

## 原著

## 配偶死別高齢者の精神的健康の諸相

## —有配偶高齢者との比較から—

生田奈美可<sup>1)</sup> 田中マキ子<sup>2)</sup><sup>1)</sup> 宇部フロンティア大学人間健康学部看護学科<sup>2)</sup> 山口県立大学看護栄養学部

## 要旨

【目的】本研究の目的は、有配偶高齢者との比較から、配偶者との死別を経験した高齢期の人々の精神的健康に関連する要因を明らかにするとともに、精神的健康の構造の差異を確認し、その様相を明らかにすることである。

【方法】対象は65歳以上の高齢者275名であり、有効回答208名を分析した。調査内容は、日本版精神健康調査票GHQ28とWHOQOLSRPB改変日本版スピリチュアリティ尺度である。

【結果】配偶死別高齢者は有配偶高齢者に比べ、精神的健康度は顕著に悪いこと、またスピリチュアリティは強いことがわかった。モデル検証により、配偶死別高齢者と有配偶高齢者のスピリチュアリティ構造が異なり、配偶死別高齢者のスピリチュアリティは、有配偶高齢者に比べ、「人生の意味」に強く影響していることがわかった。

【結論】高齢期において、肯定的自覚が精神的健康に関連するとともに、配偶者との死別の経験は、精神的健康に影響を及ぼす出来事であることが示唆された。

キーワード；精神的健康、スピリチュアリティ、配偶者喪失、高齢者、遺族

## I. はじめに

高齢期は自らの死を含めた老いの過程の中で、いかに全体的健康のバランスを保つか、いかに自分自身であり得るかに発達段階の課題を有する。すなわち高齢期にある者は、身体的機能の喪失、家族や友人との死別経験、社会的な役割からの引退などの喪失体験を経験し、自らの存在意義を問い、そのうえで自らの死を、必然的な終焉として現実的に日常的に捉える。そうした高齢者が、愛する家族との死別といった大きな喪失体験である危機的状況に遭遇した時、精神的問題の発生、さらに現状の悪化に陥らないための方策を考えることが重要視されている。

喪失体験の中でもとくに愛する人との死別は、愛着形成をした対象を失う体験であり、その中で配偶者との死別は、悲しみや抑うつなどといった精神的な感情の部分に大きな動揺をもたらす上に、目に見えないストレスや悲しみが、遺されたパートナーの心身の健康に影響を及ぼす<sup>1)</sup>。すなわち身近な家族の死のなかでも配偶者を亡くすことは、重大な生活上の変化であり<sup>2)</sup>、最も適応が困難な出来事である<sup>3)</sup>。

配偶者との死別を経験した高齢者の精神的な問題については、配偶死別経験後の不安や抑うつ<sup>4)</sup>、悲嘆に

焦点をあてた報告<sup>5),6)</sup>がある。そして単純性悲嘆の悪化に加え、抑うつや悲嘆が複雑に絡み合って長引く複雑性悲嘆についての検討<sup>7)</sup>、死亡率への影響についての報告<sup>8)</sup>がされている。こうした症状の悪化に陥る前に、精神的問題の発見から対応を図るとともに、配偶者を亡くしたパートナーが、自分自身の精神的な問題を把握し、自己存在価値を肯定的に捉えることが必要である。したがって配偶者との死別経験が、高齢期の人々の精神的健康へ与える影響を検討する必要があるが、こうした報告はない。

配偶者との死別経験は、精神的健康に影響を及ぼすと同時に、人間の根源的な苦悩をもたらす危機的状況であり、人生の意味・目的の喪失をもたらし、その後の生活に大きく影響する。人間が危機的な状況に陥ったときに、人生の意味や目的に関わる土台となり、人間の生を支えるものにスピリチュアリティがある<sup>9)</sup>。しかし現在、スピリチュアリティの日本語訳は議論段階にあり、我が国において、概念定義の検討がされている。概念についての研究報告によるとスピリチュアリティは、宗教とは別の超越したものへの関心に関わる概念として捉えられ、「自己」「他者」「神」を基本要素とした相互関係から、生きる意味や目的、価値と関

わったものと定義づけられている<sup>10)・15)</sup>。またスピリチュアリティの伝統的理解である聖書的人間理解という視点から、人格をもつ人間として存在するために欠くことのできない要素であり、人間が生きるための最も基本的な土台を示すものである<sup>16)</sup>。そうした中で藤井ら<sup>17)</sup>が、日本人のスピリチュアリティ下位概念を調査している。その結果、日本人のスピリチュアリティは、「個人的な人間関係」「生きていく上での規範」「超越性」の3つの概念から構成されることが明らかになった。また田崎らは、日本人のスピリチュアリティ概念は個人差が大きく、「神」という超越した存在ではなく、自然や大地、無限のものを超越性と捉えていると述べ、宗教を持つ人にとっては信仰が、スピリチュアリティの重要な領域になっている<sup>18)</sup>と報告している。

こうしたスピリチュアリティ概念の検討の動きの中で、1998年にWHOにおける健康の定義の検討がされ<sup>19)</sup>、身体的、精神的、社会的側面に加え、スピリチュアルな側面を加える改正案が示された。この検討により、スピリチュアリティが、人々の健康を捉えるために必要な側面であると社会的に認知されたといえる。検討の背景には、健康の概念が時代の要請や人々の価値観の転換により、変化してきたことが挙げられる。すなわち人間が疾病を持ちながらも、どのように人生を歩んでいくのか、いかに人生の質・生命の質・生活の質を高めるかという課題が浮き彫りになっている。さらに1990年より、QOLの構成概念においても、スピリチュアルな側面を捉えることが必要であるといわれている<sup>20)</sup>。すなわちスピリチュアリティは、人々の健康やQOLを考える際に、欠くことのできない概念であるといえる。

高齢期は様々な喪失体験の経験により、人生の意味や目的に関わる時期である。そのうえで配偶者を死別により亡くすという経験は、高齢期の人々にとって、高齢期におこる喪失体験と、配偶者との死別という、二重の喪失の苦悩をもたらす。本稿では、こうした配偶者死別高齢者の精神的健康にどのような要因が関連するのか、構造は有配偶高齢者のそれとは異なるのか、異なるのであれば、どのような様相を呈するのかを明らかにする。このことが明らかになることで、配偶者喪失という経験をした高齢期の人々のQOL向上に寄与することが期待できる。

## II. 研究目的

本研究の目的は、有配偶高齢者との比較から、配偶者との死別を経験した高齢期の人々の精神的健康に関連する要因を明らかにするとともに、精神的健康の構造の差異を確認し、その様相を明らかにすることである。

## III. 用語の定義

スピリチュアリティ：人間が生まれながらにしてもつ機能で、人間存在の意義に関わり、生きる力を支える土台である。この機能は、危機的状況において発動し、「自己」「他者」「超越」の調和のもと、生きる意味や目的、価値と関わる。

## IV. 研究方法

### 1. 調査対象および調査方法

調査対象者は、山口県、東京都、京都府の老人クラブやシルバー人材センターなどで紹介された、地域や老人保健施設で生活をしている65歳以上の高齢者275名とした。手続きとしては、施設の長に研究者が研究の目的、概要を説明した後、協力の了承が得られた施設に調査票を配布した。対象者によって回答後、施設の長によって回収された。認知機能に問題がある高齢者は、施設の長の判断で除外し、視力低下や麻痺のある対象者は、研究者が直接出向き、口頭での質問の後、研究者が回答を記載した。調査期間は、平成22年4月～12月で、回答は245名(回収率89.1%)から得られた。

### 2. 調査内容

精神的健康度、スピリチュアリティの関連要因として、性別、年齢、死別後期間、現在の同居家族の有無、主観的な身体的健康度、精神的ストレス、日常生活自立度、自分のことを宗教的な人間であると思うか、という質問項目で構成した。このうち有配偶者については、死別後期間を質問項目から除いた。配偶者死別経験の有無については、対象者の属性で回答を求めることにより、分別できるようにした。

精神的健康について、精神的健康度とスピリチュアリティを検討した。精神的健康度については、日本版精神健康調査票GHQ28<sup>21)</sup>(The General Health Questionnaire)を用いた。これは、主として健全な精神的機能が持続できているか、苦悩が存在しているかを調べる尺度で、その信頼性と妥当性が検証されている。健全から異常へという軸(一次元)が想定されており、個人がその軸のどこに位置づけられているかをみる。採点は、左から順に4つの選択肢があり、そのいずれかに○印がつけられたかによって、その個数の合計で評価するが、今回の研究においては、左から順に、0, 1, 2, 3のウェイトを加えて、リッカート採点法で回答を求めた。合計得点は最高が84点、最低得点は0点であり、得点の高い方が、身体的非健康度や不安、抑うつが強く、社会的活動が少ない状況で、精神的健康度が悪いと評価できる。

スピリチュアリティについては、藤井らが開発した

WHOQOLSRPB 改変日本版スピリチュアリティ尺度<sup>22)</sup> (以下, 日本版 WHOQOLSRPB と表示する) を用いた。この尺度は WHO が開発した, スピリチュアル, 宗教, 個人的信念に関する予備調査表; WHOQOLSRPB (WHOQOL Spirituality, Religious, Personal Belief Scale Pilot Module) を, 日本人用に改訂したもので, その信頼性と妥当性が検証された日本人スピリチュアリティ尺度である。日本版 WHOQOLSRPB は, 「親切, 利己的でないこと」「受容」「信仰」「内的な強さ」「心の平穏, 安寧, 和」「死と死にいくこと」「人生の意味」「絶対的存在との連帯感」「無償の愛」の 9 つの下位尺度で構成され, 39 の質問項目からなる。回答は, 「1: 全くない」～「5: 非常にあてはまる」の 5 段階のリッカートスケールで求め, 得点が高い方が, スピリチュアリティが強いことを示す。

### 3. 分析方法

分析には回収された 245 名分の調査票のうち, 欠損値のない 208 名 (有効回答率 84.9%) のデータを用いた。精神的健康の関連要因として, 配偶死別高齢者については, 性別 (男性, 女性), 年齢 (<75 歳, 75 歳<), 死別後期間 (<5 年, 5 年<), 同居家族の有無, 身体的健康度 (健康群, 非健康群), 精神的ストレス (なし群, あり群), 日常生活自立度 (自立群, 介助必要群), 宗教的 (宗教的群, 非宗教的群) に分類し, 精神的健康度とスピリチュアリティ得点について, それぞれ 2 群間で比較検討した。有配偶高齢者については, 配偶死別高齢者で検討したものから, 死別後期間と同居家族の有無を除いた項目で, 精神的健康度とスピリチュアリティ得点について, それぞれ 2 群間で比較検討した。また, 配偶死別経験の有無 (配偶死別群と配偶者有群) の 2 群間で, 精神的健康度とスピリチュアリティ得点, またそれぞれの下位尺度の得点について比較検討した。独立した 2 群間の差の検定は t 検定を用い,  $p < 0.05$  を有意とした。

さらに, 配偶死別経験の有無によるスピリチュアリティの各因子への影響力を比較するために, スピリチュアリティを潜在変数, 下位尺度である「親切, 利己的でないこと」「受容」「信仰」「内的な強さ」「心の平穏, 安寧, 和」「死と死にいくこと」「人生の意味」「絶対的存在との連帯感」「無償の愛」を観測変数として, 配偶死別高齢者と有配偶高齢者別に, それぞれ因子構造モデルのデータへの適合度について共分散構造分析を用いて検討した。モデルの適合度指標には  $\chi^2$  値, GFI (Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を採用した。 $\chi^2$  値

の値は小さいほど, GFI と CFI は 1.00 に近い値をとるほど, RMSEA は 0.080 以下でモデルの適合度が良いと判断される<sup>23)</sup>。さらにそのモデルのパス係数について, それぞれスピリチュアリティが有意に影響を与える変数を用い, 配偶死別高齢者と有配偶高齢者のスピリチュアリティ構造の相違の有無を検討した。

以上のデータの集計, 統計解析には, 統計学パッケージ SPSS Version 19.0J for Windows 並びに構造方程式モデリングソフト Amos 19.0J for Windows を用いた。

## V. 倫理的配慮

対象者には, 調査に対して説明書により研究の目的, 方法, 参加は自由意思であること, 参加の有無によって不利益を受けないこと, 個人は特定されないこと等を説明した。また各個人の秘密を厳守するために調査票とともに封筒を配布し, 厳封の上, 提出するように説明した。調査票の回収をもって研究協力の承諾と判断した。本研究の実施にあたり, 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

## VI. 結果

### 1. 対象者の概要

対象者の概要を, 配偶死別高齢者と有配偶高齢者に分けて表 1 に示した。結婚期間, 死別後期間, 死別原因については, 配偶死別高齢者のみから回答を得た。配偶者死別高齢者の平均年齢は  $77.4 \pm 5.6$  歳, 有配偶高齢者の平均年齢は,  $74.1 \pm 5.2$  歳であった。配偶死別高齢者の結婚期間は  $43.1 \pm 14.9$  年, 死別後期間は  $98.0 \pm 123.8$  か月, 死別原因は疾病が 98 名 (93.3%), 事故が 6 名 (5.7%), 自殺が 1 名であった。同居家族の有無について, 配偶死別高齢者では, 子供との同居が 32 名 (30.5%), その他の家族との同居が 6 名 (5.7%), 独居が 67 名 (63.8%) であった。有配偶高齢者は, 配偶者との同居に加え, 子供との同居 26 名 (25%), その他の家族との同居が 2 名であった。

表1 対象者の概要

n=208

項目	全体 n=208	配偶死別 n=104	配偶者有 n=104
性別(人)			
男性	84(40.4%)	16(15.2%)	68(65.4%)
女性	124(59.6%)	88(84.8%)	36(34.6%)
年齢(歳)			
平均±標準偏差	75.7±5.6	77.4±5.6	74.1±5.2
最小-最大	65-89	65-89	63-87
結婚期間(年)			
平均±標準偏差		43.1±14.9	
最小-最大		5-64	
死別後期間(か月)			
平均±標準偏差		98.0±123.8	
最小-最大		8-675	
死別原因(人)			
疾病		98(93.3%)	
事故		6(5.7%)	
その他		1(自殺)	
同居家族の有無(人)			(複数回答)
配偶者			104
子供		32(30.5%)	26(25%)
その他家族		6(5.7%)	2
無(独居)		67(63.8%)	

2. 配偶死別高齢者と有配偶高齢者の精神的健康の関連要因の検討

配偶死別高齢者と有配偶高齢者の、精神的健康度(GHQ28)とスピリチュアリティ(日本版WHOQOLSRPB)の関連要因を表2, 3に示す。まず配偶死別高齢者の精神的健康度は、性別、死別後期間に有意差があり(p<.05)、対象者が主観的に捉える身体的健康度(健康群, 非健康群)、精神的ストレス(なし群, あり群)で有意差を認めた(p<.01)。またスピリチュアリティは、性別で有意に差があり(p<.05)、

対象者自身を宗教的な人間であると思うかについて(宗教的群, 非宗教的群)で有意差を認めた(p<.01)。一方、有配偶高齢者では、精神的健康度は、対象者が主観的に捉える身体的健康度(健康群, 非健康群)で有意に差があり(p<.05)、精神的ストレス(なし群, あり群)も有意に差があった(p<.01)。またスピリチュアリティは、対象者自身を宗教的な人間であると思うか(宗教的群, 非宗教的群)で有意に差があった(p<.01)。

表2 配偶死別高齢者の精神的健康度、スピリチュアリティの関連要因

mean±SD  
n = 104

項目	群	n	精神的健康度	スピリチュアリティ
性別	男性	n=16	22.3±7.1	99.5±17.2
	女性	n=88	27.4±13.5	111.2±21.6
年齢(歳)	< 75	n=34	24.4±12.4	109.2±15.6
	75<	n=70	27.7±13.0	109.7±23.8
死別後期間(年)	< 5	n=62	28.9±13.5	112.1±18.7
	5<	n=42	23.4±11.3	105.7±24.5
同居家族の有無	無	n=49	26.4±13.3	111.6±23.2
	有	n=55	26.8±12.7	107.6±19.8
身体的健康度	健康群	n=64	23.1±9.0	110.3±19.5
	非健康群	n=40	32.4±15.9	108.4±24.3
精神的ストレス	なし群	n=67	22.0±10.5	108.8±21.8
	あり群	n=37	35.0±12.7	110.9±20.8
日常生活自立度	自立群	n=92	25.9±12.7	108.8±21.5
	介助必要群	n=12	32.5±13.0	115.5±19.6
宗教的	宗教的群	n=60	25.6±12.3	117.0±20.0
	非宗教的群	n=44	28.1±13.6	99.3±19.0

t 検定

注) \*\*: p<.01 \* : p<.05 n.s. : not significant

表3 有配偶高齢者の精神的健康度、スピリチュアリティの関連要因

項目		精神的健康度		スピリチュアリティ	
群		mean±SD		mean±SD	
n = 104					
性別	男性 n=68	22.1±11.0	n.s.	104.6±22.3	n.s.
	女性 n=36	22.5±10.7		102.0±18.5	
年齢(歳)	<75 n=50	21.2±11.2	n.s.	103.8±22.5	n.s.
	75< n=54	23.3±11.2		102.8±20.6	
身体的健康度	健康群 n=92	21.19±10.2	*]	104.4±20.4	n.s.
	非健康群 n=12	30.3±13.1		98.3±25.5	
精神的ストレス	なし群 n=83	20.3±9.4	**]	103.0±22.0	n.s.
	あり群 n=21	29.7±13.0		106.4±16.7	
日常生活自立度	自立群 n=99	22.1±10.9	n.s.	104.1±21.2	n.s.
	介助必要群 n=5	25.6±11.3		95.8±18.7	
宗教的	宗教的群 n=34	21.9±11.5	n.s.	116.2±20.0	**]
	非宗教的群 n=70	22.4±10.6		97.6±19.1	

t検定  
注)\*\*: p<.01 \* : p<.05 n.s. : not significant

3. 配偶死別高齢者と有配偶高齢者の精神的健康度とスピリチュアリティの平均値比較

配偶死別高齢者と有配偶高齢者の精神的健康度 (GHQ28) とスピリチュアリティ (日本版WHOQOLSRPB) を平均値で比較し, 値をmean±SDで示した (表4). その結果, 配偶死別高齢者の精神的健康度の平均点は, 26.7±12.9点, 有配偶高齢者の精神的健康度の平均点は, 22.2±10.9点であった. また

配偶死別高齢者のスピリチュアリティの平均点は, 109.5±21.3点, 有配偶高齢者のスピリチュアリティの平均点は, 103.7±21.0点であった. 配偶者の有無 (配偶死別群, 配偶者有群) によるt検定の結果, 精神的健康度に有意差 (t=2.68, p<.01) を認め, スピリチュアリティも有意差 (t=1.98, p<.05) を認めた (表4).

表4 配偶者有無別 GHQ28, 日本版WHOQOLSRPB 得点の比較

項目		GHQ28		日本版WHOQOLSRPB	
群		mean±SD		mean±SD	
n=208					
配偶死別群	n=104	26.7±12.9	**]	109.5±21.3	*]
配偶者有群	n=104	22.2±10.9		103.7±21.0	

t検定  
注)\*\*: p<.01 \* : p<.05

次に, 配偶死別高齢者と有配偶高齢者の2群間で, 精神的健康度 (GHQ28) とスピリチュアリティ (日本版WHOQOLSRPB) のそれぞれの下位尺度得点の差を検討した. その結果, 精神的健康度については, 配偶死別高齢者のほうが有配偶高齢者よりも, どの下位尺度においても有意に高かった (t=7.95~18.34, p<.01). またスピリチュアリティは, 配偶死別高齢

者のほうが有配偶高齢者よりも, 「信仰」「人生の意味」「絶対的存在との連帯感」「無償の愛」が有意に高く (t=2.70~16.81, p<.01), 「心の平穏, 安寧, 和」については有配偶高齢者のほうが, 配偶死別高齢者よりも有意に高かった (t=-2.20, p<.05). (表5) (表6)

表5 配偶者有無別 GHQ28 下位尺度得点の比較

項目群	mean±SD n=208			
	身体的状況	不安と不眠	社会的活動障害	うつ傾向
配偶死別群 n=104	8.50±3.96	7.18±3.84	6.95±3.08	4.02±4.36
配偶者有群 n=104	1.57±1.71	1.63±1.90	0.894±1.35	0.46±1.35

t検定  
注)\*\*: p<.01

表6 配偶者有無別日本版 WHOQOLSRPB 下位尺度得点の比較

項目群	mean±SD n=208									
	親切、利己的でないこと	受容	信仰	内的な強さ	心の平穩、安寧、和	死と死にいくこと	人生の意味	絶対的存在との連帯感	無償の愛	
配偶死別群 n=104	8.29±2.36	7.51±2.02	23.59±7.98	10.96±3.47	8.17±2.06	10.63±4.06	15.84±3.34	8.95±2.42	15.60±3.17	
配偶者有群 n=104	8.70±2.38	7.30±2.00	20.80±6.83	10.86±3.51	8.79±1.97	10.07±3.35	9.29±2.14	7.69±2.44	11.80±2.63	

t検定  
注)\*\*: p<.01 \* : p<.05 n.s. : not significant

4. 配偶者喪失経験有無別スピリチュアリティ構造

配偶死別高齢者スピリチュアリティ構造と有配偶高齢者スピリチュアリティ構造のモデル化を試みた。9下位因子「親切、利己的でないこと」「受容」「信仰」「内的な強さ」「心の平穩、安寧、和」「死と死にいくこと」「人生の意味」「絶対的存在との連帯感」「無償の愛」を観察変数、配偶者との死別経験の有無別にスピリチュアリティを潜在変数として構造化した。その結果、有配偶高齢者スピリチュアリティ構造

のモデル適合度は、 $\chi^2$  値=47.6, GFI=.943, CFI=.941, RMSEA=.085で、RMSEAは0.080を若干上回ったが、 $\chi^2$  値, GFIの値, CFIの値はモデル受容の目安を満たしていた(図1)。しかし配偶死別高齢者スピリチュアリティ構造は、そのままでは統計学的な許容水準を満たしていなかった。モデルにおいて、スピリチュアリティが有意に影響しない変数を削除し、下位因子「信仰」「内的な強さ」「人生の意味」「絶対的存在との連帯感」の4つが残った。配偶死別高齢者スピリチュアリティ構造のモデル適合度は、 $\chi^2$  値=3.4, GFI=.984, CFI=.992, RMSEA=.082と、モデル受容を満たした。配偶死別高齢者スピリチュアリティ構造と同じパス図とした有配偶高齢者スピリチュアリティ構造のモデル( $\chi^2$  値=7.3, GFI=.965, CFI=.974, RMSEA=.061)において、配偶死別高齢者と有配偶高齢者の各因子のスピリチュアリティ全体からの影響力を比較した(図2)。下位因子「信仰」「内的な強さ」「人生の意味」「絶対的存在との連帯感」はすべて、配偶死別高齢者と有配偶高齢者のそれぞれのスピリチュアリティから、有意に影響を受けていた(p<.001)。スピリチュアリティからの影響力が高い項目として標準化検定値が0.8以上は、配偶死別高齢者では、「人生の意味」が.82, 有配偶高齢者では、「信仰」が.81, 「内的な強さ」が.87であった。また配偶死別高齢者・有配偶高齢者の差が0.15以上は、より有配偶高齢者が高い因子は、「内的な強さ」で.22の差があり、より配偶死別高齢者が高い因子は、「人生の意味」で.20の差があった。

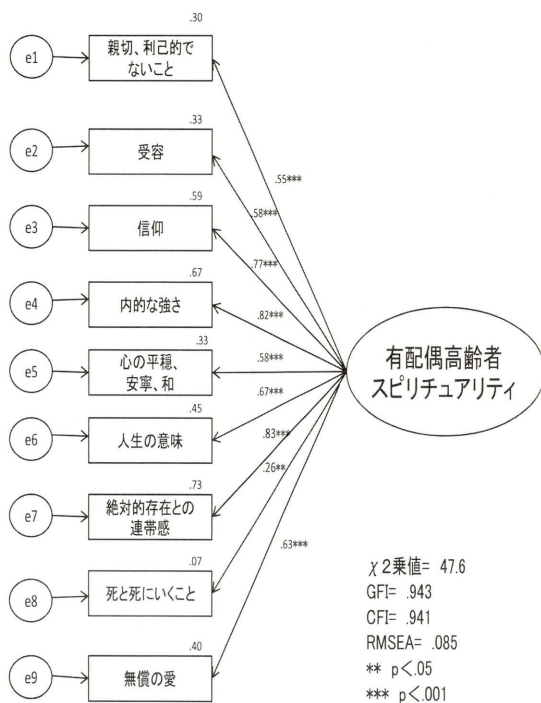


図1 有配偶高齢者スピリチュアリティ因子構造

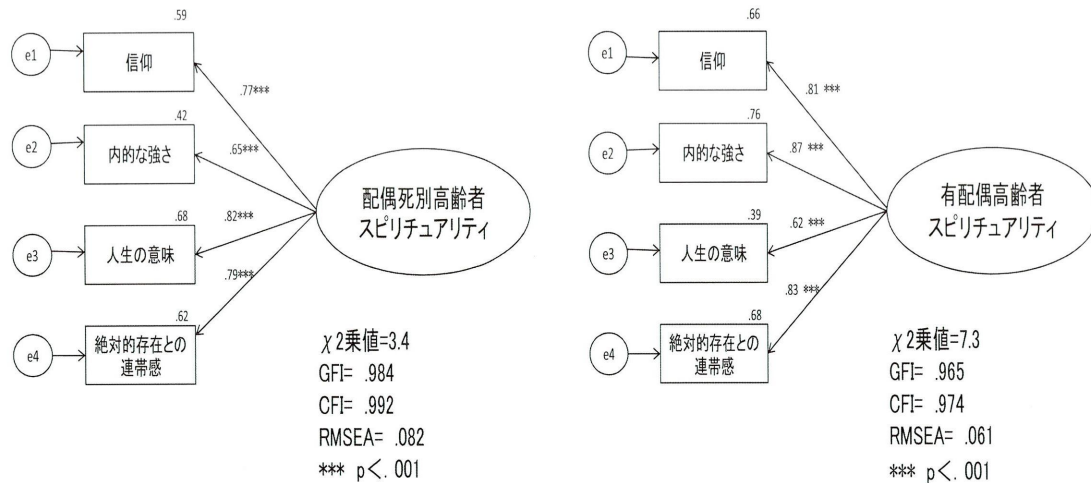


図2 配偶死別の有無別スピリチュアリティ構造比較 (標準化検定値)

## VII. 考察

### 1. 有配偶高齢者との比較からみた配偶死別高齢者の精神的健康の関連要因

C. M. パークス<sup>24)</sup>は、死別体験は誰の人生にも起きる出来事であるとし、人、とくに愛する人を失った後に起こる悲嘆について、「心の麻痺」「切望」「混乱と絶望」「回復」の段階を経るプロセスであり、その段階は互いに混じり合い、置き換わる臨床像の連続体であるとしている。そして死別後の身体的影響についても、配偶者を亡くした男女は、同じ年齢でも配偶者を有する女性や男性と比べて、死亡率が高く、精神的問題も多く引き起こし、自殺のリスクが増大することも報告されている<sup>25)</sup>。そうした大きな影響をもたらす配偶者死別高齢者の精神的健康の関連要因について、有配偶高齢者との比較から考察する。

配偶死別高齢者の精神的健康度は、男性よりも女性のほうが、精神的健康度が悪く、このことより女性は男性と比べ、配偶者との死別を経験することで、身体的健康状態が悪く、不安や不眠、抑うつが強く、社会的に活動も少なくなることが示唆された。さらに、配偶死別の男性よりも女性のほうが、スピリチュアリティは強いことがわかった。しかし、有配偶高齢者においては、精神的健康度、スピリチュアリティのいずれにおいても性差はなく、高齢女性にとって配偶者との死別経験は、精神的健康度が悪くなり、スピリチュアリティは強くなる出来事であることが示唆された。宮林ら<sup>26)</sup>は、精神的健康に性差について、女性のほうが男性に比べ、身体的健康状態が悪く、不安や不眠、抑うつが強く、社会的な活動が少なくなっていることを報告しており、本結果と合致している。しかし配偶者を亡くした男性の悲嘆<sup>27)</sup>や孤独感<sup>28)</sup>、死別後の自殺<sup>29)</sup>など、配偶者を亡くした男性の精神的問題を取り上げている報告が多い。すなわち妻を亡くした男性は、夫

を亡くした女性よりも精神的健康度は良好であるが、悲嘆が強く長引き、孤独感や自殺が問題となっている。男性に比べ女性は配偶者喪失後、スピリチュアリティが強く、精神的に不健康であっても、自殺や悲嘆の悪化にまで陥ることが少ないと考える。その原因として、女性は夫との死別後、自分で対処行動を行っているのではないかと考える。配偶者との死別後、感情表出が行われるほど精神的健康がよく、また、感情表出を男性よりも女性のほうが多く行うことが報告され<sup>30)</sup>、女性は精神的な問題を他者に話すことで精神的不健康な状態からの回復が早期に図られていると考える。精神的健康度が悪い状況であっても、対処行動を図り、スピリチュアリティが強ければ、悲嘆などの精神的問題の悪化や長期化を防ぐことができることが示唆された。

死別後期間については、配偶者との死別後5年以内の者は、死別後5年以上経過した者に比べ、精神的健康度が悪いことがわかった。この結果は、死別後1年以上で不安や不眠などの精神的問題が改善されたという報告<sup>31)</sup>や、宮林ら<sup>32)</sup>の、死別後4.5年が配偶者との死別後精神的な安定が得られる時期であるという報告と合致し、死別後5年経過で、精神的な問題は全般的に改善されることが示唆された。

また、対象者が自らを宗教的な人間であると思うかについて検討すると、スピリチュアリティは、配偶者との死別経験の有無に関係なく、自分を宗教的人間であると思っている「宗教的群」は、「非宗教的群」に比べてスピリチュアリティが強かった。主観的に自分のことを宗教的な人間であると思う高齢者は、配偶者との死別を経験するか否かに関係なく、スピリチュアリティが強いことが示唆された。すなわち一般的な高齢期の人々は、性別に関係なく、自らを主観的に宗教的な人間であると捉える者のほうがスピリチュアリティ

は強かった。宗教をもつ人にとっては信仰がスピリチュアリティの重要な要素になっていると報告され<sup>33)</sup>、自らを宗教的な人間であると捉えている人にとっては、スピリチュアリティが重要な要素であることが示唆された。

また精神的健康度は、配偶者との死別経験の有無に関係なく、主観的に捉える身体的健康度の「健康群」は、「非健康群」に比べ、主観的に捉える精神的ストレスの「なし群」は「ある群」に比べ、精神的健康度が良好であった。自分の健康を主観的によいと自覚することが、生活満足度の良好さに影響するという報告<sup>34)</sup>があり、配偶者との死別経験の有無とは関係なく高齢期の人々は、自分自身の身体的・精神的側面を肯定的自覚が、精神的な健康につながることを示唆された。

## 2. 配偶死別高齢者の精神的健康度とスピリチュアリティの構造

配偶死別高齢者は有配偶高齢者に比べ、精神的健康度が悪いこと、またスピリチュアリティが強いことがわかった。さらに精神的健康度のすべての下位概念について、配偶死別高齢者は有配偶高齢者に比べ悪く、またスピリチュアリティの下位概念については、配偶死別高齢者は有配偶高齢者よりも、「信仰」「人生の意味」「絶対的存在との連帯感」「無償の愛」が強かった。したがって、スピリチュアリティについては、配偶者喪失を経験することで強くなるが、配偶死別高齢者と有配偶高齢者で、その様相が異なることが確認された。因子の特徴を検討すると、配偶死別高齢者は有配偶高齢者に比べ、信仰が自分の生活や人生に役立ち、死別を経験した中でも自らの人生に意味を見出し、人間を超えたものとの繋がりを実感すること、また自己と他者の相互に無償の愛情を表現し感じることを示唆された。反対に「心の平穏、安寧、和」は、有配偶高齢者のほうが配偶死別高齢者より強かった。この下位概念は、質問項目「物事がうまくいかないときにどれくらい平穏を保つことができるか」などで構成されており、配偶死別高齢者は、有配偶高齢者に比べ、物事がうまくいかないときに心の平穏を保つことができず、人生の調和を図れないことが示唆された。

さらに、配偶者との死別経験の有無で、スピリチュアリティ構造に差異があるかを検討した。全体からの影響力（標準化検定値0.8以上）により検討を行ったところ、配偶死別高齢者のスピリチュアリティは「人生の意味」に大きな影響力を持っていたことから、配偶者との死別体験を通して、今の自分の人生に意味や目的を見出し、自らの人生を受容していることが示唆された。さらに標準化検定値の差で比較すると、配偶死別高齢者は有配偶高齢者に比べ、「人生の意味」の標

準化検定値が0.20大きかった。したがって有配偶高齢者に比べ配偶死別高齢者は、人生に意味や目的を見出すことがスピリチュアリティに関連することが示唆された。以上のことから、配偶死別高齢者の生きる支えとなるものは、生きる意味や目的を見出し、自分の人生を受容し、肯定的に捉えることであることが再確認できた。影響力の大きい「人生の意味」に注目し、ケアに繋げていくことが効果的であると考えられる。

## VIII. 結論

1. 配偶死別高齢者の精神的健康度は、女性が男性に比べて悪く、スピリチュアリティは、女性が男性に比べて強い。
2. 配偶者の死別後5年の経過で、精神的健康度が良好となり、身体的健康、不安や抑うつ、社会的活動障害が改善される。
3. 配偶死別経験の有無に関係なく、身体的健康や精神的ストレスの肯定的自覚は、精神的健康に関連する。
4. 配偶死別高齢者の精神的健康は、有配偶高齢者と比較して、精神的健康度は顕著に悪く、スピリチュアリティは強い。
5. 配偶死別高齢者のスピリチュアリティは、有配偶高齢者のスピリチュアリティと比べ、「人生の意味」に大きい影響力をもつ。

## IX. 研究の限界と今後の課題

本研究において、配偶死別高齢者の死別後期間を、対象者人数の関係で限定することができず、死別後期間の短い対象者は8か月、最長では675か月となった。死別後2～5年での精神的問題の改善を考え、死別後5年以内の対象者を増やし、検討することが必要である。さらに、配偶死別高齢者は、様々な精神的な問題を抱え、スピリチュアリティの構造が複雑であることがわかった。こうした人々のQOL向上のために、遺族ケアのアセスメント評価方法とケアの方策を検討していくことが今後の課題となった。

## 謝辞

本研究にあたり、調査に協力して下さいました高齢者の方々に心から御礼申し上げます。

なお本研究は、平成23年度山口県立大学大学院健康福祉学研究科博士後期課程に提出した論文の一部であり、平成22年度～平成24年度科学研究費補助金基盤研究(C)課題番号22592588「配偶死別高齢者のスピリチュアリティへの回想法の効果に関する研究」の一部として実施した。



## 引用文献

- 1) C.M.パークス著, 桑原治雄 三野善典訳: 死別 遺された人々を支えるために, メディカ出版, 28, 2002.
- 2) 小此木啓吾: 対象喪失, 中央新書, 28, 1979.
- 3) 岡堂哲雄, 鈴木志津枝: 危機的患者の心理と看護, 中央法規, 14-15, 1996.
- 4) 坂口幸弘, 柏木哲夫, 恒藤暁他: 配偶者喪失後の時間経過と精神的問題との関連, ターミナルケア, 10(1), 71-75, 2000.
- 5) 鈴木はるみ, 滝川節子: 配偶者との死別経験を有する男性の悲嘆と関連要因に関する研究, 死の臨床, 28(1), 94-100, 2005.
- 6) 寺崎明美, 小原和泉, 山子輝子他: 高齢女性の配偶者死別における悲嘆と影響要因, 老年精神医学雑誌, 10(2), 167-179, 1999.
- 7) Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, et al: Diagnostic criteria for Complicated Grief Disorder, The American Journal of Psychiatry, 154, 904-910, 1997.
- 8) Hart CL, Hole DJ, Lawlar DA, et al: Effect of conjugal bereavement on mortality of the bereaved spouse in participants of the Renfrew/Paisley Study, Journal of Epidemiol Community Health, 61, 450-460, 2007.
- 9) 小楠範子: スピリチュアリティの概念の検討, 臨床死生学, 9, 1-8, 2004.
- 10) 田崎美弥子, 松田正巳他: スピリチュアリティに関する質的調査の試み—健康およびQOL概念のからみの中で—, 日本医事新報, 4036, 24-32, 2001.
- 11) Jane Dyson, Mark Cobbet, et al: The meaning a spirituality, literature review, Journal of Advanced Nursing, 26, 1183-1188, 1997.
- 12) Deborah F. Greenwald, David W. Harder: The dimension of spirituality, Psychological Report, 192, 975-980, 2003.
- 13) Y. Joel Wong, Lynn Rew, et al: A systematic review of recent research on adolescent religiosity / spirituality and mental health, Issues in Mental Health Nursing, 26, 161-183, 2006.
- 14) Wilfred Mc Sherry, Keith Cash: The language of spirituality, an emerging taxonomy, International Journal of Nursing Study, 41, 151-161, 2004.
- 15) Barry Mc Brien: A concept analysis of spirituality, British Journal of Nursing, 15(1), 42-45, 2006.
- 16) 山本美津子, 渡辺俊彦: 「スピリチュアル」の伝統的理  
解と医療界における捉え方, 聖母女子短期大学紀要, 16号, 37-44, 2003.
- 17) 藤井美和, 李政元, 田崎美弥子他: 日本人のスピリチュアリティの表すもの: WHOQOL のスピリチュアリティ予備調査から, 日本社会精神医学会雑誌, 14(1), 3-16, 2005.
- 18) 前掲載文 10).
- 19) 臼田寛, 玉城英彦, 河野公一: WHO の健康定義制定過程と健康概念の変遷について, 日本公衆衛生雑誌, 51(10), 884-889, 2004.
- 20) 石井八重子: World Health Organization (WHO) を中心とした健康関連に関する Quality of Life (QOL) ・スピリチュアリティ研究活動の概観, 東京医療保険大学紀要, 第1号, 45-55, 2005.
- 21) Goldberg DP, 中川泰彬, 大坊郁夫: GHQ 精神的健康調査票, 日本文化科学社, 2, 1985.
- 22) 藤井美和, 李政元, 田崎美弥子他: 日本人のスピリチュアリティの表すもの: WHOQOL のスピリチュアリティ予備調査から, 日本社会精神医学会雑誌, 第14巻, 1号, 3-16, 2005.
- 23) 大塩真司: はじめての共分散構造分析 Amos によるパス解析, 東京図書, 110-111, 2008.
- 24) 前掲著書 1), 13.
- 25) 前掲著書 1), 28.
- 26) 宮林幸江, 山川百合子: 日本人の死別悲嘆—性差について—, 茨城県立医療大学紀要, 第10巻, 55-63, 2005.
- 27) 鈴木はるみ, 滝川節子: 配偶者との死別経験を有する男性の悲嘆と関連要因に関する研究, 死の臨床, 28(1), 94-100, 2005.
- 28) 鈴木はるみ, 滝川節子: 配偶者との死別経験を有する男性の孤独感と関連要因, ホスピスケアと在宅ケア, 13(3), 238-243, 2005.
- 29) 井出訓, 千丈雅徳: 配偶者を亡くした高齢男性の自殺, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, No.8, 35-42, 2001.
- 30) 坂口幸弘, 恒藤暁, 柏木哲夫他: 遺族の感情表出が精神的健康に及ぼす影響—感情表出は本当に有効な対処方法なのか?—, 死の臨床, 25(1), 58-63, 2002.
- 31) 前掲論文 4).
- 32) 前掲論文 26).
- 33) 前掲論文 22).
- 34) 宮島ひとみ, 別所遊子, 細谷たき子: 配偶者と死別した高齢女性の生活満足度に影響を与える要因, 日本地域看護学会誌, 7(1), 23-28, 2004.

# Aspects of the mental health of the elderly who have lost their spouse In comparison with the elderly whose spouse alive

Namika Ikuta<sup>1)</sup> Makiko Tanaka<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Faculty of Health Science, Ube Frontier University

<sup>2)</sup> Faculty of Nursing and Nutrition, Yamaguchi Prefectural University

## Abstract

**Purpose :** We studied factors related to the elderly mental health states and the spirituality to clarify the aspects of mental health of the elderly bereaved of their spouses (EBS group) in comparison to those of the elderly living spouses (ELS group).

**Method :** After obtaining ethics committee approval and consent, 275 healthy elderly person aged 65 year or older were enrolled. The 208 elderly answered the questionnaires about the general health questionnaire and Japan WHO QOL SRPB. Statistical analysis was made by SPSS Version 19.0 for Windows, and Amos 19.0J for Windows was used to estimate the difference in the mental health states and the structures of spirituality between EBS group and ELS group.

**Results :** The ESB group showed markedly poor mental health states and the stronger manifestations of the spiritual structures in comparison with those of ELS group. Model validation revealed a difference in the spiritual structures and the significance of life in relation to their spirituality between two groups. And it was revealed that spirituality of the elderly who are bereaved of their spouses has greater influence on the "meaning of life" than that of those whose spouses are living.

**Conclusion :** In the elderly, subjective awareness affects their mental health and spirituality irrespective of the bereavement of their spouse. The elderly bereaved of their spouse showed poorer mental health and strong manifestation of spirituality in comparison with the elderly living their spouse. There was the difference in the mental structures between two groups.

**Key words :** mental health , spirituality, loss of spouse, the elderly, the bereaved