

東北学院大学教養学部
堀毛 裕子

*2 Faculty of Liberal Arts, Tohoku Gakuin University)

Key words: menopause, cognition, climacteric symptoms, middle-aged women, SCT.

様の症状が中心と報告されている (Lock, 1986)。また、小谷 (1999) によれば、更年期症状は有職者より無職者が重く、夫婦関係や親子関係などのストレスや悩みを抱えている人が重い。このように更年期症状には、閉経という生物学的過程のみではなく、心理社会的な要因も影響を及ぼすと考えられ、女性の生涯発達において避けては通れない重要な課題と考えられる。

更年期の時期には、一般的に子供の受験・就職・結婚や夫の定年あるいはリストラ、老親の介護、親戚縁者の死など環境の変容が目まぐるしく、女性は生活のさまざまな局面で変化を余儀なくされ (袖井, 2002)、悩みを抱えることも多い。適応がうまくいかない場合には、空の巣症候群やキッチン・ドランカーに陥ることもある (岡本, 2002)。また、更年期の問題は、男尊女卑や女性の性役割などのジェンダー問題とも関わりが深い (山本, 1997) といわれている。また、更年期や閉経という課題は人生前半の通過の仕方とは異なる対処が求められ、更年期の認知や対処には更年期への知識・態度・性役割意識が影響を及ぼす (中山・儘田・柳堀, 1997) との報告や、更年期の捉え方・対処および自覚症状には個人史 (体験・年齢・文化・習慣・地域・身体状況などさまざまな要因) が関連する (Lock, 1993) などの報告もあり、更年期症状と更年期に対する個人の認知とが関連する可能性が考えられる。例えば、河野 (2001) は、更年期症状が重症となるにつれて、気力の低下や将来へのマイナスイメージ、悲観的思考パターンが有意に強くなることを報告している。本稿では、先に報告した更年期症状と更年期に対する個人の認知との関連を、さらに閉経に対する7つの捉え方 (閉経認知タイプ) と更年期症状について検討する。その点について以下で検討する。

ところで、従来の更年期の研究は、主に生物医学的研究であったが (山本, 1997)、最近ではイメージや態度 (中山, 1995; 三井, 1998; 河野, 2001) などの認知に関する研究が徐々に増加しており、心理社会的なさまざまな更年期に対する着眼点もみられる。ここでは長寿社会における女性のライフサイクルを考える際に、閉経や更年期が重要な課題という視点から、認知と症状に関する心理学的研究について検討して行く。

一般的な症状と認知傾向との関係を検討したものとして、戸ヶ崎・坂野 (1993) の楽観性に関する研究がある。この研究は、日本版 ROT による楽観性 (現在および将来に対する楽観的な思考)・悲観性 (過去に対する否定的思考) と自覚症状との関連についてみており、楽観性傾向が低いほど身体的・精神的自覚症状の頻度が多くなることを示唆している。同じ日本版 ROT を使って野田 (2001) は、月経の経験と楽観性・悲観性の個人特性が関連していることを明らかにしている。また、蘭 (1999) は、妊娠・出産・産褥の態度と症状について、妊娠の否定的態度と症状との関連を指摘しているが、否定的態度の中身を詳細に検討してはいない。また、中山 (1995) は、閉経に対する否定的なイメージは精神神経様症状および憂うつと正の相関を示し、肯定的なイメージは血管運動神経障害様症状と正の相関を示すことを指摘している。この研究では、閉経に対する肯定・否定の2つのイメージと更年期症状との関連についての検討は行っているが、肯定的・否定的イメージの詳細な内容までは検討されていない。また三井・中井・中島・辻・森前 (1998) は、更年期障害指数の高さと更年期に対するイメージの暗さや否定的傾向が関連し、更年期障害指数の低さと更年期に対するイメージの肯定的傾向や女性である自身に満足していることが関連していることを示唆している。この中でも、更年期に対するイメージが、肯定・否定という単純な2分類で扱われている。

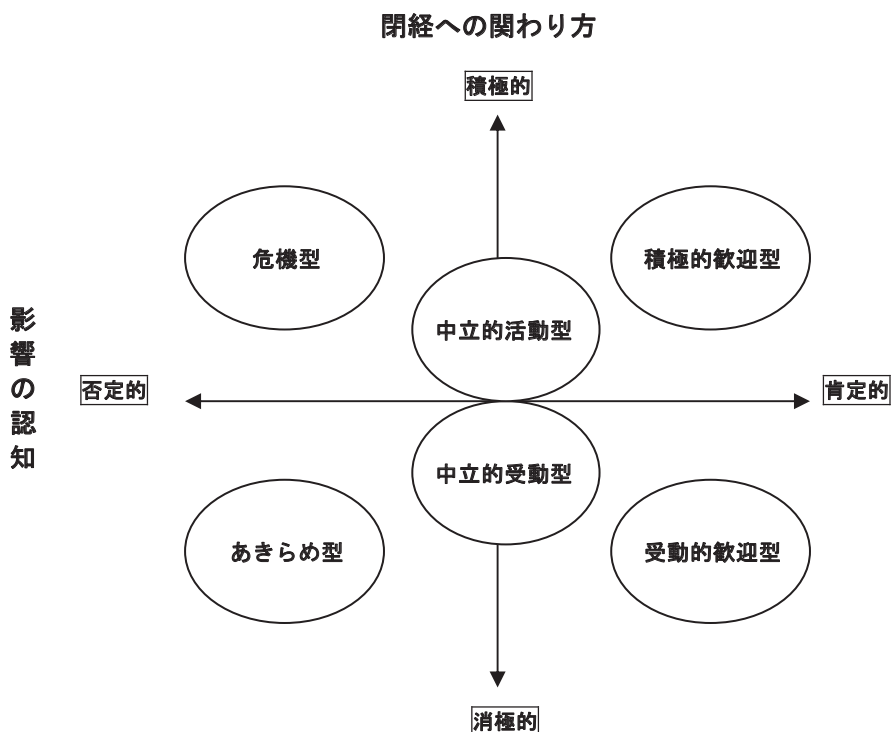
このようにほとんどの先行研究においては、閉経や更年期に対する主に肯定—否定という1つの軸による認知と症状との関連が論じられ、主観的な認知が更年期症状に大きく影響することが提示されてきた。しかしながら、それらは、1人1人の女性が閉経をどのように捉えるかという認知そのものを詳細に検討する試みではなかった。そのため、本稿では個人の閉経に対する認知をより直接的に測定し、「閉経が自分に及ぼす影響の認知」(肯定—否定) と「閉経や閉経後の生活に対する関わり方」(積極—消極) の2つの軸から分析することにより、更年期症状との関連をより明確にしたいと考えた。

この立場から、高橋・堀毛 (2006) は、岡本・山本 (1985) による定年退職者の自我同一性に関する研究

において用いられた認知の分析方法に倣って、すでに閉経を迎えた女性を対象として閉経に対する認知を検討し7類型を提示している。具体的には、閉経に対する3つの書き出しに対する文章完成法による記入を求め、「閉経が自分に及ぼす影響の認知」（以下では「影響の認知」と略す）については、文章完成法の回答内容が肯定的か否定的かという軸で3種類に分類した。また、「閉経や閉経後の生活に対する関わり方」（以下では「関わり方」と略す）については、文章完成法の回答内容が積極的か消極的かという軸で3種類に分類した。以上の「影響の認知」と「関わり方」の2軸に対応する分類結果を組み合わせ、積極的歓迎型・受動的歓迎型・中立的活動型・中立的受動型・危機型・あきらめ型・アンビバレンス型の7類型の閉経認知タイプを見出した。SCT に対する回答の分類および評価は、分類基準に習熟した2名の評価者が独立に行い一致したものを採用した。不一致の場合には、両者で検

討し合意した結果を採用するなど信頼性と妥当性を保つ工夫を行っている。

さて、7類型の閉経認知タイプの特徴であるが、積極的歓迎型は閉経を肯定的に捉えており、閉経後の生活への取り組みも主体的な人である。受動的歓迎型は閉経を肯定的に受け止めてはいるが、閉経後の生活への関わりは消極的である。中立的活動型は閉経現象をあまり意識せず通り過ぎていくが、閉経後の生活への姿勢は積極的なタイプである。中立的受動型は閉経を単なる区切りと考えており、その後の生活への関わりも消極的である。これに対して、危機型は閉経に対する認知が否定的であるにも関わらず、閉経後の人生への姿勢は積極的なタイプである。あきらめ型は閉経を否定的に受け止め、閉経後の生活への取り組みも消極的である。また、アンビバレンス型は両価的な態度を示す人である。ここで示した7類型の具体的特徴をわかり易くするために、「影響の認知」（肯定—否定）と



注1：それぞれの軸に沿った部分にアンビバレンス型が分布すると考えられる。

Figure 1 閉経に対する認知の概念図

「関わり方」(積極—消極)の2つの軸による平面に、7種類の閉経認知タイプをプロットしたものがFigure 1である。

本研究の目的は、先行研究に示されたような更年期症状と閉経に対する認知との関連をより明らかにするため、これら7つの閉経認知タイプを用いて更年期症状についての検討を行うことである。

方 法

1) 対象者

調査対象者は、閉経前後の5年間(45歳から55歳頃)という更年期の基準(日本産婦人科学会, 2003)に沿って、あまり更年期から年数を置かない55歳～65歳の女性350名である。調査に同意し、質問紙に回答した者は296名(回収率85%)であった。記入漏れがなく全設問に回答した人の中から、自然閉経以外の者、閉経していない者や55歳～65歳の年齢以外の者を除き、閉経後1年以上という閉経の診断基準を充たした200名の回答を最終有効回答として分析の対象とした。

2) 質問紙の構成

7ページからなるA4サイズの冊子による質問紙調査を行った。本稿において分析の対象とするのは、対象者の属性・閉経に対する認知についての文章完成法・クッパーマン女性健康調査表(安部, 1997)であるが、実際の質問紙調査には、その他に自我同一性発達段階尺度(宮下, 1987)及び閉経に対する自由記述なども含まれていた。

(1) 対象者の属性

対象者がすでに閉経を迎えたかどうかを確認するために、最終月経後1年以上経過しているという閉経の診断基準を基に、閉経後の年数が1年未満か1年以上かの2つの選択肢への回答を求めた。また、職業状況や婚姻状況が閉経に対する認知に影響するかどうかを確認するために、有職か無職かの回答を求めたうえで、有職の場合にはさらに、フルタイムかパートタイムかという選択肢に回答させた。婚姻状況については未婚・既婚・離婚・死別の4つの選択肢から選択させた。

(2) 閉経に対する認知

本稿では積極的歓迎型(9名)・受動的歓迎型(26名)・中立的活動型(14名)・中立的受動型(58名)・危機型(9名)・あきらめ型(23名)・アンビバレンス型(61名)の7種類の閉経認知タイプを用いた(高橋・堀毛, 2006)。

(3) 更年期症状

更年期症状を見るために、心身症状17項目に4段階評定を求めるクッパーマン女性健康調査表を用いた(安部, 1997)。17項目の心身症状は血管運動神経障害様症状、知覚異常、不眠、神経質、憂うつ、めまい、倦怠感・疲労感、関節痛・筋肉痛、頭痛、動悸、蟻走感の11症状群に分類され、定められた重み付けによる最も高い得点をそれら各症状群の得点として、全症状群の得点の総和が更年期障害指数となる。

3) 手続き

質問内容が更年期や閉経という極めて私的なことであることから、一般的な対象者の選択は難しいため、知人の趣味の会や同級生グループなどで該当する年代の女性に、あらかじめ質問紙調査への協力の可否を確認し、同意の得られた350名の対象者に自記式の質問紙を配布した。質問紙と共に返信用封筒を準備し、回収に際しては、無記名による郵送、または、知人による直接回収とした。統計処理には、SPSS for Windows 10.0Jを用いた。

調査期間は2003年10月末～11月中旬であった。

4) 倫理的配慮

あらかじめ研究の趣旨と質問紙調査の諸注意について口頭で説明し、同意を得られた人のみに質問紙を配布した。プライバシー保護のため、記入は全て無記名とし、回収の際には回答内容が見えないように、準備した封筒に入れて返却することにした。

結 果

1) 対象者の属性

最終有効回答者200名の平均年齢は58.9歳(SD 3.49)であった。職業形態は、有職146名(パートタイム42名・フルタイム104名)、無職54名であった。婚姻状況については、既婚168名、未婚8名、離婚11名、死別

13名であった。

2) 更年期症状

クッパーマンによる11の症状群（血管運動神経障害様症状、知覚異常、不眠、神経質、憂うつ、めまい、倦怠・疲労、関節痛・筋肉痛、頭痛、動悸、蟻走感）の症状を自覚した対象者数と全体として何らかの自覚症状を認めた対象者数を算出した。その結果、本調査ではこれまで欧米で報告の多かった hot flash（ほてり、発汗）の他に冷え、息切れを含む、血管運動神経障害様症状を自覚する女性が最も多く（169名）、次に関節痛・筋肉痛（148名）で、7番目に頭痛（86名）であった（Figure 2）。全体として、なんらかの症状を自覚する人は200名中188名（94%）であった。

3) 職業形態および婚姻状況と更年期症状との関連

職業形態については、フルタイム（104名）・パートタイム（42名）・無職者（54名）の3水準とした。また、

婚姻状況（未婚・既婚・離婚・死別）については、未婚者（8名）・離婚者（11名）・死別者（13名）のカテゴリの人数が少なかったため、既婚者（168名）とそれ以外の者（32名）の2水準とした。職業形態（フルタイム・パートタイム・無職者）と婚姻状況（既婚・その他）を独立変数、症状群の11の下位尺度である血管運動神経障害様症状、知覚異常、不眠、神経質、憂うつ、めまい、倦怠・疲労、関節痛・筋肉痛、頭痛、動悸、蟻走感の各得点および更年期障害指数のそれぞれについて3水準×2水準の二元配置分散分析を行った。その結果、婚姻状況の主効果が有意であり、多重比較の結果は知覚異常において既婚者よりそれ以外の者が1%水準で有意に高く（ $F(1/194)=11.878, p<.01$ ）、関節痛・筋肉痛においては、既婚者よりそれ以外の者が5%水準で高かった（ $F(1/194)=5.427, p<.05$ ）。また、職業形態の主効果は、11症状群および

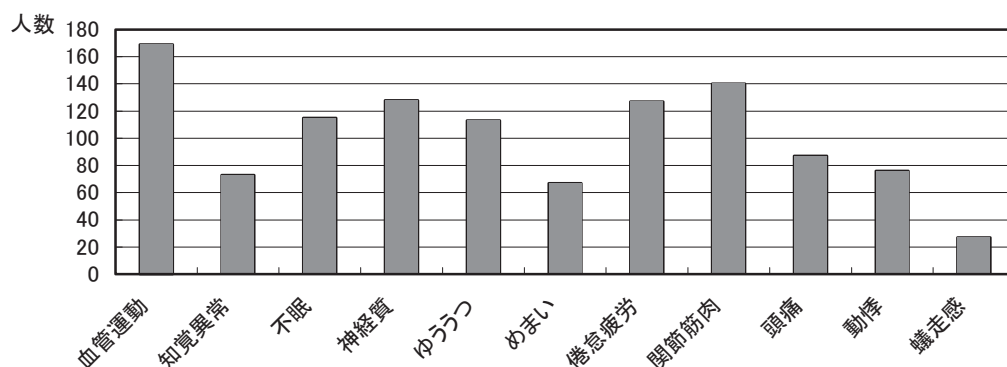
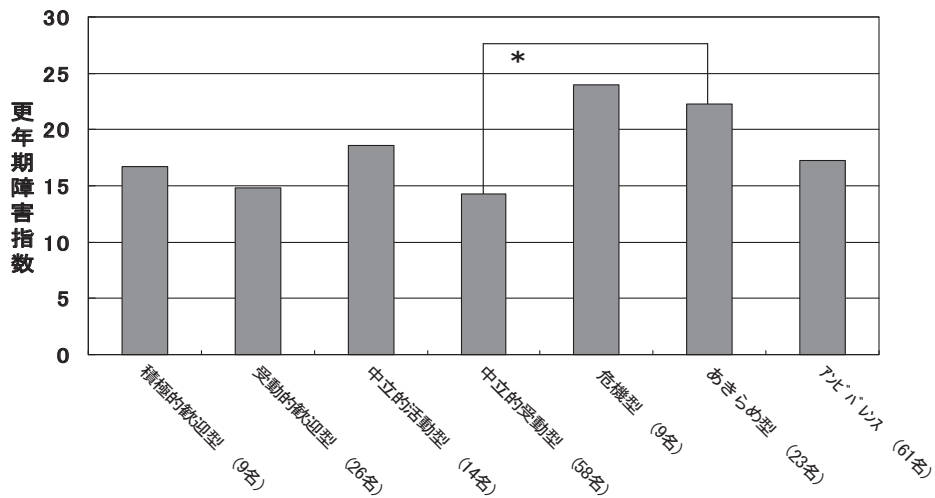


Figure 2 更年期症状の自覚頻度

Table 1 婚姻状況と更年期症状

症状	血管運動	知覚異常	不眠	神経質	憂うつ	めまい	倦怠感 疲労感	関節痛 筋肉痛	頭痛	動悸	蟻走感	更年期 指数
既婚 168名	6.60 (4.05)	.86 (1.34)	1.91 (2.19)	2.11 (1.95)	.86 (.97)	.45 (.72)	.98 (.96)	1.22 (1.10)	.72 (.97)	.52 (.77)	.15 (.44)	16.38 (10.32)
その他 32名	7.00 (4.43)	1.69 (1.97)	2.44 (2.02)	2.81 (2.43)	1.19 (1.03)	.56 (.84)	1.38 (1.07)	1.81 (.97)	.69 (.86)	.69 (1.00)	.19 (.40)	20.44 (11.08)
二元配置 分散分析 の結果 (主効果)	n.s.	$p < .01$	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	$p < .05$	n.s.	n.s.	n.s.	$p < .10$

() 内の数値はSD



*は、多重比較において5%水準で有意

Figure 3 更年期障害指数

Table 2 閉経に対する認知と更年期症状

症状	血管運動	知覚異常	不眠	神経質	憂うつ	めまい	倦怠感 疲労感	関節痛 筋肉痛	頭痛	動悸	蟻走感
積極的 歓迎型 9名	6.22 (3.53)	1.33 (1.41)	1.78 (1.56)	2.22 (2.11)	1.33 (1.32)	.22 (.44)	1.22 (1.20)	1.33 (1.22)	.44 (.73)	.33 (.50)	.22 (.67)
受動的 歓迎型 26名	5.88 (4.22)	.69 (1.26)	1.46 (2.30)	1.85 (1.95)	.92 (.84)	.42 (.64)	1.12 (.99)	1.46 (1.24)	.81 (1.13)	.19 (.40)	.04 (.20)
中立的 活動型 14名	8.00 (3.51)	1.43 (1.45)	1.64 (1.90)	1.86 (1.99)	.86 (1.02)	.50 (.65)	1.07 (.92)	1.43 (.76)	1.00 (.78)	.50 (.65)	.29 (.61)
中立的 受動型 58名	5.79 (4.32)	.83 (1.35)	1.52 (1.92)	2.00 (1.87)	.55 (.75)	.36 (.69)	.90 (.95)	1.28 (1.21)	.52 (.88)	.47 (.82)	.10 (.31)
危機型 9名	8.44 (4.23)	2.67 (2.24)	2.44 (2.60)	2.67 (2.45)	1.78 (1.56)	1.11 (1.36)	1.33 (1.32)	1.33 (1.22)	1.11 (.78)	.89 (1.17)	.22 (.44)
あきらめ型 23名	8.87 (3.61)	1.04 (1.58)	2.87 (2.07)	2.96 (2.25)	1.09 (.95)	.43 (.59)	1.22 (1.09)	1.60 (.99)	1.00 (1.17)	1.00 (.95)	.22 (.52)
アンビバ レンス型 61名	6.49 (3.94)	.85 (1.43)	2.39 (2.33)	2.33 (2.10)	1.00 (1.00)	.52 (.79)	1.00 (.93)	1.15 (1.01)	.67 (.89)	.61 (.82)	.20 (.48)
一元配置 分数分析	$p < .05$	$p < .05$	$p < .10$	n.s.	$p < .01$	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	$p < .05$	n.s.

() 内の数値はSD } は多重比較

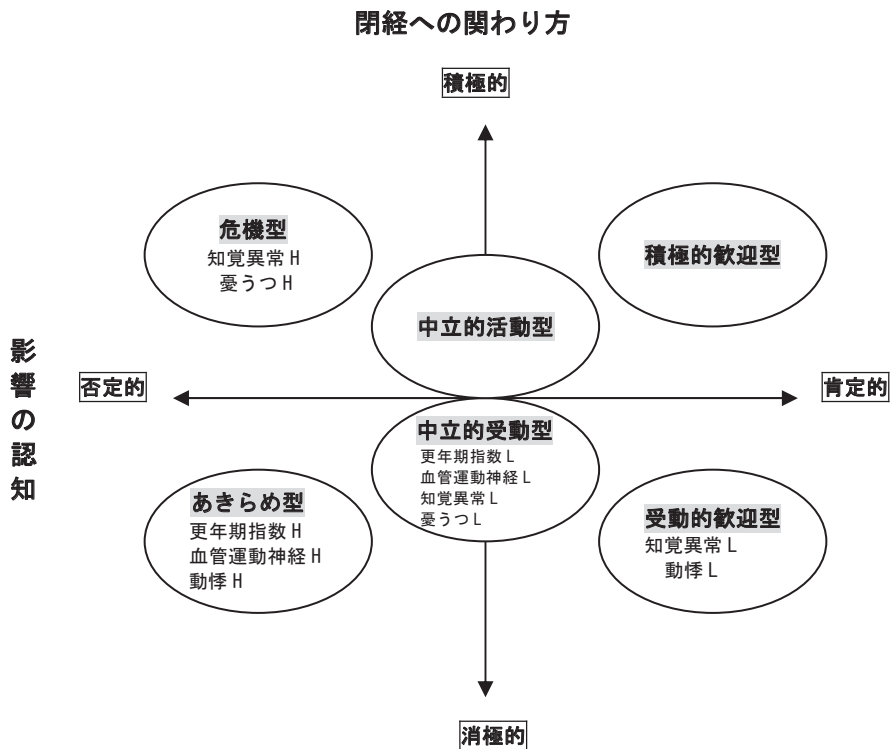
更年期障害指数のいずれも有意ではなく、また交互作用もみられなかった。Table 1 には、二元配置分散分析により主効果のみられた婚姻状況について、更年期障害指数および各症状群の下位尺度の平均得点を示した。

4) 閉経に対する認知と更年期症状との関連

7つの閉経認知タイプと更年期症状との関連を分析するために、更年期障害指数と11症状群（血管運動神経障害様症状、知覚異常、不眠、神経質、憂うつ、めまい、倦怠・疲労、関節痛・筋肉痛、頭痛、動悸、蟻走感）の下位尺度得点それぞれについて、閉経認知タイプ（積極的歓迎型、受動的歓迎型、中立的活動型、中立的受動型、危機型、あきらめ型、アンビバレンス型）についての一元配置分散分析を行った。

その結果、更年期障害指数は閉経認知タイプの主効果が5%水準で有意 ($F(6/193) = 2.631, p < .05$) で

あり、多重比較ではあきらめ型が中立的受動型よりも5%水準で有意に高い下位尺度得点を示していた (Figure 3)。11症状群については、血管運動神経障害様症状 ($F(6/193) = 2.353, p < .05$)・知覚異常 ($F(6/193) = 2.703, p < .05$)・憂うつ ($F(6/193) = 3.101, p < .01$)・動悸 ($F(6/193) = 2.672, p < .05$) の4つの症状群において、閉経認知タイプの主効果が有意であった。多重比較では、血管運動神経障害様症状はあきらめ型が中立的受動型より5%水準で有意に高い下位尺度得点を示していた。知覚異常では危機型が、受動的歓迎型・中立的受動型・アンビバレンス型よりも5%水準で有意に高い下位尺度得点であった。憂うつにおいては危機型が、中立的受動型よりも5%水準で有意に下位尺度得点が高かった。動悸においてはあきらめ型が、受動的歓迎型よりも5%水準で有意に高い下位尺度得点を示していた (Table 2)。これらの結



注1：それぞれの軸に沿った部分にアンビバレンス型が分布すると考えられ、知覚異常Lが入る。

注2：更年期症状について、多重比較の結果5%水準で有意な差があったペアを、H（高得点）・L（低得点）と示す。

Figure 4 閉経に対する認知と更年期症状の概念図

果から、閉経認知タイプにより更年期症状に差がみられたため、Figure 4 には閉経認知タイプと更年期症状についての多重比較の結果、認知と更年期症状との関連を模式的に示した。これまでの先行研究の知見から考えれば、積極的歓迎型は最も症状が軽いタイプと推測されるが、実際には中立的受動型が更年期障害指数および血管運動神経様症状・知覚異常・憂うつ・動悸の4種類の症状群の下位尺度得点が低く最も症状が軽かった。

考 察

これまで女性のライフサイクルでは、生活上の職業形態や婚姻状況などの事柄が更年期症状に影響していると考えられてきたが、本研究では職業形態と更年期症状との関連は見られなかった。更年期症状の現れ方は、職業形態よりもむしろ閉経の認知の仕方に強く関連していると考えられる。またこれまで、日本で多い更年期症状といわれるのは頭痛・肩こり・腰痛であるが(九嶋, 1965; Lock, 1986; 杉浦・三井・松波・松田・杉浦・井奈波・岩田, 1998)、今回の調査で多かった症状は、欧米で報告が多い hotflash (ほてり、発汗)の他に冷え、息切れを含む、血管運動神経障害様症状であった。かつて上位を占めた頭痛は今回7番目に位置していた。また従来、なんらかの更年期症状を自覚する人は、更年期に該当する女性の50%程度(後山, 1999; Lock, 1993)といわれてきたが、本調査では200名中188名(94%)の対象者になんらかの症状が認められ、現代の複雑な状況が反映されているとも考えられる。

さて、ここでの研究の目的は、女性の閉経体験の認知を詳細に把握し、さらに更年期症状との関連を探ることであった。

これまでの更年期症状に関する先行研究では、個人の否定的な認知が更年期症状に影響を与える(中山, 1995)、あるいは肯定的な認知は症状も軽いことなどが示唆されてきたが(三井, 1998)、閉経に対する認知そのものを検討してはいなかった。そこで、本研究では更年期症状と閉経に対する認知との関連を探るための方法として、すでに報告した閉経が自分に及ぼす

「影響の認知」という軸と閉経や閉経後の生活に対する「関わり方」という2つの軸を用いて更年期症状との関連を分析した。

その結果、全般的な状態を示す更年期障害指数を症状の目安としてみれば、症状が軽いのは、「影響の認知」が中立的で「関わり方」は消極的である、中立的受動型であった。他方、症状が重いのは、「影響の認知」が否定的であり「関わり方」は消極的である、あきらめ型であった。すなわち、Figure 4 をみても明らかに、この2つのタイプは、閉経や閉経後の生活に対する「関わり方」という軸は共に消極的でありながら、もう1つの軸である閉経が自分に及ぼす「影響の認知」の違いによって、症状の軽重が異なった。このように、2つの軸の組み合わせの違いを検証することによって、症状の差異が明らかになるとすれば、2つの軸で詳細に検討する意味があると考えられる。

そこで、Figure 4 をみながら2つの軸の組み合わせと症状との関連についてまとめてみると、例えば「影響の認知」が否定的である場合には、「関わり方」が積極的であれ消極的であれ症状は重い、症状の内容に違いがある。また、「影響の認知」が中立的あるいは肯定的では、消極的な「関わり方」をすることで症状は軽くなるが、先例と同様に症状の内容に差異がある。また、「影響の認知」が同じ中立的あるいは肯定的であったとしても、「関わり方」が積極的な場合には、症状が極端に軽度・重度に傾くということでもない。同様に「影響の認知」と「関わり方」のどちらかが両面的である場合には知覚異常のみが軽く、他は症状が特に軽度・重度に傾くということでもない。また、消極的という同じ「関わり方」をしても、「影響の認知」が否定的であれば症状が重く、中立的な場合は症状が軽いという結果が得られた。

先行研究においても、症状や重症度と否定的認知の関連が指摘されており(戸ヶ崎・坂野, 1993; 野田, 2001; 蘭, 1999; 中山, 1995; 三井, 1998; 河野, 2001)、本稿でも同様の結果が得られている。閉経が自分に及ぼす「影響の認知」と閉経や閉経後の生活に対する「関わり方」という2つの軸を組み合わせることによって、更年期症状の違いがいつそう浮き彫りにされ、明確に検討することができた。また、血管運動

神経様症状については、中山（1995）は、原因については解明されていないものの、肯定的な認知は血管運動神経障害様症状との関連があると報告しているが、本稿では、全く逆の否定的な認知との関連を示した（Figure 4）。

このような認知と症状との関係のメカニズムについては、まだ明らかでないが、例えば、血管運動神経様症状や動悸は、主にエストロゲンの低下によるホルモンのアンバランスが原因となって、自律神経の働きが異常になるために起こるとされる（丸本，1995）。あきらめ型にみられるように、閉経の自分に及ぼす「影響の認知」が否定的であることは、自律神経の不安定さを増強させ症状が重くなるのではないかと考えられる。また、憂うつや知覚異常などの精神・神経系の症状は、特に不安や不満などの精神的なものが関連して症状は重くなるといわれているが（丸本，1995）、例えば危機型の場合、閉経が自分に及ぼす「影響の認知」が否定的でありながらもあえて積極的に関わろうとすることで、心理的負荷も大きく症状に影響を及ぼすと考えられる。

すでに健康心理学では、疾病誘発と行動特性やパーソナリティ特性との関連が指摘されている（野口，1998；島井，1999）。例えば、タイプA行動特性、特に怒りのコントロールと冠状動脈性心疾患や抑うつが関連することが指摘されておりまた、タイプC特性と呼ばれる「協力的で控えめ、自己主張が弱く、忍耐強く、負の感情を表現せず、外的な権威に対して従順な特性」（島井，1999）などは、免疫機能の抑制・低下、過度の自律神経反応性、内分泌機能亢進、免疫細胞活性の低下などとの関連が深いといわれている（野口，1998）。このような身体症状・機能と心理的影響因との関連性を明らかにする試みが、今後閉経に対する認知と更年期症状との関連を検討する際にも必要と考えられる。

また、本稿では7つの閉経認知タイプについて検討したが、対象者の人数が均等に分布しているわけではなかった。統計的な検討のためには、今後さらに対象者数を増やし、各タイプの人数をそろえて検討する必要がある。とはいえ、今回の調査で示されたように7タイプの人数が均等に分布しなかったことについて

は、日本人女性という対象者の特性が反映しているとも考えられる。例えば、2番目に人数が多かった中立的受動型についていえば、Lock（1980）が西欧と日本との国際比較において、日本の更年期症状は欧米に比べ比較的軽く、ライフサイクルの自然な移行として当然のように受け取られていると指摘しており、更年期症状が軽い中立的受動型の対象者数が多くを占めたことも当然と考えられる。また、アンビバレンス型に含まれる人数が最も多かった理由については、これまで否定的な側面ばかりが語られてきた更年期イメージに加えて、最近のマスコミ、インターネットを通じて流される肯定的な情報、例えば、閉経によって月経の煩わしさから解放され妊娠の心配もなくなるなどの情報や、医療機関での啓蒙活動によって、肯定的情報と否定的情報を合わせ持つ人が多くなったことも影響しているのではないかと推測される。

今回の結果から明らかなように、閉経の認知と更年期症状との関連を検討する際には、閉経が自分に及ぼす「影響の認知」（肯定—否定）や閉経や閉経後の生活に対する「関わり方」（積極—消極）の2軸を用いて、本人が閉経をどのように捉えているかを見ることが有効であると考えられる。また、本稿の研究結果では、女性の人生後半に位置する更年期において、7つの閉経認知タイプそれぞれにさまざまな更年期症状が認められ、その通過の仕方には、その人なりの個性や知識・経験の積み重ねによる態度や認知が反映されているものと考えられるので、その全体像が浮き彫りとなるような個人史を踏まえた総合的研究に進展することが望ましいと考えられる。

引用文献

- 安部徹良（1997）. クッパーマン更年期障害指数（安部変法）三京房
- 蘭香代子（1999）. 母親モラトリアムの時代 北大路書房
- 小谷みどり（1999）. 更年期女性のライフスタイルと更年期症状 LDI REPORT ライフデザイン研究所, 5-28.
- 川西結子（1997）. アメリカにおける更年期研究の最

- 新動向 保健医療社会学論集, **8**, 49-53.
- 九嶋勝司 (1955). 自律神経性婦人疾患に就て 日本産婦人科学会雑誌, **5**, 1, 91-93.
- Lock, M. (1986). Ambiguities of aging; Japanese experience and perceptions of menopause. *Culture, Medicine and psychiatry*, **10**, 23-46.
- Lock, M. (1993). Encounters with aging mythologies of menopause in Japan and North America. The University of California Press. (江口重幸・山村宣子・北中淳子 (訳) (2005). 更年期 日本女性が語るローカル・バイオロジー みすず書房)
- 丸本百合子 (1995). 更年期を生き生きと 時事通信社
- 三井政子・中井美由紀・中島律子・辻照代・森前光子 (1998). 成人女性の更年期イメージと更年期指数に関する実態調査 名古屋市立大学看護短期大学部紀要, **10**, 49-55.
- 宮下一博 (1987). Rasmussen の自我同一性尺度の日本語版の検討 教育心理学研究, **35**(3), 64-69.
- 中山和弘 (1995). 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 東京都立大学人文学部「人文学報」, **261**, 245-285.
- 中山和弘・儘田徹・柳堀朗子 (1997). 中高年女性の更年期に関する知識・態度と対処行動 性役割意識を焦点として 第3回「健康文化」研究助成文集 平成7年度, 128-138.
- 日本産科婦人科学会編 (2003). 産科婦人科用語集・用語解説集 (改訂新版) 金原出版株式会社
- 野田洋子 (2001). 女子学生の月経の経験と楽観性・非観性との関連性 順天堂医科大学紀要, **12**, 55-65.
- 岡本祐子・山本多喜司 (1985). 定年退職期の自我同一性に関する研究 教育心理学研究, **33**, 185-194.
- 島井哲志 (1999). 現代心理学シリーズ15 健康心理学 培風館
- 杉浦浩子・三井政子・松波美紀・松田好美・杉浦春雄・井奈波良一・岩田弘敏 (1998). 35～65歳女性の更年期の自覚・健康意識および身体・精神症状について 日本更年期医学会雑誌, **6**(2), 179-185.
- 袖井孝子 (2002). 人生の移行期としての更年期 立命館産業社会論集, **38**(1), 45-61.
- 高橋艶子・堀毛裕子 (2006). 閉経に対する認知と自我同一性発達段階との関連 日本ヒューマン・ケア心理学会誌, **7**, 35-45.
- 戸ヶ崎泰子・坂野雄二 (1993). オプティミストは健康か 健康心理学研究, **6**(2), 1-11.
- 山本祥子 (1997). 更年期の構築 女性学年報, **18**, 78-87.

(2006. 9. 2 受稿, 2009. 4. 30 受理)