

機関(28%)無床機関(41%), 歯科(28%)), 職種も医師(5名), 看護師(8名)などの医療職に限らず事務職(13名)まで多岐にわたっていた。また, 年代も20代から50代まで偏りがなかった。

2. 参加ニーズ(複数回答): 参加動機は「テーマに関心があった」が22名と最も多く, 患者対応で困っていることは「相談者の態度」(22名)「リピーター」(10名)と相談者に関することが多くあげられ, 「自分自身の気持ちの整理」などセルフマネジメントに関する回答は4名と少なかった。

3. 困難への対処(自由記述のまとめ): 困った時の対処方法としては, 同僚・上司との相互支援がほぼすべての回答を占めており, 「日を改める, 対応に時間をかける」と自分自身の対応に解決を求める回答は1名のみであった。

4. サポート体制: 業務へのサポートとして, 対応マニュアルのある職場は17%, 医療安全講習に関しても, 実施しているという回答は39%に留まった。

5. 研修の効果: 研修による学びは全員が今後の患者対応に活かせると回答した(大いに役立つ; 89%, 多少役立つ; 11%)。自由記述では, コミュニケーションスキルについての学びの有用性をあげる意見(8件)よりもセルフマネジメントスキルをあげる意見の方がやや多かった(10件)。職場で共有したいという意見も同様に多くみられた(6件)。今後職場で研修会の内容をどのように活用するかという問いかけに対しては共有するという回答が91%(伝達研修33%, 資料回覧58%)と高かった。

6. 今後のニーズ(複数回答): 今後取り上げてほしいテーマは, 今回のような参加型のコミュニケーションスキル研修が14件と

最も多く, 次いで困難事例への対応, リスクマネジメントが10件ずつと同数であった。

D. 考察

1. 対象: 参加者の属性は勤務先, 職種, 年齢において偏りがなく, 本研修内容は勤務先, 職種, 経験年数によらず幅広いニーズを持つものであることが示唆される。

2. 参加ニーズ: 困っていることとしては, 相談対応に集中しており, 本研修で取り入れたセルフマネジメントニーズについては大半の受講者に意識されていなかった。相談業務について振り返る際に, 相談者との接遇や相談技術について困っているという実感はあるが, 自身の状況について自覚することの難しさがある事が伺われる。

参加者の属性として非専門職が約3分の1, 歯科衛生士・歯科助手のように養成課程に臨床心理学が含まれていない職種の参加者と合わせると約半数の参加者はセルフマネジメントの重要性とスキルを学ぶ機会が少なかったと想像される。前述したように, 苦情相談業務では, 高いストレス負荷がかかり, セルフマネジメントスキルの点検/向上はベテランの臨床心理技術者にとっても日常的に行う必要のある重要な作業である。ストレスケアの基本がまず自覚にあることを考えると, 今後このような研修を積極的に行っていく必要があると言えよう。

3. 困難への対処・サポート体制: 困難への対処は上司, 同僚との連携が多くあがっており, 職場の相談業務にあたる職員に対する支援システムがある程度機能していることが伺われる。しかしその内容を吟味してみると, 最も多い対処が「対応をかわる」(10件; 59%)となっており, 問題を抱え込むおそれは低くなるものの達成感やスキ

ルが得られにくくなっていると考えられる。上司・同僚と関わりながら本人が支援を続ける場合の対処についても情報の「共有・報告」(8件)が多く、共有の上での支援である「相談, 助言を得る」(4件)は半数に留まっている。さらに職場に相談マニュアルのある職場も17%と少なく、職場において日常的な支援が得られにくくなっている可能性が示唆される。

4. 研修の効果: 本研修について全員が役に立つと回答していること、役に立った内容としてコミュニケーションスキルとセルフマネジメントスキルの両方があげられていたことから、研修の内容は参加者のニーズに沿ったものであったと考えられる。

特に、セルフマネジメントスキルについては、自由記述で「気がついた」「(これまで)あまり思わずにいた」「・・・が大切と分かった」「・・・を知るべし」「皆に話したい」など、研修を受けるまで重要性に気づいていなかったという感想が多かった。このことから、ニーズとしてあげられていなかったとしてもセルフマネジメントについての研修をする意義はあると考えられる。特に受講者に非専門職が多い場合にはニーズが自覚されにくい可能性が高い事に留意する必要がある。

5. 今後のニーズ: 今後のニーズとして、コミュニケーションスキルについては特に参加型の研修, スキルアップにつながる困難事例への対処があげられていた。コミュニケーションスキルについては参加型の段階的に高めて行く継続研修が適していると言えよう。また、セルフマネジメントスキルは日常の積み重ねが大切であることから、一人ひとりの工夫は毎日自律的に行うよう留意しつつも、職場のシステムとしては、

単なる報告や担当者交代ではなく、経験が積み重なりスキルアップにつながるような方法—例えば交代後も随時経過を話し合う、報告をする際に自分の感情の動きを意識して言語化・表出するというような工夫が意味を持つと考えられる。

また、研修の学びの汎化については、参加者の91%が職場に伝えると回答しているものの、「スタッフに伝えたいが上手く話せるか悩む」という意見があった。この問題の解決のためには一般論としてのマニュアルの開発だけでなく、それぞれに異なる状況に合わせた出前型の研修(コンサルテーション)を行うシステムの開発も大きな意味を持つと考えられる。

E. 結論: 相談業務にあたる職員への研修は、コミュニケーションスキルとセルフマネジメントスキルの両方に有用性が認められた。特にコミュニケーションスキルに関しては、参加型の実感を持てる継続研修を段階的に積み重ねることが意味を持つと考えられた。セルフマネジメントスキルについては、特に非専門職に対して必要であり、基本的な理解を得られた後は、それぞれの職場で日常的に個人/システムによるケアを継続することが意味を持つと考えられた。

今後はさらに研修内容を詳細に吟味しつつデータを蓄積し、職員の属性とストレス状況の関連、システムとしての支援の組み立てと効果の検証などを行っていくとともに、システム管理者に対する研修方法の開発、マニュアルの作成などが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし

相談・苦情対応で大切なこと

～コミュニケーションとメンタルケア～

I. はじめに～患者になるということ

1. 「患者」とは？

わずらう¹人。自らの心身を自らの力では制御できなくなっている人。

→身体的な不快感・痛みだけではなく、心理的な痛みを持っている。

不安、いらだち、怒り、無力感、絶望感・・・

- ・上記のような心理的な痛みが強いほど、大きな期待²を持って受診。

2. クレーム発生メカニズム

- ・クレーム＝不満。「期待」に対して結果が期待を下回るとクレームになる。
- ・医療機関の受診では、期待が非現実的な大きさをもつことが多く、クレームが生まれやすい。

3. 紛争発生メカニズム

- ・クレームという形の万能的期待に巻き込まれると、医療従事者の側にはそれに応えられない罪悪感が生まれ、不適切な対処をしてしまう。

→何とか説得しようとする、解決を先送りして対立を回避しようとする、気づかぬうちにけんか腰になる など。

⇒ [患者の気持ちに共感／整理する]+[自分の気持ちを自覚／適切に取り扱う] ことにより、

患者の万能的な期待に巻き込まれず、安心感を提供、信頼関係を築くことが大切

¹ 1.あれこれと心をいためる、思い悩む。2.病気で苦しむ。3.うまくいかないで苦勞する、難渋する。

² 特に不安や絶望感に対する防衛として、強い依存的な気持ちがおこり、「すべて完璧に解決される」という非現実的で万能的な期待が起こることが多い

(病歴、自覚症状などを)言わなくても診察しただけでわかってくれる、質問したいことを言わなくても察してくれる、一度言ったらすべて覚えていてくれる、絶対にミスをしない、自分が何もしなくても全てのことをしてくれる、治療方法は必ず自分にとって最善のものを選択してくれている、治癒までの見通しを持っていてそのとおりになる、必ず副作用などのリスクを回避し治してくれる・・・など。

II. 関係構築～出会いから信頼関係を築くまで

1. 出会い：不安との戦い

◎不安なのは相談者！

- ・人は未知のものに意味づけをしたがる傾向がある。
- ・全体的情緒的印象で大まかに判断・評価する（暖かい、感じがいい・・・）
- ☆印象→感情に左右される（自分自身の感情を自覚することが大切）
- ☆評価→社会的偏見・価値観の影響を受ける。

2. コミュニケーションの始まり：安心の提供

◎大切なこと＝安心感を醸成し、相互理解につなげる

- ・相互理解：「聴く」ことと「話す」ことのセットがコミュニケーション

「聴く(理解)」

- ・言葉の内容だけでなく、表情、しぐさ、口調、沈黙などの伝える意味に敏感になる。(対面的コミュニケーションの85%は非言語的なもの)
- ・相手の言葉をそのまま受け取るのではなく、それによって何を伝えようとしているのか、それはなぜなのか、相手の枠組みに入って相手の気持ちを感じ取り、理解する。

*ワーク1:正確な他者理解

- ・聴くという営みには、自分の価値観が映し出される。正確な他者理解のためには自分の価値観の特徴を知ること、それを差し引いて理解することが必要。

「話す(自己表現)」

- ①安心して自分自身に触れて感じたり考えたりすることで、
- ②自分についての理解が進み、③気持ちや問題が整理され、④表現できる。

3. コミュニケーションの展開：信頼関係の形成～6つのバランスが大切～

- A. 自己概念：自分自身を理解し、自分自身に正当に向かい合っていること。
- B. 傾聴：よい聴き手となること。身体全体で言葉だけでなく気持ちを聴くこと。
- C. 明確な表現：明確な体験、考えを持ち、それを明確に伝えられること。
- D. 感情の取り扱い：自分の感情を適切に把握、コントロールできること。
- E. 自己開示：自分を正直に開示でき、ありのままの自分で人と付き合えること。
- F. 責任性：相手との間で、誠実で深い意味のある結び付きを創り上げられること。

Ⅲ. 医療従事者として大切なこと～自分自身のメンタルケア～

1. ストレスとは

外から与えられた刺激（ストレッサー）により生じたひずみに適応しようとして起こる反応

(1) 良いストレス；悪いストレス

+良いストレス=こころの張り+

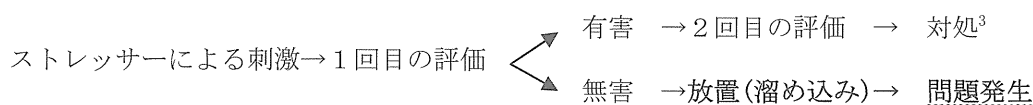
-悪いストレス=こころの無理-

張り合い、生き甲斐、自己決定
達成感のある苦労、仲間の居る苦労

やり損、無力感、強いられた
抱えこんだ苦労、孤独な苦労

- 強い、長期間続く、間をおかずに続く場合に悪影響
- 悪いストレスはもちろんのこと、良いストレスでも続くと不調になる（ワーク2）

(2) ストレス処理の仕組み：問題発生のからくりを知る



・放置 → からだ（心身症）、こころ（うつ、燃え尽き症候群）、対人関係などに不調がおこる

(3) ストレスそのものを減らす = 自分を知り、自分らしく生きる

- 自分らしさを大切に → 肯定的で実際の体験と食い違いが少ないほど、日々のストレスが減る。
- 自分のしたいこと(欲求)を大切に → ストレスが重なると欲求を感じる事が難しくなる。
- 自分の人生の価値(生きがい)⁴を大切に → 生きがいは人生の満足感に深く関連する

2. 対人援助職(感情労働者)のストレス

(1) 感情労働とは

「決められた感情」で人に接することを求められる仕事⁵

³ ラザルスによる8つの対処型が有名。より多くの対処型を身に付けているほうが望ましい。

1.計画型	慎重性、計画性
2.対決型	自己信頼感の強さ、積極性、自信
3.社会的支援模索型	社会適応度、依頼心
4.責任受容型	従順性、自己の役割の自覚、責任感
5.自己コントロール型	感情・行動の制御
6.逃避型	問題解決からの逃避
7.隔離型	問題と自己との隔離
8.肯定評価型	自己発見・自己啓発・自己改革の強さ

⁴ 以下の7つの基準を満たすものが完全な価値

- ①自由に自己決定(選択)したものであること
- ②いくつかの選択肢から選んだものであること
- ③選択の結果について慎重に考慮した上での選択であること
- ④選択したことを何らかの行動に移していること
- ⑤自分の選択を公に確認できるもの
- ⑥とても大切にしているもの、その選択をしてよかったと思えるもの
- ⑦自分の生活パターンの中で反復して実行するものであること

(2) 感情労働のストレス

- やりがいがある＝良いストレス：人を幸せな気持ちさせたり安心感を与え、生きる力を与える。
- 自分の感情をコントロールすることが求められる→気持ち（脳）が疲れる。
- プライベートでも仕事の顔を求められる→本人も周囲も仕事の顔は実際の本人と裏表なく一致しているべきだと考えやすく、オンオフの切り替えが難しい。（使命感がとて強く、ひたむきな気持ちで仕事をしている人ほど、消耗しやすい。）
- 突然ポキッと心が折れたような虚無感＝「バーンアウト」（燃えつき症候群）⁶⁷を起こしやすい

(3) 感情労働のストレスケア＝ストレスを上手にこなす

仕事中；ストレスの質そのものを変える

- 責任性>感情の取り扱い>自己開示になりがち。バランスを取る（ワーク3）。
- 十人十色。理想像にとらわれない。
- 満足感をアップ＝対象者の感謝、満足、幸せ(QOL)⁸ を得られる支援を目指す

仕事外；ストレスを捨てる／切り替える（罪悪感を持たない！）⁹

- 仕事を頭から追い出すための切り替えを工夫
- 仕事を忘れ、積極的に休息をとる、遊ぶ時間を作る

IV. まとめ

支援者として大切なこと：自分自身の人生を大切に生きること

＝患者さんたちにも大切なこと。共に生きる感覚が互いのメンタルケアにつながる

⁵ 例えば、看護師やカウンセラー、ワーカーは、専門家として患者や利用者に感情を使って安心を与える

⁶ バーンアウトとは「エネルギーを使い果たして消耗する」こと。突然仕事にやりがいを見いだせなくなり、人が変わったように冷淡な対応をするようになる

⁷ バーンアウトの3つの因子

①情緒的疲弊	仕事を通じて、情緒的に力を出し尽くし、消耗してしまった状態
②脱人格化	サービスの受け手に対する無情で、非人間的な対応
③個人的達成感の低下	職務に関わる有能感、達成感が低下すること

⁸QOLをあげるために最も重要なのは自己決定。自己決定をするためには自分のニーズを知る必要がある。自分のニーズを知るためには安心感のある環境自分を見つめる時間が必要。従って、相手の満足感(＝自分の達成感)を得るためには、支援の場では安心感を大切に患者に寄り添うことが意味を持つ。

⁹感情労働につく人は仕事にかかる思いと同じくらい、仕事に打ち込む時間や気持ちの込め方に制限をかけ、オンとオフのメリハリをつける必要がある。仕事中は気持ちを込めて対応しても、仕事が終わったら意識を切り替えて自分の時間を守ること。「あのことはまた明日、仕事中に考えればいい」というように、ある程度割り切って考えることが必要。休日には勉強会や研修会など、自己研鑽にばかり時間を費やすのではなく、趣味や気晴らし、ムダ話の時間も大事にする

テーマ： ☆参加型研修 目指そう！相談・苦情対応力UP☆「コミュニケーションで大切なこと」

講師： 杉山恵理子氏

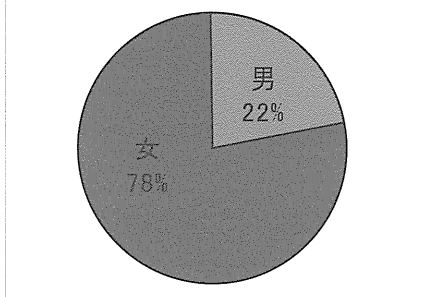
(明治学院大学 心理学部 心理学科 教授・臨床心理士・精神保健福祉士・集団精神療法学会認定スーパーバイザー)

○参加者情報 参加者 36 人(1機関 1 人限定)、アンケート回答者 36 人 ※回答率 100%

[性別]

性別	人数
男	8
女	28
計	36

〈性別 割合〉



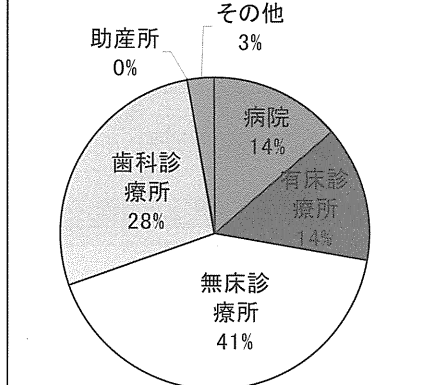
[年代]

年代	人数
20代	9
30代	7
40代	12
50代	7
60代	0
70代	1
計	36

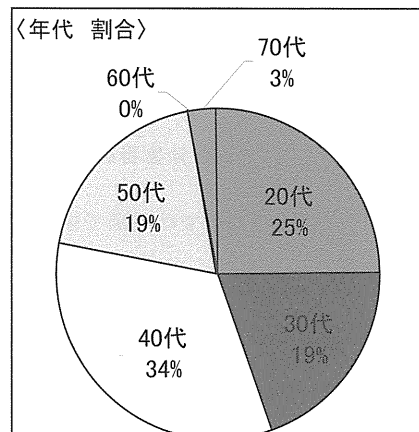
[勤務先]

区分	人数
病院	5
有床診療所	5
無床診療所	15
歯科診療所	10
助産所	0
その他	1
計	36

〈勤務先 割合〉



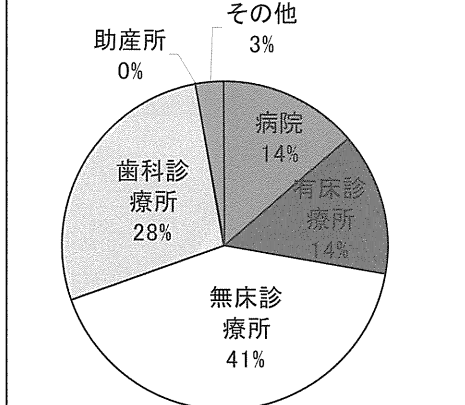
〈年代 割合〉



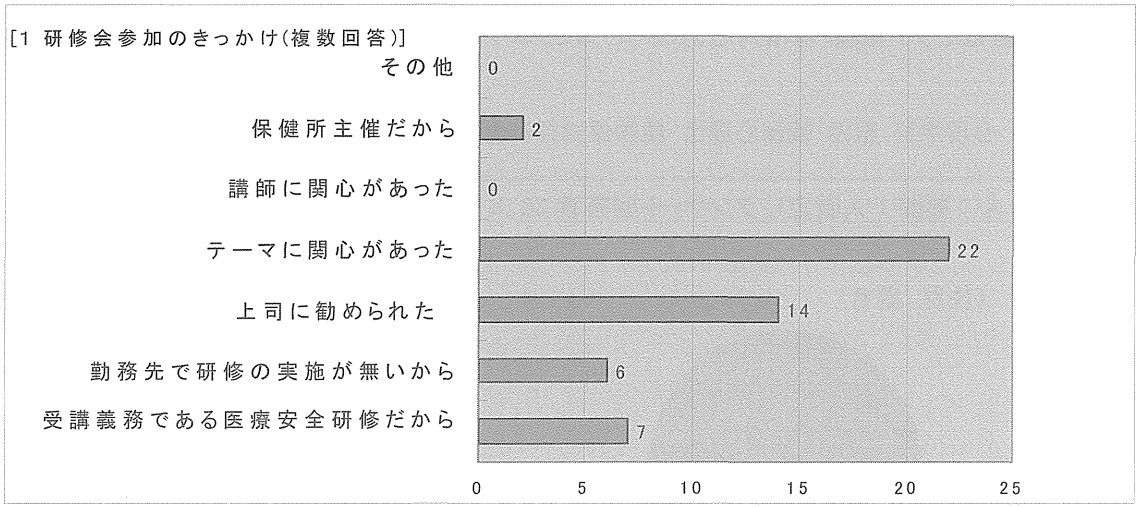
[職種]

職種	人数
医師	2
歯科医師	3
看護師	8
准看護師	0
歯科衛生士	1
歯科助手	5
事務職	13
MSW	2
(管理)栄養士	1
その他	1
計	36

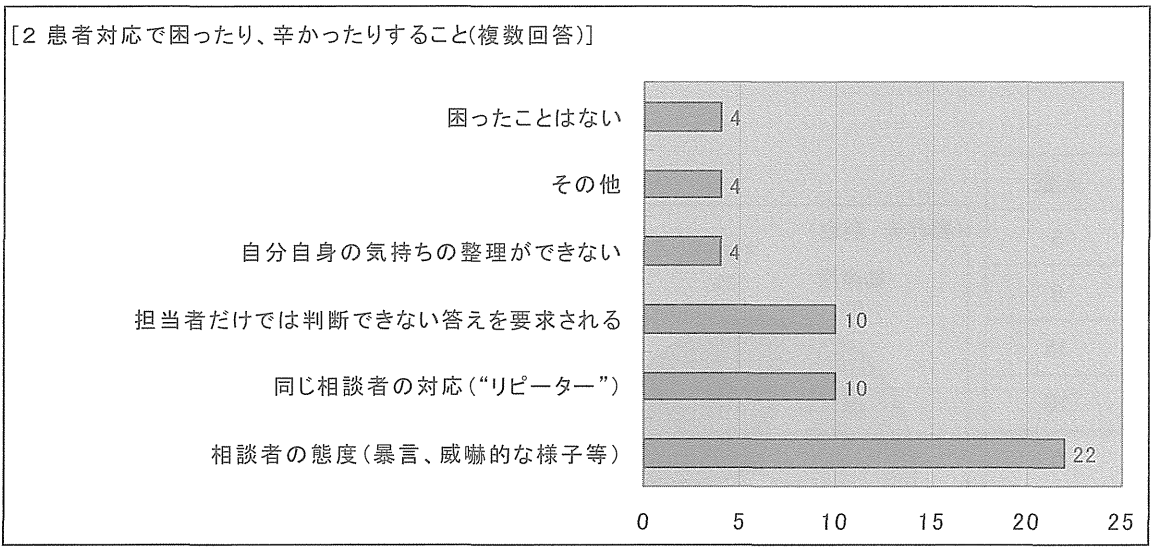
〈勤務先 割合〉



1 研修会に参加されたきっかけは何ですか。(複数回答可)

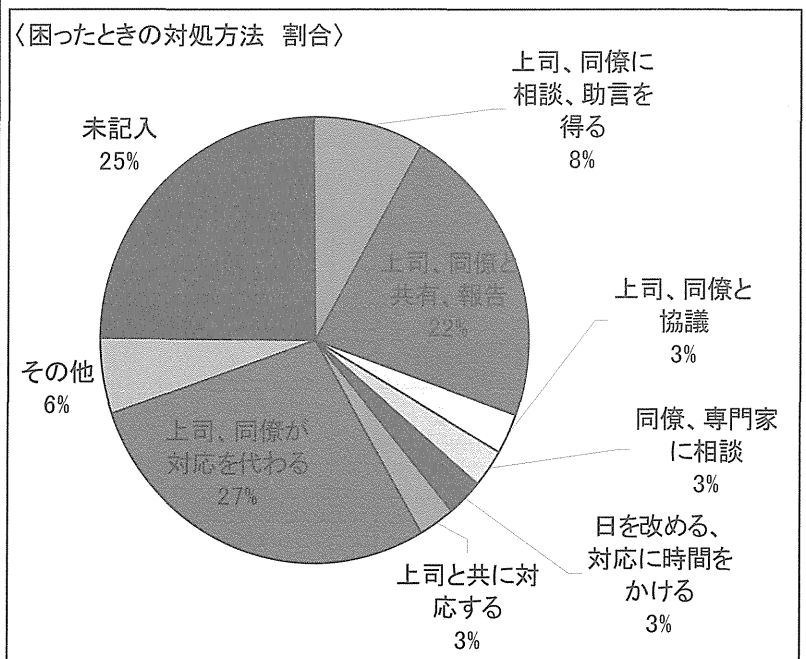


2 患者対応で困ったり、辛かったりするのとはどのようなことが多いですか？(複数回答可)



3-① 患者対応で困った時の対処方法について教えてください。(自由記載のまとめ)

項目	人数
上司、同僚に相談、助言を得る	3
上司、同僚と共有、報告	8
上司、同僚と協議	1
同僚、専門家に相談	1
日を改める、対応に時間をかける	1
上司と共に対応する	1
上司、同僚が対応を代わる	10
その他	2
未記入	9
計	36



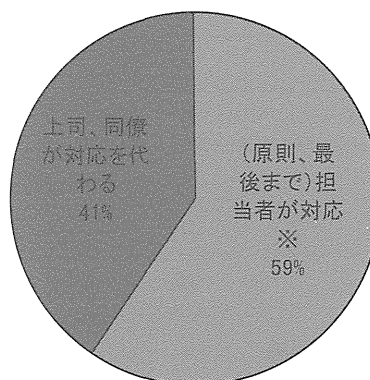
3-② 患者対応で困った時の対処方法について教えてください。(自由記載のまとめ)

3-①で、記入あり27人について

項目	人数
(原則、最後まで)担当者が対応※	16
上司、同僚が対応を代わる	11
計	27

※記述から推測

〈対応者 割合〉



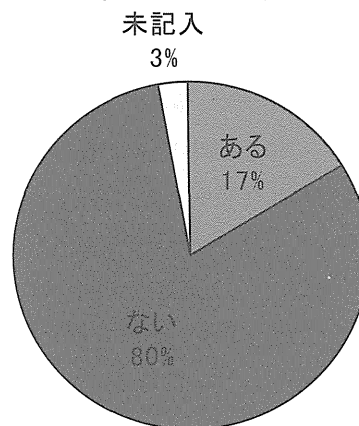
4 貴職場には相談・苦情対応で参考、活用できる対応マニュアル等がありますか？

項目	人数
ある	6
ない	29
未記入	1
計	36

「ある」場合、どのようなものか？(自由記載)

- ・今までの対応や解決策のメモをまとめたノート
- ・職場で作成したもの
- ・関連出版本、医療機関向け雑誌
- ・職場で作成したものがあるらしい

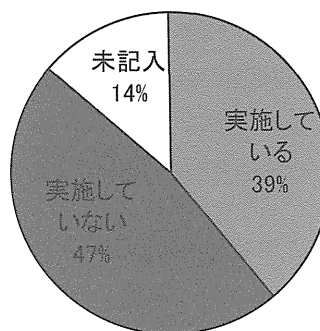
〈対応マニュアル等の有無 割合〉



5-① 医療安全研修(講習)を実施していますか？

項目	人数
実施している	14
実施していない	17
未記入	5
計	36

〈医療安全講習会実施の有無 割合〉



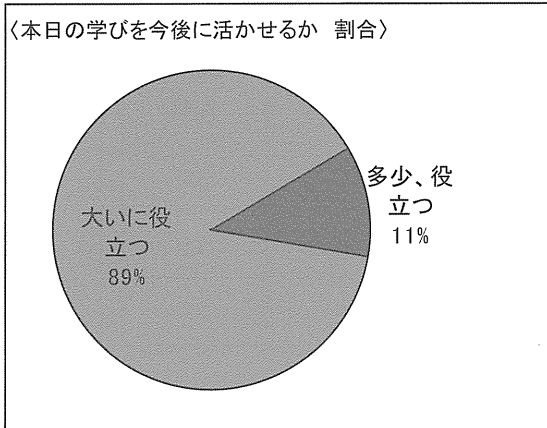
5-② 実施している場合の実施主体(複数回答)

項目	人数
自らの医療機関で実施	7
保健所主催に参加	12
その他※	1

※医師会等の主催に参加

6 本日の学びを今後の患者対応等に活かそうですか？

項目	人数
大いに役立つ	32
多少、役立つ	4
あまり役立たない	0
役立たない	0
未記入	0
計	36

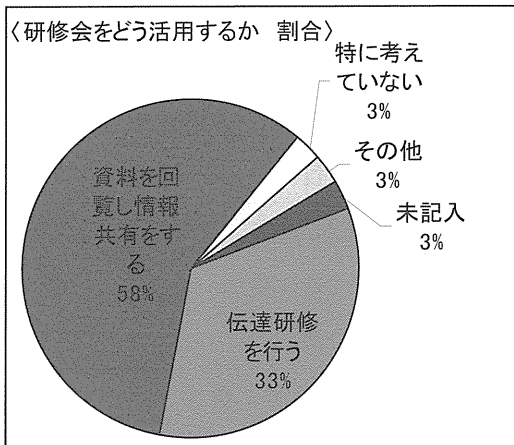


☆ 「役立つ」と思う理由

- ・現在、患者相談窓口をしている。病院での資料となる感じた事を他のスタッフにも提供していきたい。
- ・普段行っている業務対応やストレス解消法を「良い」のかどうかあまり思わず過ごしていたので、今の余暇活動も大事にしていきたいと思った。
- ・自分自身で「できている」と思っていたことができていなかったり、ストレスの対応等、改めて学んだことが多かった。
- ・仕事も私生活もメリハリをつけることが生きていく上で一番ストレスを溜めず、楽しめることだと思ったから。
- ・メンタルクリニック勤務だが、事務職は専門知識も少なく、又、同僚の専門スタッフ、医師とも具体的に話す機会も出来ない状態。他の受付スタッフにも参加して欲しい研修会だった。
- ・自分が自然体でいないと相手によく出来ないというのが印象に残った。ストレスレスで楽しく仕事をしようと思う。
- ・on,off の切り替えで、次もいい仕事ができる。
- ・「人の話を聴く」ことに自分の価値観が大きく影響することが分かった。気をつけていきたい。
- ・患者にどのように対応するのかの前に、自分の心の状態を確認したり、ストレスを溜め込まないという事が大切と分かり、すぐ実行しようと思った。
- ・患者対応だけでなく、スタッフのメンタルヘルスについても学べたから。
- ・感情移入して聞いてしまう事に気が付いた。ありがとうございました。
- ・講師の説明する言葉が固い文言でなく、すんなり入ってきた。自分の「ストレス度チェック」のワークを職場でやってみようと思う。
- ・マニュアル等もないので役立つ。大変参考になりました。
- ・「感情労働者」はストレス発散方法を知るべし。ストレスが溜まっているのはむしろ当然と、皆に話したい。
- ・「心理学の講義」を聴けたのが興味深かった。ありがとうございました。
- ・現場でストレスを抱えているスタッフが多い事や、患者やスタッフ間でのくい違い等があるので、学習会を行いたいと思う。
- ・コミュニケーションの 85%は非言語、聴く(理解)ことの重要性が分かった。
- ・スタッフに役立つお話しが多かったから。
- ・明日、スタッフの皆にも伝えたいと思うが、上手く話せるか悩んでおります…。

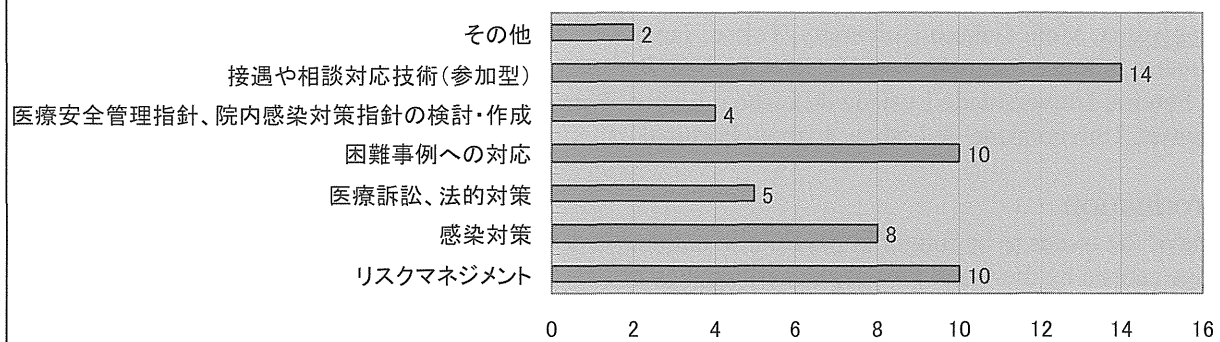
7 今後、職場で、研修会の内容をどのように活用しますか？

項目	人数
伝達研修を行う	12
資料を回覧し情報共有をする	21
特に考えていない	1
その他	1
未記入	1
計	36



8 今後、研修会で、取り上げて欲しいテーマを教えてください。(複数回答)

〈今後、希望するテーマ(複数回答)〉



THE PSYCHOLOGICAL COPING MECHANISM AGAINST DESPAIR IN PORTUGAL IN COMPARISON WITH JAPAN

E. Sugiyama, Meiji Gakuin University, Tokyo, Japan¹

C. Janeiro, Clinica Psiquiátrica de S. José, Lisboa, Portugal

E.S. Pereira, Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa, Portugal

T. Pontes, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

1. Introduction

One of the issues to be fought in psychiatric patients is despair. In Japan, there is the desperate situation of the damage caused by the Great East Japan earthquakes in 2011, in Portugal there's severe situation relating the economy that make people despair. Therefore, the investigation about the mechanism against despair in Portugal and Japan is expected to have significance.

2. Purpose

To investigate the psychological coping mechanism against despair in Portugal in comparison with Japan, through the structure analysis of therapeutic factors and sense of coherence on psychiatric patients and the people who have some connection to psychiatric patients.

3. The Materials and Methods

3.1. Subjects

Table 1 Subjects

		Pt						Fa		Vo	
		Elder		Long		Reh		Q	FG	Q	FG
		Q	FG	Q	FG	Q	FG				
n		8	9	6	7	7	7	5	0	6	6
Age	Av	77.3		51.2		32.9		—		57.0	
	SD		9.4		11.4		13.0		—		8.3
MEDICAL HISTORY(Yr.)	AV	3.00		5.11		0.47		—		7.67	
	SD		3.79		2.37		0.35		—		7.00

		Pt	Ge.
n		7	9
Age	Av	28.6	50.0
	SD	3.8	13.2
Gr.HISTORY (Yr.)	AV	3.6	2.16
	SD	1.0	1.38

3.2. Research periods

● Nov. 2012~ Mar. 2013 ● Feb. 2011~ May. 2013

3.3. Methods

Design and setting

- Individual semi-structured interviews with questionnaire (for patients and families)
- Focus group interviews (for patients and volunteers).

Instrument

- The group therapeutic factors investigation inventory (Th.F.Ver.2012) (Sugiyama, 2012)
- Antonovsky's sense of coherence scale (SOC)(Antonovsky, 1987).

Procedure

- Making questionnaires of Portuguese version and Pre-test².
- Ethical considerations All subjects did informed consent and the interviews were recorded by IC-recorders in case of subject's agreement.
- Statistical analysis Use SPSS.
- Qualitative analysis For focus group interviews, 3 persons analyse the transcripts objectively according to the method of Focus Group interview (categorise transcription and clarify the relation of categories.).

¹ 1-2-37 Shirokanedai Minato-ku Tokyo 108-8636 Japan, sugiyama@psy.meijigakuin.ac.jp

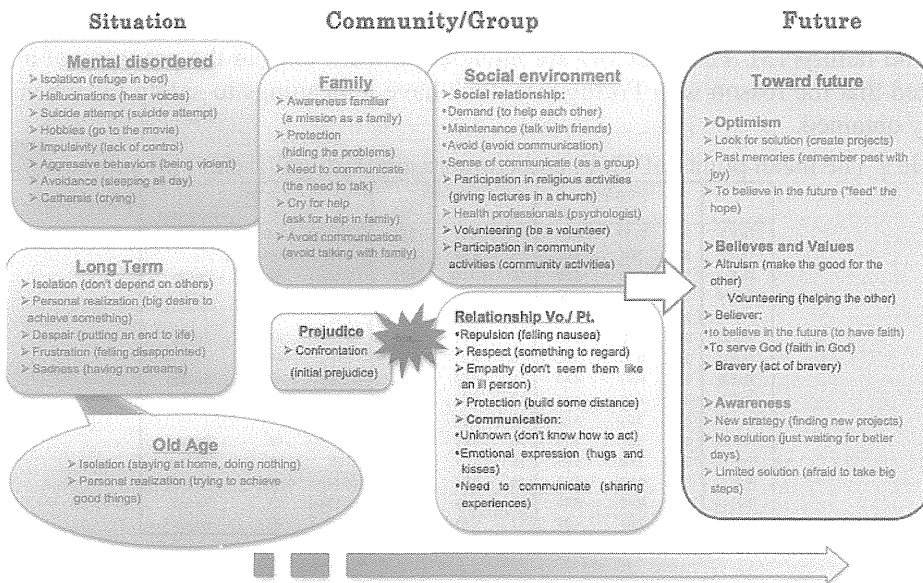
² We made Portuguese version Th.F., and did pre-test with cooperate of students, patients and families to check the procedure and translation and uniformity of interviewers. After that, we did minor changes on the questionnaires such as format.

4. Results and discussion

4.1. Focus Groups

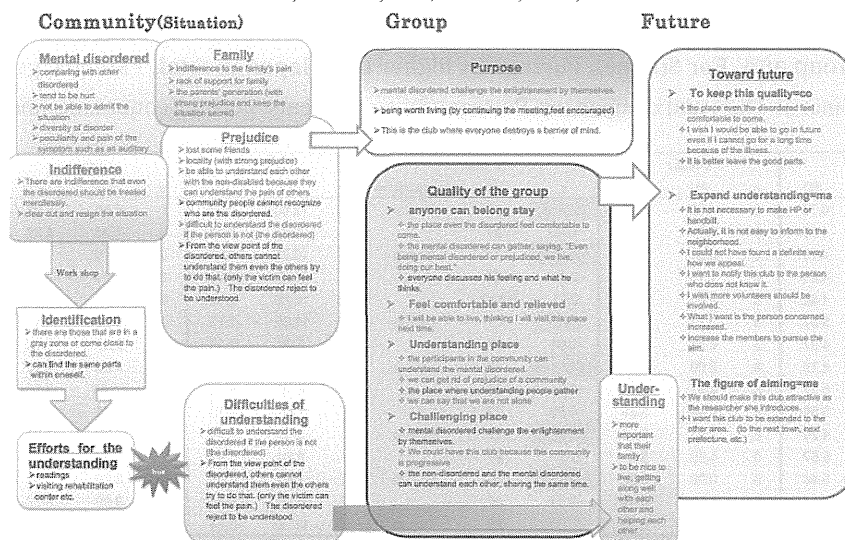
Portugal : All groups discuss about negative matters (attempting suicide, helplessness, “closed door”, the burden) as well as positive things (gratitude they feel for being able to help others, positive qualities of persons, “opened window”). The factors mentioned as most important to have and to maintain hope are psychological balance, keeping faith in the future, believing/expecting better, faith in God and the support they receive from others.

Figure 1 The structure of Focus Group results in Portugal
Black; General, Red; Patients, Blue; Both



Japan : We found the categories in the community situation; *Mental disordered, Indifference, Family and Prejudice*. There are the categories to change this situation, *Identification, Efforts for the understanding* but there are still *Difficulties of understanding*. So, the group aimed to destroy a barrier of mind without family supports, and the quality of the group is *Anyone can belong stay, Feel comfortable and relieved, Understanding place, Challenging place*. For the future, to *Continue this quality* is important (it may relate with comprehensibility), *Expand understanding* (it may relate with manageability) and *Figure of aiming* (it may relate with meaningfulness) are expected to help keeping their hope.

Figure 2 The structure of Focus Group results in Japan
Black; General, Red; Patients, Blue; Both



4.2. The questionnaires:

4.2.1. Group therapeutic factors investigation inventory : Therapeutic Factors (Th.F.)

4.2.1.1. The mean of points.

➤ For all subjects(Table 2)

There are significant differences between mean point of **all subjects** of Portugal and Japan (independent t-test). Portugal is significantly higher than Japan in 1(altruism), 8 (hope), 13(Family) ($p<.01$) and 6 (self-understanding) 11(impersonal learning input) and 15(to have own role)($p<.05$). Japan is higher in 3(safety) and 14(prejudice) ($p<.05$). (Table2)

For Portuguese, they have found more meaning than Japanese to have hope(8), to be useful person in their society (1;altruism 15;to have own role) and to understand and examine themselves(6), their interpersonal relationships(11) and family(13). These factors are intended to work only in the presence of a sense of security. Thus, it is suggested that the reason why Portuguese don't have a meanings to safety (3) when comparing to the Japanese is already obtained.

Table 2 The mean points of Th.F. and comparison Portugal/Japan : all subjects

	Total(Po)			Total(Jp)			t-test		
	n	Av	SD	n	Av	SD	t	df	comparison
Th.F.1	30	10.97	4.21	18	4.63	5.92	3.64**	27.79	Po>Jp
Th.F.2	30	7.61	4.03	18	6.94	5.81	0.75	27.59	
Th.F.3	31	8.19	4.29	18	11.00	4.76	-2.20*	47	Po<Jp
Th.F.4	31	4.13	4.94	18	4.34	5.42	-0.48	47	
Th.F.5	31	7.52	4.89	18	7.00	5.91	0.12	47	
Th.F.6	31	9.39	5.08	18	5.63	5.78	2.17*	47	Po>Jp
Th.F.7	31	6.10	5.01	18	4.81	5.71	1.18	47	
Th.F.8	31	8.61	4.40	18	3.94	5.73	3.09**	47	Po>Jp
Th.F.9	31	6.97	4.77	18	8.84	5.15	-1.25	47	
Th.F.10	31	7.03	5.88	18	5.63	6.78	0.35	47	
Th.F.11	31	6.61	4.14	18	3.56	5.19	2.49*	47	Po>Jp
Th.F.12	31	7.68	5.29	18	6.31	5.53	0.53	47	
Th.F.13	31	6.87	5.66	18	0.94	2.86	5.03**	45.75	Po>Jp
Th.F.14	31	5.42	5.32	18	8.63	6.29	-2.33*	47	Po<Jp
Th.F.15	30	7.97	4.69	17	2.87	5.50	2.62*	45	Po>Jp

p<.05* p<.01**

➤ For the patients and general(Table 3)

To compare the results of Portugal and Japan with more detail, we divided the subjects to patients and general population. For the **patients**, compared with Japan, Japan is significantly higher in 3(safety) and lost the significance in 14(abolishes the prejudice). Portugal is significantly higher in 11(interpersonal learning input). The 13(Family) score of Japanese patients is pretty low (patient's score is 0). Those results suggest that Japanese patients have a more severe situation with families than the portuguese and so that it is meaningful to get the place as they are accepted and feel safe like families.

For the **general people**, it was significantly higher in 1(altruism), higher in 15(to have own role) as same as for patients. It is suggested that Portuguese find that being useful to the other people has higher meaning, when comparing with the Japanese population (in a group; 15(to have own role) and personal ; 1(altruism)). Japanese feel more meaningful than Portuguese patients in a group ; 2(cathalsis), 3(safety), 9(universality), 10(accept a hopeless matter), 14(abolishes the prejudice), being that focus group results shows all of these factors relate to the group aim. **For 8(hope), Portugal is higher than Japan in total, Patients, general.**

Table 3 The mean points of Th.F. and comparison Portugal/Japan : patients, general(community members)

	Pt(Po)			Pt(Jp)			t-test			V(Po)			C(Jp)			t-test		
	n	AV	SD	n	AV	SD	t	df	comparison	n	AV	SD	n	AV	SD	t	df	comparison
Th.F.1	21	11.00	4.79	8	4.88	5.99	2.88**	27	Po>Jp	4	12.40	2.07	5	1.80	4.02	4.84**	7	V>C
Th.F.2	21	7.29	4.53	8	9.13	5.87	-0.90	27		4	7.80	3.49	5	5.60	5.32	0.67	7	
Th.F.3	21	8.10	4.18	8	12.69	2.55	-2.89**	27	Po<Jp	5	10.00	4.64	5	7.70	7.07	0.61	6.91	
Th.F.4	21	3.00	4.69	8	2.13	4.36	0.46	27		5	7.00	6.63	5	6.30	6.14	0.17	8	
Th.F.5	21	6.29	4.82	8	6.00	6.46	0.11	10.12		5	12.40	2.19	5	6.60	6.54	1.88	4.89	
Th.F.6	21	8.57	5.67	8	3.75	5.26	2.09*	27	Po>Jp	5	11.00	2.12	5	9.20	4.55	0.80	8	
Th.F.7	21	6.86	4.97	8	6.88	5.94	-0.01	27		5	5.00	5.10	5	2.80	5.72	0.64	8	
Th.F.8	21	8.86	4.25	8	2.00	3.70	4.01**	27	Po>Jp	5	9.40	5.41	5	3.80	6.10	1.54	8	
Th.F.9	21	7.43	5.27	8	8.81	6.01	-0.61	27		5	6.60	4.16	5	11.00	3.16	-1.88	8	
Th.F.10	21	7.24	5.59	8	7.88	6.88	-0.26	27		5	1.40	3.13	5	3.00	6.71	-0.48	8	
Th.F.11	21	6.90	4.29	8	1.63	3.02	3.18**	27	Po>Jp	5	5.40	3.44	5	7.60	7.02	-0.63	5.81	
Th.F.12	21	7.00	5.57	8	5.50	5.01	0.67	27		5	9.20	5.81	5	7.20	6.83	0.50	8	
Th.F.13	21	6.62	5.46	8	0.00	0.00	5.55**	20	Po>Jp	5	1.80	2.68	5	3.00	4.80	-0.49	8	
Th.F.14	21	6.38	5.20	8	7.63	6.44	-0.54	27		5	3.20	4.44	5	9.80	6.22	-1.93	8	
Th.F.15	20	7.62	4.80	8	1.88	5.30	2.72*	26	Po>Jp	5	11.00	3.94	5	3.20	5.63	2.54*	8	V>C

p<.05* p<.01**

➤ For the each groups in Portugal(Table 4)

Family is significantly higher in 10(accept a hopeless matter) than volunteer(p<.05) and in 13(family) than elderly group and volunteer(p<.01). Rehabilitation group is also significantly higher than volunteer on 13(family) (p<.01).Rehabilitation unit's patients and their family live in the midst of mental diseases, so these results suggest that the experience of mental disorder for patients and families relies more on the meaningfulness and importance of family. Especially for family, to accept the fact that their family is suffering with mental diseases might be to accept a hopeless matter and this recognition has meaningfulness for them.

Table 4 The mean points of Th.F. of the each groups in Portugal

	Elder			Long			Reh.			Family			Vo.			ay ANOVA mul-tiple comparis	
	n	Av	SD	n	Av	SD	n	Av	SD	n	Av	SD	n	Av	SD	F	Tukey HSD
Th.F.1	8	12.63	3.42	6	7.67	5.85	7	12.00	4.28	5	9.40	2.88	4	12.40	2.07	1.821	
Th.F.2	8	6.63	5.71	6	7.17	4.88	7	8.14	3.02	5	8.80	2.17	4	7.80	3.49	0.241	
Th.F.3	8	7.63	5.37	6	6.17	3.37	7	10.29	2.36	5	6.80	4.76	5	10.00	4.64	1.163	
Th.F.4	8	1.75	2.87	6	3.50	5.09	7	4.00	6.22	5	6.00	2.74	5	7.00	6.63	1.107	
Th.F.5	8	5.75	5.92	6	4.83	3.54	7	8.14	4.41	5	7.80	4.55	5	12.40	2.19	2.349	
Th.F.6	8	8.25	5.90	6	9.83	5.81	7	7.86	6.01	5	11.20	4.21	5	11.00	2.12	0.519	
Th.F.7	8	7.50	5.29	6	9.83	2.79	7	3.57	4.61	5	4.00	5.34	5	5.00	5.10	1.928	
Th.F.8	8	9.38	5.18	6	7.17	5.00	7	9.71	1.98	5	6.80	4.55	5	9.40	5.41	0.548	
Th.F.9	8	4.25	6.39	6	10.00	3.46	7	8.86	3.53	5	5.40	3.21	5	6.60	4.16	1.864	
Th.F.10	8	7.13	5.94	6	4.33	6.12	7	9.86	3.93	5	11.80	4.97	5	1.40	3.13	3.64*	F>V
Th.F.11	8	5.38	4.81	6	8.83	4.31	7	7.00	3.46	5	6.60	4.77	5	5.40	3.44	0.702	
Th.F.12	8	8.13	4.45	6	6.33	6.74	7	6.29	6.29	5	9.00	3.67	5	9.20	5.81	0.38	
Th.F.13	8	5.00	4.99	6	5.00	6.75	7	9.86	3.76	5	13.00	2.12	5	1.80	2.68	5.21**	F>V,F>eld,Rih>V
Th.F.14	8	4.75	3.37	6	9.50	6.09	7	5.57	5.65	5	3.60	6.50	5	3.20	4.44	1.336	
Th.F.15	8	7.75	5.57	5	10.33	4.32	7	5.14	3.24	5	6.40	4.39	5	11.00	3.94	1.908	

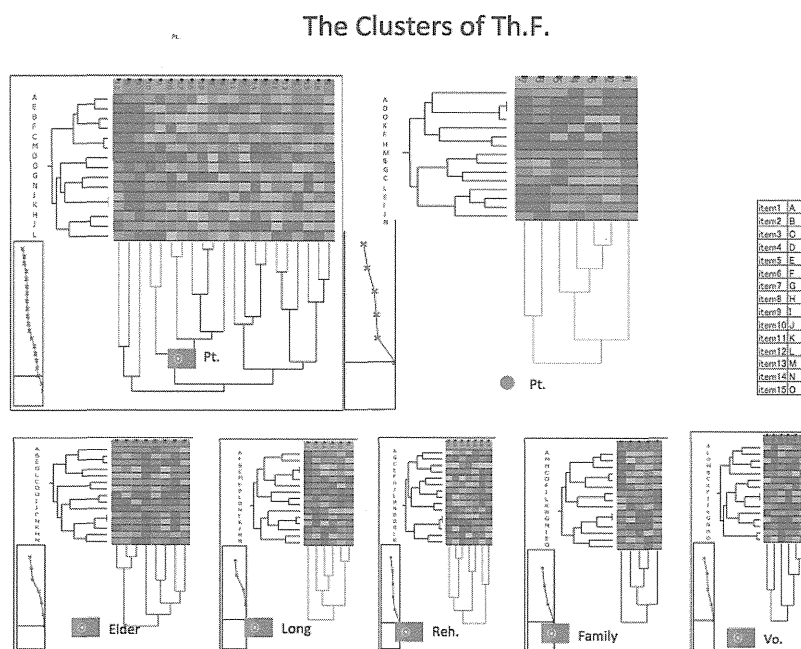
p<.05* p<.01**

4.2.1.2. The cluster analysis

Portugal ; 8(hope) connects with 10(accept a hopeless matter) for patients. For each group, 8(hope) connects to Elder group ; 13(family), Long term group; 14(prejudice), Rehabilitation group ; 6(self understanding), Family; 13(family) and 1(altruism), Volunteer ; 15(to have own role). These results suggest that to face the main problem of oneself is related to having hope.

Japanese ; 8(hope) connects with 13(family) because these two factors are both hard to have meanings for them. This result suggest that Japanese people are not be able to have hope because they live a very severe situation with their families. It was mentioned that they had various useful experiences and felt meaningfulness in this group, but still couldn't solve this problem, even within this group.

From focus group results and Th.F., in Japan, To have hope for the future is more difficult than Portugal and one of the reasons for this is the severe situation surrounding Japanese families.



4.2.2. SOC (meaningfulness: *me* comprehensibility: *co* manageability: *ma*)

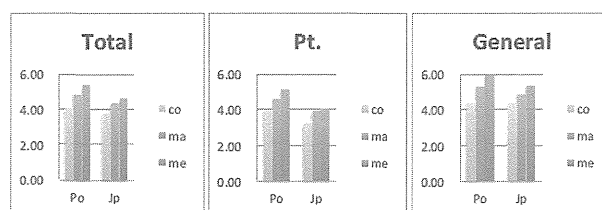
Before all of the analysis, we confirmed the reliability of SOC. The cronbach α were 0.88(all), 0.71(*co*), 0.77(*ma*), 0.86(*me*).

(1) Comparison of Portugal and Japan.(Table 5)

For mean of SOC, Portugal data are higher than Japan in all of the situations. The Portugal data are very similar to Japan's. All data of two countries, General > Patients, *me* > *ma* > *co*.

Table 5 The descriptive statistics of SOC

Po	Total (n=31)		Pt. (n=21)		General (n=10)		Jp	Total (n=14)		Pt. (n=8)		General (n=6)	
	Av	SD	Av	SD	Av	SD		Av	SD	Av	SD	Av	SD
<i>co</i>	4.09	0.93	3.98	0.98	4.39	0.80	<i>co</i>	3.74	0.89	3.27	0.75	4.36	0.68
<i>ma</i>	4.87	1.14	4.62	1.22	5.29	0.86	<i>ma</i>	4.35	1.11	3.95	1.17	4.88	0.84
<i>me</i>	5.39	1.28	5.14	1.36	5.94	1.03	<i>me</i>	4.64	1.26	4.08	1.39	5.38	0.58
Total	136.74	26.27	131.08	27.37	148.70	21.88	Total	121.71	27.54	108.13	28.65	139.83	17.00

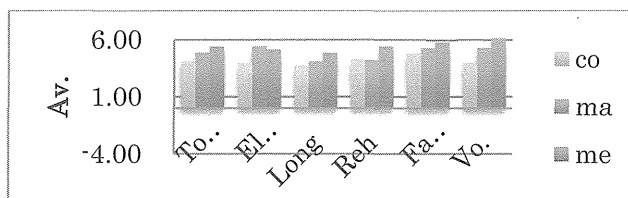


(2) For each group's SOC points (Portugal)

High *ma* score characterizes the elderly group. This result suggests that the elder people tend to have a bigger sense of manageability.

Table 6 The descriptive statistics of SOC : each Group Family

	Av	SD	Av	SD	Av	SD	Av	SD	Av	SD	Av	SD
<i>co</i>	4.09	0.93	3.93	0.95	3.71	1.02	4.26	1.06	4.80	0.74	3.98	0.70
<i>ma</i>	4.87	1.14	5.40	1.05	4.08	0.68	4.20	1.40	5.28	0.69	5.28	1.08
<i>me</i>	5.39	1.28	5.13	1.36	4.84	1.81	5.41	1.03	5.78	0.93	6.10	1.21
Total	136.74	26.27	138.22	23.13	120.33	30.50	132.14	30.22	151.80	19.21	145.60	26.16



4.3. The relation of Th.F and SOC(Portugal, Pt.)

(1) Correlation (spearman)

To examine the relation of therapeutic Factors and SOC, we calculated spearman's correlation. 1 (altruism) correlates Total, manageability and 2 (catharsis) correlates meaningfulness (p<.05). 15 (to have own role) also has correlation with manageability(p<.05).

9(Universality) has negative correlation with comprehensibility(p<.05) and manageability(p<.01).

10(accept a hopeless matter) also has negative correlation with Total, manageability and meaningfulness(p<.05).

There are many factors which have negative correlation with manageability, especially **8 (hope)**, **9(Universality)** and **10 (accept a hopeless matter)** **have negative correlation with all subscales of SOC.** **1 (altruism)**, **4(Belonging)**, and **15 (to have own role)** has positive relationship with all subscales of SOC.

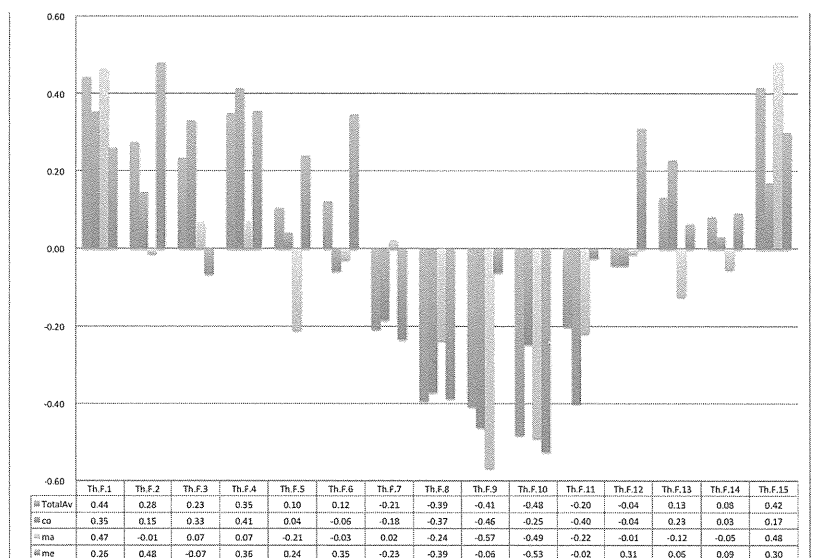
These results suggest that the people who have meaning to help others(1) in a group have high sense of cohesiveness. Also, the people who have meaning to express their emotions(2) have high sense of meaningfulness in their life, and those who have meaning to take own role(15) have a high sense of manageability.

Adversely, the people who have meaning to feel universality(9) and acceptance of a hopeless matter(10) have low sense of cohesiveness.

For the relation of hope and each items, 14(-.513,p<.01) “When you think about your life, you very often: feel how good it is to be alive/-ask yourself why you exist at all”, **26(-.616,p<.01)** “When something happened, have you generally found that, you saw things in the right proportion /-you overestimated or underestimated its importance) **have negative correlation with 8(hope).** **This result suggests that when patients find themselves in these situations, to get hope within group is not as important.**

Table and Figure 7 The correlations of SOC and Th.F

	Pa	TotalAv	co	ma	me
Th.F.1 (n=21)	Spearman(S) p	.442* 0.05	0.35 0.12	.465* 0.03	0.26 0.26
Th.F.2 (n=21)	Spearman(S) p	0.28 0.23	0.15 0.53	-.001 0.96	.480* 0.02
Th.F.3 (n=21)	Spearman(S) p	0.23 0.31	0.33 0.14	0.07 0.77	-0.07 0.78
Th.F.4 (n=21)	Spearman(S) p	0.35 0.12	0.41 0.08	0.07 0.76	0.36 0.11
Th.F.5 (n=21)	Spearman(S) p	0.10 0.65	0.04 0.86	-0.21 0.36	0.24 0.30
Th.F.6 (n=21)	Spearman(S) p	0.12 0.60	-0.06 0.80	-0.03 0.90	0.35 0.12
Th.F.7 (n=21)	Spearman(S) p	-0.21 0.37	-0.18 0.43	0.02 0.92	-0.23 0.31
Th.F.8 (n=21)	Spearman(S) p	-0.39 0.08	-0.37 0.10	-0.24 0.30	-0.39 0.08
Th.F.9 (n=21)	Spearman(S) p	-0.41 0.07	-.462* 0.04	-.557** 0.01	-0.06 0.79
Th.F.10 (n=21)	Spearman(S) p	-.482* 0.03	-0.25 0.28	-.480* 0.02	-.525* 0.01
Th.F.11 (n=21)	Spearman(S) p	-0.20 0.38	-0.40 0.07	-0.22 0.34	-0.02 0.92
Th.F.12 (n=21)	Spearman(S) p	-0.04 0.85	-0.04 0.86	-0.01 0.96	0.31 0.17
Th.F.13 (n=21)	Spearman(S) p	0.13 0.57	0.23 0.32	-0.12 0.59	0.06 0.79
Th.F.14 (n=21)	Spearman(S) p	0.08 0.72	0.03 0.80	-0.05 0.82	0.09 0.69
Th.F.15 (n=20)	Spearman(S) p	0.42 0.07	0.17 0.47	.483* 0.03	0.30 0.20



(2) One way ANOVA

The therapeutic factors of groups are useful for people of various health levels. To determine more detail of the relation between therapeutic factors and SOC, we made 3 groups by total score of SOC. We divided subjects each 33 percentile ; high, middle, and low score group. by one way ANOVA.

About the total score of SOC, the high SOC group is significant high between the low SOC group in 1(altruism) (p<.05). (Table 8).

About sub-scale co and me, there is no significant difference. (Table 9,11)

About sub-scale ma, the low SOC group is significantly high between the high group in 9(universality) (p<.05) and in10(accept a hopeless matter) between the middle and the high group.(p<.05)(Table 10).

These results showed that group experience is useful ma-low SOC people, to feel universality and accept a hopeless matter. Otherwise, especially for the high SOC people, to help the others (Altruism) is a useful experience in a group.

Table and Figures 8 The one-way ANOVA and multiple comparison : SOC Total

Po	SOC (Total)	H (n=7)	M (n=7)	L (n=7)	F Tukey HSD
Th.F.1	Av SD	14.00 1.73	11.00 4.00	8.00 6.03	F(2,18)=3.42 H>L
Th.F.2	Av SD	9.00 5.10	7.57 3.41	5.29 4.75	F(2,18)=1.23
Th.F.3	Av SD	8.43 3.74	9.66 2.97	6.00 5.16	F(2,18)=1.62
Th.F.4	Av SD	3.71 5.62	4.71 5.44	0.57 1.13	F(2,18)=1.57
Th.F.5	Av SD	7.57 5.06	5.71 4.46	5.57 5.38	F(2,18)=0.35
Th.F.6	Av SD	8.29 6.21	10.71 3.55	6.71 6.82	F(2,18)=0.87
Th.F.7	Av SD	5.71 4.75	7.43 5.41	7.43 5.32	F(2,18)=0.26
Th.F.8	Av SD	6.29 3.99	9.29 4.75	11.00 3.37	F(2,18)=2.55
Th.F.9	Av SD	4.57 5.09	8.29 4.96	9.43 5.19	F(2,18)=1.75
Th.F.10	Av SD	3.86 4.71	7.29 5.59	10.57 4.96	F(2,18)=3.04
Th.F.11	Av SD	6.43 5.47	5.66 1.46	8.43 3.00	F(2,18)=0.67
Th.F.12	Av SD	6.00 5.48	7.43 6.27	7.57 5.68	F(2,18)=0.16
Th.F.13	Av SD	6.66 5.79	7.43 5.97	5.57 5.32	F(2,18)=0.20
Th.F.14	Av SD	6.71 4.23	5.43 5.53	7.00 6.32	F(2,18)=0.17
Th.F.15	Av SD	8.86 4.49	7.29 5.05	5.33 4.84	F(2,17)=1.45

p<0.05* p<0.01** †
n=8

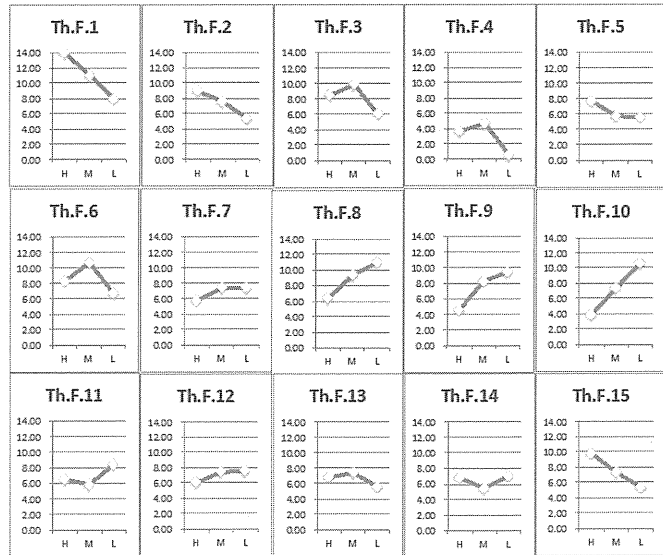


Table and Figures 9 The one-way ANOVA and multiple comparison : co

Po	co	H (n=7)	M (n=7)	L (n=7)	F Tukey HSD
Th.F.1	Av SD	12.29 4.42	11.14 4.49	9.57 5.68	F(2,18)=0.54
Th.F.2	Av SD	8.14 4.60	5.57 3.95	8.14 5.15	F(2,18)=0.73
Th.F.3	Av SD	9.43 3.26	7.86 4.74	7.00 4.65	F(2,18)=0.58
Th.F.4	Av SD	4.00 5.45	3.43 5.53	1.57 3.05	F(2,18)=0.49
Th.F.5	Av SD	6.86 4.67	4.71 4.89	7.29 5.22	F(2,18)=0.95
Th.F.6	Av SD	8.14 6.15	9.86 5.08	7.71 6.37	F(2,18)=0.26
Th.F.7	Av SD	4.57 5.06	8.86 4.34	7.14 5.21	F(2,18)=1.37
Th.F.8	Av SD	8.66 3.67	9.14 4.45	10.57 4.32	F(2,18)=1.42
Th.F.9	Av SD	4.57 5.09	7.00 5.29	10.71 4.03	F(2,18)=2.86
Th.F.10	Av SD	6.00 5.92	7.43 5.59	8.29 5.91	F(2,18)=0.28
Th.F.11	Av SD	5.71 5.25	6.43 4.61	8.57 2.70	F(2,18)=0.83
Th.F.12	Av SD	6.71 6.21	7.00 6.08	7.29 3.99	F(2,18)=0.02
Th.F.13	Av SD	3.71 5.28	5.29 6.21	5.86 5.01	F(2,18)=0.77
Th.F.14	Av SD	7.43 4.68	5.14 6.07	6.57 5.32	F(2,18)=0.32
Th.F.15	Av SD	8.57 4.72	7.00 5.42	7.17 5.31	F(2,17)=0.19

p<0.05* p<0.01** †
n=6

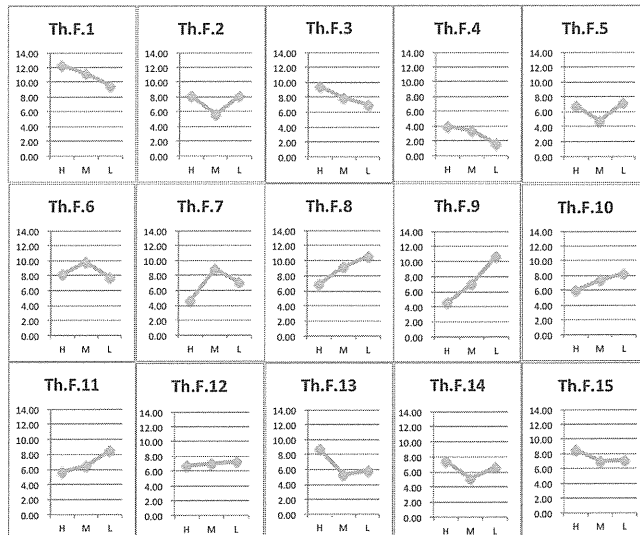


Table and Figures 10 The one-way ANOVA and multiple comparison : ma

Po	ma	H (n=7)	M (n=7)	L (n=7)	F Tukey HSD
Th.F.1	Av SD	13.57 2.51	11.29 5.12	8.14 5.15	F(2,18)=2.64
Th.F.2	Av SD	8.00 5.32	5.86 5.01	8.00 3.37	F(2,18)=0.50
Th.F.3	Av SD	9.14 4.49	6.29 4.64	8.86 3.29	F(2,18)=0.99
Th.F.4	Av SD	2.43 5.22	4.57 5.77	2.00 2.89	F(2,18)=0.58
Th.F.5	Av SD	6.43 5.80	4.86 4.98	7.57 3.82	F(2,18)=0.53
Th.F.6	Av SD	8.71 6.21	8.14 6.31	8.86 5.34	F(2,18)=0.03
Th.F.7	Av SD	6.00 4.76	9.00 4.83	5.57 5.32	F(2,18)=0.99
Th.F.8	Av SD	7.43 4.61	8.43 4.50	10.71 3.45	F(2,18)=1.11
Th.F.9	Av SD	4.00 5.39	7.14 4.22	11.14 3.88	F(2,18)=4.30 L>H
Th.F.10	Av SD	5.14 5.31	4.14 4.85	12.43 2.23	F(2,18)=7.59 L>H,M
Th.F.11	Av SD	6.86 5.27	5.29 3.40	8.57 3.95	F(2,18)=1.03
Th.F.12	Av SD	7.00 5.03	7.57 6.97	6.43 5.35	F(2,18)=0.07
Th.F.13	Av SD	6.43 5.16	5.71 6.82	7.71 4.89	F(2,18)=0.22
Th.F.14	Av SD	5.43 2.76	6.71 7.27	7.00 5.29	F(2,18)=0.17
Th.F.15	Av SD	9.86 4.49	8.57 5.65	3.83 2.04	F(2,17)=3.25

p<0.05* p<0.01** I
n=6

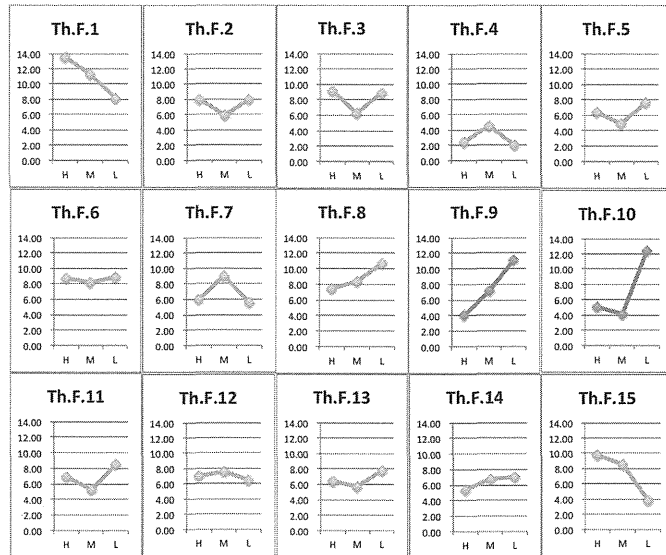


Table and Figures 11 The one-way ANOVA and multiple comparison : me

Po	me	H (n=7)	M (n=8)	L (n=6)	F Tukey HSD
Th.F.1	Av SD	11.86 4.26	13.00 3.12	7.33 5.72	F(2,18)=3.12
Th.F.2	Av SD	10.29 3.09	6.50 4.07	4.83 5.15	F(2,18)=3.06
Th.F.3	Av SD	8.57 2.94	8.88 3.87	6.50 5.86	F(2,18)=0.60
Th.F.4	Av SD	5.14 6.01	3.25 4.50	0.17 0.41	F(2,18)=2.03
Th.F.5	Av SD	7.00 4.43	7.38 5.07	4.00 4.94	F(2,18)=0.95
Th.F.6	Av SD	9.57 4.89	9.88 5.54	5.67 6.53	F(2,18)=1.12
Th.F.7	Av SD	5.29 4.07	6.88 5.87	8.67 4.84	F(2,18)=0.73
Th.F.8	Av SD	7.14 1.86	8.88 5.72	10.83 3.66	F(2,18)=1.25
Th.F.9	Av SD	6.71 4.15	7.63 5.85	8.00 6.42	F(2,18)=0.10
Th.F.10	Av SD	4.29 5.62	7.50 4.96	10.33 5.39	F(2,18)=2.11
Th.F.11	Av SD	6.43 4.65	6.25 3.62	8.33 5.09	F(2,18)=0.44
Th.F.12	Av SD	8.86 6.09	5.50 5.01	6.83 5.98	F(2,18)=0.66
Th.F.13	Av SD	8.00 5.72	6.25 5.23	5.50 6.12	F(2,18)=0.34
Th.F.14	Av SD	8.00 3.79	4.25 5.04	7.33 6.59	F(2,18)=1.13
Th.F.15	Av SD	9.43 4.65	6.38 4.47	7.00 6.29	F(2,17)=0.75

p<0.05* p<0.01** I
n=5

