

死因の相違が遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応に及ぼす影響

ミヤバヤシ サチエ ヤスダ ジン
宮林 幸江* 安田 仁^{2*}

目的 事故や自殺死に関する死の突然性が死別反応に影響するとされるが、突然の死に病死をも含めた比較検討はみあたらない。とくに国内に関しては、死別に関する実証的知見が不足し、死別状況による影響のみならず、群分けによる比較検討も充分になされていない。よって本研究では遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応への死因の影響を査定していくこととする。

方法 近親者との死別を体験した親・子・配偶者・従兄弟の428人が返答し、その中から死因が記されかつメモリアルリアクション（命日反応など）を考慮した178人に対し質問紙調査を実施した。そして回答を、自殺、事故死、急性死、病死（闘病期間1年未満）の4群に分類した。各群の身体的・精神的健康についてはGHQ・SRQ-Dにより、日本人の悲嘆の情緒を主とする反応はMiyabayashi Grief Measurement (MGM)により測定した。

結果 4群の得点順位はほぼ自殺>事故死>急性死>病死群の順となった。自殺・事故死・急性死のGHQ, SRQ-D得点が臨床弁別閾内、または弁別域を超えた。GHQの下位尺度である身体症状と不安不眠尺度に群間差は認められないが、不安不眠は死因に拘らず遺族全体に高得点であった。MGMでは、病死と比較した自殺・事故死との間で全4下位尺度に群間差が認められ、自殺遺族の死別反応は、最大と判明した。その一方で下位尺度の中の適応・対処の努力（高得点ほど、実行不可の逆転の項目）では最も非力であった。

結論 死因が死別反応に影響することが確認された。とくにその影響力は健康面より悲嘆の情緒反応において顕著と判明した。

Key words : 死因, 自殺, 事故死, 急性死, 病死, 死別の反応

1 緒 言

悲嘆の苦悩をストレス学説からみると、近親者の喪失とは主要なストレスフル・ライフ・イベントの一つである。死別体験が心身の健康を損なわせる現象は広く知られ^{1~4)}、遺族の死亡率が、とくに高い事も度々報告されている^{5~8)}。

死別反応 bereavement reaction については古来より様々な分野で記述や考証がなされて来たが、強い死別反応をもたらす条件については幾つかの事柄が考えられている。死の突然性、つまり予期の無さは、死別反応に影響する一因として、とりわけ予期悲嘆との関連から頻りに検討されている。終末期の長短で反応が異なるという結果^{9~12)}も報告されている一方、多くの研究^{1,13~21)}は、突然の死別が強い反応を導く事を示している^{3,22~24)}。

また死亡の原因、つまり死因も死別反応に影響す

る一因と考えられている。自殺や事故による死別はことに反応が強いという点で各文献の結論はおおむね一致する^{3,4,24,25)}。Demi²⁶⁾は自殺遺族の健康感が事故・急性病遺族より低い事を示した。Ball¹⁶⁾は事故・急性病遺族が慢性病遺族より強い悲嘆反応を呈することを報告した。一方 Sanders¹¹⁾の調査結果では、事故・急性病遺族と慢性病遺族との間に死別反応差が認められなかった。Middleton ら²¹⁾は非自然死遺族と自然死遺族とを比較し、前者の死別反応がより強い事を示した。文献研究では、死別の影響は自殺の場合が最大であるとされる²⁷⁾。以上から、遺族の死別反応の強度は自殺>事故死>急性死>病死、の順と類推される。但しこの4死因について、ある一定の対象者群に同じ調査票を用い各死因別の死別反応の比較を行った調査は見当たらない。

自殺や事故での死別反応が強い理由として、死の突然性の他に、非自然死としての社会的性質が考えられる。非自然死の場合は法的手続等の二次的ストレス因を伴う事があり^{24,28,29)}、自殺の場合は社会からは認められないといった特異の事情が強烈なあるいは複雑な反応を惹起するという^{2,23~25,29)}。また諸研

* 宮城大学看護学部

^{2*} 日本悲嘆ケア研究所

連絡者：〒981-3298 宮城県黒川郡大和町学苑 1
宮城大学看護学部 宮林幸江

究において死因は、自然性と予期性という異なる二つの観点から分類されており、知見を混乱させている。とくに自殺での予期性の扱いは複雑である。自殺による死は突然生じるものの、その兆候は以前から看取されている可能性についての記述がある^{30~32)}。事実を確認するために、一定の対象者群に同様の調査票を用い各死因別の死別反応の比較が求められる。

国内に目を転じると、欧米の知見の再現性を議論するための実証的知見が少なく、いずれも各論からの報告であるため、死別状況による影響の強度差を検討できない。出生人口10万対死亡率が自殺約24、事故死約30と小さいためであろう³³⁾。群間比較が可能な標本規模の質問紙調査において河合³⁴⁾は、臥床期間が短い遺族ほど死別の衝撃が大きい事を示した。同様に寺崎・中村³⁵⁾は、罹病期間が悲嘆反応に影響する事を示した。しかしながらこの2研究の標本は病死遺族に限られた。宮林³⁶⁾は事故・自殺による悲嘆反応が病死の場合よりも有意に強い事を確認したが、この研究では病死遺族群内に、突然性による下位分類が設けられていない。

本研究では、群間比較が可能な規模の標本について死因の死別反応への影響を検討する。第一の目的は、国内に不足している計量的データを補うことである。第二の目的は、欧米の知見が日本でも妥当性を持つかを確かめることである。第三の目的は、死の突然性と死亡の原因とをある程度整理した際にどの様な差が現れるかを見定めることである。特に第三の目的が本研究の主眼である。比較は複数の共通した測度を用い、要因と交絡する変数についても考慮する。

従属変数としては、一般的健康感と抑うつと情緒反応(すなわち悲嘆)とを扱う。一般的健康感と悲嘆に関しては下位尺度についても比較を行い、死因の影響の及ぶ側面をより詳細に示す。

II 方 法

1. 調査方法と対象者

調査期間は2002年4月から2005年7月に及び、自助集団の参加者、遺族のためのワークショップ参加者、および講演会の参加者、対象喪失を経験している病院職員に、質問紙への回答を依頼した。しかし死別後15年以上経過した回答は分析から除外した。この理由を幾つかあげる。遺族の悲嘆は、「命日反応」または「メモリアルリアクション」と言われ²⁾、感情のぶり返しは、何らかの記念行事関連の実施前と後日に(メモリアルディ×1.1倍)、生じ易いことが通例として知られている^{2,36)}。また期間に関して

は、医療上のサポートが一年と限定されている欧米ですら、より長期にわたるであろうと唱える文献が少なからずある^{1,22)}。また実際筆者の調査を通じ、日本人の悲嘆は従来の一時的知見より長期にわたると判断できる³⁶⁾。さらには、本対象者らは宗教上の死者祭祀が死別悲嘆の惹起の機会となっていることが経時的な流れの確認から窺えた³⁶⁾。かつ日本人の死者の葬送様式とは、仏式が大多数を占めるとされている³⁸⁾。以上より、仏式の十三回忌が悲嘆に関し影響力を持つ最終的な時期(区切り)と考察し、よって14年目迄を対象者とした。

2. 質問紙

質問紙には次の質問が含まれた。回答に要する時間は10数分から30分程度であった。

1) 背景要因

背景要因として、死別反応に影響すると考えられる変数が、今回検討する要因(つまり死因)と交絡しない事を確認するために、性別、年齢、職の有無、死別後の経過年数、故人との同居月数、故人との続柄、故人の死亡時の年齢、死別以外のストレスフル・ライフ・イベントの有無をたずねた。

個人の基本的属性は要因としても検討に値するが、今回は変数として扱う。ストレスフル・ライフ・イベントもまた死別反応に影響する^{2,3,24)}。これに関する質問は「自身又は両親の別居/離婚」、「この死別以外の近親者の大病/死」、「住環境の変化」、「自身の解雇/退職」、「自身の病気/怪我」、「子供の吉事」の6項目で構成された。厳密には標準化されたストレス尺度による定量化が望ましいが、回答者の負担を考慮し、この6項目に留めた。

死因として病死・事故死・自殺を挙げ、選択を求めた。病死の場合は闘病期間を日単位でたずねた。闘病期間にしたがって病死を、闘病1日以内、闘病2日以上1年未満、の2群に細分化し、それぞれ「急性死」、「病死」と名づけた。

2) 指標としての3測度

指標として従属変数には以下の3測度が用いられた。一般に起こりうる死別悲嘆反応は、心身の反応と死別による感情/情緒反応そのものにと大きく分類できる。身体反応の特徴は、睡眠と食事に現れるが、これらに対応する項目を含み、これまでの悲嘆反応の研究で多用されてきた General Health Questionnaire (GHQ) を用いた^{39,40)}。この他心的反応の特徴として、死別に起因する反応性の「うつ状態」が考えられ、これについては Self-Rating Questionnaire for Depression (SRQ-D) を用いた。また悲嘆反応については、国民性・宗教性を加味し考察する必要があり欧米の尺度ではなく、日本人を対象に信

頼性と妥当性が確認されている Miyabayashi Grief Measurement (MGM) を使用した。

GHQ：この尺度は非器質的・非精神病性の障害を判別するために開発された³⁹⁾。本研究ではその日本版⁴⁰⁾を用いた。2件法28項目から成り、得点が高いほど健康が不良と判断される。文献にもよるが良好/不良を分ける弁別点は5点前後とされる。またこの尺度には「身体的症状」、「不安と不眠」、「社会的活動障害」、「うつ傾向」の4下位尺度(各7項目)が含まれる。

SRQ-D：笠原の気分障害尺度を原型に一般化された東邦大の臨床テストで^{41,42)}、鬱の前段階の軽い鬱状態や身体症状を主訴とする仮面鬱の診断の補助に用いられる。3件法18項目から成り、得点は0-36の範囲を取る。良好/不良を分ける弁別点は11-15点とされている。

MGM：日本人の死別悲嘆反応の強度を査定する、標準化された尺度である³⁶⁾。5件法26項目から成り、得点は0-104の範囲を取る。またこの尺度には、「思慕」(12項目：0-48点)、「疎外感」(5項目：0-20点)、「鬱的な不調」(5項目：0-20点)、「適応・対処の努力」(逆転4項目：0-16点)、の4下位尺度が含まれる。

3. 分析方法

死因の分類：参考にした死因の分類や定義を記す。死因は、内因死(疾病による死)と外因死(不慮の事故と自殺、他殺による死)からなる。不慮の事故は交通事故、ついで窒息、転倒などの順に分けられる。また参考までに世界保健機構が突然死と定義するのは、瞬間死および、発病後24時間以内の内因死(疾病による死)をさしている。警察庁の交通統計によると事故死の定義は、事故による24時間以内の死亡とされている⁴³⁾。

本研究では、回答者には病死、事故死、自殺をあげ、選択を求め回答者の記述に従い分類した。急性死群は「闘病期間1日以内の病死の遺族」と定義し、病死群は、闘病期間2日以上1年未満とした。なお、闘病期間1年以上の定義は明確でないこと、長期の闘病は遺族の心理に新たな心理的課題を惹起する可能性があり、今回の論議から外した。このため1年以上の闘病期間者と悲嘆反応についての論議は別報告とした⁴⁴⁾。

前項で定義した死因を独立変数に、背景要因・指標とする従属変数の差を検定した。平均値を比べる際は1元配置分散分析を行い、有意差が認められた場合は多重比較(Tukeyのa法)を施行した。度数分布差の検定には χ^2 検定を行い、有意差が認められた場合は残差分析により突出群を検出した。

4. 倫理的配慮

調査質問紙は、日本人の悲嘆の本質を知ることを目的としていることを伝え、無記名であり、記述しない自由があることを伝え、かつ文書にて同意を確認した。また調査の依頼に先立ち、研究者の身分の公開と研究の目的を明示し、調査内容では悲嘆の感情を惹起する可能性について述べた。そして本目的以外には使用しないことを確約した。結果では、成文章化された部分は切断し、記入者を特定できない形にし、研究者以外の者が入室できない場所に保管した。

III 結 果

1. 回答者の属性

対象者は、予め了解を得ていた自助グループ78人。この内訳は、市民団体による遺族のセルフヘルプグループの会(子供を失った会47人、配偶者を失った会31人)、筆者が主催した遺族のためのワークショップ参加者118人であった。この他遺族への講演会を主催し、会場の参加者91人、そして対象喪失を経験している4親等内の病院職員141人からなる(首都圏の1病院、福島県の1病院)の総計428人。この中から死因が不明の場合や闘病期間が記されていない103人と闘病1年以上の147人を除く178人となった。

調査では、調査について拒否したグループは無かった。回収方法は、原則的に会合の場合は、その場で回収を行った。留め置き法・郵送法による回収法も含まれた。

死因の内訳は、自殺23人(12.9%)、事故死28人(15.7%)、急病死17人(9.6%)、病死110人(61.8%)であった。欠損値が存在するので有効回答数は分析によって異なった。

回答者の性別は女148人(83.1%)、男30人(16.9%)であった。年齢は21歳から91歳に及び、平均±標準偏差は55.79±14.21歳であった。職の有無については有職者93人(52.2%)、無職者84人(47.2%)、不明1人(0.6%)であった。記入のない1人を除く177人の死別後経過年数は0-14.6年で、平均±標準偏差は5.44±4.13年であった。喪失対象については、36人(20.2%)が親を、83人(46.6%)が配偶者を、39人(21.9%)が子を、19人(10.7%)がその他の親族を亡くしており、1人(0.6%)が喪失対象を記入しなかった。故人の死亡時年齢は0歳から98歳9か月に及び、平均±標準偏差は52.74±24.10歳であった。

2. 背景要因

性別、職の有無は死因によって異ならなかった

($\chi^2[3]=2.08, 1.05, 0.35$; いずれも n.s.)。年齢、死別後経過年数は死因によって異ならなかった ($F[3,174]=1.38, F[3,174]=1.27$; いずれも n.s.)。

喪失対象の度数分布は死因によって異なった ($\chi^2[9]=65.50, P<.001$)。自殺群には子の喪失が多く ($z=5.36, P<.001$)、親・配偶者の喪失が少なかった ($z=-2.04, -3.49; P<.05, P<.001$)。事故死群には子の喪失が多かった ($z=3.89, P<.001$)。急性死群には二親等以上の喪失が多かった ($z=2.62, P<.01$)。病死群には親・配偶者の喪失が多く ($z=2.62, 3.99; P<.01, P<.001$)、子の喪失が少なかった ($z=-5.97, P<.001$)。

故人の死亡時年齢に差が認められた ($F[3,174]=26.66, P<.001$)。自殺群は急性死群・病死群より死亡時年齢が若かった (いずれも $P<.001$)。また事故死群は急性死群・病死群より死亡時年齢が若かった (いずれも $P<.001$)。

故人との同居月数に差が認められた ($F[3,170]=5.88, P<.01$)。事故死群は病死群より同居期間が短かった ($P<.01$)。

ストレスフル・ライフ・イベント6項目の有無は死因によって異ならなかった ($\chi^2[3]=1.57-3.34$; いずれも n.s.)。

3. 従属変数

各群の背景要因などを表1に、群間の比較となった各尺度得点の平均等は図示した。

GHQの合計得点の平均は、自殺8.2点 (SD6.6)、事故死7.4 (SD6.8) 点、急性死6.1点 (SD5.8)、病死5.0点 (SD5.4) であり、死因によって異なる傾向にあった ($F[3,169]=2.47, P=.064$)。自殺・事故死・急性死の3群の平均が臨床上的弁別点 (5点) を超え、病死は弁別点にあった。多重比較によると自殺群の得点は病死群より高い傾向にあった ($P=.073$)。下位尺度「身体的症状」は、死因によって異ならなかった ($F[3,170]=0.48, n.s.$)。「不安と不眠」得点は死因によって異ならなかった

($F[3,170]=1.39, n.s.$)。ただし、GHQの4下位尺度の中では、最も得点が高い。「社会的活動障害」得点は死因によって異なる傾向にあった ($F[3,170]=2.58, P=.055$)。自殺群は病死群より社会的活動障害が大きい傾向にあった ($P=.060$)。「うつ傾向」得点は死因によって異なった ($F[3,170]=4.48, P<.01$)。自殺群は病死群より抑うつが強く ($P<.001$)、事故死群も病死群より抑うつが強い傾向にあった ($P=.093$) (図1)。

SRQ-D合計得点の平均は、自殺17.6点 (SD9.6)、事故死13.9点 (SD8.9)、急性死12.4点 (SD8.2)、病死9.7点 (SD7.7) であり、死因によって異なった ($F[3,158]=6.44, P<.001$)。得点は、自殺群が弁別点を超え、事故死・急性死群が弁別点閾 (11-15点) にあった。自殺群は病死群より抑うつが強く ($P<.001$)、事故死群も病死群より抑うつが強い傾向にあった ($P=.081$) (図2)。

MGM合計得点の平均は、自殺50.5点 (SD26.7)、事故死44.9点 (SD30.4)、急性死35.5点 (SD32.8)、病死27.7点 (SD21.1) であり、死因によって異なった ($F[3,137]=6.14, P<.01$)。自殺群は病死群より悲嘆の反応が強く ($P<.01$)・事故死

図1 GHQ下位尺度得点の群間差

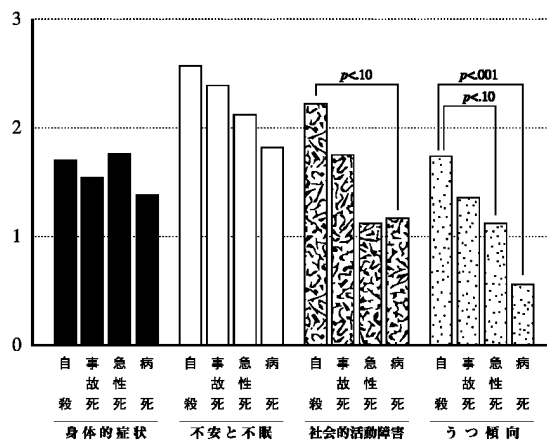


表1 各群の背景

	自殺	事故死	急性死	病死
性別 (男/女)	(3/20)	(3/25)	(2/15)	(22/88)
年齢	52.48 ± 13.34 (23)	52.79 ± 9.23 (28)	54.53 ± 15.02 (17)	57.44 ± 15.18 (110)
職業 (有/無)	(13/10)	(16/12)	(10/7)	(54/55)
死後年数	4.14 ± 3.74 (23)	5.45 ± 3.50 (28)	4.68 ± 3.89 (17)	5.83 ± 4.36 (109)
喪失対象 (親/配偶者/子/他)***	(1/3/15/4)	(3/9/14/2)	(3/7/2/5)	(29/64/8/8)
故人の死亡時年齢***	30.11 ± 14.80 (23)	32.65 ± 22.25 (28)	62.38 ± 20.05 (17)	61.09 ± 20.48 (110)
同居月数**	216.9 ± 128.2 (22)	180.9 ± 105.3 (28)	281.4 ± 196.7 (16)	312.1 ± 176.2 (108)

括弧内は人数。括弧のない数値は平均 ± 標準偏差。群間差 ** $P<.01$; *** $P<.001$

図2 SRQ-D 得点の群間差

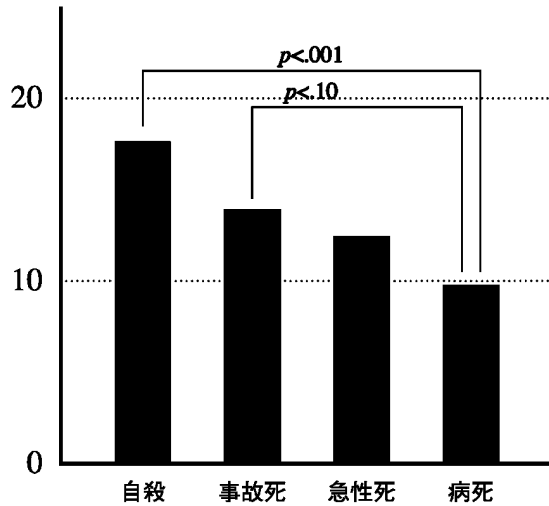
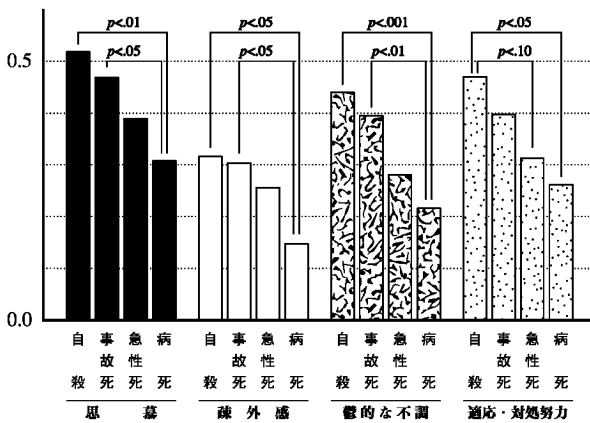


図3 MGM 下位尺度得点の群間差



群も病死群より悲嘆の反応が強かった ($P < .05$)。下位尺度の項目数の相違により得点に幅があるため最小値0・最大値1の尺度得点に換算し図示した(図3)。「思慕」は死因によって異なった ($F[3,165] = 5.74, P < .01$)。病死群と比較しより自殺群に顕著で ($P < .01$)、また事故死群でも顕著である ($P < .05$)。「疎外感」は死因によって異なった ($F[3,141] = 4.41, P < .01$)。病死群より自殺群・事故死群に強かった (共に $P < .05$)。「鬱的な不調」は死因によって異なった ($F[3,164] = 8.55, P < .001$)。病死群より自殺群 ($P < .001$)・事故死群 ($P < .01$) に顕著だった。「適応・対処の努力」では高得点程できていないことを意味している逆転項目となる。他の MGM3 下位尺度と同様に死因によって異なった ($F[3,165] = 6.10, P < .01$)。最も得点が高く努力が不可能だったのは自殺群で、病死群より有意に低く ($P < .01$)、急性死群より小さい傾向にあった ($P = .065$) (図3)。

IV 考 察

本研究では標本の大半を女性が占めた。これは一般に死別には配偶者喪失が多いこと、さらに配偶者喪失には夫喪失が多い事に起因する。国内外を問わず当分野の調査研究に共通する偏りであり⁴⁵⁾、今後克服すべき課題であるが、本研究では男女比に群間差が認められなかったため死因による比較は可能である。群間の偏りは、故人との続柄・同居年数、享年において認められた。これは恐らく世代によって死因の割合が異なる³³⁾という人口統計上の理由による。やむを得ない偏りではあるが、結果を解釈する際はこの交絡を念頭に置かねばならない。

他に注意を要する点は標本規模である。検定上の問題はないが、各群の標本規模は比較的小さい。また本研究の対象者は、自助グループとワークショップ参加者で46%を占めたが、これらの対象者は、おそらく一般よりも関心の高い集団に属するのであろうことも考慮したい。

小標本規模ならば、検定では実質差があっても有意に達し難くなる。こうした限界を踏まえつつ、本研究の結果を以下に考察する。本研究は死因について、計量データによる記述、欧米の知見の追試、概念的重複を整理した上での要因効果の検証を行う事を目的とした。GHQとSRQ-Dの記述統計から、回答者の大半が死別後5年以上を経ているにも関わらず、健康状態がなお低水準にあることが示された。これは数年経過後も死別の影響が残るとする先行研究^{1,20,36,46~49)}と一致する。死別という事象を健康の危険因子と捉えることの妥当性が改めて確認された。

死因が死別反応に影響するという従来知見はおおむね支持された。しかし死因が健康感に影響するという Demi²⁶⁾の結果は支持されず、図1から明らかのようにGHQ下位尺度「身体的症状」、「不安と不眠」に死因の効果が認められなかった。別離に起因する身体反応とは、対象が現世に存在しない厳然たる事実により、遺族に様に起きているとも考察できる。死別を健康の危険因子と捉えるなら、死因の影響は心理社会的側面に顕著であると示された。悲嘆という情緒反応への効果は一層顕著であった。したがって死因の影響は、健康問題上よりも情緒反応上に差が表れやすいようである。とくに得点は低く「疎外感」に群間差はあらわれない点に注視したい。「思慕」の得点は高い。思慕とは、別離におけるより本能に根ざす感情とも考えられる。稿を改めて考察を深めたい。本研究の対象者の死別後経過期間が従来の研究より長い事から、情緒反応は健康問

題より長期にわたり続行する^{46,47)}結果であるとも考えられる。群間差の認められた尺度において、自殺群の平均得点は最大であった。自殺では、何らかの兆候から多少は予期できたとしても、突然性であることに変わりはないため衝撃はかなり重いと見える。一方、病死群の平均得点はほとんどの尺度において最低となった。予期の悲嘆（死別前の死を予測した不安）は、死後の反応を弱めるかとも考えられたが、現在では死別後の悲嘆反応に比例するともいわれている^{11,15,18)}。非突然死では突然死と比較し、遺族の悲嘆の作業において、全体によりスムーズな受容過程をとることが可能ではないのかと考えられる。この他、介護による家族の疲弊などの要因を如何に解釈するかなど今後の課題である。

概念を整理する際に用いた死因分類基準は厳密なものではない。死因確認の手だては無いが、悲嘆関連の質問の特徴上、回答者は意図的な虚偽記載より、むしろ未記入という形で対応していると予測されたが未記入は極僅かであった。急性死の定義に関してはWHOの規定に依拠している。また当研究分野の文脈における「死の突然性」は客観的事実である以上に主観的事実である^{14,22,24,50)}。慢性病による死でも、予告よりも早く死亡した、予告から間もなく死亡した、予告がなされぬまま死亡したなどの理由で「予期せぬ死」と知覚されればその結果は純粋な急性死に近いものとなるだろう。予期の影響が人格によって異なるとする報告⁵¹⁾や、死因の影響が喪失対象によって異なるとする報告²⁹⁾もある。

本研究では死因の概念的重複を表面的であるにせよ整理し、群間差を検出したことには一定の意義があるであろう。結果が実践上の示唆を与える事を目的とはしないが、今回得られた知見に関して若干の注意を促したい。遺族本人やその周囲の人々では、時に、ある死別形態の影響が他の死別形態より大きいと一般的に考え、時にはある種のスティグマの発想さえ浮かぶであろう。具体的に言えば「〇〇死で遺された者の悼みは△△死の場合より深い/苦悩が濃い」といったような考えに囚われることである。安易な類型化から個人的体験の軽重に言及することには²⁵⁾、慎重でなければならない。実践での応用には、例えば認知・行動的対処や社会的困難の変数における類型化の方がより有用だろう。この課題については稿を改めて検討したい。

最後に、松井⁵²⁾が述べているように、死別悲嘆にくれる遺族へのアプローチは困難を伴う。このため、まず研究者自身が死別経験者であり、欧米の悲嘆ケアについて学び⁵³⁾、次に遺族を対象に「悲嘆ケア」の実施を試みた^{54~55)}。この取り組みを通して、

日本人の悲嘆反応と欧米文献の共通点またはユニークな点についての理解を深めていった。これを続行することで、同様な活動グループであるセルフヘルプグループとの連絡ができた。同時に知り得た知識などを講演会などで還元していく機会も次第に広まり拡大できた。このような活動を2001年以来続行し、今日に至っている。こうして知り得た知識・情報は、グリーフケアの研究に取り組もうという人々の一指針になると考えている。

(受付 2006. 9.22)
採用 2008. 1.21)

文 献

- 1) Parkes CM, Weiss RS. Recovery from Bereavement. New York: Basic Books, 1983.
- 2) Burnell GM, Burnell AL. Clinical Management of Bereavement. New York: Human Sciences Press, 1989.
- 3) Parkes CM. Bereavement [3rd ed]. New York: Routledge, 1996.
- 4) Raphael B, Dobson M. Bereavement. In: Harvey JH, Miller ED, eds. Loss and Trauma. Philadelphia: Taylor & Francis, 2000; 45-61.
- 5) Kraus AS, Lilienfeld AM. Some epidemiologic aspects of the high mortality rate in the young widowed group. J Chronic Diseases 1959; 10: 207-217.
- 6) Young M, Benjamin B, Wallis C. The mortality of widowers. Lancet 1963; 2: 454-456.
- 7) Rees WD, Lutkins SG. Mortality of bereavement. Br Med J 1967; 4: 13-16.
- 8) Helsing KJ, Szklo M, Comstock GW. Factors associated with mortality after widowhood. Am J Public Health 1981; 71: 802-809.
- 9) Clayton PJ, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. Am J Psychiat 1968; 125: 168-178.
- 10) Sanders CM. A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. Omega 1980; 10: 303-320.
- 11) Sanders CM. Effects of sudden vs chronic illness death on bereavement outcome. Omega 1983; 13: 227-241.
- 12) Grimby A. Bereavement among elderly people. Acta Psychiat Scan 1993; 87: 72-80.
- 13) Natterson JM, Knudson AG Jr. Observations concerning fear of death in fatally ill children and their mothers. Psychosom Med 1960; 22: 456-465.
- 14) Volkan V. Typical findings in pathological grief. Psychiat Quart 1970; 44: 231-250.
- 15) Gerber I, Rusalem R, Hannon N, et al. Anticipatory grief and aged widows and widowers. J Gerontol 1975; 30: 225-229.
- 16) Ball JF. Widow's grief. Omega 1977; 7: 307-333.
- 17) Vachon MLS, Rogers J, Lyall WAL, et al. Predictors and correlates of adaptation to conjugal bereavement. Am J Psychiat 1982; 139: 998-1002.

- 18) Rando TA. An investigation of grief and adaptation in parents whose children have died from cancer. *J Pediatr Psychol* 1983; 8: 3-20.
- 19) Lundin T. Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *Br J Psychiat* 1984; 144: 84-88.
- 20) Lundin T. Long-term outcome of bereavement. *Br J Psychiat* 1984; 145: 424-428.
- 21) Middleton W, Raphael B, Burnett P, et al. A longitudinal study comparing bereavement phenomena in recently bereaved spouses, adult children and parents. *Aust New Zeal J Psychiat* 1998; 32: 235-241.
- 22) Worden JW. *Grief Counseling and Grief Therapy* [2nd ed]. New York: Springer Publishing Co, 1991.
- 23) Sanders CM. Risk factors in bereavement outcome. In Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds. *Handbook of Bereavement*. Cambridge: Cambridge Univ Press, 1993; 255-267.
- 24) Wright B. *Sudden Death* [2nd ed]. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1996.
- 25) Staudacher C. *Beyond Grief*. Oakland: New Harbinger Publications, 1987.
- 26) Demi A. Adjustment to widowhood after a sudden death. *Communicat Nurs Res* 1978; 11: 91-99.
- 27) Henley S. Bereavement by suicide. *Bereavement Care* 1983; 2: 6-7.
- 28) Shepherd D, Barraclough BM. The aftermath of suicide. *Br Med J* 1974; 2: 600-603.
- 29) Cleiren MPHD. *Bereavement and Adaptation*. Washington: Hemisphere Pub.Corp., 1993.
- 30) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959; 49: 888-899.
- 31) 斎藤友紀雄. 自殺と家族. In: デーケン A, 柳田邦男, 編. <突然の死>とグリーフケア. 東京: 春秋社, 1997; 268-290.
- 32) 高橋祥友. 自殺のサインを読みとる. 東京: 講談社, 2001.
- 33) 国立社会保障・人口問題研究所, 編. 人口統計資料集2006. 人口問題研究資料 2006; 313号
- 34) 河合千恵子. 配偶者との死別. In: デーケン A, 重兼芳子, 編. 伴侶に先立たれた時. 東京: 春秋社, 1988; 4-57.
- 35) 寺崎明美, 中村健一. 配偶者喪失における高齢者の悲嘆とそれを左右する要因. *日本公衛誌* 1998; 45: 512-525.
- 36) 宮林幸江. 悲嘆反応に関する基礎的研究. *お茶の水医学雑誌* 2003; 51: 51-69.
- 37) ボウルビィ J. 母子関係の理論 III 愛情喪失, 東京: 岩崎学術出版社, 1981; 21-283. Attachment and Loss III; Loss: Sadness and Depression, 1980, Londa: Hogarth, 1980.
- 38) ひろさちや. 仏教と神道. 東京: 新潮社, 1987; 181-186.
- 39) Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-145.
- 40) Goldberg DP, 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版 GHQ 精神健康調査票手引. 東京: 日本文化科学社, 1985.
- 41) 河野友信, 末松弘行, 新里里春. 心理テスト. 東京: 朝倉書店, 1999; 37: 238.
- 42) 成田智拓, 佐藤哲哉, 平野茂樹, 他. 笠原のうつ病スケール (Kasahara's Depression Inventory; KDI) の信頼性と妥当性. *臨床精神医学* 1999; 28: 555-562.
- 43) 厚生統計協会, 編. 国民衛生の動向, 東京: 厚生統計協会, 2006; 53: 43-60.
- 44) Miyabayashi S, Yasuda J. Effect of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: Their general health, depressive mood and grief reaction. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2007; 61: 502-508.
- 45) Stroebe MS, Stroebe W. Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychol Bul* 1983; 93: 279-301.
- 46) Lund DA, Caserta MS, Dimond MF. Gender differences through two years of bereavement among the elderly. *Gerontologist* 1986; 23: 314-320.
- 47) Lehman DR, Wortman CB, Williams AF. Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *J Personal Soc Psychol* 1987; 52: 218-231.
- 48) Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 349-357.
- 49) 佐藤志穂子. 死別経験者における PTSD. *臨床精神医学* 1998; 27: 1575-1586.
- 50) Fulton R, Gottesman DJ. Anticipatory grief. *Br J Psychiat* 1980; 137: 45-54.
- 51) Stroebe W, Stroebe MS, Domittner G. Individual and situational differences in recovery from bereavement. *J Soc Issues* 1988; 44: 143-158.
- 52) 松井 豊, 編. 悲嘆の心理, 東京: サイエンス社 1997; 243-254.
- 53) 宮林幸江. グリーフケア (死別悲嘆の看護) 前編: グリーフケアと日本・アメリカの状況. *仏事* 2004; 40: 42-47.
- 54) 宮林幸江. ワークショップによるグリーフケア. *緩和ケア* 2005; 15: 284-288.
- 55) 宮林幸江. ながれるままに涙をながしましょう. 東京: ソニーマガジズ, 2002; 75-203.

A comparison of effects of four modes of death on health, depression and grief of the bereaved

Sachie MIYABAYASHI* and Jin YASUDA^{2*}

Key words : death-mode, suicide, accidental death, acute death, illness-related death, bereavement-reaction

Purpose To evaluate how the mode of death affect health and emotional reaction.

Method We analyzed 178 responses to a questionnaire from the bereaved. The respondents were divided into 4 groups: bereaved by suicide, accident, acute death (less than a day from onset), and illness-related death (less than a year from onset).

Results The suicide, accident and acute death groups indicated averages higher than or as high as the clinical threshold on both general health scale and depression scale. Differences among groups appeared on all but the subscales of somatic symptoms and of anxiety & insomnia.

Discussion The cause-of-death factor has an effect on the bereavement reaction. The effect seemed more apparent on emotion than on physical health.

* Miyagi University, School of Nursing

^{2*} Grief Care Center