

# 影響精神分裂症患者生活品質之因素—— 一年之追蹤研究

王淑清<sup>1</sup> 潘瓊琬<sup>2</sup> 鍾麗英<sup>3</sup> 熊秉荃<sup>4\*</sup>

## 摘要

- 背景** 瞭解精神分裂症患者的生活品質隨時間改變之趨勢，及影響患者的生活品質之重要預測因子。
- 目的** 探討精神分裂症患者一年後生活品質之重要預測因子。
- 方法** 以臺灣版精神分裂症病人生活品質評量表為工具，進行結構性訪談。運用 SPSS 10.0 套裝軟體進行統計分析。
- 結果** 1.一年後之自尊、情感平衡、精神症狀有正向改善。但各層面之主觀生活品質，有下降的情形。2.以一年後(T2)之資料作分析，整體主觀生活品質與自尊、情感平衡呈顯著正相關，與情緒症狀呈顯著負相關，與正性症狀、負性症狀無顯著相關。3.三個迴歸分析結果：(1)一年後的正向自我概念及負向情感、情緒症狀；(2)先前的正向自我概念、情緒症狀；及(3)先前對居住狀況和休閒的主觀生活品質等變項，為一年後整體主觀生活品質之重要預測因子。
- 結論** 本研究為縱貫性研究，採主客觀生活品質兼顧之訪談量表，以具體實證研究探究精神分裂症患者受生理—心理—社會因素不同程度之影響，更強調了醫療人員應以全人之觀點去照護患者的重要性，並使復健治療更具方向性。

**關鍵詞：** 精神分裂症、生活品質、追蹤性研究。

## 前言

自1960年代，精神醫療因為歐美社會政策改變及推行「去機構化」運動與藥物治療的進步，使得醫療模式由機構化轉為社區取向(鄭，1985)。且基於尊重病患人權、生命尊嚴及醫療成本效益的考量，社區精神醫療模式成為世界精神醫療體系發展之主流。國內在1980年代末期開始極力倡導精神醫療社區化推行社區復健方案，以因應復健型態之轉變(鄭，1985)。1995年起全民健保及健保總額給付等制度陸續實施後，更積極推動去機構化，患者於急性期短期住院，症狀緩解後即回歸社區。但目前社區復健機

制待更進一步發展，病患尚未能得到整合性、持續性的社區照護，其在社區生活及工作適應、人際關係、社會功能呈現問題，因而無法有品質良好的社區生活(蕭、李，2009)。

鑑於精神疾病引發複雜之精神健康問題，及缺乏療癒技術的侷限性，使得精神障礙者的照顧策略，不再聚焦於病理觀點，或以減緩症狀、降低再住院率為目標(Lehman, 1983; McCabe & Priebe, 2002)。於精神醫學的概念認為：健康照顧者不應只重視精神症狀之緩解，亦須同時關心患者的生活品質，將其視為療效的指標，以協助治療方式和醫療政策之修訂(Lehman, Ward, & Linn, 1982)。因而，在過去二十

<sup>1</sup>行政院衛生署桃園療養院護理師 <sup>2</sup>國立台灣大學職能治療學系副教授 <sup>3</sup>國立台北大學統計學系副教授 <sup>4</sup>國立台灣大學社會工作系副教授

受文日期：99年4月26日 修改日期：99年12月18日 接受刊載：100年1月25日

\*通訊作者地址：熊秉荃 10617台北市羅斯福路四段1號

電話：(02)33661244

年，社會健康照顧之研究領域中，有關「生活品質」的概念日益受到重視，且逐漸發展為臨床醫療結果的測量指標之一(Eack & Newhill, 2007)。而生活品質的相關研究萌芽於1970年初期，在台灣相關的研究發表始於1994年，研究議題涵蓋主、客觀範疇的探究、不同的醫療復健模式的影響，及相關影響因素的探討。

本研究採用臺灣版精神分裂症病人生活品質評量表(Lancashire Quality of life Profile，以下簡稱臺灣版LQOLP)為測量工具，除瞭解精神分裂症患者之生活品質狀況及相關因素外，希望藉由一年的追蹤研究，探討精神分裂症患者一年後生活品質之重要預測因子。

### 文獻查證

以下針對精神分裂症之特性、生活品質之相關概念、Lancashire Quality of Life Profile(LQOLP)之相關概念作文獻查證。

#### (一)精神分裂症之特性

精神分裂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。對於其病因，迄今仍未定論，目前一般文獻支持其為多重病因，包括基因和環境因素(Tsuang, Stone, & Faraone, 2001)。而疾病的病程及預後的研究都主張病程變異甚大，有些患者表現多次惡化及緩解，有些則停留在慢性罹病狀態(孔、孔，2000)。由於疾病通常會走向慢性化趨勢，經常造成患者之工作、人際關係或自我照顧等方面功能明顯降低、社會適應障礙等問題。

#### (二)生活品質之相關概念

Van Nieuwenhuizen、Schene和Koeter(2002)認為生活品質的定義會隨時代及社會變遷而改變，且由於個人對生活品質的認知受到文化、倫理、宗教及個人價值觀等因素影響，使生活品質成為一個十分複雜的概念，至今其定義仍無統一之說辭。在精神科領域中，生活品質的概念，強烈受到社會角色理論的影響，強調個體與環境之功能性(functional)關係的重要性。當個人有適當的滿意度和執行能力之達成時，顯示個體與環境有良好的調適狀況，將能有較佳的生活品質。

Fakhoury和Priebe(2002)認為對於精神疾病患者生活品質的評估，不僅需包含病人的醫療情況，亦需包含社會和經濟的支持，使其能反映出疾病對社會和經濟衝擊的重要性。所以生活品質涵蓋與健康相關和非健康相關的要素，如：工作、家庭、環境和其

他生活狀況，它結合的向度比影響臨床症狀之改善或惡化因子更多。

雖然，精神醫療領域尚未有單一可接受的生活品質模式，或普遍性的測量工具，而大部分企圖去概念化或測量個體之全部所有的生活經驗，多包括客觀和主觀之向度(Brekke, Kohrt, & Green, 2001)。客觀指標係指資源之可利用性和外在生活情況，如：收入、居住和對社區之可近性。主觀指標係指個體對這些情況主觀的評價(Corrigan & Buican, 1995)。Lehman等人(1982)認為主客觀指標是生活品質不同層面的測量，二者應該同時被評估，以提供生活品質完整的面貌。

(三)Lancashire Quality of Life Profile(LQOLP)之相關概念

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；Lehman於1988年發展一適用於慢性精神疾病患者之廣泛性模式，他認為：生活品質依下列三個因素為一個別性觀點的概念：(1)個人特質，(2)在許多生活層面的客觀指標，及(3)這些生活層面的主觀生活品質指標。本研究選擇LQOLP為評量工具，除考量量表所涵蓋之內容外，同時因其具有良好評價生活品質和區辨病患和非病患組之能力，是適用於精神分裂症患者的結構性自陳式訪談問卷。且已被轉譯為許多國語言，具有良好之信效度(引自Van Nieuwenhuizen, Schene, Koeter, & Huxley, 2001)。

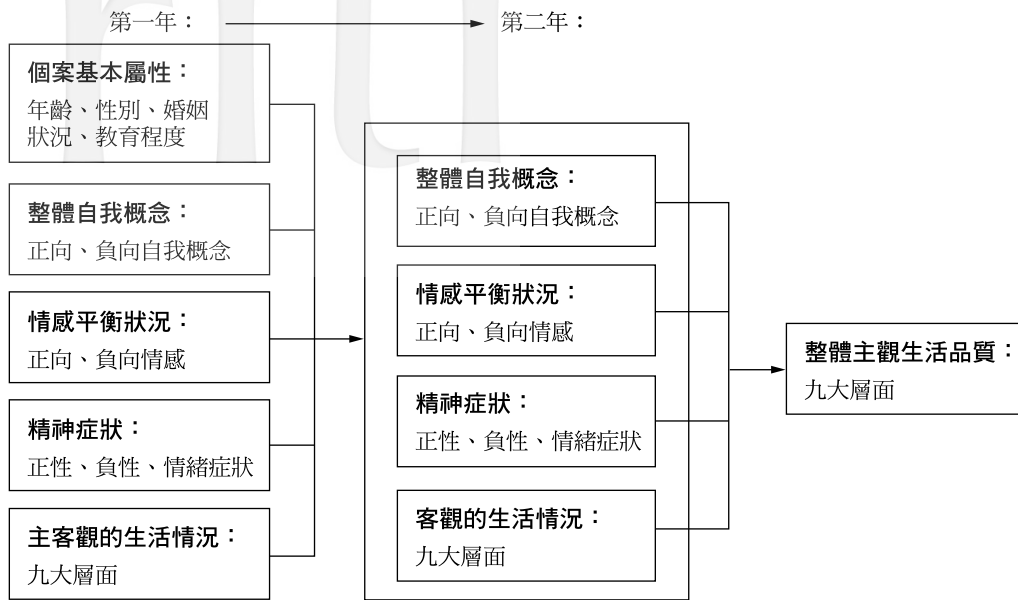
## 方 法

### 一、研究架構

根據研究目的及文獻查證，本研究架構如圖一，探討：個案基本屬性、客觀的生活指標、自我概念、情感平衡與精神症狀等因素，對精神分裂症患者主觀生活品質之影響。

### 二、研究方法與對象

本研究採用縱貫性、量性研究設計，通過北部某醫學中心倫理委員會同意，並徵得參與研究患者之同意及簽署研究同意書後，進行資料收集。樣本來源係以許、姚、胡、熊(2005)在該院精神科日間留院病房及門診治療之100位精神分裂症患者，資料收集時間自2004年1月2日至6月19日。收案標準為：(1)



圖一 影響精神分裂症患者生活品質之因素：一年追蹤研究之研究架構

符合DSM-IV或ICD-10精神分裂症診斷，目前無嚴重精神症狀干擾者，(2)無器質性腦病變、智能障礙、藥酒癮病史者，(3)年齡在18-65歲間，及(4)意識清楚，願意且簽署研究同意書者。訪談結果符合收案標準者計79人，其餘21人因下列原因：轉院、症狀不穩定、失聯、拒訪，而不列入有效樣本內。

### 三、研究工具

本研究採用生活品質量表(LQOLP)及社區病患精神症狀評量表兩份結構性訪談量表。生活品質評量表(LQOLP)由Oliver等人發展(Van Nieuwenhuizen et al., 2001)，適用於嚴重精神疾病患者，經許等(2005)修訂為臺灣版，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、居住狀況、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。每一層面包含主觀生活滿意度的評估，採七點計分法，1-7分計分法，得分愈高代表主觀滿意度愈高，意即生活品質愈好。各層面主觀生活滿意度之平均數為：對各層面主觀生活品質之各題項得分進行加總，之後再除以各層面下的題數，以求取之。同時使用情感平衡量表(affect balance scale，源自於Bradburn於1969年發展，包含正向、負向情感量表)和自

尊量表(self-esteem scale，Rosenbeg於1965發展)，各10題，以測量心安適狀況(引自Van Nieuwenhuizen et al., 2001)。採三點量尺的評分方式，以「是」、「否」、「不知道或無法作答或不適用」方式評量，轉換為0-1的計分方式，得分越高代表評價愈正向。

LQOLP評量表在原始研究之內在一致性信度Cronbach's  $\alpha$ 值為0.84-0.86(Oliver, Huxley, Bridges, & Mohamad, 1996)。臺灣版主觀生活品質之評量表Cronbach's  $\alpha$ 值為0.53-0.82(許等, 2005)。

精神症狀評量表採用蕭氏及胡氏合編之社區病患精神症狀評量表，內容包含：正性症狀(如妄想、幻覺)、負性症狀(如不喜歡活動、不喜歡與人接觸)及情緒症狀(如情緒高昂、憂鬱情緒)。共23題。由研究者訪談患者及家屬，並參考相關病歷紀錄後進行評量。0-3分計分法，得分數越高，代表症狀越嚴重。症狀評量表在原始研究之Cronbach's  $\alpha$ 值分別為正性症狀0.74、負性症狀0.85、情緒症狀為0.45(蕭, 1995)。

### 四、統計分析方法

本研究運用SPSS 10.0套裝軟體進行資料建檔及分析。以次數分配、百分比、平均值、標準差作描述性統計分析，採 $t$ 檢定、變異數分析、皮爾森積差相關、迴歸分析等統計方法進行推論性分析。

## 結 果

於2002~2003年收集者為第一年資料，簡稱為T1，於2004年收集者為第二年資料，簡稱為T2。二次收案之時間間隔平均為1.36年。

## 一、基本人口學特質

研究對象之人口學資料，總共79人，女性佔58.2%，男性佔41.8%。年齡介於20-62歲，平均為 $35.37 \pm 9.94$ 歲，未婚者居多佔81.0%。高中/高職佔50.6%，專科/大學佔43.0%。無工作或就學居多，佔54.4%，有固定工作或就學且持續六個月以上者佔34.2%。有宗教信仰者佔69.7%，無宗教信仰者佔30.3%。其他詳細資料如表一。

## 二、一年後客觀生活品質指標之差異

如表二，第二年有工作者為是29人(36.7%)，每週工作時數平均22.16小時；平均月薪是9248.62元。

表一 研究樣本之基本屬性資料 (N = 79)

變項名稱	n	%
<b>教育程度</b>		
國中	3	3.8
高中/高職	40	50.6
專科/大學	34	43.1
研究所及以上	2	2.5
<b>年齡(範圍: 20 - 62歲) <math>M \pm SD</math></b>		
20 - 39歲	52	65.8
40 - 62歲	27	34.2
<b>婚姻狀況</b>		
單身	64	81.0
已婚	7	8.9
離婚/分居/喪偶	8	10.1
<b>目前工作或就學情形</b>		
固定工作或就學，持續六個月以上	27	34.2
固定工作或就學，未滿六個月	9	11.4
無工作或就學	43	54.4

表二 個案於T1和T2之客觀生活品質指標之比較

(N = 79)

變項名稱	n (%)	
	T1	T2
<b>工 作</b>		
有工作	19 (24.1)	29 (36.7)
無工作	60 (75.9)	50 (63.3)
每週工作時數 (小時) ( $M \pm SD$ )	17.83 $\pm$ 18.27	22.16 $\pm$ 16.18
<b>每週工作時數 (人次)</b>		
19小時以下	15 (78.9)	16 (55.2)
20 - 39小時	0	3 (10.3)
40小時以上	4 (21.1)	10 (34.5)
每月薪水 ( $M \pm SD$ )	7482.00 $\pm$ 1058.95	9248.62 $\pm$ 9782.94
每月收入 ( $M \pm SD$ )	6303.01 $\pm$ 15889.12	8282.41 $\pm$ 14075.86
<b>補助津貼</b>		
重大傷病卡	49 (62.0)	46 (58.2)
低收入戶補助 + 重大傷病卡 + 殘障補助金	5 ( 6.4)	2 ( 2.6)
重大傷病卡 + 殘障補助金	22 (27.8)	30 (38.0)
其他	3 ( 3.8)	1 ( 1.3)
家人每週給的零用錢 ( $M \pm SD$ )	1324.56 $\pm$ 1961.01	967.41 $\pm$ 1460.22
期待每週再有的收入 ( $M \pm SD$ )	1813.91 $\pm$ 2485.23	2155.13 $\pm$ 2506.61
和多少人同住 ( $M \pm SD$ )	2.78 $\pm$ 1.39	2.85 $\pm$ 1.50
<b>目前居住</b>		
與家人同住	74 (93.6)	76 (96.1)
獨居	2 ( 2.6)	1 ( 1.3)
其他	3 ( 3.8)	2 ( 2.6)
<b>多久和家人聯絡</b>		
每天	78 (98.7)	78 (98.7)
一周	1 ( 1.3)	1 ( 1.3)

註：T1：第一年資料；T2：第二年資料。

此群個案於一年後有工作之人數增加，平均每週工作時數、月薪亦增加。

接受補助津貼之項目，一年前後皆以領有重大傷病卡和殘障補助金居多。第二年患者平均月收入為  $8282.41 \pm 14075.86$  元。58.2% 有重大傷病卡、40.6% 有殘障補助金。家人平均每週提供個案零用錢 967.41 元低於一年前；相對的，所期待每週增加所得 2155.13 元高於一年前。

這群個案一年前後，皆以與家人同住者居多，同居住在一起之人數亦相近，每週和家人聯絡之次數亦同。

### 三、一年後主觀生活品質之差異

量表中，與主觀生活品質有關之 7 個題項（工作層面 3 題，宗教層面 2 題，家庭關係層面中的 1 題，居住狀況層面 1 題）因適用人數稀少，於第一年的研究中即予排除於計分範圍之外。

如表三，一年前後之主觀生活品質得分最高者皆為：家庭關係層面，最不滿意者皆為社交關係、經濟和健康層面。而各層面在一年後的得分皆較一年前低，兩組主觀生活品質得分的差異性，以 paired-samples t test 檢驗結果，此七層面皆未達統計上顯著差異。

表四顯示，一年前後之自尊、情感平衡、精神症狀的比較，除負向情感之改變未具差異性外，其他各項皆具統計上顯著差異 ( $p < .05$ )；且顯示個案在自尊、情感平衡、精神疾病症狀上有正向的改變。

### 四、整體主觀生活品質與其他因素之相關性

此部份以一年後之資料作分析，結果顯示：個案之人口學資料（性別、教育程度、婚姻狀況、宗教信仰、目前工作或就學情形、目前居住情形）的不同，在整體主觀生活品質上無統計上之顯著差異。

表三 T1、T2 之各層面主觀生活品質之比較

( $N = 79$ )

項目	$M \pm SD$		95%CI	$t$	$p$
	T1	T2			
休閒	$4.84 \pm 1.12$	$4.78 \pm 1.10$	-0.17 to 0.29	0.509	.612
經濟	$4.19 \pm 1.39$	$4.03 \pm 1.30$	-0.18 to 0.49	0.937	.352
居住狀況	$4.47 \pm 1.09$	$4.32 \pm 1.23$	-0.08 to 0.38	1.309	.194
法律和安全	$4.85 \pm 1.39$	$4.71 \pm 1.33$	-0.14 to 0.43	1.002	.319
家庭關係	$4.92 \pm 1.23$	$4.84 \pm 1.28$	-0.21 to 0.38	0.554	.581
社交關係	$4.15 \pm 1.35$	$3.90 \pm 1.33$	-0.06 to 0.57	1.629	.107
健康	$4.17 \pm 1.21$	$4.03 \pm 1.19$	-0.15 to 0.42	0.957	.342
整體主觀生活滿意度	$4.51 \pm 0.90$	$4.37 \pm 0.98$	-0.03 to 0.32	1.608	.112

註：T1：第一年資料；T2：第二年資料。

表四 T1、T2 之自尊、情感平衡、精神症狀的比較

( $N = 79$ )

變項名稱	$M \pm SD$		95%CI	$t$	$p$
	T1	T2			
<b>自尊</b>					
正向自我概念	$0.57 \pm 0.36$	$0.67 \pm 0.34$	-0.161 to -0.026	-2.758	.007*
負向自我概念 <sup>a</sup>	$0.39 \pm 0.27$	$0.45 \pm 0.29$	-0.137 to 0.032	-1.990	.050*
<b>情感平衡</b>					
正向情感	$0.52 \pm 0.31$	$0.62 \pm 0.23$	-0.179 to -0.028	-2.736	.008*
負向情感 <sup>a</sup>	$0.49 \pm 0.33$	$0.54 \pm 0.33$	-0.131 to 0.030	-1.250	.215
<b>精神症狀</b>					
正性症狀	$0.31 \pm 0.29$	$0.20 \pm 0.26$	0.05 to 0.18	3.454	.001*
負性症狀 <sup>a</sup>	$0.53 \pm 0.44$	$0.32 \pm 0.35$	0.11 to 0.30	4.346	.000*
情緒症狀	$0.18 \pm 0.21$	$0.08 \pm 0.12$	0.06 to 0.15	4.833	.000*

註：T1：第一年資料；T2：第二年資料。<sup>a</sup>負向題項中，1為「是」、2為「否」，將其轉換分數為  $2 = 1, 1 = 0$ ；\* $p < .05$ 。

整體主觀生活品質與正向及負向自我概念、正向及負向情感呈顯著正相關( $r$ 分別為0.518、0.312、0.258、0.434)，與情緒症狀呈顯著負相關( $r = -0.457$ )，與正性症狀、負性症狀無顯著相關。如表五。

#### 五、精神分裂症患者整體主觀生活品質重要預測變項之分析

迴歸分析中，以容忍度(tolerance)與變異數膨脹係數(variance inflation factor, VIF)檢定自變項間是

表五 自我概念、情感平衡、精神症狀與整體主觀生活品質的相關性 (N = 79)

變項名稱	整體主觀生活品質
自尊	0.470**
正向自我概念	0.518**
負向自我概念	0.312**
情感平衡	0.490**
正向情感	0.258*
負向情感	0.434**
精神症狀	-0.214
正性症狀	-0.040
負性症狀	-0.138
情緒症狀	-0.457**

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

表六 以T1之變項對T2整體主觀生活品質之逐步複迴歸分析

效標變項(T2)	預測變項(T1)	B	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	Beta	t	p	F
整體主觀生活品質	常數	4.196						17.845	.000	
	正向自我概念	0.712	.358	.128	.117	.128	.270	2.458	.016	11.158**
	情緒症狀	-1.222	.437	.191	.170	.063	-.266	-2.421	.018	5.863**

表七 以T2之變項對T2整體主觀生活品質之逐步複迴歸分析

效標變項(T2)	預測變項(T2)	B	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	Beta	t	p	F
整體主觀生活品質	常數	3.432						12.557	.000	
	正向自我概念	1.017	.518	.268	.258	.268	.355	3.590	.001	27.478**
	負向情感	.770	.606	.367	.350	.099	.264	2.652	.010	11.541**
	情緒症狀	-1.836	.637	.405	.381	.038	-.222	-2.171	.033	4.713*

表八 以T1主觀生活品質各層面對T2整體主觀生活品質之逐步複迴歸分析

效標變項(T2)	預測變項(T1)	B	R	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	Beta	t	p	F
整體主觀生活品質	常數	1.693						3.952	.000	
	居住狀況	.307	.537	.289	.279	.289	.351	3.053	.003	30.824**
	休閒	.269	.595	.354	.337	.066	.317	2.759	.007	7.612**

否有線性重合問題。容忍度值愈接近0，VIF值愈大，表示線性重合問題愈嚴重，VIF值以不超過10來診斷(張、張、林，2002)。以下三個迴歸分析結果，顯示無明顯共線性關係。

(一)分別以一年前(T1)之七個變項(正負向自我概念、正負向情感、情緒症狀、正性症狀、負性症狀)對一年後(T2)之整體主觀生活品質之逐步複迴歸分析結果顯示：T1的「正向自我概念」、「情緒症狀」為重要預測變項，能解釋19.1%的變異量。標準化迴歸模式為：T2整體主觀生活品質 = .270(T1正向自我概念) - .266(T1情緒症狀)。結果如表六。

(二)以一年後(T2)之上述(一)七個變項對一年後之整體主觀生活品質之迴歸分析結果顯示：「正向自我概念」、「負向情感」、「情緒症狀」為重要預測變項，可解釋變異量40.5%。標準化迴歸模式為：T2整體主觀生活品質 = .355(T2正向自我概念) + .264(T2負向情感) - .222(情緒症狀)。結果如表七。

(三)以一年前後之正負向自我概念、正負向情感、情緒症狀、正性症狀、負性症狀等十四個變項對一年後之整體主觀生活品質之逐步複迴歸分析結果與表七相同。

(四)以一年前(T1)七個層面之主觀生活品質為預測變項，一年後(T2)之整體主觀生活品質為效標變項，迴歸分析結果：對「居住狀況」和「休閒」之主觀生活品質為重要預測變項。分別解釋28.9%、6.6%的變異量。標準化迴歸模式為： $T2$  整體主觀生活品質 =  $.351(T1$  居住狀況) +  $.317(T1$  休閒)。結果如表八。

## 討 論

### 一、一年後客觀與主觀生活品質差異之討論

本研究個案有工作者多為庇護性工作或是從事醫院復健訓練工作，薪資較一般性工作低，以一萬元以下者佔多數。進一步以平均數作比較，顯示一年後有工作者較一年前有工作者有較高的工作滿意度(mean ± SD分別為 $4.18 \pm 1.29$ 、 $3.97 \pm 1.34$ )，可能因為個案之精神症狀漸趨穩定，且適逢有適合之復健訓練工作；此對患者言，具有正向的意義。然而，相較於一年前，申請社會福利補助津貼者增加，顯示個案罹病後所得短絀、資源匱乏，生計問題得仰賴家人協助及社會福利的補足，與Korr和Ford(2003)觀點同，屬經濟依賴的角色。

在個案主觀生活品質方面，以對「家庭關係」的滿意程度最高。而本研究中幾乎所有患者皆與家人同住。Clinton、Lunney、Edwards、Weir、Barr(1998)及Cresswell、Kuipers、Power(1992)認為：社會支持和精神分裂症患者之病程及生活品質的關係是相關且重要的，患者因長期之精神健康問題，使其社會網絡受限，傾向於依賴家庭或精神健康服務機構。梁等(1997)及林、殷、李、謝(2001)亦有相似的研究結果，此皆說明了家庭仍是國內精神分裂病患者的重要支持來源。

客觀生活品質之「休閒」層面，個案於問題「去年，你曾外出活動？曾外出購物？是否曾想參與一些休閒活動，卻不能參加？」，回答「是」的百分比為一年後比一年前低，推測個案在參與社會性之休閒活動及參與動機有減少之情形。探究其原因：患者可能因疾病的負性症狀之一無動機(avolition)及正性症狀、低自尊、低社經地位、疾病相關之烙印經驗，而影響其社交活動(孔、孔，2000；Oliver et al., 1996)。

至於一年前後主觀生活的品質，個案最感不滿意的三個層面皆為「社交關係」、「健康」、「經濟」，可能原因為受疾病的影響，使得在與他人建立親密關係

及維持穩定工作有困難或障礙。如同Frank、Mustard(1994)及Nikelly(2001)的觀點認為：個體與環境調適融合情形，影響個人的成就感、自尊、對工作和生活的控制感，此與身心健康和安適感具相關性。

本研究中，個案之情感平衡、自我概念、精神症狀，除負向情感之改變未達顯著性差異外，皆有正向改善的情形。然而，各層面的主觀生活品質平均數低於一年前。究其原因可能為患者經過一年的醫療處置，精神症狀漸趨減緩，對自我的看法及情感平衡狀況亦較為改善，是處於疾病的復原期。然而，由於症狀的穩定、現實感的漸增、自我期待的失落，可能造成負向情感的持續，並惡化主觀生活品質。

另一方面，在相關的文獻中提到，患者傾向將自我現況與參考團體(如同儕或手足)相比較，而感到挫敗和自尊低落，且因疾病慢性化、功能降低，其生病前後的成就表現懸殊，而影響他們的經濟和工作狀況，但其在評價生活狀況和思考未來時，似乎未再調整。其間的不一致，常是個案困難面對而需調適的(Lewine, 2005; Miller, O'Connor, & DiPasquela, 1993)。

本研究中，整體主觀生活品質與自尊、情感平衡呈顯著正相關，與精神症狀之情緒症狀呈負相關，與正負性症狀無顯著相關。在Thorup、Petersen、Jeppesen、Nordentoft(2010)有相似的研究結果發現：整體主觀生活品質與自尊、情感平衡呈顯著正相關，與負性症狀、憂鬱、無望感呈負相關。故為了改善患者生活品質，應更重視心理社會因素對其之影響，並促進其心理健康。

整體而言，一年前後個案主觀生活品質並無顯著差異。根據Thorup等人(2010)的觀點：對有些個案而言，在疾病的自然發展過程中，可能症狀改善了，並且在藥物和心理社會相關之處置下也緩解了一些症狀。然而，大部分的患者於疾病的調適過程需超過九個月以上，且可能發生在疾病的更後階段(at later stages of the illness; Priebe, Roeder-Wanner, & Kaiser, 2000)。

### 二、整體主觀生活品質重要預測變項分析

迴歸分析結果發現，個案於一年前「情緒症狀」越少、「正向自我概念」越好、對「居住狀況」、「休閒」之主觀滿意度越高，及一年後之「正向自我概念」越好，「負向情感」越少、情感狀況越正向，其一年後之整體主觀生活品質越高。由表六、表七研究結果

知：一年前後之正向自我概念、情緒症狀及一年後之負向情感影響個案一年後之整體主觀生活品質。「正向自我概念」與「情緒症狀」是一年前後影響個案一年後之整體主觀生活品質相同之變項，推測這些因素可能在這一年中隨著時間持續影響著個案之心理調適狀態。然而，當將一年前後之變項當預測變項時，只有一年後之正向自我概念、負向情感、情緒症狀為重要預測變項，推論原因：個案一年後之整體主觀生活品質明顯較受一年後之心理因素的影響為大，此主觀生活品質是經過調適後的一個安適狀態。

對於本研究之個案而言，可能經由強化對自我的看法及獨立自主之能力並提供有益身心健康之休閒活動，並避免疾病的惡化因子，如心理健康問題及憂鬱情緒之處理等等，進而促進其生活品質。

## 結 論

本研究採縱貫性研究，目的在探討追蹤一年前後個案生活品質的差異及影響因素。於主觀生活品質顯示：在兩次收案之資料，個案最感滿意的部分都是家庭關係層面，最不滿意的皆為社交關係、經濟和健康層面，且與自尊、情感平衡是密切相關的。而特別對於精神疾病患者而言，其普遍表現為低自尊及自我(ego)功能之不足，在疾病不同時期，其內在自我、情緒等主觀經驗可能隨疾病之改變而變化，可能為更惡化或改善的，是處於不穩定的狀態。因此，建議對於協助個案於社區中能有好的復健過程，必需納入社會和家屬的力量，以強化其於社區復健的機會與能力。

## 誌 謝

感謝行政院衛生署 DOH-92-TD-1017 對本研究之贊助。

## 參考文獻

- 孔繁鐘、孔繁錦(2000)·*DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊(第1版)*·台北：合記。[Kong, F. Z., & Kong, F. J. (2000). *DSM-IV quick reference to psychiatric diagnostic criteria* (1st ed.). Taipei City, Taiwan, ROC: Ho-Chi.]
- 林進嘉、殷建智、李添誠、謝秀幸(2001)·日間留院及居家治療之精神分裂正患者生活品質之比較·*台灣精神醫學*，15(3)，226-236。[Lin, J. J., Yin, C. C., Lee,

- T. C., & Hsieh, H. H. (2001). Quality of life schizophrenic patients: A comparison of day-hospital and home-care patients. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 15(3), 226-236.]
- 梁玉雯、蔣欣欣、李從業、吳玫勳、嚴小燕、崔翔雲(1997)·慢性精神病患者客觀生活品質之探討·*護理研究*，5(3)，212-222。[Liang, Y. W., Chiang, S. S., Lee, T. Y., Wu, M. H., Yan, H. Y., & Tsui, H. Y. (1997). A study of the objective life quality among chronic mentally illness patients. *Nursing Research*(Taiwan), 5(3), 212-222.]
- 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·*台灣精神醫學*，19(1)，33-46。[Hsu, C. C., Yao, K. P. G., Hwu, H. G., & Hsiung, P. C. (2005). The Taiwanese version of the Lancashire quality of life profile (T-LQOLP): Reliability and validity. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 19(1), 33-46.]
- 張紹勳、張紹評、林秀娟(2002)·*SPSS for Windows 統計分析：初等統計與高等統計(下冊)*·台北：松崗。[Zhang, S. X., Zhang, S. P., & Lin, X. J. (2002). *SPSS for Windows statistical analysis: Primary statistics and higher statistics (volume two)*. Taipei City, Taiwan, ROC: Unalis.]
- 鄭泰安(1985)·台灣地區精神病患者之社會文化特徵及療養結果研究·*中華心理衛生學刊*，2(1)，117-133。[Tseng, T. A. (1985). Schizophrenia patients in Taiwan: Socio-cultural characteristics and treatment outcomes. *Chinese Journal of Mental Health*, 2(1), 117-133.]
- 蕭淑貞(1995)·「精神病患家庭護理評估」工具之建立及於家庭護理之建立及於居家護理之應用第二年度(衛生署八十四年度委託計劃研究報告)·台北市：行政院衛生署。[Shiau, S. J. (1985). *The development of family nursing assessment instruments for mental disorder patients, family nursing procedures, and home care nursing practices: Year two* (research grant). Department of Health, Executive Yuan, Taipei City, Taiwan, ROC.]
- 蕭淑貞、李淑紅(2009)·人本—社區精神衛生護理的發展·*護理雜誌*，56(4)，17-21。[Shiau, S. J., & Lee, S. H. (2009). Being personal: The development of community psychiatric mental health nursing. *The Journal of Nursing*, 56(4), 17-21.]
- Brekke, J., Kohrt, B., & Green, M. (2001). Neuropsychological functioning as a moderator of the relationship between

- psychosocial functioning and the subjective experience of self and life in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 697–708.
- Clinton, M., Lunney, P., Edwards, H., Weir, D., & Barr, J. (1998). Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 955–965.
- Corrigan, P. W., & Buican, B. (1995). The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(5), 281–285.
- Cresswell, C., Kuipers, L., & Power, M. (1992). Social network and support in long-term psychiatric patient. *Psychological Medicine*, 22(4), 1019–1026.
- Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225–1237.
- Fakhoury, W. K. H., & Priebe, S. (2002). Subjective quality of life: It's association with other constructs. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 219–224.
- Frank, J. W., & Mustard, J. F. (1994). The determinants of health from a historical perspective. *Daedalus*, 123(4), 1–20.
- Korr, W. S., & Ford, B. C. (2003). Measuring quality of life in the mentally ill. *Quality of Life Research*, 12(Suppl. 1), 17–23.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients. *Archives of General Psychiatry*, 40(4), 369–373.
- Lehman, A. F., Ward, N. C., & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1271–1276.
- Lewine, R. R. J. (2005). Social class of origin, lost potential, and hopelessness in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 76(2-3), 329–335.
- Mccabe, R., & Priebe, S. (2002). Focussing on quality of life in treatment. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 225–230.
- Miller, L. J., O'Connor, E., & DiPasquela, T. (1993). Patient's attitudes toward hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 584–588.
- Nikelly, A. G. (2001). The role of environment in mental health: Individual empowerment through social restructuring. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 37(3), 305–323.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., & Mohamad, H. (1996). *Quality of life and mental health services* (1st ed.). London: Routledge.
- Priebe, S., Roeder-Wanner, U. U., & Kaiser, W. (2000). Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: A follow-up study. *Psychiatric Services*, 30(1), 225–230.
- Tsuang, M. T., Stone, W. S., & Faraone, S. V. (2001). Genes, environment and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 178 (Suppl. 40), s18–s24.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., & Nordentoft, M. (2010). The quality of life among first-episode psychotic patients in the opus trial. *Schizophrenia Research*, 116(1), 27–34.
- Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: An unreclaimed territory? *International Review of Psychiatry*, 14(3), 198–202.
- Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A. H., Koeter, M. W., & Huxley, P. J. (2001). The lanacashire quality of life profile: Modification and psychometric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(1), 36–44.

# Factors Influencing Quality of Life in Schizophrenia Patients: A One-Year Follow up Study

Shu-Ching Wang<sup>1</sup> • Ay-Woan Pan<sup>2</sup> • Lyinn Chung<sup>3</sup> • Ping-Chuan Hsiung<sup>4\*</sup>

## Abstract

**Background:** The authors designed this study to identify QOL tendencies in schizophrenic patients over time and explore important predictive factors.

**Methods:** Researchers used structured interviews based on the Taiwanese version of the Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) to collect data. Statistical analysis was performed using SPSS10.0.

**Results:** Results showed that: (1) subject “self esteem,” “balanced affect,” and “psychiatric symptoms” improved and life quality declined at one-year follow-up; (2) At time period 2, researchers identified significant correlations amongst subjective life quality, self esteem and balanced affect, a significant correlation between subjective life quality and affective symptoms, and no significant correlation between subjective life quality and positive / negative psychiatric symptoms; (3) Multiple regression analysis results showed positive self concept and negative affects, affective symptoms at time period 2, positive self concept and affective symptoms at time period 1, and living conditions and leisure aspects of subjective life quality at time period 1 to all be significant predictors of overall subjective life quality at the one-year follow-up.

**Conclusion:** Using an instrument that emphasizes both subjective and objective aspects of quality of life, this longitudinal study demonstrated the bio-psycho-social influence on quality of life in patients with schizophrenia. Results enrich the holistic perspective of patient care and rehabilitation.

**Key Words:** Schizophrenia, quality of life, follow up study.

---

<sup>1</sup>RN, MSN, Department of Nursing, Taoyuan Mental Hospital Department of Health; <sup>2</sup>PhD, Associate Professor, School of Occupational Therapy, National Taiwan University; <sup>3</sup>PhD, Associate Professor, Department of Statistics, National Taipei University; <sup>4</sup>RN, PhD, Associate Professor, Department of Social Work, National Taiwan University.

Received: April 26, 2010    Revised: December 18, 2010    Accepted: January 25, 2011

\*Address correspondence to: Ping-Chuan Hsiung, No. 1, Roosevelt Rd. Sec. 4, Taipei City 10617, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (2) 3366-1244; E-mail: pchsiung@ntu.edu.tw