表するのが健康関連 QOL（HRQOL；Health-related QOL）である。

閉経への移行が QOL に影響するかどうかを明らかにするために、1970 年代後半より多くの研究が行なわれてきたが、症状や検査値の改善をもとに QOL を評価するものが多かった。更年期女性の QOL について本格的な研究が始まったのは、1990 年代に入ってからである。

近年、信頼できる QOL 評価票を使用して、閉経の QOL に対する影響[43)−46)]および HRT による QOL の改善[47)−49)]に関する調査が行なわれた。

更年期女性の QOL を測定する評価票として、信頼性・妥当性が検証されたものに、イギリスの The women's health questionnaire (WHQ)[50)]やアメリカの The Utian quality of life scale (UQOL)[51)]などがある。しかし、これらのうち、日本語に翻訳され、使用されているものはない。

また、Short-Form General Health Survey（SF-36）[43)48)49)52)]や EuroQol[48)]のような一般の健康関連 QOL（HRQOL）評価票が、閉経の移行期の QOL を評価するために有用であることが明らかにされている。HRQOL を使用することで、更年期女性と他のライフステージにある女性と比較が可能となり、そのことによって、加齢による QOL の変化を明らかにすることができる。

Boulet ら[16)]による香港、インドネシア、韓国、マレーシア、フィリピン、シンガポール、台湾で行われた大規模調査によって、更年期症状は西欧社会で一般的に報告されたものより穏やかではあるが、アジアの女性も同様に経験していることが報告された。顔面紅潮と冷汗の頻度は西欧社会に比べると低いが無視できず、心理的な苦痛を訴えた割合は西欧社会と同じであった。Bromberger ら[52)]は、40 歳～44 歳の 16,065 人を対象にしたコホート調査で不規則な月経と心理的な抑うつとの関連を指摘し、白人女性は、その他の人種、民族に比べて抑うつが有意に強かったことを報告した。

更年期症状の訴え方にも文化間あるいは文化内での違いが存在した。評価票と質問票は簡単には他の言語に翻訳することができないため、異文化間の比較で信頼できるものはまれである。また、Kaufert と Syrotuik[53)]は、異なる社会的文化的集団に存在するステレオタイプの見方が、個人の経験を選択し、標準化するための枠組みとして作用することを指摘した。

もし、更年期の QOL の変化が人種によって違いがないとしたら、世界で統一された調査用紙を使うことは国際比較をする上で都合がよいであろう。しかし、更年期障害指数も更年期関連 QOL も国際共通の調査用紙は開発されていない。多くの QOL 評価票は英語で開発され、他の言語に翻訳されてきた。Bowden[54)]は、1990～1999 年の間に出版された 9 つの異文化間の QOL 調査票《15D(15 Dimensional Questionnaire), Dartmouth COOP/WONCA Charts, EuroQol, HUI, NHP, SIP(Sickness Impact Profile), SF-36, QWB, WHOQOL》について検討した。

日本で、閉経や更年期障害が QOL に与える影響を調べようとするとき、日本独自の標準化された QOL 評価票はなく、異文化で開発されたものを使用しなければならない。
医療のアウトカム研究（日常行われている医療行為を系統的にかつ定量的に評価する）において、Short-Form General Health Survey (SF-36)に続いて、the World Health Organization quality of life assessment (WHO-QOL)が文献数を独占している[54]。6 つの調査票《15D , COOP , EQ5D (EuroQol 5D), SF-36, SIP, WHOQOL》の日本語版のなかで、WHO-QOL は他のどの調査票よりも広範囲に報告されていた[54]。そして、WHO-QOL は、SF-36 に見出されないセクシュアリティの項目を含む。セクシュアリティは、特に閉経移行期の女性たちの身体的、情緒的そして心理的 Well-being において大変重要な部分を占める[55]。更に、WHO-QOL は、同等性において最も厳しい評価を受けており、日本を含めた国々を横断的に信頼性と妥当性のある解釈を提供する可能性が大きい。

３－５．更年期障害指数

更年期症状は、多彩で症状が一定せず、自覚症状が主体であるため、客観的に評価する指標が必要となる。Kupperman Menopausal Index（以下、KMI と略）[56]は、更年期の愁訴を把握、評価するために、血管運動神経系、知覚神経系、運動器官系、神経系の各分野別に障害を評価し、重要度を示す評価係数を乗じて数値化したもので、1952 年にアメリカの Kupperman によって開発された。翌年、Kupperman らは、修正版（Blatt）[56]を報告し、いくつかの症状に重みづけを行なった。KMI に対して、用語の定義の不適切性やスコアリングの問題など[57]いくつか批判がある。それにも関わらず、KMI は国際的にも認められ、50 年近く婦人科領域で使用されている更年期障害の評価指標である。

最近では、更年期症状の重大さを測定する現代版の尺度が、スコットランドの Greene Climacteric Scale[58]、ドイツのシュナイダーによる Menopausal Rating Scale[59]など、いくつかの国で開発されている。しかし、Greene Climacteric Scale は、Neyugarten と Kraines[60]の尺度からつくられたが、Neyugarten と Kraines が閉経期の女性と関連があるとした乳房痛や膣萎縮の症状は含まれていないなど問題が指摘されている。わが国でも、吉沢ら（2003）[61]が、オーストラリアと日本の女性の更年期症状を比較するために Greene Climacteric Scale を用いた。女性の閉経における健康上の問題をより理解するためには、異文化間の比較は重要である。更年期障害は、社会文化的、民族的な違いによって訴えられる症状に違いがあるため、評価の目的や尺度の特徴をよく考えて使用する必要がある。

わが国では、1974 年に安部によって日本人向けに改変された、Kupperman Kohnenki Shohgai Index（以下、KKSI）[62]が、血管運動神経系症状が過大に評価されるという批判はあるものの 30 年以上にわたり研究だけでなく、更年期障害の診断や治療効果判定などに臨床で広く使用されてきた。

近年、日本人女性の更年期症状を測定するために、Koyama simplified menopausal index[63]が開発された。KKSI に比べて項目数が少なく、短時間で行えるなどの理由により臨床的評価を与えられ、多くで使用されているが、統計学的な妥当性と信頼性の検証が行

なわれていない。

Ⅱ．論文の構成

緒言において言及した更年期女性の QOL に関する種々の問題点を踏まえ、本研究を実施した。論文の構成は、以下のとおりである。

第 1 章　更年期に関する新聞、女性雑誌の記事の歴史的変遷に関する文献的考察
第 2 章　閉経後の女性の更年期体験にみられる時代背景の影響
第 3 章　健康な中年女性の Quality of life に関する調査
－WHO/QOL-26 尺度を利用して－
第 4 章　更年期女性の健康の維持増進・QOL の向上を目指した
地域における看護介入の取組み

第１章　更年期に関する新聞、女性雑誌の記事の歴史的変遷に関する文献的考察

Ⅰ．研究目的

Mittenes[1)] は、大衆紙やメディアが、医療における更年期の不定愁訴の科学分析、更年期症状に対する治療の変化に関する情報と同時に更年期女性のイメージを与え続けていることに注目した。そして、1900 年から 1976 年までにアメリカのメディアで取り上げられた閉経に関する全ての記事や番組の内容分析を行なった。

更年期に関する情報は、メディアを通じて得ることが多い[2)3)]にもかかわらず、わが国では一般メディアにおける更年期情報の歴史的な変化についての研究は行われていない。

そこで、本研究では、明治以降に発刊された朝日新聞、婦女新聞、女性雑誌の記事や広告の分析を通じて、更年期や更年期障害の認識が社会のなかで、どのように広がり、変化したかについて概観し、今後の更年期女性の看護を考える上での資料とすることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

１．分析対象および方法

分析対象とした資料は、以下のとおりである。

朝日新聞は、明治 21 年（1888）の創刊号から平成 11 年（1999）までの朝日新聞記事総覧、朝日新聞復刻版、朝日新聞縮刷版を使用した。

婦女新聞は、明治 33 年（1900）から昭和 17 年（1942）に廃刊されるまでの婦女新聞縮刷版（不二出版）を使用した。

女性雑誌は、近代婦人雑誌目次総監を利用し、明治 17 年（1884）から昭和 25 年（1950）に発刊された「女学新誌　復刻版（大空社）」、「婦人衛生雑誌　復刻版（大空社）」、「女性日本人　復刻版（政教社）」、「婦人年鑑　復刻版（日本図書センター）」、「女性展望（市川房枝記念会出版部）」、「婦人の世紀　復刻版（大空社）」など 40 誌を使用した。このうち、「婦人之友（婦人之友社）」（1908～）、「婦人公論（中央公論社）」（1916～）、「主婦の友（主婦の友社）」（1917～）の 3 誌については、創刊から 2000 年までを検索の対象とした。

記事の検索に使用したキーワードは、更年期、更年期障害、閉経、閉経期、中高年女性、不定愁訴である。

検索した記事を年代および内容ごとに整理した。

Ⅲ．結果および考察

検索できた更年期関連の記事について、以下の３つの観点から整理し、考察を加えた。

１．「更年期」の出現と更年期医療の進歩、ホルモン剤の販売戦略

更年期ということばが最初に使用された記録があるのは、小栗風葉の小説、『青春』秋の巻（1905-06）[4)]であり、「更年期（カウネンキ）の婦人が感ずる病性の総覚」と表現されて

いる。しかし、明治時代には、医学論文や新聞、雑誌において、「月経閉止病」、「女子の變換期」、「變換期の障礙」などのことばは使用されているが、更年期ということばはでてこない。更年期が現れるのは、1917 年に婦人衛生雑誌に掲載された『抄録　更年期に於ける婦人の衛生』[5]である。

昭和に入り、「閉経期」はあまり使用されなくなり、「更年期」という概念が急速に広まった。そのきっかけには、製薬会社のホルモン剤の販売戦略が影響しているように思われる。1896 年にドイツの医師が卵巣欠落症状に卵巣製剤を用い、1923 年にはアメリカの研究者が卵巣ホルモンの有効成分を分離した[6]。1926 年の婦女新聞の健康相談コーナーでは、「閉経期障害には卵巣製剤の注射が一番有効」だと勧めている[7]。1931 年の朝日新聞の記事[8]には、「女性をおそふ　更年期の悩み」と、はじめて「更年期」ということばが用いられた。当時、更年期障害は、月経閉止期の異常であり、その原因は甲状腺と卵巣と考えられ、甲状腺と卵巣エキスによる治療が勧められた。これ以後、新聞、雑誌に更年期や更年期障害に関する記事やホルモン剤の広告[9]が頻繁にみられるようになった。

1935 年頃には多数のホルモン剤の広告が新聞や女性雑誌に掲載された。そのコピーには、更年期障害に効果があると謳っていた[10]。その後、満州事変、太平洋戦争へと進んでいくなかで、更年期に関する記事は全くみられなくなった。しかし、ホルモン剤の広告は戦時中も掲載され続けたが、宣伝文中には更年期あるいは更年期障害はあまり見られず、「女性の生理を整えて無欠勤増産へ」[11]などとホルモン剤の効用にも戦時の色が強く現れていた。

更年期が再び注目されるのは、1950 年以降である。ホルモン剤やビタミン剤などが健康保持のための薬として盛んに宣伝され、ピーク時には 19 社 116 品目が製造されていた[12]。女性の更年期障害に効果があるだけでなく、男性更年期障害（男性に好かれ、女性に尊敬されるこんな男になりたい　精力減退、更年期障害、・・・）[13]、あるいは夫婦の更年期障害（病気でない病気　更年変調に・・・・。　女性も男性も、三十を過ぎると更年期の入口にさしかかり・・・）[14]に効果があるなど、各種のコピーが出現した。

誰でもが薬局や通信販売でホルモン剤を購入[10]することが可能であった。しかし、不適切な使用による重篤な副作用の発生などの弊害が指摘されるようになり、消費者団体は 1968 年、厚生省に対して「保健薬洗い直し」を求めた[15]。これを受けて、厚生省は 1969 年 12 月から、ぜんそく吸入剤、女性ホルモン、精神安定剤を医師の処方がなければ買うことができない要指示薬に指定した[16]。これ以後、ホルモン剤の広告は新聞、雑誌から姿を消した。ホルモン剤の広告が姿を消した背景には、あまり大きく取り上げられることがなかったが、エストロゲン単独投与による子宮内膜癌の増加が報告[17]されたことも影響していると思われる。現在、一般の人には、漠然としたものではあるが、ホルモン剤は怖いといったイメージが存在する。

更年期障害に対する治療は、これまで、何もしないで様子をみるか、対症療法が多かった[18]と言われているが、1950 年代までは、更年期障害に対してホルモン補充療法が頻繁に使用されていた形跡が、新聞、雑誌の記事や広告から読み取れた。また、『更年期』（九嶋、

1958）[19]には、「更年期の内分泌状態が明らかにされ、Estrogen 不足が本症の原因と考えられるようになってから、昔から更年期障害に用いられた鎮静剤使用は対症療法であるとして余り顧みられなくなった」と、書かれている。当時の内分泌性更年期障害の治療法は、Estrogen 療法を中心に、Androgen 療法、Estrogen と Androgen の混合ホルモン療法など、ホルモン剤を用いた治療法がかなりの数を占めていた [19]。また、更年期障害に対する治療法は若返り療法としても用いられ、臓器埋没療法 [19]に至っては、一時ジャーナリズムの波にのって宣伝され、数年、都会で大流行 [20]したが、時の経過とともにほとんど顧みられなくなった。

1985 年にホルモン補充療法にプロゲステロンの併用が行われ、子宮内膜癌のリスクを抑えることが可能となり、骨粗鬆症や動脈硬化などにも有効なことが明らかになった。更年期医療は、治療医学から予防医学へとの転換が始まった。日本でも更年期障害に対する新しいホルモン補充療法 HRT（Hormone Replacement Therapy）が注目され、治療だけでなく予防に取り組むクリニックも現れた。ホルモン補充療法が注目される一方で、自然な「節目」の一つを治療対象とすることに疑問視する声もあった [21]。このような歴史的変遷はあったが、日本では HRT はあまり普及せず、現在でも数パーセントの使用にとどまっていると言われ、代替療法を用いることが多い。

２．更年期に対する社会的イメージ

更年期に対する現代のイメージ形成に主な役割を果たしたのは、女性を対象とした新聞、雑誌のように思われる。

1918 年には、中村古峡 [22]は、閉経頃の女性について、「嫉妬心、財物に対する執着心が強く、道理なき訴訟や犯罪を起こすことがあり、また、羞恥心が著しく減退し、自己本位で大胆」などと偏見に満ちた解説を行っている。

このような傾向は、1920 年以降も続き、男性の医師たちは、月経が閉止することは、生殖能力がなくなったことを意味し、もはや「老」の文字をつけても差し支えないとか、精神が荒っぽくなり、女性の最も危険な時期とした [23]。また、ウイルヒョウによる卵巣の内分泌が女性の性徴に密接に関係があるとの研究成果も紹介された [24]。さらに、更年期には、賢婦人にさえ心理的衝動が現れる傾向があり、あらゆる婦人にとって心理的スランプの時代、「危険年齢」[25]とした。

これら否定的な更年期女性像の根拠の多くは、海外文献や診療対象となった一部の女性から受けた印象であった。

このような偏見に満ちた更年期女性像に対して、「（前略）一人の女性がもはや生殖機能を終わったからといって、彼女の人生に性というものがなくなり、性を捨てて顧みなくなることはない。（略）別の母性が目覚めて、子どもとの生活とはちがった自分だけの生活があり、平和で輝かしい人生が繰り広げられていく。（略）中年を過ぎた女性は、これまで得た人生経験によって、欲するままに歓喜を味わうことができる。（後略）」など、サラ・ト

レントの『女性幸福読本』[26]が紹介された。しかしこれを紹介した女医自身、その後に記した文中で、「更年期障害は一般には、子どももなく物質に不自由しないような有閑婦人に重く現れ、また、お定まりの嫁いじめなどを起こすことがある。」[27]と表現しており、否定的なイメージから脱却できていない。その後、否定的な更年期女性像は、女性作家の随筆『尻尾を出す』[28]のテーマともなった。

1936 年、嶋津女史（現代日本総合婦人会理事長）らが一種の宗教的行為によって不敬罪で検挙された [29]。そのことは、経験が豊富で理性も完成したと思われる婦人に起こった不可解な現象として「更年期婦人の陥り易い危険な時期」[30]と婦女新聞に書かれた。

その後も更年期に対する偏った見方や否定的なイメージは続いた。

1955 年、「女の一生健康展」が東京で開催され、更年期が女性の一生における大きな健康問題の一つとして取り上げられ [31]、社会的関心が高まった。1959 年には、評論家の石垣綾子が、『中年婦人の生き方』を 6 回にわたって連載し、そのなかで更年期は、「妊娠の恐怖から解き放たれて、自由に活動できる新しい生涯の門出」[32]とした。しかし、当時の広告の中では、「より美しく　より女らしく　女性としての真の健康美を保つために女性ホルモンをお忘れなく」[33]、「奥さんのブラブラ病に新薬が発売」[34]など、美や若さの喪失、障害、怠惰、ヒステリーなどが強調されていた。

1970 年代に入ると「更年期」イコール「人生の終わり」といったイメージが少なくなった [35]。そして、70 年から 71 年にかけて、婦人公論で、更年期をテーマにした佐藤愛子の長編小説『その時がきた』[36]が連載された。これに対する読者の反応は大きく、一般女性の投稿も増えた。その後も、女性評論家や作家が相次いで個人的更年期体験を語り始めた。この傾向は女性雑誌に顕著にみられた。1980 年代には、この動きが加速し、更年期の問題を取り扱った本、『その時がきた』、『更年期を生きる』、『いい女の更年期』などが相次いで出版され、更年期への関心が高まった [37]。内容も医学関連のものから、明るく元気がよいものへと変わっていった。さらに、イメージを重要視する女優の個人的体験なども幅広く紹介された。

1995 年には、更年期をテーマにした連続ドラマ『母の出発（たびだち）』がテレビに登場し、更年期ブームに火がついた [38]。このドラマの原作は、村田喜代子の小説『花野』[39]である。自分のからだに訪れた老いの兆しと心の変化に揺れながら、自分らしく生きたいと願う更年期女性の姿が描かれた。この年、各新聞で、更年期が取り上げられ、朝日新聞では『ありのままの更年期』[40]として、投稿も含めて 13 回にわたる特集が組まれた。ここでは、「これまで「女の終わり」とされ、語るのがためらわれる暗い話題だった更年期が変わりつつある。女性たちは自らのからだと心の変化にありのままに向き合い、自分らしく生きようと行動し始めた。」と、紹介された。

2000 年には、石坂晴海が婦人公論で『脱コウネンキ宣言』[41]を行い、コウネンキを女の心意気とユーモアーで明るく乗り切ろうと 6 回にわたって連載され、大きな反響があった。

1998 年には、男性更年期をテーマ [42]にしたシリーズが始まり、更年期は男女共通の問題

として取り扱われるようになった。

Duffy[43]は、女性の健康問題を取り扱う産婦人科医の male bias を指摘し、更年期について個人的経験が全くない男性研究者は男性の観点でしか判断できないと批判した。わが国の新聞、女性雑誌においても、更年期のことばの出現と同時に、男性を中心とした医師らによって、更年期関連の記事が書かれた。これらの記事によって、更年期に対する否定的イメージが強調されていった。更年期に対する若さの喪失やセクシュアリティの喪失、危険な時期といった否定的なイメージは未だに残っているが、1990 年以降、更年期が日常の話題に上ぼるようになり、女性自身が更年期に対する前向きな取り組みや更年期を明るく捉えようといった動きが広がってきている。このような新聞や雑誌に代表されるメディアは女性の情報入手先として一般的なものであり、影響力も大きいと思われる。

更年期関連記事が増加した背景には、更年期医療の研究や進歩のほかに、女性の社会進出、女性の経済力の向上、高齢社会の到来による更年期女性に対する社会的関心の高まり、更年期を肯定的に表現することばの出現などの要因も影響していると思われる。

３．当事者である更年期女性の医療に対する主張と参加

1980 年に起きた富士見産婦人科病院事件（病気といつわり不要な手術で患者たちの子宮や卵巣を摘出）をきっかけに、女性のからだに関する意識が大きく変わった。1980 年代は、医療任せに強い危機感を持った女性たちは、自分のからだ・健康を自分の手に取り戻す歩みを確実に積み重ねた[44]。

1990 年代には、日本アマラント協会[45]、女のからだと医療を考える会[46]などの女性グループがシンポジウム、セミナー、ワークショップなどを開催し、更年期障害の治療法や情報などを提供する活動が盛んになった。また、日本アマラント協会は、更年期障害の特集を組んだテレビや雑誌に意見を寄せた女性を中心に全国 500 人にアンケート調査[47]を行い、病院を受診した人の 84%が婦人科以外の科を受診し、適切に診断してもらえないケースがあること、また、医師がまともに相手をしなかったことへの怒りの声が多かったなどについて報告した。この結果をもとに、医師には「からだ全体を見てほしい。」と要望を出し、女性たちにも「更年期について正しい知識をもつことが必要」だと投げかけた。

1999 年、更年期からの女性の健康を考える、東京の自助グループ「メノポーズを考える会」は、電話相談に不安感や不眠など様々なからだの変調を訴える女性からの電話が全国から相次いだことより、女性のからだを総合的に考える医療機関の必要性を訴えた[48]。

その後、2001 年に鹿児島大学での女性専用外来の設置を皮切りに、急速に女性専用外来が全国に増加している。

日常生活の中で「更年期」が堂々と語られるようになったのは、それほど昔のことではない。更年期や更年期障害、そして、ホルモン剤などの治療に関する誤解や偏見は、未だに残っている。タブー意識が急速に薄れはじめたのは、女優やタレントなどの有名人が、自分の更年期を赤裸々に語り始めたここ 10 年位のことである。丁度それは団塊の女性たち

が大挙して更年期を迎えた時期でもある。更年期女性の増加は、雑誌で特集が組まれるほかに、保健、栄養、美容、衣類などの新たな顧客を生み出し、産業に大きな影響を与えるまでになった。

その一例としてメノポーズを考える会[49)50)]は、更年期障害や治療法の情報を得るだけでなく、自ら充実した更年期医療が受けられるために、医療機関や行政に対して、様々な要望や提言を出しながら、更年期女性の生涯にわたるQOL向上を目指した健康作りのための啓発とサポート活動を行っている[49)50)]。

近年、わが国では高齢化の進行に沿って、更年期から老年期にかけてのQOLの向上への関心が高まり、予防医学的な観点から、更年期からの長期的な女性の健康管理の重要性が指摘されている[51)]。このような動きに対して、樋口[52)]は、更年期・高年期の健康は、医学的アプローチが中心であり、女性自身による自画像が未確立であり、女性自身の健康およびこれに関する女性の自己決定への配慮が必ずしも十分でないことを指摘した。

Ⅳ．結語

更年期や更年期障害の認識がどのように広がり、変化したかについて、明治以降に発行された朝日新聞、婦女新聞、女性雑誌の記事や広告の分析を通じて検討した。

更年期ということばは、1870年代に明治政府がドイツ医学を採用した際に翻訳されたことばであるが、新聞などに頻繁にみられるようになったのは、1931年以後であった。その背景には、ホルモン剤の開発と広告戦略があった。更年期には、人生の転換期といった意味があるが、更年期や更年期障害のイメージは、若さやセクシュアリティの喪失、ヒステリーなどといった否定的なものが多かった。1970年以降、更年期医療の発展とともに、更年期関連の記事が増えた。この頃、女性評論家や作家が相次いで、個人的更年期体験を語り始め、1980年代後半には、更年期関連の図書が急増した。1995年には、テレビドラマで更年期が取り上げられ、更年期ブームに火がつき、日常的な話題になった。その後、女性だけでなく男性にも更年期症状があるという認識が広まってきている。

更年期ブームを後押ししたのが更年期女性のパワーである。作家や女優だけでなく、一般市民も自己の更年期体験を語り始めた。そして、その動きは、更年期の自助グループへと発展し、医療や行政に提言するまでになってきている。

現代は昔と違って、更年期や更年期障害について日常的に語ることができる時代になってきた。しかし、そのような時代であっても、更年期や更年期障害に対する否定的な考え方や態度は残っており、そのことが更年期女性の保健行動への取り組みを妨げているように思われる。女性の健康に対する閉経の影響が十分に研究されないまま、更年期に対する社会的認識が形成されるのは問題である。

今後の更年期女性のQOLを考える上で、更年期体験にどのような考え方や態度が影響しているのかを探る必要がある。

第２章　閉経後の女性の更年期体験にみられる時代背景の影響

Ⅰ．研究目的

更年期症状は時代の推移に影響される[1)]と言われている。残念ながら、社会文化的側面から女性の更年期体験に着目した報告はみられない。そこで、時代によって異なる社会文化的背景の中で、そこに生活する女性の更年期体験を２つの地区をモデルに検討した。

本研究の目的は、1970～1980 年代に更年期を過ごした、閉経後の女性の更年期体験をその時代背景との関連において検討することである。

Ⅱ．研究方法

1．対象

H 県の２つの農・漁業地区に居住する閉経後の女性 27 名（A 地区:14 名、B 地区:13 名）である。

２．データ収集期間

平成 13 年 3 月～7 月。

３．調査方法

３－１．対象抽出

更年期体験に関する２つのフォーカスグループを H 県の A、B 地区から協力者を介して募集した。対象は、日常生活や会話に支障がない閉経後の女性で、研究協力の同意が得られた集団である。

３－２．地区の特徴

A 地区は農漁業中心であるが、1970～1980 年代は道路などの土木工事が盛んに行われ、日雇労働をした女性が多かった。B 地区は農業中心であるが、1980 年代に工場が進出し、工場勤務者が増えた。

３－３．面接方法

半構成式集団面接を 1 時間半～2 時間、2 つの地区でそれぞれ 2 回に分けて、計 4 回、集会所などで実施した。

集団面接の前に、基本属性（現在の年齢、閉経状況と閉経年齢、閉経前後の体調、更年期障害の診断の有無など）ついて質問した。

集団面接の進行は高橋のインタビューガイド[2)]を参考にした。参加者に、質問には正解や誤答がないことを強調し、自分の考えを自由に話すこと、同意見も反対意見も、それぞれの答えが重要であることを伝えた。また、答えにくい質問には無理に答える必要がないことを説明した。

面接では、最初に「あなたの更年期の体験について話してください」という Open-ended 式の質問を行い自由に話すように促した。話が途切れた場合には「更年期頃のあなたの生活状況を話してください」などの質問を行い、参加者の体験の内容を理解するようにした。

面接は 2 回に分けて実施した。2 回目の面接のはじめに、1 回目の面接結果の要約を行い、参加者が話した内容について確認を行なった。

３－４．分析方法

録音内容を逐語録とし、更年期体験に関する内容の文節を抽出し、KJ 法[3)] を用いて研究者 3 名で分析し、整理・統合、図解化、文章化を行った。データを整理する際に、面接時のメモ、観察記録を参考にした。

データの信頼性・妥当性を高めるために、面接はそれぞれ 2 回ずつに分けて行い、データの内容と解釈に間違いがないことを後日参加者に確認した。

４．倫理的配慮

研究目的を文書と口頭で説明し同意を得た。データは研究目的外に使用しない、参加者の匿名性の保持と途中棄権が可能であることを説明した後、録音の承諾を得た。

５．対象が更年期を過ごした頃の社会状況

1961 年に国民皆保険制度が発足した。1978 年に第 1 次国民健康づくり対策が開始され、家庭婦人を対象とした健康診断が行なわれるようになった。1970 年以降、石油ショックが起こり、不況になった。この頃、H 県では専業農家が著しく減少し、農業従事者に占める女性の割合が男性の倍以上になった[4)]。

Ⅲ．結果

１．対象の概要

対象の現在の年齢は 57～78 歳、平均 68.8（±6.5）歳であった。現在、参加者のほとんどが、慢性疾患（高血圧、糖尿病など）や関節痛などの疾患に罹患していたが、日常生活に支障はなかった。

２．対象の更年期の状況

更年期頃の就業状況は農漁業に従事したか、工場などに勤務しており、専業主婦はいなかった。未婚者もなかった。

閉経の状況は、自然閉経が 25 名で平均閉経年齢は 50.1 歳（45～60）、外科的閉経は 2 名であった。参加者が更年期を過した年代を閉経年齢から推測すると、1970 年代 14 名、1980 年代 13 名であった。

27 名のうち、医療機関を受診し、更年期障害と診断された人は 4 名（14.8%）であった。そのうち、50 歳頃に頭痛とほてりがあり、更年期障害ではないかと思い内科を受診した人が 1 名あった。他の 3 名は更年期障害の自覚がなく、症状に応じて内科、整形、耳鼻科など複数の病院や診療所を受診した。残りの 23 名（85.1%）は更年期や更年期障害について、「意識した覚えがない」、「よく覚えていない」、「わからない」などと答えた。

更年期や更年期障害について自覚が不確かであった 23 名のうち 12 名（52.2%）が閉経頃にほてり、発汗、体調不良、目眩、頭痛、肩こり、手のしびれなどの症状を自覚していた。残りの 11 名（47.8%）は、閉経頃に不調を感じていなかった。

３．更年期体験とそれに影響する要因

図１に 1970～1980 年代に、更年期を過した人たちの《更年期体験》として、【更年期の自覚】、【閉経の自覚】、【老いの意識】の３つのカテゴリーが得られた。

これらの《更年期体験》に影響する要因として、【閉経と更年期の認識】、【閉経・更年期情報】、【休養することの難しさ】、【更年期イメージ】、【医師の対応】、【更年期の性と生殖】、【月経の体験】、【女性向けの健康教育】、【家族と生活】、【地域、社会状況】が得られた。その他、【現在】の１１のカテゴリーが得られた。

３－１．更年期の体験

《更年期体験》の中心テーマは、[不確かな更年期の自覚]であった。このような更年期の自覚に対して【閉経の自覚】は明確であった。また、更年期の自覚が不確かであるように、当時、【老いの意識】を持った人もなかった。

３－１－１．更年期の自覚

①不確かな更年期の自覚

更年期は「意識した覚えがない。」、「よく覚えていない。」などと答え、その自覚は不確かであった。その理由として “忙しさ”と“暇がない”が強調された。

②更年期障害

更年期障害を自覚して受診した人は少なく、ほとんどの人が更年期障害の自覚がなく、症状ごとに内科、整形、耳鼻科など複数の病院や診療所を受診した。様々な検査をして、どこも悪くないと言われ、最後に婦人科を受診し更年期障害の診断がつけられた人もあった。

３－１－２．閉経の自覚

①閉経時の症状

更年期を意識しなかった人の半数が閉経頃にほてり、発汗、体調不良、目眩、頭痛、肩こり、手のしびれなどの症状を自覚していたが、それらを更年期障害と結びつけた人はなかった。

②閉経への反応

閉経前後の不正出血に癌や妊娠を心配した人が多かった。閉経を迎えて「思う間がなかった。」、「寂しかった。」、「生理や妊娠から開放され、ほっとした。嬉しかった。」などと語った。閉経に特別の感慨を持たなかった人、寂しさを感じた人、反応は様々であったが、月経や妊娠からの開放を表すことばが多かった。

③女らしさ

閉経後に乳房や外陰部が萎縮し、女性特有の体つきが失われることを経験から知っていた人もいた。閉経したら、漠然と女でなくなると感じた人もいたが、「女らしさを失うことはなく、男性化もしなかった。」、「閉経は女が終わるという意味ではなく、区切りのようなもの。」と語る人がいる一方で、「ものの言い方が荒っぽいというか、生理がなくなったら男同然。」と語った人もいた。

３－１－３．老いの意識

年をとることは「考えなかった。」、「不安はなかった。」など、更年期の頃に老いを意識し、不安を感じた人はいなかった。また、老年の女性に対する特別な見方や感情も示されなかった。

３－２．更年期体験に影響を与える要因

図１では、《更年期体験》に影響した要因として、【閉経と更年期の認識】があった。閉経頃に症状を感じていても、〔不確かな更年期の自覚〕は、【更年期の認識】がないことが関係し、また、更年期の自覚がないから更年期も認識しにくいといった状況が相互に関係していた。更年期をはっきりと認識出来ないことには、【閉経・更年期情報】の不足が影響していた。困難な【月経の体験】との関連して、【閉経（・更年期）情報】が求められることもあった。【閉経・更年期情報】、【月経の体験】には、【女性向けの健康教育】が影響していた。初潮教育はあったが、他の教育はなかった。初潮教育のなかでは、月経は［恥・不浄（の意識)］として伝えられた。そして、初潮、月経の話は、妊娠と広がり、【更年期の性と生殖】の話題となった。また、【更年期の性と生殖】には【閉経の自覚】のなかの［閉経への反応］と［女らしさ］が関連した。

［更年期障害］を自覚した人たちは、その理由して【家族・生活】の大変さ、【休養することの難しさ】を挙げた。1970～1980 年代の【地域、社会状況】は厳しく、家庭の状況と関連があった。そして、この地域では女性は労働力として期待されており、否定的な【更年期イメージ】は、閉経頃の不調に向けられていた。閉経頃に不調を自覚しなかった人は、忙しさ、暇がないことを理由にした。どこも悪くない、病気ではないという【医師の対応】と相乗して《更年期体験》に影響を与えた。

《更年期体験》は【現在】と対比しながら語られた。

３－２－１．閉経と更年期の認識

①閉経とは

閉経については、月経が閉止するため、現象としてはっきりと捉えられていたが、「あがる」、「抜ける」など通俗的なことばで説明された。

②更年期とは

更年期は「わからない、知らない。」、「更年期に入っていく時期は、それがはっきりした病気ではないのでわからない。」と答える人が多かった。逆に、「閉経前かな。」、「50 肩が更年期。」、「更年期障害。」、「どういう病気があるのですか。」、「年をとって出るのですか。」などと質問する人が多かった。

③更年期障害とは

更年期障害について、自律神経障害や卵巣機能や閉経との関係で説明した人がいたが、多くの人は、よくわからなかった。

更年期障害の関連要因について、更年期障害がひどかった人たちは、「夫の入院、姑の病気、子どもの受験と何役も果たしていた。」ことなどを挙げた。

３－２－２．閉経・更年期情報

閉経に関する話はよくされていたが、その内容は「33 年と 3 ヶ月で終わる。」、「早く始まったら、早く終わる。」といったものであった。参加者の多くが更年期情報や話題が少なかったと述べた。

1970 年代に更年期を過した人たちは、更年期の情報を得ていなかった。「四十肩、五十肩というのはよく聞いた。」、「親は更年期の話はしなかった。」、「昔の人は我慢強いのか聞いたことがない。」、「親の時代は、子どもをたくさん産み、一生懸命働いて、更年期になってもそれどころじゃなかった。」、「更年期と言えることは幸せな時代。」と語った。

1980 年代前半では、自分が子どもの頃に、母親たちが、更年期について話していたのを覚えていた人が 1 名いた。80 年代後半になると、病院を受診して更年期障害を知った人もいたが、多くは職場で同僚から「更年期じゃないの。」と言われ、また、「職場で暑い、暑い、また発作がでた。」と言う同僚を見て知った人が多かった。

現在でも、参加者のなかに「更年期とよく聞くが、何なのかよくわからない。」と答える人が多かった。逆に「更年期はどのような病気ですか。」、「閉経すると更年期障害になるとは思わなかった。」、「お産をする、しないで更年期障害はあるのですか。」、「虚弱な人が更年期になるのだろうか。」、「悪阻がひどい人がなるのだろう。」、「75 歳の時、立ち上がることができず、医師に更年期障害と言われた。年をとってでるのですか。」などの質問が多くでた。

参加者たちは、更年期情報に触れる機会が少なく、情報は身近な女性や職場などの女性同士のつながりを中心に広がっていた。その後も、正確な情報を得る機会は少なく、現在でも更年期や更年期障害ということばは知っているが内容は知らないという人が多かった。

３－２－３．月経の体験

「血が気になって仕方がなかった。トイレも男女別ではないし、気をつかった。」、「夜は熟睡できなかった。」など、更年期よりも月経の対処に悩んだ人が多かった。そのため閉経を待ち望む気持ちがあったことが語られた。

３－２－４．女性向けの健康教育と恥・不浄の意識

更年期は自然に月経の話しとなり、「出血は汚いもの。下着は陰干しにするように教えられた。」、「生理があるとか、ないとかは恥ずかしいこと。」、「妊娠したときは隠そうと思ってこらえた。」など、月経を不浄や恥じと感じただけでなく、妊娠も恥として捉えられていた。生殖の終わりにある閉経は、［恥や不浄の意識］の延長のように語られた。初潮教育を除き、［女性向けの健康教育］はなかった。

３－２－５．更年期の性と生殖

①性生活

「年をとったら（膣が）硬くなるから嫌だ。（性交を）逃げ歩くようだと年寄りがよく言っていた。」と閉経に伴う萎縮性膣炎による［性交障害］の問題が認識されていた。しかし、「閉経よりも前に、旦那が亡くなり、性生活がなくなる。」、「男の方が不能になった

からやめた。夫の方が年上だから。」と［性交停止の理由］は、閉経よりも勃起不全や夫の死などの男性側の要因が大きかったことを参加者の多くが同意した。なかには「閉経後に妊娠の不安もなく性生活を楽しめる。」という意見もあった。また、「姑が夫婦の寝室に時計を見に来て、うちの嫁は 40 過ぎても一緒に寝よると言った。」など家の構造上の問題で性の［プライバシー］が守られにくかったことも語られた。

②高齢妊娠が多かった

閉経前の妊娠は珍しくなく、「昔は 49 歳のしり子ということばがあった。その子がいると生活が楽しくなる。」、「40 代で子どもを生むことは恥ずかしいことだったが、避妊の知識はなく、中絶もできなかった。」などが語られた。高齢妊娠を肯定的に捉える向きもあったが、避妊の知識がなく、子どもを産む場合も多かったようである。

［中絶］などに関する話題も挙がった。

３－２－６．家族と生活

更年期女性を取り巻く、家族や生活について次のようなことが挙げられた。

①閉経に対する夫の態度

妻の閉経や更年期に対して、「夫は閉経に気づいてないし、関心がない。」、「男は更年期に体が弱っていくことはないから、女には気を使わない。」などと語られた。夫婦間で月経を話題にすることはあっても、閉経や更年期を話題にすることはなかった。

②性別役割と夫の態度

夫は「私が外で同じように仕事をして帰っても、家のことは女がするものだと思っている。」、「“たいぎい”と言うと、しゃんとせいと言って女を道具にしか思っていない。」、「具合が悪いと言っても病院に行けと言うくらい。」など、妻の不調に対して夫の理解も支援もほとんど得られなかったことが語られた。

③生活状況

当時は、「更年期があったとしても痛いと言っている暇がなかった。」、「女は男の倍は働いた。」、「子育ての真最中。」、「子どもが中学・高校、夫は海に出ており、私は失業するし、本当に大変だった。」などと語られた。参加者の多くが更年期の頃に大変な生活状況を抱えていた。

その他、［嫁姑関係］の問題や閉経前後の不調を乗り切るためには、［家族の理解と支援］が鍵となったことが挙げられた。

３－２－７．休養することの難しさ

「更年期が病気だとはっきりしていれば、医者に行くにしても、世間に対しても、休む口実があるが、それはなかった。」、「悪阻は子ができたことで休むことが許されるが、更年期は理由がない。」、「女は病気でも休むことができなかった。」、「体を気遣う暇もなかった。」など、更年期障害は勿論のこと、病気でも休養が難しかったことが語られた。

３－２－８．地域、社会状況

①更年期世代の集まりはなかった

当時、女性が集まって話をする「講」のような場はなく、更年期世代が集まって話をする機会や場はなかった。

②社会状況

当時は、国民保険の未加入者がいた。また、医療機関が少なく、交通の便も悪かったため、受診をするのも容易ではなかった。さらに、妊娠・出産でも病院を受診することは稀であった。1978 年に第 1 次国民健康づくり対策が開始され、家庭婦人を対象とした健康診断が始まったが、参加者のなかに健康診断を受けた人はなかった。農閑期には土木作業などの仕事に従事する女性が多かった。

３－２－９．更年期イメージ

参加者たちが更年期の頃には、更年期ということばをあまり使わなかったが、今では「閉経前後にしょっちゅう頭が痛いとか、調子や気分が悪いだとかいう人。」などに使っていた。そして、いつの間にか、更年期に「響きが悪い。」、「年寄り。」、「どこかが悪くなる。」などと否定的イメージを持っていた。

更年期障害を経験した人は、日により、めまぐるしく変わる症状に「昨日はよかったのに、おおげさなのか、横着なのか。ここらのことばで“うずい病”みたいなもの。ずっと続くのならいいが、今日がよくて明日が悪い。」、「病気と思われなかった。健康な人、元気な人からみたら横着なのだろう。」などと語った。

気分の変化については「閉経の 3 年前から、もしも明日死んだらと思い、夜中に家具を動かすなど、きちがいじみていた。くるりくるりと気持ちや症状が変わった。精神がおかしいという感じが自分でもわかった。でも、結局はどこも悪くなかった。」などと語られた。

３－２－１０．医師の対応

閉経前後に不調を感じて病院を受診しても、医師からは「どこも悪くない。」、「更年期という病気はない。」、「神経が災いしている。」、「少し神経があれとる。」などと精神面を強調され、言われることもそれぞれ異なることが多く、訴えを理解してくれる医師に出会うまで病院巡りを続けた人もいた。

更年期障害は、医療の対象としては認められず、周囲の人や女性自身にも横着病、時には精神障害のようにみられた。当事は、閉経頃に不調を感じても、婦人科を受診するという認識があまりなかったために、専門外の医師を受診し、冷たくあしらわれ、傷ついた女性もいた。

３－２－１１．現在

①あれが更年期だったのか

閉経前後に不調を感じなかった人たちのなかに、現在になって、「あれが更年期だったのだろうか。」と言った人がいた。また、更年期障害の治療を受けた人のなかに、「月経は

順調だったし、本当に自分は更年期障害だったのか。」と現在になって不確かさを感じていた人がいた。

②健康状態

現在、参加者のほとんどは関節痛、高血圧、糖尿病などの疾患を持っていたが、日常生活に支障はなかった。閉経頃に不調を感じなかった人たちは、その後「65 過ぎて、とにかく仕事がしたくなくなった。」、「60 歳頃から膝や腰が痛い。」、「若い時の疲れが老人になって出てきている。体の機能が少しずつ落ちてきている。」などと語った。更年期の自覚が不確かで閉経期に不調を感じなかった場合、加齢や疾病の影響を強く感じた人が多かった。一方、更年期障害が強かった人のなかに、更年期が終わり健康になったと感じた人もいた。

③現在の生活に対する満足

参加者のほとんどが現在でも仕事をしているか、家庭内での役割や趣味を持ち、寿大学などに参加をしていた。1 人で複数の活動をしている人も多かった。

更年期より今の方が体調は悪いと語った人たちも「60 歳でダンスを始め、70 歳になって初めてプールに入った。」、「年金ももらい、好きなことができて今が青春。」などと更年期を過ぎてから楽しみが増え、現在の生活に満足している人が多かった。

④更年期体験を活かす

「私が更年期障害の時には、アドバイスをしてくれる人もなかった。だから自分の体験を人に役立てたいと思い、医師にどこも悪くないと言われた 40 歳代の更年期だろうと思う 5〜6 人の相談にのった。“よくなった”ということばを聞くと人助けをしたと思う。」と自分の体験を更年期障害で悩む女性のために活かしていた。

⑤男の更年期

最近、男性更年期が話題になっており、参加者たちも興味を持っていた。

Ⅳ．考察

1970〜1980 年代に、更年期を過した人たちの《更年期体験》として【更年期の自覚】、【閉経の自覚】、【老いの意識】が得られた。そして、これらに影響するものとして、閉経と更年期の認識】、【閉経・更年期情報】、【休養することの難しさ】、【更年期イメージ】、【医師の対応】、【更年期の性と生殖】、【月経の体験】、【女性向けの健康教育】、【家族と生活】、【地域、社会状況】が挙げられた。

《更年期体験》に影響する要因のなかで、ここでは、特に［不確かな更年期の自覚］に関連すると思われる、①更年期を認識する過程、②閉経、更年期、更年期障害に関する情報、③更年期に向けられる否定的イメージ、④更年期の妻に対する夫の関心と態度の４つの側面から考察する。

１．更年期を認識する過程

《更年期体験》において、参加者多くが更年期を自覚していなかった。その人たちは、閉経頃に不調を感じていたが、それを更年期や更年期障害として認識した人は少なかった。

閉経は１年あるいはそれ以上立ち戻って後方視的に確認される最後の月経であり、更年期には月経周辺期と、その前後の変動的な時期が組み込まれている[5)]。更年期の定義そのものに不確かさが含まれているため、参加者が更年期に入る時期を明確に自覚できないのは当然であると思われる。

日本の女性は北米の女性に比べて、閉経期に特有なほてりや急な発汗の訴えが少ない一方で、肩こりや頭痛など閉経とは関係がない症状を訴える[6)]ことが知られている。本調査でも、閉経前後に肩こりや疲れやすさ、不眠、頭痛、腰痛、気分の変調などを自覚した人が多かったが、それらの症状を更年期や更年期障害と結びつけた人は少数であった。

閉経前後にみられる不定愁訴が更年期や更年期障害と結びつけられなかったのには、【更年期の認識】がほとんどなかったことにある。そのことは、更年期や更年期障害の知識や情報を得た今、当時を振り返り、自分の経験した症状を［あれが更年期だったのか］と思う人が多いことにも現れている。

女性が自らの更年期における心身の変化や症状を正しく認識するためには、更年期や更年期障害に対する正確な知識・情報が必要である。しかし、当時は、【閉経・更年期情報】は少なく、特に、参加者たちは更年期情報を得ておらず、知識もほとんどなかった。

２．閉経、更年期、更年期障害に関する情報

更年期を認識するためには、更年期に関する正しい情報や知識が必要である。しかし、参加者の【閉経・更年期情報】の内容から、閉経の話題は多かったが、多くの人は、更年期情報は全くなかったか、少なかったと答えている。

1970 年代に更年期を過ごした人は更年期情報を持たなかったが、80 年代前半に更年期を過ごした人のなかに１名ではあるが、母親や身近な女性たちの会話から更年期を知った人がいた。80 年代後半は職場のなかで更年期や更年期障害についてオープンに話されるようになったが、誤った情報も多かった。

第１章で述べたように 1970 年代は産婦人科雑誌に更年期障害の特集が組まれ、80 年代には更年期医療が確立し、一部に更年期外来が開設されていた。新聞や雑誌にも更年期情報が掲載され、更年期に関する図書の発行部数も増えた。しかし、参加者たちは、それらの情報を入手する機会がほとんどなく、母親から娘、職場の同僚や友人といった女性のネットワークのなかで【閉経・更年期情報】が広まっていった。

本研究の参加者たちは、農・漁業地区に居住していたこと、更年期がマスメディアに頻繁に登場するようになったのは 1990 年代後半であったことなどから、情報が伝達しにくかったと思われる。

1970 年代に更年期を過ごした人よりも、80 年代前半、さらに 80 年代後半になるにしたがって、更年期を話題にする機会や情報量が増えていた。また、更年期について話すことに対する抵抗感も世代が若くなるにつれて薄れていったように思われる。

３．更年期に向けられる否定的イメージ

女性の代表的な評価基準は「母性」、「産む性」という生物学的機能に関わるものと、「女性美」、「女らしさ」といった外面的特性に関わるものがある[7)]。このような評価基準の下では、生殖能力、女性美、そして若さを喪失しつつある更年期女性は否定的にしか評価されない。参加者たちからも【閉経の自覚】において、［女らしさ］の喪失を肯定することばもいくらか聞かれたが、閉経後も[女らしさ]を失わないとする発言の方が多かった。そして、月経や生殖といったしがらみから開放されて自由を得ていた[8)]。参加者たちの間では、生殖能力や女らしさの喪失はそれほど問題にされてはいなかった。

更年期は、女性の性行動が終わる兆しだと考える向きが多い[9)]が、参加者の多くは【更年期の性と生殖】に関連して、性交停止は男性側の要因（勃起不全、死）によって終わった人が多く、更年期と女性の性行動の終わりが直接結びつけられることはなかった。

更年期は、若さを喪失する時期であり、老いの入り口としてイメージされることがある。この調査地区でも、1970 年以降、高齢化が進んだ。しかし、参加者のなかに更年期を迎えたことで、【老いを（の）意識】し不安を覚えた人はいなかった。その理由は 60 歳代、70 歳代まで忙しく、現役で働いていたからと答えられ、高齢になった現在も役割を持ちつづけることの意味が強調された。

農漁業を中心とした文化においては、更年期や閉経後の女性は特別な地位や力を付与され、尊敬されると言われる[8)]。しかし、参加者たちから、そのような話は聞かれなかった。

【更年期イメージ】のなかで、更年期（閉経頃の不調）に対する別称として、“横着病”、“うずい病”などが挙げられ、怠惰の神話[10)]の存在がうかがわれた。不調や病気があっても、【休養することの難しさ】が強調されたことから、参加者たちの間では、家庭や社会において、家事や仕事を怠けているといった評価を受けることは重要な問題であった。それは、現在も引きつがれており、調査地区の人は少しでも時間があれば何か仕事をしているという。

閉経頃に心身の不調を感じた人も多かったことから、“忙しい”、“暇がない”ということばの裏に、多少の不快や苦痛は我慢せざるを得ない状況があったと思われる。また、更年期障害が強かった人は、夫の死、家族の病気などさまざまなライフストレスや自律神経系の問題を原因として挙げ“横着病”でないことを強調した。更年期障害イコール「更年期」ということばが広まるなかで更年期の病的、否定的イメージが増強されたかもしれない。

また、一般に女性は、更年期特有の心身の現象を意識的に自覚することを避けようとする傾向がある[11)]ため、更年期障害がないと言ったとしても、そのまま受け取ることは注意しなければいけない。

【医師の対応】においても、更年期障害の愁訴の特徴は、極めて多彩かつ訴えが多く、全てが自覚症状であるため、当時は、時として「幻の疾患」とか「作られた疾患」とか言われ、一部にはヒステリー扱いされる患者もあった[12)13)]。

加齢と閉経に対する肯定的な態度を広めることは女性の健康を増進し、症状改善につな

がる[14]。さらに、更年期障害の軽減のためには、家庭的・社会的サポートが重要である。そこで、学校教育や社会人対象の生涯健康教育のなかで、更年期や更年期障害に対する正しい認識や肯定的イメージを広める必要がある。

調査のなかで、「更年期が終わって健康になった。」と［更年期体験を活かし］、更年期障害で悩む女性の相談に乗っている人がいた。更年期女性同士のピア・カウンセリングやセルフヘルプ・グループにおいて、更年期障害を体験した人は重要な役割を果たすと思われる。このことから、更年期や更年期障害に対する否定的イメージを払拭するだけでなく、女性が更年期体験を通じて更に成長できるような援助の可能性が示された。

４．更年期の妻に対する夫の関心と態度

更年期体験に関するインタビューのなかで、更年期頃の【家族と生活】の話題がかなりの部分を占めていた。参加者全員が、夫は妻の閉経に関心がなく、妻の不調に配慮することがなかったと答えた。このような［夫の態度］は、妻に不調や病気があっても【休養することを難しく】していた。それには、伝統的な［性別役割］が影響していた。参加者たちは、そのような夫に不満はあったが、男性はそうしたものと半ば諦めていた。

夫婦で更年期障害に対処するためには、更年期に関する知識や情報を夫婦で共有することが重要である[15]。また、更年期は子どもの思春期や青年期の問題とぶつかる場合が多い。そのため、［家族の理解と支援］が必要である。

最近、男性更年期が話題になっており、参加者たちも、［男の更年期］があるのですかと興味を持っていた。男性と女性を対象にした更年期講座を開き、相互理解を深める機会をつくることも必要である。

Ⅴ．結語

1970～1980 年代に更年期を過ごした、H 県の一地域に生活する閉経後の女性の更年期体験をその時代背景との関連において検討した。

閉経前後に不定愁訴を自覚していた人が多かったが、それを更年期障害と認識する人は少なかった。その背景には、閉経や更年期の定義に含まれる不確かさ、更年期や更年期障害の情報量と質、更年期障害に対する怠惰などの否定的イメージ、固定的な性別役割、夫の態度などが影響していた。

閉経という現象は普遍的なものであるが、女性の更年期体験には社会状況が影響することが確認された。今後、更年期医療の進歩が見込まれ、治療やケアの選択肢も増える一方で、少子高齢化の進展に伴い更年期女性の労働問題、老親の介護問題など、更年期女性を取り巻く社会状況はますます厳しくなると思われる。そのため、時代の動きを見通した更年期対策が望まれている。

この研究は、対象が 27 名と少なく、農・漁業中心の一地域で行われた後ろ向き研究であるため、一般化には限界がある。今後、さまざまな地域や現代女性の更年期の体験に焦

点を当てた調査を行い、QOL の向上を図るための援助について検討していく必要がある。

尚、本論文は、第 16 回更年期医学会学術集会において発表し、母性衛生 45（1）2004.４.に掲載された論文の一部に加筆修正を加えたものである。

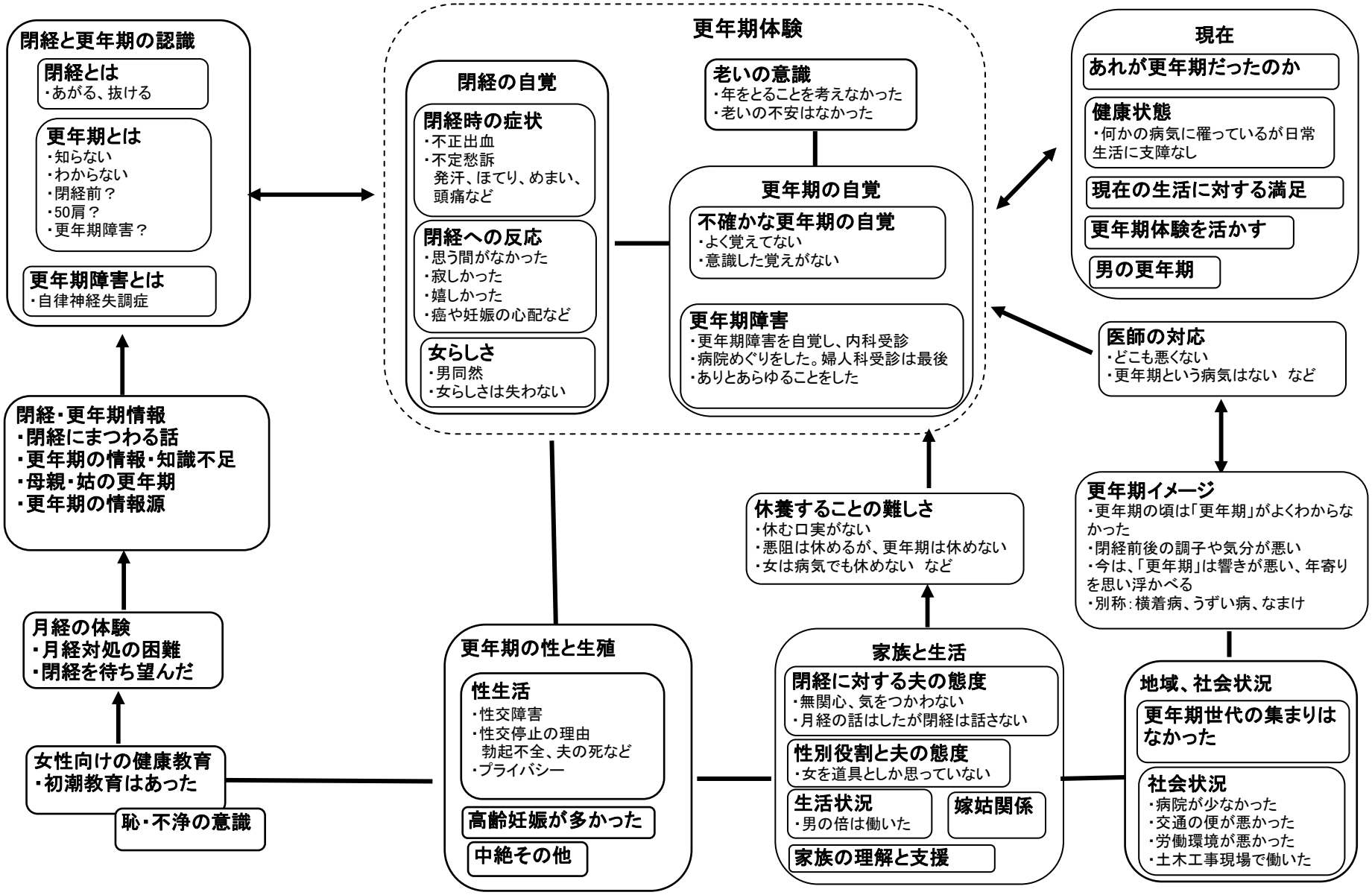

図1．　1970～1980年代に更年期を過ごした女性の「更年期体験」

第 3 章　健康な中年女性の Quality of life に関する調査
－WHO/QOL-26 尺度を利用して―

Ⅰ．研究目的

閉経は病気ではなく、女性の一生における自然な出来事であるが、一方で、この時期には不定愁訴が多く、更年期障害として一般に知られている。更年期障害は、女性の QOL（Quality of life）を著しく低下させる。また、エストロゲンの低下に伴い骨粗鬆症や動脈硬化が進み、健康上のリスクが高くなる。しかし、わが国ではかなりの女性が更年期は自然な過程と考え、症状を我慢して過ぎ去るのを待つことが多い。

更年期の QOL の重要性が言われるが、現在の更年期に関する研究の多くは、医療機関を訪れる患者を対象にしてきた。治療を求めて医療機関を受診する女性とそうでない女性では、症状の頻度、健康問題、社会経済情況などあらゆる面で異なっている[1)−3)]。そのため、臨床での調査結果を地域の女性の更年期の状態として一般化することはできず、今後の更年期、閉経期女性のヘルスプロモーションのデータとしては慎重に取り扱わなければならない。更年期の QOL に関する研究論文は、症状や検査値などの改善を持って QOL を評価したものが多かった。

そこで、本研究では、地域の健康な中年女性の健康関連 QOL を調べ、その QOL に対する閉経の影響について明らかにすることを目的とした。

序章で述べた理由により、WHO-QOL の短縮版である WHO/QOL-26[4)] により QOL を測定し、更年期障害の重症度を Kupperman Kohnenki Shohgai Index[5)] により測定し検討する。

Ⅱ．研究方法

１．調査期間

平成 14 年 10 月下旬～12 月下旬。

２．対象

F 県 M 市在住の 45 歳～55 歳の女性で、市報、ポスター、ちらしにて「更年期の QOL に関する調査協力者」を求めた。公募の際に、協力者には更年期健康チェック（更年期障害、血中エストラジオール値）の結果を知らせることを明記した。応募者 187 名に、M 市の 8 つの公民館・コミュニティセンターと健康福祉施設の会場で、文章と口頭で研究目的を説明し、同意が得られた人に血液生化学、血清エストラジオール（以下 E_2）測定用の採血を行った後、調査票（WHO/QOL-26 および Kupperman Kohnenki Shohgai Index、他）を配布し、回収は片側郵送法とした。さらに WHO/QOL-26 の再現性の検証のために 2 週間後に再調査を行った。

第 1 回目の調査協力者 185 名のうち、対象年齢以外の 4 名、人工閉経（薬剤・手術によ

る）18 名、甲状腺疾患、精神疾患などの慢性疾患を有する 5 名、子宮癌 2 名、月経状況と血清 E_2 の不一致があった 3 名を除き、153 名（有効回収率 82.7%）を分析対象とした。

第 2 回目の調査は WHO/QOL-26 の再現性を目的とし 153 名に対して行い、151 名から回答を得た。期限を過ぎて返送された 2 名を除外し、149 名（有効回収率および回答率 97.4%）の回答より内的整合性と再現性を検討した。

３．更年期ステージの区分

本研究では、対象者の最終月経、月経の規則性、月経血量の変化の有無、血清 E_2 値（大塚アッセイ研究所、血中参考基準値を参照）の組み合わせから、pre-menopause（以下、pre）、peri-menopause（以下、peri）、post-menopause（以下、post）の 3 群に分類した（表１）。月経状況と E_2 値の不一致者は対象から除外した。

表１．更年期ステージの分類基準

	pre-menopause	peri-menopause	post-menopause
最終月経	3 ヶ月以内	3～12 ヶ月の間にあった	1 年以上月経がない
月経の規則性	規則的	予測が難しくなった（早くきたり，遅くきたりする）	
月経血の量の変化	変化はない	変化がある（少なくなった，多くなった）	
E_2 （pg/ml）（卵巣ホルモン）	卵胞期　25-100 排卵期　150-450 黄体期　70-220		閉経期 35 未満

４．調査内容

１）WHO/QOL-26(日本版)

WHO-QOL 調査票は、WHO の精神保健と薬物乱用予防部を中心に 1992 年から世界 15 カ国で同時期に開発が始まり、質的調査や予備調査、フィールド調査を経て、現在 25 カ国以上の言語版が存在する。調査票の特徴として、異なる文化にわたる国際比較が可能であり、癌患者から健常者まであらゆる対象者に対して適用ができ、調査票の信頼性・妥当性が高いことが実証されている。現在、研究用の 100 項目の基本調査票、26 項目の臨床用の短縮版が発表されている [4]。ここでは、短縮版の WHO/QOL-26 を使用する。WHO/QOL-26 の構成項目は、身体的領域、心理的領域、社会関係、環境の 4 領域 24 項目に加え、全般的な生活の質に関する 2 項目を加えた 26 項目から構成されている。回答形式は 1～5 までの 5 段階で点数化し、得点が高いほど QOL が高いことを示す [4]。

尺度の信頼性を確かめるには、内的整合性（Cronbach's Alpha 係数）と再現性

（Test-retest reliability）2 つの方法がある。本調査では、2 週間の間隔をおいて WHO/QOL-26 の調査を実施した。

Cronbach's Alpha 係数が 24 項目で 0.89、身体領域が 0.80、心理領域が 0.79、社会関係が 0.52、環境が 0.69 であった。

Test-retest reliability の結果、Pearson の相関係数は、WHO/QOL-26 の全般的な生活の質を問う 2 項目を除いた 24 項目で 0.88（$p<0.001$）、身体領域 7 項目は 0.84、心理領域 6 項目は 0.81、社会関係 3 項目は 0.77、環境 8 項目は 0.80 であった.

以上より、中年女性の QOL を測定する評価票として、WHO/QOL-26 の信頼性が示された。

２）Kupperman Kohnenki Shohgai Index

更年期障害指数は、Kupperman Menopausal Index を安部が日本人向けに改良した Kupperman Kohnenki Shohgai Index[5]（以下、KKSI と略）を使用した。KKSI は、顔面熱感、発汗、冷感、息切れなどの 17 症状を 11 症候群に分類し、それぞれの重み付けを用いて更年期障害指数を作成する。合計得点は 0 点から最高 51 点である。重症度は、重症度評価段階基準に従って、StageⅠ（0～12）、StageⅡ（13～22）、StageⅢ（23～33）、StageⅣ（34～43）、StageⅤ（44～）の判定を行った。本調査では、KKSI の得点が 0 点の人が 6 名あった。StageⅤの最重症者はいなかった。

KKSI の使用手引[5]きによれば、KKSI の Cronbach のα係数は 0.848 であり、内的整合性があり信頼性が高いとされている。本研究での Cronbach のα係数は 0.854 であった。

５．倫理的配慮

研究参加は、自由意志によるもので、途中での辞退が可能であることを口頭および文書で説明し、同意書を交わした。情報はコード化、グループ化し、個人が特定できないようにした。

また、本研究は、大阪大学医学部および日本赤十字九州国際看護大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

６．統計処理

統計解析ソフト SPSS ver.11 を使用した。更年期のステージごとに、次の内容を比較した。年齢、BMI、血清 E_2、WHO/QOL-26 、KKSI は Kuruskal-Wallis rtest,、Tukey's honestly significant difference test を実施した。健康診断と癌検診の受診率の比較にはχ^2検定を用いた。Peason の相関係数は、WHO/QOL-26 と KKSI の相関を求めるのに使用した。統計的有意水準は両側検定にて 5%とした。

Ⅲ．結果

１．対象の背景

表 2-1 に対象の年齢、BMI、血清 E_2 の pre、peri、post の 3 群の一元配置分散分析の結果を示した。平均年齢は 50.2 歳（SD±2.9）であった。対象の年齢別分布は、適合度の検定の結果 χ^2=14.64（自由度 10）、p =0.146 で、正規分布に近かった。平均年齢は、pre と peri に比べて post 群の年齢が高く、有意差がみられた。

血清 E_2 データと更年期ステージの 3 群で一元配置分散分析を行った。pre と peri、post の 3 群間で有意差がみられた。多重比較を行った結果、血清 E_2 の値は、pre と peri および post 群の間で、また、peri と post 群間で有意差がみられた。特に、peri の血清 E_2 レベルの標準偏差値の幅は平均値よりも大きく、この時期の卵巣機能が多様であったことを示している。BMI は、３群間で有意差はみられなかった。

表 2-1. 対象の年齢、BMI とエストラジオール値（E_2）

		Total (n=153)	pre (n=30)	peri (n=78)	post (n=45)	p value
年齢	Mean±SD	50.2±2.9	48.5±2.3*	49.7±2.6†	52.3±2.4*†	0.000
	Range	45-55	45-53	45-55	45-55	
E_2	Mean±SD	48.9±65.8	120.6±86.9‡**	41.7±53.8‡††	13.4±5.2**††	0.000
	Range	10-315	37-315	10-301	10-30	
BMI	Mean±SD	22.1±2.8	22.6±2.6	21.9±3.1	22.2±2.2	0.126
	Range	17.7-33.5	18.4-29.4	17.7-33.5	17.7-26.6	

年齢：＊；pre＜post、†；peri<post で有意差があった。* p=0.000、 †p=0.000

E_2 値：‡；pre と peri、＊＊；pre と post および††；peri と post の間で有意差があった。

‡p=0.000、** p=0.000、 ††p=0.018

BMI：3 群間で有意差はなかった。

表 2-2 に、対象の婚姻状況と雇用状況の pre、peri、post の 3 群間の χ^2 検定結果を示した。

145 名（94.8%）が既婚者で、有職者（常勤、パート・アルバイト、自営）89 名（58.2%）、専業主婦 64 名（41.8%）であった。婚姻状況、雇用状況は更年期ステージ pre、peri、post の 3 群の間で有意差はなかった。

表 2-2. 対象の婚姻状況と雇用状況

		Total (n=153)	pre (n=30)	peri (n=78)	post (n=45)	p value
婚姻状況	婚姻	145(94)	30(19.6)	73(47.7)	42(27.5)	0.716
	離婚／別居	5(3.3)	0(0)	3(2.0)	2(1.3)	
	死別／独身	3(2.0)	0(0)	2(1.3)	1(0.6)	
雇用状況	無職	64(41.8)	8(5.2)	35(22.9)	21(13.7)	0.168
	有職	89(58.2)	22(14.4)	43(28.1)	24(15.7)	

( )内の数字は%を示す

表 3 に対象の過去 1 年間の健康診断と結核検診、癌検診（乳癌、子宮癌、胃癌、大腸癌）の受診率の pre、peri、post の 3 群間の χ^2 検定結果を示した。

本研究の対象者は、一般的な健康診断と結核検診、癌検診（乳癌、子宮癌、胃癌、大腸癌）の受診率が高く、健康への関心が高い集団である。更年期のステージと各検診の受診率の間に有意差はなかった。参加者は、現在、慢性病などの医療を受けておらず、健康な日常生活を送っていた。過去 1 年間に 6 名（9.2%）の女性が内科、整形外科、耳鼻科、婦人科などで更年期障害の診断を受けていた。

彼女らが受けた治療内容は、整体（1）、漢方薬(1)、睡眠薬（1）、精神安定剤（1）、ホルモン補充療法（2）であった。

表 3.　過去 1 年間の定期健康診断とがん検診の受診状況

		Total (n=153)	pre (n=30)	peri (n=78)	post (n=45)	p value
健康診断（%）	基本健診	133 (87.6)	20 (90.0)	68 (87.2)	39 (86.7)	0.619
	結核健診	111 (72.5)	23 (76.7)	53 (67.9)	35 (77.8)	0.427
がん検診（%）	乳がん	136 (88.9)	28 (93.3)	71 (91.0)	37 (82.2)	0.225
	子宮頸がん	142 (92.8)	29 (96.7)	71 (91.0)	42 (93.3)	0.589
	胃がん	126 (82.4)	25 (83.3)	64 (82.1)	37 (82.2)	0.987
	大腸がん	95 (62.1)	21 (70.0)	47 (60.3)	27 (60.0)	0.901
更年期障害（%）	過去一年	6 (3.9)	0 (0)	4 (5.1)	2 (4.4)	
	現在	2 (1.3)	0 (0)	1 (1.3)	1 (2.2)	

( )内の数字は%を示す

２．閉経の移行状況と QOL

表 4 に閉経の移行状況である pre、peri、post の 3 群別に、WHO/QOL-26 の 4 領域（身体、心理、社会、環境）平均スコアの一元配置分散分析結果を示した。3 群間に有意差はなかった。つまり、閉経の移行によって QOL に差がみられなかった。

表 4. 各更年期ステージの WHO/QOL-26 の平均値

	pre (n=30)		peri (n=78)		post (n=45)		
Domains	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	p value
身体	3.68	0.64	3.54	0.55	3.70	0.58	0.269
心理	3.37	0.61	3.34	0.55	3.37	0.55	0.943
社会	3.66	0.49	3.45	0.50	3.47	0.53	0.157
環境	3.59	0.49	3.42	0.41	3.43	0.45	0.195
全体	3.54	0.45	3.42	0.40	3.47	0.44	0.358

３．更年期障害と QOL

３－１．更年期障害と QOL との関係

KKSI の平均スコアを pre、peri、post の３群で一元配置分散分析を行い、３群の平均値の間に有意差があった。また、多重比較により、peri が 14.8（±7.0）点と最も高く、pre の 8.7（±9.5）点との間に有意差があった（表 5-1）。

表 5-1. 更年期ステージ３群間の KKSI スコアの比較

	pre (n=30)	peri (n=78)	post (n=45)	p value
KKSI	8.7±7.0*	14.8±9.5*	13.9±9.7	0.010
(Range)	(0-27)	(0-37)	(0-35)	

多重比較によって pre と peri の間で有意差があった。* p=0.008

更年期障害の重症度は、pre 群の 77%は Stage Ⅰ（Minor）であったのに対し、peri 群、post 群では半数以上が StageⅡ（Mild）、StageⅢ（Moderate）あるいは StageⅣ（Sever）の症状を訴えていた。peri 群と post 群に重症者がみられた（表 5-2）。

表 5-2. 更年期ステージ 3 群別、KKSI の重症度

	pre (n=30)	peri (n=78)	post (n=45)
Minor (%)	22(77.3)	37(47.4)	22(48.9)
Mild (%)	7(23.3)	22(28.2)	11(24.4)
Moderate (%)	1(3.1)	17(21.8)	11(24.4)
Severe (%)	0(0)	2(2.6)	1(2.2)

（ ）内の数値は%を示す。

次に、KKSI のスコアと WHO/QOL-26 との相関関係は、pre 群では、身体領域 1 つのみが KKSI と関係があった。他方、peri 群と post 群では、WHO/QOL-26 の 4 領域（身体・心理・社会・環境）すべてにおいて、KKSI との間に負の相関がみられ、特に、身体、心理領域に特徴的であった（表 5-3）。

表 5-3. KKSI スコアと WHO/QOL -26 の Peason の相関関係

	pre (n=30)		peri (n=78)		post (n=45)	
QOL Domain	r	p	r	p	r	p
身体	-0.39	0.031	-0.45	0.000	-0.54	0.000
心理	-0.28	0.130	-0.39	0.000	-0.47	0.001
社会	-0.11	0.955	-0.27	0.018	-0.34	0.024
環境	-0.22	0.245	-0.31	0.006	-0.37	0.014
全体	-0.34	0.069	-0.48	0.000	-0.54	0.000

３－２．日常生活に影響を与えている更年期症状

更年期症状のなかで、日常生活において最も悩まされている症状１つだけを選択してもらった（表 6)。

表６．日常生活のなかで最も悩まされている症状　n=153

症状	人数	%
無症状	9	5.9
症状を感じているが、特に支障なし	30	19.6
首や肩がこる	24	15.7
頭痛	15	9.8
疲れやすい	15	9.8
物忘れしやすい	14	9.2
からだや顔のほてり	9	5.9
背中や腰が痛む	6	3.9
ゆううつ	5	3.3
手足が冷える	4	2.6
関節痛	3	2.0
その他	10	6.5

153 名中、無症状の人が 5.9%、症状を感じている人が 88.2%あった。このうち、症状を感じていても特に支障がない人は 19.6%、日常生活に支障がある人が 68.6%あった。

悩まされている症状のうち、最も数が多いものは、首や肩のこり 24 名で 15.7%、次いで頭痛と疲労が 15 名の同数で 9.8%あった。更年期に特徴的な症状として知られている、からだや顔のほてりは 9 名で 5.9%あったが、今回、発汗で悩んでいる人はいなかった。

４．医療機関を受診しない理由

医療機関を受診し、更年期障害の診断を受けた人 6 名を除いた 147 名のうち 122 名（83.0%）から医療機関を受診しない理由について自由記述による回答を得た。

心身の不調を感じても医療機関を受診しない理由で最も多かったものは「更年期外来、女性専門の病院がない」で 29 名（23.8%）であった。次いで「病気ではない、過ぎ去るのを待つ、耐える我慢する」が 24 名（19.7%）、そして「更年期障害や治療に関する知識・情報がなかったため、更年期障害なのかどうかわからなかった」が 23 名（18.9%）、さらに「気軽に相談できる場所、人、医療機関に関する情報がなかった」22 名（18.0%）と続いた。更年期や更年期障害に対して否定的イメージを持つ人が 14 名（11.5%）あった（表 7）。

表 7. 医療機関を受診しない理由　（自由記述より）n=122

内容	人数	%
更年期外来、女性専門の病院がない	29	23.8
更年期は病気ではない、過ぎ去るのを待つ、耐える我慢する	24	19.7
更年期障害や治療に関する知識、情報がなく、更年期障害なのかどうかわからなかった	23	18.9
気軽に相談できる人、場所、医療機関に関する情報がない	22	18.0
更年期障害に対する否定的イメージ：性格、甘え、ぐうたら病、精神力、女の終わりなど	14	11.5
ホルモン治療の安全性に関する不安（弊害の記事を読んだ）	8	6.6
薬に頼らないで乗り切りたい	2	1.6

５．ヘルスケアサービスへの期待

153 名中 127 名（83%）が更年期に関する健康講座への参加を希望した。

健康講座に希望する内容について、自由記述による回答を表 8 に示した。

最も希望が多かった内容は、「日常生活における更年期症状の対処法」が 37 名（29.1%）、次に「閉経期の移行、更年期症状と骨粗鬆症などの知識の教育」が 32 名（25.2%）、そして、「更年期症状の予防と改善に有効な栄養や食事の教育」が 31 名（24.4%）と続いた。

12 名（9.4%）と少ないが、「講師や悩みを持つ人と一緒に問題について話し合い解決策をみつけるような講座」、「体験談話会」などの開催への期待があった。

表 8. ヘルスケアサービスへの期待　（自由記述より）　n=127

内容	人数	%
日常生活における更年期症状の対処方法の教育	37	29.1
閉経期の移行、更年期症状と骨粗鬆症などの知識の教育	32	25.2
更年期症状の予防と改善に有効な栄養や食事の教育	31	24.4
更年期症状の予防と改善に運動方法の指導	28	22.0
診察と治療の詳細（HRT と代替療法含む）と医療のサービスへのアクセス方法の情報	21	16.5
ディスカッション・グループ、体験談話会など	12	9.4
その他	4	3.1

Ⅳ．考察

１．更年期障害と QOL

研究の対象は、健康な中年女性たちであるにもかかわらず、中等症もしくは重症の更年期障害の人が存在していた。その割合は peri 群は 22.4%、post 群が 26.6%であったのに対し、pre 群では 1 名（3.1%）のみが中等症で、重症者はいなかった。このように一見健康に見える peri、post つまり更年期女性でもその 25%が中等症もしくは重症の更年期症状に苦しんでおり、しかも過去 1 年間に医療機関を受診し、更年期障害の診断を受けたのはその内の 1 割強であった。

これらの結果は、中年女性たちは、更年期障害に対してほとんど医療サポートを受けないで過ごしていることを示している。

メルボルン中年女性健康プロジェクトによると不快症状は健康感を損ねる作用があり、さらにネガティブな気分を助長することが報告されている[6]。

Nicola[7]らは、更年期における心理的気分の変化とホルモン状態との関連が見出せないことを報告した。また、Blumel ら[8]は、年齢や婚姻状態、仕事、子どもの数や性的活動などの社会的変数の中でも、閉経が生活の質を最も低下させる原因になっていたと報告した。Li ら[9]は、心身症の症状の増加が QOL の低下に影響し、血管運動神経症状、月経状況、性的症状は影響を与えなかったと報告した。また、Fhu[10]らは、SF-36 を用いた QOL 調査で、pre に比べ peri の女性では慢性病の増加が QOL に影響していたことを報告した。

今回の研究結果や以上述べた諸家の報告からも、閉経状況単独で中年女性の QOL を評価することはできず、更年期障害の影響を評価することが必要である。

本研究では、地域の中年女性を対象とし、慢性の病気がある人を除外したことによって、QOL に対する更年期障害の影響を直接調査することができた。その結果、表 2 に示されるように 45 歳～55 歳の女性たちの間でも様々な更年期の状況が存在した。また、閉経への移行によって QOL は低下しないが、peri 群と post 群の女性では、更年期障害が重症化すると QOL が低下するといった負の相関がみられ、その傾向は、身体、心理、社会、環境のすべての領域でもみられた。

２．医療機関を受診しない理由

これまでも述べたように、本研究の peri および post の更年期女性の 1/4 が中等症あるいは重症の更年期障害を抱えていた。しかし、そのほとんどは治療のために医療機関を受診することがなかった。その理由として、「更年期外来などの専門病院がない」が最も多かったが、それ以外にも「更年期障害があっても耐える我慢する」、「更年期障害に関する知識・情報がなく更年期障害なのかどうかわからない」、「医療機関への受診や相談がしにくい」、「否定的な更年期イメージ」、「HRT に対する慎重な態度」などの問題が浮き彫りにされた。

日本女性は、白人あるいはアフリカ系そして、ヒスパニック系のアメリカ人女性に比べ

て更年期症状が少なく、中国人もこれに類似していることが報告されている[11]。

他の日本の地域住民を対象にした研究でも、40～69 歳の女性たちの 1/3 が血管運動神経症状で苦しんでいたが、彼女らのうち、婦人科を受診したのは 4.6%に過ぎなかった[12]。

中国人女性の更年期症状の出現状況は日本女性に似ているにも関わらず、台湾の HRT ユーザーの頻度は、閉経期の女性人口の凡そ 25%を占めている[13]。一方、Japan Nurses' Health Study（JNHS）[14]によると、日本の HRT のユーザーは、45～49 歳では 3.9%、50～54 歳では 8.5%であった。もともと、日本女性は、ホルモン補充療法に対して慎重であるが Women's Health Initiative (WHI)[15]の報告を受けて、ホルモン療法の使用に不安を感じた。これを裏づけるように、本調査においても、WHI の報告やホルモン補充療法の安全性に対する不安の記述があった。

３．ヘルスケアサービスへの期待

更年期障害を有する女性たちが、医療機関を訪れないからといって、決して医療サービスを望まないわけではない。彼女らの多くが表８に示したように、最新で正確な情報を探し、医療専門家からのアドバイスを期待していた。そして、代替医療や代替療法[16][17]に興味を持ち、ホルモン補充療法の副作用など[18]について詳細な説明を望んでいた。これらの教育や指導、情報提供は、従来から各地で実施されているが、まだ十分ではないことが明らかになった。

さらに、全体の 10%弱であるが、新しい介入法に対する積極的なニーズとして、更年期障害に関する「気軽に相談できる講座」の開催や「講師や悩んでいる人と一緒に問題について話し合い解決策を見つける会」が挙げられた。

そこで、更年期障害に悩む女性のヘルスケアサービスの１つとしてディスカッション・グループ[19]に注目した。ディスカッション・グループの目的は、HRT、代替療法およびセルフケアを含めた更年期の徴候および対処に関する最新で正確な情報の提供をするとともに、参加者同士の経験のわかちあいを支援することで、参加者同士の相互援助を促し、ヘルスケアにおける自己選択の素地ができ、互いにエンパワーメントされ、自己ケアができるようにすることである。このことは、女性たちの潜在的なニーズを発掘し、健康維持や増進に関して助言や相談を求める割合の増加を促進するかもしれない。

現在、筆者らは、更年期障害に悩む女性のための相談とディスカッション・グループを実施している。

Ⅴ．結語

閉経の移行によって QOL は変化しないが、健康で医療を受けていない中年女性のなかに更年期障害の中等症、もしくは重症の人が 25%存在し、70%近くの人が更年期障害で日常生活に支障を感じていた。peri および post の更年期女性では、更年期障害の重症化に従って QOL が低下していた。彼女らの多くは医療機関を受診していなかったが、更年期医療・保健に関する教育や情報提供のサービスを求めていた。

KKSI は、血管運動神経系を中心とした症状の有無と重症度の判定はできるが、対象の QOL の把握はできない。しかし、KKSI に WHO/QOL-26 を併用することで、更年期障害が QOL の低下と関係していることが示された。また、WHO/QOL-26 は、KKSI ではカバーできない総合的な健康状態や更年期女性の心理・社会・環境的な生活の質の問題を把握することが可能となり、介入する上でも有用であると思われる。

ただし、更年期障害の訴え方は、社会文化的背景などによって異なることが指摘されている。また、わが国の女性を対象とした更年期に特異的な QOL 評価尺度の開発は進んでいない。さらに、既存の健康関連 QOL 調査票に更年期女性に特徴的な要素が含まれているかについても十分検討されているとは言い難い。そのため、今後、わが国の更年期女性に特異的な QOL 評価尺度の開発が必要である。

これらの結果は、更年期女性の QOL 問題を考えるきっかけとなるとともに、今後の予防教育、また支援活動の資料とすることができる。

研究の限界：本調査の参加者は公募によって集められた集団であり、更年期障害の最重症者が含まれていないため、本結果を一般化するのには限界がある。ランダムサンプリングなどの対象抽出のあり方や対象の年齢幅を拡大し、対象数を増やし大規模調査や前向きの縦断調査を行なうなどして、詳細な検討を加える必要があると思われる。

本研究の一部は、第 18 回日本更年期医学会学術集会で報告した。
Quality of life assessment in community-dwelling middle-aged healthy women in Japan（Climacteric に掲載）に加筆したものである。

第４章　更年期女性の健康の維持増進・QOL の向上を目指した地域における看護介入の取組み

Ⅰ．研究目的

欧米では、更年期障害の悩みを持つ人同士の交流は、ディスカッション・グループやセルフヘルプあるいはサポート･グループなどとして知られ､1980 年代から導入されている。欧米での研究成果は、そうしたものを持たない日本人にとって極めて示唆するところが大きい[1)]。日本でも、菊池ら[2)]によってグループセッションの有効性が報告されているが、更年期障害に悩む女性の支援策の１つとして、その効果を検証したものはなく、更年期を語りあう会など[3)4)]行政の事業や臨床などの必要に応じた実践が先行している。

筆者らの先行調査においても、従来型の教育のほかに、悩みを持つ人同士で問題の解決法を見出す講座への期待があった。

そこで、本研究では、医療機関を受診していない女性を対象に、更年期女性の健康や精神的な悩みに対してディスカッション・グループが問題解決を図るために有効であるか検証を行い、今後の支援方法の構築を目指すことを目的とした。

ディスカッション・グループ[1]の目的は、参加者に対して、更年期症状とHRTや代替療法を含めた治療についての正確な情報を提供し、知識の増大を図るだけでなく、仲間同士の経験や情報の分かち合いを通して、参加者の自己効力感や行動変容能力、セルフヘルスケア能力を高め、女性をエンパワーメントすることにある。

付記）ディスカッション・グループを開始するまでの活動は、資料１を参照。

---

[1]ディスカッション・グループについて

Adams[1)] は、専門職とセルフヘルプ・グループとの関わりのあり方を①専門職がセルフヘルプ・グループを「取り込む」(integral)、②専門職が「側面から援助する」(facilitated)、③グループが「自律している」(autonomous)という３つのタイプに分けた。

本研究で用いる支援方法「ディスカッション・グループ」は、セルフヘルプ・グループのなかの「側面から援助する」(facilitated)のタイプに属するものとした。

Powell[2)] は、専門家の介入のあるセルフヘルプ・グループが本来のセルフヘルプ・グループとみなせるかは疑問であるとし､専門家の関与のあるセルフヘルプ･グループと区別することを提唱した。また､Kurtz[3)] は、専門家の介入がある方をサポートグループと呼び、セルフヘルプ・グループと区別した。

ここでは、The North American menopause Society の“menopause discussion group”にちなみ、更年期ディスカッション・グループという名称を用いた。

文献

1) Adams, R., Social Work and Empowerment, Macmillan, 1996

2) Powell TJ, Self-Help Organization and professional Practice. Silver Spring, 1987; 84-101

3) Kurtz LF, Self-Help and Support group. SAGE Publications, 1997:9-10

Ⅱ．研究方法

１．対象

更年期障害に悩む女性のための看護援助システム（グループ討議）の開発に向けての協力者を広報、ちらしで募集した。参加条件は 40 歳～55 歳の女性で、更年期障害の悩みや不安があり、現在、病気・治療をしておらず、5 回連続して参加できる人とした。
参加者全員に、介入前に口頭と文書で研究の目的を説明し、同意を得た。

２．グループの振り分け

被験者 8 名を KKSI[5]と WHO/QOL-26[6]のスコアから、4 名ずつの 2 群に分けた。グループ分けにおいて、参加者の強い希望があった場合には、配慮した。

A グループの KKSI の平均スコアは 7.75（±7.72）、QOL の平均スコアは 3.56（±0.37）であった。B グループの KKSI の平均スコアは 22.75（±11.00）、QOL の平均スコアは 2.83（±0.92）であった。

2002 年に同地区で実施した更年期の QOL 調査結果では、KKSI の平均スコアは pre-menopause8.7（±7.0）、peri-menopause14.76（±0.95）、post-menopause13.78（±9.73）、QOL の平均スコアは pre-menopause3.54（±0.45）、peri-menopause3.42(±0.39)、post-menopause3.47（±0.44）であった[7]。これに比較して、本研究の対象である A グループの KKSI スコアは最も低く、QOL スコアは最も高かった。つまり、A グループは「軽症の更年期症状で QOL が高い」メンバー構成である。一方、B グループは KKSI と QOL の平均スコアともに前回調査結果に比較して KKSI スコアが最も高く、QOL スコアが最も低かった。つまり、B グループは「重症の更年期症状で QOL が低い」メンバー構成である。

３．グループの特徴

２つのグループの特徴を表１に示した。

平均年齢は、A グループは 52（±1.4）歳で、B グループの 50（±6.1）歳に比べてやや高かった。参加者は、全員既婚者であったが、家族背景や家庭状況はそれぞれ異なっていた。A グループでは更年期を自覚している人がいないのに比べて、B グループは４名中 3 名に更年期の自覚があり、健康上の悩みを持つ人が多かった。ディスカッション・グループに期待するものは、A グループは「学習目的」が多いのに対し、B グループは「他人の体験」を聞くことや「正しい知識を得て」更年期を快適に過ごすことであった。

表１．A、B グループの特徴

	A（4 名）	B（4 名）
平均年齢	52±1.4 歳	50±6.1 歳
平均 BMI	22.8±1.7	22.8±0.7
平均子の数	2.75（1−5）	1.75（0−3）
家族構成	夫婦/子 1 、夫婦/子/親 3	夫婦のみ 1、夫婦/子 2、夫婦/親/子 1、母子/夫単身赴任 1
仕事	主婦 2、職有 2	主婦 2、職有 2
喫煙	無	無
飲酒	無 2、3 回以下/月 1、1-2 回/週 1、毎日 1	無 2、3 回以下/月 1、毎日 1
健康診断	無 1、有 3	無 1、有 3
介護	自宅外 1、無 3	自宅外 1、無 3
閉経状況	月経あり 2、閉経 2	月経あり 1、閉経 3
更年期の自覚	わからない 2、更年期前だと思う 2	わからない 1 、更年期である 3
悩み	無症状 2。月経前後何もする気がしない。気分的落ち込み、物忘れ。	睡眠障害。ほてり、冷え、物忘れ、集中力低下、神経痛、くよくよ考える。胸の動悸、心臓のしめつけ感。
健康対策	生活 1、運動 1、栄養 1、無 1	栄養・サプリ 2、仕事・趣味 1、運動 1
更年期情報源	無 2、友人・姉妹・母・メディア 2	友人、メディア 4
ﾃﾞｨｽｶｯｼｮﾝ・ｸﾞﾙｰﾌﾟへの期待	勉強し、今後の参考にする。そのときがきたらヒントにしたい。悩んでいる人に教えてあげたい。うまく順応したら新たな目標を持ちたい。	友人、職場以外の人の話を聞いてみたい。正しい知識を得てこれからの更年期をさわやかに過ごしたい。

注）表中の数字は、人数を示す。

４．ディスカッション・グループによる介入スケジュール

A、B２つのグループ、それぞれにディスカッション・グループ（1 グループ 4 名）を、週に 1 回 2 時間を 5 週間連続で実施した。その後は、非介入のまま 5 週間経過をみた。

５．ディスカッション・グループの運営方法

ディスカッション・グループは、欧米で開発されたプログラム [8)−11)]をベースに筆者らが実施した更年期 QOL に関する調査結果（2002）や 2 回のディスカッション・グループの試行、フォーカス・グループの結果から修正を加えた（資料２、３を参照)。運営上、リーダー（研究者）はファシリテーターとしてグループに参加し、グループ討議、プログラムの進行が円滑に進むように援助する。最初のセッションでは話し合いの基本原則（資料３）をメンバー全員で確認し、その意味を参加者に理解してもらえるよう解説を加えた。

６．評価方法

WHO/QOL-26（信頼性・妥当性検証済[7]）、KKSI を使用し、介入開始前(T0)、介入開始から 5 週間後(T1)、10 週間後(T2)に評価する。前半は介入の直接効果を、後半は時間的経過に伴う介入効果の持続について検討した。これに加えて、介入による変化の自己評価を介入開始から 5 週間後（E1)、10 週間後（E2）に評価した。評価方法は、変化の度合いを 1 点から 5 点の 5 段階で評価し、得点が高いほど変化が大きいことを示す。また、変化した内容について自由記述を求めた。

さらに、毎回のセッション終了時に、気に入ったこと、気に入らなかったこと、環境などについて自由記述による感想・意見を書いてもらい、次回のセッションでフィードバックした。

７．倫理的配慮

研究参加は、自由意志によるもので、途中での辞退が可能であることを口頭および文書で説明し、同意書にサインを得た。

本研究は、介入の評価のためにアンケートに名前を書いてもらう必要があったが、回収時にアンケート本体と名前を切り離し、別々に鍵のかかる場所に保管するとともに、プライバシーの保護のために、個人が特定される恐れのあるデータは記号化・暗号化した。

また、グループ討議のなかで参加者同士が、更年期の共通のテーマに対して、自由に語りあうため、討議を通して同席しているメンバーに個人情報が伝わる可能性がある。これに対して、参加者にグループのなかで話されたことを外にもらさないよう依頼した。

集団のなかで、自分の悩みを他の参加者の前で語ることに対する苦痛や話されたことが他に漏れないか不安に感じる可能性がある。これに対して、グループ討議の際には、仮名を使用し、話したいことだけを話してもらった。事前に参加者に会の運営やルールを明確にし、参加者の尊厳が保たれ、デメリットが最小限になるよう努力した。

更年期の問題には、心理社会的な問題が大きく関与するため、複雑な問題を抱えている対象が含まれている可能性がある。本研究を行う上で、M 地区の産婦人科医会、更年期専門医、保健師などの専門家への相談協力体制を整えた。

グループ分けは、研究条件に応じて実施するが、対象の希望を考慮するとした。

本研究は、大阪大学医学部および日本赤十字九州国際看護大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ．結果

平成 16 年 6 月～7 月まで、A、B２つのグループ（各 4 名ずつ）に、ディスカッション・グループを毎週 1 回、計 5 回ずつ実施した。ディスカッションのリーダーは、両グループともに研究者が務めた。

１．ディスカッション・グループの討議内容

A（KKSI　7.75、QOL　3.56）グループと B（KKSI　22.75、QOL　2.83）グループで討議された内容を表２に示した。

A グループが選んだテーマは、最新の健康法に関する内容が多かった。A グループでは、メンバーの 1 人から悩みが語られても同様の体験をした人が少なく、共感やわかちあいが得られにくかった。また、討議がテーマに関係ない、趣味や世間話に発展する傾向が強かった。リーダーは、その都度、話題をテーマに戻すなどの軌道修正を行うとともに、更年期障害で悩む事例や更年期関連図書を紹介するなどし、メンバー間の交流を促した。

毎回、セッションのはじめに、基本原則をメンバー全員で読み、「なぜ」という問いかけやアドバイスをしないようにルールを確認したが、健康者は無意識のうちに、メンバーに対して「前向きに考えて・・・」、「趣味を持てば・・・」などのアドバイスをした。このようなとき、リーダーは直ぐにメンバーのことばを引きとり、「前向きになりたいと思うけれど、辛いときにはなかなか難しいですね」、「この辛さから開放されて、趣味を楽しむことができればよいですね」など、共感を示すことばを続け、話し手が傷つかないように、またメンバーにルールを意識してもらうように配慮した。ディスカッション・グループに引き続き、メンバーからセルフヘルプ・グループ結成の提案が出されたが、グループの同意は得られなかった。

B グループのメンバーは、自然に自己紹介のなかで、自分の悩みや会の参加目的について説明した。最初は、知らない人と話すことに緊張すると言っていたが、会を重ねるに従い「知らない人同士が話しやすい」、「共感できることが多い」、「隠さずに話せる」など、メンバー同士の関係が深まり、自由に話せるようになった。また、討議のなかで学んだ対処方法を実践し、その結果を次の会でメンバーに報告するなどの行動もみられた。最終回では、メンバー全員の希望で、自主的にこの会をセルフヘルプ・グループに発展させることが決まった。

表２．ディスカッション・グループの討議内容

	各セッションのテーマと討議内容		
A	回数	テーマ	討議内容
	1	自己紹介 2 回目以降のテーマの決定	2 名は心身の不調（寂しさ、親子関係の問題、気分の落ち込み、尿漏れ）があったが、残りの 2 名は、健康体で不調もなく、趣味やスポーツなどに積極的に取り組んでいた。 ＊更年期障害で悩む事例を紹介する。 2 回目以降のテーマは、肥満予防、骨粗鬆症予防、サプリメントなどの健康増進法に決定した。
	2	肥満予防	テーマに関連した栄養、食生活の見直し、運動方法。
	3	閉経と骨粗鬆症	ライフサイクルにおける女性のからだの変化と女性にみられやすい症状について話した。その後、娘や息子の話題など世間話にひろがった。 ＊更年期女性が主人公の本を紹介した。
	4	サプリメント	最近、苛立ちやすいこと、男性更年期があるかどうかが話題になった。最終回に、男性更年期をトピックに加えることに決定。
	5	男と女の更年期 これからの自分の人生	それぞれ、これからの自分の生き方について考え、メンバーの前で宣言し終了。 ＊中高年女性を主人公にした映画を紹介した。
B	1	自己紹介 2 回目以降のテーマの決定	自己紹介の後、心身の不調、人間関係など日常生活に支障を感じていることや参加目的が話された。 2 回目以降のテーマは、高脂血症、サプリメント、更年期にみられる病気、人間関係に決定した。
	2	高脂血症 サプリメント	日常生活のストレス。自分のよいところ、自分を認めること。
	3	更年期にみられやすい病気	病院を受診しにくい、医師とうまく話せない。医師の何気ない態度に傷ついた体験。尿失禁などが話題にあがった。 次回のテーマに、尿失禁予防体操を入れることになった。
	4	人間関係 尿失禁予防の体操	職場の同僚や夫との関係、性交痛が話題になった。 次回、人間関係の続きを話したいとメンバーから希望が出され、全員が同意した。
	5	人間関係の続きとこれからの自分の人生	家庭、職場、近隣など人間関係について話された。 これからの生き方についてメンバーの前で宣誓し修了。 ＊中高年女性を主人公にした映画を紹介した。

＊は、リーダーの意図的介入があったことを示す。

２．ディスカッション・グループに参加することによって起こった変化

ディスカッション・グループによって参加者に起こった変化度を 5 点法で評価するよう求めた。変化度は 1. 全く変化しなかった、２．あまり変化しなかった、3. どちらでもない、4. やや変化した、5. かなり変化した、の 5 段階で評価した。さらに、変化の内容について自由記述の回答を得た。

A（KKSI　7.75、QOL　3.56)、B（KKSI　22.75、QOL　2.83）グループともに、ディスカッション・グループ前後に、自分に変化が起こったことを認めた。変化度の平均点は、A グループは直後が 4 点、5 週間後が 3.5 点であった。B グループは、直後、5 週間後ともに 4.75 点で、A グループに比較して B グループの変化度が高くなっていた。

ディスカッション・グループによって参加者に起こった変化の内容を表 3-1、3-2 に示す。

A グループの変化の内容は、ライフスタイルの見直しや心に張りができたなど、プラスの変化を示すものもあったが、「日常の友人関係と違い、短期の仲間なので、互いの違いが強調されて伝わったような気がして、少し不安になった。少し話しすぎた。」と後悔した人もあった。また、更年期障害の知識を得たことで、「症状を意識するようになり、知らずに通りすぎたほうがよかったかもしれない。」と回答した人もあった。

B グループは、メンバー同士のわかちあいが安心感や安堵感につながっていた。また、適切な情報を得たことで、心身の不調への対処方法を身につけることができた。更に、これまでの自分に気づくことで、人間関係にプラスの変化がみられたことが挙げられた。

表 3-1. ディスカッション・グループによって参加者に起こった変化の内容（A グループ）

	直後の変化	5 週間後の変化
A1	生活に変化を求めていながらもサークルに参加する直前まで迷っていた。終了した今、達成感はある。	現在と未来の自分を見つめ直し少しずつでも向上しようという気持ちをいだきはじめた。
A2	栄養面について（食生活）の見直し、以前よりも少しは豊かな食生活になったと思う。	今まであまり意識していなかった症状が、もしかしてと思うようになり、病も気からと知らずに通りすぎた方が良い面もあったかもしれない。
A3	生活、精神的に気をつけるようになった。	
A4	定期的にサークルに参加することが生活のリズムになり、心に張りができたように感じた。紹介された本を読み、色々な情報を得て、新しく気づく事が多くあり役に立った。これからも余暇を活用して色んな事にチャレンジしたい。時間を忘れて熱中できる新しい事を探したい。	腰痛がひどくなり、整骨院に通った。生活リズムが変化したこともあり、家事をこなすことで精一杯、精神的に余裕がなくなった。また、大学生の息子達の帰省により、忙しくなり、生活に張りがある。

表 3-2. ディスカッション・グループによって参加者に起こった変化の内容（B グループ）

	直後の変化	5 週間後の変化
B1	同年代の友達と話す時に余裕をもって話せる様になった。	友人・知人と話す時に、ゆとりを持って聞け、話せる様になった。
B2	更年期の身体的変調について、正しい知識を学ぶ事が出来た。サプリメントやリラックス法、尿失禁はとても参考になった。同じ世代の仲間で共感できる事がたくさん有り、聞く事、話す事の大切さがわかった。尿失禁は治せるのに放置し、風邪をひいて咳などしない、走ったり飛んだりしないなど、これが運動不足も引き起した。健康管理に学ぶべき事が多くあり、これから実践しようと思った。	話を聞き、また聞いてもらって気分的に楽になった。失禁体操を始めたが続かずサボリぎみ。思い起こしてはボチボチやっている。サークルを終えた時のやる気、緊迫感がうすれている。
B3	健康のこと、からだのこと、病院とのつき合い方など教えてもらった。	以前は知らなかったことを教えてもらった。新しい情報を知り、メンバーと交換できた。
B4	自分だけではないという安堵感を持てた。	痛みを知る人たちがいると思えるので、それ（症状や問題）を受け止められる。

３．参加者にとってのディスカッション・グループの意味

参加者にとって、ディスカッション・グループの意味を表 4 に示した。

A（KKSI　7.75、QOL　3.56）グループでは、ディスカッション・グループに意味について記述したのは 2 名であった。その内容は他人と共感でき、励みになったことや紹介された本を読み、自分の内面を整理し受け入れることができたことが挙げられた。

B（KKSI　22.75、QOL　2.83）グループは、全員がディスカッション・グループの意味について回答した。更年期や更年期障害に対する知識・情報を得たことで不安の軽減につながった。また、夫との人間関係のプラスの変化、更年期の問題は自分の問題であり、自ら健康に取り組むことの必要性の気づき、自己解放感と他人の受け入れなどが挙げられた。

表 4. 参加者にとってのディスカッション・グループの意味（自由記述より）

A（KKSI　7.75、QOL　3.56）	B（KKSI　22.75、QOL　2.83）
・ メンバーと時間を共有できた。 ・ いろんな人と出会え、それぞれの生活環境が違っていても、皆、大なり小なり様々なストレスをかかえて生きていることを共感でき励みになった。紹介された本を読み、自分の内面を整理し、受け入れることができた。	・ 自分の症状を夫に素直に言えるようになった。 ・ 正しい知識を得ることで、あせりや不安が少し解消した。よいメンバーに恵まれ、楽しかった。もう少し回があって、精神面での奥行きのある会話ができればよかった。 ・ 更年期は自分の問題で、自から勉強し、行動しないと解決しないことがわかった。メンバーの話を聞くことができてよかった。 ・ 楽しみだった。自分を最大限解放できたし、他人も受け入れることができた。

４．ディスカッション・グループ介入前後の KKSI と QOL の変化

ディスカッション･グループの介入による KKSI スコアの変化(表 5)は個人差が大きく、一定の傾向はみられなかった。QOL スコアも特徴的な変化はみられなかった（表 6)。

表 5. ディスカッション・グループ介入開始前、介入開始から 5 週間後、10 週間後の KKSI の変化

A	開始前	5 週間後	10 週間後	B	開始前	5 週間後	10 週間後
A1	11	10	2	B1	28	23	23
A2	3	3	5	B2	10	10	5
A3	0	0	0	B3	18	20	21
A4	17	28	25	B4	35	42	31
平均	7.8	10.3	8.0	平均	22.8	23.8	20.0

表 6. ディスカッション・グループ介入開始前、介入開始から 5 週間後、10 週間後の QOL の変化

A	開始前	5 週間後	10 週間後	B	開始前	5 週間後	10 週間後
A1	3.8	3.7	3.7	B1	3.2	3.2	3.1
A2	3.8	3.7	3.6	B2	3.5	3.5	3.4
A3	3.7	3.5	3.5	B3	3.1	3.2	3.1
A4	3.0	3.2	3.1	B4	1.5	1.8	1.8
平均	3.6	3.5	3.5	平均	2.8	2.9	2.8

Ⅳ．考察

１．　ディスカッション・グループの有用性

グループ分けについては、2 回のディスカッションの試行より、更年期障害の重症度と軽症者が混在した場合、双方にとって好ましくない影響があることが明らかになっていた。そのため、本研究では、本人の希望に配慮しながらも KKSI と WHO/QOL - 26 のスコアを参考に、応募者 8 名を更年期障害の重症度に応じて 2 つのグループに分けた。

「軽度の更年期症状で QOL が高い」グループの半数は、更年期症状の自覚がなく、日常生活もほとんど支障のない人たちであった。残りの人たちは軽症であったが更年期症状に悩んでいた。ディスカッション・グループの意味は、自分だけの問題だと思っていたことが、グループの人にわかってもらえることにある。しかし、このグループでも悩みのない人は、悩みを語る人の気持ちを共感する前に励まし、助言をするといった傾向がみられた。

更年期ディスカッション・グループの目的は、正確な知識や情報を得ることもあるが、主には仲間同士の経験や情報の分かち合いである。そのため、メンバーの条件として、更年期の問題（更年期障害を含めた）を抱えていることが重要であることが、ここでも示された。

「軽度の更年期症状で QOL が高い」グループに 1 名（更年期症状の自覚がなかった人）ではあるが、グループに参加したことで以前は全く気にもとめなかった症状に気づき、自分も更年期に入ったことを自覚し、「知らないほうがよかった。」と感じた人もあった。更年期症状の知識を得た後、自己の体調の変化に気づき、予期的不安が高まったものと思われる。更年期が終わった者ほど、更年期を肯定的に受け止める傾向がある [12]ことが知られている。このグループは、更年期の真只中の人ばかりで、更年期障害を乗り越えた体験を語ることができる人はいない。

今後は、更年期を乗り越えた女性を講師として招き、トンネルの先をイメージさせることも必要である。また、更年期を健康的に過ごしている女性や閉経後の人生をいきいきと生きている女性と、閉経前の女性が情報を交換し合う機会 [12]を設けることも必要であると思われる。

更年期障害がなく QOL も高い人は、助け合って解決すべき問題や課題がない。健康度の高い女性グループには、健康増進や予防を目的にした健康講座による教育が適しているように思われた。

「重症の更年期症状で QOL が低い」グループは、メンバーそれぞれの悩みは異なり、共通するものは少なかったが、悩んでいる人同士ということで共感できていた。セッションのはじめは、抽象的な悩みの表現が多かったが、後半には具体的なものに変わった。参加者は、正確な知識や情報を得たことによって不安や焦りが消失しただけでなく、共感を通してメンバーに対する安心と信頼感が高まった。その過程で、人と会話するときにゆとりを持って話せるようになった、自己の開放と他者の受容ができるようになったなど、アサーション [13]を身につけていた。また、メンバーの 1 人は、健康問題を解決するためには、

自分自身が健康に取り組まなければならないことに気づき、セルフケアに向けての第一歩を踏み出した。更年期障害の悩みを持つ人にとって、ディスカッション・グループは、新たな知識・情報を得る場、共感や分かち合いの場だけでなく、アサーション・トレーニング[13]の場となることも示された。

Theisen ら[14]は、女性に対して正確な更年期情報を提供する上でヘルスケア職の役割が欠かせないとした。この研究は、女性たちが、他の人たちと気軽に話をすることが閉経期に対する彼女らの態度と正の関係があることを示し、更年期に対する悪感情を話しやすくするプログラムや教育材料の開発によって、閉経の移行を容易にすることができるかもしれないと述べている。ディスカッション・グループで最も大切なのは、気軽に話せる場をつくることである。

KKSI と WHO/QOL-26 を用いて、介入直前、介入から 5 週間後、10 週間後に評価を行ない、前半は介入の直接効果を、後半は時間的経過に伴う介入効果の持続について検討した。今回、介入から 5 週間、また 10 週間という短期間では、更年期障害の軽減や QOL の向上の効果を測ることはできなかった。しかし、質的データから、ディスカッション・グループの意義や有用性が示され、また、ディスカッション・グループからセルフヘルプグループが形成されたことなどから、長期的には QOL の向上も期待できると思われる。

更年期障害の治療においても、3 ヶ月から半年で効果の判定が行なわれており、ディスカッション・グループの介入効果の判定においても長期的な検討が必要である。

KKSI と WHO/QOL-26 の 2 つの変数を用いることで、①KKSI が低く、QOL が高い人 ②KKSI が低く、QOL が低い人、③KKSI が高く、QOL が高い人、④KKSI が高く、QOL が低い人の 4 つのグループに分割することができる。しかし、QOL と KKSI が逆相関することが 2002 年の調査[7]で明らかになっており、②と③は、理論上はあっても実際にはかなり少数であると思われる。

今回、対象となったグループは、①KKSI が低く、QOL が高い人、④KKSI が高く、QOL が低い人の 2 つのグループのみである。

①KKSI が低く、QOL が高い人には、健康の維持と増進を目指した予防教育や情報提供が適していると思われる。②KKSI が低く、QOL が低い人は、更年期障害は軽症であるため、QOL 低下の要因は、心理・社会的問題である可能性が高い。QOL が低下している要因を探るための個別相談やカウンセリングが必要であると思われる。③KKSI が高く、QOL が高い人は、KKSI が高い状態をどのように認知し、対処しているかを確認する必要がある。不調を健康上の問題やサインと考えないで放置している可能性もある。このような人には、更年期障害の背後で、骨粗鬆症や動脈硬化が静かに進行している可能性があることなどの教育が必要である。④KKSI が高く、QOL が低い人には、本研究で実施したディスカッション・グループが有用であると思われる。

以上のように、地域には様々な健康レベルの人が存在するため、更年期女性に対して画一的な援助を行なうのではなく、健康レベルに応じた個別的な介入を検討する必要がある。

２．ディスカッション・グループの運営

参加者の多くが、人数が少ないことに不満を持っていた。8 人前後の人数を確保できれば、共通の悩みも増え、体験の共有、分かち合いも進みやすいと思われる。また、参加申し込みが多ければ、抱えている悩みにあわせて、グループを構成することも可能である。

2002 年に M 市で実施した調査[7]では、更年期に対するセミナーや相談に対するニーズが非常に高かったが、実際に募集をかけると参加希望者は少なかった。これらの問題に対してフォーカス・グループ（資料１参照）を実施した結果、その背景として、「更年期関連の情報不足」、「更年期に対する否定的なイメージ」、「周囲の理解がなく軽く扱われる」、「仕事や家庭の様々な事情のために継続して参加することが難しい」ことが挙げられた。また、ディスカッション・グループの経験がないため「参加することへの不安」があることが明らかになった。

女性は、これまで、夫や子どもなど他者を優先し、ともすれば自分の健康は後回しにしてきた。情報社会のなかで、健康医療情報は溢れ、女性たちの健康に対する関心も高い[1]。しかし、自分自身の症状の改善や健康維持・管理・増進のために有効な行動を具体的に起こし自己実現を図っているのかとなると、実情はむしろ消極的である[15]。

今後は、悩みを持つ人のプール制度（更年期症状で悩みを持つ人をあらかじめ確保しておく）をとりいれ、人数や参加希望日時、参加目的などの条件を満たした人がそろった後に会を開催することも検討したい。同時に、定期的なセミナー開催などによる情報の提供、更年期の健康問題を相談し易い環境づくり、積極的な健康行動を支援するシステムが必要である。

ディスカッション・グループは、基本的には、自分の力では解決できない更年期の問題を持つメンバーが集まり、互いに思いを語り合うものである。ディスカッションのルールは、自分が話したいことだけを話し、相手の話しは聴くが発言に対し批判もアドバイスもしない。また、メンバーに自分の気持ちを理解してもらうなかで問題解決の糸口を見いだしていく。リーダー（ファシリテーター）の役割は、メンバーの主体性を削がないように注意しながら、話し合いのルールが守られているか確認し、メンバーのことばが見つからない場合には、必要に応じて感情表出の手助けをすることである。

セッションの最初の 40 分間は、更年期や更年期障害に関連した知識、最新情報の提供を目的にしている。今回、メンバーが選択したテーマは、一般的な内容であったため、外部講師を招聘しなかったが、医師、栄養士、薬剤師、運動療法士などの専門家の協力を得ることも必要である。

メンバーが最も重要だとしたのが、話し合いをする上での基本原則（資料３）である。基本原則を毎回、セッションの始めにメンバー全員で読むことは、これが単なる「井戸端会議」でないことを再確認させる。また、基本原則の内容は、日頃の自分と人との関わりの見直しに役立つだけでなく、アサーション・トレーニング[13]にもつながる。

最近、欧米では、インターネット上でのメノポーズディスカッション・グループ[16]やイ

ンターネットを用いた研究 [17]も行なわれている。日本でも、既に自然発生的にインターネット上の更年期相談やチャットでの交流なども始まっている。

更年期の看護に関する研究は増えてきているが、更年期ディスカッション・グループの効果や看護支援のあり方 [18]についての研究が不足している。今後、更年期ディスカッション・グループを継続し、さらに、別の地域でも実施し、その効果を立証することで、女性の健康支援策の一つとして発展させていきたい。

Ⅴ．結語

更年期障害の悩みを持つ女性を対象に、ディスカッション・グループを実施した。今回のディスカッション・グループは、参加人数もグループ数も少なく、これだけで介入の有効性を唱えることはできない。しかし、参加者への聞き取りから、更年期障害の悩みを持つ女性にとっては、ディスカッション・グループは、新たな知識・情報を入手できる場、共感や分かち合いの場だけでなく、アサーション・トレーニングの場、また自分の健康の責任者は自分自身であることへの気づきの場となることも示された。そのことから、更年期障害に悩む女性の介入法として有用性が示され、研究継続の意義を見出すことができた。

今後も更年期ディスカッション・グループを同地区で継続するとともに、他の地域でも有効であるか検証し、更年期女性の健康支援策として確立する努力を行っていきたい。

資料１．更年期ディスカッション・グループを開始するまでの活動

近年、老年期に質の高い生活を送るために、更年期からの予防を中心とした健康管理の重要性が言われているが、更年期障害の患者を対象としたサービスが主で、一般女性を対象とした調査や具体的な対策の検討は今後の課題とされている。

そこで、表に示すように、2002 年 6 月より、M 市の健康づくり課や産婦人科医会などの協力を得て、M 市に中年女性健康プロジェクトを立上げ、中年女性を対象とした生涯にわたる健康づくりと更年期女性の支援体制を構築することを目的に活動を開始した。

表．更年期ディスカッション・グループを開始するまでの活動

年月	活動内容
2002.6-9.	更年期女性の QOL 調査、中年女性健康プロジェクトについて、行政、産婦人科医会への説明と話し合い。
2002.9-11.	広報誌、ちらしなどで調査参加への案内を実施。
2002.10-12.	M 市で、中年女性健康女性プロジェクトによる「更年期女性の QOL 調査」
2003.3.	市民・調査参加者への「更年期女性の QOL 調査」結果説明会を実施。
2003.3.	更年期ディスカッション・グループの試行①
2003.5.	M 市の福祉健康部長、健康づくり課、産婦人科医会への調査結果の報告。
2003.6.	M 市の市長へ　上記同内容の報告書提出。
2003.5-6.	更年期ディスカッション・グループの試行②。健康づくり課、保健師との話し合い。
2003.6-9.	更年期個別相談（電話、面接）
2004.2.	健康づくり課、保健師との話しあい、コミュニティセンターの視察。
2004.3.	更年期女性の健康対策に関するフォーカス・グループの実施。
2004.5.	健康づくり課との話し合い。
2004.6.	M 市から、中高年女性を対象にした女性の生涯にわたる健康支援事業「中年女性健康プロジェクト」の助成金（平成 16 年度）を受ける。
2004.6-7.	更年期ディスカッション・グループの実施。
2004.9-	中年女性健康プロジェクト：中年女性のための健康講座開催　7 回シリーズ。

研究を開始する前に、ディスカッション・グループの運営方法（プログラムの内容と介入方法を含む）を決定する上でディスカッション・グループを 2 回試行した。その結果を踏まえ、更年期女性に対してフォーカス・グループを実施し、ディスカッション・グループの運営などについて意見を求めた。

１．ディスカッション・グループの試行から得られた知見

最初の試行には、4 名が参加した。3 名が友人同士の参加であった。また、この 3 名は健

康度が高く、残りの 1 名は更年期障害に苦しんでいた。更年期障害に苦しむ女性の発言に対し、健康な女性の数名が「前向きに考える」などをアドバイスした。その結果、悩みを語った女性は傷つき、参加したことを後悔した。また、友人同士の参加は、新しい関係づくりを妨げ、テーマを忘れて世間話に流れる傾向があった。

以上より、健康者や仲間同士の参加には注意しなければならないことが示された。

2 回目のディスカッション・グループの試行では、3 名の参加者を得、週に 1 回、1 回 90 分のセッションを 5 週連続して実施した。ここでは、更年期障害や治療などに関する知識や情報提供の時間が 15 分～30 分では不足していることが示された。また、人数が少ないことが影響したと思われるが、最初は緊張状態が強く、リラックス法などを取り入れ、緊張緩和を図ることが重要であった。話すことに慣れてくると、ディスカッションが 1 時間を越えることも度々あった。

参加者が少ない場合、同じような体験をしている人が少なく、わかちあいが難しいが、リーダーが他の事例や本の紹介を行うことで、メンバー同士の交流を促すことができ、これを補うことができた。

以上より、ディスカッション・グループの時間を 2 時間とし、そのうち講義時間を 40 分とした。そして、ファシリテーターの役割として、メンバー間の調整と交流の促進や傷ついた人へのフォローなどの配慮の必要性が示された。

２．フォーカス・グループから得られた知見

７名の女性を対象に 2 回に分けてフォーカス・グループを実施した。

参加者の多くが、更年期に関する知識がなく自分が更年期に入っているのか、更年期障害があるかどうかよくわからなかった。また、症状があっても生理的なものか、個人差か、病気か、わがままなのかわからないと答えた。そのため、気軽に更年期の検診が受けられるシステムに対するニーズがあった。

閉経前後の症状によって、「寝込み、仕事に支障をきたし、ひどいときにはうつ状態になるなど毎日が大変であった。」ことが語られた。しかし、「どこを受診したらよいか、誰に相談したらよいのか、どのような生活をしたらよいのかわからない。」と言う。それだけでなく、「他人に相談しにくい内容であるためよほどひどくならないと受診や相談もできない。」と言う。その背景には、一般の人に更年期に対する理解がないだけでなく、同性や親、先輩の女性にも理解されず軽くあしらわれる体験をしていることが明らかになった。これらへの対応として、一般の人への知識の普及、セミナーなどの開催のほかに、カウンセリングの充実や仲間同士の情報交換のニーズが示された。

ディスカッション・グループによる介入に関しては、「5 週連続となると、仕事の都合や家族の世話などで毎回参加することが難しい。」、「その会がどのようなことをするのかわからず、参加申し込みに勇気がいる」などの感想が聞かれた。そして、「主催者と顔見知りであれば参加しやすい」こと、「セミナーの後にお茶会を開き、相談にのった人からリクルー

トする。」などのアイデアが出された。さらに、45 歳～55 歳でなく、「もっと年齢幅を広げてほしい。」などの意見や要望が出された。また、フォーカス・グループで「更年期の問題について討議するだけで、勉強になる。」との反応があった。

これらの意見はディスカッション・グループを事業として発展させていくためには重要であったが、研究上の制約のため、対象の年齢幅を広げることのみを取り入れた。

一般女性への知識や情報の普及については、ディスカッション・グループとは別に中年女性健康プロジェクトのなかで、健康講座を 7 回シリーズで実施することにした。

資料２．ディスカッション・グループの実際

Ⅰ．開催前の準備：以下の規則について、参加前に十分説明する。ディスカッション・グループでは匿名性を守るため、仮名での参加を原則とする。参加に際し、ルールを守ることが重要であることを説明する（例、時間通りに到着し、可能な限り全ての会に参加する、参加できない場合には連絡する)。5 分程度の遅刻は参加を認めるが、そうでない場合には、帰っていただく。3 回以上の欠席は、参加中止とする。討議のなかで、相手の話を尊重し、偏見をもたず、まず受容するように心がける。秘密を守ることの重要性について説明する（グループのなかで共有されたものはグループのなかにとどめる)。討議を進める上で、基本原則を示し、毎回、討議開始前に全員で確認する。

Ⅱ．討議時間の組み立て：

開会、基本原則（資料３参照）**の確認　5 分**

トピック（講義）40 分

参加者が話し合いたい内容を事前調査する。初回は、参加者が最も関心の高い内容を実施し、2 回目以降のテーマは、参加者との話し合いの下に決定する

例）更年期と更年期障害、栄養（骨粗鬆症と動脈硬化)、スキンケア、体操、更年期障害に関する Q&A、更年期の性と避妊、尿失禁　など

休憩 10 分（お茶、トイレ）

グループ・ディスカッション 60 分

例）更年期障害で困っていること、役割の変化、年をとること、病気やガンへの恐れ、周囲との関係性、第三の人生（私の人生）

まとめ　5 分

留意事項

トピックや外部講師の選択：トピックはメンバーが共有できる内容にする。外部講師（医師、薬剤師、栄養士など）は、必要に応じて依頼をする。

開会と閉会：リーダー（今回は研究者）が実施する。

環境：会場は、参加者の緊張をとるために適度な空間をあけ、全員の顔が見えるように円形に設置する。BGMを流す。

討議中止などの通知：台風、地震などの自然災害の場合には中止し、延期はしない。

2 回目以後、新しいメンバーが参加を申し出た場合：原則、追加はしない。

ディスカッション・グループの回数：5 回。

終結：5 回の討議終了後、メンバーは、自分の今後の人生について宣言書を書き、グループの前で発表する。

メンバーが規定の討議を終えた後、継続を希望した場合：セルフヘルプグループを作ることを勧める。必要時、産婦人科医会、助産師会などにサポートの呼びかけを行う。

飲み物、食べ物の準備：お茶以外は、各自、必要があれば準備してもらう。

その他：この会は、匿名を原則としているため、友人同士の参加を認めない。

資料３．話し合いをする上での基本原則

1. 私たちは、グループのなかで話されたことを外にもらしません。
2. 私たちは、更年期について勉強し、仲間と情報を交換しながら、気持ちや体験をわかちあいます。
3. 人は、それぞれ違った見方、色々な経験や価値観をもっています。私は、仲間の体験や気持ち、考えを尊重し、決めつけや批判はしません。私は、自分のために話したいことだけを話します。「あなたへ」ではなく、「私の」メッセージを伝えます。「あなた」や「なぜ」で始まることばは、ときに相手に理由を問いただし、責めてしまうことがあります。話し手の問題や解決策を見つけることは、仲間の責任ではありません。アドバイスが適切でも、それはあなたの価値観で判断されたものです。仲間の役割は、共感をすることで、悩んでいる人が、自分で問題を解決するのを支援することです。
4. 問題を解決する前に、まず気持ちや感情についてゆっくり話し合います。人は悩んでいるとき、ただ誰かに話を聴いてもらいたいだけで解釈や説明を聞きたいわけではありません。解釈しないで、そのまま言い返しをします。
5. 私たちは対等で、お互いを尊重します。人の話を終わりまで聞き、途中で口を挟むことも、会話を独占することもしません。
6. 私たちは、沈黙を尊重します。
7. 仲間と個人の目標を一致させる必要があります。もし、誰かがこのグループに直接関係しない問題を持っていたら、それは会の後で個人的に他の場所で話します。
8. 私たちは緊急時を除き、特別に指示がなければ、このグループのすべての会に出席し、時間どおりに到着します。もし、誰かが参加できない場合には、用事ができたと思いましょう。
9. 私たちはこの集まりを楽しみます。

注：基本原則は、各セッションのはじめに、メンバー全員で読み、確認する。

終章　研究の総括と更年期女性の QOL 向上を目指した中年女性健康プロジェクト

Ⅰ．総括

更年期は、生物学的変化の時期であるだけでなく、生活の様々な局面において変化を余儀なくされる過渡的な時期、言い換えれば、社会学的な変化の時期でもある[1)]。

しかし、女性が更年期にどのような体験をし、それに何が影響するかについて検討した研究はあまりみられない。

さらに、更年期の QOL の重要性が言われているが、欧米で本格的な研究が始まったのは 1990 年代に入ってからである。わが国でも、近年になって、更年期女性の QOL に関する調査が増えてきている。ところが、現在の更年期に関する研究の多くは、医療機関を訪れる患者を対象にしたものが多い。医療機関を受診する女性とそうでない女性では、症状の頻度、健康問題、社会経済状況などあらゆる面で異なる[2)−4)]。そのため、臨床での調査結果を更年期女性の現状として一般化はできない。

その上、わが国の看護における更年期研究の歴史は浅く、実態調査や意識調査がその大部分を占め、看護支援、なかでも地域住民を対象にした研究は少ない。

そこで、本研究では、

１．閉経後の女性の更年期体験を時代背景との関連において検討する。

２．健康な中年女性の健康関連 QOL を調べ、その QOL に対する閉経の影響を明らかにする。

３．医療機関を受診していない女性を対象に、更年期の問題解決のためにディスカッション・グループが有効であるか検証を行い、今後の支援方法の構築を目指す。

ことを目的にした。

第 1 章では、明治以降に発行された朝日新聞、婦女新聞、女性雑誌の記事や広告の分析を通じて、更年期や更年期障害の認識が社会のなかで、どのように広がり、変化したかについて概観した。

第 2 章では、1970～1980 年代に更年期を過ごした、閉経後の女性の更年期体験をその時代背景との関連において検討した。

これら、新聞、雑誌などの印刷物および閉経後の女性の更年期体験の分析を通して、更年期体験には、閉経や更年期障害に関する情報の量と質、閉経に対する社会文化的な見方、更年期の女性の健康に対する医学的関心、勤労意識と道徳観、夫婦関係、保健医療の利用環境、社会・経済状況など多くの要因が関連していることが示された。

特に更年期や更年期障害に関する情報の量と質は、更年期体験に大きく影響していたように思われる。かつての更年期に関する情報源は、新聞、雑誌などの印刷物が中心で、情報の発信者も医療専門家などに限られ、一方向的なものであった。しかし、現代は、情報

革命が進み、印刷物や放送だけでなく、インターネットのようなコンピューターネットワークの広がりによって、誰でもが多様な情報を瞬時に得ることができるようになった。情報の発信者も専門家だけでなく、不特定多数の人がなることができ、双方向のやりとりも可能となった。大量の情報を容易に得ることができる環境のなかで、当事者自身がきちんと判断して、健康情報を取捨選択することが求められる時代になってきた。今後は、保健教育のなかで、女性たちが自らの健康を守るためには、メディアリテラシーが大変重要になってくると思われる。

現代の更年期女性は、医療の進歩や治療およびケアの選択肢の増加によって、昔の女性に比べ医療の恩恵を受ける環境が整ってきている。また、女性の生き方も昔とは変化してきており、多様な生き方が認められるようになってきた。しかしその一方で、少子高齢化の進展に伴い、労働力不足や老親の介護問題が更年期女性の肩に重くのしかかる。

更年期女性の健康問題は、生物学的変化だけではなく、心理社会的因子が複雑に絡み合い、その様相を呈する。そのため、更年期女性に対する看護を実践するうえで、個人の体験だけでなく、その時代の医療、地域・環境、文化・習慣といった社会的背景を考慮することが必要である。

第3章では、健康な地域住民を対象に、中年女性の健康関連 QOL を調べ、その QOL に対する閉経の影響について明らかにした。その結果、閉経の移行によって QOL は変化しないが、健康であるのにも関わらず peri、post の更年期女性の 25%が中等症または重症の更年期症状を経験していた。また、70%近くの人が更年期障害によって日常生活に支障を感じており、更年期障害の重症度と QOL の低下には負の相関関係があることが明らかになった。

更年期女性の多くは、現在、医療機関を受診していなかったが、更年期医療・保健に関する教育や情報提供に対する潜在的なニーズがあった。そして、従来型の教育だけでなく、「講師を交えた仲間同士で更年期の問題について話し合い解決法を探る会」などを求める意見があった。

第4章では、更年期女性のヘルスケアサービスの1つとして、ディスカッション・グループ（以下、DG と略）に注目し介入研究を行なった。DG の目的は、参加者に対して、更年期症状と HRT や代替療法を含めた治療についての正確な情報を提供し、知識の増大を図るだけでなく、仲間同士の経験や情報の分かち合いを通して、参加者の自己効力感や行動変容能力、セルフヘルスケア能力を高め、女性をエンパワーメントすることにある。

DG は、北米メノポーズ協会などで開発されたものをベースに試行を重ね、修正を加えた後、本研究に取り組んだ。

更年期障害の悩みを持つ女性たちにとって、DG は、新たな知識や情報を入手する場、仲間との共感や分かち合いの場になるだけでなく、アサーション・トレーニングの場、また自分の健康の責任者は自分自身であることの気づきの場となることが示された。

今回は、参加人数、グループ数ともに少なく、これだけで DG による介入の有効性を唱えることはできない。しかし、参加者への聞き取りから、更年期障害に悩む女性の介入法として有用性が示され、研究継続の意義を見出すことができた。

今後もディスカッション・グループを同地区で継続するとともに、他の地域でも有効であるか検証し、更年期女性の健康支援策として一般化する努力を行っていきたい。

Ⅱ．中年女性の健康プロジェクトに向けて

更年期女性の生涯を通じた健康づくりには、当事者である女性の自覚と取り組みが重要である。情報社会のなかで健康や医療情報は溢れ、女性たちの健康に対する関心も高いが、自分の症状の改善や健康維持・増進のために有効な行動をとることには消極的である[5]。そのため、女性特有の病気や症状に対して適切な行動がとれず、悩んでいる人も多い。

更年期は誰でもが通る時期である。そして、更年期に顕在化する症状・障害の多くは、それまでの過ごし方や身体機能に生じた変化の影響を大きく受ける[6]。更年期および老年期の女性の QOL 向上のためには、中年期からの疾病の予防、出産準備教育のような保健教育が必要である。しかし、行政における健康施策は、母子保健と老人保健に追われ、更年期対策はまだこれからといった状況である。

そこで、M 市の協力を得て、2002 年に中年女性健康プロジェクトを立ち上げた。そのなかで、更年期障害で悩む女性に対して、個別相談を実施すると同時に、中年女性の健康講座を開催している。

Ⅲ．地域における更年期女性への看護の役割

更年期対策では、「女性自身が更年期について正確な知識を持ち、冷静に対応する」のが最も重要である。女性自身をエンパワーメントするような情報提供や学習の機会、そして自助グループ形成の支援[1]が看護者に求められている。

これまでの健康講座の開催、個別相談の実践、更年期の研究（調査および DG による介入）を通して、地域での更年期女性に対する看護の役割について以下のようにまとめた。

①検診結果の説明会などを活用し、更年期の健康づくりに対する自覚を促すとともに、生活習慣病や老年期障害の予防教育を行う。
②女性ヘルスサポーターの養成など、地域住民を巻き込んだ生涯を通じた女性の健康増進活動を展開する。
③医師、看護職のほかに、カウンセラー、栄養士、薬剤師、運動療法士、行政、住民代表などによるネットワークをつくり、包括的な保健サービスを提供する。
④更年期症状に悩む人に対して、個別や集団（DG など）による支援を行う。そして、当事者自身による自助グループ活動を支援する。

看護の役割は、更年期女性の健康に関心を払い、うまく適応できているか、また何も問題がないようにみえても、その裏で大きな問題が生じていないか注意を払い、女性たちがより健康になるための手助けを行うことである[7]。

更年期は、女性の誰もが通る人生の転換期である。ヘルスケアサービスを必要としているのは、医療機関を受診する患者だけではない。疾病の予防と健康維持を目的とした保健活動の普及と健康管理システムの確立だけでなく、地域住民を対象とした更年期問題への介入プログラムの開発が求められている。

本研究の結果を、今後の更年期女性の QOL 向上のための介入や健康支援システムの構築に向けて、発展させていきたい。

文献

序章

１）日本産婦人科学会、産婦人科用語解説集、金原出版、1988
２）船曳徳夫、和蘭普敏畿教科書、1850
３）西山英男、女性と漢方、創元社、pp.55-77、1981
４）小学館ランダムハウス英和大辞典第 2 版編集委員会編、ランダムハウス英和大辞典第 2 版、小学館、1994
５）川原拓雄、現代ギリシャ語辞典　第 3 版、リーベル出版、2004
６）菊池愼吾、鐵野善資編集、独和中辞典、研究社、1996
７）長澤規矩也編、漢和辞典第 4 版、三省堂、1990
８）立川昭二、明治医事往来、新潮社、1986
９）Macpherson K.I., Menopause as disease: The Social construction of a metaphor. Advances in nursing Science, 1981; 3(2): 95-113
１０）袖井孝子、人生の移行期としての更年期、立命館産業社会論集、2002;38(1):45-62
１１）山崎あけみ．女性の健康に関する今後の看護の方向性について　更年期に関する文献の検討を踏まえて、看護研究、1997; 30(2): 155-161
１２）Ephraim Shorr , "The Menopause", Bulletin of the History of Medicine 1940; 16: 453-474
１３）Machennan, A., Current management of the menopause. Australian Family Physician, 1988; 17: 158-169
１４）マーガレット・ロック（鈴木実佳訳）、女性の中年期・更年期と高齢社会.脇田晴子、Ｓ．Ｂ．ハンレー編、ジェンダーの日本史上－宗教と民族 身体と性愛－、 東京大学出版会、1994: 656-670
１５）Lock M. Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause, Culture, Medicine and Psychiatry, 1986; 10: 23-46
１６）Boulet MJ, Oddens BJ, Lehert P, et al. Climacteric and menopause in seven south-east Asian countries. Maturitas 1994; 19: 157-176
１７）Joyce T. Bromberger, Peter M. Meyer, Howard M. Kravitz, et.al, Psychologic Distress and Natural Menopause: A Multiethnic Community Study, American Journal of Public Health 2001; 91(9): 1435-1442
１８）Beyene Y. Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis. Cult Med Psychiatry 1986;10:47－71
１９）Mitchell ES, Woods NF. Symptom experiences of midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. Maturitas. 1996 ;25(1):1-10

２０）Hunter MS, Liao KL. A psychological analysis of menopausal hot flushes, British Journal of Clinical psychology, 1995; 34: 589-599
２１）Van Keep PA, The menopause. Part B. Psychosomatic aspects of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. Elsevier-North Holland, New York, 1983:483-490
２２）Ledesert B , Ringa V, Breat G. Menopause and perceived health status among the women of the French GAZEL chort. Maturitas 1994; 20(3): 113-120
２３）Notelovitz M. Osteoporosis: screening and exercise, Prog Clin Biol Res, 1989; 320: 225-252
２４）Hunter SM, Nicklas TA, Srinivasan SR, Berenson GS., Cardiovascular disease in women: an update,J La State Med Soc. 1991; 143(5): 23-30
２５）Mitteness, Linda S, Historical changes in public information about the menopause, Urban Anthropology, 1983; 12(2): 161-179
２６）Chen YL, Voda, AM and Mansfield PK, Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause, Menopause, 1998; 5(1): 28-34
２７）河野洋子、清水由美子、松岡恵、麻生武志、更年期症状に対する対処行動の実態、母性衛生、1996: 37(4); 416-422
２８）久嶋勝司、産婦人科選書(19)　更年期、医学書院、1958: 50
２９）McElmurry,B.J. & Huddleston, D.S.: Self-care and menopause: Critical review of research, Health Care for Women International,1991;12:15-26
３０）Frazer, J.:The dilemma of the perimenopausal female: A sexual / physical health issue. Holistic Nursing Practice, 1987;1(4):67-75
３１）Tsao-L, Living with changing health: perimenopause among Chinese women in Taiwan「Chinese」, Nursing-Research(China),1988;6(6):448-460
３２）大川章子、近藤潤子、堀内成子ほか、更年期婦人の不定愁訴と月経の受容に関する調査研究―その１―、聖路加看護大学紀要、1989;15:44-45
３３）野地有子, 杉山みち子, 箕輪尚子, 他、更年期女性のヘルスプロモーションと看護に関する研究　更年期外来における健康教育システムの開発と評価、看護研究、1997;30（3）：193-202
３４）野口恭子, 酒井彌生, 蠣崎奈津子ほか、運動参加による更年期女性の自覚症状の変化、岩手県立大学看護学部紀要 2001;3:53-58
３５）増田美香子、麻生武志、更年期の保健指導、周産期医学、1997;27(8):1033-1037
３６）生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会報告書について、http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1107/h0721-2_18/h0721-2.html (アクセス日 1999.7.21)
３７）Hunter, MS, Depression and the menopause, British Medical Journal, 1996; 313(7067):1217-18

３８）Garcia Sanchez C, Martinez Garcia C, Alfaro Aroca M, Martinez Garcia F, Huedo Medrano F, Lopez-Torres Hidalgo J. Health education: repercussions of a self-help program on the psychological status of perimenopausal women Aten Primaria. 1998 Sep 15;22(4):215-9

３９）袖井孝子、林葉子、更年期に関する最近の文献調査（和文・英文）MENOPAUSE 関連英文文献（厚生省 S)、厚生科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書平成 10 年度、1999:94-107

４０）菊池由美子、久保田俊郎、尾林聡ほか、更年期外来における系統的健康・栄養教育プログラムの開発と有効性の評価、日本更年期医学会雑誌、1997;5(1):34-43

４１）とちぎ男女共同参画センター、「更年期を語り合うグループ相談会」、http://www.parti.jp/kouza/16kouza/20kounennki.htm、（アクセス日 2004.10.30）

４２）（財）京都市女性協会、グループ相談会・見直そう！更年期、http://wings-kyoto.jp/www/event/detail/kouza18.html、（アクセス日 2004.10.30）

４３）Fuh JL, Wang SJ, Lee SJ, et al. Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen island. Qual Life Res 2003; 12: 53-61

４４）Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, Schluchter M, Hamilton JC. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. Menopause. 2002; 9(6): 402-410

４５）Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, et al. Quality of after the menopause：a population study, Maturitas. 2000; 34(1): 7-23

４６）Wool C, Cerutti R, Marquis P, et al. Psychometric validation of two Italian quality of life questionnaires in menopausal women. Maturitas 2000; 35(2): 129-142

４７）Haines CJ, Yim SF, Chung KH, et al. A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oestraiol on menopausal symptoms, psychological well being, and quality of life in postmenopausal Chinese women. Maturitas 2003; 44(3): 207-214

４８）Progetto Donna Qualità della Vita Working Group, Genazzani AR, Nicolucci A, Campagnoli P, et al. Assessment of the QOL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. Maturitas 2002; 42(4): 267-280

４９）Wilson DH, Taylor AW, MacLennan AH. Health status of hormone replacement therapy users and non-users as determined by the SF-36 quality-of life dimension. Climacteric, 1998; 1(1): 50-54

５０）Hunter MS, The Women's Health Questionnaire (WHQ): The development, standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health, Quality of research 2000;9(1):733-738

５１）Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, et al, The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause, Menopause. 2002; 9(6): 402-410
５２）Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, et.al, Psychologic Distress and Natural Menopause: A Multiethnic Community Study, American Journal of Public Health 2001; 91(9): 1435-1441
５３）Kaufert P, Syrotuik J. Symptom reporting at the menopause. Soc Sci Med[E], 1981; 15(3) :173-184
５４）Bowden A, Fox-Rushby JA. A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. Soc Sci Med 2003; 57(7): 1289-1306
５５）Di Nicola V, Chiechi LM, Lobasciom A, Todarello O, Influence of the hormonal status on somatic, psychopathological and mood symptoms in climacteric women, Clin Exp Obstet Gynecol.2001; 28(1): 43-46
５６）Kupperman HS, Blatt HMG, Wiesbaden H, FILLER W.: Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrhoeal indices. J Clin Endocrinol Metab,1953; 13(6): 688-703
５７）Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. Maturitas 1998; 29(1): 19-24
５８）Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. Maturitas 1998;29(1):25-31
５９）Schneider HPG, Heinemann LAJ, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The menopause rating scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. Climacteric 2000; 3(1): 50-58
６０）Neugarten BL, Kraines RJ. “Menopausal symptoms” in women of various ages. Psychosom Med 1965; 27: 266-273
６１）吉沢豊予子、Debra Anderson, 跡上富美他、21 世紀の日本女性が体験している更年期症状の特徴、日本更年期医学会雑誌、2003;11(2):247-256
６２）安部徹良、森塚威次郎：Kupperman Kounenki Shohgai Index（安部変法）使用手引き、三京房(京都)、1996
６３）小山崇夫、麻生武志、更年期婦人における漢方治療、簡略化した更年期指数による評価、産婦人科漢方研究のあゆみ、1992:30-34

第１章

１）Mitteness, Linda S, Historical changes in public information about the menopause, Urban Anthropology, 1983; 12(2): 161-179

２）Chen YL, Voda, AM and Mansfield PK, Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause, Menopause, 1998; 5(1): 28-34
３）河野洋子、清水由美子、松岡恵、麻生武志、更年期症状に対する対処行動の実態、母性衛生、1996: 37(4); 416-422
４）小栗風葉、青春、秋の巻、岩波書店、1953
５）近江湖雄三、抄録　更年期における婦人の衛生、婦人衛生雑誌、1917: 332; 42-47
６）三木栄、阿知波五郎、人類医学年表　古今東西対照、思文閣出版、1981
７）婦女新聞、1926.9.19、婦女医局
８）朝日新聞、1931.11.23 朝刊、女性をおそふ　更年期の悩み　四十歳から五十歳の間で他病と誤らぬやう
９）朝日新聞、1929.7.27 朝刊、広告、オオホルミン　「月経閉止期症状」
１０）朝日新聞、1935.2.14 朝刊、広告、オバホルモン　「更年期障碍に効能」
１１）朝日新聞、1944.3.18 朝刊、広告、オバホルモン　「無欠勤増産へ」
１２）朝日新聞、1951.9.15 朝刊、製品百種に近い盛況　ホルモン薬あれこれ
１３）朝日新聞、1957.2.6 朝刊、広告、エナルモンデポー　「男性更年期障害」
１４）朝日新聞、1964.6.20 朝刊、広告、ユベロン　「お二人の更年変調に」
１５）朝日新聞、1968.5.26 朝刊、「保健薬」を洗い直せ　消団連などがアピール
１６）朝日新聞、1971.12.28 朝刊、ぜん息吸入剤、女性ホルモン、精神安定剤　店頭買い、処方が必要
１７）Ziel HK, Finkle WD. Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. N Engl J Med. 1975; 293(23): 1167-70
１８）小山嵩夫、更年期・老年期におけるホルモン補充療法、日本更年期医学会雑誌、1996; 4(1)：145-149
１９）九嶋勝司、更年期、産婦人科選書(19)、医学書院、1958
２０）朝日新聞、1952.11.7 朝刊、ホルモン先生大はやり『動物臓器』奪い合い
２１）朝日新聞、1992.10.15 朝刊、団塊世代も 40 代半ば・・・で、ホルモン剤を　更年期治療に使う？やめとく？
２２）中村古峡、智識　婦人の変態心理、婦人公論、1918.7; 61-68
２３）小酒井不木、女性と早老、婦人公論、1926.7; 33-45
２４）田中香涯、女體の男性化に関する考察、婦人公論、1926.7; 50-55
２５）保坂孝雄、医者の立場からみた嫁姑の悲劇、婦人公論、1935.2; 297-300
２６）サラ・トレント、「完全なる女性へ」医学的にみた精神・美容・生理、校閲竹内茂代、婦人公論、1935.6: 528-557
２７）竹内茂代、月経閉止期の夫人に　恐ろしい病気と手当て法、婦人公論、1935.12; 456-461
２８）平井恒子、尻尾を出す、女性展望、1939; 13(6): 191

２９）朝日新聞、1936.8.29 朝刊、警視庁邪教にメス　島津元女官長を検挙
３０）婦女新聞、1936.9.6、9.13、式場隆三郎、談話　神憑りと狂信者の心理　更年期婦人の陥り易い魅惑境
３１）朝日新聞 1955.5.20 朝刊、「女の一生」健康展から
３２）朝日新聞、1959.3.27 朝刊、石垣綾子、中年婦人の生き方④、自由な活動への門出　自然が仕組んだ更年期
３３）朝日新聞　1953.4.21 夕刊、広告　強オバホルモン「より美しく、より女らしく」
３４）朝日新聞　1956.11.12 夕刊、広告　カスタンコーワ「更年期障害の１ヶ月治療」
３５）朝日新聞、1974.11.10 朝刊、イメージ・チェンジ更年期　気の持ちようで明るく、
３６）佐藤愛子、その時がきた、婦人公論、1970.5～1971.6
３７）朝日新聞、1986.2.28 朝刊、その時　この本　高齢化進み各国で関心
３８）朝日新聞、1995.6.27 朝刊、ありのまま更年期①　女性の人生、秋にも花を
３９）村田喜代子、『花野』、講談社、1993
４０）朝日新聞、1995.6.27.～1995.8.5 朝刊、「ありのままの更年期」①～⑤、上中下
４１）石坂晴海、脱コウネンキ宣言、婦人公論、1999.9～2000.2
４２）朝日新聞、1998.12.6 朝刊、男の更年期を乗り切る　上
４３）Duffy, ME., A critique of research：a feminist perspective. Health Care for women International, 1985; 6: 341-352
４４）朝日新聞、1989.12.2 朝刊、この十年、この一年　体と健康　自分で守る道を探る
４５）朝日新聞、1992.12.8 朝刊、更年期障害の療法　情報を提供　日本アマラント協会がワークショップ
４６）朝日新聞、1998.2.18 朝刊、更年期に「理解もっと」　3000 人調査　症状改善に食事や運動
４７）朝日新聞、1993.12.10 朝刊、お医者さんに市民団体が注文　更年期障害の診断「正確に」
４８）朝日新聞 1999.3.17 朝刊、更年期の心と体の不安　女性電話相談が人気
４９）三羽良枝、大本真紀子、岡安伊津子ほか、更年期医療に望むこと、日本更年期雑誌、1999; 7(１): 46-54
５０）三羽良枝、有川はるみ、岡安伊津子ほか、電話相談からみた更年期外来の現状―更年期外来の実情と受診者はどのように考え、何を求めているかー、日本更年期雑誌、2003; 11(１): 78-88
５１）麻生武志、今、なぜ、中高年女性の健康管理が必要か、図説、産婦人科 VIEW、メジカルビュー社、1994; 11: 11-16
５２）樋口恵子、女性から見た女性の健康、公衆衛生、1996; 60(10): 682-685

第２章
１）久嶋勝司、産婦人科選書(19)　更年期、医学書院、1958: 50
２）岩永雅也、大塚雄作、高橋一男編集、社会調査の基礎、放送大学教育振興会、2000: 168-173
３）川喜多二郎、発想法―創造性開発のために―、中公新書、1990
４）有元正雄、広島県の百年、山川出版社、1983
５）国際閉経学会、更年期男女における諸問題を多方面から学問する会、CAMS　更年期関連語義、日本更年期医学会雑誌.2000; 8(1): 116-119
６）Lock M. Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause, Culture, Medicine and Psychiatry, 1986; 10: 23-46
７）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): 249-253
８）Engebretson J, Wardell WD, Perimenopausal women's alienation, Journal of Holistic Nursing, 1997; 15(3): 254-270
９）滝沢美津子．更年期女性の心理―更年期女性の閉経に焦点をあててー、看護技術、1995; 41(16): 1609-1702
１０）マーガレット・ロック（鈴木実佳訳）、女性の中年期・更年期と高齢社会．　脇田晴子、Ｓ．Ｂ．ハンレー編、ジェンダーの日本史上－宗教と民族 身体と性愛－、 東京大学出版会、1994: 597-619
１１）Mnakowitz A. A Chage of life : A Psychological Study of Dreams and the Menopause. Tronto: Inner City Books, 1984: 11-28
１２）太田博明、堀口文、更年期障害患者への産婦人科医からの服薬指導を含めた患者指導、薬局、1993; 44(8): 47
１３）久島勝司、更年期障害、日本産婦人科全書 5(1)　婦人科症候論、金原出版（東京）、1958: 191
１４）Hemminki E, Topo P, Kangas I. Experience and opinions of climacterium by Finnish women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 62(1): 81-87
１５）中山和弘、中高年女性が更年期障害と診断を受ける社会的要因、愛知県立看護大学紀要、1995; 1: 51-59

第３章
１）Mckinlay JB, Mckinalay SM, Brambilla DJ. Health states and utilization behavior associated with menopause. Am J Epidemiol 1987; 125(1): 110-121
２） Morse CA, Smith A, Dennerstein L, Green A, Hopper J, Burger H. The treatment-seeking woman at menopause. Maturitas 1994; 18(3): 161-173

３）Matthews KA, Wing RR, Kuller LH, Meilahn EN, Kelsey SF, Costello EJ, Caggiula AW. Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. J Consult Clin Psychol. 1990 Jun; 58(3): 345-351
４）田崎美弥子、中根允文：WHO/QOL-26 手引き、金子書房(東京)、2001
５）安部徹良、森塚威次郎：Kupperman Kounenki Shohgai Index（安部変法）使用手引き、三京房(京都)、1996
６）Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Dudley E. Factors affecting sexual functioning of women in the midlife years. Climacteric 1999; 2(4): 254-262
７）Di Nicola V, Chiechi LM, Lobasciom A, Todarello O, Influence of the hormonal status on somatic, psychopathological and mood symptoms in climacteric women, Clin Exp Obstet Gynecol.2001; 28(1): 43-46
８）Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, et al. Quality of after the menopause : a population study, Maturitas. 2000; 34(1): 7-23
９）Li-S; Holm-K; Gulanick-M; Lanuza-D, Perimenopause and the quality of life, Clinical-Nursing-Research, 2000 Feb; 9(1): 6-23
１０）Fuh JL, Wang SJ, Lee SJ, et al. Quality of life and menopausal transition for middle-aged women on Kinmen island. Qual Life Res 2003; 12: 53-61
１１）Avis NE, Stellato R, Crawford S, et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ ethnic groups. Soc Sci Med 2001; 52: 345-356
１２）Shiwaku K, Yamane Y, Sugimura I, et al. Vasomotor and other symptoms influenced by menopausal stage and psychosocial factors in Japanese middle-aged women. J Occup Health 201;43:356-364
１３）Huang KE. Postmenopausal Hormone Therapy: The Taiwan Experience. J Jpn Menopause Soc 2003;11:35-36
１４）林邦彦, 藤田利治, 鈴木庄亮他、ナースを対象にした日本人の疫学調査 Japan Nurses' Health Study JNHS 中間報告、日本更年期医学会雑誌、2004;12(1):170-173
１５）Writing Group for the Women's Health Initiative Investigator: Risks and benefits of estrogens plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 2002; 288: 321-333
１６）Seidl MM, Stewart DE, Alternative treatments for menopausal symptoms,Qualitative study of women's experiences, Canadian Family Physician,1998; 44: 1271-1276
１７）Amato P, Marcus DM. Review of alternative therapies for treatment of menopausal symptoms. Climacteric 2003; 6(4): 278-284

１８）Breen KJ. Ethical issues in the use of complementary medicines. Climacteric 2003; 6(4): 268-272
１９）The North American menopause Society. How to develop a menopause discussion group. Cleveland, 2002:1-35

第４章

１）袖井孝子、人生の移行期としての更年期、立命館産業社会論集、2002;38(1):45-62
２）菊池由美子、久保田俊郎、尾林聡ほか、更年期外来における系統的健康・栄養教育プログラムの開発と有効性の評価、日本更年期医学会雑誌、1997;5(1):34-43
３）とちぎ男女共同参画センター、「更年期を語り合うグループ相談会」、http://www.parti.jp/kouza/16kouza/20kounennki.htm、（アクセス日 2004.10.30）
４）（財）京都市女性協会、グループ相談会・見直そう！更年期、http://wings-kyoto.jp/www/event/detail/kouza18.html、（アクセス日 2004.10.30）
５）安部徹良、森塚威次郎：Kupperman Kounenki Shohgai Index（安部変法）使用手引き、三京房(京都)、1996
６）田崎美弥子、中根允文：WHO/QOL-26 手引き、金子書房(東京)、2001
７）Quality of life assessment in community-dwelling middle-aged healthy women in Japan, Climacteric (in press)
８）Luc Grenier, At the crossroads of my life –A holistic prevention and health promotion program, Canada's Mental Health, 1987;35(4):14-17
９）Gillian Granville, Facilitating a menopause support group, Health visitor, 1990;63(3):82-83
１０）Boggs PP, Rosenthal MB, Helping women help themselves: developing a menopause discussion group, 2000;43(1):207
１１）The North American Menopause Society. How to Develop a Menopause Discussion Group, 2002
１２）大川章子、近藤潤子、堀内成子ほか、更年期婦人の不定愁訴と月経の受容に関する調査研究―その１―、聖路加看護大学紀要、1989;15:44-45
１３）平木典子、アサーショントレーニングーさわやかな「自己実現」のために、日本精神技術研究所、1993
１４）Theisen SC. Mansfiedl PK, Seery BL. and Voda A, Predictors of Midlife Women's Attitudes Toward Menopause, Health Values, 1995;19(3):22-31
１５）三羽良枝、更年期医療の現状―より良い医療を受けるにはー、更年期と加齢のヘルスケア、2004:3(1);144-152
１６）Bresnahan MJ, Murray-Johnson L. The healing web. Health Care Women Int. 2002;23(4):398-407

１７）Margaret F. Moloney, Ora Strickland, Using Internet Discussion Boards as Virtual Focus Groups, Advances in Nursing Science,2003;26(4):274-286
１８）Cunningham DA. Application of Roy's adaptation model when caring for a group of women coping with menopause. J Community Health Nurs. 2002 Spring;19(1):49-60

終章

１）袖井孝子、人生の移行期としての更年期、立命館産業社会論集、2002;38(1):45-62
２）Mckinlay JB, Mckinalay SM, Brambilla DJ. Health states and utilization behavior associated with menopause. Am J Epidemiol 1987; 125(1): 110-121
３）Morse CA, Smith A, Dennerstein L, Green A, Hopper J, Burger H. The treatment-seeking woman at menopause. Maturitas 1994; 18(3): 161-173
４）Matthews KA, Wing RR, Kuller LH, Meilahn EN, Kelsey SF, Costello EJ, Caggiula AW. Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. J Consult Clin Psychol. 1990 Jun; 58(3): 345-351
５）三羽良枝、更年期医療の現状―より良い医療を受けるには―、更年期と加齢のヘルスケア、2004;3(1):144-152
６）麻生武志、視点　母性における更年期、月刊母子保健、通巻第 472 号、1998.8.1
７）Tsao-L, Living with changing health: perimenopause among Chinese women in Taiwan「Chinese」, Nursing-Research(China),1988;6(6):448-460

謝辞

本研究の計画段階から論文を完成させるまで、多大なご指導いただきました大阪大学大学院　大橋一友教授に深謝申し上げます。また、論文をまとめるにあたり、貴重なご示唆をいただきました阿曽洋子教授、藤原智惠子教授に心より御礼を申し上げます。

大橋研究室の大学院生の皆様には、データの整理などで協力いただきました。

そして、何よりも本研究の対象者となっていただきました皆様に厚く御礼を申し上げます。

本研究を実施するにあたり下記の方々にお世話になりました。

慶應義塾大学看護医療学部　竹ノ上ケイ子教授
まつやまクリニック（元佐賀医科大学教授）　松山敏剛院長
宗像市　村山佳生課長、中村慈宏係長、有吉富美子保健師、三好典嗣主事
元福岡赤十字病院産婦人科部長　田中正久先生
有吉産婦人科（宗像産婦人科医会）　有吉徳雄院長
福岡赤十字病院検査部　友松哲夫技師長
山口大学医学部保健学科　堀口和子助手
日本赤十字九州国際看護大学　小林益江教授、坂本洋子教授
濱田維子助手、後藤智子助手
佐賀医科大学看護学科からの友人の石井保代さん
研究補助員の笠加苗さん

多くの皆様のご支援により、本研究をまとめることができましたことに、心より御礼を申し上げます。

最後に、物心両面から支えてくれた母に感謝します。