

研究論文

精神障礙者社區就業歷程之個案研究

陳菝芬*

山水居康復之家執行長

靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系碩士在職專班研究生

林麗瑞

青海醫院社工室組長

李易駿

靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系副教授

中文摘要

康復之家提供精神障礙者生活照顧、社會支持、社會參與及社區就業等專業服務，而成爲精神醫療照顧中的重要一環。本研究以某康復之家提供予精神障礙者之專業服務爲個案進行研究分析。研究發現，康復之家提供的專業服務有助於研究個案達到穩定就業及恢復生活秩序的效果，專業服務中的社會支持、社會技能訓練在精神障礙者復健就業中扮演重要的功能。最後，研究者針對專業服務歷程的專業處遇決策進行討論，並對精神障礙服務實務提出建議。

關鍵字：社區就業、精神障礙者、康復之家、社區復健、社會支持、專業服務

A Case-Study about the Employment in Community for the Mental Disability

Chiu-fen Chen

CEO of San-Shay-Ge half-way house

Graduate Student, Department of Social Work & Child Welfare,
Providence University

Li-jui Lin

Director of Social Worker Department, Ching-Hai Hospital

Yih-jiunn Lee

Associate Professor, Department of Social Work & Child Welfare,
Providence University

Abstract

The halfway houses offer caring, social support, social participation and employment service for the mental disabled who needed. The halfway houses take as an important part in mental disabled service system. A case of professional services for the mental disabled is analyzed in this research. The research findings include: 1.the professional service offered by the halfway house is function for the mental disability. 2. Social support and social interaction skill training are the most important courses for the mental disability to keep on employment. Finally, several professional service issues and suggestions are discussed by the authors.

Keywords: employment in community, the mental disability, halfway houses, psychiatric community rehabilitation, social support, professional services

壹、研究動機與目的

根據內政部統計，全臺灣罹患慢性精神病的總人數從 1996 年時的 24,324 人，至 2012 年 6 月提升為 115,392 人，增加近五倍；慢性精神病患者的醫療、復健等專業服務更形重要。

台灣的精神醫療受到美國 1970 年代興起之去機構化發展的影響，自 90 年代開始推行「社區復健方案」，亦即朝「社會復歸」之理想與模式邁進。精神疾病的預防工作於 80 年代末被列為國家醫療政策中的重點工作，並將「加強社區的精神復健」方案納入第二期醫療網計畫中（行政院衛生署，1990）。又 1995 年全民健康保險實施後，精神科醫院因應保險制度而縮減慢性病床，精神醫療服務系統在「醫院」與「住家」間新增了「康復之家」作為中途之家，提供個體生活功能與醫療復健服務，使之快速融入原來的社會，並獨立生活。

社區復健機構提供精障者多元的專業處遇服務，一方面提供醫療方面的協助；同時，也協助精障者恢復其生活，促進融入社會的生活技能。精障者由原來的醫療患者，改變其身份為顧客、居住者、參與者或是消費者與社區中的專業人員建立合作模式，一起面對生活中的各種難題，達到精障者獨立生活的目的，當然也包括其經濟方面的獨立。

對於罹患精障者而言，經濟自主的意義更為重大，在就業及經濟自主中，重建對自己的信心，也可以開啓新的生活，回歸到與一般社會大眾互動的機會。工作與就業甚至被認為對精障者具有治療性與恢復社會功能的效果（Henry and Lucca, 2004；Lehman et al. 2002）。

本文之目的在於透過協助精神障礙者復健就業的專業服務過程，分析精神障礙者就業過程中，來自專業者、家庭社區、職場同儕間的支持為何，及其就業歷程中所面對的困難，以其解決面對困難的歷程。期待可以透過研究，對精神礙者就業服務有初

步的歸納，提供專業服務者在實務中的參考，及有利於進行社區復健專業服務方案的規劃。

貳、相關文獻探討

一、精神障礙者

2007年07月11日新修正的《身心障礙者權益保障法》，於2012年07月11日開始實施，精障者在新制鑑定稱為「神經系統構造及精神、心智功能障礙」，本文為行文順暢及方便，仍以舊稱「精神障礙者」稱之。

從內政部統計指出，精障者之人數從1996年至2012年6月人數從24,324人增加為115,392人，人數增加約5倍；而就精障者占所有身心障礙者之百分比來看，在1996年為5.3%，2012年6月為10.4%，所占比例更增加了近兩倍，由此可知，精障者人數增加得非常快。

2012年7月前，精障者依據疾病在日常生活、職業與社交之影響之程度區分為四個等級（行政院衛生署，2006）：1.極重度，為職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者。2.重度，是職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維持其日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。3.中度，為職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部分監護，維持日常生活自我照顧能力者。4.輕度，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，且毋需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者。

一般來說，精神障礙者會具有一些共同的特徵（林文惠，2002）：精神病患罹病多年，病程將呈現慢性化以致影響患者身心功能，且有部分症狀是無法治癒的，如：

幻聽、缺乏現實感等普遍出現對於壓力情境敏感、挫折忍受度低、缺乏人際應對技巧、容易退縮或易與人發生衝突，需依賴家庭或機構的支持、對競爭性工作感到困難等。由於精神障礙是一種因疾病特性所導致，表現在認知思考、人際社交、溝通表達、情緒行爲、日常獨立生活、自我管理等各方面，不同程度上的退化、障礙；進而影響其認知學習、職業能力、人際相處，甚至是自我觀感。

二、社區復健對精神障礙者之服務

(一) 社區復健的定義

台灣的社區復健工作始於 1985 年衛生署所核定的「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」，「加強精神病患社區復健」爲重要的措施之一（行政院研考會，1995）。並於 1989 年衛生署所公告的「精神病患社區復健試辦計畫」讓台灣邁入社區復健的紀元（葉英堃，1996）。

又《精神衛生法》（2007 年條法）中對社區精神復健、社區治療、精神復健機構設立、強制社區治療、均有明確的規範。其中第三條將社區復健治療定義爲「係指爲協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、社交技巧、日常生活處理能力等復健治療」。又該法施行細則第五條第一項：「所謂精神復健機構，係指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」。即，社區照顧是慢性精障礙處遇的基本原則，並在提供連續性的服務中，滿足精障者醫療照顧和社區復健的需求。

對精神障礙者之社區照護乃在於達成服務連續性的目標，以滿足病患在社區生活中包括醫療照護與社區復健等之多元需求（呂淑貞，2005）。即：「幫助有精神障礙的個人增強其自主性，使他們能在最少的專業協助下，於他們所選擇的環境中過著成功且滿足的生活。」（Anthony, Cohen, Farkas and Gagne, 2002）。精神復健強調的是

協助精障者依據其選擇，成功且滿足的在社區生活，並不是只著重病情控制與管理（張富美，1997）。

（二）精神復健機構之類型與功能

行政院衛生署於 1985 年核定「醫療保健計畫—籌建醫療網計畫」，推動精神病患的社區復健工作。對於精障者的社區照護大致區分為醫療、復健、就業、長期安置四大領域，並透過日間留院、居家治療、社區復健中心、康復之家、庇護性就業（庇護工廠）、支持性就業、競爭性就業、精神護理之家／護理之家等機構類型提供專業服務（如表 1）。

表 1：精神障礙者的社區照護

| 類別 | 醫療體系 | | 復健 | | 就業 | | | 長期安置 |
|------|--|------|---|------|--------------------------------------|-------|-------|-------------|
| 項目 | 日間留院 | 居家治療 | 社區復健中心 | 康復之家 | 庇護性就業(庇護工廠) | 支持性就業 | 競爭性就業 | 精神護理之家/護理之家 |
| 對象 | 正向症狀已不明顯，但負向症狀仍存在，尚無法上班、上學，但會維持其正常作息及功能。 | | 症狀穩定，規律服用藥物，且自我控制能力佳，能安排團體、訓練人際關係、工作态度養成課程。 | | 具有工作潛能之精神障礙者，提供就業安置，並定期門診追蹤，藥物治療、復健。 | | | 需專人長期照護者。 |
| 機構 | 精神醫療機構 | | 精神復健機構 | | 就業輔導機構 | | | 社會福利機構 |
| 主管機關 | 衛政 | | 衛政 | | 勞政 | | | 衛政 社政 |

資料來源：張富美（1997）、呂淑貞（2005）

由表 1 中，可以發現就精神復健機構而言，可分為社區復健中心及康復之家，其模式之內涵包括直接協助病患處理症狀、建構理想的支持性環境與增進病患社會功能。直接協助病患處理症狀，係指預防疾病復發；建構理想的支持性環境方面，則是

要協助病患處理居住、飲食和健康照顧等基本需求，並經常與病患接觸溝通，協助他們參與社交及休閒活動，以發展社會網絡；運用技能訓練和改善環境的方式，增進病患工作、人際互動和日常生活的功能，所有的措施都是在病患生活和工作的地點進行，並且可隨時因人因地調整治療和復健方式，以求增進病患之社會功能。

而康復之家與社區復健中心其功能雖然類似，但不盡相同。兩者的差異在於社區精神復健中心通常較著重於社交技巧訓練與職業訓練，而康復之家則以提供精障者另一個居住的選擇為主，較強調獨立生活訓練（劉素芬，2011）。

康復之家就是在美國精神醫療界所稱「中途之家」之社區復健機構，亦有人稱為社區住所（Community Residence）。是 1960 年代以後隨著社區精神醫療的提倡，及促進病人的早期出院而發展出來的，主要是針對症狀穩定無須住院但無家可歸或不合適回家的病人，提供暫時性的居住場所，使病患能在回家之前，做短期或長期之居家生活訓練。對於精神科的病患而言，他們確實需要有一個機構能夠提供一系列復健活動，康復之家便應運而生。合格的康復之家一般都脫離醫療機構設置在社區裡，其配置多類型的專業人員，包含：社工師、職能治療師、護理師、專任管理人員等，使得整體的復健計畫設計與執行更貼近精障者回歸社區生活的需求。

一般而言，康復之家的人員配置包含負責人、專任管理員、社工師、護理人員、職能治療人員，各有其職責，環環相扣，使此一機構運作得宜。另外，在功能上及服務上，康復之家所提供之生活方式與訓練課程乃在於提供一個半保護性、暫時性、支持性的居住環境，在專業人員的協助與訓練下，以團體生活的方式，訓練康復病人建立自信，並培養獨力生活的能力，以幫助精神病患回歸社會為目的，希望提供長期社會照顧及各種職業活動、培養工作良好態度及工作技能，使學員能更獨立自主的面對未來的生活。是以，不只是提供了正常作息與住民分級訓練；也提供了日常功能的訓練、工作能力的訓練、體適能的訓練與維持病情穩定訓練。

三、社會支持對精神障礙者之影響

社會支持來自於人際社會的連結關係，讓人產生親密感與歸屬感，使人相信自己是受關心與被關愛的。研究發現，精障者的復原助力包括(Spaniol, Weweiorski, Gagne, and Anthony, 2002)：重要他人的支持、服藥的有效性、日常生活之支持、宗教與精神支持、醫療服務方案系統、專業人員系統、社會文化脈絡的非正式支持系統及社會信念／態度系統，是以，整體正面而向上扶持的力量對於精障者而言影響很大。但是，物質濫用、貧窮與弱勢處境、種族和發病年齡等因素，對於精障者的復原是需要留意的阻力(宋麗玉，2005)。

社會支持是一種概念，是指個體透過與其他人或團體之間的互動，而獲得家人、其他重要他人及同儕在實質上與情緒上的幫助(黃俊勳，2000)。Caplan 於 1974 年時將社會支持視為在一團體中從正式或非正式之關係中獲取在情緒精神上(emotional)、知覺上(cognitive)與物質上(material)之支持，這些都是個人在克服挫折與壓力情境過程中所需之支持來源(高迪理，1992)。

當個體長期處於壓力情境之下，對生理及心理皆會產生不利影響，不論是靠正向思考轉念(因應策略)，或尋求外界支持與協助，皆為紓解壓力調適之道，社會支持即所謂透過他人或其他團體的互動得到支持。所以，社會支持在生理及心理健康壓力的紓解與緩和扮演著重要角色，不止是具有正面的促進效應、降低損害程度，更是對於生活中各方的領域具有緩衝的功效，緩和了壓力對身心的負面影響(Thoits, 1983；李玉惠，1998；吳秋月，1999)。

社會支持的屬性可分為(汪俐君，2003)：實質面的社會支持與非實質面的社會支持；但又因為每人所感受社會支持的本質不同，所以又可大膽的將社會支持內涵歸納為下列三種類型(王朝茂，1990；吳佳賢，2002；汪俐君，2003)：情緒性支持(emotional support)、工具性支持(instrumental support)和訊息支持(informational support)。

這些支持內涵與功能雖然不盡相同，但其中互有交集。在工具性支持方面，透過他人的實際幫助，降低家庭的負荷，可從中感受到關愛與接納，此種也包含了情緒性支持的層面；同理，在訊息支持中，家庭經由他人提供訊息與建議，亦可從中感受到隸屬感、安全感和信心（汪俐君，2003；張秀媛，2005）。綜觀之，每種支持是層層緊密、環環相扣，無法單就定義而切割開。且幾乎所有的支持都涉及情緒性支持（高明珠，1998），因此，情緒性支持可說是社會支持的概念中，最為重要的因素。

單小琳（1988）也指出社會支持來源應包含：親密者、社會網絡、社會人事等。也有學者指出支持來源包含上司、同事、家人與親友（林孜孜，1987）。井敏珠（1992）則認為社會支持來源包括工作支持、家人支持、個人支持。周月清（1994）在探討受虐婦女研究時發現重要的社會支持來源分別為正式和非正式的社會支持。正式的社會支持如來自專業機構或人員，其中包括醫療系統、社會服務；非正式社會支持則來自個人社會網絡，包含家人、親朋好友等。由此可知，社會支持並不侷限於有血緣的家人，也可能是周遭的任何可以提供實質或感情上支持的人，抑或組織。

社會支持的力量在家庭剛開始面對壓力時是很重要的（Tomberg, Toomela, Pulver, and Tikk, 2005）。社會支持內容視來源的不同而有所差異。獲知診斷初期，配偶的情緒支持能讓母親承受來自公婆、親戚壓力較小（葉明莉，1994），祖父母大多提供情感、實際照顧責任、經濟支持方面（吳佳賢，2002）。正式的支持系統介入後提供相關的醫療資訊，緩衝每日教養子女帶來的口角，有助於舒緩病患健康所引發的溝通問題及照護壓力，提昇其生活滿意度。專業的幫助及社區服務對罕病疾患家庭而言是刻不容緩，可減輕照護上產生的自我否定而萌生幸福感（Gerard, Landry-Meyer, and Guzellroe, 2006）。

由此可知，社會支持不侷限在家庭體系，可能拓展至以外的系統，配偶、親朋好友、鄰居是主要支持來源，即非正式的支持系統居多，醫院的專業人員、醫療、教育、社會福利等正式支持系統不容忽視，成為家屬求助的管道。非正式支持系統雖可提供

協助，但過度的提供建議與批評，反而會造成家庭的緊張與壓力。支持系統來自不同的社會環境，形成病患家庭的社會支持網絡，若能提供質量並乘的社會支持網絡，更能提升家庭的因應能力（Tomberg et al., 2005）。

四、精神障礙者勞動狀況

（一）精神障礙者就業的重要性

就業提升了身心障礙者的成就感與自我成就，帶來的酬勞改善了身心障礙者的經濟狀況，也提供了障礙者與社會互動的機會（許素彬，2010）。研究也發現，只要透過適當的協助，身心障礙者也能從事適合他們的工作（王欣宜，1998）。

精障者也和一般人一樣，期待與人互動、或在工作中獲得成就感，並肯定自己的能力。如果條件許可，也期待能獨立謀生，成為社會上的生產者。就業也是精障者復元的關鍵因素，它所提供的不只是薪資報酬，更增加生活品質與自尊，對精神症狀有較佳的控制、降低孤立感、促進人際互動、改善問題行為的動機，進而改善家庭互動關係，獲得家庭支持（Rogers, 1995）。對於精障者，就業是「復元的表徵」，更是重返正常生活的重要指標，甚至認為精障者「更應該工作」，以擺脫依賴角色並去除社會恥辱（林文惠，2002）。也有不少研究探討那些因素預估精障者的工作成果。例如持續就業三個月與認知治療的精障者，預估其工作成果可達 91%（Susan R. McGurk, Kim T. Mueser, Alysia Pascaris, 2005）。

研究者認為中國傳統「勤勞」的價值觀及西方資本主義中強調成就、競爭與獨立的價值觀是導致精障者的重要壓力來源。林文惠（2002）於研究指出，「工作、獨立」是社會普遍的價值觀；而「人本來就要工作」此一價值觀也被精障者視為理所當然。

（二）精神障礙者之就業狀況與經驗

依據行政院勞工委員會職業訓練局資料，2009年6月的調查結果，臺灣地區 15 歲

至 64 歲精障者有 95,319 人，其中就業者 20,589 人(占 14.8%)，失業者 6,482 人(占 6.8%)，非勞動力 74,730 人(占 78.4%)。在薪資及工時方面：精神障礙受僱者多半為月薪制(占 46.6%)，日薪制(占 16.3%)，時薪制(占 13.3%)，按件計酬(占 9.3%)，雇主自營業者(占 14.5%)。受僱者平均每月薪資為 14,798 元。工作時間方面，精神障礙就業者平均每週工作 5.0 天，平均每週正常工作時數 35.7 小時，平均每週加班工時 0.7 小時。在行業別方面，精神障礙以「其他服務業」(如從事宗教、職業及類似組織、個人及家庭用品維修、洗衣、理髮及美容、殯葬服務及家事服務等)(占 15.6%) 最多，其次是「醫療保健及社會工作服務業」，占 15.2%，再其次是「製造業」，占 14.3%。

在精障者就業經驗部分，所尋找的職業也多以非技術體力工作居多，且多循非正式管道求職。而精障者心目中的「好工作」與「壞工作」也與一般社會大眾的職業評價類似，不同的是精障者對職業的評價似乎更傳統、狹隘，這可能導致他們的職業期待與新興行業無法配合(鄭雅敏，2003)。然而，工作能力下降，加上時常換工作無法累積年資，使得精障者幾乎每次工作都得從單位中最初階職位開始做起，事實上國內慢性精障者勞工普遍有低薪現象(內政部，2000)。

基於精障者主觀感受到社會的歧視及客觀上個人工作條件的不足，使得精障者在就業過程中困難重重，即使找到工作，多半隱瞞自己生病的事實，甚至不吃藥以免被揭發。精障者在就業上會遭遇的壓力包括：與工作適配性的問題(能力與薪資)、人際壓力(擔心病情復發所產生社會疏離)或者前一次就業不愉快經驗影響下一個就業決定，因為過去就業經驗與現在就業狀態是有關的(林文惠，2002)。

就工作年資來看，精障者在目前工作場所的工作年資平均為 4.9 年，比起 2005 年度的 5.2 年要來得低，顯示精障者在目前工作場所的就業穩定度要來的更低；且實際上有過半數(56.1%)的精障者工作年資未滿三年，尤其工作年資在一年以下者為 31%，比起全體身心障礙者一年以下工作年資平均的 17.5%，將近高出一倍之多。整

體而言，目前國內精障者的工作年資並不長，其多數無法持續超過三年，顯示了精障者在工作的品質與穩定性方面偏低（何華欽，2011）。

精障者多從事薪資偏低、勞動條件較差的工作，甚至其就業競爭力在身心障礙者中也有偏低現象。「工作沒有保障」是造成身心障礙勞工在職場上最大的主觀困擾問題來源（內政部，2000），對於慢性精神病患而言更是如此。

（三）精神障礙者遭遇之就業困境

1. 精神障礙者所遭遇之就業困境

依行政院勞工委員會於 2009 年所進行的調查研究資料顯示，精障者的就業比率為 13.7%，為所有障別中倒數第四低的就業人口群。影響精障者就業之重要因素分析研究中，精障者的就業是所有身心障礙者中就業率第二低的（任麗華，2011）。精障者在一般競爭性職場上的就業問題，是其在任何型態的工作職場上的基本問題反映（蘇昭如，2003）。精障者社會適應的困難有一些原因：社會烙印與恥辱感影響社會接受程度。媒體經常以「不定時炸彈」形容社區中的精障者，造成社會大眾及各個就業職場均對精障者心生恐懼，而污名化之效果使精障者被隔離在家裡或機構中，阻礙精障者回歸社會之發展。就業機會的提供，卻出現雇主不願僱用以及薪資差別待遇的困境（戴鈴容，2002）。

但是對於一精障者而言，症狀治療穩定後，重返社會、參與社會仍是最後的目的；且透過工作，社區參與對於疾病的緩解具有正面功效（何華欽，2011）。

2. 影響精神障礙者就業之因素

雖然政策上有《身心障礙者權益保障法》保障，但實務上，多數雇主不太願意僱用精障者，主要是對精障者瞭解不足，包括疾病不穩定、藥物副作用影響、缺乏就業動機及興趣、人際適應差，工作環境適應不佳、家人支持程度低、職訓職類與就業市場之差距，刻板印象讓精神疾病常被誤解，也被冠上暴力、不可控制、危險等偏見與歧視，讓精障者就業時需面對更多困難和挑戰。

從文獻中得知影響精障者就業之因素包含了精障者本身因素、雇主／同事及專業人員之影響因素，分別說明如下：

(1) 精神障礙者本身

精障者都企盼有份工作能賺錢，有個工作身分、角色與社會互動，多數精障者的現實感與自我概念不足，要獲得滿意的工作，十分困難。大多數精障者曾嘗試自行就業，但大多無法維持固定的工作。其影響因素有：功能退化導致工作困難、症狀干擾、藥物副作用、動作遲緩協調度差、體力無法勝任全職工作或出席率不高、無工作動機、應付工作壓力和人際關係的技巧不足、勞動條件不合期待、精障者從事低階、薪水少的職務，覺得投資報酬率不合而離職（高麗芷，2005；許美智，2005；楊明仁，2005；江碧純，2006；李育叔，2006；李莞葶，2006；史錫蓉，2008；吳佳音，2009；吳宜容、蘇純瑩、陸悌、林淑鈴、李佳盈、陳吟星與汪宜霈，2009；賴麗娟，2010）。

精障者想擁有一份安定滿意的工作是何等困難，沒有專長可能是其中重要的原因，而在其能力所及之就業市場所能提供之就業機會缺乏也是當前社會的困境（楊明仁，2005）。

(2) 雇主因素

雇主對精障者的觀感是影響精障者就業成功與否的重要影響因素。精障者進入職場，一旦被雇主或同事知道了病情，通常不會被錄用，或是立刻被解雇，因此，精障者長久以來被排除於勞動市場之外。根據研究中部地區企業僱用身心障礙者狀況時發現，進用身心障礙員工的雇主，以僱用肢體障礙者（72.2%）的比率最高，而精障者受僱比率則是最低的（吳秀照，2007）。另雇主在進用身心障礙者意願上，與精障者相比，多數雇主較願意僱用智能障礙者，因認為精障者不易控制情緒，影響職場安全（向虹蕙，2012）。另有研究指出雇主同事對精障者的刻板印象、疑慮與期待的落差等因素，也是造成雇主不願僱用精障者的原因（鄭雅敏，2003；許美智，2005；高麗芷，2005；江碧純，2006；李育叔，2006；李莞葶，2006；史錫蓉，2008；吳宜容等，

2009；吳佳音，2009；張鳳航、張珏與鄭雅文，2010)。

依據上述內容，影響精障者就業的因素並不完全與症狀有關，精神的障礙以及社會偏見仍嚴重影響其就業穩定。一份穩定的勞雇關係需要員工、同事及雇主的共同努力，目前企業界也是「寧聘重殘，不用精障」；精障者也經常因為社會烙印、恥辱感造成人際關係困難，而在就業過程中屢屢遭遇挫折，形成他們回歸社區的一大阻礙（邱永仁，2006）。

（3）專業人員方面

在精神障礙就業服務體系中，每一位專業人員都是重要的，每一個人各司其職、發揮所長，共同合作來為精障者服務，協助精障者在職場上能穩定就業。專業人員對於影響精障者就業因素指專業人員的態度，專業人員若能協助精障者建立人際支持，讓同事同樣瞭解精障者的情況和自己可以提供的協助，方能確保專業人員服務終止時，精障者能繼續維持工作（鄭雅敏，2003；許美智，2005）。

社會尚未完全接受精障者之前，雇主及精障者之間需要中介團體或中介人員扮演溝通協商的角色。從雇主的意見中可發現，醫療團隊的專業人員是雇主相當信賴的中介者，能大大提升雇主的僱用的意願，也是精障者持續就業的重要資源之一（鄭雅敏，2003）。

另外，家屬的支持不足與過度保護也是導致精障者無法走出社區的原因（許美智，2005；楊明仁，2005；李莞葶，2006；吳宜容等，2009）。

然而，精障者就業困難並不完全與症狀有關，社會偏見仍嚴重影響其就業穩定。精障者遭遇就業困難時大多沒法得到適度適當的幫助，也缺乏求助管道，無法解決當下的工作困境（楊明仁，2005；史錫蓉，2008）；精障者想擁有一份安定滿意的工作是何等困難，沒有專長可能是其中重要的原因，而缺乏符合其能力之就業機會及就輔員無法持續的服務等因素，也是當前的困境（楊明仁，2005）。

五、小結

綜合對相關文獻的檢視，可以發現，透過康復之家對慢性精神障礙者提供社區復健是重要的專業服務。又協助精障礙者就業是重要的復健方法，對精神障礙者而言也是關鍵性的復原及重回社會的表現。但是，協助精障者就業不但與家人、朋友的社會支持有關，更需要復健機構的專業服務。然而，目前累積的學術研究成果，多著重於影響精神障礙者就業之因素的分析，一方面較少將專業服務納入影響精障就業的分析，也沒有從專業服務內容及行動方式進行研究，突顯可以從專業服務的角度進行研究，並透過研究可以提供專業服務者實務性的參考。

參、研究方法

本研究採取個案研究（case study），研究者希望藉由訪談的過程，收集研究個案的背景資料及從社區復健到就業的經驗，從收集資料內容，發覺、分析出受訪者在精神復健機構中的就業歷程，包含其動機、信念、態度、作法與看法等。

一、研究對象

由於個案研究須深入了解受訪者之狀況，研究者須與受訪者建立關係取得信任，故採用立意取樣，由 H 康復之家推薦參與康復之家一年以上，曾經社區就業三個月以上之中度精障者一名。

二、資料收集、紀錄與分析

- (一) 觀察：研究者任職於 H 康復之家，熟悉康復之家環境與課程訓練，透過實地觀察，記錄受訪者在康復之家活動參與及同儕間相處情形，實地觀察 4 次，約 12 小時。
- (二) 訪談：針對受訪者做個別訪談，訪談 5 次，計 8 小時，及 H 康復之家社工師、職能治療師、專任管理員、職場主管進行訪談，各約 1~2 小時，訪談過程採用一邊訪談、一邊錄音，事後轉錄成逐字稿以利書寫完成。
- (三) 資料蒐集：蒐集 H 康復之家課程訓練內容及受訪者參與課程訓練、課程訓練的成效彙整。

三、有效性、可信度與倫理

為確保研究有效性，本研究採用三角交叉法，針對同一現象，使用不同資料來源（觀察、訪談、文件蒐集）及人員（社工師、職能治療師、專任管理員、職場主管）提供的資訊的聚合性，並尋找負向的證據以駁斥特殊或不一致的例子。可信度部分，為確實引用訪談內容，將訪談內容錄音轉譯成逐字稿，撰寫研究報告過程中，適時引用原始資料佐證論點以提高可信度。研究倫理部分，取得受訪者同意，而研究報告以化名呈現，以維護隱私。

肆、研究個案背景

一、精障者接受服務前概況

小美是一位眉清目秀四十多歲的一位女士，在 2011 年的二月來到康復之家。小美個性安靜，不喜歡說話，在家中排行第二，是個會擔心說錯話別人會不開心的人。國中畢業後，因為家中開工廠，幫忙家中的事業，曾經到大陸一趟，幫忙父親的事業。但又因爺爺奶奶年紀大，希望小美的父母回來，所以，祖孫三代共七人，住在一塊兒。

25 歲時，小美到卡拉 OK 店當小妹，前夫是那兒負責圍事的人，因為工作是在一起的，也因而日久生情。前夫將小美帶回家介紹給前公公認識，經過長輩的允許就結婚了。婚後，前夫一直沒有工作，也沒有收入，就靠小美在烤漆廠工作的收入，還有前公公在清潔隊當司機的收入生活。一直到生了小孩之後，前夫要求辭掉工作專心帶孩子，而等小孩約 6 歲讀幼稚園時才又外出就業。家中的小叔小姑都沒結婚，兒子女兒很多人疼；同時孩子也很乖，很懂事，尤其是女兒在小美離家前，還生活在一起的時候，還會幫小美做家事；洗碗時不夠高，會用椅子墊高；在學校的表現也非常優秀，一直拿獎狀回來，兒子好像就比較皮了一點，會擔心太早交女朋友。

31-33 歲間，小美因為發現前夫有外遇而同意離婚，但是離婚後卻無處可去。小美的母親覺得小美已經結婚，不該回到娘家，即便離婚也要夫家負責。小美不論到那個家庭都是被拒絕的，加上精神分裂症的病發，因而在外流浪。

2009 年 6 月時，經過社政單位協尋才在台中市政府衛生局（當時還是台中縣衛生局）協助下安排至 S 醫院治療，在治療的初期家人都可接受，前公公說，孩子他會幫忙帶，小美只要配合吃藥、細心療養就好。前公公則在小美入住 S 醫院的第一年，的確負起了家屬的責任，包括定期訪視、申請中低收入戶補貼住院費用等等，但後來也未再主動出現了。

小美在慢性病房時，與他人的互動仍少，多獨自行動。經醫療團隊的評估與鼓勵後，轉介小美至廚房接受復健工作訓練，訓練期間小美可在指導下完成所給予的任務，但仍未主動與他人互動。2011年10月醫療團隊評估小美適合轉介H康復之家接受獨立生活訓練。在與小美討論至H康復之家時，小美原先是拒絕，因小美表示在醫院的環境適應的不錯，到新環境會害怕，於是除了醫療團隊的鼓勵外，團隊還邀請了小美的前公公及女兒一起鼓勵小美，小美才答應嘗試看看。當時小美臉部表情平淡，言語表達簡短，對自己的情形無法明確的表達，退縮缺乏自信。

二、機構介紹

H康復之家位置設於台中市豐原區公老坪的山腳下，是依山傍水的好地方，此地民風純樸，初來設置復健機構時居民頗有微詞，但經與社區的互動、社區服務、社區消費，已能為社區居民所接受。因為地處較為幽靜的關係，社區學員在此亦能生活的快意，是一處難能尋找的清幽古地。

H康復之家服務內容：1.個人日常生活功能訓練。2.個人諮商輔導。3.職業訓練及庇護性工作資源整合。4.團體諮商輔導。5.家庭問題及人際關係之協調。6.輔導規律服藥、定期就醫。7.醫療諮詢及藥物衛教。H康復之家服務對象：1.精神症狀穩定。2.年齡在16-65歲。3.無重大內外科疾病。4.有復健潛能者。5.個案及家屬可配合機構常規者。6.有住宿需求者。

H康復之家要協助精障者處理居住、飲食和健康、人際、就業等基本需求，協助他們參與社交及休閒活動，以發展社會網絡；運用技能訓練和改善環境，增進精障者工作、人際互動和日常生活的功能，所有的措施都是在精障者生活和工作的地點進行，並且可隨時因人因地調整治療和復健方式，以求增進精障者之社會功能，使精障者能在社區自主生活。

三、機構對小美提供的服務計畫

根據 H 康復之家復健評估，小美自信心不足、社交互動能力退縮，但小美的工作動機強，機構因此依據小美的復健目標訂定執行計畫，包含：獨立生活訓練、社交技巧訓練及就業訓練三部分。

1.獨立生活訓練，包括：①正常飲食與規律作息：正常飲食保健康，規律作息，是健康的基礎，正常飲食與規律作息有助於小美良好學習的開始。②烹飪團體：烹飪過程增進小美生活自理能力。③維持病情穩定訓練。④購物訓練：學習量入為出觀念、不浪費好習慣，增進財務自我管理能力的。⑤休閒生活安排：協助小美找出可利用的空閒時間，學習壓力的抒解方式。

2.社交技巧訓練，包括：①增進社交技巧：康復之家群聚式的居住情境下，小美與同儕之間或小美與工作人員之間會有頻繁的互動往來，藉此可提升小美社交技巧能力以及同儕間相互扶持的情感。②復健討論會：與小美共同討論社區復健與適應問題，如：兩性交往，婚姻，人際關係，工作適應等問題。③讚美團體：透過團體成員間的讚美方式，肯定小美的優點和努力，增進其自信。

3. 工作訓練，包括：①庇護性工作：訓練小美的手部功能、注意力、持續度。②職業重建：模擬社會職場之工作模式，增加小美應變能力，建立適當之工作態度。③體能訓練：增進小美的體能，以應付全職的工作④支持性就業訓練，以提昇小美之職業能力與技巧，增進其就業之適應力。

伍、服務及成效分析

H 康復之家提供小美醫療照顧及各種職業能力訓練、培養小美工作態度、工作技能，訓練小美建立自信，使小美能更獨立自主的面對未來的生活。現在，小美已經找

到工作，逐漸受到職場上的工作同仁與上司的肯定。工廠的課長如此形容著：「工作上，小美剛來時真的很認真學習，她比較容易緊張，但還是能夠配合工作的要求。唯獨記憶力比較差，物品的擺放常記不住，這是比較困難的部份。現在，漸漸地有感受到小美比較自信、開朗，現在每天上班時都能主動將地掃一遍，表現的很好」。小美在 H 康復之家接受的訓練有：

一、就業訓練

為提升精障者職業功能與就業動機，會透過與社區廠商的連結，由廠商提供產品到機構內代工，庇護性工作訓練的工作內容，輔導員會將操作步驟分解成較簡化也較容易操作，產能低於一班工廠的產能，重複性的工作技能，如：穿梳子、穿電線、包裝、組裝、工作隊、電腦文書、就業準備等工作。

小美在康復之家參加的工作訓練有穿梳子、造型筒組裝以及工作隊訓練，她如此描述著：「剛到康復之家時，因為我對環境、人員都不熟，所以個管老師就先安排我留在康復之家參加穿梳子的工作訓練，等到職能老師幫我評估後會再決定如何進到下一階段所以我的穿梳子工作也維持了將近一個月才開始進階」。我現在只要社區就業回來康復之家時，還是會穿梳子打發時間順便賺一些錢」。小美的第二個進階的工作訓練是造型筒組裝，小美的職業功能仍佳，在參加工作訓練時，個管老師都給很好的評價，個管老師這樣說：「小美表現很積極，工作時又認真，能夠完成交代的事項，很有工作動機」，小美自己對造型筒組裝的心得，他如此說：「我參加了工作訓練組，直接跳到組裝，老師說我的能力可以，讓我試試看，剛開始很緊張，怕做不好，但在老師一直的教導之後，我就會造型筒組裝，我直接跳二級，我越來越不怕了，這個組裝工作我做了將近二個月」。小美在進階的工作訓練出席率高、持續力夠、工作技巧進步，所以內部轉介參加清潔工作隊訓練。

清潔工作隊是由一群精障者在輔導員的帶領下，以團隊工作的方式在各機構的辦公室、宿舍或大樓樓梯間等定點進行清潔打掃打蠟的工作，到社區機構裡直接與雇主、管理者接觸的工作。小美負責的部分是將除蠟後的地板清潔，需要非常快速的將地板用清水清潔，才能重現地板本身的色澤，否則會更髒，小美這樣說：「老師說要快一點，否則乾掉了又要重做，我記住了，熟能生巧越作越快，才能達到老師的要求，常常做一天下來就覺得很累」，小美可以很快的理解，以最嚴謹的態度來完成每項所交付的工作，對於清潔工作隊，小美說：「我們的能力也許不如一般人，但我們的工作態度認真、負責，工作效率也極受外面的肯定，加上老師在旁的指導，使工作隊更能確實的完成工作」。漸漸地，小美對於自己的期許更高了，同意社工督導轉介至社區就業。

在就業之前，對於小美仍需針對就業作一些準備如交通工具準備、保險等，康復之家需在小美就業前協助完成準備，小美對於交通工具，小美認為：「我會騎腳踏車，就先買腳踏車就好，因為沒有很多錢，賺到錢以後再買機車吧」，康復之家尊敬小美的決定，協助小美到腳踏車店購買，小美花了 2800 元購買腳踏車，由小美自行騎回康復之家，小美這樣說：「自己花錢買，感覺很不同，以前上學的時候就是騎這種淑女車，我很喜歡」。對於小美而言，實質上的幫助是必要的，畢竟她已經是個成人，是個還在找尋安身之處的一位女士，生活上，尤其是金錢方面的獨立是必要且重要的。所以，在康復之家，小美接受了就業訓練，也讓小美漸漸的恢復了工作技能，增強了自信心，開始編織美好的夢想與目標。

二、社交技能訓練

精障者的復健，最終仍希望能回歸社會，但因為疾病的影響，精障者在社交功能上較為退縮，再加上長期住院的影響，少有與外界正常互動的機會，漸漸喪失回歸

社會的動機與能力，形成「機構化」的情形，爲了加強精障者之正常人際互動的機會，訓練其安排休閒娛樂活動的能力，康復之家設計安排各種生活功能訓練的活動。

小美參加的課程有復健討論會，可以了解康復之家提供的復健訓練的意涵以及協助解決住民的問題、不定期提供新資訊，了解社會新的動向。小美這樣說：「開會的時候，職能老師可以讓大家發表意見，提出來自己的問題，並由職能老師帶領大家討論並解決問題。我漸漸地也喜歡在開會時聽一下別人的經驗，學習處理事物的態度」。

讚美團體，住民可以藉由生活中省思他人優點，寫下對幫助自己或看見他人助人的行爲，藉由讚美卡片，表達自己的感謝與讚美，於每月的最後一天，由個管老師於團體中唸出讚美卡的姓名與讚美的事蹟，個管老師會在補充原因。小美曾經獲得讚美卡表揚，他這樣回憶：「其實我也沒有特別做甚麼事，只是想可以幫他一下，沒想到他會幫我寫讚美卡，以後我會做更多我可以幫忙做的事」，小美從讚美團體中也獲得認同的自信，人際互動將會成長得更好。

購物訓練，住民可以從工作訓練中所獲得的金錢，在每二周一次的購物訓練中採購日常所需物品或者慰勞自己的點心或水果，與購物相關的金錢使用或者財務規劃都是獨立生活訓練不可或缺的項目，是每一個現代人適應社會生活必備的能力。每次的購物活動，是住民最期待的活動之一，可以自主挑選喜歡的物品及點心，還有是花自己賺的錢，家人不會囉嗦，小美這樣說：「以前在醫院住院都沒有錢可以買東西，現在自己賺錢，可以買自己需要的東西，真的很好」。購物訓練也是一種提升工作的動機，量入爲出，賺少花少，賺多花多，鼓勵住民正向的生活態度與收支概念的建立，有助於獨立生活能力的培養。

休閒生活安排，在康復之家規律的生活作息，晚上的時間住民可自由安排，住民可以看電視聊天、吃點心或者騎腳踏車運動器材或者看書，時間很自由，假日則鼓勵住民可以多與社區、社會互動，包括爬山、參加社區活動、看電影、逛街、吃東西等

等。小美如是說：「下班後，與小信一起去吃臭臭鍋真好，吃到晚上8點才回來」。康復之家也會定期安排一年二次的國內旅遊，讓住民可以紓解身心，遠離塵囂，住民在疾病穩定後，可以為自己的角色與生活找到新的定位，並藉由同儕的支持、經驗分享，讓生活不再可怕，良好的休閒生活安排能為住民再次點燃人生的希望。

烹飪訓練，在康復之家是非常受到歡迎的課程，住民可以在課堂上吃到自己做的美食，甚至有的住民連一次都沒有下廚經驗，也鼓起勇氣參加了烹飪團體，由職能老師依步驟做一次成品示範，再由住民親自依照老師的操作步驟，完成一項簡單而美味的餐食，小美這樣說：「我最喜歡的課程是烹飪訓練，因為那是我最熟悉的，也是我最拿手的事」。烹飪訓練是藉由簡單的食物製作過程，讓住民學習生活的技能，對小美而言，透過烹飪，可以感受他的自信。

體能訓練，精障者因受限於疾病的影響，常常無法兼顧體能的訓練，在康復之家培養住民社交技巧及工作能力，使其能早日適應社區環境，獨立自主的面對未來的生活，體能訓練相對重要，就是透過適當的運動，提升住民的體適能標準，到達健康生活的境界。要能使自己的體力可以應付工作所需的體力外，還需要有享受休閒娛樂的體力，小美這樣描述：「體能訓練是可以讓我的身體更健康，雖然很累但對我的就業是有幫助的」。康復之家每周有三~四次體能訓練，讓精障者身體更健康為前提，採用競賽方式進行，每月檢測精障者的體適能，表揚優秀、有進步的精障者，來提升重視運動的概念，達到健康的身體。

維持病情穩定訓練，精障者對於疾病要有長期管理的能力，遵醫囑規則服藥、定期返診、認識精神疾病知識，學習與病共存、有病識感，疾病管理會影響疾病的穩定性，小美如此描述：「我要配合吃藥，細心療養，病會好就可以去工作」，精障者在職場對於藥物抱持著兩難的心情，一方面認知藥物的角色可以協助控制病情，在職場有合宜的表現，另一方面又擔心藥物副作用會影響工作的表現。在康復之家接受復健的精障者而言，病情穩定是第一重要因素，病情不穩定，再多的計畫、目標都於事無補，

做好疾病管理，就可透過職能治療的幫助，再次面對生活的挑戰，不再退縮，為自己的人生重新出發。

三、機構提供社會支持

根據社會支持的不同性質，可分為工具型社會支持與情感型社會支持兩類（Caplan, 1975），工具型社會支持主要為有形的協助，提供訊息、提出建議、責任分擔或經濟支援等；而情感型社會支持是指關心的行為、富有同情心的傾聽、了解、接納、認可等（張秀媛，2005）。在康復之家，皆提供了此二種的支持。

（一）工具型的社會支持

在實質有形的方面，在夫家，前公公雖然在一開始，會跟她說「孩子他會幫忙帶，我要配合吃藥，細心療養。」等貼心的話語，但至後期時，並不見蹤影。也就是說，當小美入住醫院的第一年，的確負起家屬的責任，包括定期訪視、申請中低收入戶補貼住院費用等等，但後來就未再出現，連小美的中低收入戶申請、住院費用繳交都未盡責，導致小美積欠醫院一筆醫藥費。而小美的母親，則是以小美已婚為由，即便離婚，亦要夫家負責；此兩位的總總跡象，顯示精神疾病家屬能避就避的處理策略。

在這一方面，H 康復之家對於小美採取先優惠 6 個月的方式，使之安心的居住下來；也就是說，先不需要負擔住宿費與伙食費用（每月約 8000 元）。由專管員陪同小美至戶籍地辦理低收入戶申請手續，並協助適應康復之家生活，同時為小美建立一債務整合與償還計畫，使小美目前的債務只剩下 3 萬元左右，也有一筆存款了。

而居住在 H 康復之家不到一年的期間，康復之家的老師給予小美許多的幫助與關愛，在訪問快結束時，在論及在康復之家令她深刻的事宜時，她憶道：「就是我發燒時，老師還有小怡一整晚幫我換毛巾，我很感動他們這樣照顧我。」

(二) 情感型的社會支持

情感型的社會支持，對於一個體而言，可能並非具有立即的影響力，但是對於一個體的心靈、信心與歸屬感，是具有很大的關連。尤其是當個體長期處於壓力、無助的情境之下，對生理及心理皆會產生不利影響，不論是靠正向思考轉念（因應策略），或尋求外界支持與協助，皆為紓解壓力調適之道，社會支持即所謂透過他人或其他團體的互動得到支持。所以，社會支持在生理及心理健康壓力的抒解和緩和扮演著重要角色，不止是具有正面的促進效應、降低損害程度，更是對於生活中各方的領域具有緩衝的功效，緩和了壓力對身心的負面影響（Thoits, 1983；李玉惠，1998；吳秋月，1999）。

小美回憶著一開始來到康復之家的情形，她如此描述著「是一個很陌生的地方，讓我很害怕。我一直很小心，不敢違規，很認真地參加活動，很想把事情做好。」社工師，如此描述著「初次見面時，小美臉部表情平淡，言語表達簡短，對自己的情形無法明確的表達，退縮缺乏自信。」但是，在進入了康復之家以後，小美的觀感改變了：「專管員杜老師，還有社工麗瑞幫助我很多。麗瑞還幫我轉到康復之家來，她沒有騙我，我的生活變得很好，很快樂。」

在此，我們可以清楚的感受到小美在這裡的心境轉換、觀感的改變；這正好呼應到 Cobb（1976）的論述。他認為社會支持是使個體感覺他是被愛與被尊重的，而且是屬於相互溝通網路的一分子。在主觀性方面，可藉由社會網絡（social network）分享所產生的一種歸屬感（Cobb，1976；Sheryl，2001）。

像是小美，在過去嫁到夫家後，得知先生外遇雖然協議離婚，但是在情感上，不論是在原生家庭或是在新組織的家庭中，都得不到支持與接納；再加上小美本身並沒有很多的朋友，她是個文靜而內斂的女孩，話不多，不善於與人互動。是以，缺乏一緩和其生心理的壓力與負擔之社會網絡（network），更是無法從藉由網絡分享所產生的一種歸屬感。在她的眼中，經常的流露著「無家可歸」的哀愁，此份的哀愁，更是

使她沒有信心，更是害怕說錯話、做錯事，對於自己更是呈現半放棄狀態。專管員在談論小美剛來的時候，如此描述：「小美剛到康復之家時，精神狀況不好，整體儀容顯得凌亂、退縮、害怕接觸人事物且被動」；反觀現在，「現在外觀、整潔度較佳、較有精神也較漂亮，慢慢地會重視自己的身材比率、開朗、快樂，食衣住行漸漸可以自己處理，蠻獨立的。」

由此可知，小美待在康復之家，是有受到肯定與接納，也因而，漸漸地改變了。是以，正式系統的社會福利支持，對於小美而言，是一重要的支持來源。雖然社會支持多半以家庭、親人為主；但，其實並非只局限在家庭體系中，可以拓展至以外的系統，例如：配偶、鄰居都可以支持來源，這是非正式的支持系統。但是，醫院的專業人員、教育系統或是社會福利等正式支持系統也是不容忽視，是可能為成爲家屬與病患求助的管道。全球化、科技化的轉變，若能擅用網路資源，不但可提供情感上的支持，同時可以藉由傳遞訊息而相互交流。非正式支持系統，雖然可以提供協助，但過度的提供建議與批評與不恰當之協助，反而會造成家庭的緊張與壓力。是以，支持系統來自不同的社會環境，可經由正式與非正式系統，形成病患家庭的社會支持網絡，成爲提供質量並乘社會支持網絡的，更能提升家病患與家屬的因應能力（Tomberg et al., 2005）。

陸、討論

一、精神障礙者與就業

（一）精神障礙者之就業困境

精障者在一般競爭性職場上的就業問題，即是在任何型態的工作職場上，慢性精神病患在關於社會適應有些困難是來自於病情，有些則是來自社會大環境，例如社會

烙印與恥辱感影像社會接受程度（蘇昭如，2003）。媒體經常以「不定時炸彈」形容社區中的精障者，造成社會大眾及各個就業職場均對精障者心生恐懼，而污名化之效果使精障者被隔離在家裡或機構中，阻礙精障者回歸社會之發展。

小美在進入康復之家至今，接受三家工廠的支持性就業訓練，支持性就業訓練時間分別是：第一家為民國 101 年 5 月 1 日至民國 101 年 6 月 29 日；第二家為民國 101 年 7 月 9 日至民國 101 年 7 月 13 日；第三家為民國 101 年 8 月 1 日到目前。

詢問小美關於就業失敗的原因時，她如此回答：「第一次是因為我好幾次身體不舒服都沒有跟工廠的人講，也沒有請假看醫生，康復之家的工作人員就要我先將身體顧好再上班，所以就沒去了。」第二次就業失敗的原因：「因為那邊有一位婦人，一直跟著我說，不想做就不要來，來這邊多餘的。我聽了很受傷，很不開心，也很難過，所以也就做不下去了。壓力很大，就辭職了。當時我心想，沒有這份工作可以再找下一份工作，我幹嘛要在這個嫌我的地方呢？」有多嚴重呢？「只要我在線上，他就開始罵我，像是我拿熱臉去貼別人冷屁股似的。回到康復之家的時候，心情總是很不好。」現在呢？「現在，一切都過去了，不想再談了！最重要的就是把此份工作好好做下去。」

由此可知，雖然第一次，小美是因為身體的不適而離職；但是在第二次的工作不順利而離職的原因，並非是因為能力不佳，無法勝任，而是因為遭受旁人的白眼與排擠。因此，精障者本身與整體社會對於精障者的刻板印象仍是嚴重影響精障者就業穩定的因素。

（二）精神障礙者之就業重要性

就業提升了身心障礙者的成就感與自我成就，就業帶來的酬勞改善了身心障礙者的經濟狀況，就業也提供了障礙者與社會互動的機會（許素彬，2010）。有工作，有收入，對於一般的正常個體而言，是一理所當然的事物；但殊不知進入職場、受人接納、經濟的獨立對於精障者而言，是一莫大的支持與鼓勵。

Rogers (1995) 說明就業是精障者復元的關鍵因素，它所提供的不只是薪資報酬，

更提供自尊、自我肯定、目標與成就感，讓精障者能夠重返社會生活。對於精障者，就業是「復元的表徵」，更是重返正常生活的重要指標，甚至認為精障者「更應該工作」，以擺脫依賴角色並去除社會恥辱（林文惠，2002）。

研究者試著探索此論述，與小美討論工作的重要時，她的眼睛為之一亮的告訴我，「工作讓我有錢，可以買東西；因為我都做對了，表示我是可以的，有能力的，對生活感到滿意。」談論到有了工作對於未來的規劃時，她說「有錢，回去看小孩時，就可以買東西給小孩。」由此可知，進入勞動力市場的小美，對於有收入，是有多莫名的開心與興奮。在職場上「課長夫人在烤漆部一個人，工作上沒有搭嘎，很重視品質。只要退貨，他壓力就很大，所請的外籍勞工都不主動，溝通就有問題，叫一下動一下很難用。以前來的工讀生，也都只做一天才 600 元，我一天就 700 元了。」論及有工作後，覺得自己有什麼樣的改變時，她如此回答：「有時候會覺得自己不夠好，很怕會被罵。會強迫自己將自己的工作做好。像工廠裏有一位阿婆說：被罵了 8 年，不想做了，但還不是一直在做。阿婆喜歡玩 4 色牌，又愛賭博。我認為只要自己做好，就不會被罵，就可以一直工作。」由此可知，工作與進入勞動力市場，有份薪水，對於小美而言，是一件多重大而美好的事物；必須戰戰兢兢，努力的克盡職守，以保有此份工作，與此工作帶來的希望與盼望。

二、精神障礙者就業所需之支持

精障者就業所需之支持包括雇主、家屬、社會大眾、醫療體系、社區復健體系等方面，環環相扣，才能形成一個自然的精障者就業支持之服務。

精障者的工作意願為支持性就業是否能持續的重要因素，精障者具正向態度且有強烈工作動機，有較佳的穩定就業成效。

小美受到職場上的工作同仁與上司的肯定。工廠的課長如此形容著：「工作上，

小美剛來時真的很認真學習，她比較容易緊張，但還是能夠配合工作的要求。唯獨記憶力比較差，物品的擺放常記不住，這是比較困難的部份。同時，漸漸地有感受到小美比較自信、開朗，現在每天上班時都能主動將地掃一遍，表現的很好。」小美從工作中獲得肯定與成就，上班前都能主動將工廠環境打掃一遍，從工作中已漸漸有了歸屬感。

家屬的支持不足與過度保護也是導致精障者無法走出社區的原因（許美智，2005；楊明仁，2005；李莞葦，2006；吳宜容等，2009）。小美回憶說：「女兒對於他開始工作表示肯定與支持，內心感覺比較踏實，希望自己可以賺錢給女兒買衣服或其他的东西」。

康復之家的就業輔導老師扮演著橋樑溝通的角色，媒合精障者、家庭、雇主和機構間的期待。透過康復之家專業團隊提供精障者就業所需服務資源與情感支持，協助精障者穩定就業。

三、專業者的角色與服務效果

在精神障礙就業服務體系中，每一位專業人員都是重要的，每一個人各司其職發揮所長共同合作來為精障者服務，協助精障者在職場上能穩定就業。專業人員對於影響精障者就業因素指專業人員的態度，專業人員若能協助精障者建立人際支持，讓同事同樣瞭解精障者的情況和自己可以提供的協助，方能確保專業人員服務終止時，精障者能繼續維持工作（鄭雅敏，2003；許美智，2005）。

與小美的職能治療師談論到小美剛到康復之家時的情況及就業後之差異性時，她說：「小美在接觸康復之家前其日常生活功能明顯退化，無法有效的安排生活對於陌生環境及人際上的互動都明顯的感到退縮及排斥，更別說職業功能，對於自身之工作能力也明顯的缺乏自信，且也因為生活的不正常而造成體重不斷的增加。然而，在小

美入住康復之家後，在接受一連串的訓練且成功就業後，以上之能力都明顯進步，從外觀儀容上也可觀察到精障者所展現出的自信，而人際互動上也明顯的主動了需多。」

社工師補充著：「又因為小美本身的條件極佳，不但職業功能仍佳且又有工作的動機，是以，安排小美接受支持性就業的訓練，第一天回來後小美顯得有些疲憊，但在工作人員的鼓勵下，小美展現了笑容，這個笑容有著自信和靦腆，但我們知道這是很好的第一步」。

小美進入勞動力市場之後，還是很喜歡輔導老師的到來；「輔導老師來的時候，會比較認真在做；楊老師來時是給我們信心，關心我們的，不是來監視我們的，老師來溝通，讓我工作比較順利這我都知道。」

在社會尚未完全接受精障者之前，雇主及精障者之間需要中介團體或中介人員扮演溝通協商的角色。從雇主的意見中可發現，醫療團隊的專業人員是雇主相當信賴的中介者，能大大提升雇主的僱用的意願，也是精障者持續就業的重要資源之一（鄭雅敏，2003）。

柒、結論

精障者復健的過程充滿了各種意想不到的困境與挫折，除了要與疾病長期對抗外，還需有恆心與毅力地持續接受復健，來到社區復健的精障者，其實會發現他並不孤獨；因為社區復健不但有專業的團隊提供復健服務，還有一群遭遇相同困擾的病友隨時給予彼此支持與鼓勵。在這艱辛的路途中陪伴精障者直到他們回到社區，回到獨立自主的生活。

小美，就是一個很成功的案例，她從原先的退縮、排斥人群，一直到最後成功的進入勞動力市場，融入大團體。在期間，也有面臨排斥與抗拒的階段；經由康復之家的輔導與幫忙，適時的鼓勵與提醒，使之加快其復原的速度。在訓練的過程中，專業

人員的會觀察她們，隨著精障者工作能力的提昇，就會安排精障者接受更進階的工作。而再轉換工作時，也會因時制宜的做出適當的安排，例如，當我們發現小美不會因為體力的勞累請假，但是，小美表示頭痛及睡眠中斷影響她的工作意願，因而會與小美的就診醫師討論，略為調整她的藥物，增加了抗焦慮的藥，用以緩解精障者的頭痛及睡眠狀況；也因此，小美現在不再為此原因而中斷工作訓練。

現在的小美不僅自給自足，且從工作中找到歸屬感與成就感；假日會去超市購物、逛街、找同事出門、參與大家的活動；很珍惜工作訓練的機會，因而會要求自己努力並壓抑環境適應及新人事適應的焦慮感，但身體卻反應了她的壓力，此時工作人員及時的運用心理與藥物的共同協助，讓小美能再持續，目前小美的工作能力與工作態度都受到職場主管的肯定。由此可知，康復之家所提供有形或無形的幫助力量。

精神復健機構的價值，在於相信每位精障者都有他的潛能，機構盡可能提供各種的機會讓學員嘗試，從每次的嘗試中學得經驗並成長。對於精障者而言，要找到工作不困難，困難的是，如何持續要做的下去。就像小美一樣，她有很好的工作能力和工作動機，但因為她的適應能力、缺乏自信及症狀（覺得同事排斥她），讓她會以不同的方式來中斷工作。而現在如果小美是獨自生活，她可能會因為頭痛而不再工作。對於精障者，也就是小美而言，是無法意識到頭痛的原因是因為自己對新環境與人事的適應焦慮所引起，但在精神復健機構裏，透過工作人員敏銳的觀察與澄清，適時的給予精障者支持、提供自我肯定訓練及適當的藥物調整，精障者現仍持續且快樂的工作。

專業服務、支持及適時的協助，讓每位精障者發揮他的潛能，這就是精神復健機構的價值。一個人的自信除了從言談中表現，也可從外觀的改變來呈現，精障者的體態改變、笑容變得燦爛，和他人的互動也變得主動，甚至積極的參與鳳凰盃的比賽，在團體競賽中獲得很好的成績；這不僅是小美個人的驕傲，也是專業服務的成效。

參考書目

- 內政部(2000)。《中華民國八十九年台閩地區身心障礙者生活需求調查報告》。
- 井敏珠(1992)。《已婚職業婦女生活壓力與因應策略、社會支持之研究》。台北：國立政治大學教育研究所博士論文。
- 王欣宜(1998)。〈智能障礙者的工作社會技能與工作適應〉。《特殊教育季刊》，69，17-28。
- 王朝茂(1990)。〈社會支持與人際適應關係之研究〉。《教育文粹》，20(2)，230-247。
- 行政院勞工委員會職業訓練局(2009)。《98年身心障礙者勞動狀況調查》。資料檢索日期：2012.10.20，網址：
<http://opendoor.evta.gov.tw/sub.aspx?a=0008994&p=0000106>。
- 行政院研考會(1995)。《精神病患醫療服務體系之檢討》。行政院研究發展考核委員會編印。
- 行政院衛生署(1990)。《衛生白皮書－醫療保健計劃》。
- 行政院衛生署(2006)。《身心障礙等級》。資料檢索日期：2012.10.20，網址：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/search/search_main.aspx?class no=377&level no=1
- 史錫蓉(2008)。《精神疾病經驗者在時間和工作場域處身位置的標誌》。新北市：輔仁大學心理學系研究所碩士論文。
- 向虹蕙(2012)。《雇主的進用考量差異之研究：智能障礙員工 vs.精神障礙員工》。高雄：高雄師範大學復健諮商研究所碩士論文。
- 江碧純(2006)。《雇主僱用精神病患就業經驗之探索》。台中：中國醫藥大學護理學系研究所碩士論文。
- 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。

- 何華欽（2011）。〈輕度精神障礙者就業現況與需求調查：以高雄市為例〉。《台灣社區工作與社區研究學刊》，1（2），95-124。
- 吳秀照（2007）。〈台中縣身心障礙者就業需求：排除社會障礙的就業政策探討〉。《社會政策與社會工作學刊》，11(2)，148 -97。
- 吳佳音（2009）。《慢性精神病患就業成功預測因素：專業人員觀點》。台北：國立台灣師範大學復健諮商研究所碩士論文。
- 吳佳賢（2002）。《學前自閉症兒童主要照顧者照顧負荷、社會支持與心理健康之相關研究》。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。
- 吳宜容、蘇純瑩、陸悌、林淑鈴、李佳盈、陳吟星、汪宜霈（2009）。〈雇主與就服員對影響精神障礙者就業因素之觀點探討〉。《職能治療學會雜誌》，27（1），38-44。
- 吳秋月（1999）。《子女知覺父母婚姻暴力經驗、社會支持及共依附之相關研究》。台北：國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。
- 呂淑貞（2005）。《社區復健中心的服務規劃與品質促進》。中華民國精神衛生護理學會精神社區復健中心工作坊。草山職能工作坊。
- 宋麗玉（2005）。〈精神障礙者之復健與復元——一個積極正向的觀點〉。《中華心理衛生學刊》，18（4），1-29。
- 汪俐君（2003）。《學前身心障礙子女母親親職壓力與社會支持相關因素之探討》。台北：國立台灣師範大學特殊教育學系在職進修碩士學位班碩士論文。
- 李玉惠（1998）。《國民小學女性校長工作壓力與社會支持需求之研究》。台北：國立台北師範學院國民教育研究所碩士論文。
- 李育叔（2006）。《慢性精神病患就業影響因素之探討》。台中：靜宜大學青少年兒童福利學系研究所碩士論文。
- 李莞葶（2006）。《慢性精神病友努力重回就業軌道之經驗》。台中：亞洲大學長期照護研究所碩士論文。

- 周月清(1994)。〈臺灣受虐婦女社會支持探討之研究〉。《婦女與兩性學刊》，5，69-108。
- 林文惠(2002)。《社區成人精神病友就業經驗之探討》。花蓮：慈濟大學社會工作研究所碩士論文。
- 林玟玟(1987)。《教師 A 型行為特質、社會支持與工作壓力之研究》。台北：國立政治大學教育研究所碩士論文。
- 邱永仁(2006)。〈初探精神病患之社區醫療照護〉。《台灣醫界》，49(4)，18-22。
- 高明珠(1998)。《國小兒童親子關係、內外控人格特質、社會支持與其生活學習適應相關之研究》。台南：國立台南師範學院國民教育研究所碩士論文。
- 高迪理(1992)。〈社會支持體系概念之架構之探討〉。《社區發展季刊》，54，24-31。
- 高麗芷(2005)。〈全國精神社區復建中心之現況與特色〉。載於簡以嘉(主編)，《台灣社區精神照護研討會—家庭照護與就業服務彙編》，71-79，台北：國家衛生研究院。
- 張秀媛(2005)。《屏東縣在家教育學童家長親職壓力之研究》。屏東：屏東師範學院教育行政研究所碩士論文。
- 張富美(2008)。〈精神障礙者之社區照護〉。《台北市衛生季刊》，91，38-42。
- 張鳳航、張珏與鄭雅文(2010)。〈雇主對精神障礙者之看法與聘用意願：現況、問題與政策因應〉。《台灣衛誌》，30(1)，7-12。
- 許美智(2005)。《社區化就業於精神病患之應用—就業服務員之觀點》。台中：中國醫藥大學護理學系研究所碩士論文。
- 許素彬(2010)。〈障礙過程與身心障礙者就業經驗之探討與分析〉。《社區發展季刊》，130，241-242。
- 單小琳(1988)。《國中導師專業倦怠與工作壓力、社會支持、調適的相關研究》。台北：國立政治大學教育研究所博士論文。
- 黃俊勳(2000)。《國中學生與犯罪少年社會支持與刺激忍受力之相關研究》。彰化：

國立彰化師範大學教育研究所碩士論文。

楊明仁（2005）。〈精神疾病患者之就業經驗及其影響之相關因素探討〉。載於簡以嘉（主編），《台灣社區精神照護研討會—家庭照護與就業服務彙編》，105-109，台北：國家衛生研究院。

葉明莉（1994）。《學齡前自閉兒母親之壓力感受與因應策略》。高雄：私立高雄醫學大學護理學系研究所碩士論文。

葉英堃（1996）。〈承先啓後—對革新臺北市精神醫療保健的私見〉。《臺北市立療養院民國 85 年年報》，139-142。

劉素芬（2011）。〈社會功能與社區慢性精神病人復元之相關性研究—以社區復健中心與康復之家為例〉。《臺大社會工作學刊》，23，137-180。

鄭雅敏（2003）。《慢性精神病患的工作經驗探討》。台中：東海大學社會工作研究所碩士論文。

賴麗娟（2010）。《慢性精神障礙者支持性就業機會開發之研究》。台南：南台科技大學人力資源管理研究所碩士論文。

蘇昭如（2003）。《臺灣精神障礙者照護發展研討會彙編》。摘自：胡海國主編（2003），23-34。臺北：國家衛生研究院。

戴鈴容（2002）。《身心障礙者就業過程中就業服務員所面臨的困境和因應之道-以臺北市身心障礙者社區化支持性就業為例》。新北市：國立台北大學社會工作研究所碩士論文。

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., and Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, US: Center for psychiatric Rehabilitation, Boston University.

Caplan, R. D., and Jone, K. W. (1975). Effects of workload, role ambiguity and type A personality on anxiety, depression, and heart rate. *Journal of applied psychology*, 60, 713-719.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-313.
- Gerard, J. M., Landry-Meyer, L, and Guzellroe, J. (2006). Grandparents randparents raising grandchildren: The role of social support in coping with caregiving challenges. *International Journal of Aging and Human Development*, 62(4), 359-383.
- Henry, A. D., and Lucca, A. M. (2004). Facilitators and barriers to employment: The perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work, Schizophrenia Bulletin*, 22(3), 169-182.
- Lehman, A. F., Goldberg, R. W., Dixon, L. B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A., & McDonnell, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), 165-172.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations (4th ed.)*. New York: Free Press.
- Sheryl, P. L. (2001). A theory of online social support. *Career and Technical Education*, 24(1), 60-76.
- Susan R.McGurk,Kim T.Mueser,Alysia Pascaris(2005). Cognitive Training and Supported Employment for Persons With Severe Mental Illness: One-Year Results From a Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin (October 2005)*, 31(4): 898-909.
- Spaniol, L., Weweiorski, N. J., Gagne, C., and Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Recovery Psychiatry*, 14, 327-336.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- Tomberg, T., Toomela, A., Pulver, A.,and Tikk, A. (2005). Coping strategies, social support, life orientation and health-related quality of life following traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19(14), 1181-90.

