

性役割からみた中年期女性の心身の健康に関する研究

A study of middle aged women's health from a view of their gender roles

百瀬彩夏・宮岡佳子

Ayaka MOMOSE, Yoshiko MIYAOKA

要 約

【目的】中年期女性が自身の心身の状態をどう認知しているのかを性役割からさぐり中年期女性の QOL の向上に役立てる。【方法】40～50 代の女性 250 名に配布し、有効回答数 175 名（有効回答率 70.0%）を分析した。質問紙は、フェイスシート、更年期、女性性に対して持つイメージ、クッパーマン更年期障害指数（安部変法）（Kupperman Kohonenki Shohgai Index: KKSI）、日本語版 WHO/QOL-26（WHO Quality of Life 26）、BSRI 日本語版（Bem Sex Role Inventory）よりなる。

【結果】性役割パーソナリティをアンドロジニー型(女性性・男性性が共に高い)、クロスセックスタイプ型（女性性が低く、男性性が高い）、セックスタイプ型（女性性が高く、男性性が低い）、未分化型（女性性・男性性が共に低い）に分けた。分散分析の結果、KKSI では、「倦怠感・疲労感」、「頭痛」がアンドロジニー型で得点が低く、セックスタイプ型で高かった。QOL ではアンドロジニー型が高く、未分化型、セックスタイプ型では低かった。

【結論】中年期女性では、男性性の高さは、QOL の高さに関連することが示された。

Abstract

<Objective> To improve quality of life (QOL) in middle aged women, we examined how gender roles affect mental and physical health. <Methods> We distributed questionnaires to 250 women in their forties and fifties. One hundred seventy five (70.0%) replied. The questionnaires consisted of a face sheet, Kupperman Kohonenki Shougai Index (KKSI), WHO/QOL-26, Bem Sex Role Inventory (BSRI). <Results> Gender roles divided in 4 types; the androgyny type (high femininity and masculinity), the cross-sex type (low femininity and high masculinity), the sex type (high femininity and low masculinity), the undifferentiated type (low femininity and masculinity). Using an analysis of variance between the 4 types, the androgyny type women had lower "sense of fatigue" and "headache" scores in KKSI while the sex type women scored higher. The androgyny type women had higher QOL scores while the undifferentiated and sex type women received lower scores.

<Conclusion> This study indicated that high masculinity in middle aged women was related to high QOL.

I. 問題と目的

女性の更年期とは、生殖期から老年期の移行期をいう。この時期は加齢に伴い、卵巣では排卵などの機能が消失し始め、やがて月経が停止する閉経を迎える。WHO（世界保健機関：World Health Organization）の定義では閉経とは「卵子における卵胞の消失による、永久的な月経の停止」と定められている。更年期はこの閉経前後の約 10 年間で、正常女性の閉経年齢は平均 50 歳で、45～55 歳の幅にあるため、通常この期間を更年期と呼ぶ（日本産科婦人科学会, 1997；中澤, 2003）。

この時期はほてり、動悸、腰痛などさまざまな身体症状が起きやすい。また不安や抑うつ気分など、精神症状も起きることがある。更年期にみられやすい症状として表 1 に挙げた。これらを更年期症状もしくは更年期障害と総称している（日本産科婦人科学会, 1997；中澤, 2003；宮岡 a, 2010）。更年期症状の原因として、卵巣ホルモンの低下がある。更年期障害の症状のうち、ホットフラッシュ、発汗、膣の乾燥はエストロゲン低下に直接起因している。エストロゲンの低下が影響していると考えられる血管運動神経症状（のぼせ、発汗など）は 7～8 割の女性が経験するとされ、更年期を診断する際の指標の 1 つにもなりうる。老年期になると、低エストロゲン状態に身体が順応し、更年期症状は消失する（宮岡 b, 2010）。

表 1 更年期障害の主な症状

1. 自律神経失調症状

- ・血管運動症状；のぼせ（hot flushes）、発汗、冷え、動悸
- ・その他；めまい、頭痛、頭重感、肩こり、易疲労感、耳鳴り、むくみ感、皮膚知覚異常、血圧変動

2. 整形外科的的症状

- ・腰痛、膝関節痛
- ・手のこわばり、手指関節の疼痛・変形

3. 皮膚・泌尿生殖器粘膜等の症状

- ・皮膚の乾燥感・痒み、萎縮性膣炎・性交時痛、排尿障害
- ・皮膚角化症
- ・脱毛

4. 精神神経症状

- ・情緒不安定（イライラ、易怒的）
- ・抑うつ、意欲低下、不安感
- ・記憶力低下、集中力低下
- ・睡眠障害

（中澤, 2003；宮岡, 2010 より改変）

また、更年期症状は心理社会的要因も原因となる。更年期は母親・妻としての社会的役割が変化し、様々なライフイベントが起きやすい時期である。（宮岡 a, 2010；宮岡 b, 2010）。さらに、心理社会的

要因は、原因となるだけでなく、更年期症状の結果にもなる。更年期症状は抑うつ傾向や不安を高め（中山, 1995 ; 小川ら, 2012）、生活の質（Quality of Life : 以下 QOL）を低下させる（須賀ら, 2013 ; 佐藤, 2004）などの報告がある。

筆者らは、更年期の心理社会的要因を考える時、性役割（sex role）も重要な要素であると考えた。性役割とは、それぞれの性（男性・女性）にふさわしいと期待されるパーソナリティ特性・行動特性・意識である（柏木, 1973 ; 間宮, 1979）と同時に、それらを順守するように圧力をかける社会的規範（平野ら, 1980）でもある。性役割は「性役割パーソナリティ」「性役割観」「性役割受容性」の3側面に分けられ（東・小倉, 1982）、このうちの「性役割パーソナリティ」は社会性から性に応じて期待される一連のパーソナリティである。行動レベルに限らず、興味や信念などの認知レベルまで及ぶ。

Bem は性役割パーソナリティの側面から、性役割をアンドロジニー型（男性性・女性性がともに高い女性）、セックスタイプ型（女性性が高い女性）、クロスセックスタイプ型（男性性が高い女性）、未分化型（男性性・女性性がともに低い女性）の4類型に分類した（Bem, 1977, 1981 ; 東, 1986）。女性性（Femininity）・男性性（Masculinity）とは一般的に女性らしさ・男性らしさや女性的・男性的なイメージの総体、女性・男性に望ましい特性と捉えられており、個人の知覚・認識・感情・行動などの様々なレベルで表出する、とされている（江原ら, 1989 ; 神田, 1993）

そこで、本研究では性役割に焦点をあてつつ、中年期女性の更年期症状および QOL との関連を調べることにした。

II. 仮説

以下のような仮説を立てて調査を行った。

仮説 1 : アンドロジニー型の中年期女性は更年期障害が弱く、QOL は高い。

仮説 2 : クロスセックスタイプ型の中年期女性は更年期障害が強く、QOL は低い。

III. 調査方法

1. 対象と質問紙配付方法

40～50 代の女性 250 名を対象として、質問紙を配付した。質問紙の配付は 2013 年 7～8 月に行った。対象者は①研究協力を申し出た A 大学学生の母親ないし知人、②研究者が直接または知人を通じて質問紙を配付した者である。研究の趣旨を文書および直接・間接的に口頭で説明し、無記名の質問紙の返送をもって研究協力への同意とみなした。回収の結果、250 名中 184 名から回答が得られ、回収率は 73.6%であった。質問の不備があったものを除き、有効回答数は 175 名であり、有効回答率は 70.0%であった。研究の実施にあたり、跡見学園女子大学文学部臨床心理学科倫理委員会の承認を得た（受付番号 : 13012）。

2. 質問紙内容

(1) フェイスシート

年齢、職業、婚姻、育児、更年期における月経の状態（「過去 1 年間の月経の周期」が“3 ヶ月以内にあった”、“3 か月以上 1 年未満無い”、“1 年以上無い”）、子宮全摘出または卵巣両側摘出の手術の有無（術後は閉経をきたす）、更年期障害の治療経験の有無、生活習慣（食事に気を配る、たばこを吸う、運動をしている、お酒を飲むを 4 段階で評価した。得点が高いほどこれらの傾向を示す）を問う質問の全 8 項目である（安部・森塚, 1996）。

(2) クッパーマン更年期障害指数(安部変法) (Kupperman Kohonenki Shohgai Index: 以下 KKSI)

更年期障害の重症度を査定する尺度である。Kupperman ら（1953）の原法（Kupperman Menopausal Index : KMI）にみられる症状に、日本人に特長的と思われる症状を追加した 17 症状をさらに 11 症状群に分類し、それぞれの重みづけを用いて指数を作成し、全 17 項目、4 件法よりなる。得点が高いほど症状が強いことを示す。臨床的な妥当性は認められていると考えられ、信頼性が高いことも示されている。

(3) 日本語版 WHO/QOL-26 (WHO Quality of Life 26)

WHO の精神保健と薬物乱用予防部（1997）を中心に開発された、個人の QOL、主観的幸福感を評価する包括的尺度である。日本語版は、田崎、中根ら（1998）によって邦訳された（田崎・中根, 2001）。身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境の 4 領域 24 項目、「全般的な生活の質」を問う 2 項目によって構成されている。全 26 項目、5 件法である。得点が高いほど、QOL が高いことを示す。尺度の妥当性、信頼性ともに高いことが示されている。

(4) BSRI 日本語版 (Bem Sex Role Inventory)

Bem (1974) による Bem Sex Role Inventory (BSRI) を東 (1990 ; 1991) によって邦訳された、性役割パーソナリティを測定する尺度である。「男性性」「女性性」「社会的望ましさ」の 3 下位尺度から構成されており、「男性性」「女性性」の項目のみ分析に使用した。全 60 項目。7 件法である。得点が高いほどその傾向が強いことを示す。妥当性と信頼性および内的一貫性は示されている。「男性性尺度」の項目には、男性に期待される特性や行動、「女性性尺度」の項目には女性に期待される特性や行動がある。

IV. 結果

1. 対象者の属性

対象者 175 名の平均年齢は 50.09 歳 (SD=4.77) であった。項目ごとに χ^2 検定を行い、表 2 に示した。

2. 各尺度得点

(1) KKSI

「血管運動神経障害様症状（以下、血管運動神経症状）」の平均値 7.35 (SD=4.38)、「知覚異常」の平均値 1.25 (SD=1.63)、「不眠」の平均値 1.91 (SD=2.04)、「神経質」の平均値 1.82 (SD=1.73)、「ゆううつ」の平均値 1.06 (SD=0.95)、「めまい」の平均値 0.44 (SD=0.73)、「倦怠・疲労」の平均値 1.65 (SD=0.96)、「関節痛・筋肉痛」の平均値 1.75 (SD=1.13)、「頭痛」の平均値 0.98 (SD=0.96)、「動悸」の平均値 0.64 (SD=0.84)、「蟻走感」の平均値 0.16 (SD=0.47)、「KKSI 合計」の平均値 19.01 (SD=9.60) であった。

0～22 点を「軽症者群」、23～33 点を「中等症者群」、34～51 を「重症者群」と分けた結果、軽症者群 107 名 (61.1%)、中等者群 46 名 (26.3%)、重症者群 12 名 (6.9%) であった ($\chi^2=84.26$, $df=2$, $p<0.001$)。

表 2 対象者の基本属性

		N=175		χ^2 検定
年齢	平均±標準偏差	50.09±4.77		-
結婚	している	156	89.1%	***
	していない	19	10.9%	
子ども	あり	158	90.3%	***
	なし	17	9.7%	
職業	常勤	66	37.7%	***
	非常勤・パート	76	43.4%	
	専業主婦または仕事をしていない	27	15.4%	
	その他	6	3.4%	
月経	3カ月以内にあり	94	53.7%	***
	3カ月1年未満無い	10	5.7%	
	1年以上無い	71	40.6%	
手術 ^{a)} の経験	あり	10	5.7%	***
	なし	164	93.7%	
治療 ^{b)} の経験	過去に治療していた	4	2.3%	***
	現在も過去も治療はしていない	169	96.6%	

***: $p<0.001$

a) 子宮全摘出または卵巣両側摘出の手術

b) 更年期障害の治療

(2) WHO/QOL-26

「平均点」の平均値は 3.41 (SD=0.44) であった。「身体領域」の平均値 3.49 (SD=0.55)、「心理的領域」の平均値 3.39 (SD=0.58)、「社会的関係」の平均値 3.43 (SD=0.48)、「環境領域」の平均値 3.30 (SD=0.45)、「全体項目」の平均値 3.15 (SD=0.72) であった。参考として、年齢階層別にみた QOL の平均値は 40 代 3.32 (SD=0.41)、50 代 3.35 (SD=0.48) である (田崎ら, 1997)。

(3) BSRI 日本語版

「男性性尺度得点」の平均値 79.08 (SD=15.63) であった。「女性性尺度得点」の平均値 91.02 (SD=10.89) であった。

男性性と女性性尺度得点を中央値よりも高い得点と中央値以下の得点に分け、女性性・男性性ともに高い①「アンドロジニー型」、女性性が低く、男性性が高い②「クロスセックスタイプ型」、女性性

が高く、男性性が低い③「セックスタイプ型」、女性性・男性性ともに低い④「未分化型」の 4 類型に分類した。人数は①「アンドロジニー型」54 名 (32%)、②クロスセックスタイプ型」31 名 (19%)、③セックスタイプ型」29 名 (17%)、男性性、④未分化型 54 名 (32%) であった。

3. 性役割類型と各要因の関係 (分散分析)

年齢、食事への配慮、たばこ、運動、お酒、KKSI の下位項目および合計点、WHO/QOL-26 の下位項目および平均点について、性役割を要因とする 1 要因の分散分析を行った (表 3)。

「運動」(F (3,164) =2.99, p<0.05)、「お酒」(F (3,164) =4.747, p<0.01)、「倦怠感・疲労感」(F (3,161) =2.833, p<0.05)、「頭痛」(F (3,162) =3.760, p<0.05)、「QOL 平均点」(F (3,141) =3.888, p<0.05)、「身体領域」(F (3,156)=3.015, p<0.05)、「心理的領域」(F(3,148)=4.813, p<0.01)、「環境領域」(F (3,164) =3.960, p<0.01) の、8 項目に有意な差がみられた。

次に Tukey 法による多重比較を行った。未分化型よりもクロスセックスタイプ型が「運動」をしていた (p<0.05)。「お酒」ではセックスタイプ型よりもクロスセックスタイプ型が (p<0.05)、未分化型よりもクロスセックスタイプ型が (p<0.01) 摂取していた。KKSI の「倦怠感・疲労感」ではアンドロジニー型よりもセックスタイプ型が (p<0.05)、「頭痛」ではアンドロジニー型よりもセックスタイプ型が (p<0.05) 高かった。QOL では、「QOL 平均点」と下位項目の「身体領域」で、未分化型よりもアンドロジニー型が高かった (p<0.05)。「心理的領域」では、アンドロジニー型が、未分化型とセックスタイプ型よりも高かった (p<0.05)。「環境領域」では、未分化型よりもアンドロジニー型の得点が高かった (p<0.05)。

表 3 性役割を要因とする 1 要因の分散分析

	アンドロジニー型		クロスセックスタイプ型		セックスタイプ型		未分化型		統計値	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	F値	p
年齢	49.87	4.95	50.00	4.59	50.97	4.34	49.57	4.97	0.548	0.650
食事	2.78	0.82	2.77	0.72	2.55	0.57	2.59	0.77	1.010	0.390
たばこ	1.50	0.97	1.39	0.80	1.14	0.44	1.19	0.55	2.314	0.078
運動	2.22	0.82	2.35	0.80	2.03	0.82	1.85	0.88	2.999 *	0.032
お酒	2.31	1.04	2.61	1.02	1.90	0.90	1.89	0.92	4.747 **	0.003
血管運動神経障害症状	7.23	4.76	7.23	4.67	8.00	3.85	7.62	4.02	0.248	0.863
知覚異常	1.21	1.54	1.03	1.54	1.50	1.93	1.33	1.69	0.442	0.724
不眠	2.04	1.94	1.67	1.97	2.14	2.20	1.96	2.18	0.296	0.828
神経質	1.96	1.84	2.19	1.89	1.52	1.57	1.63	1.65	1.094	0.353
ゆううつ	0.94	0.93	0.94	1.09	1.21	0.86	1.19	0.97	0.956	0.415
めまい	0.53	0.87	0.35	0.66	0.38	0.62	0.48	0.72	0.480	0.697
倦怠・疲労	1.42	1.01	1.66	1.04	2.03	0.91	1.76	0.87	2.833 *	0.040
関節痛・筋肉痛	1.83	1.14	1.93	1.23	1.72	1.13	1.72	1.07	0.278	0.841
頭痛	0.66	0.83	1.13	0.99	1.31	1.07	1.09	0.93	3.760 *	0.012
動悸	0.51	0.72	0.71	0.82	0.72	0.88	0.75	0.94	0.877	0.454
蟻走感	0.15	0.46	0.23	0.56	0.21	0.62	0.11	0.37	0.469	0.704
KKSI合計	18.55	9.98	18.78	10.36	20.50	8.80	19.98	9.04	0.362	0.781
QOL平均点	3.53	0.45	3.52	0.38	3.30	0.45	3.27	0.40	3.888 *	0.010
身体領域	3.63	0.58	3.58	0.50	3.41	0.50	3.33	0.55	3.015 *	0.032
心理的領域	3.59	0.50	3.53	0.61	3.23	0.55	3.22	0.61	4.813 **	0.003
社会的関係	3.48	0.52	3.49	0.40	3.39	0.56	3.38	0.46	0.619	0.604
環境領域	3.44	0.51	3.36	0.40	3.19	0.47	3.17	0.36	3.960 **	0.009
全体項目	3.25	0.75	3.27	0.67	3.16	0.64	2.99	0.77	1.514	0.213

*p<0.05, **p<0.01

4. 男性性・女性性とその他の要因がQOLに与える影響（重回帰分析）

QOL 得点を従属変数として重回帰分析（強制投入法）を行った。独立変数には、年齢、結婚・子ども・閉経・婦人科手術歴、更年期障害の有無（ダミー変数）、食事への配慮、たばこ、運動、お酒、KCSI の下位項目「血管運動神経障害様症状」「知覚異常」「不眠」「神経質」「ゆううつ」「めまい」「倦怠・疲労」「関節痛・筋肉痛」「頭痛」「動悸」「蟻走感」、BSRI の下位項目「男性性合計」「女性性合計」を設定した。

その結果、QOL には、「神経質」($\beta = -0.231$, $p < 0.05$)、「ゆううつ」($\beta = -0.212$, $p < 0.05$) が負の影響を与え、男性性合計点 ($\beta = 0.321$, $p < 0.001$) が正の影響を与えていた（表 4）。

表 4 QOL 平均点に対する重回帰分析

	WHO/QOL-26平均点 標準偏回帰係数(β)
年齢	-0.003
結婚	-0.051
子ども	-0.082
月経	0.113
手術	0.028
治療	0.013
食事	0.129
たばこ	-0.016
運動	0.021
お酒	-0.018
血管運動神経障害様症状	0.027
知覚異常	0.029
不眠	-0.070
神経質	-0.231 *
ゆううつ	-0.212 *
めまい	-0.124
倦怠・疲労	-0.018
関節痛・筋肉痛	-0.127
頭痛	0.069
動悸	-0.127
蟻走感	-0.004
男性性合計	0.321 ***
女性性合計	0.118
重決定係数(R^2)	0.473 ***

N=136

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

V. 考察

結果より明らかにされたことを、仮説に沿いながら考察していく。また、目的とした仮説のほかに、フェイスシートより得られた性役割と生活習慣との関連、更年期障害指数と QOL との関連についても考察を行った。

1. 性役割との関連（仮説 1、2 の検討）

仮説 1「アンドロジニー型の中年期女性は更年期障害が弱く、QOL は高い」、仮説 2「クロスセックスタイプ型の中年期女性は更年期障害が強く、QOL は低い」を検討する。

性役割パーソナリティを要因とする 1 要因の分散分析の結果、まず生活習慣では、「運動」と「お

酒」がクロスセックスタイプ型の得点が高かった。つまり男性性が高く、女性性が低い女性がよく運動し、お酒も飲んでいて。

KKSI 合計点において性役割パーソナリティ間に有意な差はみられなかった。下位項目「倦怠感・疲労感」、「頭痛」においては、セックスタイプ型に多く、アンドロジニー型は少なかった。したがって、更年期障害指数では仮説1「アンドロジニー型の更年期障害は弱い」は部分的に支持された。仮説2「クロスセックスタイプ型の更年期障害は強い」は支持されなかった。性成熟期女性の研究では、月経随伴症状や月経痛と性役割パーソナリティとの関連を否定する研究がみられる（野田, 2003; 福山, 2013）。しかし本研究においては、更年期障害の症状である「倦怠感・疲労感」と「頭痛」において関連がみられた。中年期女性では、性役割パーソナリティを考慮した介入の有効性が示唆される。

QOLにおいては、WHO/QOL-26「QOL平均点」、下位項目「身体領域」、「心理的領域」、「環境領域」において、セックスタイプ型・未分化型とアンドロジニー型との間に有意な差が見られ、アンドロジニー型の得点が高かった。性役割と心理的社会的要因の研究では、男女ともに、アンドロジニー型は社会的適応がよく、心理的に安定しているといわれる（Bem, 1974）。田村（2012）の研究でも、20～50代の女性でアンドロジニー型のストレス反応が最も低かったことが示された。しかし、クロスセックス型は他の類型と有意差は見られなかった。仮説1「アンドロジニー型のQOLは高い。」は支持された。仮説2「クロスセックスタイプ型のQOLは低い」は支持されなかった。

今回の研究では「QOL平均点」「身体領域」「心理的領域」「環境領域」において未分化型がアンドロジニー型よりも低かった。男性性・女性性ともに低い未分化型は、生物学的および心理社会的に大きな変化をきたす中年期に対応しにくく、QOLが低くなるのかもしれない。未分化型のQOLの低さは、臨床現場においても注意を払うべきだろう。

女性性が高く、男性性が低いセックスタイプ型も「心理的領域」においてQOLが低かった。閉経は生物学的に女性性の喪失であり、若さや美の喪失も起こる。セックスタイプは、女性性が高いだけに、この時期に葛藤を生じやすいのかもしれない。

2. 各要因がQOL得点に与える影響

QOL平均点には、更年期症状「神経質」、「ゆううつ」が負の影響を与え、男性性合計点が正の影響を与えていた。更年期症状がQOLに関連があるという報告は多数ある（中山, 1995; 佐藤, 2005）。本研究では、「神経質」「ゆううつ」など精神神経症状がQOLの低下と関連していた。これは水沼（2006）の報告とも一致している。

また、男性性がQOLの高さと関連していることが認められた。分散分析でも、ともに男性性が低い未分化型とセックスタイプ型において、QOLが低かった。この結果と合わせて考えると、中年期女性では男性性を持ち合わせた者のほうが、QOLが高くなると考えられる。

性役割は、その時代の社会・文化によって期待されるものが違ってくる。現代では、社会への女性進出に伴い「女性らしさ」のみでは生きにくくなった。中年期の女性は、「女性らしさ」を備えるだ

けでなく「男性らしさ」も兼ね備えたアンドロジニー型が、心身共に健康的で現代社会に最も適応的であると考えられた。

Ⅶ. 引用参考文献

- 安部徹良・森塚威次郎 (1996). Kupperman Kohonenki Shohgai Index クッパーマン更年期障害指数 (安部変法) 使用手引. 三京房.
- 東清和・小倉千加子 (1982). 性差の発達心理. 大日本図書.
- 東清和 (1986). 心理的両性具有の類型論. 早稲田大学教育学部学術研究. 教育・社会教育・教育心理・体育編 / 早稲田大学教育学部 (編), 35, 45-58.
- 東清和 (1990). 心理的両性具有-1-BSRI による心理的両性具有の測定. 早稲田大学教育学部学術研究. 教育・社会教育・教育心理・体育編 / 早稲田大学教育学部 (編), 39, 25-26.
- 東清和 (1991). 心理的両性具有-2-BSRI 日本語版の検討. 早稲田大学教育学部学術研究. 教育・社会教育・教育心理・体育編 / 早稲田大学教育学部 (編), 40, 61-71.
- Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 196-205.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88(4), 354-364.
- BEM S. L. (1974). The Measurement of Psychological Androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42(2), 155-162.
- 江原由美子・長谷川公一・山田昌弘・天木志保美・安川一・伊藤るり (1989). ジェンダーの社会学—女たち/男たちの世界. 新潮社.
- 平野貴子・神田道子・小林幸一郎・J.Liddle(1980), 女性の職業生活と性役割. *社会学評論*, 120.
- 福山智子 (2013). 月経随伴症状と性役割パーソナリティとの関連性, 摂南大学看護学研究, 1(1), 25-33.
- 柏木恵子 (1973). 現代青年の性役割の習得. 依田新 他(編). 現代青年心理学講座第5巻, 金子書房.
- 神田道子 (1993). 性役割の変動過程を説明する「折り合い行動」概念. 女性学研究会(編). ジェンダーと性差別. 勁草書房.
- 間宮武 (1979). 性差心理学. 金子書房.
- 宮岡佳子 a (2010). 更年期うつ病と HRT. *日本抗加齢医学会雑誌*, 6, 823-826.
- 宮岡佳子 b (2010). 更年期障害. *精神科治療学 増刊号*, 25, 332-333.
- 水沼英樹 (2006). QOL からみた更年期女性のトータルヘルスケア. *産婦人科治療*, 93(1), 9-14.
- 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. 首都大学東京人文学報 *社会福祉学*, 11, 245-285.
- 中澤直子 (2003). 特集 女性の心身症 更年期障害. *心療内科*, 7(1), 27-33.
- 日本産科婦人科学会 (1997). 産科婦人科用語解説集第2版. 金原出版.

- 野田洋子 (2003). 女子学生の月経の経験：第 2 報 月経の経験の関連要因. 女性心身医学, 8(1), 64-78.
- 小川真理子・高松潔・飯岡由紀子・堀口文 (2012). 更年期外来受診女性における不安および抑うつと更年期症状の関連. 女性心身医学, 17(1), 85.
- 佐藤珠美 (2004). 地域に生活する更年期の女性の Quality of Life に関する調査：WHO/QOL-26 による Quality of Life の測定. 日本赤十字九州国際看護大学 intramural research report, 2, 34-42.
- 佐藤珠美 (2005). 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—.大阪大学大学院博士論文.
- 須賀万智・谷内麻子・五十嵐豪・新橋成直子・石塚文平 (2013). 更年期女性の QOL に関するアンケート調査. 日本女性医学学会雑誌, 20(3), 391-398.
- 田村綾乃 (2012). 20～30 代の働く女性における女性性・男性性と職場ストレスの関係. 跡見女子大学大学院修士論文 (非刊行).
- 田崎美弥子・中根允文 (2001). WHO/QOL-26 手引き. 金子書房.