

配偶者喪失による高齢者の悲嘆とそれを左右する要因

寺崎 明美* 中村 健一^{2*}

目的 配偶者の死別により遺された高齢者の悲嘆と、それを左右する要因を明らかにする。

方法 死別配偶者が60歳以上で死別後3年以内の男女を対象に、1994年8月～96年10月に半構成的質問紙による面接と郵送調査を行った。悲嘆反応の調査は、ParkesとDeekenの概念を参考に26項目の質問紙を作成し、悲嘆の経時的変化は死者儀礼(死別直後、四十九日、一周忌、現在)の4時点で調査を行った。内容の分析は26項目を4段階の得点変化で感覚の麻痺、思慕と抗議、崩壊、再建の4カテゴリーにまとめて分析した。

成績 ①分析対象172人のうち、女性が79.7%と多くを占めた。健康状態は「やや悪い」、「悪い」を合わせて33.6%、「罹病中は自分で介護した」が67.4%であった。GDSうつ尺度は平均得点5.85 (SD3.50)であった。

②予期的悲嘆の反応は、「自分でできることは何でもしよう」が多く、罹病中は50%以上を占めた。

③悲嘆反応の経時的変化は『感覚の麻痺』で「やるだけのことは成し得た」が死別直後から現在まで4段階尺度で3点以上と高かった。『思慕と抗議』は「いつも故人のことを考えている」等の思慕(直後3.4→現在2.9点)が抗議より高値を示した。『崩壊』は「人には私の気持ちなどわからない」が(2.9→2.6点)と高く『再建』では、「死を仕方のないこと」として徐々にあきらめ、適応に向かっていた。

④悲嘆左右因子：悲嘆との関連で、健康状態、病名・予後の告知の有無、介護の有無、GDSうつ得点等に有意差がみられた。

結論 感覚の麻痺は、予期的悲嘆が十分行われることにより達成感がみられ、思慕の感情は、寂しさや孤独感として長期に続くことが判明した。崩壊は、GDS得点との関連で抑うつ感情との間に関連性が大きいことが明確になった。悲嘆左右要因分析では、健康状態が良く、告知がなされ、介護に携わることが悲嘆軽減に有効なことが明らかになった。

I 緒 言

近年、死亡者の大半が高齢者であることも関係して、医療費やQOLの側面から人生の最後を人間らしく尊厳をもって迎え、家族が悔いのない終いの看取りができるような体制・環境づくりが進められている。すなわち、1992年老人保健法改正により訪問看護ステーション制度が創設され、在宅においても予防からターミナルケアまで一貫した活動が推進されてきている¹⁾。また厚生省は1991年度より、財団法人総合健康推進財団への委託として、在宅ホスピスモデル事業を開始してい

る²⁾。

しかし、核家族が増加した今日、肉親の死を目の当たりにする機会は失われており、死に対する精神的対応はできていないのが現状であり、家族療法の視点からも援助の必要性が高まっており³⁾、予防医学的に死の準備教育が叫ばれるゆえんでもある⁴⁾。そのため医療関係者には、終末期の患者・家族に、死に対する過剰な恐怖を克服し、遺される人たちにも援助の手を差しのべられるような、ケア展開が、求められている⁵⁾。

特に配偶者の死は衝撃が大きいため、最もストレスフルなライフ・イベントとして知られ^{6,7)}、その影響は心身・社会生活など、さまざまな側面に及ぶことが、特に欧米の Maddison D. & Viola A⁸⁾や Parkes C⁹⁾らにより報告されている。わが国の伝統的の死生観は家族に拡大した自我構造、死者儀礼(通夜、葬式、初七日、年忌供養)などに

* 東京慈恵会医科大学医学部看護学科

^{2*} 昭和大学医学部衛生学教室

連絡先：〒182 東京都調布市国領町 8-3-1

東京慈恵会医科大学医学部看護学科

寺崎明美

みられる過去思考の傾向が強い¹⁰⁾。そのため配偶者喪失における高齢者の衝撃は、はかり知れないものがあると考えられる。しかし、この種の研究は少なく、悲嘆の情緒的反応過程や悲嘆要因に視点を当てたものは特に少ない。

先行研究においては、配偶者の死別後反応として悲嘆・抑うつ反応以外にも、思考・行動力の低下、不安、故人への愛着反応など多面的反応が示され、身体的にも健康状態に影響を及ぼしていることを報告している^{11,12)}。また、死別後の適応についても、特に社会資源との接触の乏しい女性の場合に孤独感が問題になると指摘している¹³⁾。研究者らが行ったがん患者配偶者の悲嘆に関する調査でも、強度な別離不安やサポートシステム欠如による孤独感等により、11例中2事例は悲嘆の克服が困難な状況にあった¹⁴⁾。

本来、愛する対象を喪失することによって生じる悲嘆は、不適応の過程ではなく、以後の人生を新たなアイデンティティをもって送るための適応の過程である。そのため本研究は、通常悲嘆からの回復に必要とされる約1~2年¹⁵⁾を経過した高齢者の、配偶者喪失により生じる悲嘆反応とそれを左右する要因を明らかにし、援助の手がかりを得ることを目的とした。

II 研究方法

1. 調査対象

死別後の悲嘆克服期間は諸説あるが、本調査は日本人の仏教文化の背景における死者儀礼である一周忌の頃がひとつの節目になっているため3回忌までを考慮に入れ、死別後一周忌に近い12カ月以内から3年以内の者を中心に、配偶者が原則として60歳以上で死亡した男女を対象とした(50歳代が11人含まれている)。なお、対象者は悲嘆の援助が行われているホスピス等を除く病院等で配偶者が死亡した者とした。

協力が得られた施設・対象は、関東・近畿・九州地方の大学病院3箇所35人、総合病院4箇所21人、関東の軽費老人ホーム1箇所6人と、関東・中部・九州地方の保健所3箇所106人、その他4人の計172人である。

2. 調査内容

①対象者の背景は、性、年齢、学歴、生計等の基本属性の他、健康状態、自覚症状、受診の有

無、趣味・宗教の有無、同居の有無と家族、死亡場所などについて多肢自由選択・自由記載法を用いて調査した。②ソーシャルサポートの状況は、久田らが作成した学生用SESS(The Scale of Expectancy for Social Support)^{16,17)}を高年齢者に修正して調査した。③予期的悲嘆は、Lindemann¹⁸⁾が実際に喪失を予期した時に起こる悲嘆を「予期悲嘆」としている用語を使用し、対象者が配偶者の病名告知や予後(死)を告げられた時と、罹病中の気持ちについて、8項目の選択肢の中から最も当てはまるもの3つを選択するようにした。また、悲嘆との関連で介護状況、死別状況などについては多肢自由選択・自由記載法を用いて調査した。④悲嘆は、J. Bowlby¹⁹⁾が愛する対象を失うことによって生じる心理過程で経験される落胆や絶望の情緒体験を悲嘆(grief)としており、この定義を使用した。死別後の悲嘆反応は、きわめて個人的体験でありそのプロセスはさまざまであるが、先行研究において幾つかのモデルが提示されており^{20~23)}、本調査においては配偶者喪失の研究が多いParkes⁹⁾の、感覚麻痺、思慕と抗議(罪責感)、崩壊(抑うつ)、再建(回復)の4カテゴリー概念にDeekenの12段階分析モデル^{4,24)}を組み入れ、26の質問項目を作成し使用した。

なお4段階のリッカート法を用いて「大変そう思う4点」から「まったく思わない1点」までの数値を与え得点化し、各質問項目の平均得点をParkesの4カテゴリー概念に沿って悲嘆反応得点とし、時間経過の変化を遡及的に追跡するため、死者儀礼に沿い死別直後・四十九日・一周忌・現在(調査時)の4時点について、それぞれ同一の質問紙を用いて調査した。⑤うつスケールは、調査時点での配偶者喪失による精神状態を把握するため、また病的悲嘆となった場合うつ病や心身症などを引き起こすとされているため^{25,26)}、悲嘆と抑うつの関係を明らかにしたいと考え、矢富が作成したBlinkの老人用うつスケール(Geriatric Depression Scale; GDS)の短縮版2件法を用いた^{27,28)}。

3. 調査時期、方法

1994年8月~1996年10月に半構成的質問紙による研究者と研究協力者3人、保健婦58人の協力を得て面接調査(128人)、一部は郵送調査(44人)を行った。調査方法については事前に担当者にマ

ニュアルを渡し、十分な説明を行った。

倫理的側面については、大学病院や各施設の研究に関する倫理的諸手続き終了後、対象者には個別的に調査内容の詳細な説明を文章等で行い、返信葉書で承諾が得られた者のみに実施した。

4. 分析手法

悲嘆反応の時間経過による比較は、死別直後から調査時点までの各時期を経過した者の悲嘆得点を、各カテゴリー項目の得点変化で分析した。また、配偶者との死別後期間と各時期における悲嘆得点を分散分析、多重比較を行い有意差を認めなかったため、各時期のデータについては全体をまとめて解析した。悲嘆左右要因は、性別、年齢、死別や仕事の有無、経済状態、死因、現在の健康状態、配偶者・対象者への告知状況、予後の告知、介護状況、趣味・宗教、うつ得点などを悲嘆得点と関連させ、検定、分散分析、多重比較等を行った。データの統計分析は、SPSS 統計パッケージを用いた。

Ⅲ 研究結果

1. 対象者の背景 (表1)

対象者172人のうち男性35人 (20.3%)、女性が137人 (79.7%) と女性が多くを占めた。平均年齢は男性74.9歳、女性70.6歳で、年代別では70歳代が46%と多かった。

配偶者と死別してから調査時までの期間は、12カ月以内22人 (12.8%)、12~23カ月130人 (75.6%)、24~35カ月20人 (11.6%) の3グループに分類した。調査時点での健康状態は「やや悪い」、 「悪い」を合せて58人 (33.8%) で、自覚症状としては、首や肩のこり、不眠、疲労感、めまい、血圧の上昇等が挙げられた。また、受療中の者が127人 (73.8%) と大半を占め、後期高齢者が多いことを反映していた。なお趣味を持つ者は119人 (69%) であった。配偶者との婚姻期間は20~66年間であり、平均婚姻期間は44.7年であった。

配偶者の死亡年齢は53~94歳と幅があり、70歳代83人 (48.3%) が最も多く平均年齢は72.1歳であった。

死亡原因は「がん」が73人 (42.4%) と最も多く、次いで肺炎、脳血管障害、心疾患が10%代であった。罹病期間はさまざまで1年未満の者が77人 (45%) と最も多く、10年以上27人 (15.7%)

等であった。

死亡した配偶者に病名が告げられていたのは80人 (46.5%) で、対象者には136人 (79%) が病名・病状について知らされていた。なお予後不良を告げられていたのは100人 (58%) であった。罹病中の介護は、「ほとんど自分で介護した」が116人 (67.4%) に達しており、次いで「他の家族と分担」が31人 (18.0%)、「自分で介護できなかった」が7人 (4.1%) であった。

ソーシャルサポートは、同居家族の有無にかかわらず10場面のうち9場面が「子供」と答えた者が100人以上と最も多かった。GDS 短縮版の結果は、可能な得点範囲は0~15点で6点以上の抑うつ状態とみられる者が76人 (48%) で、平均得点は5.85 (SD±3.50) であった。

2. 予期的悲嘆の反応 (表2)

予後不良と告げられた対象者のその時の反応は、「自分でできることはなんでもしよう」と思った者が、65人 (37.8%) と最も多く、次いで「いつかは死が訪れる」58人 (33.7%)、「信じられない」48人 (27.9%) となっていた。同様に、罹病中の気持では「自分でできることはなんでもしよう」と思った者が90人 (52.3%)、「夫や妻が苦しまないようにしたい」72人 (41.9%) 等で、予後を告げられた時・罹病中の両者とも「自分でできる事は何でもしよう」と言う思いが強かった。

3. 悲嘆反応の時間経過による変化

悲嘆項目の信頼性は、思慕と抗議・崩壊の α 係数0.82から0.89と高く、感覚の麻痺・再建についても0.60から0.67で質問項目全体については信頼性があると考えた。

悲嘆の時間経過による変化は『感覚の麻痺、以下麻痺』7項目 (図1) では、「自分でやれるだけのことは成し得た」と言う思いが死別直後 (以下直後) から現在迄高い得点 (直後3.31→現在3.33点) を占めていた。また直後において「来るべき時がきた」3.1点と「信じたくないと思った」2.9点も高得点であった。『思慕と抗議』11項目 (図2) では、全体に緩やかに下降線を辿っているが、「いつも故人のことを考えている」(3.4→2.9点) 等の『思慕』の反応が「悔やまれてならない」や故人に対する罪悪感、不信感よりも高得点で推移していた。『崩壊』5項目 (図3) も全体に下降線を辿っているが、「人には私の気持ちはわからな

表1 調査対象者の背景

項目	カテゴリー	実数	%	項目	カテゴリー	実数	%	
性別	男	35	20.3	死亡原因	老衰	4	2.3	
	女	137	79.7		がん	73	42.4	
	計	172	100		脳血管疾患	24	14.0	
年齢	50歳代	8	4.7		心臓疾患	21	12.2	
	60歳代	61	35.5		肺炎・気管支炎	26	15.1	
	70歳代	79	45.9		事故	1	0.6	
	80歳代	24	14.0		その他	23	13.4	
	計	172	100		計	172	100	
死別後の期間	12カ月以内	22	12.8		罹病期間	1カ月未満	23	13.4
	12～23カ月	130	75.6			1カ月以上6カ月未満	26	15.2
	24～35カ月	20	11.6	6カ月以上1年未満		28	16.4	
	計	172	100	1年以上3年未満		30	17.5	
健康状態	とても良い	6	3.5	3年以上5年未満		14	8.2	
	良い	55	32.0	5年以上10年未満		23	13.5	
	どちらともいえない	52	30.2	10年以上		27	15.8	
	やや悪い	45	26.2	計		171	100	
	悪い	13	7.6	病者に告知		はい	80	46.5
	無回答	1	0.6			いいえ	81	52.9
計	172	100	無回答			0.6		
計	172	100	計		172	100		
受診の有無	ある	127	73.8	病者に告知対象	はい	136	79.1	
	ない	43	25.0		いいえ	35	20.3	
	無回答	2	1.2		無回答	1	0.6	
	計	172	100		計	172	100	
趣味の有無	ある	119	69.2	予後不良告知	はい	100	58.1	
	ない	52	30.2		いいえ	70	40.7	
	無回答	1	0.6		無回答	2	1.2	
	計	172	100		計	172	100	
配偶者の死亡年齢	50歳代	11	6.4	介護状況	ほとんど自分で介護した	116	67.4	
	60歳代	45	26.4		主に他の家族が介護した	9	5.2	
	70歳代	83	48.3		他の家族と分担した	31	18.0	
	80歳代	31	18.0		自分で介護できなかった	7	4.1	
	90歳代	2	1.1		その他	9	5.2	
	計	172	100		計	172	100	

い」(2.97→2.6点)が若干高く、次にうつ傾向の「家に閉じ込められていることが多かった」が直後に2.73点であった。『再建』3項目(図4:高い程回復)では、「死を仕方のないことと思う」が現在で3点となっており、「生きがいをもって生活している」は直後の1.93から現在では2.68点まで上昇していた。

次に各カテゴリーの全項目平均得点を算出し、死別後の時間経過による変化を見てみると(図5)、『麻痺』が(直後2.30→現在1.89点)、同様に『思慕と抗議、以下思慕』(2.59→2.18点)『崩壊』(2.69→2.04点)『再建』(2.57→2.11点、低い程回復に調整)と全体に緩やかに下降し悲嘆反応が軽減している様子が伺えた。

表2 予期的悲嘆の反応 (予後不良を告げられた者のみ)

項目	カテゴリー		実数	%
	総	数		
予後を告げられた時の気持ち	自分でできることは何でもしよう		65	37.8
	いつかは死が訪れる		58	33.7
	信じられない		48	27.9
	どうして自分だけが		25	14.5
	きっと良くなるだろう		21	12.2
	その他		18	10.5
	自分はどうなってしまうのか		11	6.4
	覚えていない		3	1.7

(複数回答)

項目	カテゴリー		実数	%
	総	数		
予後を告げられた時の気持ち	自分でできることは何でもしよう		90	52.3
	罹	苦しまないようにしたい	72	41.9
	病	きっと良くなるだろう	23	13.4
	中	病名を知らせるかどうかが悩む	23	13.4
	の	何もかも投げ出したい	11	6.4
	気	別れるのが怖い	15	8.7
	持	他の家族を頼りにする	25	14.5
	その他		13	7.6

図1 悲嘆反応得点の変化：感覚の麻痺

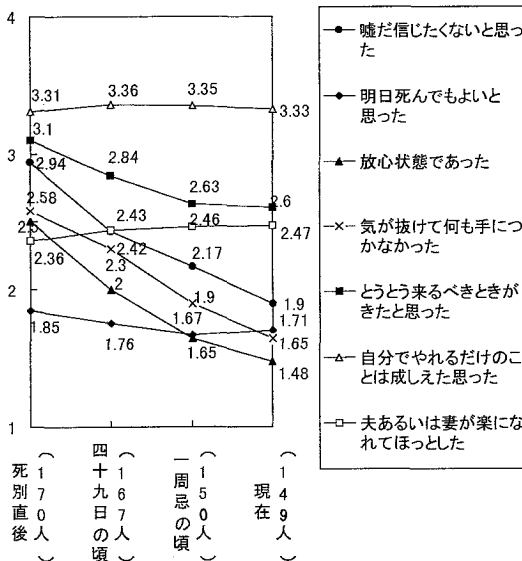
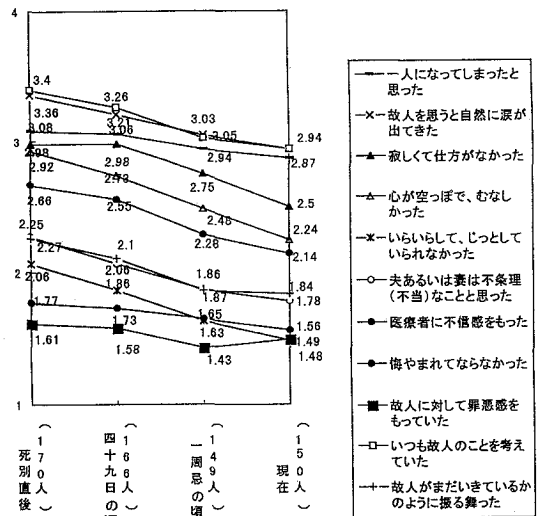


図2 悲嘆反応得点の変化：思慕と抗議



4. 悲嘆左右要因

対象者の背景要因の健康状態, 告知の有無, 介護状況, 罹病期間, 同居の有無, 配偶者の死亡原因等と, 悲嘆カテゴリー別合計得点の時間経過との関連において有意差の認められたものは, 次の通りである。

性・年齢別では, 男性で一周忌の60代と70代間, 現在の70代と80代間の「再建」に有意差があり (p<0.05), 年齢が高い程再建している傾向が認められた。趣味の有無では, 直後の「崩壊」と, 現在の「麻痺」と「再建」で「趣味のない」方が有意に悲嘆反応が強い結果 (p<0.05) がみられ

た。

健康状態では (表3), 現在における「麻痺」, 「思慕」で「良い」, 「やや悪い」間で有意差がみられ (p<0.05), 悪いほうに麻痺や思慕の反応が強い傾向にあることが伺えた。「崩壊」においても「とても良い」と「良い・やや悪い」間で差が認められ, 状態が悪い方が憂鬱傾向や家に閉じ込めりがちななどの反応が強い傾向にあった。また「再建」に関しても「悪い」と「それ以外」の状態との関係において有意差 (p<0.05) がみられ, 健康状態が良いほど再建していることが伺えた。配偶者 (患者) への告知の有無との関連では (表

図3 悲嘆反応得点の変化：崩壊

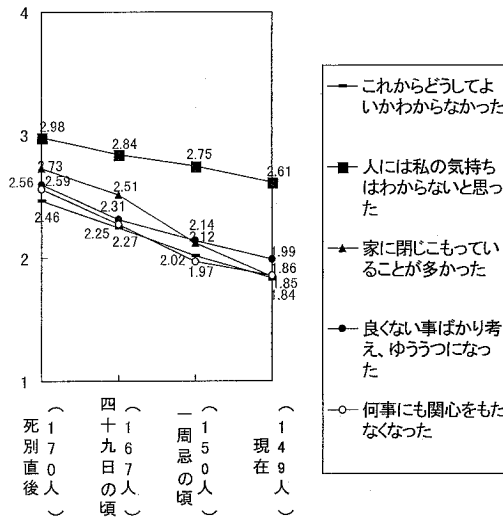
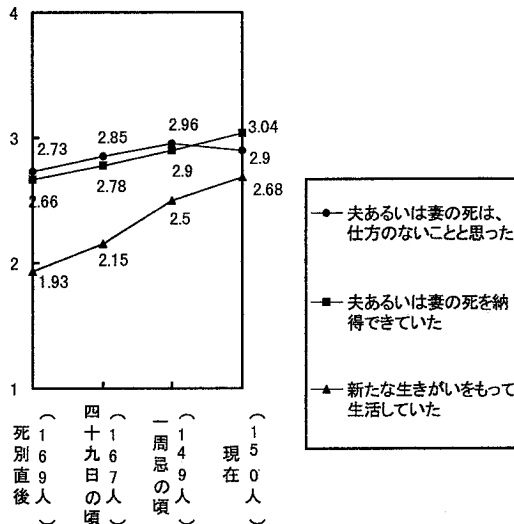


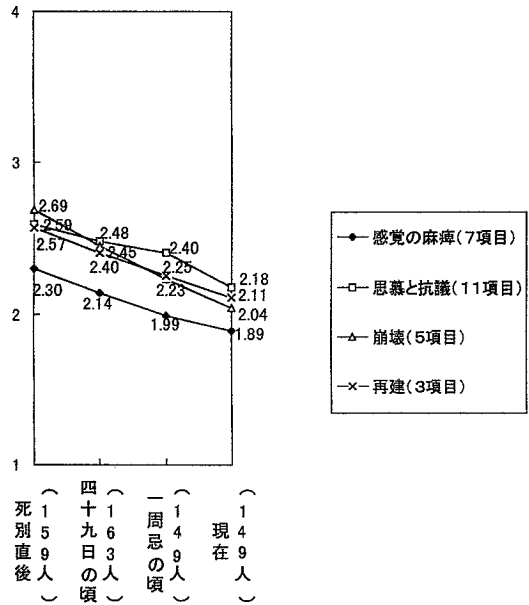
図4 悲嘆反応得点の変化：再建



4左), 「麻痺」において, 直後・四十九日・一周忌・現在に有意差 ($p < 0.05$, $p < 0.01$) を認め, それぞれ「告知無し」に悲嘆反応が強かった。「思慕」と「崩壊」では, 直後に「告知無し」に反応が強く有意差 ($p < 0.01$, $p < 0.05$) がみられた。「再建」は, 直後・四十九日・一周忌・現在に有意差 ($p < 0.01$) があり, それぞれ「告知無し」に反応が強いことから, 告知を受けた方が悲嘆反応は軽減し, 再建に向かうことが伺えた。

対象者への告知の有無との関連では (表4右),

図5 悲嘆項目の 카테고리別平均得点の時間経過による変化



「感覚麻痺」では, 直後・四十九日・現在に有意差 ($p < 0.01$, $p < 0.05$) がみられ, それぞれ「告知無し」に悲嘆反応が強かった。「崩壊」は, 直後に有意差 ($p < 0.01$) があり, 「告知無し」に反応が強かった。「再建」は, 直後・四十九日・一周忌・現在に有意差 ($p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$) がみられ, 「告知無し」に反応が強いことから, 告知を受けた方が悲嘆反応は軽く, 再建に向かうものと考えられる。しかし, 「思慕」は全体的に差は見られず, 告知の有無に関係のないことを示した。

予後不良 (死亡に関する説明) の告知の有無との関連では (表5)「麻痺」で, 直後・四十九日・一周忌・現在に有意差 ($p < 0.01$, $p < 0.05$) がみられ, それぞれ知らされていない方に反応が強く, 「思慕」は有意差はなかった。「崩壊」は直後に有意差 ($p < 0.05$), 「再建」は直後・四十九日・一周忌・現在に有意差 ($p < 0.01$, $p < 0.05$) があり, 同様に知らされていない方に反応が強いことから, 死亡することを知らされていた方が悲嘆反応は軽いことが伺えた。

介護状況の有無との関連では (表6)「麻痺」で, 直後・四十九日・一周忌・現在にそれぞれ有意差 ($p < 0.05$) がみられ, 介護できなかった人ほど悲

表3 悲嘆反応得点と現在（調査時）の健康状態との関係

	とても良い			良い			どちらでもない			やや悪い			悪い			F 値	
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD		
悲嘆得点 (現在)	麻痺	5	11.60	0.55	45	12.58	3.29	47	13.71	3.29	37	14.25	3.94	12	3.46	3.41	1.73
	思慕	4	20.40	4.16	43	22.15	6.84	48	23.58	6.93	36	26.38	7.07	12	3.31	7.28	2.34
	崩壊	4	7.20	1.92	45	9.04	3.47	48	10.32	3.43	36	11.46	3.52	12	0.84	4.93	3.49
	再建	4	5.00	0.70	48	5.86	1.76	48	6.56	1.90	37	6.50	2.09	12	7.85	2.97	3.35

(* p<0.05)

表4 悲嘆反応得点と病名告知との関連

	配偶者（患者）への告知状況							対象者への告知状況								
	告知			非告知			t 値	告知			非告知			t 値		
	n	M	SD	n	M	SD		n	M	SD	n	M	SD			
直後	麻痺	79	15.03	4.59	86	17.00	4.14	-2.91**	麻痺	130	15.48	4.46	35	18.20	3.80	-3.30**
	思慕	77	26.66	7.15	87	29.76	6.74	-2.85**	思慕	129	27.74	6.97	35	30.37	7.26	-1.96
	崩壊	76	12.30	4.53	89	14.02	4.36	-2.48*	崩壊	130	12.70	4.35	35	15.20	4.61	-2.98**
	再建	79	7.13	2.54	86	8.17	2.20	-2.84**	再建	130	7.33	2.33	35	8.94	2.35	-3.63***
四十九日	麻痺	75	14.04	4.25	87	15.67	3.90	-2.54*	麻痺	128	14.54	4.25	34	16.32	3.36	-2.27*
	思慕	76	26.04	4.74	85	28.06	4.34	-1.79	思慕	127	26.95	4.46	34	27.71	4.93	-0.55
	崩壊	76	11.68	4.26	88	12.65	4.44	-1.41	崩壊	130	11.96	4.21	34	13.12	4.92	-1.38
	再建	76	6.71	2.20	87	7.78	2.15	-3.13**	再建	130	7.00	2.18	33	8.39	2.15	-3.30**
一周忌	麻痺	70	3.23	3.99	78	14.50	3.74	-2.00*	麻痺	117	13.64	3.95	31	14.87	3.59	-1.57
	思慕	70	5.24	6.77	78	26.74	7.21	-1.30	思慕	117	26.00	6.83	31	26.13	7.81	-0.08
	崩壊	70	0.57	4.04	80	11.41	4.09	-1.27	崩壊	120	10.88	4.02	30	11.57	4.31	-0.82
	再建	72	6.08	2.12	78	7.16	2.07	-3.18**	再建	120	6.42	2.10	30	7.52	2.20	-2.57*
現在	麻痺	67	2.56	3.22	78	14.07	3.54	-2.77**	麻痺	117	13.05	3.45	28	14.55	3.32	-2.23*
	思慕	66	3.07	6.45	77	24.30	7.49	-1.08	思慕	115	23.51	6.82	28	24.55	7.79	-0.75
	崩壊	68	9.85	3.60	78	10.42	3.76	-0.97	崩壊	118	9.96	3.70	28	10.88	3.60	-1.27
	再建	70	5.80	1.92	79	6.89	2.02	-3.48**	再建	121	6.12	1.96	28	7.36	2.10	-3.20**

(* p<0.05 ** p<0.01)

(* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001)

嘆が強く、「思慕」では、一周忌で自分で介護した、分担したとの間に有意差 (p<0.05) があり、自分で介護を行った方が悲嘆反応が強かった。「崩壊」では、現在に有意差 (p<0.05) があり、介護できなかった者ほど悲嘆反応が強く、「再建」では、直後・四十九日・一周忌・現在のそれぞれに有意差 (p<0.05) があり、自分で介護を行っ

た者ほど再建に向かい、悲嘆反応は軽かった。

罹病期間を1年未満、1~5年未満、5年以上に区分し分散分析、多重比較を行った結果 (表7)、「麻痺」で直後・四十九日・一周忌・現在に、「思慕」の現在に、「再建」の四十九日・一周忌・現在に1年未満と1~5年未満・5年以上間に有意差 (p<0.01, p<0.05)、「崩壊」と「再建」の直

表5 悲嘆反応得点と予後の説明との関連

		告げられていた			告げられていなかった			t 値
		n	M	SD	n	M	SD	
直後	麻痺	95	15.08	4.23	69	17.38	4.48	-3.34**
	思慕	95	27.64	7.21	68	29.15	6.89	-1.34
	崩壊	96	12.50	4.37	68	14.19	4.56	-2.40*
	再建	94	7.24	2.25	70	8.27	2.54	-2.74**
四十九日	麻痺	93	14.25	4.11	68	15.84	4.04	-2.44*
	思慕	91	26.52	4.60	67	27.93	4.47	-1.23
	崩壊	95	11.72	4.27	68	12.81	4.46	-1.58
	再建	94	6.90	2.15	68	7.82	2.27	-2.63**
一周忌	麻痺	87	13.33	3.94	61	14.70	3.72	-2.13*
	思慕	85	25.53	7.14	63	26.71	6.85	-1.02
	崩壊	89	10.66	4.13	61	11.54	3.97	-1.30
	再建	88	6.34	2.14	64	7.06	2.12	-2.06*
現在	麻痺	84	12.71	3.32	60	14.25	3.52	-2.77**
	思慕	81	23.06	7.09	61	24.53	6.94	-1.28
	崩壊	84	10.11	3.73	62	10.21	3.67	-0.16
	再建	85	6.08	1.92	63	6.79	2.16	-2.20*

(* p<0.05 ** p<0.01)

後に1年未満と1~5年未満間に有意差 (p<0.05) が認められ、罹病期間の短い1年未満に悲嘆が強い傾向が伺えた。

その他、配偶者の死亡原因はがん以外はバラツキがみられたため、がんとそれ以外で有意差検定を行ったが有意差は認められなかった。また同居と独居が約半数ずつであったが有意差はなく、また心のよりどころにしている宗教の有無で有りが47%存在したが差は認められなかった。悲嘆の4カテゴリと死別後の時間経過との関連では、4カテゴリすべてにおいて直後と四十九日、四十九日と一周忌、一周忌と現在のそれぞれの間に有意差 (p<0.01) があり、死別後の時間経過と共に悲嘆得点は緩やかに下降し、悲嘆反応が軽減し再建に向かっている様子が伺えた。

GDS うつ得点との関連では (表8)、各調査時点で、GDS 得点が高かった抑うつ状態群 (6~15点) と低かった群 (0~5点) の各カテゴリ毎の合計得点を比較すると、「麻痺」、「思慕」、「崩壊」、「再建」のすべてにおいて高得点群の方が低得点群よりも悲嘆得点は高く、両群間に有意差 (p<0.01, p<0.001) が認められ、抑うつ感情と

悲嘆には強い関連性があることが判明した。

IV 考 察

1. 予期的悲嘆の反応

病名や死亡を知らされていた100人は、死別を予測することで生じる予期的悲嘆を体験していた。予期的悲嘆は別離不安等の反応であり、死別によって生じる死別後の悲嘆とは異なる。したがって家族は、実際に死が訪れるその時まで希望を持ち続けると言われている^{25,29)}。

予後を告げられた時の反応は、日常的に死を意識しない時に生ずる「信じられない」、「どうしてこんなめにあうのか」という反応が一般的である。しかし今回の結果では上記の反応や「夫や妻はきっと良くなるだろう」、「夫や妻と別れるのが怖い」という生への希望や死別に対する不安を表出した者よりも、「自分でできることは何でもしよう」、「夫や妻が苦しまないようにしたい」と答えた者が圧倒的に多かった。このことは、本調査対象者の配偶者は70歳以上の高齢者や長期間罹病していた者が多く、罹病中の介護過程の中で死を避けられないものとして受けとめ、苦痛を少しでも軽減させるために献身的に介護しようとした態度の表れであると考えられる。

しかも死亡原因ではがんが最も多いことから、疼痛など従来のがんにまつわるイメージが作用していることも否めない。また、迫り来る死の現実にも耐えながら、配偶者との未完了の残された務めや過去の愛と憎しみなどの心理的葛藤を解決し²⁵⁾、すべてのニーズに懸命に応えようとする人間のありべき姿とも考えることができる。

2. 悲嘆の時間経過による変化

1) 感覚の麻痺

一般的には死別の事実ショックを受け、そのショックから自己を守るために防衛規制を働かせ、その後に現実認知、適応していく共通過程を見ることができる。今回の調査における感覚麻痺では、「自分でやるだけのことは成し得た」、「とうとう来るべき時が来たと思った」の2項目が死亡直後に3点以上であったことは、予期的悲嘆の時期の「苦しまないように、できることは何でもしよう」という思いが、死への心の準備と共に達成感をもつことができたのではないかと推察できる。また介護に関わった者が大半を占めたことか

表6 悲嘆反応得点と介護状況との関連

		主に介護			家族と分担			主に家族			できなかった			F 値
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	
直 後	麻痺	110	15.79	4.16	31	16.03	4.96	8	16.50	6.14	7	19.86	4.45	1.86
	思慕	110	28.66	7.30	31	26.13	5.89	8	31.00	5.45	7	32.14	6.72	
	崩壊	110	13.42	4.43	31	12.77	4.61	9	12.44	4.50	7	16.43	3.60	
	再建	110	7.44	2.37	30	7.77	2.30	9	8.56	2.30	7	9.86	2.55	
*														
四 十 九 日	麻痺	108	14.84	4.00	30	14.57	4.43	9	14.89	3.98	7	19.14	3.85	2.20
	思慕	106	27.52	7.17	29	24.79	6.67	8	29.25	5.92	7	30.29	6.50	
	崩壊	110	12.52	4.21	30	11.53	4.22	9	10.78	4.32	7	14.43	5.80	
	再建	109	7.22	2.23	30	7.03	2.22	9	7.56	2.19	7	9.29	1.98	
*														
一 周 忌	麻痺	101	13.93	3.86	28	13.50	3.76	7	13.71	4.27	5	18.60	3.78	1.43
	思慕	102	26.66	6.95	28	23.64	6.61	6	27.33	5.09	5	27.60	9.53	
	崩壊	102	11.38	4.02	29	10.21	3.99	7	10.00	3.37	5	12.60	6.11	
	再建	105	6.56	2.09	28	6.46	2.15	7	6.57	1.72	5	9.20	3.11	
*														
現 在	麻痺	100	13.21	3.29	24	13.54	4.09	7	12.38	2.45	5	18.33	2.80	2.80
	思慕	99	23.91	6.90	24	22.25	6.91	6	26.86	7.82	5	27.50	9.38	
	崩壊	101	10.30	3.52	24	9.71	3.82	7	9.13	3.83	5	13.83	4.92	
	再建	104	6.18	1.84	24	6.54	2.35	7	6.88	2.03	5	9.33	1.97	
*														

(* p<0.05)

ら、次第に終末期へ近づく段階で愛する人が衰弱・悪化していく対象破壊の様子を目の当たりにし、無力感を抱き、消耗していくことによって、家族もまた対象破壊と再創造の過程をたどっており、さまざまな感情体験をしていることになる³⁾。こうしたことが生物学的な生体防御体制にも影響していると言われるゆえんであり⁹⁾、遺される者が背負う負担は想像を超え、家族療法が必要とされるのである²⁹⁾。今回、死の訪れが「これでやっとこの人は楽になれる」という思いは、複雑な感情体験と共に、重責からの解放とも考えることができ、事故などで突然の死別を体験した場合より

も予期的悲嘆がなされたものと考えられる。

その他「嘘だ、信じたくない」、「放心状態」などの項目は、防衛機制としての死別不安や恐怖からの守りの反応で^{25,30)}、予期的悲嘆ができていたとはいえ、亡くなるという事実はやはり衝撃的な出来事で、反応は死別直後に高く時間の経過とともに衝撃が和らぎ、それに伴い現実生活への適応力が高まっている様子が伺えた。

2) 思慕と抗議 (罪責感)

全体的に時間経過と共に各項目得点は徐々に下降し、悲嘆が軽減している様子が伺われた。その中で「いつも故人のことを考えていた」、「一人に

表7 罹病期間と悲嘆得点

悲嘆の カテゴリー	罹病 期間	死別直後				四十九日				一周忌				現在			
		人数	平均値	F値 (有意 確率)	多重 比較	人数	平均値	F値 (有意 確率)	多重 比較	人数	平均値	F値 (有意 確率)	多重 比較	人数	平均値	F値 (有意 確率)	多重 比較
感覚の 麻痺	1年未満	81	2.4550	5.524 (0.005)	**	82	2.2892	7.096 (0.001)	*	70	2.1388	5.269 (0.006)	*	77	2.0742	8.928 (0.000)	**
	1~5年 未満	35	2.0980			35	1.8816			33	1.8225			33	1.7792		
	5年以上	49	2.1662			46	2.0435			46	1.8758			46	1.7391		
	合計	165	2.2935			163	2.1323			149	1.9875			156	1.9130		
思慕と 抗議	1年未満	81	2.6240	0.488 (0.615)		79	2.5466	1.511 (0.224)		71	2.4545	1.379 (0.255)		75	2.2958	3.541 (0.031)	*
	1~5年 未満	36	2.5379			33	2.3278			32	2.2557			32	2.0114		
	5年以上	48	2.5170			47	2.4178			46	2.3063			47	2.0387		
	合計	165	2.5741			159	2.4631			149	2.3661			154	2.1582		
崩壊	1年未満	84	2.7810	2.161 (0.118)	*	82	2.5415	1.714 (0.183)		71	2.2563	0.904 (0.407)		77	2.0857	1.126 (0.327)	
	1~5年 未満	34	2.4171			35	2.2171			33	2.3064			33	1.8606		
	5年以上	47	2.5957			48	2.4333			47	2.2426			47	2.0553		
	合計	166	2.6518			165	2.4412			151	2.2040			157	2.0293		
再建	1年未満	82	2.7114	3.168 (0.045)	*	80	2.6208	7.937 (0.001)	**	72	2.4259	7.04 (0.001)	**	78	2.3675	10.925 (0.000)	**
	1~5年 未満	34	2.3529			36	2.0556			33	1.9293			34	1.8725		
	5年以上	47	2.4422			48	2.3611			48	2.0833			48	1.9097		
	合計	165	2.5576			164	2.4207			153	2.2113			160	2.1250		

注：* p<0.05 ** p<0.01 n.s. not significant

表8 悲嘆反応得点とうつ得点との関連

	うつ得点				t 値
	n(人)	0~5点	n(人)	6~15点	
悲嘆 得点 現在	75	12.07	71	14.65	-4.85**
麻痺	74	21.29	70	26.49	-4.84**
思慕	76	8.29	71	11.96	-7.09***
崩壊	78	5.99	72	6.88	-2.70**
再建					

(** p<0.01 *** p<0.001)

なってしまったと思った」等は比較的高得点のまま得点が低下し、調査時点（現在）でも他に比較し高い得点域にあった。このことは同様に表れるはずの罪悪感や後悔の念など、抗議・罪責感の感情はそれほど強くなく大原の見解と一致し³¹⁾、配偶者を亡くしたことから生じる寂しさや思慕の感情は時間を経ても残されることを示しており、死別のプロセスには、はっきりした終着点はないといわれることと一致した²⁵⁾。しかも、悲しみや思

慕の情を自然に体験し、悲しむことができるようなサポートが求められる側面でもある。岡村は配偶者との死別後の孤独感は年数が経過しても変化しないことを明らかにしており³²⁾、本調査の結果も同様の傾向を認めた。

3) 崩壊

この反応は、死別直後よりもそれ以降に表れやすい反応で、うつの状態としてとらえられている^{9,25,33)}。すなわち、哀しみに注意が集中し、心を奪われ外的世界への適応機能が低下してしまう状態で、病的になると自分を責め、時には些細なことで深刻な罪悪感を訴え、すべてのことに悲観的になり希死念慮の時期でもある。しかし、通常は失った対象との関わりを心の中で整理しながら、新たな状況に対する適応体勢を回復していく。結果は各項目とも死別直後に最も高い値を示し、時間の経過とともに全体的に下降線を描いていた。このことは回想による回答を求めた影響も考えられるが、悲嘆過程の段階は厳密に区分して

は描けない人間の反応を示しているといえる^{25,33)}。なお、項目の中で「人には私の気持ちはわからないと思った」が、他の項目と異なり比較的高い得点で現在まで推移していることは、同様な経験者でなければ、真の気持ちを共感してもらえないと感じているからではないかと思われる。「DSM-III-R; 精神障害の診断・統計マニュアル」³³⁾では、精神障害に起因しなくても、悲嘆反応への援助が必要であるとしている。今回調査でGDS得点も6点以上の抑うつ状態が48%を占め、悲嘆反応各々に6点以上の抑うつ状態との間に差がみられ、特に抑うつ感情と崩壊には関連性が大きいことが明らかになった。

4) 再建

「夫や妻の死は仕方がないと思った」、「夫や妻の死を納得できていた」の2項目は、死別直後から比較的高い得点で現在まで徐々に受け入れられていたことは、予期的悲嘆を克服していたことを裏付けていると考えられる。また「新たな生きがいをもって生活していた」の得点が時間の経過とともに高くなっていることから、配偶者のいない新たな生活に適応しつつあることが伺える。

5) 悲嘆反応全体を通して

各カテゴリ項目の合成得点結果を、死別後の時間経過でみると全体的に得点は緩やかに下降しており、悲嘆反応が徐々に軽減している様子が伺えた。

Lund³⁴⁾は、配偶者との死別後の悲嘆のプロセスにおいては、ショックや怒り、混乱などの否定的な感情と同時に自分の対処能力に自信をもつなどの肯定的感情も生ずるとしており、さまざまな感情が絡み合い、時間経過を通して少しずつ悲嘆が解決されていくものと考ええる。

3. 悲嘆左右要因について

1) 健康状態

調査時の健康状態と悲嘆反応との関連をみると4カテゴリ共に健康状態の良い方が悲嘆は軽く、悪い方が思慕・抑鬱などの高い傾向が認められ健康状態の影響をうけることが判明した。先行研究においても死別のインパクトは大きく、身体的健康、死亡率、精神衛生上好ましくない変化が生じることが指摘されている^{9,25,33)}。

2) 病名・予後の告知の有無

配偶者・対象者の両者共に、悲嘆4カテゴリ

の時間的経過のすべてにおいて、告知がなされた方が悲嘆得点が低く、それぞれの段階で1~4箇所の範囲で有意差がみられ、悲嘆が軽い傾向を示したが、対象者への告知状況においては「思慕」は全体に、「崩壊」では死亡直後を除き有意差が見られなかった。このことは、告知を受けて予期的に配偶者喪失が理性で理解できていても事実との直面における孤独感や抑うつ感は告知の有無にはあまり関係しないのではないかと思われる。

3) 介護状況

介護の有無も、悲嘆4カテゴリの時間的経過のそれぞれの段階で有意差がみられ、介護ができた方が悲嘆が軽い傾向を示したが、「思慕」の一周忌と「崩壊」の現在を除いては告知の有無と同様に差を認めず、孤独感や抑うつ感情を軽減するには至っていない様子が伺えた。しかし、介護したことによる充実感や喪失の受容、新たな生きがいへの再出発に影響を与えている様子が理解できる。

4) その他

罹病期間が短い1年末満に悲嘆が強い傾向がみられたが、事故死や心臓マヒなどの思いがけない死が現実感のない状態に襲われ、罪意識など悲嘆作業に時間を要すると言われるが、罹病期間が短い程悲嘆に影響を与えるものと思われる。また、男性の一周忌・現在において年齢が高い程再建している傾向が認められたが、ライフサイクルの特徴から寿命という、納得・あきらめといった受容の考え方が影響しているものと考えられる。また趣味を持っている方が死亡直後の抑うつ的な感情や、現在の「麻痺」・「再建」に差を認め悲嘆が軽い傾向が見られたが、先行研究でも寡婦にとっての孤独が問題とされており^{13,35,36)}、趣味による新たな興味への接近や他者との関係づくりが効果的であることが考えられる。

4. 高齢者の悲嘆への支援

悲嘆は、きわめて個人的体験であり、その強度と持続時間、配偶者との関係、パーソナリティ・気質など個人によりさまざまである^{13,37)}。援助においては、予期悲嘆の時期から、悲嘆のダイナミックな心理状態を考慮に入れ、あくまで配偶者のケアを視点にしなが家族内ダイナミクスとコミュニケーション・システム、その人の体験している苦痛の程度をアセスメントし展開される必

要がある。特に、配偶者間に未完了の務めがある場合は、死別後に衝撃や罪責感を抱くことがないように、その務めを果たす援助が必要である。また、臨終時に付き添いながら看取りができなかった場合の心理的衝撃は根強いいため、悔恨や孤独感を増すことがないように注意が必要である。そして、「できる限りのことは行った」ことを保証し、その苦しみに向き合い否定の感情を抑圧することなく、感情表現できるような配慮や、苦しみを分かち合える共感性と抱擁力が、特に高齢者には必要である。援助者には人間的に成熟した専門性と誠実性が求められる。

しかし現状では、遺族ケアや癒しを必要とする対象は、病院の片隅や地域に置き去りにされ、ホスピスやボランティア活動家により、悲しい時に泣き伏すための肩代わりとしての家族会や、いのちの電話³⁸⁾相談など僅かな取り組みがなされているにすぎない。Deekenら^{4,39)}が grief work を通して進めなければならないこととして「死の準備教育」や「死生学」⁴⁰⁾が叫ばれて久しいが、悲嘆が心身に及ぼす影響も明らかにされている現在、医療施設内での患者や家族に対する教育・カウンセリングなどの働きかけだけでなく、家族の生活環境をよりよく理解している市町村保健婦や、訪問看護ステーション・在宅介護支援センターの看護婦等による地域保健活動の一環としてのアプローチを進める必要があるように思われる。

本研究の一部は平成5年度ジェロントロジー研究「高齢者の配偶者喪失による悲嘆過程と同居家族が及ぼす影響」(研究代表者:寺崎明美)および平成7~8年度文部省科学研究一般研究C「高齢者配偶者喪失による悲嘆過程とサポートシステムの影響」(研究代表者:寺崎明美)からの研究補助金によるものである。また、データ収集にご協力戴きました大学病院・総合病院等の各施設、各保健所の保健婦の方々、および東京慈恵会医科大学医学部看護学科の間瀬由記・小原 泉・山子輝子の各氏、データ解折にご協力下さいました白百合女子大学教授、林 洋一先生に深謝申し上げます。

(受付 '97. 9. 8)
(採用 '98. 4. 13)

文 献

- 1) 新木一弘. 老人の終末期医療と在宅療養. ターミナルケア 1992; 2: 30-36.
- 2) 田邊 昇, 他. 在宅ターミナルケアについての厚生省の取り組み. ターミナルケア 1992; 2: 424-427.
- 3) 牛島定信, 小池真紀子. ターミナルケアにおける家族療法. ターミナルケア 1994; 4: 278-282.
- 4) アルフォンス・デーケン. 悲嘆教育. ターミナルケア 1991; 1: 371-374.
- 5) 佐藤 智. 在宅ターミナルケアの願いに応える力はわれわれにあるのか—それを阻む諸問題と今後の展望—. ターミナルケア 1992; 2: 428-432.
- 6) Holmes T. H., Rahe R. H. The social readjustment rating scale. JPR. 1967; 11: 213-218.
- 7) Houldin A. D., et al. Relaxation training scale. JPR. 1993; 16: 47-52.
- 8) Maddison D. Viola A. The health of widows in the year following bereavement. JPR. 1968; 12: 297-306.
- 9) Parkes C. M. Weiss R. S. (池辺明子訳). 死別からの回復. 図書出版 1987; 19-21.
- 10) 波平恵美子. 病と死の文化. 朝日新聞社 1990; 37-79.
- 11) 河合千恵子. 配偶者との死別後における老年期女性の人生. 社会老年学 1984; 20: 35-45.
- 12) 河合千恵子. 配偶者との死別—生と死を考えるセミナー第3集伴侶に先立たれた時—(アルフォンス・デーケン, 重兼芳子編) 春秋社 1988; 4-45.
- 13) 岡村清子. 高齢期における配偶者との死別と孤独感. 老年社会科学 1992; 14: 73-81.
- 14) 間瀬由記, 寺崎明美. 在宅静脈栄養法を行ったがん患者配偶者の悲嘆過程と看護. 日本看護科学学会第13回講演集 1992; 66-67.
- 15) Marie A. The experience of widowhood. In Women in stress—A nursing perspective, ed. by Kjervik DK. Martunson IM, Appleton Century Crofts. 武山満智子監訳. 女性とストレス 看護の視点. 日本看護協会 1989; 3: 202-219.
- 16) 久田満, 他. 学生用ソーシャル・サポート尺度作成の試み(1)(2). 日本社会心理学会第30回大会発表論文集 1989; 143-146.
- 17) 岡安孝弘, 他. 中学生におけるソーシャル・サポートの学校ストレス軽減効果. 教育心理学研究 1993; 41: 60-70.
- 18) 小此木啓吾. 対象喪失. 中央新書 1979; 45.
- 19) Lindeman E. Symptomatology and management of acute grief. AJP. 1944; 101: 141-148.
- 20) Cooley M. E. Bereavement care. Cancer nursing. 1992; 15: 125-129.
- 21) Deeken A. 悲嘆を越える成熟への道: 伴侶に先立たれた時. 春秋社 1988; 123-147.
- 22) Hauser M. J. (黒田ゆり子訳). 配偶者喪失による悲嘆過程. 看護研究 1989; 22: 78-88.
- 23) Parkes C. M. The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. Psychiatry. 1970; 33: 444-

- 467.
- 24) Deeken A. 悲嘆のプロセスを通じての人格成長. 看護展望 1983; 8: 7-21.
- 25) Burnell G. M. Burnell. A. L. 長谷川浩他監訳・死別の悲しみの臨床. 医学書院 1994; 5-55.
- 26) Freud S. Mourning and melancholia. standard edition. 1917; 14: 23.
- 27) 矢富直美. 日本老人における老人用うつスケール(GDS)短縮版の因子構造項目特性の検討. 老年社会科学 1994; 16: 29-35.
- 28) Niino N. et al. Prevalence of Depressive Symptoms Among the Elderly living in a Japanese urban Community. FRG. 1995; 131-136.
- 29) Fulton R. & Fulton. J. A. A psychosocial aspect of terminal care. Anticipatory grief. Omega 1971; 2: 91-99.
- 30) Brown J. T. & Stoudemire G. A. Normal and pathological grief. JAMA 1983; 250: 378-382.
- 31) 大原健士郎, 他. わが国における悲嘆の病理. ターミナルケア 1991; 1: 403-406.
- 32) 岡村清子. 配偶者との死別に関する縦断研究. 老年社会科学 1994; 15: 157-165.
- 33) Worden J W. (鳴澤みのる監訳). Grief Counseling and Grief Therapy. 川島書店 1991; 39.
- 34) Lund D. A. et al. Gender differences Through two years of bereavement among the elderly. The Gerontologist 1986; 26: 314-320.
- 35) 長田久雄, 他. 高齢者の孤独感とその関連要因に関する心理学的研究. 老年社会科学 1989; 11: 202-217.
- 36) Barrett C. J. Women in widowhood sings. JWCS. 1997; 2: 856-868.
- 37) Gallagher D. E. et al. Psychosocial factors affecting adaptation to bereavement in the elderly. IJAH. 1983; 14: 79-95.
- 38) 斎藤友紀雄. グリーフ・カウンセリングの実際. ターミナルケア 1991; 1: 365-398.
- 39) 曾野綾子. A・デーケン編. 生と死を考える. 春秋社 1984; 3-190.
- 40) 山本俊一. 死生学(サナトロジー) —公衆衛生との関連において—. 日本公衆衛生誌 1996; 2: 83-85.
-

FACTORS INFLUENCING GRIEF DUE TO BEREAVEMENT AMONG ELDERLY WIDOWS AND WIDOWERS

Akemi TERASAKI* Kenichi NAKAMURA^{2*}

Key words: Elderly, Bereavement of a spouse, Anticipated grief, Grief, Grief work, Bereavement care

Objectives : To identify the factors that influence the grief of bereaved elderly people due to the death of a spouse.

Method : Subjects consisted of 172 widows and widowers (137 females, 35 males) aged 60 or older who experienced bereavement of a spouse in the last three years. Between August 1994 and October 1996, the subjects were interviewed using a semi-structured questionnaire and data was also obtained from self-report measures which were returned by mail.

A questionnaire consisting of 26 items was prepared based on the theories of Parkes and Deeken. These responses were classified into 4 categories (sensory paralysis, deep attachment and protest, disintegration, reconstruction) and analysis was made by these categories.

The time course of the grief was evaluated at 1 week, 49 days and 1 year after the death of the spouse and the time of survey.

Results : (1) Of the 172 subjects, general health was graded as poor or slightly poor in 33.6%, 67.4% cared for their spouse during medical treatment; and the average GDS depression score was 5.85 (SD=3.50).

(2) With respect to anticipated grief, while their spouses were under medical treatment, more than 50% of the subjects were thinking "I will do Whatever I can to cope"

(3) Change in grief response over time: For "sensory paralysis", "I have done whatever I can" rated the highest at 3 points or more on a scale of 4, from immediately after the spouse's death to the present. For "deep attachment and protest", deep attachment including "always thinking of the lost one" marked higher (3.4 points immediately after death to 2.9 at present) than protest. For "disintegration", "nobody understands what I feel" rated the highest (2.6-2.9 points). For "reconstruction", the subjects gradually accepted the death as "unavoidable" and had started to adapt.

(4) Factors that significantly influenced grief were the subject's health condition, whether the subject had been notified of the name of the disease or given a prognosis; whether subject provided care for the spouse; and GDS depression score.

Conclusion : Sufficient anticipated grief resulted in a feeling of achievement in the sensory paralysis aspect of the grief response and in a long lasting feeling of deep attachment as loneliness and solitude. Disintegration was largely related to depression according to GDS score. Grief was less deeply felt when the subject was healthy, had been informed of the name of the spouse's disease, and had cared for the spouse during medical treatment before bereavement.

* The Jikei University School of Nursing

^{2*} Department of Hygiene and Preventive Medicine Showa University School of Medicine