

# 輕度精神障礙者工作與生活品質之研究： 以高雄市為例

何華欽\*

國立屏東科技大學 社會工作系 副教授

## 摘 要

本研究針對高雄市輕度精神障礙者進行調查與分析，主要目的是驗證生活品質模型，並進一步分組討論有工作與無工作者在生活品質模型上的差異。

本文的生活品質模型是由 WHOQOL 量表的結構所修改而來，模型中包含三個主要構面：生理健康、生活環境、社會關係。本文根據輕度精神障礙者受訪資料，用以驗證生活品質模型的配適度，經驗證結果認為本文的生活品質模型具有合理性。此外，本文將工作變項納入討論，經由驗證性的因素分析與結構方程模型的群組比較，顯示本文的生活品質模型在各群組上均有良好的配適度，並且在模型參數上也有小幅度的差異存在。這意謂生活品質模型的建構，具有群組（有工作、無工作）的顯著差異。

在二階 CFA 模型方面，有工作的輕度精神障礙研究樣本，在生理健康潛在變項上是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.69 > 0.53$ ）、在生活環境潛在變項上也是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.90 > 0.65$ ），但社會關係潛在變項是略低於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.81 < 0.90$ ）。

在高雄市輕度精神障礙者生活品質的研究中發現，樣本資料支持本文生活品質模型的成立，同時也驗證工作的有無的確會在生活品質模型參數上產生差異。

**關鍵字：**輕度精神障礙者、生活品質、結構方程模型、工作、群組分析

-----  
\*電子郵件：huachin.ho@gmail.com

## 壹、前言

依據內政部 2010 年身心障礙人口統計資料<sup>1</sup>，目前台灣身心障礙總人口數為 1,076,293 人，其中慢性精神障礙者為 110,809 人，占有身心障礙人口數的 10.3%，其人數亦為第四高。關於慢性精神障礙者的就業現況，行政院勞工委員會 96 年所進行的身心障礙者勞動狀況調查顯示<sup>2</sup>，其中精障個案就業比率僅達 9.4%，而就各障礙類別就業率來看，精神障礙者為倒數第三低的就業人口群，僅高於平衡機能障礙者及自閉症智能障礙者。精神障礙者的就業率偏低，加上社會大眾普遍對於精神障礙者存有先入為主的恐懼、排斥心理，造成其不論在進入職場前或就業歷程中均需面對諸多障礙。

工作代表著個人是否重返社會，亦是評估個人日常生活的社會參與度因素之一。過去的許多研究曾以工作的觀點來探討工作對於精神障礙者的意義為何，從中歸納三大要素，包含讓精神障礙者從中感受到社會支持與正常生活；其二是讓精神障礙者藉由工作而帶來內在的滿意與自我肯定；最後是讓精神障礙者在工作中重新建立社會關係、感受社會支持，進一步增進心理幸福感。因此工作與否對於精神障礙者除了症狀與情緒的改善有著正面的意義外，亦代表其在預後是否得以融入社會生活的基本條件之一。

生活品質的測量概念運用在精神障礙者身上，乃評估其統合性預後指標，不僅評估治療結果，更以恢復或改善精神障礙者的生活品質為終極目標。因而，生活品質與精神障礙者的生理健康狀兩者息息相關，精神症狀的減少、生理的健康程度是提高生活品質的重要因素之一。此外，從生活品質測量中亦可以瞭解到輕度精神障礙者的社會關係，並綜合瞭解其重返社會的狀況。

輕度精神障礙者定義係是職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且無需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者。輕度精神障礙者並非完全喪失工作能力，其在協助下仍可以維持其原有的工作能力，且可自我照顧，若能持續且穩定的就醫與服藥下，其仍有重返社會之可能。因此本研究以高雄市為研究區域，欲瞭解輕度慢性精神障礙者的工作與生活品質之關係，探討工作的有無是否影響到輕度精神障礙者的生活品質。

<sup>1</sup> 參閱 2010 年內政統計年報，四\_社會\_19\_身心障礙人數按成因分，檢索日期 2011 年 4 月 4 日，網址：<http://sowf.moi.gov.tw/stat/year/y04-19.xls>

<sup>2</sup> 參閱行政院勞工委員會勞動統計調查\_96年\_身心障礙者勞動狀況調查，檢索日期 2011 年 4 月 4 日，網址：<http://statdb.cla.gov.tw/html/svy96/9604001.xls>



## 貳、文獻探討

### 一、輕度精神障礙者的職業復健

依據行內政部於 2002 年所修定的身心障礙類別與殘障等級表<sup>3</sup>，慢性精神障礙的障礙等級中，輕度精神障礙者定義係是職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且無需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者。輕度精神障礙者與中度、重度、極重度最大的區別，在於有能力回復發病前的工作能力、可以在非庇護性工作場所工作，換言之，輕度精神障礙者是最有可能回復正常生活與工作的一群人。

工作的意義自古典理論的討論中一直是重要的價值，工作是人類生活的重要一環，馬克思認為工作勞動是成為全人（total man）的要素。對一個正常人而言，工作是發展社會關係、自我實踐的重要場域，然而對於一個精神障礙者而言，工作更有緩解精神疾病的功能。從過去的研究發現，精神障礙者認為工作是其生活中重要一環，且工作有無會影響其疾病緩解程度(Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008)。雖然如此，精神障礙者的就業率仍然很低，究其原因並非精神障礙者不工作，而是整體社會不予接納他們。

雖然去機構化、回歸社區及從事工作是當前的精神醫療之治療趨勢。但是沒有工作仍是精神障礙者在症狀治療穩定後常常會遇到的問題(Marshall et al., 2001)。對精神分裂症個案而言，目前能夠擔任有酬性工作者的比率相當的低，一方面這顯示疾病對個案功能影響外，另一方面也顯示，精神分裂症患者在症狀穩定後，其面對的社會上及經濟上的不平等障礙(Marwaha & Johnson, 2004)。從過去的研究中發現，其他會影響精神分裂症患者有無職業的因素，則有個案的認知功能障礙、個案的人際及社交功能障礙、種族問題及工作動機等因素，會降低精神分裂症患者從事有給職的機會(Rosenheck et al., 2006)。

對於領有身心障礙手冊的情緒性輕度精神障礙者（主要為第 I 及 II 型躁鬱症、少部份為憂鬱症）而言，在一項追蹤 15 年的研究計畫結果，顯示第 I 型躁鬱症患者，有百分之三十的時間是沒有工作的，第 II 型躁鬱症患者，則有 20%的時間是沒有工作的，憂鬱症患者，也有高達 21%的時間沒有工作(Judd et al., 2008)。但是在家庭、同儕及雇主若能給予適當的支持，則這些有情緒性疾患的個案，就比較能夠持續的工作(Tse, 2002)。

<sup>3</sup> 身心障礙類別與等級，網頁資料(檢索日期：2010/1/30)。http://www.cc.nctu.edu.tw/~hscsi/service/shp441.htm



所以這些精神疾病依臨床症狀及疾病病程的不同，對社會及工作能力的影響也會不同。

在台灣精神疾患的身心障礙的分類，是依照疾病對個案日常生活及工作能力的影響去分類，輕度身心障礙個案的目前的規範，為其主要的影響為職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且毋需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者。任麗華（2011）接受社區復健是影響精神障礙者就業的最重要預測變項。輕度精神障礙者，與其他嚴重程度的精神障礙相比，雖然能夠就業機會將高許多，但這些人仍需要在適當治療與社區復健下，同時給予適當的支持與機會，才能更有增加這些個案回歸社會，參與競爭性工作的可能性。

## 二、輕度精神障礙者的生活品質

「生活品質」(quality of life) 這個詞彙意謂著人類需求滿足的情況，也意謂著個人或群體對生活滿意的感受程度(Schuessler & Fisher, 1985)。如何促進生活品質是政策施行的主要目標，因此衡量生活品質具有極大的意涵。

什麼樣的生活是具有生活品質的生活？人們該過什麼樣的生活，才能增進生活品質？佛洛依德很有名的回答是，愛與工作(Twenge & King, 2005)。很明顯地，愛與工作是人類生活最主要的面向 (domain)。也就是說，有能力關心他人與他人互動，是「愛」的實現；有能力去做有意義的工作、把工作做好，是「工作」的實現，具備這兩種實現能力的人，生活品質也能更好。

個人是否與他人有較好的互動關係，我們可以從主觀的福祉或幸福感來檢視；工作提供機會讓人們可以社會參與，並增強培養個人的自主性與能力(Ryan & Deci, 2000)，因此工作的實現也會帶來較高的主觀福祉。研究發現，人際關係滿意度與工作滿意度在整體生活滿意度中有很強的關連(Judge & Watanabe, 1994)，然而這兩種滿意程度有時並非全等，有些人在人際關係滿意度上非常滿意，然而也有人僅在工作滿意度上表現不錯，這種經驗數據的差異，呈現人類生活的複雜面向。

主觀的生活品質指標是屬於個人的層次，測量個人的滿意度，反應主觀的個人經驗。主觀的生活品質測量聚焦於生活經驗的自我陳述，這個生活經驗包含社會、經濟、健康指標，感知需求被滿足的程度。生活品質是福祉 (well-being) 的主觀感受程度，在過去的文獻裡(Costanza et al., 2007; Cummins, Eckersley, Pallant, Van Vugt, & Misajon, 2003; Diener & Suh, 2000; Haas, 1999; Twenge & King, 2005)，主觀的福祉 (Subjective Well-Being，簡稱 SWB) 經常被用來測量生活品質。然而，福祉的主觀測量有其困難，



因為人類對於福祉的判斷，往往對照自己周遭的同儕團體，而無法有一個絕對的對照標準。

主觀的生活品質測量，透過問卷跟訪談工具來蒐集受訪者的生活經驗，瞭解受訪者的滿意度、幸福感、福祉等。主觀的生活品質測量指標能夠被有效的測量，條件必須是人們能夠感受他們自己的幸福與福祉的重要性。以下有三種指標，是常用的主觀的生活品質測量指標：1.生活滿意度跟幸福感、2.剝奪 3.對未來的樂觀程度。近年來，世界衛生組織（WHO）設定了一套測量工具，稱為世界衛生組織生活品質（WHO-QOL）(Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006; Hwang, Liang, Chiu, & Lin, 2003; Leung, Wong, Tay, Chu, & Ng, 2005; Min et al., 2002; O'Carroll, Smith, Couston, Cossar, & Hayes, 2000; Power, Quinn, & Schmidt, 2005; Skevington, 2002; WHOQoL, 2006; Yao, Chung, Yu, & Wang, 2002)，此工具正是主觀測量的代表作。

生活品質根據世界衛生組織的定義，是個人感受到他們的生活位置，感受他們在文化與價值體系的生活位置，他們的目標期待標準跟關心。在此定義下，生活品質包含六種面向：身體面向、心理面向、福利面向、社會關係面向、環境面向、精神層面的面向，而且生活品質就是上述這些面向的總和。這個問卷（WHO-QOL）的概念包含身體健康、心理狀態、獨立狀況、社會關係、個人信念、以及環境的現況(Lee, 2008)。由此定義來看生活品質，是一種主觀的評估，它鑲嵌著文化、社會、以及環境的脈絡，而此定義下的生活品質正適合本研究用來探究輕度精神障礙者的工作與生活品質之關係。

## 參、研究方法

### 一、研究架構與假設

本文綜合相關文獻與研究目的，提出本文之研究架構（如圖 1），研究樣本的生活品質為二階潛在變項，生活品質包含三個潛在構面：生理健康、生活環境、社會關係，而構面之下皆由三個可觀察的測量變項來評估。



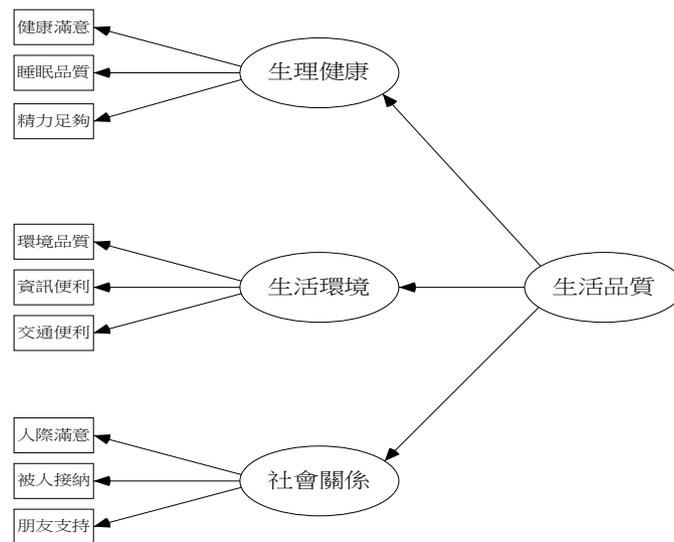


圖 1 研究架構圖

根據圖一的結構方程模型，用來驗證樣本共變異數矩陣  $S$  是否與模型期望矩陣  $\Sigma(\theta)$  是否能相同(Bollen, 1989; Byrne, 2009)，如果相同則代表此結構方程模型能用來代表與解釋本研究樣本的生活品質現況，並同時驗證生活品質的結構。另外，考量有無工作可能會有不同的生活品質差異，故進一步分析有工作者（身份類別一：目前有工作者）、無工作者（身份類別二：目前沒有工作，但如果現在有工作機會，可立即開始工作）之研究樣本生活品質模型的差異。因此研究假設如下：

假設 1：研究樣本生活品質共變異數矩陣能與模型期望矩陣相同。

假設 2：有工作與無工作兩組研究樣本生活品質有明顯之差異。

## 二、研究工具與樣本

本文之資料是來自作者接受高雄市政府委託的「高雄市慢性精神障礙者就業狀況與需求調查計畫」。當時所使用的研究工具是參考身心障礙者勞動狀況調查問卷、英文版 WHOQOL 問卷、台灣版 WHOQOL 問卷等，經研究者與專家討論後自編而成「高雄市慢性精神障礙者就業現況與需求問卷」。問卷內容包含慢性精神障礙者的基本資料、目前工作狀況、影響個人未工作之原因、就業服務使用情形、就業服務需求、生活品質等內容。

問卷收集資料時間從 2009 年 7 月至 9 月，最後獲得有效問卷 400 份。在 400 位受訪者中，依據工作現況，規劃出三種身份類別，身份類別一為目前就業者，計有 84 人（21%），包含目前從事某種工作、目前有工作而未做但領有報酬、目前利用課餘或假



期工作、家事餘暇從事工作；身份類別二為如果現在有工作機會，可以立即開始工作者，計有 80 人(20%)；身份類別三為目前沒有工作且無法立即上工者，計有 236 人(59%)。由於本文欲討論有工作意願的輕度精神障礙者（身份類別一為 84 人、身份類別二為 80 人）工作有無與生活品質之差異，因此文後的分析樣本將以身份類別一、身份類別二共 164 人作為分析焦點。

在此 164 個研究樣本中，受訪者的性別以女性為多數，共計有 91 人（55.5%），男性則為 73 人（44.5%）。年齡層在 30 歲以下者，計有 3 人（1.8%），30-39 歲有 61 人（37.2%），40-49 歲有 61 人（37.2%），50 歲以上有 39 人（23.8%）。在教育程度部分，其中以高中/高職學歷占最多數，計有 71 人（43.3%），其次為國小、國中學歷，計有 53 人（32.3%），其餘分別為不識字 3 人（1.8%），專科 22 人（13.4%），大學暨以上 15 人（9.1%）。在婚姻狀況部份，未婚者共計有 70 人（42.7%）為最多數，其次為已婚計有 51 人（31.1%）位，第三為離婚者，計有 38 人（23.2%）位，最後為喪偶者，計有 5 人（3.0%）。在病症診斷部分，受訪者以情感性精神病(如憂鬱症、躁鬱症等)為最多數，計有 72 人（43.9%），其次為精神分裂症，計有 58 人（35.4%）位，第三為器質性精神病(如腦傷等)，計有 8 人（4.9%），第四為妄想症，計有 6 人（3.7%），除了以上四類，其他類別如癲癇、恐慌症、幻聽、精神官能症、強迫症與自閉症等，計有 20 人（12.2%）。在首次發病年齡層部分，大多是在 30 歲以下發病，計有 76 人（46.3%），次高是在 30 至 39 歲發病，計有 45 人（27.8%），而在 40 至 49 歲發病者有 34 人（20.7%），50 歲以上發病者有 9 人（5.4%）。在受訪者居住狀況部分，與父母同住者占最多數，計有 63 人（38.4%）；其次為與配偶同住者計有 46 人（28.0%）；第三為與子女同住者，計有 34 人（20.7%）次，最後為獨自住居者，計有 21 人（12.8%）。關於受訪者在生活上是否有自行(自理)照顧能力上，以可以自行照顧者為最多數，共計有 158 人（96.3%），無法自行照顧者計有 6 人（3.7%）。

從整體基本資料數據所呈現的狀況，以中低學歷、未婚、30 歲前發病、情感性精神病為多數，多與父母同住且有生活自理能力（詳見表 1）。



表 1 高雄市輕度精神障礙者研究樣本基本資料 (n=164)

變項	人數 (%)	變項	人數 (%)
性別		病症診斷	
男性	91(55.5)	精神分裂症	58(35.4)
女性	73(44.5)	情感性精神病	72(43.9)
		妄想症	6(3.7)
		器質性精神病	8(4.9)
		其他	20(12.2)
年齡層		發病年齡層	
30 歲以下	3(1.8)	30 歲以下	76(46.3)
30~39 歲	61(37.2)	30~39 歲	45(27.8)
40~49 歲	61(37.2)	40~49 歲	34(20.7)
50 歲以上	39(23.8)	50 歲以上	9(5.4)
教育程度		居住狀況	
不識字	3(1.8)	與父母同住	63(38.4)
國小、國中	53(32.3)	與配偶同住	46(28.0)
高中(職)	71(43.3)	與子女同住	34(20.7)
專科	22(13.4)	獨居	21(12.8)
大學暨以上	15(9.1)		
婚姻狀況		自理能力	
未婚	70(42.7)	可以自理	158(96.3)
已婚	51(31.1)	不能自理	6(3.7)
離婚	38(23.2)		
喪偶	5(3.0)		

n=164

### 三、變項測量

關於生活品質的定義如文獻所述各有不同，而世界衛生組織（WHO）對生活品質的定義，則將生活品質（QOL）分類成六大範疇，包括生理健康（Physical health）、心



理狀態 (Psychological)、獨立程度 (Level of Independence)、社會關係 (Social relationships)、生活環境 (Environment) 及個人信念 (Spirituality/ Religion/ Personal beliefs) 等。由於，本文之資料是來自作者接受高雄市政府委託的「高雄市慢性精神障礙者就業狀況與需求調查計畫」，因考量研究目的與問題，截取其中生理健康、生活環境、社會關係作為生活品質的重要構面，並進一步考慮工作與生活品質構面的重要變項，其中工作作為類別問項 (詢問目前的工作狀況與類型)，而生活品質的測量則是採 Likert 五等尺度的量表方式進行，詳細關於潛在變項、測量變項與二階結構的關係請見表 2。

表 2 輕度精神障礙者生活品質之模型的潛在變項與測量變項

二階 潛在變項	一階 潛在變項	一階 測量變項	問卷題目
生 活 品 質	生理健康	精力足夠	請問您是否覺得自己精力足夠？
		睡眠品質	請問您是否滿意自己的睡眠品質？
		健康滿意	請問您是否滿意自己的健康狀況？
	生活環境	環境品質	請問您是否滿意自己的環境品質？
		資訊便利	請問您獲得資訊的管道是否便利？
		交通便利	請問您平常的交通狀況是否便利？
	社會關係	人際關係	請問您是否滿意自己的人際關係？
		被人接納	請問你是否覺得被人接納？
		朋友支持	請問您是否獲得朋友支持？

#### 四、資料分析

本文是以 SPSS for windows 17.0 及 AMOS 17.0 統計軟體作為分析工具。首先，以 SPSS for windows 17.0 統計軟體為分析工具，採描述性統計 (descriptive statistics)，分析研究樣本生理健康、生活環境與社會關係三構面；再以 AMOS 17.0 統計軟體為分析工具，採用結構方程模式 (structural equation modeling; SEM)，依研究假設分成二個步驟加以分析：(一) 檢定研究樣本生活品質結構模型之配適度及一階與二階潛在變項之關係；(二) 比較有工作與無工作之輕度精神障礙者研究樣本，生活品質結構模型潛在變項與觀察變項之差異。



## 五、研究限制

本文僅是初步的建構輕度精神障礙者生活品質之模型，驗證有工作的輕度精神障礙者在生理健康、生活環境與社會關係三構面上有顯著的正向表現，以及進一步比較有工作與無工作之輕度精神障礙者研究樣本，生活品質結構模型之差異，雖研究結果對工作與生活品質的關係了解有一定程度的幫助，不過所建構模型完整性有限，並沒有完全討論世界衛生組織生活品質問卷（WHOQOL）所有的結構。另外，本文區域是侷限在高雄市境內（2010年五都選舉之前的高雄市），並且專門討論輕度精神障礙者，因此無法包括國內所有的精神障礙者，所以研究結果的外在推論性受到限制

## 肆、研究分析

### 一、研究樣本的生活品質題項

在 164 個輕度精神障礙者研究樣本之生活品質題項中，大多數的研究樣本在生活環境、社會關係三個構面是表示同意或是非常同意，具有正向的感受；然而在生理健康構面的意見，則呈現相對平均的感受。

表 3 研究樣本生活品質題項之次數分配表 (n=164)

題項	尺度				
	非常同意	同意	無意見	不同意	非常不同意
	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)	人數(%)
<b>生理健康</b>					
請問您是否覺得自己精力足夠？	9(5.5)	94(57.3)	6(3.7)	50(30.5)	5(3.0)
請問您是否滿意自己的睡眠品質？	8(4.9)	69(42.1)	6(3.7)	66(40.2)	15(9.1)
請問您是否滿意自己的健康狀況？	6(3.7)	61(37.2)	6(3.7)	80(48.8)	11(6.7)
<b>生活環境</b>					
請問您是否滿意自己的環境品質？	18(11.0)	113(68.9)	6(3.7)	23(14.0)	4(2.4)
請問您獲得資訊的管道是否便利？	14(8.5)	110(67.1)	9(5.5)	27(16.5)	4(2.4)
請問您平常的交通狀況是否便利？	15(9.1)	124(75.6)	8(4.9)	15(9.1)	2(1.2)
<b>社會關係</b>					
請問您是否滿意自己的人際關係？	8(4.9)	84(51.2)	7(4.3)	60(36.6)	5(3.0)
請問您是否覺得被人接納？	8(4.9)	106(64.6)	8(4.9)	35(21.3)	3(1.8)
請問您是否獲得朋友支持？	9(5.5)	108(70.1)	7(4.3)	37(22.6)	5(3.0)



在生理健康部分，表示精力足夠者有六成、表示睡眠品質良好者有四成五、表示健康滿意者有四成。僅有精力足夠部份呈現較多的正向感受，其餘在睡眠品質與健康滿意部份則呈現負向稍多的意見；在生活環境部分，環境品質滿意者高達八成、資訊便利者有七成五、交通便利者有八成五，此構面呈現偏向正向的意見；在社會關係構面，人際滿意者有八成五、自覺被人接納者有八成、朋友支持者也有八成五，此構面也呈現偏向正向的意見（請詳見表3）。

大多數的研究樣本在生活環境、社會關係三個構面多為正向感受，僅有生理健康構面呈現正負意見平均的現象。在三個構面相較之下，研究樣本在生活環境構面的正向看法最高、其次是社會關係構面，而生理健康構面呈現相對較弱，尤其是對自己的健康滿意這項僅有四成滿意。

## 二、研究樣本的生活品質模型

有關模型適合度的評鑑，主要從基本的適合標準(preliminary fit criteria)、整體模型適合度(overall model fit)及模型內在結構適合度(fit of internal structure of model)三方面來評鑑(Bagozzi & Yi, 1988)。整體模型適合度(如 NFI、CFI、IFI、RFI 等)在評鑑整個模型與觀察資料的適合程度，可以說是模型的外在品質，而模型內在結構適合度在評量模型內估計參數的顯著程度以及各指標及潛在變項的信度等，可以說是模型的內在品質。在本文中除考慮模型的外在品質之外，也會考量模型的內在品質。

### （一）基本適合度評鑑

模型基本適合標準有以下幾項：1.不能有負的誤差變異數（Heywood case）、或者在任何模型建構中存在者無意義的誤差變異。2.誤差變異數需達顯著水準。3.標準化係數的絕對值不能太接近1或超過1。4.不能有太大的標準誤。遵循以上四點，將不會有違犯估計（offending estimates）的情形產生(Bagozzi & Yi, 1988)。

依據上述的標準，首先發現模型都沒有負的誤差變異，誤差變異也顯著。其次在「標準化係數的絕對值不能太接近1」的規準上，發現模型之估計參數之間相關的絕對值大都沒有太接近1，表示模型之界定並沒有太大的問題。上述檢定的結果，顯示本文所使用的測量工具有相當良好的建構效度（請詳見表4）。



表 4 模型基本配適度評鑑之參數估計表

變項代號	非標準化參數	標準誤	C. R. 值	標準化參數
<b>生理健康</b>				
精力足夠	1.000	—	—	<b>0.76</b>
睡眠品質	0.857	0.134	6.407***	<b>0.61</b>
健康滿意	0.872	0.130	6.728***	<b>0.66</b>
<b>生活環境</b>				
環境品質	1.000	—	—	<b>0.57</b>
資訊便利	1.311	0.212	6.186***	<b>0.69</b>
交通便利	1.249	0.195	6.413***	<b>0.74</b>
<b>社會關係</b>				
被人接納	1.000	—	—	<b>0.74</b>
人際滿意	1.010	0.125	8.100***	<b>0.71</b>
朋友支持	0.995	0.121	8.240***	<b>0.72</b>

\*\*\*p&lt;0.001

## (二) 模型內在結構適合度

模型內在結構適合度可由組成信度 (composite reliability, 簡稱CR) 與平均變異抽取量 (average of variance extracted, 簡稱AVE) 來評斷。組成信度是所有測量變項信度的組成, 表示構面指標的內部一致性, 信度越高則表示內部一致性越高, 此數值應大於 0.6(Fornell & Larcker, 1981)或0.7(Hair, 2010; Joreskog & Sorbom, 1996); 平均變異抽取量是計算潛在變項之測量變數對該潛在變項的變異解釋力, 若平均變異抽取量越高則表示潛在變項有越高的信度與收斂效度, 此數值應大於0.5(Fornell & Larcker, 1981; Joreskog & Sorbom, 1996)。

表 5 組成信度與平均變異抽取量

變項	標準化係數	標準化殘差	潛在變項的組成信度	平均變異抽取量
<b>生理健康</b>			0.718	0.462
精力足夠	0.76	0.4224		
睡眠品質	0.61	0.6279		
健康滿意	0.66	0.5644		
<b>生活環境</b>			0.708	0.450
資訊便利	0.57	0.6751		
交通便利	0.69	0.5239		
金錢足夠	0.74	0.4524		
<b>社會關係</b>			0.767	0.523
人際滿意	0.74	0.4524		
被人接納	0.71	0.4959		
朋友支持	0.72	0.4816		



在表 5 中，模型中九個觀察指標的標準化殘差，生理健康構面的解釋力為四至六成、生活環境構面的解釋力至少三至五成、社會關係構面的解釋力至少五成以上，此結果顯示這九個觀察指標的標準化殘差尚在可接受的範圍內。兩個潛在變項的組成信度依序為 0.718 和 0.708，也全部都合乎「需達.60 以上」的評鑑標準。最後，整體模型三個潛在變項的變異抽取量分別是 0.462、0.450 與 0.523，社會關係符合「需達.50 以上」的評鑑標準，但是生理健康、生活環境不符合「需達.50 以上」的評鑑標準。上述結果顯示本文所使用的測量工具有良好的信度，但潛在變項「生理健康」、「生活環境」的平均變異抽取量卻有稍低於 0.5 的標準，顯示模型與資料的收斂效度仍稍顯不足。

格式=Standardized estimates  
 群組=Group number 1  
 卡方值=34.657 自由度=24 卡方/自由=1.444  
 GFI=.955 AGFI=.916 RMSEA=.052

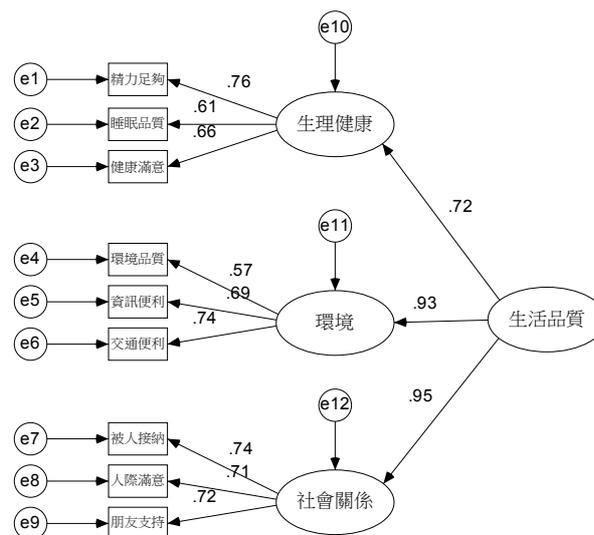


圖 2 輕度精神障礙者生活品質二階結構模型圖

### (三) 整體模型適合度

本文根據(Byrne, 2009; Hair Jr, Anderson, Tatham, & Black, 1995)的建議，以三類型的整體適合指標作為模型適合度評鑑。首先，絕對配適度指標 (absolute fit measurement) 方面，卡方考驗值  $\chi^2$  (Chi-square)：考驗假設模型符合實證資料之適合度，而  $\chi^2$  越小則適合度越好。Normed Chi-square： $\chi^2$  和自由度之比率 ( $\chi^2/df$ )小於 1.0~3.0 之間，顯示測量模型有非常好之適合度， $\leq 5.0$  是可接受的適合範圍。GFI (Goodness of Fit Index)：其值大於 0.90，則表示具有良好的適合度，越接近 1 表示模型配適度越佳。RMSEA (Root



Mean Square Error of Approximation)：平均平方誤差平方根是衡量每一個自由度之差異，通常 RMSEA 值低於 0.05 時，則表示適合度高，介於 0.05 至 0.1 時仍視為合理的適合，當 RMSEA 大於 0.1 時，表示模型配適度差。

其次，增值配適度指標 (incremental fit measurement) 方面，NFI (Normed Fit Index)：是指標準化配適度指標，其值是介於 0 與 1 之間。NFI 值越大，表示模型與資料數據的配適度越佳；NFI 值大於 0.90 時表示假設模型具有良好之適合度。CFI (Comparative Fit Index)：是將樣本大小列入計算，其值若等於 1 表示模型完全適合，等於 0 表示完全不適合。IFI (Incremental Fix Index) 是指增分配適度指標，其值是介於 0 與 1 之間。IFI 值大於 0.90 時表示假設模型具有良好之適合度。RFI (Relative Fit Index) 是指相對配適度指標，其值是介於 0 與 1 之間。RFI 值大於 0.90 時表示假設模型具有良好之適合度。

最後，在精簡配適度指標 (parsimonious fit measurement) 方面，PNFI (Parsimonious Normed Fit Index)：是 NFI 簡效比值的調整，其值需大於 0.5。PGFI (Parsimonious Goodness of Fit Index)：PGFI 的值域介於 0 與 1 之間，作為模型是否接受的標準時，一般皆採取大於 0.5 以上。

由表 6 顯示  $\chi^2$  值 (p 值) 不顯著，達到接受標準、接受虛無假設，表示樣本共變異數矩陣  $S$  與模型期望矩陣  $\Sigma(\theta)$  沒有不同。本文的模型分析中，卡方值除以 df 值為 1.444，符合模型配適度評鑑標準值。整體模型中，絕對適合指標之 GFI 為 0.955、RMSEA 為 0.052、均達模型評鑑標準；其次在相對適合指標之 NFI 為 0.930、CFI 為 0.977、IFI 為 0.977、RFI 為 0.895，大多超過接受值 0.90，僅有 RFI 為 0.895 稍弱，但也接近 0.9 的標準，整體來看意謂著模型整體表現相當優秀；再從簡效適合指標來看模型是否具備簡效性，PNFI 為 0.620、PGFI 為 0.509、PCFI 為 0.621，均超過接受值 0.5，顯示本模型被接受，並具有一定的簡效性。綜合上述，三類型指標顯示此模型的配適度可被接受。所以「假設 1：研究樣本生活品質共變異數矩陣能與模型期望矩陣相同。」獲得成立，即生活品質二階結構方程模型獲得驗證成立。



表 6 模型配適度指標考驗

配適度考驗指標	接受值	模型指標值	考驗結果
<b>絕對配適度指標 (absolute fit measurement)</b>			
$\chi^2$ 值 (p 值)	$p > 0.05$	34.657 ( $p=0.074$ )	接受
卡方值自由度比 $NC = (\chi^2/df)$	$1 < NC < 3$	1.444	接受
配適度指標 (GFI)	$> 0.90$	0.955	接受
調整後的配適度指標 (AGFI)	$> 0.90$	0.916	接受
標準化均方根殘差 (SRMR)	$< 0.05$	0.0453	接受
漸進誤差均方根 (RMSEA)	$< 0.08$	0.052	接受
HOELTER(CN)	$> 200$	203	接受
<b>增值配適度指標 (incremental fit measurement)</b>			
規範適合指標 (NFI)	$> 0.90$	0.930	接受
相對適合指標 (RFI)	$> 0.90$	0.895	不接受
增值適合指標 (IFI)	$> 0.90$	0.977	接受
Tucker-Lewis Index(TLI)	$> 0.90$	0.965	接受
比較適合指標 (CFI)	$> 0.90$	0.977	接受
<b>精簡配適度指標 (parsimonious fit measurement)</b>			
簡效適合度指標 (PGFI)	$> 0.50$	0.509	接受
簡效性已修正基準化適合度指標 (PNFI)	$> 0.50$	0.620	接受
簡效性已修正比較適合度指標 (PCFI)	$> 0.50$	0.651	接受

### 三、有工作與無工作的輕度精神障礙者之生活品質模型之比較

本節利用多群組模式分析，將模型分成有工作與無工作兩組，透過巢型模式(nested model comparison)比較結果如表 7。巢型模式比較是基於假設未設限模式(Unconstrained)為真的情況下，比較有工作與無工作兩組在各種巢型模式比較下是否有顯著差異。各種巢型模式是否有顯著差異的判準，可由 $\Delta CFI$ 的變化來判定，如果 $\Delta CFI$ 的變動大於 0.01，表示模型顯著(Byrne, 2009; Cheung & Rensvold, 2002)。

經過群組分析比較，輕度精神障礙者在有工作與無工作兩組，其生活品質上有顯著不同，有工作的輕度精神障礙者與無工作的輕度精神障礙者，其生活品質之間是存在著一些差異，所以「假設 2：有工作與無工作兩組研究樣本生活品質有明顯之差異。」獲得成立，即有工作的輕度精神障礙者與無工作的輕度精神障礙者，確實在生活品質上有不同。



表 7 多群組模式比較

模式	DF	CMIN	CFI	△CFI
未設限模式 (Unconstrained)	69	92.902	.978	--
測量模式 (Measurement weights)	6	<b>11.029</b>	.967	-0.011*
結構模式 (Structural weights)	8	<b>14.957</b>	.963	-0.015*
結構共變異模式 (Structural covariances)	9	<b>19.696</b>	.955	-0.023*
結構殘差模式 (Structural residuals)	12	<b>22.361</b>	.956	-0.022*
測量殘差模式 (Measurement residuals)	21	<b>34.462</b>	.949	-0.029*

Baseline 為未設限模式

### (一) 生理健康比較

首先，在生理健康方面，有工作的輕度精神障礙研究樣本在睡眠品質是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.64 > 0.57$ ）、在健康滿意上也是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.78 > 0.53$ ），但精力足夠程度是略低於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.70 < 0.80$ ）。

有工作者的精力與健康皆不錯；無工作者僅精力足夠，但兩者共同的特徵是睡眠品質都不好，若能改善睡眠品質，或許有更好的生理健康表現。此外，有工作者的精力略低於無工作者，有此結果可能是有工作者需要應付每天的工作，在疾病與工作的相互平衡中，或許耗損精力較多。但整體來看，有工作者的生理健康較佳。

### (二) 生活環境比較

其次，在生活環境方面，有工作的輕度精神障礙研究樣本在環境品質上是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.71 > 0.42$ ）、在資訊便利上也是略高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.68 > 0.66$ ），但交通便利程度是低於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.67 < 0.83$ ）。

有工作者的環境品質良好；無工作者居住交通便利，但兩者共同的特徵是資訊不便利，若能改善獲取資訊的便利性，或許有更好的工作機會可以社會參與。此外，有工作者的交通便利性低於無工作者，有此結果可能是有工作者的工作地點比較遠，社區附近可能沒有工作機會，以致於需要到較遠的區域工作，因此交通便利性才會較差。但整體來看，有工作者的生活環境較佳。

### (三) 社會關係比較

再次，在社會關係方面，有工作的輕度精神障礙研究樣本在人際滿意上是高於無工



作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.77 > 0.60$ ）、在朋友支持上也是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.82 > 0.63$ ），但被人接納程度是略低於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.72 < 0.78$ ）。

有工作者的被人接納程度、人際滿意度、朋友支持度良好；無工作者僅受人接納程度良好，但無實質有效的朋友支持。此外，有工作者的交被人接納程度略低於無工作者，有此結果可能是有工作者的輕度精神障礙者在工作上較不順遂，導致讓他們認為工作上的同僚較不接納他們。而無工作的輕度精神障礙者因本身尚未找到工作，求職碰壁的情況也不惶多讓，因此標準化係數也沒有比較高。但整體來看，有工作者的社會關係較佳。

#### （四）二階總體模型比較

最後，在二階總體模型方面，有工作的輕度精神障礙研究樣本在生理健康潛在變項上是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.69 > 0.53$ ）、在生活環境潛在變項上也是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.90 > 0.65$ ），但社會關係潛在變項是略低於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.81 < 0.90$ ）。這意謂著有工作的輕度精神障礙研究樣本，生活環境與社會關係是構成生活品質良好的主要因素，然而無工作的輕度精神障礙研究樣本只有社會關係潛在變項是構成生活品質良好的主要因素，而促使無工作的輕度精神障礙研究樣本想找工作的原因，或許是這股社會關係的支持力，才讓他們有想要工作的念頭。

總體來說，輕度精神障礙研究樣本，生活環境與社會關係潛在變項是構成生活品質良好的主要因素，然而生理健康方面皆呈現較弱的影響力。

### 伍、結論與研究限制

工作是評估社會參與的重要指標，也是輕度精神障礙者重返社會的必經過程，從工作中可以感受到社會支持與正常生活，進而帶來內在的滿意、增進心理幸福感。因此工作對於輕度精神障礙者除了對症狀改善有正面的意義外，也代表融入社會生活的基本條件。

輕度精神障礙者並沒有完全喪失工作能力，在藥物或給予協助下是可以有重返社會的機會。本研究以高雄市為研究區域，欲瞭解輕度慢性精神障礙者的工作與生活品質之關係，探討工作的有無是否影響到輕度精神障礙者的生活品質。首先運用生活品質的概



念來評估輕度精神障礙者的整體表現，欲瞭解其生理健康、生活環境、社會關係的現況，從整體生活品質的測量中可以瞭解到輕度精神障礙者的生活情況。而後從工作現況來分析生理健康、生活環境、社會關係的現況的群組差異，如此則可以瞭解到其重返社會的狀況。

本文的研究樣本包含兩種類型：有工作者（目前有工作者）、無工作者（身目前沒有工作，但如果現在有工作機會，可立即開始工作）之研究樣本。有工作者目前所從事之行業大多為服務業，而目前所擔任之職務，以服務工作人員、售貨員、非技術體力工占最多數。他們目前的工作，大多是親友介紹或者是自家經營而來。有工作者大多安於目前的工作職務，然而也有 13% 的受訪者主觀感受在工作上有不公平待遇，如薪資與職務安排。無工作者有 61% 的受訪者認為可以全時工作，而他們希望從事的職務類別，則以服務工作人員、售貨員、技術作業員、非技術體力工占最多數。無工作者雖然目前沒有工作，但如果政府能提供工作機會，他們可以立即工作，有 86% 的受訪者表示需要政府就業服務措施包括提供就業訊息、提供職業訓練、提供就業媒合。由這兩類研究樣本的特性來看，都是可以工作、而且對工作需求度高、需要公平待遇與工作機會的輕度精神障礙者。因此在政策建議上，如果可以給予他們工作機會與合理的對待，那麼重返社會的機會將大大提升，在社會福利政策意涵上，將輕度精神障礙者積極性的融合於社會中，比隔絕排除於社會之外還更能彰顯濟弱扶貧的福利意涵。

關於生活品質模型的差異，在二階 CFA 模型方面，有工作的輕度精神障礙研究樣本，在生理健康潛在變項上是高於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.69 > 0.53$ ），測量數據顯示，有工作的輕度精神障礙研究樣本生理健康較佳，代表工作對於輕度精神障礙者有正面的意義。此外，有工作的輕度精神障礙研究樣本，在生活環境潛在變項上也是高於無工作者（標準化係數  $0.90 > 0.65$ ），代表正向的生活環境能帶給輕度精神障礙者更大的能量來重返社會。然而有工作的輕度精神障礙研究樣本在社會關係潛在變項上是略低於無工作的輕度精神障礙研究樣本（標準化係數  $0.81 < 0.90$ ）。雖然有工作的輕度精神障礙研究樣本在標準化係數上有略低的現象，但無論工作有無，社會關係的標準化係數都很高，表示有工作與無工作的輕度精神障礙研究樣本都受到良好的社會支持。

經過結構方程模型的驗證，本文假設一成立，即研究樣本生活品質共變異數矩陣能與模型期望矩陣相同，顯示生理健康、生活環境、社會關係所構成的生活品質，的確此結構方程模型能夠成立。此外，研究進一步分析工作與生活品質的關係，以群組分析方



式驗證有無工作的模性差異，結果假設二也獲得成立，即有工作與無工作兩組研究樣本生活品質有明顯之差異，顯示有工作者在生活品質上有較好的表現。

由於問卷結構的限制，並無進一步細分更詳盡的工作類別。輕度精神障礙者工作類型不近相同（例如大樓管理員、餐飲服務員、工廠作業員等），若細分工作類別，將使類別內樣本數過少，造成統計上無法比較，這也是本文的研究限制。建議未來的研究者能從工作類型細分，並擴充訪談的樣本數，進行質性研究有助於理解輕度精神障礙者的內心世界。

## 參考文獻

- 任麗華 (2011)。影響精神障礙者就業之重要因素分析。中華心理衛生學刊，24 (1)，1-23。
- Bagozzi, R. P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the academy of marketing science*, 16(1), 74-94.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Byrne, B. M. (2009). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267-276.
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., Van Vugt, J., & Misajon, R. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: the Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 64, 159-190.
- Diener, E., & Suh, E. (2000). Measuring subjective well-being to compare the quality of life of cultures. *Culture and subjective well-being*, 3-12.
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59-62.
- Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saude Publica*, 40,



785-791.

- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50.
- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 728-742.
- Hair, J. F. (2010). *Multivariate data analysis*: Prentice Hall.
- Hair Jr, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1995). *Multivariate data analysis: with readings*: Prentice-Hall, Inc.
- Hwang, H., Liang, W., Chiu, Y., & Lin, M. (2003). Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and Ageing*, 32(6), 593.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1996). *LISREL 8 user's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Solomon, D. A., Maser, J. D., Coryell, W., Endicott, J., et al. (2008). Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of affective disorders*, 108(1-2), 49-58.
- Judge, T. A., & Watanabe, S. (1994). Individual differences in the nature of the relationship between job and life satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, 101-107.
- Lee, Y. (2008). Subjective quality of life measurement in Taipei. *Building and Environment*, 43(7), 1205-1215.
- Leung, K., Wong, W., Tay, M., Chu, M., & Ng, S. (2005). Development and validation of the interview version of the Hong Kong Chinese WHOQOL-BREF. *Quality of Life Research*, 14(5), 1413-1419.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., et al. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders:(1) acute day hospital versus admission;(2) vocational rehabilitation;(3) day hospital versus outpatient care. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 5(21), 1-75.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349.
- Min, S., Kim, K., Lee, C., Jung, Y., Suh, S., & Kim, D. (2002). Development of the Korean



- versions of WHO Quality of Life scale and WHOQOL-BREF. *Quality of Life Research*, 11(6), 593-600.
- O'Carroll, R., Smith, K., Couston, M., Cossar, J., & Hayes, P. (2000). A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Life Research*, 9(1), 121-124.
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197-2214.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., et al. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 411-417.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Schuessler, K. F., & Fisher, G. A. (1985). Quality of life research and sociology. *Annual Review of Sociology*, 11, 129-149.
- Skevington, S. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research*, 11(2), 135-144.
- Tse, S. (2002). Practice guidelines: Therapeutic interventions aimed at assisting people with bipolar affective disorder achieve their vocational goals. *Work*, 19(2), 167-179.
- Twenge, J. M., & King, L. A. (2005). A good life is a personal life: Relationship fulfillment and work fulfillment in judgments of life quality☆. *Journal of Research in Personality*, 39(3), 336-353.
- WHOQoL, S. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social science & medicine* (1982), 62(6), 1486.
- Yao, G., Chung, C., Yu, C., & Wang, J. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *Journal of the Formosan Medical Association*, 101(5), 342-351.



# Study on the Work and Quality of Life in Mild Mental Disorders:

## A Case Study of Kaohsiung City

Hua - Chin Ho

Associate Professor, Department of Social Work,  
National Pingtung University of Science and Technology  
huachin.ho@gmail.com

### Abstract

The goal of this study is to verify its model of quality of life through investigation and analysis on individuals with mild mental disorders in Kaohsiung. A group analysis is also conducted to evaluate the difference in quality of life between the work and non-work groups.

This study uses a modified WHOQOL questionnaire to collect data from individuals with mild mental disorders, and assesses the goodness of fit of the model of quality of life from three dimensions: physical health, environment, and social relationship. The results show that the model of quality of life in this study has acceptable goodness of fit. Furthermore, this study includes “work” as a variable for discussion. Through confirmatory factor analysis and structural equation modeling on group analysis, the results show that our model of quality of life has satisfactory model fit for the groups. In addition, moderate variations also exist in the modeling parameters; that is, the construct of our model of quality of life reflects the significant difference between the groups (work and non-work).

As to the three latent variables in the second-order CFA model, the sample of our study reveals that employed individuals with mild mental disorders are higher in “physical health” than the non-work group (standardized coefficient  $0.69 > 0.53$ ). Similarly, the work group has a higher coefficient than the non-work group in “environment” (standardized coefficient  $0.90 > 0.65$ ). However, the work group is lower in “social relationship” than the non-work group (standardized coefficient  $0.81 < 0.90$ ).

The findings from the sample data in this study of the quality of life of the individuals with mental disorders in Kaohsiung have not only supported the model of quality of life postulated in this study, but also confirmed that work or non-work does make a difference in the quality of life with respect to the modeling parameters in this study.

Key Words: mild mental disorder, quality of life, structural equation modeling, work, multi-group analysis

