

原 著

配偶者を亡くした遺族の悲嘆の過程とケアニード
～病名告知から死別後1年間まで～江藤亜矢子, 東 玲子¹⁾山口大学大学院医学系研究科臨床看護学 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)
山口大学名誉教授(元 山口大学大学院医学系研究科臨床看護学)¹⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words: 悲嘆過程, グリーフケア, 配偶者, ケアニード, 家族

和文抄録

本研究の目的は、配偶者の死を覚悟せざるを得ない病名の告知後から死別後1年間に、家族が体験した悲嘆の過程とケアニードを明らかにすることである。1年前に配偶者を亡くした遺族10名に、半構成的面接法を用いて配偶者の発病から死亡するまでと死後1年間の心理状況を回顧的口述により聴取した。配偶者の病名告知から死後1年間に6期間を設定し、各期間で配偶者を亡くした家族が経験した「感情を表しているデータ」と「心理的肯定的な状況」と「心理的否定的な状況」を抽出し、家族が体験していた悲嘆と必要としているケアニードについて意味内容の類似性に従って分類した。全過程をとおして20の感情カテゴリーとケアニードに関する6つのカテゴリーと10のサブカテゴリーが抽出された。

悲嘆の過程は個人によりさまざまであり、悲嘆の過程を行き来しながら、それぞれの過程を経ていた。〈自己激励〉や〈はりつめ〉は、悲嘆の過程を健全に推進する感情因子として考えられ、〈後悔〉や《自責の念》は、健全な悲嘆の過程を抑制する因子として考えられた。

ケアニードに関する6つのカテゴリーは〈最善をつくしてほしい〉〈満足できる医療を提供してほしい〉〈尊厳のある死を迎えさせてほしい〉〈家族の絆を維持させてほしい〉〈話を聞いてほしい〉〈周囲か

らの支えが欲しい〉であった。

悲嘆の過程を支え助ける方法として、悲嘆の過程には個別性があることを認識し、悲嘆の過程を健全に推進する因子を引き出し、また、悲嘆の過程を抑制する因子を軽減できるような看護師の関わりが必要であると示唆された。また、死別後の悲嘆の進行は生前の満足いく医療・ケアに影響されており、生前のケアニードに応じた支援が重要である。

I. 緒言

わが国の終末期医療の現状は約7割が在宅ではなく病院で死を迎えている¹⁾。これらの患者の死後、一般病棟では遺族へのケアはほとんどが行われていないと言っても過言ではない²⁻⁵⁾。患者の死後、遺された遺族は、悲しみ、後悔、罪責感などの感情を抱き苦しむ、これらの想いは深く、それらの感情が穏やかなものとなるまでの道程は果てしなく遠く感じられるものだと考えられる。大切な人の死を体験または予期した時、遺される人々は悲嘆のプロセスと呼ばれる一連の情緒的反応を経験し、このプロセスを体験することは厳しい試練であり、その悲嘆のプロセスを克服するには多くの困難を伴う⁶⁾。また、未解決の悲嘆は心身に悪影響を及ぼす事が多く、悲嘆作業を順調に行えるように援助することが異常な悲嘆から起こる病気を阻止することが可能である⁷⁾。キューブラー・ロスによると、愛する肉親の死の前にその肉親へのさまざまな想いを表白することを

援助することができたら家族は精神的に落ち着き、生前に悲嘆が表出された分、後の悲嘆は軽減される⁸⁾と指摘している。また、宮本らは、悲嘆は通常に起こる感情であるが、亡くなった者との親密性やその人の死生観・価値観、その人の置かれている社会文化的環境などが悲嘆の過程に大きく関係すると⁹⁾と述べている。一般的に、悲嘆の過程で、うつ病やアルコールや薬物への依存を引き起こすなど長期化する病的な悲嘆となることがなく、愛する人の死を上手に克服できたならば、正常の悲嘆を乗り越えられたといい、家族を亡くした後もそれまで以上にその人らしく人生を進むことができる¹⁰⁾と考えられている。しかし悲嘆を体験する人々の多くは悲嘆のプロセスについて十分に認識していないか、あるいはこれに適切に対処しておらず、結果として人間成長の貴重なチャンスを逸したり、心身に悪影響を被ったりする場合が少なくない。そして、悲嘆のプロセスを上手に乗り越えられなかったために病気に罹患する例が報告されている¹¹⁾。悲嘆状況の病的な成り行きは深刻であり、家族を支援することが必要である¹²⁾。通常、悲嘆の過程からの回復は半年から1年程度かかると考えられ¹³⁻¹⁵⁾、悲嘆の各段階が長く続く場合は病的な状態に陥っていると考えられ、適切に対処することが必要である¹¹⁾。

II. 研究の背景

悲嘆のプロセスはLindemann⁷⁾、Caplan¹⁴⁾やParkes¹⁶⁾などによって明らかにされている。

Lindemann⁷⁾は悲嘆の過程の性質について、健康な悲嘆反応と、極端な精神的あるいは精神身体的病気の特徴である抑鬱症や胃潰瘍などの胃腸障害の徴候を示す病的な悲嘆反応をあげ、悲嘆作業を行わせることで、このような病気を阻止できることを述べている。また、悲嘆の過程を1) 身体的苦痛、2) 死者のイメージへのとらわれ、3) 罪責感、4) 敵意反応、5) 普通の行動様式の喪失の5段階からなると表している。Caplan¹⁴⁾は悲嘆の心理過程は必ずしも死後より起こってくるのではなく、死を予期した時期より始まり、正常悲哀の心理過程と同様の段階を辿ると述べている。Parkes¹⁶⁾は悲しみの段階として驚愕、探索、鎮静あるいは慰安の源の発見、怒りと罪の意識、新しい同一性の獲得または喪失へ

の順応をあげている。

「悲嘆の過程」は死生観・価値観、個人のパーソナリティ、社会文化的環境が大きく関係する^{5, 13)}感情であるにも関わらず、日本独自の文化に基づいている研究は少ない^{3, 17, 18)}。我が国にみられる悲嘆に関する研究では、鈴木¹⁵⁾の悲哀の心理過程を明らかにした研究¹⁵⁾や岩崎¹⁹⁾はFinkの危機モデルを用いて、遺族の自己のイメージと悲嘆の過程について分析しており、川又²⁰⁾、赤島²¹⁾、塚崎²²⁾はA・デーケンの悲嘆プロセスを用いて、患者を看取った家族の悲嘆について分析している。他に、中西ら²³⁾、齊藤ら²⁴⁾のBowlbyの悲嘆のプロセスの枠組みで行われた研究などがある。このように日本人の実証的な研究はあるにしても、いずれも既存の枠組みや質問項目を使用して遺族の悲嘆反応を分析したものであり²⁵⁾、提唱されてきたものに捉われずに、遺族が経験した感情を調査したものではない。また、独自に悲嘆の過程を明らかにしたものでない。在宅終末期看護における介護家族に関する研究²⁶⁻²⁹⁾や親の死の受容と悲嘆のプロセスに関する研究³⁰⁾やその他家族の悲嘆の過程に関するものである。配偶者の悲嘆の過程に関するものでは、死後1年以上における配偶者の予期的悲嘆の研究¹⁷⁾や妻の心理と看護に関するもの³¹⁾があるが、病名告知を受けた時から死後1年後までの悲嘆の過程を明らかにされたものはない。従って、日本独自の文化に沿った「配偶者の悲嘆の過程」を明らかにする必要がある。

悲嘆の境地にある遺族のニードについて、患者の死の前に患者との関わりに関するニードが満たされていた場合、遺族が抱く罪責感や悲しみはかなり救われていた^{8, 32)}と考えられている。終末期患者や家族の情緒的・身体的ニードを満たすケアは、死にゆく患者や家族を孤独な状態にさせない²⁶⁾、そして、家族が後悔しなくてもすむような重要な意味を持つ援助である^{33, 34)}。つまり、大切な家族の最期に携わる終末期看護の遺族への関わりが大きく関係してくると考えられ、終末期患者の家族や遺された家族の心理や心理過程、ニードに関する研究が重要視されている^{15, 35)}。

終末期患者の家族のもつニードに関する先行研究は、Hampeの「8つのニード」²⁶⁾に加えて国内では、鈴木による「10のニード」³⁶⁾が明らかにされているが、患者が告知されてから死後1年後までの

「配偶者の悲嘆の過程」の各段階で必要とされている「遺族のもつニード」として、具体的に明らかにされているものは少ない³⁷⁾。したがって、病名告知後から死後1年後までに家族が必要としているケアニードを明らかにすることは、今後、悲嘆ケアを確立して行くにあたり重要な意味がある。

Ⅲ. 研究の目的

配偶者の病名告知から死後1年の間、遺族が体験した悲嘆の過程とケアニードを明らかにすることである。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究参加者と調査期間

研究参加者は、調査日より1年前のX市の地方紙の訃報謹告欄に記載された者の配偶者のうちで20歳以上の者で、本研究の趣旨を理解し協力を得られた者とした。1年前とした根拠は基本的な悲嘆のプロセスをたどって立ち直りの段階に至るまでに多くの人はおよそ1年間を要する^{11, 15)}と言われていることに基づいている。また、死の性質により悲嘆の過程が様々である^{9, 38)}。自殺・他殺、突然死は遺された者にとって他の場合と異なり³⁹⁾、抑うつ・悲嘆反応の強度は自殺>事故死>急性死>病死の順と推測される⁴⁰⁾ことから、亡くなった配偶者の死因が事故死、自殺、突然死の場合は本研究から除外した。

調査期間は2006年5月から2006年11月であった。

3. 調査方法

X市の地方紙の訃報謹告欄に記載された者の配偶者に、同意説明文書と返信用ハガキを郵便にて送付した。文書による研究説明を行い、返送されるハガキによって、次の電話または訪問の許可を得た。返送してきた者に電話連絡し、口頭にて研究説明を行い、自由意思による同意を得た。また、同時に参加者の希望に沿って調査日時と調査場所を決定した。

質問紙により、研究参加者の属性等(年齢、性別、職業、家族構成、看病の支えとなった人・事柄、相談相手、配偶者の命日、配偶者の死亡年齢、配偶者の死因、配偶者の病名を告知されてから死亡までの

時間、治療の方法がこれ以上ないと宣告されて死亡までの時間)13項目を調査した。また、配偶者の発病から死亡するまでと死後1年間の心理状況を詳細に調査するためにインタビューガイドを用いて1.5時間から2時間の半構成的面接を行った。インタビューガイドは、「病名告知をされた時」、「余命告知をされた時」、「配偶者が亡くなった時」、「死～49日」、「49日～1年」、「1年後現在」の、各段階において感じた心理状況を回顧的口述により聴取した。「病名告知～余命告知」の期間をI-1期、「余命告知～臨終」の期間をI-2期、「臨終の日」をI-3期とし、「死～49日」をII期、「49日～1年」をIII期、「1年後現在」をIV期とした。

死後49日を期間の区切りとした設定は、以下の根拠に基づく。一般的に死別の経験は宗教に関連する場合が多く、我が国では仏教に根ざすしきたりが浸透している。遺族にとっては忌明けの日とされ、死後の悲嘆からある程度落ち着きを取り戻して新しい生活に踏み出そうとする時期であると考えられている¹⁵⁾。

面接環境は、プライバシー確保と参加者が辛い時期を回顧しなければならないことに配慮し、参加者の希望する日時・場所とした。10名のうち5名は自宅、1名は参加者の勤務先の1室、4名は研究者の準備した個室で聴取した。

データの客観性及び信頼性を確保するために、参加者が表現した言葉について、研究者がとらえた解釈が正しいか参加者に確認しながら行った。面接による会話は、研究参加者の承諾を得た上でレコーダーに記録した。

4. 分析方法

面接により得られたデータは、研究者が逐語録とし、下記の分析を行った。

1) 分析1: 遺族が体験した悲嘆の過程

逐語録より、参加者の「悲嘆の感情を表しているデータ」を抽出し、意味のある言葉ごとに分類し、カテゴリー化し、抽象化していった。分析結果より、各時期に配偶者を亡くした遺族が感じる感情に名称をつけ、悲嘆の過程として分類した。

2) 分析2: 遺族が必要としているケアニード

逐語録より、配偶者を亡くした遺族が経験した「心理的肯定的な状況」と「心理的否定的な状況」を抽出し、意味のある言葉ごとに分類し、カテゴリー

一化し、抽象化していった。分析結果より、遺族が必要としているケアニーズを表した。

分析の各段階で解釈の客観性及び信頼性を確保するために、本研究分野の経験豊富な2名の専門家によるスーパーバイズを受けながら、意見交換して合意を得た。

5. 倫理的配慮

研究協力を依頼する際に、同意説明文書を添付して文書による研究説明を行った。返信があった者に後日連絡をし、電話にて再度研究説明を行った。また、面接を行う際、改めて同意説明文書による説明と、書面による同意を得た。面接については、途中退席してもよいこと、答えたくないことは無理に答えなくてよいことを説明した。また、面接時はプライバシーの確保に努め、得られたデータは匿名化し、個人情報保護に努めた。

なお、本研究は、山口大学医学部附属病院医薬品等治験・臨床研究等審査委員会の審査・承認（管理番号：H18-34）を得て実施した。

V. 結果

1. 参加者の概要

研究協力を依頼する同意説明文書を76名に送付した結果、返送があった者は31名であった。その31名に電話による研究説明を行い、研究協力に同意を得られた18名のうち亡くなった配偶者の死因が事故死、自殺、突然死であった3名を除外し、15名を研究参加者とした。データが飽和状態に達した10名のデータの分析と考察をおこなった。

参加者の概要は、表1に示した。

2. 遺族が体験した悲嘆のプロセス

分析の結果、参加者が表した終末期（I期）から死後1年後現在（IV期）までの感情を表2～表7に示す。全過程をとおして20の感情のカテゴリーが抽出された。図1に遺族の悲嘆の過程、表8に感情のカテゴリー・サブカテゴリーの概念を表した。以下カテゴリーを〈〉で、サブカテゴリーを《》を用いて示す。また、A～Jは参加者を示す。

表1 参加者の概要

参加者					配偶者				
	性別	年齢	職業	同居家族	年齢	病名	連添った時間	病名告知～ 臨終までの時間	余命告知～ 臨終までの時間
A	女	52	無職	息子	54	肝臓癌	28	9年2ヶ月	2ヶ月
B	男	46	自営業	息子・父	43	子宮頸癌	16	1年3ヶ月	2ヶ月
C	男	85	無職	なし	76	間質性肺炎	59	7年	6ヶ月
D	男	78	無職	なし	75	肝臓癌	50	4ヶ月	4ヶ月
E	女	60	無職	なし	68	直腸癌	38	1年	15日
F	男	59	会社員	義母	52	胃癌転移	29	2.5年	1ヶ月
G	女	55	自営事務	息子	54	肝臓癌	35	2年	1週間
H	男	80	無職	息子家族	75	悪性リンパ腫	53	1年7ヶ月	1ヶ月
I	女	77	無職	息子夫婦	82	心不全	55	11年	2ヶ月
J	女	73	無職	息子家族	74	大腸癌	46	2年	3ヶ月

1) I-1期：病名告知～余命告知（表2）

この時期の感情カテゴリーとして、〈衝撃〉〈不安〉〈孤独感〉〈覚悟〉〈自己激励〉〈希望〉の6つのカテゴリーを抽出できた。〈衝撃〉は、病名告知によって起こる許容しがたい心への打撃であり、B、Gの語りから《困惑》、Eの語りから《感覚麻痺》、Fの語りから《現実否認》、Bの語りから《失意》の4つのサブカテゴリーで形成された。〈不安〉は、A、Bの語りから、避けたい事態が将来襲いかかってくるのではないかという恐怖感によって精神的安定を揺らがされ、将来自分に覆い被さってくるものへの《不安》であった。〈孤独感〉は、Hの語りから《寂しい》、在るべきものの不在や喪失を認識することによって起こる寂しさや心細さから感じられ、自らを孤独と実感する気持ちがあった。〈覚悟〉は、病名告知に対して、危険な状態や好ましくない結果を予想し、それに対応して心構えを持つことであり、Hの語りから《覚悟する》、Cの語りから《あきらめ》の2つのサブカテゴリーからなった。この2つのサブカテゴリーは事態に対する同じく心構えをすることであるが、《あきらめ》は無理だと決心すること断念することであり、《覚悟する》に比較してより失望感の強いものであった。〈自己激励〉は、E、

Bの語りから、起こる事態に対して自らを励まし、またその気持ちを持ち続けて行動しようと努める前向きな気持ちを持つようとするものである。〈希望〉は、A、Cの語りから、病状がよい状態で留まることやよい方向へ向かうことを望んで期待し、またそのように願う気持ちである。

2) I-2期：余命告知～臨終（表3）

この時期の感情カテゴリーとしては、〈衝撃〉〈覚悟〉〈不安〉〈悲しみ〉〈孤独感〉〈葛藤〉5つのカテゴリーを抽出できた。〈衝撃〉は余命告知によって死までの時間が迫っていることを知らされ、配偶者の死をより近くに避けられないものとして痛感させられて起こる、さらに許容しがたい心の激しい動きであり、Gの語りから《困惑》、Fの語りから《動揺》、Fの語りから《感覚麻痺》、Eの語りから《現実否認》の4つのサブカテゴリーで形成された。〈覚悟〉はJの語りから《覚悟》と《あきらめ》の2つのサブカテゴリーで形成され、余命告知によって、死を「避けられない」と感じ、配偶者の死を予想し、それに対して心構えをするように自分の中で納得しようとする思いがあった。〈不安〉は、Aの語りから、死が近づいたことを本人に悟らせることを恐れて精神的に不安定な状態であった。〈悲

表2 I-1期：病名告知～余命告知 遺族が表した感情

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語り
衝撃	困惑	B「病名を告知されて、落ち着いて聞いていられる状態ではなくて困惑した」 G「癌と聞いてびっくりして聞き直した」
	感覚麻痺	E「癌と聞いてショックとか何よりも何も考えてなかった」
	現実否認	F「何も考えてない、何も考えたくない気持ち、覚悟したのでもない」
	失意	B「手術ができないと聞いてひどく落胆した」
不安	不安	A「告知されて夫が自殺しないか心配だった」 B「妻が居なくなる将来のことを考えて悩んだ」
孤独感	寂しい	H「入院して一年間は亡くなった時よりも寂しかった」
覚悟	覚悟する	H「悪性リンパ腫と告知されて、悪性だから観念した」
	あきらめ	C「告知されてどうしようもないとあきらめの気持ち」
自己激励	自己激励	E「変に力が出てきてしっかりしようとする気持ち」 B「前向きな気持ちを持つとした」
希望	希望	A「夫が治療で生きながらえと、 死を忘れてしまい、このまま居てくれるような気がした」 C「少しでも長く生きられることを願った」

表3 I-2期：余命告知～臨終 遺族が表した感情

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語り
衝撃	困惑	G「余命がそんなに短いと思ってなくて驚いた」
	動揺	F「最期の急変時についての話を聞く時ビリビリしていた」
	感覚麻痺	F「余命を聞いて、真っ白というか素通りしている感じ」 F「余命を聞いても、よそ事みたいだった」
	現実否認	E「説明を受けて頭では悪いと思っていても、夫は死なないうような気がしていた」
覚悟	覚悟	J「つらいけど、夫は息をするのも苦しそうなので、気持ちの整理はついた」
	あきらめ	J「先生から最後の告知を聞いた時は避けられないと思った」
不安	不安	A「夫に死を悟られるのが怖かった」
悲しみ	悲しみ	B「意識不明になった時、もう語りかけることもできない悲しみを感じた」
孤独感	孤独感	B「看病している時からずっと孤独感があった」
葛藤	葛藤	A「延命処置を本当にしなくていいのか悩んだ」

表4 I-3期 臨終の日 遺族が表した感情

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語り
衝撃	困惑	E「夫が死ぬような状態とは思っていなかったのが突然の死にとまどった」 G「あまりにも早かったので信じられなくて唖然とした」
	無感覚	F「葬儀が始まるまで、悲しさも寂しさも涙もなく、どういう感情もなかった」
	失意	D「こんなに早く逝くとは思ってなかった、がっかりした」
現実認識	現実承認	H「来る時が来たと思った」 G「やっぱり無理だったんだと悲しかった」
憐憫	憐憫	I「家族が間に合わなくて、夫が淋しく逝ったのでかわいそうで涙がとまらなかった」
悲しみ	悲しみ	A「もう目の前から居ないし、話しかけることもできない悲しみを感じた」
孤独感	孤独感	D「寂しさでいっぱいだった」
安堵感	達成感	A「十分することはした、という達成感があった」
	安堵感	A「つらかった。本当に終わったと思えば安堵感があった」 G「夫が楽になれてよかったと安心した」
はりつめ	はりつめ	C「くよくよ考えてはいらなかった」 E「病室を早く出なくてはならないという想いで、悲しんではいらなかった」 C「最後までしっかりして丁寧に送ってあげようという気持ち」
後悔	後悔	J「これほど悪いと思ってなかったのが、最期傍に居なかった。居ればよかった。」 E「夫の最期の帰りの支度ができてなくて悲しかった」
	無念	A「生体肝移植ができなかったことが残念」
	自責の念	B「自分が治療方法をすすめたので亡くなった時の妻の変わり果てた姿を見て治療が体に悪かったのではないかと後悔した」
		D「転院後1週間で亡くなったので転院したことが悪かったのではないかと最大に後悔した」

しみ〉は、Bの語りから、配偶者との別れを感じて起こる想い《悲しみ》であった。〈孤独感〉は、Bの語りから、配偶者の入院や病状の悪化により、夫婦間の生活から配偶者の不在を実感し寂しさを感じられていた。〈葛藤〉は看病や治療を受けるにあたり、Aの語りより〈葛藤〉を抱いていた。

3) I-3期：臨終の日(表4)

この時期の感情のカテゴリーとしては〈衝撃〉〈現実認識〉〈憐憫〉〈悲しみ〉〈孤独感〉〈安堵感〉〈張りつめ〉〈後悔〉の8つのカテゴリーを抽出できた。〈衝撃〉は配偶者の死を体験して、死を実感できない感情や、死の現実にショックを受けており、E、Gの語りから《困惑》、Fの語りから《無感覚》、Dの語りから《失意》の3つのサブカテゴリーから形成された。〈現実認識〉は、終に配偶者が亡くなった現実を思い知らされる感情でH、Gの語りから《現実承認》からなる。〈憐憫〉はIの語りから、夫の人生の終結を哀れむ想いであった。〈悲しみ〉は、Aの語りから、死による配偶者の喪失を悲しむ想いであった。〈孤独感〉はDの語りから、永久の配偶者の不在を実感し感じる想いであった。〈安堵感〉は死によって苦しかった闘病生活が配偶者にとっても自分にとっても終結することで心の落

ち着きを感じる想いであり、Aの語りから《達成感》、A、Gの語りから《安堵感》の2つのサブカテゴリーから形成された。〈はりつめ〉は、C、Eの語りから、死によって次々と起こる感情や葬儀などの行事にむけてしっかりと自分自身を維持しようと緊張を保とうとする想いであった。〈後悔〉はJ、Eの語りから、死によって故人に果たしきれなかった事に対して、自分を責め、悔やむ想いがあり《後悔》、Aの語りから《無念》、B、Dの語りから《自責の念》の3つのサブカテゴリーから形成された。

4) II期：臨終～49日(表5)

この時期の感情のカテゴリーとしては、〈衝撃〉〈現実認識〉〈はりつめ〉〈自己激励〉〈孤独感〉〈不安〉〈後悔〉〈恨み〉〈感謝〉の9つのカテゴリーを抽出できた。〈衝撃〉は配偶者の死後、現実として受け止められていない感情の状態、Fの語りから《感覚麻痺》、Hの語りから《現実否認》の2つのサブカテゴリーから形成された。〈現実認識〉は、Fの語りから、葬儀や入棺時に死や別れを認識させられることによって悲しみを感じる想いであった。〈はりつめ〉は、Aの語りから、葬儀・法事などの行事を精一杯やりとげるために緊張を保とうとする想いであった。〈自己激励〉は、Aの語りから、配

表5 II期：死～49日 遺族が表した感情

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語り
衝撃	感覚麻痺	F「葬儀が始まるまで忙しくて泣くとか悲しいという状態はなかった」
	現実否認	H「亡くなって2、3ヶ月は まだ入院しているような気がして寂しくなった」
現実認識	現実認識	F「焼却炉に入棺する時、痛切に一緒に入りたいと感じて涙がとまらなかった」
はりつめ	はりつめ	A「亡くなって忙しくて気を抜くどころではなかった」
自己激励	自己激励	A「葬儀後落ち着いて、気を引き締めて気合いを入れないといけないと思った」
孤独感	寂しい 孤独感	G「寂しくて早く夫に会いに行きたいと思った」
		F「死んだ途端から居ないのを感じて、夜寝る時寂しかった」
		E「1週間後、一人になった時シャワーにかかりながら泣いた」
不安	不安	F「自分が倒れた時、気づいてくれる人がいないと考え出したら不安で寝られなかった」
後悔	心残り	I「最期に家族が間に合わなかったのが心残り」
	自責の念	G「最期に一緒に外出するチャンスを逃したことが悔やまれる」
恨み	医療への恨み	J「もっと早く治療してもらえたらよかったのにと、悔いが残る」
感謝	感謝	A「生前は当たり前と思っていたけど、亡くなってから改めて妻の有り難みがわかった」

偶者の死後、気を引き締めて自らを励まして建設的に捉えようという想いであった。〈孤独感〉は故人の不在を認識して寂しさを感じる想いであり、Gの語りから《寂しい》、F、Eの語りから《孤独感》の2つのサブカテゴリーから形成された。〈不安〉は、Fの語りから、配偶者の死によって、一人になったこれからの将来の事を考えて精神的不安定を感じていた。〈後悔〉は配偶者の死によって果たせなくなったことや最期の配偶者へのかかわり方を悔やむ想いであり、Iの語りから《心残り》、Gの語りから《自責の念》の2つのサブカテゴリーから形成された。〈感謝〉は、Aの語りから、配偶者の生前の行いに対して有り難みを感じていた。さらに、Jの語りから故人の死に関連した医療への悔いを感じており、配偶者のために望む治療を受けさせられなかったという想い《医療への恨み》のサブカテゴリーから形成された。

5) III期：49日～1年（表6）

この時期の感情のカテゴリーは〈無気力〉〈現実否認〉〈現実認識〉〈孤独感〉〈悲しみ〉〈後悔〉〈恨み〉〈受容〉〈思慕〉〈再構成〉の10のカテゴリーを抽出できた。〈無気力〉は、G、Fの語りから、配偶者の死後、すべてに興味を持ってなくて何もする気が起きない想い《無気力》であった。〈現実否認〉は、Hの語りから、亡くなったことを生活の中で実感で

きない想いであった。〈現実認識〉は、Hの語りから、生活していく中で配偶者の不在に気づく想いであった。〈孤独感〉は配偶者の居ない生活に寂しさを感じる想いであり、Fの語りから《酒に逃避》、Aの語りから《寂しい》の2つのサブカテゴリーから形成された。〈悲しみ〉は、Aの語りから、配偶者の死によって感じられる心の苦しい想い《悲しみ》であった。〈後悔〉は配偶者の生前にしてあげきれなかった事を悔やむ想いや、自らの否を責める想いであり、Eの語りから《心残り》、Gの語りから《自責の念》の2つのサブカテゴリーから形成された。〈恨み〉は不十分な医療を恨む想いであり、Jの語りから《医療への恨み》のサブカテゴリーから形成された。〈受容〉は配偶者の死を自分なりに真正面から受け止められることであり、Aの語りから《安穩》のサブカテゴリーから形成された。〈思慕〉は、Gの語りから、故人を思っては悲しむ想いであった。〈再構成〉は、Eの語りから、配偶者の死の悲しみを乗り越え、穏やかな気持ちで故人を懐かしむことができる想いであった。

6) IV期：1年後現在（表7）

この時期の感情のカテゴリーは〈孤独感〉〈悲しみ〉〈後悔〉〈恨み〉〈不安〉〈自己激励〉〈感謝〉〈思慕〉〈受容〉〈再構成〉の10のカテゴリーを抽出できた。〈孤独感〉は配偶者の不在を実感して生活の中

表6 III期：49日～1年 遺族が表した感情

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語り
無気力	無気力	G「無気力で何もする気が起きなかった」 F「物事が投げやりになる、何をしてもおもしろくない」
現実否認	現実否認	H「亡くなって2、3ヶ月はまだ入院して居るような気がして寂しくなかった」
現実認識	現実認識	H「亡くなって2、3ヶ月して居ないことを実感した」
孤独感	酒に逃避 寂しい	F「飲めないお酒を飲むようになった」 A「寝る時居ないのが寂しかった」
悲しみ	悲しみ	A「ふさぎ込んではいなかったけど、悲しかった」
後悔	心残り 自責の念	E「夫にしてあげられてなくて心残りである」 G「最期に夫と一緒に外出するチャンスを逃したことが悔やまれる」
恨み	医療への恨み	J「もっと治療が早かったらよかったのにと悔いが残る」
受容	安穩	A「夫が行きたがっていた所に散骨に行って気持ちが落ち着いていた」
思慕	思慕	G「位牌があるとと思ったら毎日世話をし、仏壇の前ですっと泣いていた」
再構成	再構成	E「毎日こうやって階段をあがって来たんだなど、病院を懐かしく思った」

で寂しさを感じる想いであり、Dの語りから《虚無感》、Gの語りから《寂しい》の2つのサブカテゴリーから形成された。〈悲しみ〉は、G、Jの語りから、配偶者のことを思い出す時々を感じる想い《悲しい》があった。〈後悔〉は配偶者に果たせなかったことを思い返して残念に思うことや、自らを責め

る想いがあり、Aの語りから《心残り》、Eの語りから《無念》、E、Gの語りから《自責の念》の3つのサブカテゴリーから形成された。〈恨み〉は配偶者の死によって苦しめられる原因に対して恨む想いであり、Jの語りから《医療への恨み》、Hの語りから《故人への恨み》の2つのサブカテゴリーから

表7 IV期：1年後現在 遺族が表した感情

カテゴリー	サブカテゴリー	参加者の語り
孤独感	虚無感	D「夜一人で辛くさいからまたタバコを吸い始めた」
	寂しい	G「話し相手が居なくて、夫が居ないんだと実感して寂しさがある」
悲しみ	悲しい	G「夫からのクリスマスプレゼントを見ると涙が出るからしまっている」 J「常の想いはなくなっているけど、話が触れると涙が出る」
後悔	心残り	A「夫が行きたがっていた旅行に行けなくて残念だった」
	無念	E「最期に傍に居なかったことが悔やまれる」
	自責の念	E「一生懸命できるだけのことをしたつもりでも、 あとになっていろいろとしてあげたかったと思う」 G「私は夫の死が頭になかったけど、 夫は自分の死を近く感じて怖かっただろうとかわいそうに思う」
恨み	医療への恨み	J「もっと治療が早かったらよかったのにと悔いが残る」
	故人への恨み	H「何故俺一人遺して死んだのかと思う」
不安	不安	D「この先、自分の具合が悪くなった時のことを考えると不安に思う」
自己激励	自己激励	E「この1年間は寂しいなどの感情はなくて一生懸命やってきた」
感謝	故人に感謝	E「生前、理解のあった夫に感謝している」
	友人に感謝	I「近所の方がよくしてくれて助かる」
	家族に感謝	J「家族のおかげで1周忌がむかえられて感謝している」
思慕	思慕	D「仏壇の世話を常にするようになった」
受容	安穏	A「夫のお骨を傍に置いていると穏やかな気持ちでいられる」 E「夫との人生に満足できたから落ち込むことなく精神的に安定していられた」
		J「看病中にケンカしたりしたけど、亡くなれば懐かしい」 E「夫を思い出すことが、夫にできることだと思っている」
	懐古	F「立ち寄るのも嫌だったが、 この病室で死んだんだと素直に受け入れられるようになった」
		A「思い出して自分を責めることが段々減った」 J「1年で話せる状況にもなってきた」
再構成	再構成	B「妻が亡くなって、これまでの自分が感じなかったことを感じて、新しいものを吸収できた」 A「いつか夫が行きたがっていたスペインに散骨に行きたい」 F「あれ以上長く妻が生きて、元気かどうかわからないから、(再入院して死ぬまで)1ヶ月だったことはある意味よかったと思う」

ら形成された。〈不安〉は、Dの語りから、一人を実感することによって精神的に不安定な想いであった。〈自己激励〉は、Eの語りから、節目である一周忌を終えて、前向きに考える建設的な想いがあった。〈感謝〉は1年を振り返って、支えてくれた家族や友人などへの感謝の想いであり、Eの語りから《故人に感謝》、Iの語りから《友人に感謝》、Jの語りから《家族に感謝》の3つのサブカテゴリーから形成された。〈思慕〉は、Dの語りから、配偶者を仏壇や写真を通して懐かしむ想いがあった。〈受容〉は配偶者の死を真正面から受け止め、それぞれの気持ちの転換により、現実として納得できる想いであり、A、Eの語りから《安穩》、J、Eの語りから《懐古》、F、A、Jの語りから《受容》の3つのサブカテゴリーから形成された。〈再構成〉は、B、A、Fの語りから、死の悲しみを乗り越えたことによって、生まれ変わって新しい感じ方・考え方をもって、出発できるような穏やかな想いがあった。1年経って、故人を想う感情は〈悲しみ〉から〈安穩〉〈懐古〉という穏やかな気持ちで思い出せるようになり、〈受容〉、〈再構成〉へと達した者が多かった。

7) 病名告知から現在に至るまでの、遺族の悲嘆の過程

病名告知、余命告知、死を経験する時、遺族は〈衝撃〉を感じているが、これらの〈衝撃〉は、それぞれの出来事毎に新たな〈衝撃〉をうけている。病名告知時の衝撃は《感覚麻痺》《現実否認》〈失意〉が含まれ、その後、〈不安〉や〈葛藤〉を抱きながら死を〈覚悟〉し、この時から、配偶者の死を予期した悲嘆を感じ始めている。死を予期することから起こる〈悲しみ〉や〈孤独感〉を感じて悲嘆の過程を進むと同時に、悲しい感情ばかりではなく、状況に対して〈自己激励〉し、〈希望〉を持っている。余命告知によって、また〈衝撃〉や《失意》を感じ、常に〈自己激励〉や〈希望〉を持ちながらも、死がどうしても避けられないことを痛感しながら各段階の〈覚悟〉をきめ、死を迎えていく。死後は〈悲しみ〉や〈孤独感〉とともに、死をもたらしした原因や故人に対する自らの否を責めて、〈後悔〉や〈恨み〉を感じる者もある。しかし、それらの悲しみや否定的な感情は周囲の人に支えられ〈感謝〉と共に徐々に軽減されていき、故人の思い出は悲しい

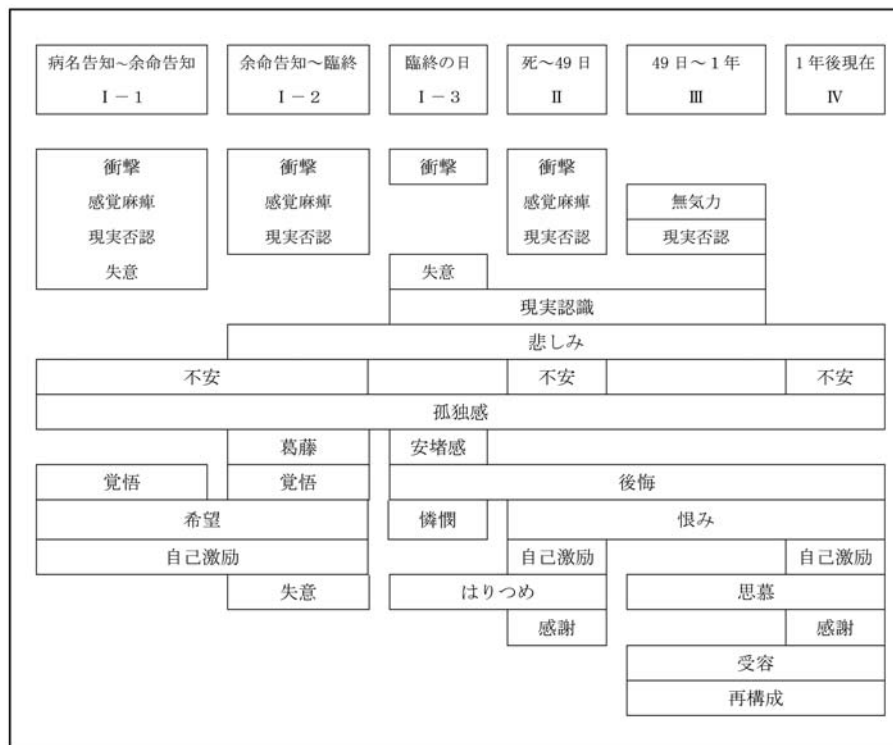


図1 遺族の悲嘆の過程
終末期（I期）から死後1年（IV期）の各期間の抽出された遺族の感情を示した図

表8 悲嘆過程で抽出された感情の定義

カテゴリー・サブカテゴリー	定義
衝撃	病名告知、余命告知、配偶者の死によって起こる許容しがたい心の激しい動き、ショック
不安	避けたい事態が将来襲いかかってくるのではないかとという恐怖感によって、精神的安定を揺らがされること、またその状態
覚悟	危険な状態や好ましくない結果を予想し、それに対応して心構えをすること。また、望まない結果が起こる前に対処しようとする
孤独感	在るべきものの不在や死・喪失を認識することによって起こる、寂しさや心細さから感じられる自らを孤独と実感する気持ち
自己激励	起こる事態に対して、自らを励まして建設的に捉えようとする、またその気持ちを持ち続けて行動しようとする
希望	物事がよい状態で留まることやよい方向へ向かうことを望んで期待すること、またそのように願う気持ち
悲しみ	大切な人の苦痛や死を予期したり経験することで感じられる心の苦しみ
葛藤	複数の想いや欲求が存在し、それらがつれあってどれを選択してよいか悩むこと、またその気持ち
憐憫	相手のことをかわいそうに思って、悲しむこと
安堵感	安心して心が落ち着くこと
はりつめ	起こった出来事によって揺るがされることがないように、しっかりと自分自身を精神的に維持しようと、精一杯緊張を保つこと、また、その実行のためにそれを装うこと
後悔	療養上満足できなかった事柄や死に至らしめた事柄に対して、悔やむこと、その中でも自らの行いや怠慢が原因と考えられる場合、その責めは自らに向けられ自責の念となる、また、果たしきれなかった事柄に対する報われない気持ち、無念として感じられる
現実認識	現実に起こっている、在るべきものの不在や死・喪失を感情的に現実として捉えること、心から認めること、そして、その現実を認識することによって悲しみの感情を感じる
恨み	故人の死を深く悲しむことによって、その死をもたらした原因や事柄、それに関わった人物にぶつける恨みの感情、自分を遺して亡くなった故人に向けられた恨みの感情
感謝	支えられた医療や人が行ってくれた行為に対して有り難く、貴く思う気持ち
無気力	すべてに興味をもてなくて、何もする気が起きないこと、物事がなげやりになって、何をしてもおもしろくないこと
現実否認	頭では受け入れていても、感情において認められない状態、思考がとまり、その出来事を感じるができず、あたかも経験してないかのような状態
思慕	故人の死を悲しみ、故人や故人の言動を思い起こして懐かしむこと
受容	故人の死を自分なりに真正面から受け止め、現実として納得できること
再構成	故人の死の悲しみを乗り越えたことによって自らが成長し、生まれ変わって新たな出発ができること、故人のことを思って悲しむことや自責の念、恨みは減り、よい思い出となって穏やかな気持ちで懐かしく想うことができる状態
感覚麻痺	衝撃をうけ、その出来事を自らに起こったこととして捉えることができない。
困惑	衝撃によって戸惑い、何も考えられない状態
失意	意に反する結果により、落胆すること、希望を失うこと
あきらめ	望む状態や結果をあきらめること、無理だと決心すること、断念すること

ものから懐かしく貴重な思い出として《懐古》〈思慕〉、故人への〈感謝〉の気持ちを多く感じるようになっていく。こうして、悲嘆は〈受容〉され、それまでの精神的な経験によって、それぞれ成長を遂げて〈再構成〉されていた。

しかし、この過程は個人によりさまざまであり、悲嘆の終結に達した者もあれば、1年経った現在も〈後悔〉や〈恨み〉を感じ、悲嘆の終結に至らない者や、これからの〈不安〉を抱えている者もあった。

3. 遺族が必要としているケアニーズ

分析の結果、6つのカテゴリーと10のサブカテゴリーを抽出した。6つのカテゴリーとして、〈最期まで最善をつくしてほしい〉〈満足できる医療を提供してもらいたい〉〈尊厳ある死を迎えさせてほしい〉〈家族の絆を維持させてほしい〉〈話を聞いてほしい〉〈周囲の支えが欲しい〉が抽出できた。以下カテゴリーを〈〉で、サブカテゴリーを《》を用いて示す。

1) 〈最期まで最善をつくしてほしい〉

このカテゴリーは、「ダメかもしれないと聞いた時は、出来る限りしてあげようと思い、夜昼誰かが付いておこうと思った」という語りから、配偶者にできる限りのことをさせてあげて人生に悔いを残させたくないという想いや自らの配偶者への想いを残すことなく果たしたいという気持ちから抽出されたニーズである。家族が患者につくしたいという想いから、医療者に対して最善のかかわりを望むニーズである。

2) 〈満足できる医療を提供してもらいたい〉

このカテゴリーは、配偶者に悔いの残らない最善の医療を受けさせたいと願う、家族だけでは闘うことのできない病気に対して医療や医療者に託す気持ちから抽出されたニーズである。〈満足できる医療を受けさせたい〉には《患者を尊重した誠実な医療や看護を受けさせたい》《十分な情報が知りたい》《病態にあった最適な医療を受けさせたい》の3つのサブカテゴリーが含まれる。医療者に対して満足できる医療を提供してほしいと願うニーズである。

《患者を尊重した誠実な医療や看護を提供してほしい》

このサブカテゴリーは、「亡くなった時、主治医に連絡をとられたが来てもらえなくて、当直医が最期の確認をされて憤慨した」のように、つらい病気や治療に対して精一杯闘う配偶者に、それが報われ

るように医師や看護師から誠意のある医療を受けさせたいという気持ちである。医療者に対して患者を尊重した誠実な医療や看護を提供してほしいと願うニーズである。

《十分な情報が欲しい》

このサブカテゴリーでは、「先生から『一回は帰らせてあげたいんです』と言われたが、はっきり言われなくて、希望を持ちたいと願っている家族にとっては病状の悪さや言われている意味が解りにくくて困った」のように、家族は医師に質問できる機会や時間が少ない状況を困難と感じていた。機をとらえた適切な説明を受けて配偶者の現在の病状を把握し、残された時間をかけがえのないものにしたいという気持ちがある。説明を受けても、病状の深刻さや言われている本当の意味が理解できず、適切な時期に適切な対応ができなかったことへの悔いが語られていた。医療者に対して患者の病状や予後について具体的に理解しやすい情報の提供を願うニーズである。

《病態にあった最適な医療を受けさせたい》

このサブカテゴリーでは、「私はホスピスをよく知らなくて、転院したら治療を止めるものと思って不安だったが、転院してみたら、苦しくてホスピスを希望していた夫を、そんなに苦しむ前に連れて来ておけばよかったと思った」のように、家族は配偶者の治療の説明について、何が今の病状に適している、負担にならない治療なのか、適切な緩和医療への転換期はいつなのか、機を逃さず明確に伝えて欲しいと願う気持ちがある。本当に必要と考えられる患者には緩和ケアの実施や情報の提供が実施されず、家族は患者の病状だけでなく心理状態に適した医療の情報を求めている。医療者に対して、患者の病態にあった最適な医療を受けさせたいと願うニーズである。

3) 〈尊厳ある死を迎えさせてほしい〉

このカテゴリーには、家族は最期まで配偶者が苦しむことなく、精神的に穏やかに過ごし、身ぎれいに旅立つことを願っていることから抽出されたニーズである。これには、《最期まで苦しませたくない》《患者を精神的に支えてほしい》《死後の整容が十分である》の3つのサブカテゴリーが含まれる。医療者に対して、患者に尊厳ある死を迎えさせられるような医療や看護を提供してほしいと願うニーズである。

《最期まで苦しませたくない》

このサブカテゴリーでは、「妻も苦痛がなく、子どもたちも遊ぶこともできて、自然に居られたことがよかった。妻の穏やかな時間が持ててよかった」のように、配偶者の苦しむ姿を見て、自分のことのように辛く感じ、何もできない無力さをもどかしく思う気持ちがある。また、厳しい苦痛から精神的に不安定な配偶者の姿を見ることのつらさに対して、できる限り苦痛が少なく最期まで穏やかに過ごせ、また共に過ごしたいという気持ちである。医療者に対して、患者の苦痛が最小限となり家族で穏やかな時間を過ごせるような医療や看護を提供してほしいと願うニードである。

《患者を精神的に支えてほしい》

このサブカテゴリーでは、「副作用でいろいろ変化が起こるたびに妻が落ち込んで、本人じゃないと解らない精神的な闘いをしているように思えてつらかった」のように、配偶者に死を感じさせることがかわいそうで辛い、病状の深刻さや死を悟らせたくない、医療者との十分なコミュニケーションに支えられ最期まで安らかな気持ちと希望を持たせてほしいという気持ちである。医療者に対して、患者とのかわりを通して精神的に支えてほしいと願うニードである。

《死後の整容が十分である》

このサブカテゴリーでは、「血が出たまま汚れていてそのままだったから、タオルでも置いてくればよかったのに、最期だけがちょっと目を覆いたかったし、かわいそうだった」のように、死後直後の身体の様相は家族に最後の姿として、強い印象を残している。美しく整えられた姿が印象深い者は受けたケアに肯定的であったが、整容が不十分と感じていた者は、配偶者に哀れみを持ち、自らも心を痛めている。医療者に対して、患者の死後の整容を十分にしてほしいと願うニードである。

4) 〈家族の絆を維持させてほしい〉

このカテゴリーは最期の限られた時間や空間で夫婦や家族としての繋がりをできる限り持ちたいと願う気持ちから抽出されたニードである。これには、《夫婦間のコミュニケーションがとれる》と《家族で最期を看取りたい》と2つのサブカテゴリーがあった。

医療者に対して、家族の絆を維持できるような時間や空間の提供を望むニードである。

《夫婦間のコミュニケーションがとれる》

このサブカテゴリーでは、「看病中ずっと一緒に居られて楽しかった」、「半年以上会話もできなかったのに苦痛がとれて話が出来てうれしかった」という語りから、入院中の時間や空間は、夫婦にとって大切な環境であり、亡くなった後も大切な時間であったと実感している。家族はかけがえのない時間を悔いることなく過ごすことを可能にする環境を望んでいた。夫婦間の会話や想いを伝えたいと願う気持ちがあり、遺される者にとっては後にも大きく影響している。医療者に対して、治療のあいだでも夫婦間のコミュニケーションが十分とれるような医療や看護を望むニードである。

《家族で最期を看取りたい》

このサブカテゴリーでは、「後悔は死に目に会えなかったこと、ただそれだけ」のように、最期の看取りに家族の一員が欠けたことを、亡くなった配偶者と家族に申し訳なく思い自責し、最期の瞬間を家族そろって看取りたいと願っている。医療者に対して、家族で最期を看取れるような情報の提供と調整を望むニードである。

5) 〈話を聞いてほしい〉

このカテゴリーは、「同じ苦しみを経験した同僚と2人で話してよく泣いた。話せる同僚が居たから救われた。自分の中だけではなかなか消化できない」、「治療だけで私も主人も減入るばかりだけど、話を聞いてもらって何か言ってくれることが支えなのです」などの言葉に示されている。配偶者の病気や看病について、悩みや想いを聞いてもらいたいという気持ちから抽出されたニードである。これは医療者への相談や、友人や看護師にただ話を聞いてほしい、想いをわかってほしいというものだった。また家族は、経済的問題や家庭の問題などを抱えており、医療者に対して、抱えている悩みや心配事を相談できる機会を求め、理解してほしいと願うニードである。

6) 〈周囲からの支えが欲しい〉

このカテゴリーは、「家族が交代して泊まり込んでよかった」、「友人が励ましてくれて助かった」と語られるように、家族が医療者や周囲の家族や友人に対して、心理的支援を求める気持ちから抽出されたニードである。また、看病のサポートが不足している者は、「誰にも頼れる状況でなくて、自分がやるし

かなかった。疲れのために半分諦めみたいと感じたことがあった」と語り、身体的にも負担を持っており、家庭での問題には社会的支援を求めている。看病のサポートの不十分によって身体的にも精神的にも負担を持っていることから、医療者に対しても心理的・身体的・社会的支援を求めるニーズである。

7) 病名告知から現在に至るまでの、遺族のケアニーズ

病名告知から亡くなるまでのI期には、6カテゴリー10サブカテゴリーのすべてがケアニーズとして抽出された。〈話を聞いてほしい〉〈周囲からの支えが欲しい〉の2つのニーズは、生前から死後1年経った現在までのI期からIV期にかけて一貫して見られたケアニーズであった。

VI. 考 察

1. 配偶者を亡くした遺族の悲嘆の過程

1) 死を迎えるまでの悲嘆の過程

柳原によると、家族は医師からの説明に強い衝撃を感じ、希望をもったりあきらめたりと相反する感情が混在する²⁾とあるように、本研究でも病名告知を受けて始まる悲嘆の過程にある遺族は、死を覚悟しては、〈自己激励〉して自分を保ち、〈希望〉を持ちながら、配偶者の死へ繋がる病気や、配偶者の死を感じる自分の中の悲嘆の感情と闘っていた。家族は家族なりに捉えた患者の病状から患者の死を感じられない状況にある²⁶⁾ことから、配偶者が死へ近づいた現実を日々感じながらも余命告知で、新たな《失意》を感じている。このように遺族は配偶者の死に近づく過程と自分の悲嘆の過程に対抗するように自己激励し、希望を持ち続ける。また、患者が不確かな状況では、患者の身体的・精神的状態に強く影響を受け、「死の現実性の否認」と「死の不可逆性」という2つの心的反応を交互に繰り返される⁴⁾とあるように、配偶者の死を認識し覚悟しているが、この〈覚悟〉は感情的・感覚的に覚悟できているのではなく、頭脳的な覚悟と考えられ、表面的な感情認知と考えられる。WaldとCravenの指摘する、悲しみは死の前に始まり死の後に続くが理性と事実認識には相違がある⁴²⁾と同様である。

遺族は、病名告知後、〈衝撃〉～〈覚悟〉～〈自己激励〉〈希望〉～病名告知後〈衝撃〉～〈覚悟〉

～〈自己激励〉〈希望〉と繰り返し、死の〈衝撃〉を受けるまでに〈衝撃〉とそれに伴う〈覚悟〉は大きくなり、それに反して〈自己激励〉や〈希望〉は小さくなっていくと考えられる。また、その間に感じられる〈悲しみ〉〈孤独感〉などの悲嘆の感情は、表面的なものから深い感情へと変化しながら進んでいく。これと同じように、家族はどんな状態であっても生を信じて切実に願い求めながら患者との別れを思い、深い悲しみを感じ、家族は限界を実感し希望が萎えていく²⁶⁾と考えられている。

2) 死から1年経過する現在までの悲嘆

死から1年経過する現在までの期間、遺族は、一時的に〈はりつめ〉を実感する。これは葬儀の準備などで時間に追われた緊張感を表現されているが、本人も認識できていない《現実否認》の一種と考えられる。配偶者の死という悲しい現実に関心自身に揺るがされないように、緊張が保たれるためと考えられる。〈現実認識〉は、死後の《現実否認》状態にある場合、死を現実のものとして認識するには葬儀の時の入棺や1週間が過ぎて一人になるなど時間やきっかけを要することがあった。《現実否認》や〈はりつめ〉により現実から離脱していた感情が、入棺という衝撃的な別れや慌ただしさの後に、配偶者の不在の認識をきっかけに現実に戻ると考えられる。対象喪失を体験した時、悲しみの心理に入る以前に対象喪失そのものを否認し、何事もなかったような心の状態を保とうとし、対象に対して抱いていた気持ちや愛情を否定して相手が居なくても自分は平気だという態度をとることがある¹⁸⁾。葬儀の忙しさのためと感じられている〈はりつめ〉は、能動的な〈はりつめ〉と自ら気づくことなく起きている〈はりつめ〉とがあり、「躁的な防衛」と考えられる。

遺族の悲嘆の過程は、このような死の〈衝撃〉から始まり、配偶者の不在に気づくことで〈悲しみ〉や〈孤独感〉を感じていた。配偶者が亡くなったことを容認できず、自らを責め〈後悔〉し、自分を遺して逝った故人や医療者への〈恨み〉を感じている。これらの〈悲しみ〉〈孤独感〉〈後悔〉〈恨み〉などの感情に対して、自己を精神的に強く維持しようとする〈自己激励〉や〈はりつめ〉は悲嘆の過程が深刻化して行くことにブレーキをかけ、悲嘆の過程を前に進めるプラスの感情因子となる。

悲嘆の〈悲しみ〉〈孤独感〉〈後悔〉〈恨み〉など

の感情は、〈自己激励〉や〈はりつめ〉によって考え方・感じ方が次第に転換され、周囲の人の支えを受け〈感謝〉の気持ちへと変化していく。次第に〈悲しみ〉よりも〈安穩〉の気持ちを持つようになり、故人をよい思い出として〈懐古〉できるようになっていき、死を〈受容〉できるようになると考えられる。さらに、悲嘆の経験により、新しい感じ方・考え方を得て、新しい出発、〈再構成〉に至っている。悲嘆の回復にある者の特徴として配偶者との思い出が、次第に懐かしむようになってしまう⁹⁾。しかし、喪失はその人の一部分として残り、時々悲嘆の感情がもどってきて、それが起こる頻度は、減ることはあっても決してなくなることはなく Caplan¹⁴⁾、悲嘆の感情は完全に消え去るものではなく、頻度と深さを減じながら故人を思い出す折々に出現している。また、配偶者の死後、〈衝撃〉から立ち直れず〈無気力〉が継続していた者は、〈自己激励〉や〈はりつめ〉などの感情は表現されず、1年経過した現在も〈再構成〉に至っていない。これは〈自己激励〉や〈はりつめ〉が、悲嘆の過程を前に進めるプラスの感情因子として重要な意味を持つことが示唆される。塚崎らも、死別した後は自分の生き方を見いだすコーピングは悲嘆のプロセスの促進要因になっていたと考えている²²⁾。一方、悲嘆プロセスの阻害要因として、配偶者の死に対して何らかの自責感、死者に対して心残りとなってしまうつとめ、終末期の介護体験に対する後悔が考えられている^{9, 22, 39)}。また、「罪悪感」「後悔」の気持ちがみられた者は、死後1年以上経過しても死を受容できず「悲嘆」「現実逃避」の心理段階が長引き⁴⁵⁾、本研究でも再構成に達していない者は、〈自責の念〉が現在でも多く表出されており、悲嘆の過程を遅らせるマイナスの感情因子として考えられる。

悲嘆の過程でみられる感情の変化は、家族の死を経験するなかで、感情に対する認識が変化していったことによって、諦め、受け入れ、再構成していったものと考えられる。

2. 悲嘆の過程において遺族が必要としているケアニード

病名告知から死後1年を経る中で遺族が必要としたケアニードは、〈最期まで最善をつくしたい〉〈満足できる医療を受けさせたい〉〈尊厳のある死を迎えさせたい〉〈家族の絆を維持したい〉〈話を聞いて

ほしい〉〈周囲からの支えが欲しい〉の6つのカテゴリとして抽出できた。生前から死後1年を経るまで一貫して求められるニードは〈話を聞いてほしい〉〈周囲からの支えが欲しい〉の2カテゴリであった。

抽出された6つのカテゴリについて、その意味を述べる。

1) 〈最期まで最善をつくしたい〉ニードは、生前に配偶者にできる限りのことをさせてあげて人生に悔いを残させたくないという想いや、自らの配偶者への想いを残すことなく果たしたいという気持ちであり、看病に当たる家族は、看病や治療に対する〈葛藤〉や〈不安〉を抱きながら〈覚悟〉し、精一杯尽くしたいと思っている。

悲嘆の過程をできるだけ健全なものにするためには、家族が満足できる看取りを実感できることである。人の感じ方、価値観、それまでに紡いできた家族の歴史や関係性は様々で、その時相手が何を望み何を必要としているかをわずかなサインを手がかりに敏感に洞察していく他はなく⁴³⁾、家族の患者への想いや患者自身の想いを理解し、看病や医療への満足度や不信感を把握することが必要である。また、キューブラー・ロスが⁸⁾考えるように遺族が悔いを残さず満足できる看取りができるように家族を含めた看護ケアを働きかけることが大切である。

2) 〈満足できる医療を受けさせたい〉ニードは、配偶者に悔いの残らない最善の医療を受けさせたいと願う、遺族だけでは闘うことのできない病気に対して医療や医療者に託す気持ちであり、《患者を尊重した誠実な医療や看護を受けさせたい》、《十分な情報が欲しい》、《病態にあった最適な医療を受けさせたい》の3つのサブカテゴリが含まれる。病気や治療と闘って苦しんでいる患者に対して、それが報われるような、治療結果や、医療者の対応が求められていた。遺族は患者の病状を知りたいと感じながら、医師への相談の困難や、患者への対応の悪化を恐れて医師への遠慮を感じていた。配偶者の変わり果てた姿を見て、自分の選択した治療方法はよかったのかと自責し苦しむ者もあった。また、患者の死後も家族は何らかの心残りを抱え、それが死別後の家族の適応過程を阻害する要因となっていた⁴⁴⁾。そして、家族の表出を阻む因子として「意見を聞き入れる医療者の姿勢が感じられない」「機会が

見つけられない」「不利益を被るおそれ」とあげ、家族が誠意を尽くして見てほしいと望んでいる⁴⁵⁾と考えられている。

したがって、このような患者や遺族の気持ちを理解した、医療者の誠意のこもった真摯な対応が望まれており、患者を身体的・精神的にいたわる尊重した医療、看護ケアの提供が求められる。また、遺族が後悔せず納得できる治療選択や適した治療が実現されるような、時間的にも精神的にも制限された遺族の状況を理解した情報提供や治療選択の支援に努める必要がある。

3) 〈尊厳のある死を迎えさせたい〉ニードは、遺族は最期まで、配偶者が苦しむことなく、精神的に穏やかに過ごし、身ぎれいに旅立つことを願う気持ちであり、《最期まで苦しませたくない》《患者を精神的に支えてほしい》《死後の整容が十分である》の3つのサブカテゴリーが含まれる。

遺族は最期まで、配偶者が苦しむことなく、精神的に穏やかに過ごし、身ぎれいに旅立つことを願っている⁴⁶⁻⁴⁸⁾。配偶者の苦しむ姿を見て、自分のことのように辛く感じ、何もできない自分の無力さをもどかしく思い、また、厳しい苦痛から精神的に不安定な配偶者の姿を見ることのつらさに対して、できる限り苦しませたくないと思っている。痛み以外の患者の苦痛への対応が求められており⁴⁷⁾、配偶者と遺族の両者ともに身体的にも精神的にも穏やかな、その人らしい時間を過ごすことを可能にするためには、最大限苦痛を緩和する医療と患者の不安や、病気や治療による精神的な苦しみを聞き入れるケアが求められている。また、闘病生活が終結し、亡くなった人の顔は遺された家族や友人・知人にとってもその人の最期の顔として思い出に残り、その姿が安寧な状態であると悲しみが癒される⁴⁹⁾とあるように、遺族は配偶者の新たな旅立ちに際して、きれいに整容された姿を望んでいる。最期まで人間としての尊厳を保って生きられた事が遺された遺族にとって悲嘆の回復に繋がっている。

4) 〈家族の絆を維持したい〉ニードは、最期の限られた時間や空間で夫婦や家族としての繋がりをできる限り持ちたいと願う気持ちであり、《夫婦間のコミュニケーションがとれる》《家族で最期を看取りたい》の2つのサブカテゴリーが含まれる。

配偶者は夫婦の話ができることを辛く感じてお

り最期まで患者とともに過ごせたと納得できることが遺族にとって悲嘆の回復へすすめる⁵⁰⁾とあり、本研究でも、配偶者はそれまで共に生きてきた夫婦や家族としての絆を最期まで持ち続けたいと強く思っている。したがって、家族で穏やかに過ごせる時間と環境を整えるケアが必要である。また、最期に傍に居たいという配偶者の最大の望みを実現するためには、看護師、医療スタッフが連携をとり、病状の変化などに関する情報をできる限り提供できる状態になければならない。

5) 〈話を聞いてほしい〉ニードは、病名告知から死後1年を経る中で一貫して遺族が必要としたケアニードであり、それぞれの時期における不安、葛藤、疑問、辛さ、寂しさ、悲しさに押し潰されそうになる遺族が抱えている悩みや想いを聞いてほしいニードである。悲嘆の淵に沈む人は自分の感情を分かち合える聞き手を求めており⁶⁾、遺族は、配偶者の病状に関わる心配・悩みとともに、経済的問題や家庭の問題などの悩みを抱えており、誰かに想いを聞いて欲しいというニーズがある。患者や家族の身近にいる看護職者はこのような家族の心情を理解し、積極的な声かけをすることが求められていると考える。また、遺族が自分の解決の道を見つけるためのケアとして、感情を表出することは大切であること、その人にとっての真実を尊重して聞くことが必要である⁵¹⁾。坂口も、遺族の語りを聞く、情緒的サポートは遺族の精神的健康により影響を及ぼすこと⁵²⁾を明らかにしている。また、日本人は感情の表出はごく限られた時、限られた人以外に行われない特徴があり¹⁹⁾、本研究でも、悲嘆の過程にある遺族には他者に話をできる段階に至るまでに要する時間や、話を聞いてもらいたい相手にも制約があった。このような日本人の感情表出に適う遺族ケアとして、近年知られるようになったインターネットによるセルフヘルプグループがある。インターネットセルフヘルプグループは遺族にとっては死別間もない時期から容易に参加することができるセルフヘルプグループであり、悲嘆緩和の第一歩である悲しみのわかちあいや相互援助効果から主観的悲嘆緩和効果を認めている⁵³⁾。また、地域社会や親族の中で遺族を支え合うようなシステムは崩壊しており⁵⁴⁾、遺族ケアニーズは医療者に認識されないことが多く、遺族ケアのネットワークを形成する必要がある^{13, 55)}。これらの

ことから、今後、医療施設・地域保健施設が遺族ケアの必要性や、セルフヘルプグループや活動の不足やグループへの参加困難の現状を把握し、情報提供や、医療施設・地域保健施設の遺族のためのサポートグループやセルフヘルプグループの活動促進の働きかけが必要である。

6) 〈周囲からの支えが欲しい〉ニードは、遺族は配偶者に迫る死を感じ、〈不安〉や〈悲しみ〉〈孤独感〉〈葛藤〉を抱きながらも、〈自己激励〉し〈希望〉を持って、配偶者を支えている。そのような状況の中で、家族や友人、看護師などの周囲の人からの励ましや支えにより救われていた。〈自己激励〉や〈希望〉は遺族自らが努めたものであるが、周囲からの支えによっても保たれていたと考えられる。周囲の支えを求められない遺族は、看病疲れなどの困難を感じていた。配偶者の死別後、家事のサポートなどの道具的サポートはのニーズは高く、遺族のケアに必要なサポートの一つとして明らかにしている⁵²⁾。看護師は患者の家族構成や、家族サポートの程度を把握し、配偶者や家族の負担を軽減できるような援助が必要である。

7) 病名告知から死後1年間のケアニード

生前から1年を経るまで一貫して求められるニードは〈話を聞いてほしい〉〈周囲からの支えが欲しい〉の2カテゴリーであった。「遺族は生前の故人について知り、かつ心置きなく話ができる誰か」を探しており¹³⁾、本研究でも生前から死後1年間をとおして誰かに〈話を聞いてほしい〉ニードをもっていた。家族は病名告知から亡くなった後の悩みや気持ちを出することで、その時々で抱えている葛藤や後悔、悲しみを整理していくと考えられる。また、愛する肉親の死の前にその肉親へのさまざまな想いを表白することを援助することができたら家族は精神的に落ち着き、生前に悲嘆が表出された分、後の悲嘆は軽減される⁷⁾ので、看護師は患者や家族の一番身近な存在として、家族が看取りのなかで感じるさまざまな想いを表出しやすい相手となり、そのような場面がもてるようなかかわりが大切である。

患者を支え、看取る家族は〈周囲からの支えが欲しい〉ニードをもっており、心理的・身体的・社会的支援が必要である。このような家族に対して、看護師は看病する家族が支援を求めやすくなるような関係性を築き、看病の苦労や努力に対して認め励ま

す声かけが求められる。

今後、医療施設・地域保健施設や、看護師・保健師の家族・遺族ケア必要性の認識の確立をめざし、看護師による退院時の遺族のサポートシステムを把握した遺族ケアの実施や、地域遺族ケアとの連携の確立が必要である。

3. 悲嘆の過程とケアニード

悲嘆の過程は、生前の配偶者との関わりに関するニードが満たされるか否かによって家族が抱く罪責感や悲しみに影響されると言われており^{8, 32)}、終末期の看取り方、ケアのあり方が重要な因子となる。本研究でも、自責の念や悔恨、医療への恨みなどの感情が抽出され、受容・再構成へ影響を与えていた。したがって、終末期医療に関わる医療者は、遺族が健全な悲嘆過程を経るために、これらの項目について検討を重ね、ケアを充実することが望まれる。カテゴリー抽出の基となった、肯定的な反応をもたらした状況と否定的な反応をもたらした状況は、具体的なケア方法を考えるヒントとなるものであり、肯定的な反応をもたらしたものはさらに強化し、否定的な反応をもたらしたものは改善していくことが求められる。

VII. 結 論

本研究は、配偶者の病名告知から死後1年間にかけて、遺族が体験した悲嘆の過程を明らかにし、遺族が求めているケアニードを明確にすることを目的として、質的研究を行った。結果として、以下のことが明らかになった。

1. 悲嘆の過程では全過程をとおして20の感情カテゴリーが抽出された。〈自己激励〉や〈はりつめ〉は、悲嘆の過程を健全に推進する感情因子として考えられ、〈後悔〉や《自責の念》は、健全な悲嘆の過程の抑制する因子として示唆された。悲嘆の過程は個人によりさまざまであり、悲嘆の過程を行き来しながら、それぞれの過程を経ていた。

2. 悲嘆の過程にある家族のケアニードに関して6のカテゴリーと10のサブカテゴリーが抽出された。6つのケアニードカテゴリーは〈最善をつくしてほしい〉〈満足できる医療を提供してほしい〉〈尊厳のある死を迎えさせてほしい〉〈家族の絆を維持させてほしい〉〈話を聞いてほしい〉〈周囲からの支えが

欲しい)であった。全過程をとおして、求められたケアニードは〈話を聞いてほしい〉〈周囲からの支えが欲しい〉であった。

3. 死別後の悲嘆の進行には、生前の満足いく医療・ケアに影響されており、終末期ケアニードとその重要性を再確認した。悲嘆の過程を支え助ける方法として、悲嘆の過程には個別性があることを認識し、悲嘆の過程を健全に推進する因子は引き出し、また、悲嘆の過程を抑制する因子は軽減できるように看護師の関わりが必要であると示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、研究協力が同意が得られた遺族は、協力できる状態にまで、悲嘆の過程を乗り越えていた者が多かったと考えられ、その点ではデータの偏りがあった可能性がある。また、一地方都市での調査であり、研究参加者の年齢も壮年期から老年期までであり、配偶者の病名告知から臨終までの期間もさまざまであるので、悲嘆の過程に影響を及ぼしていると考えられる。悲嘆の過程には、発達段階や家族関係など多くの要因が影響するため、今後さらに、要因を特定した過程を明らかにする必要がある。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました研究参加者の皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成29年人口動態統計(確定数)の概要. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/kakutei17> (参照2019-3-10).
- 2) 柳原清子. 痛ターミナル期家族の認知の研究—家族のゆらぎ—. 日本赤十字武蔵野短期大学紀要 1988; 11: 72.
- 3) 宮林幸江. 悲嘆反応に関する基礎的研究—死別悲嘆の下部構造の明確化とそのケア—. お茶の水医学雑誌 2003; 51: 51-69.
- 4) 広瀬寛子. 遺族への看護カウンセリング. ターミナルケア 2004; 14: 400-402.
- 5) 二見典子. 家族ケア. 恒藤 暁, 内布敦子編, 系統看護学講座別巻緩和ケア, 第2版, 医学書院, 東京, 2014; 290.
- 6) A. デーケン. 悲嘆教育—悲嘆のプロセスとその反応—. ターミナルケア 1991; 1: 371-375.
- 7) Lindemann E. Symptomatology and Management of Acute Grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101: 141-148.
- 8) E. キュブラー・ロス. 死ぬ瞬間 死にゆく人々との対話. 川口正吉訳, 読売新聞社. 東京, 1989; 208.
- 9) 宮本裕子. 配偶者と死別した個人の悲嘆からの回復にかかわるソーシャル・サポート. 看護研究 1989; 4: 303-323.
- 10) E. キュブラー・ロス. 新・死ぬ瞬間. 秋山 剛, 早川東作訳, 読売新聞社. 東京, 1985; 291-304.
- 11) A. デーケン. 悲嘆のプロセスを通じての人格成長. 看護展望 1983; 8: 17-21.
- 12) 曾野綾子, A. デーケン. 生と死を考える. 新版. 春秋社. 東京, 2002; 66-67.
- 13) 宮林幸江, 坂口幸弘, 田子久夫. グリーフケアの実践と展望. 宮城大学看護学部紀要 2007; 10: 1-8.
- 14) Caplan, G. 地域精神衛生の理論と実際. 加藤正明監修, 山本和郎訳, 医学書院, 東京, 1968; 215.
- 15) 鈴木志津枝. 終末期の夫をもつ妻への看護—死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える—. 看護研究 1988; 21: 23-33.
- 16) Parkes CM. Bereavement. 死別 遺された人々を支えるために. 桑原治雄, 三野善央, 他訳, メディカ出版, 東京, 1993.
- 17) 畠山とも子. ホスピス入院中の患者の配偶者が行う予期的悲嘆の特徴. 日がん看学会誌 2002; 16: 39-47.
- 18) 遠藤利彦, 高橋雅延 他. 悲嘆の心理. 松井豊編, サイエンス社, 東京, 1998; 246.
- 19) 岩崎紀久子. がんで家族の重要な一人を亡くしたあとの自己イメージの変化と悲嘆の過程の回復過程との関連. がん看護 2000; 5: 416-423.
- 20) 川又一絵, 降旗美佳, 他. 在宅ターミナル患者をみとった家族の死別期における悲嘆反応とその支援. 保健婦雑誌 1999; 55: 413-421.

- 21) 赤嶋鮎美, 岡野初枝. 病状の急変により病院死となった在宅癌患者を看取った家族の悲嘆反応とその支援. 岡山大学医学部保健学科紀要 2003; 14: 47-55.
- 22) 塚崎恵子, 大森絹子. 死別した家族に対する地域看護活動の一考察-死別後における家族の悲嘆のプロセスの分析を通して-. 金沢大学医学部保健学科紀要 1999; 23: 133-138.
- 23) 中西陽子, 廣瀬規代美 他. 在宅ターミナル患者を介護する家族の心理-がん患者の遺族へのインタビューを通して考える-, 日本看護学会論文集成人看護Ⅱ, 2000; 33: 206-208.
- 24) 齊藤香月, 河口てる子 他. 配偶者を亡くした高齢者の悲嘆のプロセスと独居生活 -訪問看護事例について-. 日本看護学会論文集: 老年看護 2003; 33: 118-120.
- 25) 宮林幸江. 日本人の死別悲嘆反応-グループ療法の場合を活用した記述の分析-. 日本看護科学学会誌 2005; 25: 83-91.
- 26) 大川宣容, 藤田佐和, 東郷淳子 他. 終末期がん患者の家族の死への気づきに対する反応. 高知女子大学紀要 2002; 51: 1-12.
- 27) 廣瀬規代美, 中西陽子, 青山みどり 他. 未告知の在宅ターミナル患者を介護する家族の心理を支える看護-在宅で死を迎えたがん患者の遺族へのインタビューから-. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ 2002; 33: 389-391.
- 28) 中西陽子, 廣瀬規代美, 奥村亮子 他. 終末期がん患者を在宅で介護する家族の心理過程を支える看護. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ 2002; 33: 392-394.
- 29) 廣瀬規代美, 中西陽子, 樽矢裕子 他. 在宅で死を迎えたがん患者の遺族への看護援助-壮年期の夫を亡くした妻へのインタビューを通して考える-. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ 2003; 34: 194-196.
- 30) 遠藤みち恵. 中年期健常者の親の死の受容と悲嘆のプロセス. 心理臨床学研究 2002; 19: 631-637.
- 31) 相馬朝江, 波多野梗子. 夫の死を迎える妻の心理と看護. 看護展望 1980; 5: 797-813.
- 32) 中西睦子, 浅岡明子. 病院における終末期患者及び死亡患者の配偶者のニード. 看護研究 1977; 10: 14-25.
- 33) 小笠原利枝. 研究結果導入のためのステトラ・モデルの活用-がん患者の家族の悲嘆過程に対する看護ケアプログラム作成の試みから-. がん看護 2001; 6: 362-365.
- 34) 千崎美登子, 久保木優佳, 犬丸千絵 他. 末期がん患者の配偶者の予期的悲嘆へのケアプログラムの作成と評価. がん看護 2001; 6: 366-370.
- 35) Patsy Y, Kathleen MS, Families' Awareness of and Response to Dying. YATES 1999; 1: 113-120.
- 36) 鈴木志津枝. 家族がたどる心理的プロセスとニーズ. 看護研究 2003; 1: 35-42.
- 37) 菊池和子. がんターミナル期患者家族及び遺族へのケアの検討 -遺族の面接調査より-. 家族看護学研究 2006; 11: 108-115.
- 38) 中村勇二郎. 精神科外来を訪れる悲嘆反応. 精神医学 1993; 35: 589-596.
- 39) 中山康子. ホスピスケア 家族へのアプローチ(その2) 悲嘆プロセスにおけるかかわり. 月刊ナーシング 2005; 25: 56-63.
- 40) 宮林幸江. 死因の相違が遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応に及ぼす影響. 日本公衛誌 2008; 55: 139-146.
- 41) 伊藤美也子. がん患者の療養における配偶者の情緒体験と悲嘆作業. 日本赤十字看護大学紀要 1997; 11: 68-74.
- 42) Craven J, Wald FS, 鎌田ケイ子. 死にゆく患者のためのホスピス・ケア. 看護研究 1977; 10: 404.
- 43) 渡辺裕子. 終末期患者の家族の看護. 家族看護 2003; 1: 6-11.
- 44) 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子 他. ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討. 死の臨床 2008; 31: 74-81.
- 45) 余平昭子, 槇木景子, 秋広直子 他. 一般急性期病棟で終末期を迎える患者の家族のニードとその表出を阻む因子. 日本農村医学会雑誌 2005; 54: 472.
- 46) 菊池和子. がんターミナル期患者家族及び遺族へのケアの検討-遺族の面接調査より-. 家族看護学研究 2006; 11: 108-115.

- 47) 春山早苗, 原口知子, 渡邊容子 他. 終末期がん患者の家族を支える看護-遺族への面接調査から捉えた家族の援助ニーズの分析. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ 1998; 29: 37-39.
- 48) 藤田あけみ, 大田直実, 須田利佳子 他. 一般病棟における終末期のがん患者の家族への援助. ホスピスケアと在宅ケア 2001; 9: 256-264.
- 49) 大島弓子. 臨終のケアの延長としての「死後の処置」に関する考察. 看護学雑誌 2001; 65: 117-121.
- 50) 豊島由樹子. 終末期の鎮静の意思決定に関わる配偶者の心理. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要 2004; 12: 109-115.
- 51) 広瀬寛子. グリーフケアとその心理過程. 難病と在宅ケア 2018; 24: 34-37.
- 52) 坂口幸弘. 死別後の精神的健康に影響を及ぼすソーシャルサポートの効果-サポート内容に関する検討-. 関西福祉科学大学紀要 2004; 8: 107-117.
- 53) 片山佳代子, 坂口早苗, 坂口武洋 他. 悲嘆緩和を目的とするインターネットセルフヘルプグループの現状調査. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53: 424-431.
- 54) 広瀬寛子, 田上美千佳. 遺族のためのサポートグループにおける「思い出の品を持ってきて語ること」の意味 がんで家族を亡くした人たちの悲嘆からの回復過程への影響. 日本看護科学会誌 2005; 25: 49-57.
- 55) 宮林幸江. ナースが寄り添うグリーフケア. コミュニティケア 2016; 12: 25-28.

Grief Process and Care Needs of Bereaved Spouses : the Period from Diagnosis of Disease to One Year after the Loss of the Partner

Ayako ETO, Reiko AZUMA¹⁾

Clinical Nursing, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

This study aimed to clarify the grief process and care needs of bereaved spouses during the period from diagnosis of disease to one year after the death of the partner. Semi-structured interviews were conducted with 10 bereaved spouses to ask about their mental status retrospectively. Data were analyzed by emotions, positive reactions, and negative reactions. A total of 20 categories about emotions and 6 categories and 10 subcategories about care needs were extracted. No specific grief process was observed and each individual experienced their own process by going back and forth the grief process. "Self-encouragement" and "strain" were considered as an emotional factor to facilitate the grief process, and "regret" and "self-reproach" as a factor to inhibit the process. Spouses needed nurses to do their best, provide satisfactory medical care, assist partner's death with dignity, support family bonds, listen to them, and help them have more support from others. The study suggests that nurses are required to recognize the individuality of grief process and to encourage spouses to express emotions that promote the grief process. In addition, the grief process after bereavement was influenced by the satisfactory treatment and care provided to the partner, and this indicates the importance of providing quality and satisfactory care.