

國立台灣師範大學復健諮商研究所

碩士論文

指導教授：吳亭芳博士

思覺失調症患者症狀嚴重度、失能程度與生活  
品質之相關研究

Relationships between symptoms severity,  
disability severity and quality life of  
schizophrenic patients

研究生：廖吟凰撰

中華民國一百零四年七月

## 誌謝

回想三年前決定要報考研究所初衷，以及近三年的求學路上的點點滴滴，在這極具挑戰的過程中真的是充滿感激的學習旅程。

首先感謝指導教授吳亭芳博士不辭辛勞耐心教導及細心指引方向，讓我在研究的道路上能夠維持清晰的思緒，收獲甚豐，覺得自己著實成長許多。謝謝口試委員廖華芳博士、張本聖博士和李信謙醫師，在百忙之中抽空指導論文，給予細心的指導及給予珍貴的建議，使我受益良多，讓論文方向更為明確。

我也要感謝求學路上一路陪同的老師：滿艷老師、庚霈老師、心瑜和學長姊：佩君、筱惠以及美玲，尤其是帥心，幸虧有你們的陪伴，讓我有前進的動力。

感謝職場的主管以及同事們，讓我能夠順利完成在職進修，除了職務上的代理，也給予我許多精神上的支持，尤特別感謝張景瑞醫師。感謝協助收案的工作人員、個案以及個案家屬，在你們的協助之下研究才能順利完成。

最後，謝謝一路上支持的家人及朋友，給我最大的包容和體諒，在我背後作為堅強的後盾。

## 中文摘要

生活品質是思覺失調症者復健成效的重要指標，本研究將以思覺失調症者的生活品質為關注之焦點，並探討其與「精神症狀嚴重度」和「失能程度」之相關。

本研究之對象來自北部地區某醫學中心的日間病房以及身心科門診，共 35 位思覺失調症者參與。在研究工具部分，以 DSM-5 「精神病症狀嚴重度臨床評分表」測量思覺失調症者的精神症狀嚴重度；失能程度則採用「身心障礙功能鑑定量表成人版」的表現及生活情境下的能力；並以「台灣簡明世界衛生組織生活品質問卷」評量生活品質。所有資料皆以電腦統計軟體 SPSS22.0 進行統計分析。其研究結果如下：

1. 思覺失調症者之症狀嚴重度中以「認知減損」最嚴重，以「躁症」影響最不嚴重。
2. 思覺失調症者之失能程度中，「表現」以及「生活情境下的能力」並無明顯差異，以「工作與學習」領域失能程度最高，以「生活自理」領域失能程度為最低。
3. 思覺失調症者整體的生活品質滿意度為中等程度滿意，其中生理範疇的滿意度為最高，心理範疇的滿意度為最低。

4. 思覺失調症者症狀嚴重度與整體生活品質達顯著負相關  
( $r=-0.54, p<0.01$ )，並與生理、心理、社會關係以及環境範疇達到負相關。
5. 「表現」以及「生活情境下的能力」的整體失能程度與整體生活品質達到顯著的負相關( $r=-0.36, p<0.05$ )，並與生理及環境範疇達顯著負相關。

建議未來臨床專業人員在協助思覺失調症者的過程中，應該全面性評估精神症狀以及其失能程度，提供個別化的復健計劃，以增進思覺失調症者個人對於生活品質之滿意度。

關鍵字：思覺失調症、精神症狀嚴重度、失能程度、生活品質

# **Relationships between symptoms severity, disability severity and quality life of schizophrenic patients**

Yin-Huang Liao

## **Abstract**

Quality of life (QOL) has been recognized as an indicator of the outcome of rehabilitation in patients with schizophrenia. The objective of the study was to explore the relationship between symptoms severity, disability severity and QOL of schizophrenic patients.

35 clients who had been diagnosed with schizophrenia were recruited from 2 of the hospitals in Metropolitan Taipei area. All the participants were assessed using the Clinician-Related Dimensions of Psychosis Symptom Severity, Functioning scale of Disability Evaluation System-Adult Version and World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL-BREF). Data was analyzed by SPSS 22.0. The results indicated the following:

1. According to severity of symptoms of the patients with schizophrenia, the most severe symptom was impaired cognition, and the less one was mania symptom.
2. The domains of functional disability of the patients with schizophrenia, there was no difference between performance and capability. The most impaired domain was the domain of work (74.90%), and the less impaired one was self-care (6.79%).
3. The satisfaction level toward QOL was moderate (mean=3.09, SD=0.95). Among the domains of QOL, patients were more

satisfied with physical domains and less satisfied with psychological domain.

4. The results indicated the severer the symptom, the poor QOL he has( $r=-0.54, p<0.01$ ). In addition, the severity of symptoms was negatively correlated with physical, physiological, social relationship and environment domains.
5. The functional disability was negatively correlated with QOL ( $r=-0.36, p<0.05$ ), especially in the physical and environment domains.

According to these findings, we suggest that assessing the severity of symptoms and functional disability of patients with schizophrenia can contribute to developing rehabilitation intervention for improving QOL.

Keywords: schizophrenia, symptoms severity, disability, quality of life

# 目次

中文摘要 .....	i
Abstract.....	iii
目次 .....	v
表次 .....	vii
圖次 .....	viii
<b>第一章 緒論 .....</b>	<b>1</b>
第一節 研究動機 .....	1
第二節 研究目的與待答問題 .....	6
第三節 名詞釋義 .....	7
<b>第二章 文獻探討.....</b>	<b>13</b>
第一節 思覺失調症者的生活品質 .....	13
第二節 思覺失調症者精神症狀與生活品質 .....	22
第三節 思覺失調症者的失能程度與生活品質 .....	27
<b>第三章 研究方法.....</b>	<b>33</b>
第一節 研究架構 .....	33
第二節 研究對象 .....	34
第三節 研究工具 .....	37
第四節 研究步驟 .....	43
第五節 資料分析 .....	45
<b>第四章 研究結果.....</b>	<b>47</b>
第一節 思覺失調症者之精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質 .....	47
第二節 思覺失調症者之精神症狀嚴重度與生活品質的相關 .....	55

第三節 思覺失調症者之失能程度與生活品質的相關 .....	58
<b>第五章 討論與建議.....</b>	<b>63</b>
第一節 思覺失調症者之精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質討論.....	64
第二節 思覺失調症者精神症狀嚴重度和生活品質的相關討論 .....	73
第三節 思覺失調症者失能程度和生活品質的相關討論 .....	79
第四節 研究之臨床運用 .....	87
第五節 研究限制及建議 .....	91
<b>參考文獻 .....</b>	<b>94</b>
<b>附錄一精神病症狀嚴重度臨床評分表.....</b>	<b>106</b>
<b>附錄二台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷.....</b>	<b>108</b>



## 表次

表 3-1 思覺失調症者基本資料一覽表.....	36
表 4-1 思覺失調症者之精神症狀嚴重度.....	48
表 4-2 思覺失調症者之失能程度.....	51
表 4-3 思覺失調症者「表現」失能程度環境因素協助之情況.....	52
表 4-4 思覺失調症者之生活品質.....	54
表 4-5 思覺失調症者症狀嚴重度與生活品質之相關.....	57
表 4-6 思覺失調症者失能程度與生活品質之相關.....	61



# 圖次

圖 3-1 研究架構.....	33
圖 3-2 研究步驟.....	43



# 第一章 緒論

本章依據研究主題、背景動機、目的、相關名詞界定及研究限制，分節加以說明。

## 第一節 研究動機

生活品質被廣泛認為包括生活滿意度、社會功能、日常生活功能以及生理上的健康。對於思覺失調症者而言，也被視為復健結果的重要指標及特別關注的議題。傳統上對於思覺失調症以及其他精神疾病者的預後或療效研究，所選用的指標多為症狀嚴重度、再住院率、社會適應、工作能力等，仍停留在「症狀消除」與「功能恢復」的價值評斷模式（鄭若瑟、高家常，2005）。但是各專業間採用的指標、概念架構、評估標準等也相當分歧，彼此相互比較變得困難，因而許多專家以「生活品質」作為評估精神疾病患者統合性的預後指標，提醒專業人員以「促進其經濟自給自足與社區融合」為終極目標（鄭若瑟、歐陽文貞、李鳳樺，2006）。

思覺失調症屬於功能性的精神疾病，主要的症狀包括正、負性症狀、情緒及社會角色功能障礙等，然對於其病因，迄今仍未有定論。目前一般文獻支持思覺失調症者為多重病因，包括基因和環境因素，患者之工作、人際互動或自我照顧等功能明顯降低，且常有社會適應

障礙的問題（王淑清、潘瓊琬、鍾麗英、熊秉荃，2011）。Wiersma 等人(2000)的研究發現，超過 85%的個案有失能的情形，且每個人失能的狀況不盡相同，但整體來說，思覺失調症者所造成的能力缺損是持續存在的。

國內外思覺失調症生活品質的相關研究中，大部份皆提到與精神症狀相關的研究變項。Huang 等人(2012)研究中以簡式精神症狀篩檢表(Brief Symptom Rating Scale，簡稱 BSRS)作為精神症狀的評估，發現精神症狀與生活品質高度相關。部分研究指出思覺失調症的正性症狀對於其生活品質的影響程度較負性症狀大(Norman et al., 2000)；然也有研究表示負性症狀越明顯，思覺失調症者的生活品質則越差(Fitzgerald et al., 2001; Strejilevich et al., 2005)。Rocca 等人(2005)的研究表示思覺失調症者之憂鬱情緒與正、負性症狀相比，憂鬱情緒影響生活品質的比重較為顯著。如上述文獻所述，其研究結果雖不盡相同，但皆顯示思覺失調症者之精神症狀與生活品質是有相關的，但因所探討及關注精神症狀不同，其研究結果難以互相比較(Ritsner, Mar, Arbitman, & Grinshpoon, 2013)。

2013 年 5 月所出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版(DSM-5)將思覺失調症之精神症狀以主要核心症狀作為量化(dimensionality)的評估，將其分為幻覺、妄想、解構語言、異常動作行為、負性症狀、認

知減損、憂鬱以及躁症，共八個層面。這在之前的 DSM-IV-TR 以及 ICD-10 都沒有用量化資料來描述思覺失調症者症狀的嚴重度。DSM-5 並以「精神病症狀嚴重度臨床評分表」(Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity)來作為測量，了解思覺失調症或是其它精神疾病之精神症狀在各層面的嚴重程度，如此更能瞭解個人症狀之差異。

在思覺失調症者的失能程度與生活品質相關研究方面，Guilera 等人(2012)以「世界衛生組織障礙評估手冊 2.0」(The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0，簡稱 WHODAS 2.0)評估思覺失調症者的失能程度，發現失能程度與生活品質具相關性。Huang、Kao、Hsu 與 Yu (2011)中以「整體功能評估量表」(Global Assessment of Functioning Assessment，簡稱 GAF)評估思覺失調症者功能表現，發現功能表現的程度與生活品質並無相關性；但在 Hsieh、Chang、Chen 與 Shih(2013)的研究中以相同的量表(GAF)來評估在中途之家的思覺失調症者的功能表現，發現功能表現與生活品質有負相關。Moreno-Küstner 等人(2011)的研究中也表示失能程度對於思覺失調症者的日常生活有明顯之影響，會造成個人功能上的缺損以及症狀的嚴重程度，而這些可能會需要更多健康照護服務。根據上述文獻，發現許多因素會影響思覺失調症者的生活品質，思覺失調症者之失能

程度與生活品質有相關，但因為各研究結果的評估工具不盡相同，或是因為不同國家造成文化國情不同，研究結果不盡相同，難以作為比較或參考，因此若是可以運用共同熟知的架構來作評估，或許可將研究結果做更大的推廣。

為了讓思覺失調症者有最佳的治療以及介入，使其有較好的日常生活功能及生活品質，運用適合的評估工具來測量及呈現個案的失能程度是重要的一環(Chopra, Couper, & Herrman, 2004; Guilera et al., 2012)。根據世界衛生組織(World Health Organization，簡稱 WHO)所發展的國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability, and Health，簡稱 ICF)將失能定義為健康狀態與個人因素和環境因素之間的相互作用的結果(WHO, 2011)。因此失能是一種複雜的狀況，反應了個人與個人生活的社會之互動。世界衛生組織以 ICF 為架構所發展的「世界衛生組織障礙評估手冊 2.0」即為評估失能之工具(Guilera et al., 2012)。

台灣在 2012 年 7 月 11 日開始推行新制身心障礙鑑定，即是以世界衛生組織所發展的國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)為架構重新建立鑑定系統，以「世界衛生組織障礙評估手冊 2.0」為基礎，設計「身心障礙鑑定功能量表成人版」(Functioning Scale of the Disability Evaluation System-Adult Version，簡稱 FUNDES-Adult) (廖

華芳、嚴嘉楓、黃靄雯、劉燦宏、張本聖、吳亭芳、呂淑貞、紀昶宙與張光華，2013)。「世界衛生組織障礙評估手冊 2.0」為功能障礙測量，障礙測量可以決定個人是否能工作、完成必要的例行生活活動、發揮在家庭、工作、學校及其他場域的角色，因此主要評估為個人日常生活之「表現」(performance)，而「身心障礙鑑定功能量表成人版」為了能瞭解個人能力與環境之影響，加入了日常生活之「生活情境下的能力」(capability)。此系統除生理部分的評估，兼顧了活動及參與的表現，也能判斷個人功能失能的程度。另外，ICF 架構將失能作為一個系統性的編碼及陳述，並建立共同之語言。

綜合上述說明，生活品質成為思覺失調症者復健成效的重要指標，而影響思覺失調症者生活品質的因素相當廣泛。其中，大部分研究皆指出精神症狀與生活品質具有其相關性；而思覺失調症為慢性化疾病，造成個人功能有退化之情形，故思覺失調症者其失能程度也為另一重要之議題，且個人失能程度與生活品質也具有其相關性。因此，本研究將以思覺失調症者的精神症狀嚴重度及失能程度為關注之焦點，探討與生活品質之相關。並希望透過本研究的探討，未來在服務思覺失調症者時，能協助其達成理想中生活品質之狀態。

## 第二節 研究目的與待答問題

本次研究的目的是為探討思覺失調症者的精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質之相關，其中失能程度將由表現和生活情境下的能力來作為探討。

依據研究的目的，列出下列研究問題：

- 一. 思覺失調症者之精神症狀嚴重度與生活品質的相關為何？
- 二. 思覺失調症者之失能程度與生活品質的相關為何？
  1. 思覺失調症者之表現與生活品質的相關為何？
  2. 思覺失調症者之生活情境下的能力與生活品質的相關為何？



### 第三節 名詞釋義

#### 一. 思覺失調症者

精神疾病診斷與統計手冊第五版 DSM-5 於 2013 年由美國精神病協會(APA)出版，對於思覺失調症者的診斷定義如下：

A.在一個月內（或是成功治療者，略少於一個月內）顯著出現以下 2 項（或更多項）症狀，其中至少一項必須在 A1、A2 和/或 A3：

1. 妄想
2. 幻覺
3. 胡言亂語，如經常離題或不連貫
4. 行為混亂或僵直症
5. 負性症狀，即情緒表現或動機降低

B.發作以來，大部分時間一項或多項領域功能顯著比未發作降低，如工作、人際關係或自我照顧（在孩童或青少年發作時，無法達到預期的人際、學業功能或工作表現）。

C.發作的徵兆至少持續 6 個月。

D.因為以下任何一點，排除情感思覺失調症和憂鬱症或雙相情感疾病伴隨精神病特徵。

1. 活躍期沒有同時出現鬱症或躁症發作

2. 如果活躍期出現情緒障礙，對疾病活躍期或殘餘期的總時期而言情緒障礙呈現時間只佔一小部份

E.此障礙非起因於物質使用或其他疾病的生理效應所造成。

F.如果有自閉症類群疾病或童年期發作的溝通障礙病史者，只有在除了思覺失調症其他必要症狀外，又出現明顯的幻覺或妄想至少一個月，才可額外下思覺失調症的診斷。

本研究的思覺失調症者，係指經精神專科醫師診斷之思覺失調症者及領有身心障礙證明者，年齡介於 18 歲到 50 歲者，具備問答及填答的理解表達能力。先並以中文版迷你國際神經精神訪談量表(the Chinese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview，簡稱 M.I.N.I.) 排除其他相關精神疾病之診斷，再依據 DSM-5 思覺失調症者之診斷標準來作為本研究的收案對象。

## 二. 生活品質

世界衛生組織定義：「生活品質是指個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受程度與個人的目標、期望、標準、關心等方面有關。它包括一個人在生理健康、心理狀態、獨立程度、社會關係、個人信念以及環境六大方面。」

本研究採用姚開屏(1998)所發展的台灣版世界衛生組織生活品質

問卷-簡明版 (WHOQOL-BREF)，作為評量思覺失調症者的生活品質。該量表為世界衛生組織所發展的生活品質量表，量表為五點量尺的自填量表，主要在測量個人對其生活品質的體驗感受。分別有四個範疇：生理、心理、社會關係以及環境，共 28 題，綜合對生活品質及一般健康狀態評量。台灣版 WHOQOL-BREF 具有良好的信效度，在信度方面，內在一致性達 0.97，且具有好的再測信度 0.86；在效度方面其題目與整體生活品質分數間為 0.64-0.85(台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，2000)。

### 三. 精神症狀嚴重度

精神科症狀學的層面主要包括意識、情感、思考、語言、知覺與行為等六類，其它還包括腦部認知功能，如注意力、記憶力。相較於常態的精神狀態，是為「非常態精神狀態」，其精神表現未能完全展露「常模」精神狀態所具有之個體自我應有之功能表現，非常態精神症狀，稱之為「精神症狀」。精神症狀是情感、行為、認知與生理驅力之量或質之擺動程度，超乎常態，使個體感受到不舒服或社會功能障礙者。「精神症狀」之出現，具有特定出現之模式，展露一個族群症狀，稱為精神疾病的症狀（胡海國，2011）。

本研究精神症狀之評估採用 DSM-5 的精神病症狀嚴重度臨床評分表。其精神症狀根據最近 7 天的症狀表現來評定，其包括幻覺、妄

想、解構語言、異常動作行為、負性症狀、認知減損、憂鬱以及躁症，共八個面向(American Psychiatric Association, 2013;歐陽文貞,2013)，從0(沒有)到4(有出現且嚴重)的5分量表，分數愈高表示該題症狀愈明顯。

#### 四. 失能程度

根據台灣身心障礙者權益保護法第五條(2013)顯示身心障礙者因身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活等功能，就需要醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，新制身心障礙鑑定於2012年7月11日在台灣正式上路，除了舊制的身體結構、功能為鑑定依據，新增社會參與及環境鑑定，障礙功能評估團隊利用世界衛生組織障礙評估功能手冊(WHODAS 2.0)為基礎，進而設計新制身心障礙鑑定功能量表成人版，此為功能障礙測量的鑑定工具(衛生福利部中央健康保險署，2012)。

本研究中所指思覺失調症者的失能程度，分為兩個面向，一為表現(performance)，其是指實際生活中有使用輔具及他人協助下所表現之困難程度；另一為在生活情境下的能力(capability)，其是指沒有使用輔具和他人協助下之困難程度(廖華芳等人，2013)。採用由台灣所發展的「身心障礙功能鑑定量表成人版」(FUNDES 7.1-Adult

version) 領域 1 至領域 6 (認知、四處走動、生活自理、與他人相處、居家活動/工作與學習、社會參與) 所測得之。此量表初步具可接受之信效度，在生活情境下能力及表現指標上，其各領域內部一致性皆達 0.9 以上，二階之驗證性因素分析結果發現不管是在表現或生活情境下能力，其效度顯示良好 (嚴嘉楓、廖華芳、劉燦宏、黃靄雯、吳亭芳、張本聖、邱慈穎、盧璐、呂淑貞、紀彥宙，2012)。





## 第二章 文獻探討

本章將分為三小節，分別以「思覺失調症者的生活品質」、「思覺失調症精神症狀嚴重度與生活品質」以及「思覺失調症者的障礙程度與生活品質」三個主題進行文獻探討。

### 第一節 思覺失調症者的生活品質

本節將探討生活品質的內涵以及相關評估工具。

#### 一. 生活品質之內涵

「生活品質」的概念在 1960 年代開始被社會學家、哲學家、政治人物所運用，各領域皆廣泛使用，然其定義及所探討範圍，領域皆有所不同。生活品質泛指為一個描述性名詞，係指人們之情感性、社會性及生理性的幸福感受，及其執行一般生活職務功能的能力（鄭若瑟、歐陽文貞、李鳳墀，2006）。

Ferrants 與 Powers(1992)覺得生活品質指的是個人對於幸福的主客觀感受，將生活品質分為四大範圍：健康與功能、社會經濟、心理靈性以及家庭。Meeberg(1993)也認為生活品質有其主觀、客觀的指標，如此可同時瞭解個人所處的情境，及對日常情境的主觀感受。如以上所述，生活品質可分為主觀及客觀指標，若是以個人

角度來判斷個人的生活品質，稱為主觀生活品質。思覺失調症者常歸類為精神障礙者，鄭若瑟與高家常(2005)表示雖然精神障礙者會受到精神、情緒、認知症狀影響，若是排除認知障礙、情感性疾患的個案或是急性精神症狀的影響，其精神障礙者之主觀評估有其一定程度的可信。世界衛生組織將生活品質列為六大範疇：生理範疇(physical domains)、心理範疇(psychological domains)、獨立程度(level of independence)、社會關係(social relationship)、環境(environment)以及心靈/宗教/信念(spirituality/religion/personal beliefs)。其定義生活品質是個人在所生活的文化價值體系中的感受程度，這種感受程度與個人的目標、期望、標準、關心等方面有關，此生活品質之定義指標為主觀生活品質。

本次研究採用世界衛生組織對於生活品質所做之定義，主要以主觀的指標來探討思覺失調症者的生活品質，以自填問卷的方式來描述本人生活品質的情況，為了避免思覺失調症者受認知障礙影響生活品質之可信度，故本研究會排除認知障礙。

## 二. 思覺失調症者生活品質之評估

生活品質面向十分多元複雜，「生活品質」不應只是一種感受，而是試圖測量人們的「健康相關的身心和生活狀態」，是一種多層面或多向度的測量，包括外在功能和環境（生理、心裡和社會），以及

內在心理狀態、對健康的感受和滿意度。相關文獻指出思覺失調症個案在自填量表的結果經常出現天花板效應(ceiling effect)，憂鬱症個案則常出現地板效應(floor effect)；憂鬱症個案在情緒低時自評生活品質會比旁觀者和同一病人康復後的評估來得偏低，躁症個案在自填式問卷有可能呈現太過樂觀之傾向，而思覺失調症個案則自評會偏高。國內相關的研究曾提出，由於中文版之精神病人生活品質量表是自填式問卷，對於症狀嚴重、認知功能差、或情緒不穩之病人其適用性將有所限制；精神障礙者也會隨其對環境的適應程度而在主觀的生活品質出現差異。因此精神障礙者或有明顯精神或情緒症狀之其它個案，不宜採用純主觀或全部自填方式來測量，故在評估其生活品質時，各相關研究皆會探討個案的精神症狀(鄭若瑟、歐陽文貞、李鳳墀，2006)。

以下將整理國內外研究常用於思覺失調症者生活品質的相關評估工具：

1. 台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表(WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF 為世界衛生組織所發展的生活品質量表。量表為五點量尺的自填量表，主要測量個人對生活品質的體驗感受，此量表已有多國翻譯及信效度研究。WHOQOL-BREF 量表中分別有四個範疇：生理範疇、心理範疇、社會關係範疇以及環境範疇，共 28 題，綜合對生活品質及一般健康狀態評量。此量表

能夠反映出健康相關生活品質的多面向及精緻性，可容許外加本土文化特色的題目，其題目的內容強調個體對自己生活品質的感受（姚開屏，2002）。

## 2. SF-36 健康量表(Short Form-36)

SF-36 是一套具信效度之一般性心理測量工具，由 Brook 在 1979 年所發展的多目的且簡短的健康調查工具，已翻譯成多國語言及經過信效度檢定，是一項可以作為自我評估健康或生活滿意度的量表，或應用於結果評量的工具。SF-36 將生理、心理健康狀態分為 8 個面向：身體生理功能、生理功能角色受限、身體疼痛、一般健康、活力、社會功能、情緒角色受限及心理健康等面向。該量表為健康相關生活品質，此量表中所謂的「非常好」指的是沒有呈現病理症狀，與主觀生活品質的「非常好」通常反應出正向的心理狀態和生活滿意度，可能會有程度的落差(Ware & Sherbourne, 1992)。

## 3. 台灣版精神分裂症病人生活品質評量表(Lancashire Quality of life Profile，簡稱 LQOLP)

LQOLP 是 Oliver、Huxley、Bridges 和 Mohamad 於 1988 年開始發展於英國，以 Lehman 的生活品質問卷(Quality of life Interview)為基礎加以修正，運用相同的基本理論所發展的。後經

許嘉純、姚開屏、胡海國與熊秉荃(2005)修訂為台灣版，內容涵蓋基本屬性、主客觀生活品質之評量，共計 100 題。其中客觀生活品質包含九大項生活層面：工作、休閒、宗教、經濟、居住狀態、法律/安全、家庭關係、社交關係及健康，以「是」、「否」、「不知道或無法作答或不適用」方式評量。每一層面還主觀生活滿意度的評估，採七點計分法，得分愈高代表主觀生活品質愈好（許嘉純、姚開屏、胡海國、熊秉荃，2005）。

以上所述三種評估生活品質之評估皆有發展中文化之翻譯版本及具有良好的信效度，在台灣皆有相關研究用此三種工具探討思覺失調症者的生活品質：曾秋蓉、邱政元、顏文娟、蘇惠珍與蕭秋月(2012)以台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表作為生活品質之評估工具探討社區復健中心之思覺失調症者之污名感受、因應與生活品質之相關探討；王淑清、潘瓊琬、鐘麗英與熊秉荃(2011)以台灣版精神分裂症病人生活品質評量表及社區病患精神症狀評量表兩份結構性訪談量表，藉由一年的追蹤研究來探討思覺失調症者一年後生活品質的重要預測因子。

SF-36 健康量表主要以健康相關的生活品質探討為主，雖其變項有列入社會相關因素，但其題意多以生理疾病之表現為主，故本次研究因考慮此次研究對象為思覺失調症者，故未將此量表列入考慮；雖

台灣版精神分裂症病人生活品質評量表是以思覺失調症者為主要評估對象，但台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表其探討之領域更為廣泛，且其應用在思覺失調症者也有相關信效度之發展(Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito, & Lalucat-Jo, 2011)。故本次研究將以台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表作為生活品質探討的評估工具。

### 三. 影響思覺失調症生活品質之相關因素

以下將運用此次研究所使用之台灣版世界衛生組織生活品質問卷-簡明版中對於生活品質之四大範疇：生理範疇、心理範疇、社會關係範疇以及環境範疇來作影響思覺失調症者生活品質之探討，並將未能分類之因素列為「其他」來作為討論。但在生理範疇部分，本研究針對思覺失調症疾病之特性，將其精神症狀列歸類為生理範疇，將在下一節「思覺失調症精神症狀與生活品質」來作討論。

#### 1. 心理範疇

世界衛生組織生活品質問卷之心理範疇，其包含五個層面：正面感覺、「思考、學習、記憶及集中注意力」、自尊、身體心象及外表和負面感覺（姚開屏，2002）。

Landeen、Pawlick、Woodside、Kirkpatrick 與 Byrne(2000) 欲探討在社區中生活的思覺失調症者無望感(hopeless)的程度

與症狀嚴重程度以及生活品質的相關性，認為希望(hope)為改變行為的動機，此為復元之關鍵，同時也發現無望感與生活品質有顯著的相關，但與症狀嚴重程度並無統計上的顯著差異，此研究結果也強調思覺失調症者之正面感覺的重要性。在自我效能方面，Ritsner、Arbitman、Lisker 與 Ponizovsky(2012)的研究中探討思覺失調症者與分裂情感障礙者(Schizoaffective disorder)生活品質的十年追蹤研究中，發現若是症狀嚴重程度減緩，其自我效能與生活品質有正向的相關。

## 2. 社會關係範疇

世界衛生組織生活品質問卷之社會關係範疇，其包含三個層面：個人關係、實際的社會支持以及性生活（姚開屏，2002）。

社會關係包含有良好的個人關係及支持系統。Wu(2008)的研究顯示，對於在台灣就業中思覺失調症者的主觀生活品質預測因子中，心理健康功能以及壓力知覺感受部分對於主觀生活品質是有負向的影響，在此研究中對於就業中的思覺失調症者最佳的主觀生活品質預測因子為非正式社會支持系統，包括家庭或是朋友。對於思覺失調症者而言，家庭關係被視為影響生活品質其中重要的因素。根據 Huang 等人(2012)研究發現，在門診追蹤的精神疾病者與家人擁有正向態度及情緒一起面對疾病有較好的生活品

質表現。但也有研究發現對於思覺失調症個案而言，其婚姻狀態並不會影響生活品質(Huang, Kao, Hsu, & Yu, 2011)。

### 3. 環境範疇

世界衛生組織生活品質問卷之環境範疇，其包含八個層面：身體安全及保障、家居環境、財務資源、健康及社會照護、取得新資訊及技能的機會、參與娛樂及休閒活動的機會、物理環境和交通（姚開屏，2002）。

依據 Fleury 等人(2013)的研究顯示精神疾病者對於居住的期待會影響主觀生活品質，若是個人對於安置的議題有較少的擔心，例如擔心無家可歸或是經常更換居住的地點，會有較好的主觀生活品質表現，而此篇研究也發現思覺失調症的個案比起其他情感性精神疾病較擔心居住之議題，進而影響其它相關因素，例如社會退縮。

### 4. 其他

此次文獻探討發現未能分類的生活品質影響因素，將在此部分來作探討。在性別方面，根據 Vandiver(1998)的研究中，於加拿大、古巴以及美國的門診思覺失調症者共 102 位，探討性別與生活品質之相關性，發現性別與生活品質之間並無明顯

差異，其研究結果顯示不論是男性或是女性，對於自己健康狀態最感到滿意，對於薪資最不滿意。但根據 Kujur、Kumar 與 Verma(2010)在印度的思覺失調症者性別與生活品質相關的研究中，以 WHOQOL-BREF 以及 WHODAS 2.0 作為評量工具，發現性別與生活品質有顯著的相關性，其研究結果顯示為男性的生活品質分數會高於女性，而且女性的失能程度高於男性。

根據上述研究之發現，影響思覺失調症者生活品質之相關因素有許多面向，在心理範疇部分，因為思覺失調症疾病之影響，造成個人認知功能受損受損，如思考、學習、記憶及集中注意力等皆會受到影響(Lepage, Bodnar, & Bowie, 2014)，故合併在「精神症狀」此變項來作為討論。

## 第二節 思覺失調症者精神症狀與生活品質

本節將從影響思覺失調症者精神症狀與生活品質之相關研究來作探討。

### 一. 思覺失調症精神症狀及評估

依據民國 101 年度全民健康保險醫療統計年報顯示，台灣有 115,733 人診斷為思覺失調症，佔全台灣人口比為 0.4%（衛生福利部中央健康保險署，2012），顯示其盛行率不低，而在台灣急性住院與慢性住院的精神科個案中，思覺失調症者約佔 50~60%，其所造成的社會成本相當鉅大。而思覺失調症在所有重大精神疾病中為最難定義及描述的，隨著不同年代也有不同的疾病概念(Tandon et al., 2013)。

思覺失調症者之精神症狀是多樣性的，包含情緒、行為、思考、知覺等層面，但並不是所有層面皆有明顯的症狀，且在疾病伴隨的階段其症狀表現也會有所變化（余靜雲、鍾信心，2006）。思覺失調症者近 80% 會朝向慢性化的過程發展，其受精神症狀影響，使得功能表現呈現不同程度之障礙，可能需要持續性的復健介入（許家純、姚開屏、胡海國、熊秉荃，2005）。對於思覺失調症者，這些障礙往往是與正性、負性症狀相關的。約有 28~36% 的思覺失調症者深受負性症狀影響，這些症狀可能會影響個人日常生活的獨立能力、執行社交活

動、維持人際互動關係以及工作和學習(Blanchard, Horan, & Collins, 2005)。除了正性症狀以及負性症狀以外，思覺失調症者可能有其他混亂行為、混亂行為、焦慮、憂鬱或是躁動等精神症狀表現，而其精神症狀之多樣性，可能是因為以不同之症狀評估工具有不同的症狀表現，但無論何種症狀表現，其精神症狀嚴重度皆會對思覺失調症者有不同程度的影響。

國內常見的精神症狀評估工具為正性與負性症狀量表，其分為正性症狀、負性症狀、正性症狀、負性症狀、一般精神疾病以及攻擊危險性之補充項目，共計有 33 項，分數越高表示該項症狀越明顯。此評估工具需要接受標準化使用訓練課程，才可使用之。目前台灣已建立良好之信效度來作為使用。DSM-5 加入「量化」的診斷概念，思覺失調症的精神症狀嚴重度特別標註分幻覺、妄想、解構語言、異常動作行為、負性症狀、認知減損、憂鬱以及躁症。而每一種症狀可依最近 7 天的症狀表現來作為評定，從 0 (沒有) 到 4 (有出現且嚴重) 的 5 分量表評分，分數愈高表示該題症狀愈明顯。而「精神病症狀嚴重度臨床評分表」出處即為 DSM-5，主要供臨床工作人員使用，以瞭解思覺失調症以及相關的精神疾病患者其精神症狀的嚴重程度。目前唯 Ritsner、Mar、Arbitman 與 Grinshpoon(2013)以 314 位思覺失調症者及其它精神疾病者為研究對象，建立「精神病症狀嚴重度臨床評

分表」初步的心理計量，包含因素分析、信度、內在一致性、輻合效度(convergent)以及診斷能力。因素分析指出此量表可再分為兩個因素（精神症狀、能力缺損），有不錯的內在一致性(Cronbach 值 $> 0.70$ )，與正性與負性症狀量表(Positive and Negative Syndrome Scale，簡稱 PANSS)相比，有不錯的輻合效度(Kappa=0.75)。以兩者作為比較，兩者皆有基本信效度，PANSS 所描述之症狀內容較為詳細，但其向度以正性症狀和負性症狀為主，而精神病症狀嚴重度臨床評分表其向度較為全面性，除上述兩精神症狀以外，強調量化及全面性的觀點，故本研究使用精神病症狀嚴重度臨床評分表來作為精神症狀嚴重度之評估工具。

## 二. 思覺失調症者精神症狀與生活品質

大部分的研究顯示思覺失調症者的症狀表現與生活品質是有相關的(Priebe & Fakhoury, 2008)。許多研究指出精神症狀是會影響整體的生活品質以及日常生活活動的表現，不論是正性症狀或是負性症狀，對於生活品質皆有負向的關係，但若是精神症狀有改善，其生活品質也會有增進的現象(Huang, Kao, Hsu, & Yu, 2011)。但根據 Wilson-d'Almeida 等人(2013)以 366 位的思覺失調症者來探討精神症狀與生活品質之相關性的研究中，症狀的減少可能會增加思覺失調症者對於未來生活的期待，但對於生活品質是沒有相關性的，其研究結

果表示精神症狀的改善對於生活品質未有直接的相關性，但間接透過個人對於未來期待的增加而有影響。以下針對精神病症狀嚴重度臨床評分表中的精神症狀做文獻探討：

### 1. 正性症狀與負性症狀

目前在正性症狀與負性症狀的相關研究討論中仍有眾多看法。Brissos、Balanza-Martinez、Dias、Carita 與 Figueira(2011)分別以 PANSS 和 WHOQOL-BREF 作為精神症狀及生活品質之評估工具，探討在社區生活的思覺失調症者生活品質研究中，發現正性症狀與生活品質沒有顯著的相關。但在 Savilla、Kettler 與 Galletly(2008)的研究結果則認為負性症狀與正性症狀與生活品質均有顯著的相關，但負性症狀的相關性較為顯著。

### 2. 認知減損

多數的研究中也發現認知功能缺損越嚴重，思覺失調症者的生活品質有越差的現象(Alptekin et al., 2005；Savilla, Kettler, & Galletly, 2008)。認知功能的改善，同時也會增進思覺失調症者的生活品質(Kurtz, Bronfeld, & Rose, 2012)。

### 3. 憂鬱與躁症

Priebe (2011)等人以 886 位思覺失調症者來探討精神症狀與生

活品質的相關研究中，此研究結果顯示症狀的改變會影響主觀生活品質的表現，尤其是憂鬱和焦慮等症狀。但在這次的文獻探討中也發現較少研究探討思覺失調症者的躁症精神症狀對於生活品質之影響。



### 第三節 思覺失調症者的失能程度與生活品質

本節將從失能程度的內涵及評估、思覺失調症者的失能程度與生活品質之相關研究來作探討。

#### 一. 失能程度的內涵及評估

傳統上對於大眾健康狀態的描述，常以疾病的發病率及致死率來作為指標，但現今的趨勢將失能程度視為健康狀態的重要資訊，同時也可以表示個人在日常生活領域的功能表現。障礙可能會被定義為能力或是技巧的喪失，其中包括個人衛生、自我管理、職業和休閒活動、家庭和社會關係以及獨立和有效的生活在社區之中，這樣的失能可能會造成心理社會功能上的限制 (Alptekin et al., 2005)。關於「失能」(disability)，世界衛生組織在 2011 年定義為一種涵蓋損傷、活動受限和參與侷限在內的概括性術語。失能指的是有某些健康狀態（如腦性麻痺、唐氏症、憂鬱症）的個人與個人因素和環境因素（如負面的態度、使用大眾運輸和進入公共場合有所阻礙以及有限的社會支持）之間的相互作用所造成的結果 (WHO, 2011)。而這樣的失能對於精神障礙者也是存在的，尤其思覺失調症在精神疾病中，對於個人可能造成較嚴重的失能，而這些失能往往都是終身伴隨的，特別是那些接受抗精神疾病藥物治療以及仍有剩餘症狀存在的思覺失調症者，而這些失

能可能會造成社交、職業、獨立日常生活功能的表現 (Bowie, Reichenberg, Patterson, Heaton, & Harvey, 2006)。

「失能」(Disability) 程度的評估可以瞭解疾病影響功能的程度，也可以知道健康介入以及相關政策的有效性，但是定義及測量「失能」是具有挑戰性的。過去的研究常使用整體功能評估表(GAF)來評估思覺失調症者職業、社交及人際互動等社會功能的表現或是障礙程度，其分數範圍為 1 到 100 分，分數越高代表整理功能表現狀況愈好，反之則為狀況愈差(Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976)。但此測驗包含對症狀的評估，故無法獨立呈現真實功能的表現(Brissos, Molodynski, Dias, & Figueire, 2011)。精神疾病診斷與統計手冊過去所使用的五軸診斷系統之第五軸為整體功能評估表之分數，用來表示精神病患者之功能表現，但在 2013 年 5 月所出版的精神疾病診斷與統計手冊第五版(DSM-5)則建議改為使用 WHODAS 2.0 來做為評估 (American Psychiatric Association, 2013)。

世界衛生組織發展「國際健康功能與身心障礙分類系統」分為兩個部分，第一部分為功能及失能(functioning and disability)，此部分又分為兩個要素，包含：身體功能和結構(body functions and structures)以及活動和參與(activities and participation)。另一部分為情境因素(contextual factors)，此部分亦包含兩個要素，包含環境因素

(environmental factors)以及個人因素(personal factors)。其中活動參與部分主要為描述個案整體生活領域，用來了解個案日常生活的功能表現，世界衛生組織藉由 ICF 此架構來描述個人的健康狀態，並適用於不同的文化及種族，建立了標準化測量工具：世界衛生組織障礙評估手冊 2.0 版，目前越來越被廣泛使用在評估個人活動的限制以及參與經驗的限制 (Ü stün et al., 2010)。

「身心障礙鑑定功能量表成人版」由我國身心障礙鑑定功能量表編制團隊於 2010 年根據 ICF 架構設計，以上述世界衛生組織障礙評估手冊 2.0 版(WHODAS 2.0)36 題版為基礎而修訂完成。除表現(performance)面向參考原 WHODAS 2.0 量表之 36 題項外，另增加 36 題與表現面對應之「在生活情境下的能力」(capability)，即生活情境下沒有使用輔具和他人協助下之能力 (廖華芳等人，2013)。身心障礙鑑定功能量表成人版共包含六個領域：領域 1 為「認知」，為關於溝通與思考活動，特別是在評估專注、記憶、問題解決、學習與溝通；領域 2 為「四處走動」，包含站立、在家中移動、離開家中到戶外、長距離行走；領域 3 為「生活自理」，包含沐浴、穿衣、吃飯及獨處；領域 4 為「與他人相處」，主要為評估與他人的相處，以及因健康問題所致和別人相處的困難程度；領域 5 為「居家活動」，這些活動係指一般人在日常生活會進行的活動，包含家務、工作及學校活

動；領域 6 為「社會參與」，主要為考量個人與其周遭環境致使個人在社會活動時所產生的困難。此量表的依據為過去 30 天內，考慮個人在進行上述六個領域之不同活動的經驗裡，其因健康問題造成表現以及在生活情境下的能力之困難程度，而根據 FUNDES 7.1 成人版中所指的「健康問題」，如疾病、身體不舒服或其他健康問題、受傷、精神或情緒問題、藥酒癮問題；其對活動執行困難的定義為吃力、不舒服或痛苦、速度減緩或是跟同輩、一般健康的人或個人健康時從事這種活動的方式不同，根據 ICF 限定值之數字代號的通用規則(general code rule for qualifier)為：「0」沒有困難、或問題(0-4%)為可忽略；「1」輕度困難或問題(5-24%)，些微；「2」中度困難或問題(24-49%)，困難程度為中等；「3」嚴重困難或問題(50-95%)，困難程度為高度或非常；「4」全部有困難或問題，不能做(96-100%)來作為評分分數的計算方式（身心障礙鑑定功能量表 7.1 操作手冊，2013）。

由於本研究所使用之身心障礙鑑定功能量表成人版由 WHODAS 2.0 所發展而來，故此段將回顧使用 WHODAS 2.0 為評估工具應用在相關精神疾病之應用之研究。WHODAS 2.0 36 題版具已知族群效度，比較一般族群與心理健康問題、生理健康問題等族群之平均量尺分數，結果顯示，一般族群之障礙分數最低，而生理健康問題者在四處走動、家務等領域之失能程度較嚴重，而心理問題者則在家務、工作與參與

社區之失能程度較嚴重，顯示各群體間於 WHODAS 2.0 各領域之分數高低有所不同(World Health Organization, 2010)。而此評估工具建立了單一通用性的工具，在不同的區域或場所評估個人障礙與健康情形(Ü stün et al., 2010)，如調查歐洲各國失能程度與生活品質對於精神障礙者之影響的人口普查研究，便是應用 WHODAS 2.0(Alonso et al., 2004)。WHODAS 2.0 西班牙文版本已針對思覺失調症者做信效度研究，該研究為此版本第一次對思覺失調症者做大規模樣本的收案，其結果顯示 WHODAS 2.0 西班牙文版本對於思覺失調症者是可做為驗證的(Guilera et al., 2012)。McKibbin、Patternson 與 Jeste(2004)以 WHODAS 2.0 評估老年思覺失調症者（平均年齡 50.4 歲）之失能程度，發現與一般對照組相比，其失能的程度明顯較差，其研究結果也顯示 WHODAS 2.0 對於老年思覺失調症者是具有信效度。

## 二. 失能程度與生活品質

WHODAS 2.0 與四個功能評估相關量表有顯著相關，分別為 SF-36、WHOQOL，London Handicap Scale 以及 Functional Independence Measure(廖華芳等人，2013)，上述所提評估工具中之 WHOQOL，顯示失能程度與生活品質具有相關性，可以藉由此評估工具來了解個人所生活的社會及文化的滿意度或是困難程度。Chopra、Couper 與 Herrman(2004)的研究為應用 WHODAS 2.0 評估慢性精神障

礙者失能程度的研究中，發現障礙程度與生活品質是有相關，但發現其中少部分的障礙程度較低的個案，在生活品質量表中表示自己目前的生活沒有太大的意義，其研究結果顯示生活品質滿意度可補充個案對自己目前生活滿意度的知覺。根據 Mubarak(2005)在馬來西亞針對思覺失調症之生活品質研究中，其研究者使用 WHODAS 2.0 做為評估失能的工具，其結果發現在社交功能以及環境領域有嚴重缺損之個案，其有比較低的生活品質。

依據此章節文獻回顧之結果，本研究將聚焦於精神症狀嚴重度與失能程度來做為生活品質之相關探討，以「台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表」作為生活品質之測量。本研究測量精神症狀嚴重度之評估工具為「精神病症狀嚴重度臨床評分表」，雖未有大量相關研究以及信效度，但其以量化來測量精神症狀之症狀為之前未有之概念，且更強調思覺失調症者精神症狀的個別差異性；另測量失能程度之評估工具為「身心障礙功能功能鑑定量表成人版」個案版，其就文獻回顧的過程中發現適合應用於思覺失調症者，以及其與生活品質是具有高度相關的。

### 第三章 研究方法

本章分別就研究架構、研究對象、研究工具、研究步驟及資料分析等內容，分節說明。

#### 第一節 研究架構

本研究以探討思覺失調症者的精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質之相關為主要研究架構，其中「失能程度」將分為表現以及生活情境下的能力來作相關的探討。故本研究以「精神症狀嚴重度」和「失能程度」為自變項，依變項為思覺失調症者的「生活品質」，來探討之間的相關性，本研究的架構圖如圖 3-1 所示：



圖 3-1 研究架構

## 第二節 研究對象

此次研究收案於台北地區醫學中心身心科門診及日間照護中心來進行收案。研究對象為思覺失調症者，收案對象必須符合以下條件：具有精神專科醫師診斷為思覺失調症者，年齡介於 18 歲到 55 歲之間，具備問答及填答的理解表達能力，並以中文版迷你國際神經精神訪談量表(M.I.N.I.)排除其他精神疾病之診斷，再以 DSM-5 確認思覺失調症者診斷。

本研究抽樣方法採立意抽樣，此次收樣人數共為 35 人，28 位樣本來自精神科日間病房，7 位來自精神門診。本節將針對收樣樣本，經由次數分配以及百分比統計結果，分析樣本人口學資料。

### 壹、樣本人口學資料分析

將表 3-1 人口學資料分析結果描述如下，在樣本性別次數分配中，以男性居多，有 23 位，佔 65.7%，男女比例約 7:3；在年齡部分，年齡分佈從最小值 21 歲到 55 歲，平均年齡為 35.14 歲，標準差 10.84 歲，年齡集中在 18 歲~25 歲之間；在教育程度部分，以高中者最多有 19 人，佔 54.3%；其次依序為大學 8 人(22.9%)、高職 4 人(11.4%)、國中 3 人(8.6%)以及專科 1 人(2.9%)；在工作狀況上，無就業者比較較多，有 25 位，佔 71.4%；在居住情形上，與家人同住者為多

數，有 33 位，佔 94.30%；在生活狀況上，有 24 位是可以自行獨立在社區生活，佔 68.6%；在婚姻狀態部分，未婚者為多數，有 34 位。

## 貳、收樣流程

本研究取樣的過程中，會先請台北地區醫學中心身心科門診及日間照護中心之精神專科醫師，以 DSM-5 思覺失調症之診斷標準篩選符合收案條件之個案，再使用 M.I.N.I.排除其它精神疾病。其個案皆有接受穩定的精神科日間病房照護或精神科門診照護，並規律按時、按量服用精神藥物。

符合收案條件之思覺失調症者，同意接受施測並簽署施測同意書後，施測人員以身心障礙功能鑑定量表訪談瞭解失能程度後，請個案填寫台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表。其施測人員皆有完成相關訓練及取得身心障礙功能鑑定資格，且擁有 3 年以上臨床身心障礙功能鑑定人員之經歷。而在精神症狀嚴重度評量部分，施測人員以施測身心障礙功能鑑定量表之之日期作為標準，評估個案一周內精神症狀嚴重度之表現。

表 3-1 思覺失調症者基本資料一覽表(N=35)

基本資料	組別	人數	百分比(%)
性別	男	23	65.70%
	女	12	34.30%
年齡	18~25 歲	10	28.60%
	26~35 歲	9	25.70%
	36~45 歲	8	22.90%
	46~55 歲	8	22.90%
教育程度	國中	3	8.60%
	高職	4	11.40%
	高中	19	54.30%
	專科	1	2.90%
	大學	8	22.90%
就業狀況	無就業	25	71.40%
	就業中	10	28.60%
居住情形	獨居	2	5.70%
	與家人同住	33	94.30%
生活狀況	獨立	24	68.60%
	協助	11	31.40%
婚姻狀態	未婚	34	97.10%
	已婚	1	2.90%

### 第三節 研究工具

本研究共採用五種研究工具，分別為研究樣本之基本資料、中文版迷你國際神經精神訪談量表(M.I.N.I.)、精神病症狀嚴重度臨床評分表(Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity)、身心障礙功能鑑定量表成人版(FUNDES 7.1-Adult version)以及台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表(WHOQOL-BREF)。如研究架構所述，研究工具分別代表精神症狀嚴重度、失能程度以及生活品質等變項，以下將分點說明各項研究工具。

#### 壹、基本資料

包含性別、年齡、教育程度、就業有無、居住情形、生活狀況以及婚姻狀態。

#### 貳、中文版迷你國際神經精神訪談量表

本研究採用「中文版迷你國際神經精神訪談量表」做為排除本研究對象具有相關精神疾病之可能性，以作為確認診斷為思覺失調症。中文版迷你國際神經精神訪談量表由 Mini-International Neuropsychiatric Interview 所翻譯而來，中文版版權為台灣精神醫學會所有。此量表為一個簡單、有效和可靠的定式訪談工具，主要用於篩選檢查精神障礙診斷和統計手冊第四版(DSM-IV)和國際精神障礙統計分類手冊(ICD-10)中 16 種第 I 軸的精神疾病和一

種人格障礙，包括 130 個問題。與定式臨床檢查病人版(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition，簡稱 SCID-P)和複合性國際診斷訪談表(composite international diagnostic interview，簡稱 CIDI)一樣，M.I.N.I.中每種診斷為一題組，大部分診斷都有排除診斷的篩查問題。已經有研究進行了 M.I.N.I.與 SCID-P 和 CIDI 的信度和效度比較，結果顯示 M.I.N.I.具有非常可接受的信度和效度評分。目前 M.I.N.I.已經被翻譯為多種文字，廣泛應用於臨床試驗和臨床實踐(Sheehan et al., 1998)。

參、 精神病症狀嚴重度臨床評分表 (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity)

本研究採用「精神病症狀嚴重度臨床評分表」作為評量及瞭解研究對象的「精神症狀」。其症狀表現嚴重度根據思覺失調症者的主要症狀來作量化評估，包括幻覺(Hallucinations)、妄想(Delusions)、解構語言(Disorganized speech)、異常動作行為(Abnormal psychomotor behavior)、負性症狀(Negative Symptoms)、認知減損(Impaired cognition)、憂鬱(Depression)以及躁症(Mania)，根據最近 7 天的症狀表現來作為評定，從 0 (沒有) 到 4 (有出現且嚴重) 的 5 分量表評分，分數愈高表示該題症狀愈明顯。

此量表出處為 DSM-5，主要供臨床工作人員使用，以瞭解思覺失調症以及相關的精神疾病患者其精神症狀的嚴重程度。因 DSM-5 出版年份為 2013 年，故此量表尚未有大量相關信效度的研究。唯 Ritsner、Mar、Arbitman 與 Grinshpoon(2013)以 314 位思覺失調症者及其它精神疾病者為研究對象，建立「精神病症狀嚴重度臨床評分表」初步的心理計量，包含因素分析、信度、內在一致性、輻合效度(convergent)以及診斷能力。因素分析指出此量表可再分為兩個因素（精神症狀、能力缺損），有不錯的內在一致性（Cronbach 值 $> 0.70$ ），與正性與負性症狀量表(PANSS)相比，有不錯的輻合效度(Kappa=0.75)。

本研究採用「精神病症狀嚴重度臨床評分表」之分數，分別為幻覺(Hallucinations)、妄想(Delusions)、解構語言(Disorganized speech)、異常動作行為(Abnormal psychomotor behavior)、負性症狀(Negative Symptoms)、認知減損(Impaired cognition)、憂鬱(Depression)以及躁症(Mania)，共 8 個層面的分數。

#### 肆、身心障礙功能鑑定量表成人版(FUNDES 7.1-Adult version)

本研究使用身心障礙功能鑑定量表成人版作為瞭解思覺失調症者的「失能程度」。該量表以世界衛生組織障礙評估手冊 2.0 版(WHODAS 2.0)36 題為基礎，參考 ICF 而設計「身心障礙鑑定功

能量表」。本研究將採用此功能量表分為六個領域之分數：認知、四處走動、生活自理、與他人相處、居家活動以及工作/學校活動以及社會參與領域。此量表為功能失能程度的測量，失能程度的測量可以決定一個人是否能工作、是否能完成必要的生活活動、是否能充分發揮在家庭、工作、學校及其他場域下的角色，因此主要評估個人日常生活之「表現」(performance)以及「生活情境下的能力」(capability)。身心障礙鑑定功能量表成人版又分為個案版與代理人版，個案版之訪談對象訪談對象為個案本身，代理人版為熟悉個案日常生活狀況者，本次因收案對象為思覺失調症者本人，故使用個案版（廖華芳等人，2013）。

台灣目前所使用的身心障礙功能鑑定量表成人版已發展至第七版，從第五版後，其修改主要是文字與次序之調整，第五版後之信效度研究，應可提供 FUNDES 7.0 成人版之使用。在 FUNDES 7.0 成人版的信效度方面，於 2011 年間有舉辦專家會議外，尚有無數書面交流，在信度方面，領域 1 至 8 的內部一致性，不管是表現、生活情境下能力或能力三面向之 Cronbach 值皆大於等於 0.9。鑑別度方面，各領域之天花板效應為 9%—36%，地板效應為 5%—45%。建構效度方面，將領域 1—6 表現面向及領與 1—6 與領域 8 生活情境下能力面向之全部題項分別以探索性因素分

析後，皆呈現 5 個因素，該因素之歸納領域符合原本測量邏輯，兩模式之變異量皆超過 75，顯示該因素結構良好。二階之驗證性因素分析領域 1-6，不慣是在表現或是生活情境下能力面向，標準化參數估計值皆在 0.81-0.89 之間，模式適配度(CFI)顯示其建構效度良好。

故此量表採用身心障礙功能鑑定量表成人版中功能失能程度之分數，分別為六個領域之分數：認知、四處走動、生活自理、與他人相處、居家活動以及工作/學校活動以及社會參與領域，和整體失能分數。

#### 伍、 台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表(WHOQOL-BREF)

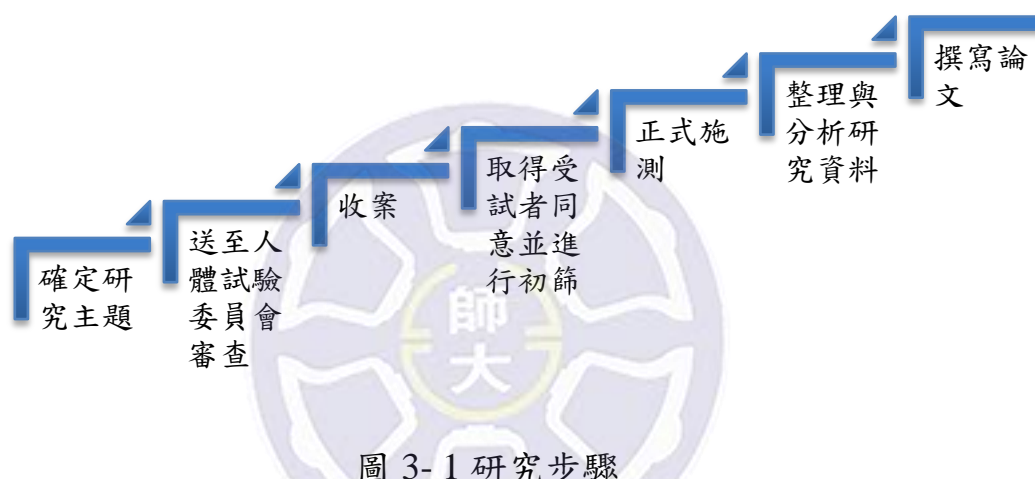
本研究採用台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表作為瞭解思覺失調症者的「生活品質」。該量表由 WHOQOL 台灣版問卷發展小組於 1997 年開始發展，除了全球版本通用的 WHOQOL-BREF 的 26 個題目以外，再加上 2 個本土性題目，此問卷分別有四個範疇：生理範疇、心理範疇、社會關係範疇以及環境範疇，共由 28 個題目所組成。根據施測手冊上說明，受測者之限制為須年滿 18 歲以上的成年人，此次研究樣本年齡須大於 18 歲以上，符合施測條件（台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，2000 年）。

此量表已發展完善信效度，在信度方面，整份問卷內在一致性的  $\alpha=0.91$ ，且具有好的再測信度  $\gamma=0.41\sim0.79$ ；在效度方面，內容效度在各範疇間  $\gamma$  為  $0.51\sim0.64$  之間，範疇與自覺個人健康狀況的  $\gamma$  為  $0.32\sim0.61$  之間；區辨效度其題目與整體生活品質分數之  $\gamma$  值為  $0.64\sim0.85$  之間。大多數的題目、層面、範疇及整體生活品質分數可區辨健康與不健康；在預測效度方面，各範疇分數能解釋 64.2% 整體生活品質及一般健康狀態層面分數變異量（台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，2000 年）。

此量表共採用 5 個分數，分別為生理範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇以及整體生活品質分數。

## 第四節 研究步驟

本研究實施程序分成確定研究主題、送至人體試驗委員會審查、於醫療機構或療養院體系收案、取得受試者同意並進行初步篩選、正式施測、整理與分析研究資料、撰寫論文等 7 個階段，本研究之研究步驟如圖 3-2 所示：



### 壹、 確定研究主題

與指導教授討論和確定研究主題後，開始蒐集文獻資料，大量閱讀相關文獻，以支持研究目的和啟發研究方法。

### 貳、 送至人體試驗委員會審查

本研究送呈人體試驗委員會審查，以符合研究倫理之要求。

### 參、 於醫療機構收案

研究者於事前與各機構工作人員進行初步聯繫並說明研究目

的與流程，由機構人員轉介符合收案條件之個案。

肆、 取得受試者對研究的同意並進行初步篩選

本研究符合收案樣本之個案，經由精神科專科醫師以 DSM-5 思覺失調症之診斷標準確認診斷後，再以「中文版迷你國際神經精神訪談量表」(M.I.N.I.)排除本研究對象相關的精神疾病之可能性。施測人員說明研究目的與問卷內容，進一步說明並解釋後續的流程，確認研究對象具有基本問答及填答能力，並請個案簽署受試者同意書。

伍、 正式施測

本研究收案的研究對象共計 35 位。

一、受試者進行問卷填寫：其問卷內容包含「基本資料表」和「台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表」(WHOQOL-BREF)。

二、研究者進行「精神病症狀嚴重度臨床評分表」(Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity)及「身心障礙功能鑑定量表成人版」(FUNDES 7.1)評估

陸、 整理與分析研究資料：整理研究資料，所有資料收集完成後，開始進行資料統計和分析。

柒、 撰寫論文：在整理與分析研究資料後，即開始撰寫論文。

## 第五節 資料分析

本研究在資料收集完成後，以 SPSS 22.0 版統計套裝軟體分析所得數據，統計量包括描述性統計與推論統計，推論統計部分將以  $\alpha=0.05$  的顯著水準進行各項假設分析，以統計方式說明本研究資料處理方式。

### 壹、 描述性統計

- 一、 以次數分配表、百分比說明思覺失調症者基本資料，包含性別、年齡、教育程度、有無就業、居住情形、生活狀況以及婚姻狀態。
- 二、 以平均數、標準差描述下列：
  1. 精神病症狀嚴重度臨床評分表，包含幻覺、妄想、解構語言、異常動作行為、負性症狀、認知減損、憂鬱、躁症以及症狀嚴重度
  2. 身心障礙功能鑑定量表成人版，如以下失能領域：認知、四處走動、生活自理、與他人相處、居家活動以及工作/學校活動、社會參與與整體失能程度，包含表現及生活情境下的能力

3. 台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表，包括生理範疇、心理範疇、社會關係範疇、環境範疇以及整體生活品質

貳、 推論性統計：積差相關(product-moment correlation)

為了探討思覺失調症者精神症狀與生活品質、失能程度與生活品質之相關性，而採用 Pearson 積差相關，因兩個連續變項的線性關係，可以利用相關(correlation)的概念來描述，當係數為正數代表兩者為正相關，係數為負數為負相關，而當係數的絕對值愈大代表兩者相關性愈強。相關係數的解釋與應用，必須經過顯著性考驗來決定係數的統計意義，一旦顯著之後，可依據其數值解釋係數的強度(邱皓政，2008)。所探討內容如以下：

- 一、 分析思覺失調症者之精神症狀嚴重度與生活品質的相關性。
- 二、 分析思覺失調症者之失能程度與生活品質的相關性。

## 第四章 研究結果

本章依研究目的與收案研究結果，進行研究結果分析。本章共三節，分別就「思覺失調症者之精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質」、「思覺失調症之精神症狀嚴重度與生活品質的相關」及「思覺失調症之失能程度與生活品質的相關」來作討論。

### 第一節 思覺失調症者之精神症狀嚴重度、失能程度與



本節將探討思覺失調症者的精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質的現況。

#### 壹、 思覺失調症者之精神症狀嚴重度

表 4-1 列出思覺失調症者的精神症狀嚴重度表現，依據 8 個主要症狀來作為精神症狀嚴重度的描述，包括幻覺、妄想、解構語言、異常動作行為、負性症狀、認知減損、憂鬱以及躁症。

研究結果顯示思覺失調症者的症狀嚴重度平均為 10.88 分(標準差=3.49)，研究樣本中其症狀嚴重度最低為 3 分，最高為 16 分。各主要症狀表現的平均分數皆介於 1 (不明確) 到 2 (有出現，但輕度影響) 之間。影響程度為「認知減損」為最高，平均為 1.69

分（標準差=0.63），顯示其認知功能為是有一些減損，也就是低於其年齡或社經預期的平均數 1 個標準差之內；其次為「妄想」，平均為 1.63 分（標準差=0.94），顯示妄想信念為不明確或是造成極少的壓力，且不會很困擾；再次之為「幻覺」及「負性症狀」，平均為 1.57 分，顯示思覺失調症者對於幻覺的影響如幻聽，造成之影響不明確或是有極少的壓力且不會很困擾；在負性症狀部分，思覺失調症者是不明確的或是有負性症狀，但臉部表情、情緒高低起伏、姿勢、或自我引發的行為減少是輕度的。其影響程度為「躁症」為最低，平均為 0.77 分（標準差=0.55），顯示思覺失調症者對於躁症的影響為不明確的或是偶爾高昂、澎湃、或易怒的情緒或有點煩躁不安。

表 4-7 思覺失調症者之精神症狀嚴重度

向度	分數	
	平均數	標準差
I 幻覺	1.57	0.78
II 妄想	1.63	0.94
III 解構語言	1.06	0.64
IV 異常動作	1.20	0.68
V 負性症狀	1.57	0.85
VI 認知減損	1.69	0.63
VII 憂鬱	1.31	0.58
VIII 躁症	0.77	0.55
症狀嚴重度	10.88	3.49

## 貳、 思覺失調症者之失能程度

### 一、 思覺失調症者「表現」及「生活情境下的能力」之分析

表 4-2 列出思覺失調症者的失能程度，其中失能程度分為「表現」以及「生活情境下的能力」來作為探討。表現是指在輔具或是他人協助下的從事活動的失能程度，而生活情境下的能力，是指沒有輔具或是他人協助下在自然情境下的失能程度。研究結果顯示思覺失調症者在表現以及生活情境下的能力在各失能領域中其失能程度沒有顯著的差異，但整體來說，思覺失調症者的「生活情境下的能力」所表現的失能程度高於「表現」的失能程度。

在「表現」的部分，整體失能程度的平均為 33.68（標準差=15.72）；以工作與學習領域的失能程度為最高，平均為 74.90（標準差=40.75）；其次為社會參與領域，平均為 35.68（標準差=21.42）；再者為居家活動領域平均為 34.00（標準差=37.04）；與他人相處領域，平均為 32.57（標準差=18.24）；認知領域平均為 29.00（標準差=18.90）；四處走動領域平均為 14.17（標準差=17.34）；在各領域中以生活自理領域的失能程度為最低，平均為 6.79（標準差=13.13）。

「在生活情境下的能力」部分，整體失能程度的平均為

35.03(標準差=12.90);以工作與學習領域的失能程度為最高，平均為 76.12 (標準差=39.50);其次為居家活動領域平均為 37.14 (標準差=37.77);再者為社會參與領域，平均為 37.00 (標準差=23.63);與他人相處領域，平均為 32.81 (標準差=18.31);認知領域平均為 31.57 (標準差=20.31);四處走動領域平均為 14.70 (標準差=17.58);在各領域中以生活自理領域的失能程度為最低，平均為 7.00 (標準差=13.06)。



表 4-2 思覺失調症者之失能程度

失能領域			分數	
			平均數	標準差
領域 1	認知	表現	29.00	18.90
		生活情境下的能力	31.57	20.31
領域 2	四處走動	表現	14.17	17.34
		生活情境下的能力	14.70	17.58
領域 3	生活自理	表現	6.79	13.13
		生活情境下的能力	7.00	13.06
領域 4	與他人相處	表現	32.57	18.24
		生活情境下的能力	32.81	18.31
領域 5-1	居家活動	表現	34.00	37.04
		生活情境下的能力	37.14	37.77
領域 5-2	工作與學習	表現	74.90	40.75
		生活情境下的能力	76.12	39.50
領域 6	社會參與	表現	35.68	21.42
		生活情境下的能力	37.00	23.63
整體失能程度		表現	33.68	15.72
		生活情境下的能力	35.03	15.90

## 二、 思覺失調症者之「表現」失能程度在環境因素協助的情形

本次研究將「表現」失能程度在環境因素協助的情形分為「他人協助」以及「輔具協助」，而在「工作與學習」領域中，因 71.40%之個案為失業情形，將之視為目前同時需要「他人協助」以及「輔具協助」。其研究結果如下：

在各失能領域中，以「與他人相處」領域的獨立執行程度最高，佔 97.1%，他人協助的比例為 2.9%；其次為「四處走動」領域，獨立程度為 94.3%，他人協助的比例為 5.7%；再

者為「居家活動」領域的獨立程度為 88.6%，使用輔具的比例佔了 2.9%，他人協助的比例為 8.6%；「生活自理」以及「社會參與」領域的獨立程度為 85.7%，使用輔具的比例佔了 5.7%，他人協助的比例為 8.6%；「認知」領域的獨立程度為 80.0%，使用輔具的比例佔了 2.9%，他人協助的比例為 17.1%。在各失能領域中，以「工作與學習」領域的獨立程度為最低，佔 22.9%，使用輔具的比例佔了 2.9%，他人協助的比例為 5.7%，而同時使用輔具及他人協助的比例為 68.6%。

表 4-3 思覺失調症者「表現」失能程度環境因素協助情形

失能領域	無	輔具	他人	輔具及他人同時協助
領域 1 認知	80.0%	2.9%	17.1%	0.0%
領域 2 四處走動	94.3%	0.0%	5.7%	0.0%
領域 3 生活自理	85.7%	5.7%	8.6%	0.0%
領域 4 與他人相處	97.1%	0.0%	2.9%	0.0%
領域 5-1 居家活動	88.6%	2.9%	8.6%	0.0%
領域 5-2 工作與學習	22.9%	2.9%	5.7%	68.6%
領域 6 社會參與	85.7%	5.7%	8.6%	0.0%

## 參、 思覺失調症者之生活品質

表 4-4 列出思覺失調症者的生活品質，生活品質共分為四大範疇，為生理、心理、社會關係及環境範疇，以及整體生活品質。在整體生活品質中，其平均為 3.09 分（標準差=0.95），顯示思覺失調症者對於目前生活品質的評價為「中等程度的滿意」。在生活品質的四大範疇中，其滿意度最高為生理範疇，平均為 13.18 分（標準差=2.89）；其次為環境範疇，平均為 12.97 分（標準差=3.21）；再者為社會關係範疇，平均為 11.89 分（標準差=2.48）；其滿意度最低為心理範疇，其平均 11.81 分（標準差 3.00）。



表 4-8 思覺失調症者之生活品質

題號	題目	平均數	標準差
生理範疇		13.18	2.89
3	您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？	3.86	1.03
4	您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？	3.83	1.12
10	您每天的生活有足夠的精力嗎？	3.06	1.06
15	您四處行動的能力好嗎？	3.34	1.19
16	您滿意自己的睡眠狀況嗎？	3.06	1.06
17	您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？	3.00	0.91
18	您滿意自己的工作能力嗎？	2.91	1.00
心理範疇		11.81	3.00
5	您享受生活嗎？	2.74	1.20
6	您覺得自己的生命有意義嗎？	3.40	1.26
7	您集中精神的能力有多好？	2.66	1.08
11	您能接受自己的外表嗎？	3.03	0.98
19	您對自己滿意嗎？	3.00	1.06
26	您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）	2.89	0.96
社會關係範疇		11.89	2.48
20	您滿意自己的人際關係嗎？	2.80	1.08
21	您滿意自己的性生活嗎？	2.89	0.83
22	您滿意朋友給您的支持嗎？	3.37	0.94
27	您覺得自己有面子或被尊重嗎？	2.83	1.12
環境範疇		12.97	3.21
8	在日常生活中，您感到安全嗎？	2.91	1.27
9	您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)	3.03	1.15
12	您有足夠的金錢應付所需嗎？	2.74	1.27
13	您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？	3.17	1.07
14	您有機會從事休閒活動嗎？	3.09	1.04
23	您滿意自己住所的狀況嗎？	3.40	1.19
24	您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？	3.71	0.96
25	您滿意所使用的交通運輸方式嗎？	3.57	1.04
28	您想吃的食物通常都能吃到嗎？	3.54	1.07
整體生活品質		3.03	0.95
1	整體來說，您如何評價您的生活品質？	3.03	0.95

## 第二節 思覺失調症者之精神症狀嚴重度

### 與生活品質的相關

本節探討思覺失調症者的精神症狀嚴重度和生活品質的相關性，以回應研究問題「思覺失調症者之精神症狀嚴重度與生活品質的相關為何？」。探討思覺失調症者的精神症狀嚴重度表現，以及探討四個生活品質範疇以及整體生活品質與各症狀表現的相關性。表 4-5 為精神症狀與生活品質的相關，列出思覺失調症者之精神症狀嚴重度表現與生理、心理、社會關係、環境範疇和整體生活品質的相關性，以皮爾森相關係數來作為呈現。

#### 壹、 思覺失調症者症狀嚴重度與生活品質的相關

研究結果顯示症狀嚴重度與整體生活品質達顯著負相關( $r = -0.54, p < 0.01$ )，強度為中度相關。症狀嚴重度與生理範疇達到顯著負相關( $r = -0.48, p < 0.01$ )，強度為中度相關；與心理範疇達到顯著負相關( $r = -0.41, p < 0.05$ )，強度為中度相關；與社會關係範疇達到顯著負相關( $r = -0.48, p < 0.01$ )，強度為中度相關；與環境範疇達到顯著負相關( $r = -0.45, p < 0.01$ )，強度為中度相關。

#### 貳、 思覺失調症者各主要症狀向度與生活品質的相關

在各主要症狀向度方面，在幻覺的部分，只與整體生活品質

達到顯著負相關，強度為低度相關( $r = -0.34, p < 0.05$ )。在妄想部分，與社會關係以及環境範疇達到顯著負相關，與社會關係範疇的強度為低度相關( $r = -0.40, p < 0.05$ )，與環境範疇的強度為中度相關( $r = -0.43, p < 0.05$ )；在解構語言部分，與生理範疇達到顯著負相關，強度為低度相關( $r = -0.37, p < 0.05$ )，並與整體生活品質達到顯著負相關，強度為低度相關( $r = -0.34, p < 0.05$ )；在異常動作範疇部分，與生理範疇、心理範疇以及社會關係範疇達到顯著負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.42, p < 0.05$ )，與心理範疇的強度為低度相關( $r = -0.40, p < 0.05$ )，與社會關係範疇的強度為中度相關( $r = -0.51, p < 0.01$ )，並與整體生活品質達到顯著負相關，強度為低度相關( $r = -0.42, p < 0.05$ )，此症狀向度只與環境範疇無顯著相關；在負性症狀部分，此症狀向度未與四個生活品質範疇以及整體生活品質有顯著的相關；在認知減損部分，與四個生活品質範疇皆有顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.49, p < 0.01$ )，與心理範疇的強度為中度相關( $r = -0.47, p < 0.01$ )，與社會關係範疇的強度為低度相關( $r = -0.40, p < 0.05$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.34, p < 0.05$ )，並與整理生活品質達到顯著負相關，強度為中度相關( $r = -0.47, p < 0.01$ )；在憂鬱部分，只與生理範疇達到顯著負相關，強度為低度相關( $r = -0.36,$

$p < 0.05$ )；在躁症部分，此症狀向度與四個生活品質範疇以及整體生活品質皆無顯著的相關。

表 4-9 思覺失調症者症狀嚴重度與生活品質之相關

症狀向度	生活品質				
	生理範疇	心理範疇	社會關係範疇	環境範疇	整體生活品質
I 幻覺	-0.02	-0.13	-0.15	-0.18	-0.34*
II 妄想	-0.30	-0.32	-0.40*	-0.43*	-0.28
III 解構語言	-0.37*	-0.33	-0.26	-0.08	-0.34*
IV 異常動作	-0.42*	-0.34*	-0.51**	-0.33	-0.42*
V 負性症狀	-0.23	-0.07	-0.26	-0.19	-0.27
VI 認知減損	-0.49**	-0.47**	-0.40*	-0.34*	-0.47**
VII 憂鬱	-0.36*	-0.20	-0.24	-0.32	-0.23
VIII 躁症	-0.29	-0.18	-0.09	-0.32	-0.32
症狀嚴重度	-0.48**	-0.41*	-0.48**	-0.45**	-0.54**

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

### 第三節 思覺失調症者之失能程度與生活品質的相關

本節探討思覺失調症者的失能程度和生活品質的相關性，以回應研究問題「思覺失調症者之失能程度與生活品質的相關為何？」，其中失能程度將分為「表現」以及「生活情境下的能力」兩部分來作為討論。表 4-6 為精思覺失調症者的失能程度與整體生活品質以及四個生活品質範疇的相關性，以皮爾森相關係數來作為呈現。

#### 壹、 整體失能程度與生活品質的相關

在「表現」的整體失能程度與生活品質的部分，與整體生活品質達到顯著的負相關，強度為低度相關( $r = -0.36, p < 0.05$ )，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.64, p < 0.01$ )，與環境範疇的強度為中度相關( $r = -0.57, p < 0.01$ )。

在「生活情境下的能力」的整體失能程度與生活品質的部分，與整體生活品質達到顯著的負相關，強度為低度相關( $r = -0.34, p < 0.05$ )，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.63, p < 0.01$ )，與環境範疇的強度為中度相關( $r = -0.59, p < 0.01$ )。

#### 貳、 各失能領域與生活品質的相關

在「表現」中各失能領域與生活品質的方面，在認知領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.48, p < 0.01$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.40, p < 0.05$ )，並與整體生活品質達到顯著的負相關，強度為低度相關( $r = -0.39, p < 0.05$ )；在四處走動領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為低度相關( $r = -0.38, p < 0.05$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.37, p < 0.05$ )；在生活自理領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.41, p < 0.05$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.39, p < 0.05$ )；與他人相處領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.53, p < 0.01$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.39, p < 0.05$ )；在居家活動部分，只與生理範疇達到顯著負相關( $r = -0.34, p < 0.05$ )；工作與學習領域部分，與四個生活品質範疇以及整體生活品質皆無顯著的相關；在社會參與領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.60, p < 0.01$ )，與環境範疇的強度為中度相關( $r = -0.66, p < 0.01$ )。

在「生活情境下的能力」中各失能領域與生活品質的方面，在認知領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理

範疇的強度為中度相關( $r = -0.45, p < 0.01$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.40, p < 0.05$ )，並與整體生活品質達到顯著的負相關，強度為低度相關( $r = -0.34, p < 0.05$ )；在四處走動領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為低度相關( $r = -0.37, p < 0.05$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.36, p < 0.05$ )；在生活自理領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.37, p < 0.05$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.39, p < 0.05$ )；與他人相處領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.52, p < 0.01$ )，與環境範疇的強度為低度相關( $r = -0.40, p < 0.05$ )；在居家活動領域部分，與四個生活品質範疇以及整體生活品質皆無顯著的相關；在工作與學習領域部分，只與環境範疇達到顯著的負相關，強度為低度相關( $r = -0.37, p < 0.05$ )；在社會參與領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關( $r = -0.60, p < 0.01$ )，與環境範疇的強度為中度相關( $r = -0.66, p < 0.01$ )。

表 4- 10 思覺失調症者失能程度與生活品質之相關

失能領域		生活品質					
		生理 範疇	心理 範疇	社會關係 範疇	環境 範疇	整體 生活品質	
領域 1	認知	表現	-0.48**	-0.28	-0.03	-0.40*	-0.39*
		生活情境的能力	-0.45**	-0.27	-0.06	-0.40*	-0.34*
領域 2	四處走動	表現	-0.38*	-0.18	-0.05	-0.37*	-0.18
		生活情境的能力	-0.37*	-0.15	-0.03	-0.36*	-0.16
領域 3	生活自理	表現	-0.41*	0.02	-0.02	-0.39*	-0.18
		生活情境的能力	-0.37*	0.03	-0.04	-0.39*	-0.21
領域 4	與他人 相處	表現	-0.53**	-0.28	-0.13	-0.39*	-0.18
		生活情境的能力	-0.52**	-0.28	-0.13	-0.40*	-0.18
領域 5-1	居家活動	表現	-0.34*	-0.19	-0.02	-0.13	-0.14
		生活情境的能力	-0.26	0.07	0.02	-0.07	-0.09
領域 5-2	工作 與學習	表現	-0.26	-0.05	-0.03	-0.33	-0.28
		生活情境的能力	-0.28	-0.07	-0.04	-0.37*	-0.29
領域 6	社會參與	表現	-0.60**	-0.26	-0.32	-0.66**	-0.30
		生活情境的能力	-0.60**	-0.30	-0.34*	-0.66**	-0.27
整體失能程度		表現	-0.64**	-0.28	-0.14	-0.57**	-0.36*
		生活情境的能力	-0.63**	-0.27	-0.14	-0.59**	-0.34*

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$



## 第五章 討論與建議

思覺失調症者之生活品質為復健成效的重要指標，而影響思覺失調症者生活品質的因素相當廣泛。思覺失調症為慢性化的精神疾病，其受精神症狀影響，個人差異明顯。另外，此疾病影響思覺失調症者之功能表現，使個人功能有退化之情形。為了讓思覺失調症者有最佳的復健以及介入，使其有較好的生活品質，本研究以「精神症狀嚴重度」與「失能程度」來作為關注之焦點，並探討其與生活品質之相關。

本章將針對第四章之研究結果進行彙整並參酌相關文獻進一步分析與結論。本章共五節，分別就「思覺失調症者精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質現況討論」、「思覺失調症之精神症狀嚴重度與生活品質的相關討論」、「思覺失調症之失能程度與生活品質的相關討論」、「研究之臨床應用」及「研究限制及建議」來作呈現。

## 第一節 思覺失調症者之精神症狀嚴重度、

### 失能程度與生活品質討論

本研究結果顯示思覺失調症者症狀表現中以「認知減損」最嚴重，其次為「妄想」，再者為「幻覺」和「負性症狀」，以「躁症」影響最不嚴重。在失能程度方面，思覺失調症者的「表現」以及「生活情境下的能力」並無明顯差異，整體失能平均為 33.68，而在各失能領域部分，以「工作與學習」領域失能程度最高，其次為社會參與及居家活動，以「生活自理」領域失能程度為最低。在「表現」失能程度需要環境因素的協助程度，以「工作與學習」領域的協助程度為最高，「與他人相處」領域的協助程度為最低。思覺失調症者對於整體的生活品質滿意度為中等程度的滿意（平均數=3.03，標準差=0.95），對於生理範疇的滿意度為最高，其次為環境範疇，再者為社會關係範疇，對於心理範疇的滿意度為最低。以下針對上述結果予以探討：

#### 壹、 思覺失調症者之精神症狀嚴重度討論

本研究以 DSM-5 的精神病症狀嚴重度臨床評分表來作為評估精神症狀，結果顯示思覺失調症者症狀表現中以「認知減損」最嚴重，其次為「妄想」，再者為「幻覺」和「負性症狀」，以「躁症」嚴重度最小（如表 4-1）。就目前所知僅有 Ritsner、Mar、

Arbitman 與 Grinshpoon(2013)的研究以此作為思覺失調症者精神症狀嚴重度之評估工具，其研究結果顯示對於思覺失調症者精神症狀來說，以「妄想」最為嚴重，其次為「負性症狀」，「憂鬱」、「躁症」和「認知」症狀嚴重度最小。與本研究的差別，可能在於該研究思覺失調症者的收案來源 72%來自於急性病房住院病人，其症狀表現以正性症狀較為嚴重，而本研究個案來源多來自於精神科日間照護中心，以慢性思覺失調症者為主，以認知的退化較為明顯。若以其他精神症狀評估工具結果來作為比較，Tomida 等人(2010)和 Zhang 等人(2014)的研究均以正性與負性症狀評量表(PANSS)作為評估思覺失調症者的精神症狀，只強調正性症狀和負性症狀的表現。對於思覺失調症者精神症狀評估，PANSS 及其他類似精神症狀工具未能評估到其它精神症狀之向度，如認知功能，故 DSM-5 中的精神病症狀嚴重度臨床評分表或許可提供臨床專業人員作為全面性評估思覺失調症者精神症狀嚴重度之評估工具。

## 貳、 思覺失調症者之失能程度討論

依據本研究結果顯示，思覺失調症者的「表現」以及「生活情境下的能力」失能程度並無明顯差異（如表 4-2），故本研究之失能程度之後均以「表現」之失能程度來作為主要的討論。「表

現」及「生活情境下的能力」的差異為台灣身心障礙功能鑑定所發展的嶄新觀點，目前此部分的研究仍少，但與其他身心障礙障別比較，如生理障礙疾病者（中風、脊髓損傷等），後者在環境因素的協助下，其表現遠比生活情境下的能力好，且達到明顯的差異，不僅在整體失能程度的表現上，特別在「四處走動」以及「生活自理」領域差異更大(Chang et al., 2014)。

本研究中，根據 FUNDES7.1 的評估，思覺失調症者的整體失能程度平均為 33.68，與台灣 2012 年 9 月到 2013 年 8 月之間的身心障礙鑑定功能系統資料庫比較，其 24,602 位思覺失調症者的整體失能程度為 36.04(Chi et al., 2014)，顯示本研究的思覺失調症樣本之失能程度與目前在台灣領有身心障礙證明之思覺失調症者相當。而與其他使用 WHODAS 2.0 作為思覺失調症者失能程度評估工具之研究比較，van der Plas、Hoek、van Hoeken、Valencia 與 van Hermert(2012)在荷蘭其平均失能程度為 21.5，Adegbaju、Olagunju 與 Uwakwe(2013)在西非奈及利亞其平均為 27.016，Zhang 等人(2014)在中國四川省其失能程度平均為 61.6，前兩篇研究之失能程度相似於本研究之結果，而中國之研究其失能程度明顯高於本研究之結果。本研究收案主要來源為精神科日間照護中心，大多穩定參與復健治療及訓練，而 Zhang 等人(2014)之收

案樣本來自於門診的思覺失調症者，且其樣本 31% 是具有嚴重生理疾病（如癲癇、高血壓等），本研究之收案樣本皆排除嚴重生理疾病者，而此部分也可能影響其失能程度。荷蘭研究之失能程度為最低的，有二種可能之因素，一是該樣本收案來源全部來自於社區，非住院思覺失調症者；二是該研究未將「居家活動」以及「工作與學習」領域之失能程度列入考量，故與本研究相比可能會有低估的情形。

在思覺失調症者各失能領域部分，本研究顯示以「工作與學習」領域失能程度最高(74.90)，其次為社會參與(35.68)及居家活動(34.00)，以「生活自理」領域失能程度為最低(6.79)。上述結果與台灣 2012 年 9 月到 2013 年 8 月之間的身心障礙失能鑑定系統的資料庫相似，該研究中思覺失調症者其失能程度以「工作與學習」領域的失能程度為最高(72.50)，其次為與他人相處(42.85)及居家活動(36.67)，以「生活自理」領域失能程度為最低(9.99) (Chi et al., 2014)。與國外研究比較，van der Plas、Hoek、van Hoeken、Valencia 與 van Hemert(2012)的研究中，其樣本多來自於社區生活的思覺失調症者，大部分皆為失業，且居家活動領域的題項內容不符合部分無家可歸的思覺失調症者，故將領域五「居家活動」以及「工作與學習」領域排除，該研究顯示思覺失調症者在「社

會參與」及「與他人相處」領域的失能程度是較高的，以「生活自理」領域的失能程度為最低。在 Adegbaju、Olagunju 與 Uwakwe(2013)以及 Guilera 等人(2012)的研究中思覺失調症者以「與他人相處」領域的失能程度為最高，其次為「居家活動」及「社會參與」領域，以「生活自理」領域的失能程度為最低。Tarek、Dielle 與 Benoit(2014)提到在社區中生活的思覺失調症者，與需要在機構住院或是年紀較大的思覺失調症者比較，有比較好的生活自理能力，且思覺失調症者沒有其他生理疾病影響行動能力者，也有比較好的生活自理能力，此結果也與本研究的樣本特性相符。大多數的思覺失調症者為青壯年、多獨立生活在社區中且無其他生理疾病影響行動能力，但思覺失調症者在需要與他人或是與環境互動時，其執行日常生活中的社交活動時感到有明顯困難，如與朋友維持關係或是參加社區活動等活動，Ritsner、Arbitman、Lisker 與 Ponizovsky(2012)因此強調社會支持因素對於思覺失調症者功能維持的重要性。在「工作與學習」領域中，很令人驚訝的是，多數 WHODAS 2.0 研究未討論此領域，但對於思覺失調症者來說「工作與學習」為重要的生活領域，許多研究也提到因疾病導致參與學習或是就業的困難，強調「工作與學習」對於思覺失調症者的重要性 (Bryson, Lysaker, & Bell, 2002；Wu, 2008；

Huang, Kao, Hsu, & Yu, 2011), 本研究也呼應此發現, 未來該有更多的研究探討此被忽略的領域。

本研究中環境因素對於思覺失調症者之協助情形中 (如表 4-3), 除「工作與學習」領域, 在其它失能領域中, 以「他人協助」的比例較高, 尤其在「認知」領域佔 17.1%, 如在「記得重要事情」、「分析並解決問題」或是「學習新的事物」上, 思覺失調症者常需要家人或是專業工作人員之協助或提醒。而在「工作與學習」領域中, 除需要職場同事或是主管的協助以外, 輔具對於思覺失調症者在職場的協助的比例雖較低, 但為重要之協助工具, 如需要工作流程表的協助或是指示牌的提醒。而在「與他人相處」領域其失能程度僅次於「工作學習」、「社會參與」以及「居家活動」領域, 其需要環境因素的協助程度為最低, 而思覺失調症者人際互動受其疾病之影響, 如何以環境因素其人際互動相關功能表現 (包括與他人相處、社會參與), 仍有待未來更進一步探討。整體而言, 在此次研究結果中, 思覺失調症者在環境因素 (包括輔具及他人協助) 的協助下, 其功能表現雖然沒有顯著差異, 但思覺失調症者仍需要環境因素之協助及介入, 來協助改善其功能表現, 故建議未來之研究可再針對此議題再做深入討論。

#### 參、 思覺失調症者之生活品質討論

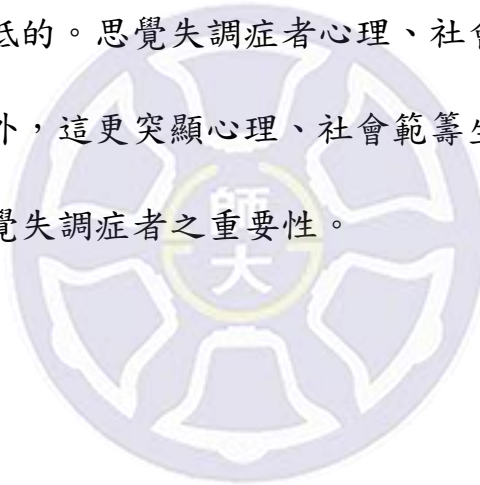
本研究結果顯示思覺失調症者對於整體的生活品質滿意度為中等程度的滿意（平均數=3.03，標準差=0.95）（如表 4-4）。根據台灣簡明版世界衛生組織生活品質量表(WHOQOL-BREF)，台灣精神疾病患者（包括思覺失調症、精神官能症等）的常模為不好到中等程度的滿意（平均數=2.83，標準差=0.58）（姚開屏，2005）。本研究個案對於整體的生活品質滿意度略高於台灣精神疾病患者之常模，但本研究對於「整體來說，您如何評價您的生活品質」此問題，其回答的最小值為 1 分（極不好），最大值為 5 分（極好），研究樣本間差異大，故標準差也略高於該常模之數值。但整體來說，本研究的思覺失調症者對於生活品質的滿意度是相似於台灣精神疾病患者。

在生活品質的四大範疇部分，思覺失調症者對於生理範疇的滿意度為最高，其次環境範疇，再者社會關係範疇，對於心理範疇的滿意度為最低。以台灣的研究來說，Su、Ng、Yang 與 Lin(2014)以 SF-36 與 WHOQOL-BREF 探討有關於思覺失調症者生活品質信效度研究，其結果發現 WHOQOL-BREF 的信效度較為穩定，且 5 點量表計分方式較容易理解，較適合作為思覺失調症者的生活品質評估工具，而該結果與本研究相似，思覺失調症者對於生理範疇的滿意度為最高，而心理、社會關係及環境範疇彼此並無

明顯差異。但 Huang、Kao、Hsu 與 Yu(2011)的研究則為環境範疇的滿意度為最高，其次才為生理範疇，對於社會關係範疇的滿意度為最低。與國外的研究相比，在南韓和西班牙的研究同樣以 WHOQOL-BREF 作為生活品質評估工具，結果發現生理範疇的滿意度為最高，其次為環境範疇，對於社會關係範疇的滿意度為最低(Kim et al., 2010; Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito, & Lalucat-Jo, 2011)。整體而言，思覺失調症者對於生理及環境範疇之生活品質滿意度會高於心理及社會關係範疇。

生理範疇部分，多與生活中的體力、睡眠、日常生活能力、醫療狀況與工作能力有關，而在本研究中，除工作能力低於中等程度滿意外，思覺失調症者對於上述皆有中等程度的滿意。在環境範疇部分，多與安全感、環境、經濟、生活資訊、休閒、住所、醫療服務、交通以及食物有關，在本研究中，除了「在日常生活中，您感到安全嗎？」以及「您有足夠的金錢應付所需嗎？」滿意度低於中等程度滿意外，思覺失調症者對於上述皆有中等程度的滿意，尤其在「您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？」滿意度更接近於滿意的程度，有可能與本次收案為精神科日間照護中心或是穩定在門診追蹤的思覺失調症者，其醫療可及性較方便有

關。心理範疇部分，多與個人對生活的享受、生命意義、自我外表、對個人的滿意以及負面感受有關，除了「你覺得自己的生活有意義嗎？」以及「你能接受自己的外表嗎？」的滿意度為中等程度滿意，其他項目皆低於中等程度滿意，顯示在心理範疇部分的滿意度較低。社會範疇部分，多與個人人際關係、社會支持、性生活以及自尊有關，而在本研究中除了社會支持達到中等程度的滿意，其他項目皆是低於中等程度滿意，顯示在社會關係範疇的滿意度是較低的。思覺失調症者心理、社會範疇滿意度低，此結果不令人意外，這更突顯心理、社會範疇生活品質滿意度及相關支持對於思覺失調症者之重要性。



## 第二節 思覺失調症者精神症狀嚴重度

### 和生活品質的相關討論

本研究顯示思覺失調症者症狀嚴重度與整體生活品質達顯著負相關，並與生理、心理、社會關係以及環境範疇達到負相關。在各主要症狀向度方面，幻覺與整體生活品質達到顯著負相關；妄想與社會關係以及環境範疇達到顯著負相關；解構語言與整體生活品質以及生理範疇達到顯著負相關；在異常動作範疇部分，與生理範疇、心理範疇以及社會關係範疇達到顯著負相關，並與整體生活品質達到顯著負相關；在負性症狀部分，此症狀向度未與四個生活品質範疇以及整體生活品質有顯著的相關；在認知減損部分，與四個生活品質範疇皆有顯著的負相關，與生理範疇的強度為中度相關，並與整體生活品質達到顯著負相關；在憂鬱部分，只與生理範疇達到顯著負相關；在躁症部分，此症狀向度與四個生活品質範疇以及整體生活品質皆無顯著的相關。以下針對上述結果予以探討：

#### 壹、 思覺失調症者症狀整體嚴重度與生活品質的相關討論

本研究以 DSM-5 的精神病症狀嚴重度臨床評分表作為了解思覺失調症者症狀之評估工具，研究結果發現本研究顯示思覺失調症者症狀嚴重度與整體生活品質達顯著負相關，並與生理、心

理、社會關係以及環境範疇達到負相關（如表 4-5）。根據目前所知，本研究為首次以 DSM-5 精神病症狀嚴重度臨床評分表及 WHOQOL-BREF 探討思覺失調症者精神症狀和生活品質，Ritsner、Mar、Arbitman 與 Grinshpoon(2013)以探討 DSM-5 精神病症狀嚴重度臨床評分表之信效度為重點，以 PANSS 作為診斷工具效度 (diagnostic validity)，但未提到精神症狀與生活品質的相關性，故以下以 PANSS 作為精神症狀評估工具來探討其與生活品質的相關性。Savilla、Kettler 與 Galletly(2008)的研究中發現整體症狀越嚴重，思覺失調症者的生活品質越差。Karadayı、Emiroğlu 與 Üçok(2011)也提到思覺失調症者的症狀改善與否，是會影響其生活品質的表現，且是有顯著的負相關的。以上兩篇研究與本研究結果一致。目前在精神症狀與生活品質的相關研究中，其症狀與生活品質的相關性仍有眾多看法，尤其在正性症狀與負性症狀的討論中頗有分歧。Brissos、Balanza-Martinez、Dias、Carita 與 Figueira(2011)分別以 PANSS 和 WHOQOL-BREF 作為精神症狀及生活品質之評估工具，探討在社區生活的思覺失調症者生活品質研究中，發現整體症狀的嚴重度與生活品質有中度相關，但若細分各症狀與生活品質的相關性，發現正性症狀與生活品質沒有顯著的相關。但在 Savilla、Kettler 與 Galletly(2008)的研究結果則認

為負性症狀與正性症狀與生活品質均有顯著的相關，但在負性症狀的相關性較為顯著。以上研究顯示目前臨床研究較多使用的 PANSS 其所評估的重點為正性症狀及負性症狀，可能需要搭配其他精神症狀評估作為使用，如使用 Calgary Depression Scale for Schizophrenia(CDSS)來作為憂鬱症狀的評估(Dan, Kumar, Avasthi, & Grover, 2011)，而這也再次顯示 DSM-5 中強調全面性的評估精神症狀的重要性，除了個人症狀嚴重度以外，也可同時了解各分面向症狀的嚴重度，未來應可以 DSM-5 精神病症狀嚴重度臨床評分表進行更多探討。

## 貳、 思覺失調症者各主要症狀向度與生活品質的相關討論

本研究發現幻覺、解構語言、異常動作、認知減損等症狀分別與整體生活品質達顯著的負相關。以下會再針對個別症狀向度對生活品質各範疇之相關來作探討。

本研究發現妄想與社會關係以及環境範疇達到顯著負相關；解構語言與生理範疇達到顯著負相關；在異常動作部分，與生理範疇、心理範疇以及社會關係範疇達到顯著負相關。以上所提之症狀多歸類在正性症狀其中(邱南英, 2007)，故以下會將幻覺、妄想、解構語言與異常動作精神以「正性症狀」來作為討論。Dan、Kumar、Avasthi 與 Grover(2011)以 PANSS 作為精神症狀的評估工

具也與本研究有相同的發現，其結果也顯示正性症狀與負性症狀相比更能預測思覺失調症者的生活品質。

在負性症狀部分，本研究發現負性症狀與四個生活品質範疇以及整體生活品質沒有顯著的相關。Kurtz、Bronfeld 與 Rose(2012)的研究顯示生活品質與負性症狀沒有相關，認為認知功能是生活品質重要預測因子，此與本研究結果類似。但多數研究認為負性症狀是會影響思覺失調症者的生活品質，尤其是在動機缺損以及情感表達缺損方面(Chugh, Rehan, Unni, & Sah, 2013；Rocca, Montemagni, Zappia, Pitera, Sigauda, & Bogetto, 2014)。如前段所述，目前關於正性症狀與負性症狀對於生活品質的相關性探討中，其研究結果仍較分歧，本研究結果雖顯示正性症狀對於思覺失調症者的生活品質是有顯著相關，但仍不能忽略負性症狀對其之影響。

本研究發現認知減損部分與四個生活品質範疇皆有顯著的負相關，顯示認知功能越差的思覺失調症者，其生活品質越差。大部份的研究中也發現認知功能缺損越嚴重，思覺失調症者的生活品質有越差的現象(Alptekin et al., 2005；Savilla, Kettler, & Galletly, 2008)。而本研究更發現認知功能的缺損，除了整體生活品質的影響，在日常生活中的各生活品質範疇皆有影響。此部分會在第三

節「思覺失調症者失能程度與生活品質的相關討論」中作更深入的探討。

在憂鬱部分，只與生理範疇達到顯著負相關，顯示憂鬱症狀越明顯的思覺失調症者，其在生理相關範疇生活品質越差。Dan、Kumar、Avasthi 與 Grover(2011)的研究中，以 PANSS、Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia(CDSS)和 Lehman's Quality of Life Interview(QOLI)簡明版作為精神症狀、憂鬱症狀和生活品質的評估工具，其結果發現 CDSS 的總分與生活品質並無顯著的相關性，此與本研究結果是類似的。但是 Karadayı、Emiroğlu 與 Üçok(2011)以同樣的評估工具卻發現憂鬱症狀越明顯的思覺失調症者，其生活品質越差。但前述研究使用 QOLI，該工具未能了解生活品質各分項之滿意度。但由 WHOQOL-BREF 生理範疇題項來看，多與疼痛、活力、睡眠、移動能力、日常生活活動、對藥物及醫療的依賴以及工作能力等有關，顯示思覺失調症者之憂鬱症狀對於上述內容可能較有相關。在躁症部分，此症狀向度與四個生活品質範疇以及整體生活品質皆無顯著的相關。過去相關研究較少提到躁症對於思覺失調症者的影響，本研究中 65% 以上的思覺失調症者有不明確之躁症症狀表現(偶爾高昂、澎湃或易怒的情緒或有點煩躁不安)，雖躁症對於思覺失調

症者之生活品質沒有顯著的相關，但躁症症狀對於思覺失調症者的評估可能也是不宜輕忽的。



### 第三節 思覺失調症者失能程度和

#### 生活品質的相關討論

本研究結果顯示「表現」以及「生活情境下的能力」的整體失能程度與整體生活品質達到顯著的負相關，並與生理及環境範疇達到顯著的負相關。在各失能領域中，認知領域與整體生活品質，以及與生理、環境範疇達到顯著的負相關；四處走動領域、生活自理以及與他人相處等均與生理及環境範疇達到顯著的負相關；在居家活動領域部分，與四個生活品質範疇以及整體生活品質皆無顯著的相關；在工作與學習領域部分，只與環境範疇達到顯著的負相關；在社會參與領域部分，與生理及環境範疇達到顯著的負相關。以下針對上述結果予以探討：

#### 壹、 思覺失調症者整體失能程度與生活品質的相關討論

本研究以 FUNDES 7.1 與 WHOQOL-BREF 分別測得失能程度與生活品質，結果顯示思覺失調症者之失能程度越高，其生活品質越差（如表 4-6），Chopra、Couper 與 Herrman(2004)的研究中以 WHODAS 2.0 和 WHOQOL-BREF 作為評估失能程度和生活品質，其研究結果也與本研究類似。相似的研究結果也出現在 Rocca、Montemagni、Zappia、Pitera、Sigaud 與 Bogetto(2014)以生活品

質量表(Quality of Life Scale, 簡稱 QLS)和個人及社會表現量表(Personal and Social Performance Scale, 簡稱 PSP)作為探討思覺失調症者在社區生活中的功能表現的研究中,發現思覺失調症者之個人功能表現越好,其生活品質越好。但在 Huang、Kao、Hsu 與 Yu(2011)以 GAF 與 WHOQOL-BREF 探討思覺失調症者生活品質的研究中,發現功能表現與生活品質並沒有顯著的相關,可能原因為 WHODAS 2.0 以及 FUNDES 7.1 均為個人主觀覺得自己功能表現在日常生活中的困難程度,但 GAF 為臨床工作人員客觀評估個人功能的評估工具,且其題目部分內容包含對於症狀的評估,故與日常生活功能所表現之失能程度有所差異。WHODAS 2.0 以及 FUNDES 7.1 主要是以 ICF 架構的「活動與參與」所設計的失能評估工具,避免因為診斷或是疾病症狀而忽略生活功能的失能表現,而更強調環境因素對於造成功能表現失能的影響,尤其 FUNDES 7.1 更強調環境因素對於「表現」及「生活情境下的能力」的差異(Guilera et al., 2012; 廖華芳等人, 2013)。Chopra、Couper 與 Herrman(2004)的研究中提到 WHODAS 2.0 作為思覺失調症者失能的評估工具,呈現個人對於日常生活功能困難程度的表現,而 WHOQOL-BREF 可再針對個人對於生活滿意度感受反映實際生活的感受,WHODAS 2.0 和 WHOQOL-BREF 兩者相關,

但可呈現個案之不同面向的評估。以本研究在 WHOQOL-BREF 中「整體來說，您如何評價您的生活品質？」題目來說，某個案回答「極不好」，也就是最不滿意目前的生活品質狀況，其整體失能程度表現為 21.59，也低於本研究失能程度之平均分數，顯示其失能程度比一般平均輕微，但個人自評自評生活滿意度極差。WHODAS 2.0 以及 WHOQOL-BREF 皆為主觀評估個人的失能程度以及生活品質的評估工具，而這些主觀的感受對於思覺失調症者的復健成效也是重要的指標(Lepage, Bodnar, & Bowie, 2014)，後續研究或是臨床介入上，仍需要注意功能表現與生活品質滿意度的相關探討。

## 貳、 各失能領域的失能程度與生活品質的相關討論

本研究結果發現認知領域與整體生活品質達到顯著的負相關，認知領域失能程度也與生活品質的生理、環境範疇達到顯著的負相關（表 4-6），而在上一節中「思覺失調症者精神症狀和生活品質的相關討論」中，「認知減損」精神症狀向度與整體生活品質及四個生活品質範疇皆達到顯著負相關，其有部分不同的研究結果發現。精神症狀嚴重度臨床評分表所指的「認知減損」為與該年齡或是社經程度相比之退化程度，FUNDES 7.1 所指之「認知」失能領域與專注力、記憶力、問題解決能力、學習、溝通理解能

力有關，兩者所討論之認知功能雖有部分重覆之領域，但為不同之向度。另外一方面，精神症狀嚴重度為臨床工作人員所評估，而失能程度為思覺失調症者主觀之感受，此也可能造成此研究結果不同之原因。思覺失調症者因疾病所造成的認知缺損可以預測日常生活功能上的執行以及活動的參與，在穩定的門診個案的門診個案中，語文記憶能力(verbal memory ability)是獨立生活重要預測因子(Lepage, Bodnar, & Bowie, 2014)。FUNDES 7.1 在認知功能領域中語言理解及記憶力也為重要之評估內容，此對於思覺失調症者的評估中為重要的一環。而認知功能的改善，同時也會增進思覺失調症者的生活品質(Kurtz, Bronfeld, & Rose, 2012)。

而在「四處走動」以及「生活自理」領域部分，本研究發現與生理及環境範疇的生活品質滿意度達到顯著的負相關，顯示思覺失調症者在此二領域失能程度越高，生理及環境的生活滿意度越低。但在居家活動領域部分，與四個生活品質範疇以及整體生活品質皆無顯著的相關。FUNDES 7.1 所描述之「四處走動」以及「生活自理」領域與基本日常生活功能(basic activities of daily life, 簡稱 BADLs)有關，如轉位、盥洗、進食、穿脫衣物等，而在「居家活動」與工具型日常生活功能(instrumental activities of daily life, 簡稱 IADLs)有關，如照顧家人、金錢管理等。Rajji、

Miranda 與 Mulsant(2014)提到認知功能越差的思覺失調症者，越難在社區獨立生活，本研究樣本大部份獨立生活在獨立生活在社區生活，且可自行到日間病房參與活動，顯示其具備基本日常生活功能。本研究樣本在「生活自理」領域失能程度為 0（表示執行此領域之活動為無困難）佔 69%，而這也與 Guilera 等人(2012)有關於思覺失調症者的研究有相似的發現，「四處走動」與「生活自理」領域失能程度為 0 佔 60%以上。

「居家活動」失能領域對整體生活品質以及其他生活品質皆無顯著關係，此為本研究較特別的研究發現，但過去的研究較少琢磨此領域。本研究之個案中，在此領域無失能者（評分為 0）有 37%，另外有 14%的個案在此失能領域評分為 100，顯示部分個案是在此領域的失能程度為高的，此現象可能影響居家活動領域與生活品質無顯著關係影響因素之一。Hsiao、Hsieh、Tseng、Chien 與 Chang(2012)研究在台灣社區生活的思覺失調症者生活品質，發現思覺失調症者在家中的角色多為被照顧者，依賴家人滿足個人的生活需求，89%的思覺失調症者需要家人提供每月生活開銷等，有家人提供每月生活開銷者，其生活品質顯著較佳，而此與國外社區生活之思覺失調症者需經濟自主性有極大的差異。另一方面，van der Plas、Hoek、van Hoeken、Valencia 與 van

Hermert(2012)在荷蘭研究中比較居無定所以及有住處的思覺失調症者之失能程度以及生活品質，發現居無定所的思覺失調症者在功能表現以及生活品質滿意度反而比有住處者佳，前者有比較高的自主權，可能是影響個人生活品質滿意度的重要因素。根據上述根據上述結果及荷蘭之研究之研究，實際上擁有金錢或較高的自主權，何者對於生活品質有更重要的之影響，有待未來更進一步探討。

在「與他人相處」和「社會參與」領域部分，其研究結果發現分別與生理及環境範疇生活滿意度達到顯著的負相關，但與社會範疇但與社會關係範疇生活滿意度無關，以下將「與他人相處」和「社會參與」合併作為人際互動功能討論。對於思覺失調症者來說，人際互動功能缺損，可能同時受疾病症狀以及社會環境因素影響，以下二個研究以 WHOQOL-BREF 評估思覺失調症之生活品質也有相似的研究結果，Maat、Fett 與 Derks(2012)發現思覺失調症者人際互動功能越差，其整體生活品質越差，Ho、Chiu、Lo 與 Yiu(2010)在香港的研究中發現社會支持系統越好，其整體生活品質越滿意，但上述兩者研究中皆未提及與其他生活品質範疇的相關性。本研究發現「與他人相處」和「社會參與」失能領域與社會關係範疇生活品質滿意度沒有顯著的相關，此與過去研

究類似。Huang、Kao、Hsu 與 Yu(2011)以 GAF 和 WHOQOL-BREF 探討思覺失調症者功能表現與生活品質相關的研究中，發現功能表現無論是好或差，他們在社會關係範疇的生活品質滿意度皆比其他範疇低，同時社會範疇相關的生活品質與人際互動功能無相關。

最後為工作與學習領域部分，研究結果發現思覺失調症者在學習或是工作領域上的失能程度越高，對於環境相關的生活滿意度越差。此與 Huang、Kao、Hsu 與 Yu(2011)的發現類似，該研究以 WHOQOL-BREF 來探討思覺失調症者的生活品質，其結果顯示就業狀態與心理和環境範疇有相關，也就是說就業中的思覺失調症者有比較好生活品質滿意度。Lepage、Bodnar 與 Bowie(2014)也提到生活品質的改善，也會增進思覺失調症者工作的表現。但另一方面，也有研究認為就業中的思覺失調症者，其生活品質滿意度較差，其原因可能是部分就業的思覺失調症者對就業感到有壓力(Mubarak, 2006；Wu, 2008)。過去的研究較多為探討有無就業與生活品質的關係，並未進一步探討思覺失調症者在工作或是學習領域中的困難程度，Üçok、Gorwood 與 Karadayı(2012)提到思覺失調者若工作表現的獨立程度越高，其生活品質越好。

WHODAS 2.0 以及 FUNDES 7.1 在評估工作與學習領域中可將個

人的失能程度量化，並能瞭解個人在工作場合是否需要環境因素協助，此為該評估工具獨特的地方。而從 WHOQOL-BREF 環境範疇題項來看，主要是與環境安全、財務資源、支持照護、物理環境、交通以及飲食等，上述部分多與資源取得和環境因素相關，而此部分也反映工作與學習領域上的失能，如失業無法獲得薪資報酬，對於個人在環境範疇相關生活品質的影響是明顯的。

由上述討論內容得知，思覺失調症者認知缺損對於生活品質之影響最為廣泛，本研究也發現多數的功能領域，如四處走動、生活自理、與他人相處以及社會參與等若有失能的情形，與生理及環境範疇之生活品質較有顯著的相關性，顯示思覺失調症者若在日常生活執行上遇到困難，其生理及環境相關的生活品質其影響較為明顯。工作與學習領域上只與環境範疇有相關，而居家生活是唯一與整體及各範疇生活品質無相關的功能領域。

## 第四節 研究之臨床運用

本節依據思覺失調症者之精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質之相關，所得之研究結果，提出臨床實務運用之建議。

### 壹、 全面性的精神症狀嚴重度評估

本研究以 DSM-5 的精神病症狀嚴重度評分表作為思覺失調症者精神症狀之評估，本研究結果則發現症狀表現中以認知缺損最為嚴重，其次為妄想，此也符合收案來源主要為精神科日間照護中心之個案。雖躁症症狀在本次研究為最不嚴重之症狀表現，但在本次研究仍有 65% 個案有不明確躁症症狀。以往思覺失調症者之研究多以正性症狀、負性症狀討論為主，目前有許多研究也強調憂鬱症狀對於對於思覺失調症者之影響，DSM-5 精神病症狀嚴重度評分表與 PANSS 或是其他評估工具相比，更可呈現思覺失調症者個人精神症狀之差異性，特別是在認知減損、憂鬱以及躁症等方面，更有助於臨床專業人員全面評估思覺失調症者之精神症狀表現。

### 貳、 失能程度與環境因素

本研究以 FUNDES 7.1 作為思覺失調症者失能程度之評估工具，研究發現思覺失調症者「工作與學習」領域失能程度最高，

其次為社會參與及與他人相處，以「生活自理」領域失能程度最低。FUNDES 7.1 可協助臨床專業人員瞭解個案的失能程度，同時也能評估各日常生活功能領域的功能表現。此評估工具也呈現思覺失調症者之特質，雖有基本的日常生活功能的能力，但在工作與學習以及人際互動的失能程度很明顯，臨床專業人員應注重此領域的功能評估和後續的復健計畫。

另一方面，研究結果發現思覺失調症者「表現」與「生活情境下的能力」各功能領域下失能程度皆無明顯的差異。在各失能領域中，以工作與學習領域的失能程度為最高，且需要環境因素協助的程度為最高，而在與他人相處領域方面，其失能程度僅次於工作與學習和社會參與領域，但其協助程度為最低。此次研究雖發現環境因素的協助對於思覺失調症者之功能表無明顯改善，但在現況分析中思覺失調症者在各失能領域中仍需要部分的環境協助（包括輔具及他人協助），因此臨床專業人員在評估思覺失調症者之失能程度時，除了瞭解各領域的功能以外，也需要評估有無適合的環境因素給予協助，使其功能表現達到最佳的表現。

#### 參、 生活品質滿意度的重要性

生活品質對於思覺失調症者為重要之議題，而其影響因素十

分廣泛，本研究以精神症狀以及失能程度作為討論，其結果有二個重要的結論，其一為思覺失調症者之精神症狀與生活品質具有顯著負相關，其二為為思覺失調症者之失能程度與生活品質有顯著的負相關。

思覺失調症者的精神症狀對於疾病的影響明顯，而其症狀表現個別差異明顯，對於慢性化的思覺失調症者來說，本研究發現整體症狀嚴重度與生活品質有顯著相關，但以個別症狀而言，正性症狀與認知減損對於整體生活品質滿意度相關較為顯著，對於慢性化的思覺失調症者其精神症狀的評估，除了協助臨床專業人員瞭解其症狀的變化，更重要的是精神症狀的改善可以增進思覺失調症者生活品質，此也可以作為一個臨床介入的指標。

另一方面，本研究發現思覺失調症者失能程度越差，其生活品質越差，FUNDES 7.1 可呈現個人對於日常生活功能困難程度的表現，WHOQOL-BREF 可對於個人生活滿意度反映實際生活的感受，兩者皆為主觀感受的評估工具，兩者具有相關性，但為不同的內涵，功能表現較佳的思覺失調症者，其生活品質滿意度未必好。整體而言，生活品質滿意度對於思覺失調症者雖是主觀的感受，但其可以作為個人對於自身復健過程感受的重要指標。FUNDES 7.1 可協助臨床專業人員瞭解個案的失能程度，

WHOQOL-BREF 可補充個案對自己生活品質滿意度的感受，而此之間的落差是臨床專業人員可能會可能會忽略之部分。DSM-5 目前建議功能評估由 GAF 改為 WHODAS 2.0，建議臨床專業人員未來應更重視此兩工具。



## 第五節 研究限制及建議

### 壹、 研究對象

本研究對象主要針對北部地區收案為主，收案人數為 35 人，樣本數可能影響統計資料之分析之顯著。此次收案對象大部分為精神科日間照護中心之個案，可能受限於某類型的思覺失調症者，若能在其他外縣市收案，其可能拓展研究對象所處地區性的廣度，能使樣本更具代表性，未來可多針對社區或是門診之個案收案，擴大樣本代表性。

此次收案未能針對思覺失調症者之發病年齡以及服藥狀況來作探討，而對於思覺失調症者來說，病程長短以及服藥狀況可能影響可能影響復健成效、功能以及生活品質，此亦為未來可再探討之部分。

### 貳、 研究工具

據本研究所知，目前台灣仍未有研究探討 DSM-5 精神病症狀嚴重度臨床評分表在思覺失調症者之信效度，故本研究精神症狀之評估其信效度仍有考量。但此工具強調全面性的評估症狀，對於思覺失調症者之精神症狀嚴重度評估是重要的，故建議未來研究除發展工具信效度以外，仍須強調全面性評估精神症狀嚴重度

的觀點。

WHODAS 2.0 與 WHOQOL-BREF 目前在思覺失調症者使用上皆有信效度之發展，顯示在思覺失調症者之應用是可行的，但此兩者皆為主觀性評估工具，建議未來之研究可再加入其他客觀性評估工具，如照顧者觀察或是臨床專業人員評估等。

#### 參、 研究變項

本研究此次人口學變項為控制變項，但在生活品質的文獻探討中，發現過去探討思覺失調症者生活品質之研究，對於性別、教育程度、婚姻關係、居住狀況等人口學變項皆有琢磨，後續研究可再對此深入探討。

由於本研究目的為探討思覺失調症者精神症狀嚴重度、失能程度與生活品質的相關性，其因素之間是否有交互作用影響較難排除、控制，為此次研究較不足之地方。

整體來說，影響思覺失調症者之生活品質相關因素相當廣泛，而生活品質又為個人主觀感受，若將生活品質視為復健後的重要指標，除了橫斷面的研究以外，縱貫面的後續追蹤研究可能為未來研究之重點。

#### 肆、 結語

根據此次文獻探討，此為第一篇以 FUNDES 7.1 和

WHOQOL-BREF 作為探討思覺失調症者失能程度和生活品質的研究，同時以 DSM-5 的精神病症狀嚴重度臨床評分表作為評估精神症狀嚴重度。

思覺失調症者之生活品質為重要的議題，而其影響因素十分廣泛，本研究以探討精神症狀與失能程度為主。思覺失調者由於疾病影響，造成各領域生活表現有不同的失能程度。故臨床專業人員在協助思覺失調症者的過程中，應該全面性評估精神症狀表現以及其失能程度，提供個別化的復健計劃，增進個人對於生活品質之滿意度，且亦可將之作為復健成效及指標。



## 參考文獻

### 一. 中文部分

- 王淑清、潘瓊琬、鍾麗英、熊秉荃(2011)。影響精神分裂症患者生活品質之因素-一年之追蹤研究。**護理暨照護健康研究**，7(1)，55-63。
- 行政院衛生福利部(2013)。身心障礙鑑定功能量表 7.0 操作手冊。
- 台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組(2000)。台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展簡介。**中華公共衛生雜誌**，19(4)，315-324。
- 余靜雲、鍾信心(2006)。精神分裂症患者精神症狀與生活壓力事件之探討。**精神衛生護理雜誌**，1(2)，37-44。
- 邱南英(2007)。**精神分裂症：問題導向**。台北：合記出版社。
- 身心障礙者權益保障法。(2013年6月4日)。
- 胡海國(2011)。**精神疾病的病因學**。載於李明濱(主編)，實用精神醫學(69-79頁)。台北市：國立台灣大學醫學院。
- 姚開屏(1998)。台灣簡明版世界衛生組織生活品質之發展及使用手冊。
- 姚開屏(2002)。台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展與應用。**台灣醫學**，6(3)，193-200。
- 許嘉純、姚開屏、胡海國、熊秉荃(2005)。臺灣版精神分裂症病人生活品質評量表：信度與效度之研究。**臺灣精神醫學**，19(1)，33-46。
- 曾秋蓉、邱政元、顏文娟、蘇惠珍、蕭秋月(2012)。社區復健中心之精神分裂症患者其污名感受、污名因應與生活品質相關因素之探討。**護理雜誌**，59(4)，62-70。
- 黃寶、吳佩霖、樊志成、梁忠詔(2012)。2010年新制身心障礙鑑定試辦結果花蓮縣資料分析：初步研究。**台灣復健醫誌**，40(2)，61-70。

- 廖華芳、嚴嘉楓、黃靄雯、劉燦宏、張本聖、吳亭芳、呂淑貞、紀炆宙、張光華 (2013)。身心障礙鑑定功能量表之運用。 *台灣醫學*，17(3)，317-331。
- 歐陽文貞(2013)。DSM-5 中思覺失調症診斷標準的改變。 *精神疾病診斷及統計手冊第五版通訊*。台北：台灣精神醫學會。
- 鄭若瑟、高家常(2005)。精神疾病患者生活品質及其測量。 *臺灣精神醫學*，19(3)，179-190。
- 鄭若瑟、歐陽文貞、李鳳墀(2006)。精神科病人生活品質量表之信效度。 *臺灣精神醫學*，20(1)，19-30
- 衛生福利部中央健康保險署(2012)。101 年度全民健康保險醫療統計年報。  
[http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic\\_P.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=4717&doc\\_no=43270](http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4717&doc_no=43270)
- 嚴嘉楓、廖華芳、劉燦宏、黃靄雯、吳亭芳、張本聖、...紀炆宙(2012)。臺灣身心障礙鑑定功能量表成人版之信效度。 *第二次 ICF 學術研討暨論文發表大會發表之論文*，衛生福利部雙和醫院。

## 二. 西文部分

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R. Brugha, T. S., Bryson, H., ...Vollebergh, W. A. M. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-46.
- Alpekin, K., Erkoç, Ş., Göğüş, A. K., Kültür, S., Mete, L., Üçok, A., & Yazıcı, K. M. (2005). Disability in schizophrenia: Clinical correlates and prediction over 1-year follow-up. *Psychiatry Research*, 29(2), 103-111. doi:

10.1016/j.psychres.2004.05.027

Anderson, R. L., & Lewis, D. A. (2000). Quality of life of person with severe mental illness living in an intermediate care facility. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 575-581.

Adegbaju, D. A., Olagunju, A. T., & Uwakwe, R. (2013). A comparative analysis of disability in individuals with bipolar affective disorder and schizophrenia in a sub-Saharan African mental health hospital: Towards evidence-guided rehabilitation intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1405-1415. doi: 10.1007/s00127-013-0654-6

Aki, H., Tomotake, M., Kaneda, Y., Iga, J., Kinouchi, S., Shibuya-Tayoshi, S., ...Ohmori, T. (2008). Subjective and objective quality of life, levels of life skills, and their clinical determinants in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 158(1), 19-25. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.017

Brissos, S., Balanza-Martinez, V., Dias, V. V., Carita, A. I., & Figueira, M. L. (2011). Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients in the community? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(7), 509-517. doi: 10.1007/s00406-011-0200-z

Blanchard, J. J., Horan, W. P. & Collins, L. M. (2005). Examining the latent structure of negative symptoms: Is there a distinct subtype of negative symptom schizophrenia? *Schizophrenia Research*, 77, 151-165.

Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 249-257.

Brissos, S., Molodynski, A., Dias, V. V., & Figueira, M. L. (2011). The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry*, 10, 1-7. doi: 10.1186/1744-859X-10-18

- Bowie, C. R., Reichenberg, A., Pattern, V. L., Heaton, R. K., & Harvey, P. D. (2006). Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity, symptoms. *American Journal of Psychiatry*, *163*(3), 418-425.
- Chi, W. C., Chang, K. H., Escorpizo, R., Yen, C. F., Liao, H. F., Chang, F. H., ... Liou, T. H. (2014). Measuring disability and its predicting factors in a large database in Taiwan using the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *International Journal of Environment Research and Public Health*, *11*(12), 12148-12161. doi: 10.3390/ijerph111212148
- Chopra, P. K., Couper, J. W., & Herrman, H. (2004). The assessment of patients with long-term psychotic disorders: application of the WHO Disability Assessment Schedule II. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*, 753-759.
- Chang, K. H., Lin, Y. N., Laio, H. F., Yen, C. F., Escorpizo, R., Yen, T. H., & Liou, T. H. (2014). Environmental effects on WHODAS 2.0 among patients with stroke with a focus on ICF category e120. *Quality of Life Research*, *23*(6), 1823-1831. doi: 10.1007/s11136-014-0624-9
- Chugh, P. K., Rehan, H. S., Unni, K. E., & Sah, R. K. (2013). Predictive value of symptoms for quality of life in first-episode schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, *67*(3), 153-158. doi: 10.3109/08039488.2012.687768
- Dan, A., Kumar, S., Avasthi, A., & Grover, S. (2011). A comparative study on quality of life of patients of schizophrenia with and without depression. *Psychiatry Research*, *189*(2), 185-189. doi: 10.1016/j.psychres.2011.02.017
- Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 766-771.
- Ertugrul, A., & Uluğ, B. (2004). Perception of stigma among patients with

- schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 73-77. doi: 10.1007/s00127-004-0697-9
- Falvo, D. R. (2013). Schizophrenia and other psychiatric conditions. In medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability (5th ed.), pp. 203-222. Boston: Jones and Bartlett.
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., Tremblay, J., Schmitz, N., & Caron, J. (2013). Predictors of quality of life in a longitudinal study of users with severe mental disorders. *Human and Quality of Life Outcomes*, 92(11), 1-12. doi: 10.1186/1477-7525-11-92
- Ferrans, C., & Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing and Health*, 15, 29-38.
- Fitzgerald, P. B., Williams, C. L., Corteling, N., Filla, S. L., Brewer, K., Adams, A., ...Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 387-392. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00254.x
- Guilera, G., Gómez-Benito, J., Pino, O., Rojo, J. E., Cuedta, M. J., Martínez-Arán, A., ...Rejas, J.(2012). Utility of World Health Organization Disability Assessment Schedule II in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 138(2), 240-247. doi: 10.1016/j.schres.2012.03.031
- Huang, R. R., Chen, Y. S., Chen, C. C., Chou, F. H., Su, S. F., Chen, M. C., . . . Chang, L. H. (2012). Quality of life and its associated factors among patients with two common types of chronic mental illness living in Kaohsiung City. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(6), 482-490. doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02380.x
- Hsieh, C. J., Chang, C.C., Chen, S.C., & Shilh, Y. W. (2013). Needs and quality of life of the patients with schizophrenia living in halfway houses. *Taiwanese Journal*

*of Psychiatry*, 27(4), 283-294.

Ho, W. N., Chiu, Y. L., Lo, T. L., & Yiu, G. C. (2010). Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: Structural equation modeling analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 71-84.

Hsiao, C. Y., Hsieh, M. H., Tseng, C. J., Chien, S. H., & Chang, C. C. (2012). Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: Relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15), 2367-2376. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04067.x

Huang, Y. M., Kao, C. Y., Hsu, J. H., & Yu, C. H. (2011). Analyses of the quality of life among patients with schizophrenia. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 25(3), 158-166.

Harvey, P. D., Sabbag, S., Prestia, D., Durand, D., Twamley, E. W., & Patterson, T.L. (2012). Functional milestones and clinician ratings of everyday functioning in people with schizophrenia: Overlap between milestones and specificity of ratings. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1546-1552. doi: 10.1016/j.psychires.2012.08.018

Kurtz, M. M., Bronfeld, M., & Rose, J. (2012). Cognitive and social cognitive predictors of change in objective versus subjective quality-of-life in rehabilitation for schizophrenia. *Psychiatry Research*, 200(2), 102-107. doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.025

Karadayı, G., Emiroğlu, B., & Üçok, A. (2011). Relationship of symptom remission with quality of life and functionality in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 701-707. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.11.012

Kujur, H. S., Kumar, R., & Verma, A. N. (2010). Differences in levels of disability

- and quality of life between genders in schizophrenia remission. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(1), 50-54. doi: 10.4103/0972-6748.77638
- Kim, E. J., Song, D. H., Kim, S. J., Park, J. Y., Lee, E., Seok, J. H., ...Cho, H. S. (2010). Proxy and patients ratings on quality of life in patients with schizophrenia and bipolar disorder in Korea. *Quality of Life Research*, 19(4), 521-529. doi: 10.1007/s11136-010-9617-5
- Lepage, M., Bodnar, M., & Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: Clinical and functional outcomes in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 5-12.
- Landeen, J., Pawlick, J., Woodside, H., & Byrne, C. (2000). Hope, quality of life, and Symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 364-369.
- Mubarak, A. R. (2005). Social functioning and quality of life of people with schizophrenia in the northern region of Malaysia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 200-209.
- Mubarak, A. R. (2006). Employment status, psychiatric disability and quality of life: Comparison of men and women with schizophrenia in Malaysia. *International Journal of Social Welfare*, 15(3), 240-246. doi: 10.1111/j.1468-2397.2006.00418.x
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38.
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., & Lalucat-Jo, L. (2011). The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 20(7), 1079-1089. doi: 10.1007/s11136-011-9847-1
- Mueser, K. T., Becker D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E. & Dain,

- B. J. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(7), 419-426.
- Maat, A., Fett, A. K., & Derks, E. (2012). Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 137(1), 212-218. doi: 10.1016/j.schres.2012.02.017
- Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Rivas, F., Angona, P., Requena, J., García-Herrera, J. M., ...Bellón, J. A. (2011). Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients using multilevel analysis. *BMC Health Services Research*, 11, 257. doi: 10.1186.1472-6963-11-257
- Mckibbin, C., Patterson, T., & Jeste, D. V. (2004). Assessing disability in older patients with schizophrenia: Result from WHODAS-II. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(6), 405-413. doi: 10.1097/01.nmd.0000130133.32276.83
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T., Voruganti, L. P. N., Cortese, L., McIntosh, E., ...Rickwood, A. (2000). The relationships of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 303-309. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004303.x
- Priebe, S., & Fakhoury, W. K. H. (2008). Quality of life. In: Jeste, D. & Mueser, K. (Eds.), *The clinical handbook of schizophrenia* (pp. 581–591). New York, NY: Guilford Press.
- Priebe, S., McCabe, R., Junghan, U., Kallert, T., Ruggerti, M., Slade, M., & Reininghaus, U. (2011). Association between symptoms and quality of life in patients with schizophrenia: A pooled analysis of changes over time. *Schizophrenia Research*, 133, 17-21. doi: 10.1016/j.schres.2011.09.021

- Ristner, M. S., Arbitman, M., Lisker, A., & Ponizovsky, A. M. (2012). Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorder II. Predictive value of psychosocial factors. *Quality of Life Research, 21*(6), 1075-1084. doi: 10.1007/s11136-011-0015-4
- Rocca, P., Bellino, S., Calvarese, P., Marchiaro, L., Patria, L., Rasetti, R., & Bogetto, F. (2005). Depressive and negative symptoms in schizophrenia: different effects on clinical features. *Comprehensive Psychiatry, 46*(4), 304-310. doi: 10.1016/j.comppsy. 2004.09.001
- Ritsner, M. S., Mar, M., Arbitman, M., & Grinshpoon. (2013). Symptom severity scale of the DSM5 for schizophrenia, and other psychotic disorder: Diagnostic validity and clinical feasibility. *Psychiatric Research, 208*, 1-8. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.029
- Rajji, T. K., Miranda, D., & Mulsant, B. H. (2014). Cognition, Function, and disability in patients with schizophrenia: A review of longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry, 59*(1), 13-17.
- Rocca, P., Montemagni, C., Zappia, S., Piterà, R., Sigaudò, M., & Bogetto, F. (2014). Negative symptom and everyday functioning in schizophrenia: A cross-sectional study in a real world-setting. *Psychiatric Research, 218*(3), 284-289. doi: 10.1016/j.psychres.2014.04.0180165-1781
- Savilla, K., Kettler, L., & Galletly, C. (2008). Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(6), 496-504.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ...Doubar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview(M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry,*

59(20), 22-23.

Su, C. T., Ng, H. S., Yang, A. L., & Lin, C. Y. (2014). Psychometric evaluation of the Short Form 36 Health Survey (SF-36) and the World Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQOL-BREF) for the patients with schizophrenia. *Psychological Assessment*, 26(3), 980-989. doi: 10.1037/a0036764

Strejilevich, S. A., Palatnik, A., Avila, R., Bustin, J., Cassone, J., Figueroa, S., ...de Erausquin, G. A. (2005). Lack of extrapyramidal side effects quality of life in outpatients treated with clozapine or with typical antipsychotics. *Psychiatry Research*, 133(2), 227-280. doi: 10.1016/j.psychres.2004.10.009

Tarek, K. R., Dielle, M., & Benoit, H. (2014) Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: A review of longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 13-17.

Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., ...Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150, 3-10. doi:10.1016/j.schres.2013.05.028

Tomida, K., Takahashi, N., Saito, S., Maeno, N., Iwamoto, K., Yoshida, K., ...Ozaki, N. (2010). Relationship of psychopathological symptoms and cognitive function to subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 64(1), 62-69. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.02033.x

Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., ...Pull, C.(2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 815-823. doi: 10.2471/BLT.09.067231

Üçök, A., Gorwood, P., & Karadayı, G. (2012). Employment and its relationship

- with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORS study. *European Psychiatry*, 26(6), 422-425. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.014
- Vandiver, V. L. (1998). Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Community Mental Health Journal*, 34(5), 501-511.
- van der Plas, A. G. M., Hoek, H. W., van Hoeken, D., Valencia, E., & van Hemert, A. M. (2011). Perceptions of quality of life and disability in homeless persons with schizophrenia living in non-institutional housing. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), 629-634. doi: 10.1177/0020764011419056
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability*. Retrieved from [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
- Wu, H. C.(2008). Predicting subjective quality of life in workers with severe psychiatric disabilities. *Community Mental Health Journal*, 44, 135-146. doi: 10.1007/s10597-007-9118-3
- Wilson-d'Almeida, K., Karrow, A, Bralet, M. -C., Bazin, N., Hardy-Baylé, M. -C., & Falissard, B. (2013). In patients with schizophrenia, symptoms improvement can be uncorrelated with quality of life improvement. *European Psychiatry*, 28, 185-189. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.10.002
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganev, K., Harrison, G, An Der Heiden, W, ...Walsh, D. (2000). Social disability in schizophrenia: It's development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. *Psychological Medicine*, 30, 1155-1167.

Zhang, Z., Deng, H., Chen, Y., Li, S., Zhou, Q., Lai, H., ...Shen, W. (2013).  
Cross-sectional survey of the relationship of symptomatology, disability and  
family burden among patients with schizophrenia in Sichuan, China. *Shanghai  
Archives of Psychiatry*, 26(1), 22-29. doi:  
10.3969/j.issn.1002-0829.2014.01.004



## 附錄一精神病症狀嚴重度臨床評分表

根據你對此個案所有的訊息和你的臨床判斷，評分在過去七天，個案是否有出現以下症狀，以及其嚴重程度。

		0	1	2	3	4	分數
I	幻覺	無	不明確  (嚴重度或持續時間 不足以視為精神病)	有，但輕度  (聲音會造成極少的 壓力，且不會很困擾)	有，且是中度  (聲音會造成一些壓 力，或是一些困擾)	有，且是嚴重  (聲音會造成嚴重壓 力，或是嚴重困擾)	
II	妄想	無	不明確  (嚴重度或持續時間 不足以視為精神病)	有，但輕度(妄想信念 造成極少的壓力，且不 會很困擾)	有，且是中度  (妄想信念造成一些 壓力，或是一些困擾)	有，且是嚴重  (妄想信念造成嚴重 壓力，或是嚴重困擾)	
III	解構 語言	無	不明確  (嚴重度或持續時間 不足以視為解構)	有，但輕度  (聽懂他的言語是有 點困難的)	有，且是中度  (聽懂他的言語是經 常有困難的)	有，且是嚴重  (聽懂他的言語是幾 乎不可能的)	
IV	異常 動作 行為	無	不明確(嚴重度或持續 時間不足以視為異常 心理動作行為)	有，但輕度  (偶爾異常或怪異的 動作行為或僵直症)	有，且是中度  (經常異常或怪異的 動作行為或僵直症)	有，且是嚴重(異常或 怪異的動作行為或僵 直症不斷出現)	
V	負性 症狀	無	臉部表情、情緒高低起 伏、姿勢、或自我引發 的行為減少是不明確 的	有，但臉部表情、情緒 高低起伏、姿勢、或自 我引發的行為減少是 輕度	有，且臉部表情、情緒 高低起伏、姿勢、或自 我引發的行為減少是 中度	有，且臉部表情、情緒 高低起伏、姿勢、或自 我引發的行為減少是 嚴重	

VI	認知 減損	無	不明確(認知功能未明顯超出其年齡或社經預期的範圍;也就是距離平均數0.5個標準差之內)	有,但輕度(認知功能有一些減損;也就是低於其年齡或社經預期的平均數0.5-1個標準差之內)	有,且是中度(認知功能有明顯的減損;也就是低於其年齡或社經預期的平均數1-2個標準差)	有,且是嚴重(認知功能有嚴重的減損;也就是低於其年齡或社經預期的平均數2個標準差以上)	
VII	憂鬱	無	不明確(偶爾感到悲傷、心情低落、鬱卒,或絕望;擔心讓別人失望或事情失敗,但不會心事重重)	有,但輕度(經常感到悲傷、心情低落、鬱卒,或絕望;擔心讓別人失望或事情失敗,且有些心事重重)	有,且是中度(經常有深度的憂鬱或絕望;內心充滿了罪惡感及做錯了什麼事情)	有,且是嚴重(整天都有深度的憂鬱或絕望;妄想的罪惡或不合理的嚴重自責超出了在其環境中該出現的比例)	
VIII	躁症	無	不明確(偶爾高昂、澎湃、或易怒的情緒或有點煩躁不安)	有,但輕度(情緒經常感到有些高昂、澎湃、或易怒的情緒或煩躁不安)	有,且是中度(情緒廣泛地出現高昂、澎湃、或易怒的情緒或煩躁不安)	有,且是嚴重(整天情緒廣泛地出現高昂、澎湃、或易怒的情緒或煩躁不安)	

## 附錄二 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷

### 同意書

本人同意參加『思覺失調症者精神症狀、失能程度與生活品質之相關』研究計畫，本人瞭解上述資料僅供學術研究，不作其他用途；且絕不會有本人或其他個人姓名出現在最後報告中。

受訪者簽名：

受訪日期：

問卷說明：

這份問卷詢問您對於自己的生活品質、健康、以及其他生活領域的感覺。請您回答所有的問題。如果您對某一問題的回答不確定，請選出五個答案中最適合的一個，通常會是您最早想的那個答案。

我們的問題所關心的是您最近兩星期內的生活情形，請您用自己的標準、希望、愉快、以及關注點來回答問題。請參考下面的例題：

例題一：整體來說，您滿意自己的健康嗎？

極不滿意    不滿意    中等程度滿意    滿意    極滿意

請選出最適合您在最近兩星期內對自己健康的滿意程度，如果您很滿意自己的健康，就在「極滿意」前的內打「√」。請仔細閱讀每個題目，並評估您自己的感覺，然後就每一個題目選出最適合您的答案。謝謝您的協助！

1. 整體來說，您如何評價您的生活品質？  
極不好 不好 中等程度好 好 極好
2. 整體來說，您滿意自己的健康嗎？  
極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意
3. 您覺得身體疼痛會妨礙您處理需要做的事情嗎？  
完全沒有妨礙 有一點妨礙 中等程度妨礙 很妨礙 極妨礙
4. 您需要靠醫療的幫助應付日常生活嗎？  
完全沒有需要 有一點需要 中等程度需要 很需要 極需要
5. 您享受生活嗎？  
完全沒有享受 有一點享受 中等程度享受 很享受 極享受
6. 您覺得自己的生命有意義嗎？  
完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有
7. 您集中精神的能力有多好？  
完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好
8. 在日常生活中，您感到安全嗎？  
完全不安全 有一點安全 中等程度安全 很安全 極安全
9. 您所處的環境健康嗎？(如污染、噪音、氣候、景觀)  
完全不健康 有一點健康 中等程度健康 很健康 極健康
10. 您每天的生活有足夠的精力嗎？  
完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

11. 您能接受自己的外表嗎？

完全不能夠 少許能夠 中等程度能夠 很能夠 完全能夠

12. 您有足夠的金錢應付所需嗎？

完全不足夠 少許足夠 中等程度足夠 很足夠 完全足夠

13. 您能方便得到每日生活所需的資訊嗎？

完全不方便 少許方便 中等程度方便 很方便 完全方便

14. 您有機會從事休閒活動嗎？

完全沒有機會 少許機會 中等程度機會 很有機會 完全有機會

15. 您四處行動的能力好嗎？

完全不好 有一點好 中等程度好 很好 極好

16. 您滿意自己的睡眠狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

17. 您對自己從事日常活動的能力滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

18. 您滿意自己的工作能力嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

19. 您對自己滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

20. 您滿意自己的人際關係嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

21. 您滿意自己的性生活嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

22. 您滿意朋友給您的支持嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

23. 您滿意自己住所的狀況嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

24. 您對醫療保健服務的方便程度滿意嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

25. 您滿意所使用的交通運輸方式嗎？

極不滿意 不滿意 中等程度滿意 滿意 極滿意

26. 您常有負面的感受嗎？（如傷心、緊張、焦慮、憂鬱等）

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有

27. 您覺得自己有面子或被尊重嗎？

完全沒有 有一點有 中等程度有 很有 極有

28. 您想吃的食物通常都能吃到嗎？

從來沒有 不常有 一半有一半沒有 很常有 一直都有