

配偶者と非配偶者である遺族にみられる 悲嘆状況と看護師に望む遺族ケア

Grief and Expectations of Bereavement Care by Staff Nurses between Bereaved Spouses and Non-spouses

名取佐知子¹⁾, 友野 恵¹⁾, 志田かおり¹⁾, 及川 真美¹⁾, 宮島多映子²⁾, 佐藤みつ子²⁾

NATORI Sachiko, TOMONO Megumi, SHIDA Kaori, OIKAWA Mami, MIYAJIMA Taeko, SATO Mitsuko

要 旨

死亡退院した患者の遺族(1年未満から6年未満)93名を対象に死別後の悲嘆状況と病棟看護師が行う遺族ケアを検討する目的で, 研究趣旨を明記した調査票を郵送し, 同意の得られた50名に調査を行った。調査内容は, 身体症状24項目(河野らの心身反応尺度), 悲嘆状況(Levの悲嘆尺度22項目)と看護師に望むケアとその理由である。身体症状は遺族の9割あり, 「疲労感」, 「睡眠障害」, 「体のだるさ」であった。悲嘆尺度の平均得点は, 配偶者喪失群は「戸惑いと心細さを感じる」, 「人生は意味がない」, 「感情のないまま機械的に動いている」, 「空虚だと思う」が高く($p < 0.05$), 非配偶者群は「怒りっぽい」が高く($p < 0.01$)。看護師に望むケアは「病棟を尋ねるよう声をかける」が3割と高く, その理由は「経済問題・社会資源」, 「健康問題の相談」, 「患者について話す」であった。病棟看護師の行う遺族ケアは, 病棟を尋ねるよう声をかける, 身体症状の把握, 遺族の相談窓口等の援助体制, グリーフカードを数回送付することの必要性が示唆された。

キーワード 遺族, 悲嘆, 遺族ケア, 配偶者, 看護師

Key Words Bereaved Family, Grief, Bereavement Care, Spouse, Staff Nurse

はじめに

平成13年(2001)の人口動態統計では, 年間97万331人の死亡者がある。遺族の数は不明であるが, 世帯員の平均は2.88人であり, 1年間にこの3倍以上の約290万人以上の遺族が生じることが推測される¹⁾。そのなかでも, 平成12年国勢調査報告では配偶者との死別者は3万3754人(死別率3.1%)であった²⁾。また, 世界保健機関においても緩和ケアは, 患者と死別した後も家族の苦難への対処を支援する体制をとることを明示しており, 遺族ケアを終末期ケアに関わる医療従事者の役割として位置づけている³⁾。家族との死別は, 人が人生のなかで直面する精神的打撃の大きい出来事のひとつである⁴⁾。さらに, 患者の死が家族の生活や精神的な混乱を誘発し, 家族を病的悲

嘆の状況に追い込むことが明らかにされている⁵⁾。配偶者と死別した人は, 悲嘆による衝撃が強く, 孤独感, 抑鬱, 疲労感や食欲不振などの身体症状が現れ, 生活への適応ができず様々なストレスを体験する可能性があるとの報告がある⁶⁾。こうした状況の中で, 遺族ケアの重要性は, 今後, さらに高まると考えられる。

死亡前, 死亡後に十分なサポートを得られなかった家族や終末期ケアに対して満足できなかった家族は, 悲嘆反応が強く孤独感や抑鬱等の問題を持ち続け, 不適応の状態にあることが明らかになっている⁵⁾。現在社会は親族や近隣との関係が希薄化しており, 死別後, サポートが得られない遺族も多く, 遺族を支援することは医療従事者にとって重要な役割のひとつになるといえる。また, 配偶者との死別が人生で体験する数々のライフイベントのうち最もストレスの多いイベントであり⁷⁾, 非配偶者(子供, 孫など)との死別の場合とは遺族に与える影響が異なることが考えられ, その現状を把握する必要性を感じた。そこで, 遺族の悲嘆状況を把握し, 病棟看護師が行う遺族ケアについて検討した。

受理日: 2003年5月26日

1) 山梨大学医学部附属病院看護部: University of Yamanashi Hospital

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部(基礎看護学): University of Yamanashi (Fundamental Nursing)

・研究目的

死亡退院した配偶者と非配偶者遺族の悲嘆状況及び遺族の望む病棟勤務看護師による遺族ケアの実態を把握することを研究目的とする。

・用語の定義

1. 遺族：配偶者あるいは配偶者以外の家族と死別した人とする。
2. 配偶者喪失群：配偶者と死別した人とする。
3. 非配偶者喪失群：子供や孫と死別した人とする。
4. 悲嘆状況：配偶者あるいは非配偶者と死別したことによって生じる心理過程における諸反応とする。落胆や絶望などの主観的な情緒体験を示す。
5. 身体症状：配偶者あるいは非配偶者と死別したことによって起こる睡眠障害、疲労感、食欲不振、肩・頸部のこり等とする。

・方法

1. 調査対象

Y 大学医学部附属病院において 1996 年 1 月 1 日～2001 年 11 月 7 日の期間に死亡退院した患者の遺族 93 名である。

2. 調査内容

質問紙は 身体症状については、河野ら⁸⁾の心身的反応(回答は 2 段階評定)を参考に作成した。身体症状の調査項目は、「睡眠障害」、「疲労感」、「首・肩のこり」、「食欲なし」、「頭痛」、「耳鳴り」、「血圧上昇」、「胸苦しさ」、「抜け毛」、「吐き気」、「白髪が増えた」、「便秘・下痢」、「体のだるさ」、「動悸(どきどきする)」、「めまい・ふらつき」、「持病悪化」、「口や唇のあれ・歯痛」、「胃のむかつき・胃痛・腹痛」、「体中の痛み」、「顔色の黒ずみ・顔色の悪さ」、「排尿回数の増加・減少」、「皮膚のかゆみ」、「生理不順・停止」、「その他」の 24 項目(回答は「自覚があるもの」を 1 点とし、「なし」を 0 点に配点の 2 段階評定)とした。

悲嘆状況については Lev ら⁹⁾の RGEI(The Revised Grief Experience Inventory)を澤ら¹⁰⁾が翻訳した日本語版の 22 項目(回答は「非常にそう思う」(6 点)から「思わない」(1 点)で配点の 6 段階評定)を使用した。遺族ケアとして病棟看護師に望むことについては「電話をして欲しい」、「病棟を訪ねるように声を掛けて欲しい」、「訪問して欲しい」について 2 段階評定の複数回答とした。「病棟看護師による家族の支えが必要」と感じる場合の理由について、「家族がどうしていいかわからないとき」、「なくなった患者様のことを話したいとき」、「家

族が経済問題、社会資源、健康問題について相談したいとき」についての 2 段階評定で検討した。

3. 分析方法

統計処理は SPSS を用い、身体症状は 24 項目、悲嘆尺度 22 項目であり、配偶者喪失群と非配偶者喪失群について平均値の差の検定(t 検定)を行った。

4. 倫理的配慮

調査票に調査趣旨及び回答は自由意志であることを明記し、同意の得られた者とした。

・結果

1. 対象者の背景

調査対象者 93 名中、回収された 50 名(有効回答率 53.8%)について解析を行った。対象者の背景を表 1 に示した。配偶者喪失群 26 名、非配偶者喪失群 24 名であった。年齢構成は、平均 57.0 ± 12.7 歳であり、配偶者喪失群は 64.2 ± 10.3 歳、非配偶者喪失群は 49.3 ± 10.7 歳であった。両者の平均年齢を t 検定した結果、有意な差がみられた(t = 5.00, p = 0.000)。死後の経過年数は 3～4 年未満 12 名、4～5 年未満 12 名、1 年未満 8 名の順に多く、死後 1 年以内の対象は 8 名(16%)であり、1 年以降は 42 名(84%)であった。

表 1 続柄別にみた対象者の背景

対象者	n=50		t 値	p 値
	配偶者喪失群 26 名	非配偶者喪失群 24 名		
平均年齢	64.2±10.3 歳	49.3±10.7 歳	5.00	0.000
死別後経過年数				
1 年未満	6 名	2 名		
1 年～2 年未満	4 名	2 名		
2 年～3 年未満	2 名	3 名		
3 年～4 年未満	4 名	8 名		
4 年～5 年未満	8 名	4 名		
5 年～6 年未満	2 名	5 名		

2. 遺族の身体症状

身体症状の得点合計の平均値は全体(配偶者喪失群及び非配偶者喪失群) 4.9 ± 4.3(24 点満点)、配偶者喪失群は 5.7 ± 5.0、非配偶者喪失群は 3.9 ± 3.0 であった。

遺族の身体症状の自覚は表 2 に示すように、「疲労感」36 名(72.0%)、「睡眠障害」23 名(46.0%)、「体のだるさ」20 名(39.2%)、「食欲なし」19 名(37.3%)、「白髪が増えた」16 名(31.4%)、「首・肩のこり」15 名(29.4%)の順であった。

対象者の中で、1 つ以上の症状を自覚しているものは、

45名(90.0%)あり、4つ以上の症状を自覚しているものが、27名(54.0%)あった。10個以上の症状を自覚しているものが7名(14.0%)あり、全くないものは5名(10.0%)であった。

表2 遺族にみられる各身体症状の平均値と標準偏差

項目	n=50	
	Mean	SD
疲労感	0.714	0.456
睡眠障害	0.458	0.504
身体のだるさ	0.388	0.492
食欲なし	0.367	0.487
白髪が増えた	0.306	0.466
首肩の凝り	0.286	0.456
身体症状計	4.878	4.251

3. 遺族の悲嘆状況

悲嘆尺度の平均値は全体(配偶者喪失群及び非配偶者喪失群)46.1±22.3(132点満点)、配偶者喪失群は46.5±26.1、非配偶者喪失群は45.6±17.6であった。両者の平均得点をt検定した結果、有意な差はみられなかった(t=0.138, p=0.890)。

悲嘆尺度の平均得点の比較を表3に示した。全体の平均値(5点満点)を比較すると、「戸惑いと心細さを感じる

(以下戸惑いとする)」3.8、「涙もろい」3.2、「落ち込むことがある(以下落ち込みとする)」3.0、「不安と身の置き所がない(以下不安とする)」2.8、「腹立たしく感じることがある(以下腹立ちとする)」2.5、「腕とか足がとてもだるい(以下だるさとする)」2.4の順であった。配偶者喪失群の高得点の項目は、「戸惑い」4.6、「涙もろい」3.7、「落ち込み」3.4、「不安」3.2、「私にとって人生は意味がない(以下無意味とする)」2.7、「だるさ」2.6の順であった。非配偶者喪失群では、「戸惑い」3.0、「腹立ち」2.8、「涙もろい」2.7、「怒り」2.6、「落ち込み」2.6、「たいした問題でもないのに大事に思う(以下大事)」2.5の順であった。

また配偶者喪失群と非配偶者喪失群で悲嘆尺度得点の各項目の平均値をt検定した結果、配偶者喪失群が有意に高かったものは「戸惑い」(t=2.813, p=0.007)、「機械的」(t=2.555, p=0.014)、「空虚」(t=2.914, p=0.006)、「無意味」(t=3.72, p=0.0006)であり、非配偶者群が有意に高かったのは「怒り」(t=2.721, p=0.0095)であった。

4. 病棟看護師に望む遺族ケア

遺族が病棟看護師に望むことは、「病棟を尋ねるように声を掛けて欲しい」8名(16.0%)、「電話をして欲しい」3名(6.0%)、「訪問して欲しい」3名(6.0%)であった。また、看護師による家族の支えが必要と感じる場合の理由では、

表3 続柄別にみた悲嘆尺度の平均得点の比較

項目	全体	配偶者喪失群	非配偶者喪失群	t値	p値
	n=50	n=26	n=24		
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
戸惑い	3.8±1.9	4.6±1.8	3.0±1.9	2.813	0.007
涙もろい	3.2±2.0	3.7±2.2	2.7±1.7	1.744	0.088
落ち込み	3.0±2.0	3.4±2.1	2.6±1.8	1.480	0.146
不安	2.8±1.9	3.2±2.0	2.3±1.8	1.560	0.125
腹立ち	2.5±1.7	2.1±1.7	2.8±1.6	1.443	0.156
だるさ	2.4±1.6	2.6±1.8	2.3±1.4	0.735	0.466
無意味	1.9±1.5	2.7±1.8	1.2±0.5	3.724	0.000
怒り	2.1±1.3	1.6±0.9	2.6±1.4	2.721	0.009
大事	2.2±1.5	1.8±1.2	2.5±1.8	1.458	0.152
機械的	1.8±1.3	2.3±1.5	1.4±0.8	2.555	0.014
空虚	2.0±1.4	2.6±1.6	1.5±0.7	2.914	0.005
罪悪感	2.0±1.5	2.4±1.8	1.7±1.8	1.327	0.192
頭痛	2.0±1.5	2.1±1.7	1.8±1.3	0.625	0.535
集中力低下	2.3±1.5	2.7±1.6	2.0±1.3	1.488	0.144
叫びたい	2.2±1.7	2.4±1.9	2.0±1.6	0.612	0.544
不健康	2.4±1.8	2.6±1.9	2.3±1.7	0.555	0.582
気分変化	2.2±1.5	2.3±1.6	2.2±1.3	0.254	0.801
食欲低下	2.0±1.4	2.2±1.5	1.8±1.3	0.962	0.341
エネルギー不足	1.9±1.4	2.1±1.5	1.7±1.4	0.936	0.354
自信喪失	1.9±1.4	2.0±1.4	1.8±1.5	0.409	0.684
不幸	2.1±1.5	2.3±1.7	1.9±1.3	0.919	0.363
不眠	2.1±1.5	2.5±1.7	1.7±1.2	1.881	0.073
悲嘆得点計	46.1±22.3	46.5±26.1	45.6±17.6	0.138	0.890

「家族が経済問題・社会資源等について相談したいとき」43名(84.3%),「家族がどうしてもわからないとき」40名(78.5%),「なくなった患者様について話したいとき」が39名(76.5%),「健康問題について相談したいとき」37名(72.5%)の順に多かった。

考察

平成13年(2001)の人口動態統計では、年間97万331人の死亡者があり¹⁾、1年間にこの3倍以上の約290万人以上の遺族が生じることが推測される。そのなかでも、平成12年国勢調査報告では配偶者との死別者は3万3754人(死別率3.1%)であった²⁾。

配偶者との死別率は、国勢調査の65歳以上では男性7.3%女性25.6%であり、45歳以上では、男性1.0%女性2.6%であった²⁾。本調査の配偶者喪失群の平均年齢は64.2±10.3歳であり、国勢調査と比較すると男性7.3%女性25.6%が配偶者喪失を経験していると考えられる。非配偶者喪失群の平均年齢は49.3±10.7歳であり、非配偶者喪失群の配偶者との死別率は、男性1.0%女性2.6%であることからほとんど配偶者の喪失経験がないといえる。このことは、対象者を2群に分けたことによる属性の重複は少ないと考えられ、対象群としては妥当であったと考えられる。

患者の死後1年間までに遺族に起こる反応は、誰もが経験する正常な悲嘆過程と言われ、それ以降は病的悲嘆と言われている⁶⁾。今回の対象者は、1年以上経過した者が約8割と多く、悲嘆過程上では、立ち直りができている対象者と考えられる。しかし、遺族の9割が何らかの身体症状を自覚し、半数以上が4つ以上の身体症状を自覚していた。疲労感については70%以上のものが自覚し、1年経過後も病的悲嘆であると考えられる身体症状は続いていることが明らかになった。

遺族の苦痛は、身体的な訴えよりも精神的な訴えが多いといわれている¹¹⁾。このため、悲嘆状況についても検討した。

悲嘆状況では、全項目の中で高いものは、配偶者喪失群のみ、上位4位まで合致していたが、配偶者喪失群の方は「戸惑い」、「無意味」、「機械的」、「空虚感」が非配偶者喪失群より有意に高かった。これは、配偶者との死別が人生で体験する数々のライフイベントのうち最もストレスの多いイベントであり⁷⁾、今まで生活をともにしてきた配偶者の死により自分はこれからどうしていけばよいのか将来への不安や、これから先の人生の意味を考え、無意味や喪失による空虚さといった心境が強くなったからと考えられる。一方、非配偶者喪失群は、腹立ちや怒りが、悲嘆として高得点であった。これは、配偶者以外と死別した人の場合に生じる怒りは、死に対する悔

恨や恨み、幸せに暮らしている人たちへの羨望、不公平感などの感情が怒りとなって感じられる。その怒りは、個人や家族、神、医療従事者、自分自身に向けられるとされている¹²⁾。また、Wordenによると、死別後の怒りは、死をくい止めることが出来なかった挫折感と、その人なしに生きていけないという不安と無力感から生じるものであり¹³⁾、この様な気持ちが増強すると、悲嘆過程を遅延する要因となると考えられる。

こうした悲嘆過程の遅延を緩和する方法として、淀川キリスト教病院のホスピスでは家族の悲嘆の状況によって、患者の死後、一週間を過ぎた頃に電話や自宅を訪問することがある¹⁴⁾。本調査の対象者には病棟看護師から、グリーフカードを配布している。喪失体験による悲嘆状況からの回復には他者の関わりが重要であり、悲嘆状況は、精神的打撃から回復までの課題として、Wordenは、喪失の現実を受け入れること、悲嘆の痛みを受け入れること、個人がいない環境に適應すること、個人を情緒的に再配置し、生活を続けることと述べている¹³⁾。小田らは遺族ケアの役割を誰が担うかについて患者のケアを担当し、家族との接点もあり、その患者の死の過程やその家族の悲しさを共感できる人が望ましいと述べている¹⁵⁾。また、死を迎える患者のケアと平行して家族のケアを行う段階で、遺族ケアの開始とする報告がある¹⁶⁾。本調査では、看護師に望む遺族ケアは「病棟に来るように声かけをして欲しい」が一番多く、3割の遺族が何らかの形で、病棟の看護師のかかわりを望んでいた。また、遺族ケアの中でも看護師による家族の支えが必要と感じる理由として「家族が経済問題・社会資源等について相談したい時」、「家族がどうしてもわからない時」、「亡くなった患者について話したい時」、「健康問題について相談したいとき」など、いずれも、7割以上の者が看護師の援助の必要性を感じていた。その中でも、配偶者を亡くした人へのサポートは、先行研究にもある情緒的側面ばかりでなく、実生活の側面にも焦点を当て、両側面から手段的サポートや情緒的サポートといった問題解決的な援助アプローチも考慮に入れることが必要である⁶⁾。また、遺族ケアのひとつとして、病棟看護師が病院の中に、総合相談部(遺族外来)を設置し、身体症状の援助体制を整備することが必要である。また、遺族が病棟を訪れたときや遺族の家庭を訪問したときに死別による悲嘆状況を受け止め、現在の悲嘆状況が正常であることを伝えるときに、生じている日常生活上の問題について相談を受けること、社会資源の活用を行うことが重要である¹²⁾。

本研究の対象者では、遺族の多くは1年以降も悲嘆状況を抱え続けており、それが身体症状にも反映していた。しかし、遺族は援助の必要性を感じているものが7割あり、看護師のかかわりを望んでいないものが7割あった。

この結果は、現在、看護師の行う遺族ケアの内容を具体的に遺族に提示していないこと、遺族の相談の窓口が実際にはないこと、対象者の悲嘆のプロセスが経時的に進行しており、悲嘆状況から徐々に回復してきていることが考えられる。また、調査時の状況では必要ないが、援助の機会があれば活用した方がよいという意見を反映していることも考えられる。この対策として、遺族は病棟全体の看護師が意識的に働きかけることで遺族ケアを知ることができる。配偶者を喪失した遺族には、看護師に自ら戸惑いや無意味、空虚等の気持ちを打ち明けられる機会をつくるのが大切である。

また、死別前の患者や家族へのケアのあり方が、死別後の家族の悲嘆過程に大きく影響していることが明らかになっている⁶⁾。しかし、今回の調査では、入院中の家族へのケア方法・看護師がどのように意識して関わっているのか明らかにされていない。今後、看護師の意識調査を行ない入院中の看護師の関わりが家族の悲嘆過程に大きく影響していることを考慮しながら、死別前から意識して家族と関わっていきけるようにしていく必要がある。

結論

1. 遺族の9割が身体症状を自覚しており、半数以上が4つ以上の症状を自覚していた。自覚症状の上位項目は、「疲労感」、「睡眠障害」、「体のだるさ」であった。
2. 配偶者喪失群と非配偶者喪失群では悲嘆状況の特性に違いがあり、配偶者喪失群が有意に高かったものは「戸惑い」、「機械的」、「空虚」、「無意味」であり、非配偶者群が有意に高かったのは「怒り」であった。
3. 看護師に望む遺族ケアは「病棟に来るように声かけをして欲しい」が最も多く、遺族の約3割が、病棟の看護師の関わりを望んでいた。その内容は、「家族が経済問題・社会資源等について相談したいとき」、「家族がどうしてもかわからないとき」、「亡くなった患者について話したいとき」、「健康問題について相談したいとき」であり、いずれも、7割以上の者が看護師の援助を望んでいた。
4. 病棟看護師の行う遺族ケアは、病棟を尋ねるよう声をかけることや必要に応じた電話相談や訪問、健康状態の聴取など身体症状の把握、気持ちを打ち明ける場の設定と心の支援、総合相談部(遺族外来)等の援助体制、グリーフカードを複数回送付することの必要性が示唆された。

本研究の限界

本調査では、配偶者喪失群と非配偶者喪失群の悲嘆状況、身体症状の違いに焦点を当てたため、死別後の期間

や死別前の家庭環境などの因子については、検討できなかった。また、患者との死別のみではなく、老年期に生じがちな諸問題(子供の結婚、本人の身体機能の低下、発病)などが悲嘆に影響する要因とも重なっているため、このような視点からも追研究していく必要がある。

また、統計学的に死別後年数が分散した非確率標本、有効回答率53.8%、調査項目の妥当性と信頼性についても検証が必要である。

謝辞

稿を終えるにあたり、調査にご協力いただきました遺族の方々に深く感謝いたします。

文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部(2001)厚生統計要覧(厚生省大臣官房統計情報部編). 厚生統計協会, 東京.
- 2) 総務庁統計局(2000)国勢調査報告. 総理府統計局編, 東京.
- 3) 世界保健機関(1994)がんの痛みからの解放とバリアティブケア—がん患者の生命へのよき支援のために(世界保健機関編 武田文和訳). 金原出版, 東京, 5-12.
- 4) Clayton PJ(1990) Bereavement and Depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51: 34-38.
- 5) 平山正実(1994)死別した家族に対する援助. *ターミナルケア*, 4(4): 283-287.
- 6) 坂口幸弘(2001)配偶者を亡くした人へのサポート. *ターミナルケア*, 11(3): 18-22.
- 7) Holmes TH & Rahe RH(1967)The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218.
- 8) 河野千恵子(1987)老年期における配偶者との死別に関する研究—死の衝撃と死別後の心理反応— *家族心理学研究*, 1(1): 1-16.
- 9) Lev LE, Munro BH, Mc Cackle RA(1993)Shortened Version of an Instrument Measuring Bereavement. *International Journal of Nursing Studies*, 30(3): 213-226.
- 10) 澤たか子(1998)親族の死別に対する悲嘆の特性について. *ホスピスと在宅ケア*, 1(1): 36-43.
- 11) 松岡照枝(1996)死にゆく患者の家族の看護を考える—遺族の調査から— . *富山中央病院医学会雑誌*, 19(12): 24-30.
- 12) 鈴木志津枝(2001)遺族ケアの基本と実際. *ターミナルケア*, 11(1): 12-17.
- 13) Worden JW(1991) *Grief Counseling and Grief Therapy*. Springer Publishing Company, New York, 16.
- 14) 田村恵子(1998)看護婦の役割. *ターミナルケア*, 8(1): 10-14.
- 15) 小田武子(1995)死別後の家族への援助. *臨床看護*, 21(1): 86-88.
- 16) 小田武子, 堀川かおり, 根本国子(1994)遺族への援助プログラム. *ターミナルケア*, 4(4): 298-302.