

憂鬱症個案的職能功能與生活品質

陳韻玲¹ 熊秉荃² 陳詞章³ 潘瓊琬^{1,4}

本研究主要目的為探討憂鬱症住院患者的職能功能及生活品質以及二者間之關係。個案來自於北部一所醫學中心的精神科病房，共有 103 位患者參與研究，男生 27 位，女生 76 位，平均年齡為 43.68 歲（標準差=15.79）。本研究採用台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷以及其他具良好信、效度的中文版問卷，以評估受試者的症狀嚴重度、職能功能及生活品質。研究資料以 SPSS 軟體進行統計分析。研究結果顯示，憂鬱症住院患者的生活品質不佳，甚至低於一般疾病個案，而生活品質與個案的職能功能及滿意度具低度顯著相關，也與個案的意志功能、習慣化功能以及表現技巧的能力有低度至中度顯著相關。由於職能治療專業目標在改善個案的生活品質，本研究結果顯示，提升個案的職能功能將是職能治療對憂鬱症患者介入之重點。

關鍵詞：憂鬱症，生活品質，職能功能

(台灣醫學 Formosan J Med 2008;12:627-34)

前 言

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)指出，憂鬱症是一種常見的疾病，影響全球約一億兩千萬的人口。估計至 2020 年，憂鬱症將成為全球疾病負擔的第二名[1]。根據美國國家級流行病學調查研究顯示，憂鬱症的終生盛行率達 16.2%，且 12 個月的盛行率達 6.6%[2]。憂鬱症狀可能會慢性化或不斷復發，造成個人在日常生活的能力嚴重受損，甚至自殺[1]。

根據 WHO 精神與行為障礙之分類的診斷指引(ICD-10)描述，典型的憂鬱症發作分為輕度、中度、重度三種形式，患者通常有憂鬱情緒、興趣和快樂感的失去、活力減退，導致疲倦增加與活動減少[3]。目前已有許多治療方式證實能緩解憂鬱症痛苦，但許多民眾仍對憂鬱症存在誤解，即使已是相當嚴重的個案，仍可能尚未求助治療，而影響其生活與生命安全[1]。

隨著時代的變化、社會及經濟的發展，以及醫

療水準的提升，我們對健康的定義已不再僅關注於死亡率(mortality)的變化或罹病率(morbidity)的多寡，健康照護方面也愈來愈重視「人」而非疾病本身，亦即提供全人的照顧(holistic approach)[4]。世界衛生組織將生活品質定義為：「生活品質是指個人在所生活的文化價值體系中，對於自己的目標、期望、標準、關心等方面的感受程度，其中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」[4]。Baker 和 Intagliata (1982)[5]及 Simmons(1994)[6]皆強調針對精神疾病患者提供服務時需著重生活品質。因疾病不一定能被治癒，所以維持及加強生活品質十分重要。

在心理健康照護領域上，許多實證研究顯示憂鬱症患者的主觀生活品質特別低落，甚至低於一般慢性醫療狀況患者[7]，憂鬱症症狀與生活品質呈現顯著負相關，包括在：主觀健康狀態、主觀心情、家庭關係、與朋友關係、經濟滿意度、生活滿意度，及快樂感[8]。由於憂鬱症狀的嚴重程度可預測生

¹ 台灣大學醫學院職能治療學系，² 台灣大學社會工作學系，³ 龍華科技大學機械系，⁴ 台灣大學醫學院附設醫院精神部

受文日期 民國 96 年 12 月 17 日 接受刊載 民國 97 年 4 月 22 日

通訊作者聯絡處：潘瓊琬，台灣大學醫學院職能治療學系，台北市徐州路 17 號 407 室

活品質[9]，因此針對憂鬱症病患的症狀積極處理，使病人的痛苦減輕或改善是重要的。但除此之外，較少研究著重於職能表現與參與上。研究顯示，對重度情緒障礙住院患者的主觀生活品質而言，心理社會因素較精神症狀影響更甚，因此合併精神病理學和心理社會之處置能更有效地治療憂鬱症，提升其主觀生活品質[10]。

個案藉由參與有目的活動，且在環境充份支持下，可帶來有價值且富意義的改變[11]。職能治療便是藉著促進個案參與有目的和有意義的活動，增進個案的學習、適應和改變，透過協助憂鬱症個案確認與勝任其角色，進而改善個案活動的表現[12]。Fine(1988)[13]的研究結果顯示，提供憂鬱症個案生活技巧訓練後，個案的問題解決及溝通技巧有顯著的改善，六週後再測，即使憂鬱症狀增加，仍會持續保有所獲得的功能性技巧，且受試者在治療結束時比治療前的焦慮症狀減少。另外，Ay-Woan et al.(2006)[14]提出自覺職能表現勝任感和滿意度是生活品質的重要預測因子，亦即個案所自覺到從事職能活動的能力，以及從參與過程中所產生的滿意度，對其生活品質有影響，並建議憂鬱症個案的復健應包含職能治療，因為職能治療師可以幫助個案選擇他們想從事的職能活動，並協助其參與其中。

綜合以上文獻結果，本研究目的為探討本國住院憂鬱症患者的職能功能及生活品質以及兩者間之關係。本研究假設有二：第一，住院憂鬱症個案的全面生活品質較健康人、一般生理性疾患與精神疾患要低。第二，除了精神症狀外，住院憂鬱症個案的職能功能亦與其生活品質各層面皆密切相關。

材料與方法

參與者

本研究的個案來自於北部一所醫學中心的精神科病房，個案經精神科醫師根據 ICD-10 診斷為憂鬱症，且住院一週待病情穩定後，若同意參與研究，簽署同意書，由受訓過之研究助理進行紙本問卷施測。參與研究之個案共有 103 人。

研究工具

1. 生活功能量表

本測驗為本土發展的日常生活自評表，共有 12 題，1-9 題屬於工具性日常生活活動，10-12 題為基本日常生活活動，每題各 4 個選項，加上一個“我無此需要”選項，評分範圍為 1-4 分，代表我無法從事此活動~我能獨立完成此活動。總分愈高表示獨立程度愈好。本問卷具有信、效度證據[15]。

2. 職能自我評估中文版 (Occupational Self Assessment, OSA)

本問卷根據人類職能模式(The Model of Human Occupation, MOHO)而發展[16]，分成兩大部分：自我勝任感及周遭環境。自我勝任感部分為個案自評其意志功能、習慣化功能以及表現技巧的能力及重要性，週遭環境部分為個案自評在物理和社會環境中所獲得的支持程度，以及環境的價值。OSA 可用以了解個案的職能勝任感以及環境的資源，是以個案為中心的職能評估工具，有助於職能治療師與個案協同訂出職能治療的目標及優先順序，目前中文版已有信、效度證據[17]。本研究採用 OSA 的我自己-勝任感(21 題)及環境-支持度(8 題)二部分原始分數，每題評分範圍為 1-3 分，總分愈高代表自我勝任感及環境支持度愈高。

3. 加拿大職能表現測驗中文版 (The Canadian Occupational Performance Measure, COPM)

由熟悉此測驗且具備判斷職能活動經驗的職能治療師，以半結構式的訪談進行，施測約需 20~30 分鐘。實施步驟如下：(1)列出有困難的職能活動，選擇最重要的前五項；(2)評定所列活動的重要性；(3)評定活動的操作能力和滿意度，以 1-10 分計分；(4)間隔一段時間再評。本測驗的分數分二種，分別是平均操作能力分數與平均滿意度分數。目前中文版已有信、效度驗證[18]。

4. 貝克焦慮量表中文版 (Beck Anxiety inventory, BAI)

本測驗共有 21 題，請個案就過去一星期內受所列症狀困擾的程度，選擇合適答案。每題 4 個選項，予以 0-3 分，計算總分後依受困擾的嚴重程度分級：正常範圍(0-7 分)、輕度(8-15 分)、中度(16-25 分)、重度(26-63 分)。貝氏焦慮量表具有良好的內在一致性(Cronbach's $\alpha = 0.92$)及再測信度($r = 0.75$, $p < .001$)。同時效度方面，與 Hamilton Anxiety Rating

表一：受試者基本背景資料

		人數(位)	百分比(%)
性別	男	27	26.2
	女	76	73.8
教育程度	國小以下	2	2.0
	國小畢	16	16.2
	國中畢	13	13.1
	高中畢	32	32.3
	大專畢	30	30.3
	研究所以上畢	6	6.1
婚姻狀況	未婚	30	29.4
	已婚	57	55.9
	分居	10	9.8
	鰥寡	5	4.9
診斷別	重度憂鬱症	36	35.0
	中度憂鬱症	19	18.4
	輕度憂鬱症	2	1.9
	輕鬱症	7	6.8
	憂鬱症(未特別註明種類)	39	37.9
合併其他精神疾病	有	23	22.5
	無	79	77.5

Scale-revised 之相關係數為 0.51($p < .001$)。建構效度、區辨效度及因素效度亦獲得支持[19]。

5. 貝克憂鬱量表中文版 (Beck Depression Inventory II, BDI-II)

本測驗共有 21 題，請個案選擇符合最近兩星期感受的句子，每題 4 個選項，予以 0-3 分，計算總分後依受困擾的嚴重程度分級：正常範圍(0-13 分)、輕度(14-19 分)、中度(20-28 分)、重度(29-63 分)。貝克憂鬱量表具良好的內在一致性 (門診病人樣本 Cronbach's $\alpha = 0.92$; 大學生樣本 Cronbach's $\alpha = 0.93$) 及再測信度 ($r = 0.93, p < .001$)。在同時效度方面，與 Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression 得分之相關($r = 0.71$)，遠高於 Hamilton Rating scale for Anxiety 得分之相關($r = 0.47$)，表示本量表對憂鬱與焦慮有良好的區辨效度[20]。

6. 台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (WHOQOL-BREF-TW)

本問卷藉詢問受試者最近兩星期內之生活品質、健康、及其他生活領域的感受而計分，共有 28 題，第 27 與 28 為台灣本土題目，分別關於面子與飲食。每題 5 個選項，請受試者選出最適合的

一個，以 1-5 分評量，代表非常不滿意-非常滿意。測驗分成 4 個範疇：生理、心理、社會關係與環境。每一範疇內分數加總後為原始範疇分數，再對照分數轉換表，轉換為 0~100 分或 4~20 分的計分方式[4]。本問卷具有良好的信度與效度，其結果也與世界各國相近[4, 21]。

統計分析

本研究應用 SPSS 軟體進行相關統計分析[22]，以敘述性統計方式分析受試者的基本資料。在相關上，以司皮爾曼(Spearman rho) 相關分析方式探討生活品質與憂鬱、焦慮、職能自我能力與環境、日常生活功能、操作能力及滿意度之相關。

結果

一. 受試者基本資料(表一)

本研究樣本的平均年齡為 43.68 歲 (標準差 = 15.79)，範圍自 17 至 85 歲；在教育程度方面，以高中佔大部分，為 32.3%；婚姻狀況方面，55.9% 的人已婚，佔大多數；診斷方面，我們將受試者區分為重度、中度、輕度、輕鬱症、未特別註明種類

表二：受試者在問卷中之平均分數

	樣本數	範圍	平均值	標準差
生活功能量表	101	1 - 3	2.66	0.35
職能自我評估				
自我勝任感	99	1 - 3	1.78	0.37
環境支持	98	1 - 3	1.93	0.49
加拿大職能表現測驗				
操作能力	100	1 - 10	4.17	1.85
滿意度	100	1 - 9	3.76	1.93
貝克焦慮量表	102	1 - 53	22.86	12.77
貝克憂鬱量表	101	6 - 60	30.39	12.60
生活品質問卷				
生理範疇	100	6 - 16	10.61	1.92
心理範疇	101	4 - 15	8.90	2.53
社會關係範疇	89	4 - 17	11.52	2.67
環境範疇	99	8 - 19	12.19	2.39

表三：各量表間之相關

	台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷範疇			
	生理	心理	社會關係	環境
生活功能量表	0.220*	0.202*	0.098	0.153
職能自我評估				
自我勝任感	0.386**	0.437**	0.341**	0.235*
環境支持	0.327**	0.405**	0.490**	0.531**
加拿大職能表現測驗				
操作能力	0.203*	0.268**	0.133	0.114
滿意度	0.235*	0.344**	0.203	0.160
貝克焦慮量表	-0.356**	-0.586**	-0.428**	-0.494**
貝克憂鬱量表	-0.213*	-0.342**	-0.167	-0.323**

*.Correlation is significant at 0.05 level (2-tailed); **.Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

之憂鬱症共五類，除了未特別註明種類之憂鬱症佔37.9%外，重度憂鬱症佔35.0%。

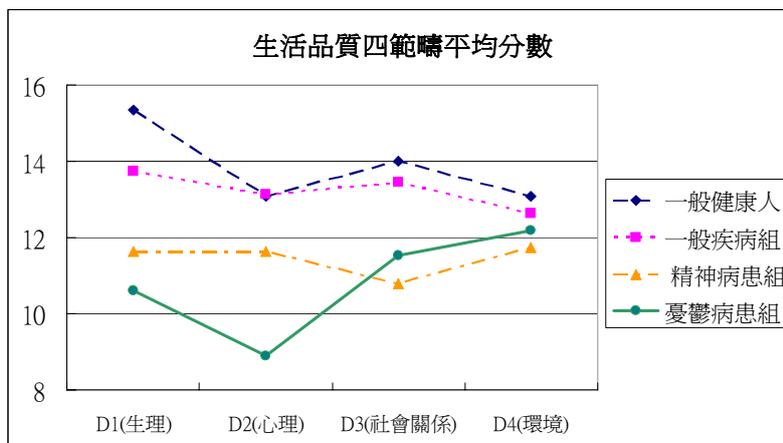
二. 問卷調查結果(表二)

受試者在各問卷中的平均分數詳列於表2。其中，BAI的結果顯示，受試者的焦慮症狀嚴重度平均約為中度；BDI-II的結果顯示，受試者的憂鬱症狀嚴重度平均約為重度。

三. 各量表間相關性(表三)

邱皓政[22]指出相關係數的特性，當相關係數（絕對值R）為1.00時其變項關聯程度為完全相關，0.70至0.99為高度相關，0.40至0.69為中度相

關，0.10至0.39為低度相關，而0.10以下則是微弱或無相關。生活功能量表與WHOQOL-BREF-TW的生理和心理範疇有顯著低度正相關，因此生活功能愈佳者，生理與心理層面生活品質愈好。OSA的「自我勝任感」和「環境支持」兩大層面與WHOQOL-BREF-TW各範疇有顯著低度至中度正相關，代表自我職能勝任感(意志功能、習慣化功能，及表現技巧能力)和環境支持度愈高者，生活品質愈佳。COPM的操作能力及滿意度與WHOQOL-BREF-TW的生理與心理範疇呈現顯著低度正相關，代表受試者對自我操作能力表現和滿



圖一：比較憂鬱症患者與其他族群在生活品質問卷各範疇之平均分數

意度愈高，生理與心理層面的生活品質愈好。BAI與WHOQOL-BREF-TW各範疇皆呈現顯著低度至中度負相關，因此受試者焦慮程度愈高，生活品質愈差。BDI-II與WHOQOL-BREF-TW的生理、心理和環境範疇呈現顯著低度負相關，與社會關係範疇沒有顯著相關，表示受試者憂鬱程度愈高，在生理、心理和環境範疇之生活品質愈差。

總結以上，各問卷與生活品質問卷之生理範疇具顯著低度相關（相關係數為0.203~0.386）；與心理範疇呈顯著低度至中度相關（相關係數為0.202~-0.586）；社會關係範疇與BAI和OSA具顯著低度至中度相關（相關係數為0.341~0.490）；環境範疇與BAI、BDI及OSA具顯著低度至中度相關（相關係數為0.235~0.531）。

四. 與WHOQOL-BREF-TW問卷常模比較

本研究根據現有的WHOQOL-BREF-TW問卷常模 [4]，以4-20分的計分方式，將憂鬱症患者生活品質的平均分數與健康人、一般疾病組及精神疾病組(包括精神病、偏執狂、焦慮、精神官能症等)比較，繪出折線圖(圖一)，顯示三組病人的生活品質各範疇分數皆比健康組低；憂鬱症組特別在生理及心理範疇與健康組落差最大，而在社會關係和環境範疇，則略高於常模之精神疾病組。

討論

本研究的主要目的為探討北部一所醫學中心

之憂鬱症住院患者的生活品質狀況，結果顯示，103位住院患者自陳的生活品質狀況，較常模中的健康人及一般性疾病患者低，特別在生理與心理範疇上，不過在社會關係範疇和環境範疇，憂鬱症組則略高於精神疾病組。文獻指出，罹患憂鬱症的女性比酒癮與精神分裂症兩群患者，有較低的生活滿意度[23]，而憂鬱症患者比一般常見醫學診斷的病人，像是高血壓、關節炎、糖尿病、心臟病人等，都有較差的生活品質[24]。本研究結果與研究假設一大致相符，住院憂鬱症個案全面生活品質確實比健康人及一般性疾病患者低，但在社會關係和環境範疇生活品質上，憂鬱症個案較精神疾病組為高，推測由於本研究受試對象為憂鬱症急性住院病友，因而社會關係和環境層面之支持度仍高於精神疾病組，但因仍較健康組和一般疾病組來得低，職能治療師對憂鬱症個案之復健可能須考量重建或改善社會關係，並促進環境之支持。

本研究結果支持研究假設二，除了精神症狀外，急性憂鬱症個案的職能功能亦與其生活品質各層面皆密切相關。研究結果顯示，生活品質與個案認知的職能功能與滿意度具顯著低度相關，且與憂鬱症症狀相關，尤其是生理和心理層面，不僅如此，生活品質各範疇也與個案的意志功能、習慣化功能以及表現技巧的能力呈現顯著低度至中度相關。精神疾病的治療一直著重在症狀的緩解，近年來生活品質的提升也成為精神疾病治療的目標

[25,26]。藥物治療與心理治療皆被證實對憂鬱症有效，但個案認為僅靠藥物治療提升其安適感是不足的[27]，進一步著重於個案的意志、習慣及表現之規劃、練習與提升，可能可促進個案生活品質。

本研究樣本來自於同一所醫院急性精神病房住院病友，並非與常模配對的樣本，所以無法以憂鬱症診斷類型、教育、年齡、婚姻狀況進一步比較其間生活品質的差異，推論性有限，但迄今職能治療專業對憂鬱症患者的相關研究仍少，因此本研究所提出的本國住院憂鬱症個案的現況及與世界衛生組織的本土常模之比較，仍具意義。本研究結果支持職能表現勝任感和滿意度與生活品質的顯著相關，且憂鬱症狀與生活品質仍具有顯著關聯。未來可針對職能功能之介入，提出具體方案，進一步應用隨機試驗研究方法，驗證職能治療復健之效果，從而證實提升職能功能、增進社會和環境支持度等處置是否有助於憂鬱症個案的生活品質之提升。

致 謝

本研究的經費來自於衛生署醫療科技研究計畫(DOH-TD-M-113-047)及國科會專題研究計畫(NSC96-2516-S-002-004)之補助。本研究的完成要感謝臺大醫院精神部急性病房的醫療人員之協助、楊念慈治療師的資料收集以及所有願意參與本研究個案的付出。

參考文獻

1. World Health Organization: The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO, 2001.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.
3. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.
4. 台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組：台灣簡明版世界衛生組織生活品質問卷之發展及使用手冊，第一版。台北，台灣版世界衛生組織生活品質問卷發展小組，2000。
5. Baker F, Intagliata J: Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann* 1982; 5: 69-79.
6. Simmons S: Quality of life in community mental health care--a review. *Int J Nurs Stud* 1994; 31:183-93.
7. Kuehner C, Bueger C: Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord* 2005;86:205-13.
8. Otsuka K, Mitsutake G, Yano S: Depression, quality of life, and lifestyle: chronoecological health watch in a community. *Biomed Pharmacother* 2002;56 (Suppl 2): 231s-242s.
9. McCall WV, Cohen W, Reboussin B, et al: Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients. *J Affect Disord* 1999; 55:107-14.
10. Ritsner M, Modai I, Endicott J, et al: Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 880-9; quiz 890.
11. Mee J, Sumsion T: Mental health clients confirm the motivating power of occupation. *British Journal of Occupational Therapy* 2001; 64: 121-8.
12. Good-Ellis M FS, Haas GL, Spencer JH, et al: Quantitative role and performance assessment: Implications and application to treatment of major affective disorders. *Proceedings of Depression assessment and treatment update, 1986.*
13. Fine S: Evaluating the impact of occupational therapy with affective disorders. 68th Annual Conference of the American Occupational

- Therapy Association. Phoenix, 1988.
14. Pan AW, Chan S, Chung LI, et al: Quality of life in depression: predictive models. *Qual Life Res* 2006; 15: 39-48.
 15. Pan AW, Chung L, Chen, TJ: The psychometric study of General Daily Living Function Scale for patients with psychiatric disorders. 24th conference of Taiwan Occupational Therapy Association. Taipei, Taiwan, 2005.
 16. Baron K, Kielhofner G, Goldhammer V, et al: A user's manual for the Occupational Self Assessment (OSA) (version 2.0). Chicago, IL: University of Illinois, 2002.
 17. 王淑敏：中文版「職能自我評估」之心理計量品質研究[碩士論文]，2004。
 18. Pan AW, Chung L, Grace H: Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occup Ther Int* 2003; 10: 269-77.
 19. Beck AT, Steer RA 著，林一真譯：貝克焦慮量表指導手冊。台北市，中國行為科學社，2000。
 20. Beck AT, Steer RA, Brown GK 著，陳心怡譯：貝克憂鬱量表第二版指導手冊。台北市，中國行為科學社，1996。
 21. 王榮德、游正芬、鍾智文、姚開屏：廿一世紀之健康照護效性評量：生活品質與生活品質調整後之存活分析。 *台灣醫學* 2000; 4: 65-74。
 22. 邱皓政：社會與行為科學的量化研究與統計分析：SPSS 中文視窗版資料分析範例解析。台北，五南圖書出版公司，2004。
 23. Rudolf H, Priebe S: Subjective quality of life in female in-patients with depression: a longitudinal study. *Int J Soc Psychiatry* 1999;45: 238-46.
 24. Ormel J, Von Korff M, Van den Brink W, et al: Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *Am J Public Health* 1993;83: 385-90.
 25. Frisch M: Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1994.
 26. Safren S, Heimberg RG, Brown EJ, et al: Quality of life in social phobia. *Depress Anxiety* 1997;4:126-33.
 27. Lowe B, Schulz U, Grafe K, et al: Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment. What do they really want? *J Gen Intern Med* 2006; 21: 39-45.

The Relationship Between Occupational Functioning and Quality of Life for Clients with Depression

Yun-Ling Chen¹, Ping-Chuan Hsiung², Tsy-Jang Chen³, Ay-Woan Pan^{1,4}

Abstract: The purpose of this study is to investigate the relationship between occupational functioning and quality of life for inpatients with depressive disorders. The patients were recruited from a medical center in the northern part of Taiwan. There were 103 participants (27 males and 76 females), and the mean age was 43.68 years (SD=15.79). The symptom severity, occupational functioning and quality of life were evaluated using standardized evaluation. Data were analyzed using SPSS software. The results showed that patients with depressive disorder had poor quality of life which was lower than patients with general medical conditions. Each domain of the quality of life correlated significantly with variables of occupational functioning (such as perceived efficacy and satisfaction with performance) and volitional, habitual, and performance skills. The results suggest that improving occupational functioning of the depressive patients could be beneficial for the enhancement of the quality of life.

Key Words: depressive disorder, quality of life, occupational functioning
(Full text in Chinese: Formosan J Med 2008;12:627-34)

¹School of Occupational Therapy, College of Medicine; ²Department of Social Work, National Taiwan University; ³Department of Mechanical Engineering, LungHwa University of Science and Technology; ⁴Department of Psychiatry, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan.

Address correspondence to: Ay-Woan Pan, School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University, No.17, Xu-Zhou Rd., Taipei, Taiwan