

研究論文

協助精障者社區融合：康復之家推展 精障者社區融合經驗初探

王翊涵*

國立彰化師範大學輔導與諮商學系副教授

尚和華

嘉仁康復之家兼任社工師

中文摘要

〈聯合國障礙者權利公約〉明確指出身心障礙者應享有在社區中生活的平等權利以及與其他人同等的選擇，因此各國應採取有效和適當措施，便利身心障礙者充分享有這項權利以及充分融入和參與社區。在台灣，對於「康復之家」的管理與督導，已於每三年一次的評鑑考核加入社區融合的指標。本文即是要探討康復之家如何在執行精神復健的過程中協助精障者社區融合，特別是當台灣社會對於精障者仍存有污名時。在質性研究的取向下，本文透過立意取樣與滾雪球方式，於 2013 年 4 月至 2015 年 4 月間，共深度訪談 9 位在康復之家實際參與社區融合業務規劃與服務的專業人員。研究發現，康復之家仍面臨著社區民眾對於精障者的污名與歧視，但在評鑑指標的規範、專業人員認同精障者應如常人般在社區生活的理念、以及實務反思經驗與教育訓練下，康復之家主要規劃與執行社區融合的工作者仍盡力發展出敦親睦鄰以及社區交流活動，包括提供社區服務、辦理或參與交流活動、提供住民獨立生活訓練、促進友誼的建立與維繫、經營鄰里關係、協助住民社區就業、邀請外界進入康家或向外介紹康家等方式。依研究結果，本文形成相關建議，以做為康復之家從業人員以及未來相關政策修正或服務措施的參考依據。

關鍵字：社區融合、康復之家、精神復健機構、精神障礙者

Helping People with Mental Illness for Social Inclusion: Exploring the Experiences of Promoting Social Inclusion in Halfway Houses

Yi-Han Wang

Associate Professor, Department of Guidance & Counseling, National
Changhua University of Education

Ho-Hua Shang

Part-time Social Worker, Jia-Ren Halfway House

Abstract

“Convention on the Rights of Persons with Disabilities” has recognized the equal right of the persons with disabilities to live in the community and with choices equal to others. All nations thus shall take effective and appropriate measures to facilitate full enjoyment by persons with disabilities of this right and their full inclusion and participation in the community. In Taiwan, the promotion of social inclusion for persons with mental illness has been contained in the institution evaluation indicators, used to manage and supervise halfway houses. This paper aims to explore how the halfway houses accumulated social inclusion experiences while implementing psychiatric rehabilitation, particularly when the people with mental illness still suffer stigma and discrimination within Taiwanese society. Adapting the qualitative in-depth interview, a total of 9 halfway house professionals who actually took part in social inclusion services were recruited through purposive sampling and snowball method. Data was collected from April

2013 to April 2015. The research found that there was a lot of stigma and prejudice attached to the halfway house. However, the institution still tried the best to promote social inclusion for 3 reasons: 1) effect of the evaluation indicators; 2) the professionals' perspectives of treating people with mental illness as ordinary people who could live in community; and 3) the professionals' experiences and reflection accumulated from practical services as well as education training. Diverse methods were carried out including: providing community services, planning or encouraging interactional activities, offering independent living training for residents, promoting friendship building and maintaining, strengthening the neighborhood relationship, assisting community employment of residents, and inviting the outsiders to halfway house or leading out halfway house to the outsider. Drawing conclusions from empirical evidence, the research not only made suggestions for social inclusion practice for the halfway house professionals but also provided practical advices on future policy making.

Keywords: Social inclusion, Halfway house, Mental rehabilitation institution, People with mental illness

壹、研究背景與目的

「基隆市深美街將進駐收容精神疾病患者『康復之家』，引起當地住戶恐慌，民眾拉起布條表達不滿，他們擔心『康復之家』與深美國小相距只有幾十公尺，一旦精神疾病患者發生狀況，誰來負責？……」(簡麗春，2012)

「台南市衛生局最近核准業者在北區大興街巷內設立精神病友社區復健機構，卻遭到附近居民反對，不僅拉布條在機構旁抗議，還簽名連署打算把機構趕出社區，……安田康復之家兩個月前取得申設許可，……最近裝潢卻遭居民反彈，……居民掛起布條，寫著「堅決反對安田康復之家設立」、「學校旁邊好可怕、我不敢上學」等。……康復之家附近的吳姓住戶表示，安田一開始都偷偷摸摸，未向居民說清楚到底是什麼機構，被發現是精神機構後又態度強硬，由於過去有太多精神病患縱火及性侵的社會事件發生，才會串連抗拒。……」(修瑞瑩，2013)

自 1983 年第一個兒童發展中心遷入台北市楓橋新村開始，就陸續有身心障礙機構欲進駐社區而頻頻遭到社區民眾抗議的事件傳出(邱大昕、羅淑霞，2011)，其中精神復健機構在社區設立時更是如此，例如嘉南療養院、花蓮署立玉里醫院、台北縣康復之友協會等等。這些事件顯現出身心障礙復健機構已然成為鄰避(not in my back yard)設施之一，亦指涉出社區居民對精神疾病仍存在著深切的恐慌與疑慮，精神疾患承受著社區污名與排除。

聯合國憲章於 1969 年發表需協助身心障礙者融入社會的規定，之後於 1971 與 1975 年的聯合國大會陸續宣布〈心智障礙者權利宣言〉、〈身心障礙者權利宣言〉，強調障礙者同等公民的所有權利，督促各國採取行動保護障礙者權利。而

自 1990 年起，「社區融合」¹的概念成為身心障礙領域主要趨勢，主張障礙者生活的各個面向都應在一般的社區中進行，並強調障礙者也是社會一份子的公民權概念，其有權利參與社會生活和公共決策（周月清，2006）；並且以「國家是為全民存有」（state for all）作為障礙福利的主要宗旨，呼籲會員國之障礙相關政策必須強調社會融合（inclusion in society），促使障礙者更有尊嚴在社會生活、能主導自己的日常生活與居住模式（周月清，1993）。協助身心障礙者社區融合成為二十一世紀後各國障礙福利服務發展與提供的驅勢。

受到西方倡議概念的影響，台灣的精神醫療於 1990 年代開始提倡去機構化與社區照顧的理念，並在相關政策下，精神疾病由過去重視安置與長期住院的治療模式，逐漸轉為以社區復健模式為主，於 2007 年再次修法的〈精神衛生法〉，第一條即明確指出國家「應支持並協助病人於社區生活」的目標。依據〈精神衛生法施行細則〉第五條第一項，精神復健機構係指「能提供有關病人工作能力、工作態度、社交技巧及日常生活處理能力之復健治療，以協助病人逐漸適應家庭及社會生活之機構。」目前分有日間型精神復健機構與住宿型精神復健機構，後者即是所稱的「康復之家」（以下簡稱「康家」）。截至 2015 年底止，登記立案的康家共有 132 家，可服務人數 5,519 床（衛生福利部心理及口腔健康司，2016）。

雖然相關施行細則中並未明定康家具體的業務內容，但是從「衛生福利部 2015 年精神復健機構評鑑基準」中可以獲得服務圖像，其中第五章明確規定康家需要「結合社區資源」，包含「復健資源開發及運用：復健資源指協助住民獨立生活與社區適應有關之資源」及「社區融合：（1）辦理社區交流活動，目的

¹ 本文所指「社區融合」譯自 social inclusion，國內學者常使用「社會融合」、「社會融入」、「社會納入」或者「社區融合」等的翻譯。本文考量康復之家是設置於社區中以施行精神復健業務；加以評鑑指標亦使用「社區融合」一詞，是故本文以「社區融合」來撰寫，但在所引用文獻時則尊重原作者語句摘錄使用。

在於進行社會教育與宣導，為精神障礙去其污名，使一般民眾認識並接納住民；
(2)訓練住民服務社區如：清潔服務、資源回收、送餐服務、關懷弱勢族群等。」²研究者³為了解康家需辦理相關社區融合活動的目的，曾於 2013 年 4 月時諮詢 2 位制訂評鑑指標的委員，其表示曾有康家因收置過多住民，因此採取集中管理的方式，造成住民的日常生活需求需仰賴機構，無法達成住民在社區中自行滿足其需求的狀況，故藉由評鑑指標來促使機構能主動促進精障者與社會人士有交流互動的機會；且當前精神障礙者仍面對強大的污名，因此機構應辦理相關去污名的方案以向社會大眾進行宣導及教育。

無論是身心障礙者權益維護的國際趨勢，亦或是台灣政策的規範，做為協助精神障礙者社區復健的機構，如何協助住民社區融合已是康家責無旁貸的重要工作項目之一。然而當前台灣社會仍對精神疾病與精神復健機構存有極大污名與排擠時，有著鄰避設施壓力的康家如何促使住民與社區融合，其執行的經驗為何，此議題需要被關注與呈現，以能做為康家從業人員的參考，並能從實際經驗中形成具體建議，以為未來相關政策修正或服務措施提出的參考。統整當前有關精神復健機構或精障者社區融合的相關研究，主要焦點置於機構如何處理被社區抗爭的經驗(容怡仙, 2009; 邱大昕、羅淑霞, 2011; 謝詩華, 2012)，而部份探討康家所提供的復健服務內容中亦提及社區融合的重要性(朱淑怡, 2007; 江一平, 2009; 黃鳳嬌, 2008)。針對康家如何推展精神障礙住民與社區融合的研究較為缺乏。本研究因此形成，擬從康家中主責社區融合業務之工作人員的觀點，來探究康復之家促進精神障礙者社區融合的經驗與模式。

² 其它指標項目為：第一章：人力資源管理、第二章：空間及設施設備、第三章：復健業務之提供、第四章：具有復健服務品質之管理措施(衛生福利部心理及口腔健康司, 2015)。

³ 係指第二位研究者。

貳、文獻探討

一、身心障礙者與社區融合

社區融合概念的提出可說是相對於社會排除的概念而來。歐盟將社會排除一詞定義為「指涉多重及變遷中的因素，而導致人們被自現代社會之正常的交換、運作及權利中而排擠」(李易駿，2006：9)。Walker (1997)認為社會排除是社會成員被社會中的系統所排除出來的現象，而這些系統同時也是決定個人是否整合於社會之中，這些系統包括社會的、經濟的、政治的和文化的面向。意即社會排除的概念是在發現社會裡存在著哪些障礙和壁壘，同時強調被排除者對現存社會制度環境的適應；然而社會融合的概念則是更進一步傳達出現存的制度是需要改變(李易駿，2006)。歐盟對社會融合的定義為：「社會融合確保那些處於貧窮與社會排除風險中者，獲得機會與必要資源的過程，以充分地參與經濟、社會與文化生活，並且享受基本生活水準與福利的一個過程。社會融合確保這些人能更參與影響其生活與基本權利的決策。」(趙美盈，2012)

張恆豪、蘇峰山(2012)整理西方社會障礙歷史與脈絡，指出原本以機構化的社會隔離與控制來治療身心障礙者的主流模式，在1950、60年代時起了變化，機構非人性化的管理開始被披露。美國的身心障礙者認為國家制度否定了障礙者身為公民的權利，因此開始挑戰社會對其的排除、依賴與污名，而障礙者團體的發聲也開始逐漸展現影響力，障礙者權利運動蓬勃發展，幾項重要的概念和議題開始被提出。在60至70代最常被提及的是「正常化」(normalization)、「回歸主流」(mainstreaming)以及「自立生活運動」(independent

living movement)⁴。其中自立生活運動所追求的目標是障礙者自主與平等公民權的保障，因此必需去除環境的阻礙，提供障礙者生活上的支持。此論述隨即變成國際性的社會運動，不僅影響各國反歧視法的發展，個人福利帳戶與直接給付制度、個人助理服務、自立生活支持服務、支持障礙者自助組織等相關政策亦陸續形成。雖然自立生活運動是由行動障礙者所發起，但是主張跨障別的融合，因此心智障礙者亦含括其中。簡言之，自立生活運動重新肯定障礙者的自我選擇，主張其有爭取自己生活方式的權利。自 1990 年代以來，聯合國更以國家為全民存有 (state for all)，呼籲會員國致力障礙者福利，促使障礙者社會融合，使其更有尊嚴地在社會生活，並能主導自己的日常生活與居住模式 (周月清, 1993; 2002)。社區融合成為身心障礙者權利推展的重要方針與主流趨勢。

周月清 (2005) 將身心障礙者社會融合定義為是針對社會、教育、工作、社區活動的接納、鼓勵和參與等，意即要促進障礙者在其個人的選擇下擁有與朋友、家人的互動關係；住在鄰近社區資源的家中，與社區中的非障礙者有充份接觸的機會；有機會充分接近和參與社區活動的生活；在社區中生活，如同一般人一樣可以完全地融合並受益，包括生活、學習、工作、居住等等。這樣的融合對於障礙者具有重要意義與功能，相關研究指出，當智能障礙者從教養院移住到社區中，其在生活的滿意度、社區活動的參與或設施使用上、與家人、朋友的接觸、社區互動、以及選擇自決的機會等都大幅地提升，不但生活上有更多的自我選擇，提升了生活品質、也增進自主性及獨立技巧，並和一般人一樣有機會貢獻社區 (周月清, 2002)。

⁴ 衛生福利部 2014 年精神復健機構評鑑基準中，其中一項指標為「獨立生活訓練」，此與西方「自立生活運動」的英文相同，雖然兩者在精神與概念上是相似的，但仍有程度上的差異：台灣對於精神復健機構所指之獨立生活功能或訓練較偏重於住民本身自我照顧能力上的培養和訓練，而西方「自立生活」主要強調尊重身心障礙者自主、自我決定在社區中生活的方式。

然而，當身心障礙者居住於社區時是否就是表示其能夠融合於社會了？相關研究指出，雖然社區對障礙者是一個正常化的生活環境，但實際上這個環境未必是接納與友善的，障礙者與鄰里未必有互動，甚至居民可能對障礙者有傷害性的對待，因此其在社區中的生活還是可能面臨著被侵犯、被排斥、被歧視、無法結交朋友的困境（Alaszewski & Manthorpe, 1998；Evans & Murcott, 1990）。因此，為障礙者發展一個具有保護性及支持性的社區是重要的，障礙者的社區照顧不能依賴既有的鄰里網絡，而是必須重新為其開創新的社區氛圍，此環境應能對障礙者提供全方面的支持，除了有形和實務性的支持之外，還需包括社會的、文化的、以及心理的支持（Abrahan, 1989）。

二、促進精神障礙者社區融合之探討

英國之社會排除專責單位（Social Exclusion Unit）於 2004 年「心理健康與社會排除」（Mental Health and Social Exclusion）報告中指出，精神疾病會引發一個遭受社會排除的惡性循環，不但會使患者因為疾病而面臨失業、責難、無家可歸及健康狀態不良的情況，還會因為污名及歧視而面臨社會排除。由於精神疾病的污名，使得大眾對精障者產生害怕、排斥及歧視的負向態度及信念，也因為污名，精障者易將大眾的態度內化，形成對自身的恥辱或困窘感，造成隱藏疾病症狀以致阻礙尋求治療及復元機會；污名也增加精障者的壓力而增加疾病復發的可能性，同時污名也造成獲得就業、住屋等資源的阻礙，進一步影響了精障者的自尊及自我效能，產生孤立與無望的感覺；疾病污名也影響到家屬，使其產生羞愧、低自尊、不信任及關係失常。該報告指出這將形成一個封閉的循環過程，只有早期介入干預才能打破這個循環，而最需要被重視的就是

「污名及歧視」的處理。學者 Leff 與 Wanner (2006) 認為阻礙精神障礙者融入社會主要因素即是污名，精神疾病症狀、精神醫療機構將患者隔絕於社區、社會大眾對精神疾病及精神患者的刻板印象與負面態度、媒體偏頗或誇大的報導等，均是導致污名產生的原因。污名使得精障者產生無力感、經常處於貧窮和社會弱勢的位置、經常面對就業和居住上的歧視。

那麼該如何中止污名持續產生以促進精障者社區融合呢？Corrigan 和 Lundin (張葦譯, 2003) 提出三種應對策略：接觸，經常與精障者往來較不易產生污名化觀念，因此需要提供社會人士與精障者接觸的機會；教育，提供正確訊息以產生更正向態度，對精神疾病有了解的人較不易相信關於疾病的可怕傳言；抗議，針對不正確或敵視的媒體或傳播訊息內容提出抗議，以改變社會的刻板印象。Leff 與 Wanner (2006) 歸納整理相關經驗與研究，提出促進精障者社區融合的作為可以有以下方式：(一) 由精障者與專業人員共同合作來教導大眾，透過教育來改變公眾的態度。改變醫院社區精神科服務的政策，也有助於減少污名。(二) 協助精障者克服社會和職業障礙，透過就業來解決貧窮與社交網絡問題。(三) 選擇最佳用藥方式，增加認知行為方法來控制妄想和幻覺的發展，並在生活情境中使用社交技巧訓練。(四) 精神醫療機構應予精障者最佳的復健設施。(五) 倡議與教育以減少大眾的恐懼和歧視。(六) 幫助精障者獲得對自己病情的掌控感，並鼓勵其參與社區活動。(七) 實證顯示工作可以幫助精障者減少復發、減低精神症狀以及提升生活品質，同時工作也改善患者的社會功能和擴展社會網絡，因此可以以工資補貼或保證就業方案來減少精障者的福利依賴，並規劃支持性就業。(八) 社會企業提供從庇護到過渡性就業不同程度工作機會與選擇。

社會排除專責單位亦於 2004 年至 2007 年間，在英國推動一個促進精障者社區融合的國家方案（National Social Inclusion Programme, NSIP）（Social Exclusion Unit, 2009）。在跨政府部門的運作模式下，結合中央部會、地方行政單位與社區的力量，致力建構一個可以支持精障者社區融合的環境。這個 3 年的國家方案主要著力於七個面向：（一）社區參與：精障者不僅能在社區中獲得相關服務，亦可以就業者、學生、志工、教師、照顧者、父母、指導者、居民等角色來積極參與在社區中。具體作法包括致力營造一個安全與彼此相互支持的環境；鼓勵心理健康服務的直接支付制度（Direct Payments），讓使用者在服務選取上有更多的選擇權和主導權；此外需將兒少與成人的心理健康服務置於國家層級來進行考量，並使其銜接關聯，讓每一個人都是彼此之間心理健康的照顧者（二）就業面向的著力，具體作法包括增加精障者的就業機會；與主要專業團體合作，包括社會照顧領域，以裝備精障者的勞動力發展；運用個別化支持性就業安置服務模式（IPS）或是結合地方相關行動團體力量，來提升精障者的工作能力；提供雇主必要的支持，使其能成為精障者就業的助力；發展心理健康覺察訓練方案，並在主要的工會團體實施。（三）提升教育與技能，具體作法為推動相關方案，像是「夥伴方案」（Partnership Programme），不僅改善精障者的學習環境，更有去污名的倡導效果，此外亦與學習與技能委員會（Learning and Skills Council）連結，讓精障者透過學習與技能的參與而得以在社會與經濟等面向上有更多的融合。（四）住宅措施的致力，具體作為是成立團體以能對住宅政策提出建議，並與相關政府單位合作，以催生符應精障者住宅需求的法案。（五）藝術與文化參與助益提升精障者的正向認同，並能增加自尊、自信與社交網絡建置。因此推動藝術方案是重要的，且需與國家或在地的藝術團體合作，不僅讓心理健康議題成為藝術展演的主題，更要讓這些團體成為願

意雇用精障者的雇主。(六)領導力的培養，這指的是心理衛生相關單位或團體應能在促進精障者社區融合上展現出領導的能力，因此需要透過相關訓練方案實施、網絡互動與交流等等方式來培育其的領導功能與管理角色。(七)社區融合實踐的永續推動，包括地方性服務輸送與國家政策的齊頭並進，社區融合意識的啟發與跨部會運作模式都需持續進行。

台灣對於精障者社區融合的推動從 1990 年代開始（鄭舒文，2006），1994 年台北市與台北縣的精障者家屬自助團體開始結合起來，共同倡議爭取修改〈精神衛生法〉，其並聯合其他障別團體共同推動精神病患納入殘障福利法，1996 年後，有更多由家屬為主體的自助團體成立，積極參與倡議與修法事務。在議題操作上，康復之友聯盟每年進行反污名化系列活動，如藉由「心靈影展」來宣導精神疾病與心理衛生的正確觀念、舉辦「健心盃」來促使社區民眾與精神障礙者才藝交流競賽、以及辦理「精神障礙者及家屬教育」、「健康美」活動等。台灣精神醫學會與康復之友聯盟亦從 2012 年開始積極推廣「精神分裂症更換譯名運動」。衛生福利部即於 2014 年 5 月有所回應，正式將 Schizophrenia 的中文譯名由「精神分裂症」更名為「思覺失調症」，希望透過更換譯名，可以去除長久以來社會上對精障者的偏見與錯誤認知，也給予其一個健康、公平的治療與照護環境。而新北市慈芳關懷中心在近年開始成立去污名隊，由精障者至學校等等團體來進行本身經驗的說明和介紹，並透過書寫和歌曲創作等方式來記錄其生命經驗，讓社會大眾得以正確認識精神障礙。台灣精神復健機構發展協會自 2012 年起，每年都會辦理成功復元的經驗分享活動。台灣社會心理復健協會則從 2013 年開始推廣精障者的個別化自立生活服務，以支持精障者於社區中自立生活。

綜上所述，促進社區融合已是精障者復元的重要途徑，而促進的實踐重點在於處理污名與歧視，而台灣精神復健機構主責單位亦要求康家需要結合社區資源：其一是開發復健資源，以協助住民獨立生活與社區適應；其二是需辦理社區交流活動，以進行社會教育與宣導，為精神障礙去除污名，還需訓練住民服務社區，以能促進社區融合。然而如本文一開始所揭示的諸多社區抗議康家事件，當康家仍處於一個對精障復健機構抱持排斥與抵制的氛圍下，其如何推展協助住民社區融合的工作？運用哪些策略？在既有文獻缺乏之下，本文即以上述議題作為探究重點。

參、研究方法與資料來源

本研究以質性取向來進行，期藉由康家主責社區融合業務的工作人員的說法和經驗來了解社區融合於台灣推展的豐富圖像，且質性研究著重研究參與者對情境脈絡的描述和理解（簡春安、鄒平儀，1998），因此亦可從工作人員的經驗中理解康家是在怎樣的環境脈絡和情境中思考和執行相關社區融合的措施。

在研究目的與問題的引導下，本研究招募符合以下條件之研究參與者：曾經或現任於住宿型精神復健機構專業人員（依設置辦法規定，專業人員包含護理師、社工人員、臨床心理師、職能治療師等），於該機構服務達 6 個月以上之工作經驗，並實際參與社區融合業務規劃與服務。依立意取樣及滾雪球方式進行招募，共邀請 9 位研究參與者，需說明的是，當中有 6 位同時具有該機構專業人員與負責人的身份（請見表 1）。

表 1：研究參與者基本資料表

代號	性別	職稱	精神醫療年資	專業背景	機構屬性	成立年數	機構位置	區域形態	機構形態	服務人數
F1	女	負責人	20 年以上	護理	私立機構	2-5 年	北部	住商混合	獨棟公寓	29
M1	男	兼任社工	10 年	社工	私立機構 1 私立機構 2	2-5 年 2-5 年	北部	住商混合 住商混合	華廈 華廈	29 29
F2	女	負責人	20 年以上	護理	私立機構	6-7 年	北部	傳統社區	公寓	29
F3	女	負責人	20 年	護理	私立機構	1 年	北部	住商混合	新市鎮華廈	43
F4	女	專任社工	0.5 年	社工	私立機構	1 年	北部	住商混合	新市鎮華廈	43
F5	女	負責人	20 年以上	護理	私立機構	6-10 年	北部	傳統社區	獨棟公寓	40
F6	女	負責人	18 年	社工	公立醫院附設	10 年以上	南部	傳統社區	獨立區域	40
F7	女	負責人	20 年	護理	私立機構	6-10 年	北部	住商混合	華廈	20
F8	女	負責人	5 年	護理	私立醫院附設	2-5 年	北部	傳統社區	公寓	18

本研究以「半結構深度訪談」來進行資料收集。進行訪談前先將訪談大綱以書面或電子郵件傳給研究參與者，在一對一的訪談進行時大致依循訪談大綱，但會依研究參與者意願加入其他相關內容或研究者當下判斷與議題有關的延伸資料。每次訪談時間約 60-90 分鐘，訪談地點以研究參與者便利為主，並在其同意下進行全程錄音。所有研究參與者均接受過兩次面對面訪談，不過在初步資料分析後發現有未蒐集完整的資料，因此再徵詢 7 位研究參與者的同意進行電話訪談，整個訪談於 2013 年 4 月至 2015 年 4 月間完成。

資料分析依以下步驟進行：

- 一、將錄音檔案轉成逐字稿。
- 二、研究者重覆檢閱後依研究主題切割及摘要主題重點。

三、將逐字稿依主題加以分類。

四、統整研究參與者檔案作同質及異質分析，並予以概念化名稱和歸納性分析。

五、將研究參與者所表達的內容列出以作印證。

本研究資料的整理分析為一層層概念化的歷程，以研究參與者的訪談資料為基礎，依各主題分類後統整和歸納，以求真切及深入的理解研究參與者在當前社會環境脈絡執行協助住民社區融合的經驗。在保密原則下，本文對於研究參與者的身份均以匿名方式處理。

肆、研究發現

一、康復之家推展精障者社區融合的方式

依據研究參與者的經驗，康家推展精障者社區融合的方式共有 7 類，包括提供社區服務、辦理或參與交流活動、提供住民獨立生活訓練、促進友誼的建立與維繫、經營鄰里關係、協助住民社區就業、以及邀請外界進入康家或向外介紹康家。詳述如下。

（一）提供社區服務

社區服務是文獻中經常提出的社區融合方式之一，本文所有研究參與者均提及了以社區服務的方法來推展住民的社區融合，包括：1. 提供社區清潔服務，像是定期清掃社區公共空間的垃圾，或是颱風過後的落葉清掃與水溝淤積清除；2. 參與社區資源回收活動；3. 關懷弱勢，主要是帶領住民至老人照顧中心或其他身心障礙機構來提供關懷協助，像是推輪椅、玩活動等；4. 送餐服務，

與社區關懷據點合作進行老送餐活動；以及 5. 協助農務，即運用康家內直住民人數眾多的優勢來協助在地務農居民拔草、整地等工作。例如：

我們有到一間照顧中心...他們一次大概會有十幾部輪椅，...然後我們的住民就是固定在每個禮拜五，推輪椅到社區公園去曬太陽的時候協助他們，一位住民推一部輪椅。(F2)

他們一家三口，那我們一下去就是 2、30 人，那一整地很多畝，我們馬上就整好了...因為我們人多，人多的話像拔草，我們就比他們快。(F5)

值得注意的是，社區服務的內涵都是以勞力為主的型態，清潔與資源回收為最大宗，此外康家會考量其所在位置的環境特色與持有的資源來選擇合適的服務項目。例如 M1 表示其所服務的康家內有工作人員擔任社區住宅管委會會長或主委等角色，因此得以承包公共區域的清潔維護：

我們去擔任社區裡面的管委會會長，管委會委員、主委，用這樣的方式處理很多公共事務，.....例如頂樓是停車場的清潔工作。(M1)

而 F1 與 F8 所服務的康家因為鄰近社區內的某宗教團體資源回收站，所以資源回收成為其社區服務的重點，並已維持數年之久：

那個站就是收這個里資源回收的東西，那○○里大部分都是商家，像我們已經進去商場裡面，幫他們把那些要回收的東西用拉車拉出來，一個禮拜要拉好幾車，甚至於好幾個商場...很辛苦，那但是也很多年了。(F1)

我們已經持續參與我們隔壁○○里的慈濟環保志工的活動，從 98 年開始就一直參加...現在就變成每個禮拜三都去做環保志工的參與。(F8)

(二) 辦理或參與交流活動

此部分主要有三種形式：讓住民參與主管機關所舉辦的大型社區活動，例如園遊會、國際身障日，以此來與社區民眾互動；還有鼓勵精障者報名相關協

會所主辦的復元經驗分享，以增進社區民眾對精障者的正確認識；以及主辦或承辦地方主管機關委託的社區化教育課程，辦理心理健康講座。

康家的工作人員通常會事前帶著住民在活動前練習表演、或練習競賽活動、準備義賣東西、在旁教導住民的社交禮儀等，那因為活動都是公開而且一般人都可以參加，所以像表演及競賽等，都是我們住民和一般民眾一起玩、一起競賽，希望讓他們了解我們精神科病人是什麼樣子。(F5)

像那個國際身心障礙日每年都會有，我們都會參加，我們在場上都是很紅的、那種最強的啦啦隊！就是這樣衝來衝去，然後每次喊什麼我們就喊最大聲這樣子。真的是盡可能讓他們去經驗一般人會經驗到的。(F7)

那時候她看起來不像個病人...她在現場描述她發病的過程，讓人家看看精障者也是可以上電視侃侃而談...(F1)

(三) 提供住民獨立生活訓練

從訪談資料可以發現，工作人員認為精障者是否能社區融合和其本身的負性症狀與功能上的退步有關，因此獨立生活訓練即成為促進精障者社區融合的重要方式。有關獨立生活訓練內容，包含著重服裝儀容與個人清潔，以避免住民在社區中因為外表異常而被排斥。此外亦會提供住民人際溝通表達、金錢管理訓練、交通能力等的訓練。

因為他們獨立生活功能很好，可能出去外面，他們立刻就是融入人群裡面嘛！那我會希望他們服裝儀容一定要整齊，頭髮要梳理乾淨...所以最先我就是先要求人身清潔。(F2)

如果說你在旁邊聽到說一些比較不恰當的言談或舉動的時候，我會等他們進來以後，我再跟他們講那些不恰當的，我們跟人家講話的時候，應該注意那些事情...(F5)

為能達到社區融合的目的，針對精障者的獨立生活訓練會經常與社區裡的活動結合，像是大型園遊會、藝文活動課程、健康教育、跳蚤市場與二手市集、競賽活動、清潔打掃或烹飪活動、運動社課程、合唱團訓練、國內外旅遊、製作義賣、參訪庇護工廠或企業廠商等，以能訓練住民獨立生活能力，並促進其與社區內的人、事、物互動。以研究參與者 F5 為例，其指出在鼓勵住民參與社區活動時，一開始由康復之家主導安排不同模式的社區活動，再導向鼓勵住民提出關於社區活動的方向和規劃，強化住民的自主性和主動參與的能力。

那我們就會公告給大家看，他們有興趣的就會跟我談，看怎麼樣的交通狀況，怎麼去啦、時間啦、練習啦、器材啦，然後商量看看怎麼討論，看怎麼想辦法讓他們先練習再去比賽...。(F5)

(四) 促進友誼的建立與維繫

疾病的過程常常讓患者經歷各種失落，特別是當個體需要持續性的醫療或社會照顧時，無論是面對身體或認知功能的障礙，或者因為照顧需求而遷移、和重要他人分離，以及中斷與至親好友的聯繫等，這些都會使得患者容易感到長期的孤寂與憂鬱。而精障者更常因為症狀或藥物副作用干擾其與他人的互動，容易因為情感的易脆弱性，在社交活動時對社交互動或壓力反應較為敏感，而造成人際關係上出現退縮、不易溝通或言行舉止不適當的現象，進而少有機會與人建立長久性友誼（施雅雯、王瓊瑤、楊子慧、謝佳容，2009）。因此促進住民建立和維繫友誼即是推展精障者社區融合的重要方式之一。

通常，康家會以「橋樑」角色來推展精障者漸漸與他人建立友誼：

友誼，鼓勵他們去跟一般人互動的作為，其實我覺得隨時都在做耶、每天都在做啊！例如說你請他去買東西啊、下去可能去幫誰的忙啊...其實在社區精神障礙者還是少數人哪！所以只要他有出門就會碰到跟一般人的互動

啊！那我們鼓勵他們出去自行滿足這樣...當志工或者是請志工來機構裡面服務，那間接也就建立比較長久的關係...他可能就是想要找人說話啊，或是他可能要學習某些東西，那我們盡量鼓勵他其實去參與各類的活動，那不一定只是限於開給精障團體的活動。(M1)

並對住民新建立的友誼或新的朋友往來採取主動關心的態度詢問與從旁觀察：

那因為他們的生活作息其實我們都很清楚，所以如果有陌生人來找他們，我們可能馬上會問那個人是誰？他會說那個是朋友叫什麼，在那兒認識的，他就會講...(F5)

我只是需要了解說，你今天要去那裡那你就去，那你回來就稍微關心一下，你今天做了什麼？有遇到什麼狀況之類的，那你就做討論就做整理，就這樣子...(F6)

然而在親密關係的建立與維繫上，康家工作人員的態度傾向謹慎，並有較多保護的角色出現，主要是擔心家屬的責難、擔心住民被騙或受傷會被占便宜，或擔憂住民透過性關係來換取物品與交易等。也因此，邀請住民的親密對象前來康家，或是直接介入來保護可能受利用的一方，或是與家屬共同商量，成為康家工作人員用以應對的方式。

我是不會講那麼清楚要幫你看一下啊，就是鼓勵個案說：『你把他帶來我們這邊，那我也很願意跟他做朋友啊！』那我覺得因為個案有時候他的想法可能會比較單純一點，或者是就是比較比較沒有考慮那麼多，可是我們又會覺得社會裡面好像還是有一些陷阱嘛！（F8）

那實質上他們進到機構，他真的對某一些有興趣的時候，我不會去攔他，我覺得那也是自然而然情境下的人際互動，因為人際關係也是他學習的層

面...重點是讓家屬知道我們的立場是這樣，可是當有事情發生的時候，我不會去迴避，我還是會跟家屬談一下有這個狀況，那我們是會一起去處理的，或者預備之後下一個階段的事情，我覺得比較像是打預防針... (F6)

(五) 經營鄰里關係

本文共有 4 位研究參與者訴說其所服務的康家在立案前或立案時遭受社區的抗議，即使未遭受到抗議的康家，也會因為其他機構被抗議的新聞而採取低調的方式開始運作。若是康家曾經或是當下受到社區抗議，其服務的精障者也易感到被社區排斥的壓力。因此如何讓康家能在社區中與鄰里建立良好的關係，即變成康家促進精障者社區融合的重要前提。

研究參與者提到康家經營鄰里關係的作法有：

1. 解決鄰里的抱怨，維持有管理的樣貌：例如：

他覺得說我們機構有一些味道飄出來的，他們覺得是陳年老人家的味道。那我就是立刻針對這個問題去改善，就是安排比較愛乾淨的女性住民去住那間房間，比較有味道的住民就是挪到不會飄到他們家的位置。然後就是立刻改善他那個問題，然後他覺得很滿意。(F2)
2. 在社區中消費：即透過小額的金錢交易購買來和社區內的店家建立關係：實際居住在這裡的這群人的關係，和我們比較有互動的可能是...像自助餐店的老闆或者是說雜貨店的老闆，類似這樣子的反而比較會有往來，我覺得這個也體現了，從社區融合這件事情應該是一種互利的關係吧！(M1)
3. 主動協助鄰居或贈送小禮物：即主動幫助鄰居或贈送小禮物來建立關係，並在過程中讓社交功能良好的住民一起幫忙，或是強調所贈禮物為住民手做以強調住民的能力。

其實我們剛開始的時候，就做了大概有一千個的香茅膏，那也有分送到這邊的社區，我們就會跟他們講說這些都是我們的住民做的。(F4)

4. 鼓勵工作人員和住民主動打招呼建立關係：如：

其實這一塊其實我們還滿下了一些功夫，就是主動跟人家打招呼呀...記住他們的姓什麼呀...你就一見到他就說什麼太太你好呀...其實叫久了見面三分情，他就會慢慢跟你點個頭...然後再慢慢他就會問一下說，你們有一個人呀那他是怎樣呀？然後我們就會適時的跟他做一些澄清跟解釋... (F8)

(六) 協助住民社區就業

輔導被排除的對象進入就業市場，是所有反社會排除或社區融合的文獻中最直接提到的方式。對於精障者也不例外，就業不但直接提供住民經濟來源，更能夠提供住民擴展其友誼與社會支持網絡 (Leff & Wanner, 2006)。在協助住民就業上，康家多以個別輔導而非團體促進的方式，像是已經有工作經驗的住民會自行外出尋找工作機會，康家工作人員則在背後給予支持；或是轉介有就業意願的住民職業重建資源，請職業重建個案管理員或就服員提供進一步的就業服務，並在住民就業後密切聯絡，共同輔導住民的工作適應與問題解決；亦或陪同住民一同看報紙找工作，或是聯繫以往曾經合作的雇主廠商來媒合工作，直接輔導住民就業。研究參與者表示，對於已就業的住民予以長期不斷的支持和鼓勵是很重要的，以能協助其維持住在社區的工作。

那每天跟他會談的過程裡面就是：「我不想做了，我要離職！」我幾乎就是為了他，每天等著跟他會談，這樣談了一年半。...我當然是設計了很多方案讓他繼續做啦！其中有最大的說服力是說：「你的勞保年資快到了，你再撐個一、兩年，就可以領退休金。」只有一定要撐這句話對他來講是最管用，那去年我在看到他還有在做。...我是覺得還不錯啦！(F1)

(七) 邀請外界進入康家或向外介紹康家

研究參與者表示，讓外界人士直接進入到康家，實際看到精障者生活的樣貌，是讓外界認識精障者以及去除污名的重要方式。不過若是來訪的人士對康家住民造成負面影響時，將此議題帶入康家住民內部的會議是需要的，以做為學習人際互動的題材。

那也有過他們進來之後，就發現他還是會有一般的人際衝突，...那這個就要回到我們的康家的生活討論會裡面，或者是社區生活適應的會議的團體裡面去討論大家的意見跟看法。原則上都還是一樣是希望他們是可以去從這個過程去學習，怎麼去人際互動跟處理那個衝突，而不是導向我們要或不要居民進來。(F6)

二、促使精障者「有效」社區融合的策略

本文發現，康家在推動精障者參與社區服務、參與社區交流活動、提供獨立生活訓練、促進友誼建立與維繫、經營鄰里關係、協助住民社區就業等業務工作時，需要運用一些策略或手法，以能實踐社區融合的目的。例如在進行社區服務時，工作人員需要篩選「適合」的住民參與，以能「有效」達到社區服務的目標：

我們要篩選啊！首先就是可能認知功能要可以的，然後有勞動能力的。因為有一些個案是不適合這樣子的勞動，那認知不清楚的住民會不知道在從事什麼活動... (F2)

此外工作人員扮演很重要的角色，除了要教導住民社區服務的技巧，亦需要一同參與這些活動，工作人員要在現場才能掌握現場狀況，以了解他人的抱

怨然後進行改善。且工作人員在場會確保一定的品質和效率，減少被社區拒絕的狀況。在帶領的過程中，工作人員亦向社區民眾示範如何與精障者互動，協助精障者呈現本身擁有的能力和優勢。

我覺得這個是非常重要的，一個橋樑是不能斷的，我會不知道住民的表現怎麼樣？人家會埋怨什麼？哪一天誤會而斷了！所以我堅持工作人員一定要陪，一定要在現場...」(F1)

在這互動當中，就有機會去知道其實這些人不是想得那樣，他們可能認知上面有一些人是比較差的，可是有些還是聽得懂的...而且妳會發現他們好聽老師的話喔！老師跟他講這個，然後他們就會一直做這個。」(F7)

無論是「篩選『適合』的住民參與」或是工作人員對於需與住民「一起出現」的強調，道出的其實是康家在辦理社區融合業務的擔心與焦慮，此擔憂來自於康家知道社區居民對於精障者的污名想法，如同一位研究參與者所言：「社會大眾已經不太接受我們的住民了，現在我們讓我們的住民去社區掃地或是幹嘛的，如果做的不好，或是出了錯，大家不是會更不接受嗎？」既有文獻指出精障者欲融入社會的主要阻礙因素即是污名 (Leff & Warner, 2006; Social Exclusion Unit, 2004; 張作貞, 2007)，此論述亦在本文獲得驗證。

除了運用「篩選」與「一起工作」的策略，在社區融合活動進行的過程中，康家工作人員經常需要提供鼓勵，並需說明社區服務的正面價值，以及需要使用獎勵的方式來促使住民持續地參加，像是口頭稱讚以及獎品等。

例如做資源回收的活動，就是要一直教育他們這真的是件有意義的事，回饋社會的事...雖然整個過程是很無趣的，那你把它們講的很有意義，他們就會說：「哇!真的很棒，我做了一件了不起的事情。」(F2)

他回來的時候，我們就會給獎勵請他們喝飲料，或我們會累積啊，他們表

現好，我們可能就是有些活動沒辦法讓全部人參與，我們就會讓這些人去，這也是獎勵... (F4)

此外結合社會相關資源來舉辦交流活動亦是重要的，如：

因為我們有請來了一些帶來增加陽光積極面的力量的樂團或是活動表演，就有很多來看熱鬧的人，也有兩旁的住家，他們就倚在窗戶旁邊看著這個表演。我覺得那是一個蠻好的經驗，尤其是看到他們的表情是愉快的。...還有我們請各個機構展現他們的優勢啊！...像孫媽媽工作坊，他們汽球做得很好，所以後來要收的時候，就有一些住民或是附近居民、小朋友，他會來要這些汽球，我覺得這就是一個很好的互動。讓別人看到我們也可以給別人一些什麼東西。」(M1)

由康家所使用的策略看來，可知要使精障者能與社區互動與交流是需要規劃的，無法期待其會自然發生，且精障者需要更多的支持與陪伴。且不容忽視的是，康家在推展社區融合時確實需要顧慮社區居民的感受與想法，而這也反映出社區對於精神障礙疾患的污名脈絡，即使國際趨勢與台灣本土身心障礙政策已明訂社區融合的主軸，然作為社區在地的精神復健機構，康家仍需運用相關策略與方法來突破社區民眾對於精障者的污名與排除。

三、康復之家推展精障者社區融合的緣由

細探康家主責社區融合工作者執行相關活動與方案的背後緣由，可以發現三個重要的影響因素：評鑑指標的規範、專業人員之理念認同、以及實務反思經驗和教育訓練。

評鑑指標的規範對於康家為何要推展社區融合的影響是很直接的，

最開始都是因為要評鑑嘛！評鑑要需要這些資源，所以我們就去了...當初用意就是讓社區肯定我們，我們還是有用的人，可以幫你們把環境用的很整齊，可以回饋社會... (F2)

其實一個標準嘛，讓我們去奉行也很好，我覺得大家都可以有一個依據啦...那業者其實真的有良莠不齊，你最起碼可以讓導正他們有一些方向。
(F1)

曾淑惠（2001）曾指出，評鑑的目的在於決定方案的目標是否達成、證明方案的效能、判斷方案的優缺點、以及提供訊息以幫助重要決策。從本文發現，將社區融合納入康家的評鑑指標中，確實發揮了「提供訊息以幫助重要決策」的功能。

雖然評鑑指標的存在促使了康家必須推展精障者社區融合的相關活動與方案，但卻非唯一驅力來源，本文發現這些主責的專業人員對於精障者應如常人一般在社區生活的認同理念，有著更重要的影響力。當問及「社區融合」的概念是什麼時，幾乎所有研究參與者都認為居住於康家的精障者，其復健目標在於回歸社區，所以其應如一般人，擁有在社區裡過著常人生活的權利。意即一般人做什麼，精障者在社區就能做什麼。所以康家即是要提供精障者類似常人家庭般的環境，提供住民進行精神復健的居住型復健設施。

我現在的想法是，做為一個人應該要融合的，就是精障者要融合的部份，我們平常在做什麼事、要參與所有的事項、要去做所有的事情，就是精障者要做的事情...我們一般人應該要會做的事情，就應該鼓勵精障者去做。
(F1)

社區融合是，如果我們期待住民在社區裡面生活，那他們可以像一般人一樣比如說他可以上街去購物，去辦他應該要辦的事情，就好像生活在家裡

一樣，那可是他今天是住在機構，他又可以做到像在家一樣... (F3)

我們的精障朋友真的跟我們沒有什麼兩樣啊！所以我們可以在社區裡面這樣子過生活，那我想要做的就是我要讓他可以跟我一樣嘛，就是跟我一樣很自在的居住在社區裡頭，所以這個法很單純。(F7)

除了認同精障者擁有常人生活的權利，研究參與者亦強調精障者在社區中生活需要被接納與免於被歧視：

我覺得它（社區融合）包括接納啊...對啊，就這樣說我可能就這樣講，讓他很自在的去運用社區裡的這些資源，然後不會被拒絕。(F7)

他就是能夠非常自在跟舒服的在這個社區裡面做一些常規的事情啦...而沒有受到別人的限制或歧視。(F8)

相關學者指出在促進精障者社區融合時，精神衛生工作人員的態度有著舉足輕重的角色（李易駿、林麗瑞、陳荻芬，2014）。精神衛生工作人員必需視精神障礙案主為公民，去思考其因為精神疾病在社會被消權的狀態，只有當個體被視為對社會是有貢獻的時後，才能真正達到社會融合。因此促進融合最重要的開始，就是工作人員能將精障者視為常人，具有充份的公民權利。工作者應視精障者為有尊嚴的人，所有的評估和服務計劃都需要納入精障者的聲音，以能從其受到污名、歧視的經驗、被社會排除的感受，及其對社會融合的希望和期盼來著手。工作人員必需能信任精障者且並賦予他們權利，把精障者視為有能力而非被動的照顧接收者個體。本文研究參與者認同精障者需擁有在社區中過著常人生活與不受歧視的權利，也因此康家並非僅是被動受到評鑑的要求而推展社區融合活動，帶領住民提供社區服務、辦理或參與交流活動、提供住民獨立生活訓練、促進友誼的建立與維繫、經營鄰里關係、協助住民社區就業、以及邀請外界進入康家或向外介紹康家等方案的推展，其實也是種「責任」與「必須做」的事。

認同精障者應如常人般在社區生活的社區融合概念，其實積累形塑於工作人員在相關領域的工作經驗。本研究多數研究參與者在進入康家工作前都有多年在精神醫療單位的工作經驗，而整體精神醫療轉變朝向去機構化的脈絡、以及衛生署自 2004 年起依「精神復健設置管理辦法」規定專業人員每年必需參加教育訓練，都影響實務工作者對於精障者的社區融合的態度與實踐。

其實在那個年代，精神病患的管理還是比較制式化的，然後慢慢的我覺得這二三十年，慢慢看到說精神醫療的變化...很多資訊會進來呀，去機構化...然後開始講求人性化...，如果開始講求人性化，那我們不是應該期待他們就像一般人可以生活在社區嗎？(F3)

衛生署不是逼我們每年 36 個小時嗎？...我早年在醫院的經驗就是，我會覺得他們是比我低的層次的人，但是現在我就不會這樣子想，我現在社區會覺得他跟我是一樣的...我覺得是教育的影響...(F2)

亦有研究參與者提及其對於協助精障者社區融合的理念與方法是從實務工作中和康家住民的互動過程中學習和反思而來，同時也隨著實務的過程累積出更清楚的理念：

他以前是醫生，他說：「...妳覺得我一定要工作嗎？」這句話就把我打醒了...原來住民住在康家裡面，找工作是社區融合的一個面向，不找工作那怎麼安排休閒活動，我從那裡才開始建立到，原來社區融合，他走出去多接觸人群，不要在機構裡面太退縮，提高他生活品質也是一個面向...有幾個住民常常在跟我討論想工作，所以那時候我很努力開發一些機會，慢慢從找工作去做一些連結，然後整個康家的經營模式才慢慢有自己的想法出來...妳因為知道住民的需求，然後去做這些事，可是做了這些事情也讓我的理念更清楚。(F1)

伍、結論與建議

社區融合推展已是當前精神障礙復健機構重要任務之一，然而台灣對於此議題的著墨甚少，在質性研究取向下，本文探究 9 位研究參與者於康復之家推展精障者社區融合的經驗，期能針對相關單位與實務工作者在協助精障者社區融合上提出具體建議，以促進精障者的福祉與權益。

研究發現，呼應著既有文獻指出阻礙精障者社區融合的主要因素是污名與偏見 (Leff & Warner, 2006; Social Exclusion Unit, 2004; 張作貞, 2007)，康復之家在推動住民社區融合時，確實需要考量社區民眾對於精障者的污名與歧視，因此在其推動的過程中，篩選「適合」的住民參與；不斷鼓勵與獎勵住民，以能使其持續地參與社區融合活動；工作人員要教導住民社區服務的技巧，亦要一同參與這些活動；以及結合社會相關資源來舉辦交流活動，這些策略的運用是重要的。雖然存在著污名與歧視的脈絡，本文發現康復之家主要規劃與執行社區融合的工作者仍盡力發展出敦親睦鄰以及社區交流活動，包括提供社區服務、辦理或參與交流活動、提供住民獨立生活訓練、促進友誼的建立與維繫、經營鄰里關係、協助住民社區就業、邀請外界進入康家或向外介紹康家等，這些方式成為精障者得以社區融合的重要管道與機會。康復之家的活動辦理符應了 Corrigan 與 Lundin (張葦譯, 2003) 兩位學者所提的「接觸」與「教育」的應對策略。再細探康復之家推展精障者社區融合的緣由，可以發現其的規劃與執行著實與評鑑指標規範、主責人員從過去服務中所積累的實務反思經驗以及接受的教育訓練、還有這些專業人員是否認同精障者應如常人般在社區生活的社區融合概念息息相關。

依據上述研究結果，本文對於實務工作者、主管機關以及未來研究做出以下建議：

一、對實務工作者的建議：

- (一) 當前康家推展社區融合時仍較以住民本身的參與為規劃重點，對於社區污名與歧視的去除較少觸及。然而相關文獻已指出消除社會環境的障礙對於精障者社區融合是相當重要的一環，因此本文建議康家應針對社會機制與制度的不友善層面來進行回應，也就是說除了對精障者個人充權之外，康家也需要開始規劃與發展相關方案，以針對不友善的結構面進行充權，例如：可與社區的倡議團體或組織進行合作，鼓勵工作人員與住民都能積極地參與相關倡議活動。

二、對主管機關的建議：

- (一) 對於康家從業人員的在職教育課程，應多開設能培育工作人員發展以精障者為主體的理念課程為主，並要引領工作人員認識與了解阻礙精障者社區融合的結構面向因素，以能增益康家在規劃與執行社區融合的能力，並有效保障精障者的權利，改善精障者的弱勢處境。
- (二) 主管單位應提供更多康家推展社區融合的成功經驗，以做為康家從業人員學習和參考，使實務工作者能更了解社區融合業務中可執行的方向和內容。

(三) 社區融合評鑑指標確實對於康家在推展社區融合上有重要影響，因此本文建議主管機關除了聽取專家學者意見之外，未來可以納入康家從業人員與住民的心聲，以使評鑑指標更符合實務狀況，並真正落實尊重住民自主選擇與決定的目的。

三、對未來研究的建議

由於社區融合的效益有很大層面是來自於精障者本身的主觀感受，如心理融合以及與重要關係者的深度等，因此建議未來研究可以精障者為研究主體，了解其在參與康家社區融合的推展活動中的感受和經驗，甚或是可以精障者為主體來探討其對於社區融合參與的經驗、想法與建議。此外研究參與者所處的脈絡是影響其觀點和意見的重要參考依據，本文資料收集場域集中在北部，且接受訪談者的專業背景為社工與護理，因此建議未來研究可以其他地區為研究場域，並廣泛收集來自不同背景者的經驗，以豐富台灣精神復健機構推展精障者社區融合的經驗樣貌。

參考書目

- 朱淑怡 (2007)。《康復之家精障者的復元內涵探討》。臺北：國立臺灣大學社會工作學研究所碩士論文。
- 江一平 (2009)。《康復之家社區精神復健服務之研究》。南投：國立暨南國際大學社會政策與社會工作研究所碩士論文。
- 李易駿 (2006)。〈社會排除：流行或挑戰〉。《社會政策與社會工作學刊》，10 (1)，1-47。
- 李易駿、林麗瑞、陳荻芬 (2014)。〈社區復健與社會企業：精神障礙者清潔工作隊案例分析〉。《靜宜人文社會學報》，8 (3)，1-32。
- 周月清 (1993)。〈發展二十一世紀智障「包含於」正常人生活的服務工作。第十一屆亞洲智障者國際會議與會心得〉。《社區發展》，64，199-202。
- 周月清 (2002)。〈成年心智障礙者社區居住－從教養院搬到社區獨立生活臺灣與美國經驗〉。《社區發展季刊》，79，227-247。
- 周月清 (2005)。〈發展智能障礙者社區居住與生活：美英兩國探討比較〉。《社會政策與社會工作學刊》，9 (2)，139-196。
- 周月清 (2006)。〈現行居住政策檢視－以推動智能障礙者社區居住與生活為例〉。《東吳社會工作學報》，15，155-189。
- 邱大昕、羅淑霞 (2011)。〈鄰避與被鄰避：身心障礙機構與設施抗爭處理經驗之研究〉。《社會政策與社會工作學刊》，15 (1)，167-198。
- 施雅雯、王瓊瑤、楊子慧、謝佳容 (2009)。〈探討精神康復之家中消費者的照顧需求〉。《精神衛生護理雜誌》，4 (1)，19-28。
- 修瑞瑩 (2013)。《精神病復健機構居民連署反對》。資料檢索日期：2015.10.25。

網址：<https://news.housefun.com.tw/news/article/29426030146.html>。

容怡仙 (2009)。《從排斥到接納?台北市樟新社區與一壽重殘照顧中心之互動研究》。臺北：國立政治大學社會行政與社會工作研究所碩士論文。

張作貞 (2007)。〈精神疾病烙印及抗烙印行動之對話〉。《東吳社會工作學報》，18，135-156。

張恒豪、蘇峰山 (2012)。〈第一章：西方社會障礙歷史與文化〉。見王國羽、林昭吟、張恒豪 (合編)，《障礙研究：理論與政策應用》，頁 11-41。台北：巨流。

曾淑惠 (2001)。〈CIPP 評鑑模式的辨證〉。論文發表於臺北科技大學技術及職業教育研究所 (主辦)，「技職教育新意涵國際學術研討會」(10 月 17 日)。舉辦地點：臺北科技大學。

黃鳳嬌 (2008)。《精神分裂病患排除歷程初探》。臺北：東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。

趙美盈 (2012)。〈歐盟經濟治理下社會歐洲的建構與實踐〉。論文發表於臺灣歐洲聯盟中心 (主辦)，《歐盟經濟治理研討會》(9 月 20 日)。舉辦地點：臺灣大學社會科學院國際會議廳。

衛生福利部心理及口腔健康司 (2015)。《精神復健機構評鑑基準 (住宿型 1040325) 》。資料檢索日期：2015.9.25。網址：http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMHAOH/DM1_P.aspx?f_list_no=182&fod_list_no=5104&doc_no=48867。

衛生福利部心理及口腔健康司 (2016)。《104 年 12 月底全國精神復健機構資源統計》。資料檢索日期：2016.4.8。網址：http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMHAOH/DM1_P.aspx?f_list_no=182&fod_li

[st_no=5124&doc_no=46112](#)

鄭舒文 (2006)。《精神障礙者家屬領導者參與社會運動之主體經驗》。臺北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

謝詩華 (2012)。《「新莊工作坊」的社區抗爭事件~重新看見精障者的社會排除》。臺北：輔仁大學社會工作研究所碩士論文。

簡春安、鄒平儀 (1998)。《社會工作研究法》。台北：巨流。

簡麗春 (2012)。《精神病康復之家入駐深美居民排斥》。資料檢索日期：2015.10.25。網址：

<https://tw.news.yahoo.com/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E7%97%85%E5%BA%B7%E5%BE%A9%E4%B9%8B%E5%AE%B6%E5%85%A5%E9%A7%90-%E6%B7%B1%E7%BE%8E%E5%B1%85%E6%B0%91%E6%8E%92%E6%96%A5-161503015.html>。

Abraham, C. (1989). Supporting People with a Mental Handicap in the Community: A Social Psychological Perspective. *Disability, Handicap & Society*, 4(2), 121-130.

Alaszewski, A. and Manthorpe, J. (1988). Literature Review: Decentralizing Welfare Services. *British Journal of Social Work*, 18(1), 63-74.

Corrigan, P. and Lundin, R. (原著)，張葦 (譯) (2003)。《不要叫我瘋子—還給精神障礙者人權》。台北：心靈工坊。

Evans, G. and Murcott, A. (1990). Community Care: Relationships and Control. *Disability, Handicap & Society*, 5(2), 123-135.

Leff, J. and Warner, R. (2006). *Social Inclusion of People with Mental Illness*. New York: Cambridge University Press.

Social Exclusion Unit (2004). *Mental Health and Social Exclusion*. The Office of the Deputy Prime Minister, London.

Social Exclusion Unit (2009). *Vision And Progress : Social Inclusion and Mental Health*. Available at

http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/report_vision_and_progress_en.pdf.

Walker, A. (1997). Introduction: The Strategy of Inequality. In A. Walker and C. Walker (eds), *Britain Divided: The Growth of Social Exclusion in the 1980s and 1990s*. London: Child Poverty Action Group.

