

落實慢性精神病患的社區照顧 —建構工作場域的社會支持網絡

曾華源 · 白倩如

一、前言

「工作」是個人生涯發展階段中一個重要的且幾乎是必經的歷程，然而同時也是一連串的問題解決與壓力適應的過程。平均來說，每個人一生中有三分之一的時間在工作（Kaplan & Stein, 1984），此外，「工作」也關係到個人的經濟收入及個人自我概念（self-concept）及自我認同（self-identity）（王以仁等，1997）。對個人而言，工作的目的不僅是獲取金錢，也對個人的成長、適應及對社會的發展、進步有所助益。由於工作背後蘊藏諸多重要之功能，特別是對身心障礙者而言，就業的重要性更至為深遠。

過去精神醫療社會工作的領域中，關心的主題多半圍繞在家屬及主要照顧者的照顧需求，或是患者社會適應和疾病適應等問題。然而，由於近三十年來去機構化運動浪潮的興起以及醫藥科技的進步等因素，對慢性精神病患的福利服務需求，亦逐漸產生不同看法。

當我們檢視慢性精神病患生病後的感受，不難發現他們變得對自己缺乏自信、自卑，並且因生病而承受的莫大痛苦、無奈和孤獨感。但絕大多數的人；包括各類專業人員在內，都犯了一個主觀毛病，就

是大多只關心慢性精神病患的「病」病情穩不穩定，卻很少去關切慢性精神病患不論在工作上、就學上甚至婚姻上，都有著無法完成人生發展上的正常任務角色的感嘆（黃梅羹、胡海國、黃曼聰，1994）。本文之重點即關心慢性精神病患重返社區社會生活中，應該積極關注工作對疾病復健和社會適應的重要性，並且希望探討工作場域支持網絡的建構方向。

二、慢性精神病患社區照顧

（一）慢性精神病患社會適應之意義

1. 社會適應之意義

適應（adjustment）一詞源自於生物學中順應（adaptation）的概念，順應一詞即是指：「物種為了求生存，改變個體的結構與功能，來配合客觀的環境條件（Atwater, 1987；Lazarus, 1976）。」一般說來，適應的涵義可概分為以下三類：

（1）強調適應是個人與環境互動的連續過程（Arkoff, 1968；Coan, 1983；Lazarus, 1969, 1976；Schneiders, 1965；Tallent, 1978；Worche and Goethals, 1985；余德慧等，1991；吳南軒，1973；林彥好、郭利百加等 1991）：此類觀點強調適應是一連續的過程，是個體與環境間的交互作用。在此過程中，個體不斷的對人生旅途中所

出現的壓力、危機和障礙加以因應，以期能實現目標與達成成果。其中個體心理和行為上的反應，是個人用以因應內在需求的緊張、挫折和衝突，以帶來內在需求和外在壓力之間的和諧。故 Schneiders (1965) 適應定義為：「個人努力去因應緊張、挫折、衝突等內在需要，並且致力於內在需要與外在環境間和諧的一種過程」。

(2)適應是個人與環境互動後的結果或狀態 (Arkoff, 1968; Berry, 1976; Black, 1988; Coeman, 1976; English & English, 1958; Nicholson, 1984; Power, Hauser, & Kilner, 1989; 王鍾和等譯, 1984): 此類觀點多強調適應是人與外在環境調適後的結果或狀態；認為適應是指個人以及環境雙方面的要求，取得協調一致時的狀態。或是指個人感覺與環境協調一致的程度，亦即當個人面對新環境時，在心理各方面能夠達一定舒適程度的狀態。

(3)適應是人與環境互動時所採取的行為方式或技能 (Beardslee et al., 1983; Kaplan & Stein, 1984; Grasha & Kirschenbaum, 1980; 張春興, 1989): 此類觀點認為，適應是個人藉用各種技巧與策略，來掌握因應生活中不同挑戰的一種過程；也就是說個人為了要排除困難、減低壓力、滿足需求以及維持身心和諧所採取的行為方式、反應或技能。

綜合上述各適應概念之分析中，可以發現，不同的適應觀點中具有下列幾個共同的要素：

(1)適應是個人與環境間互動的雙向過程：互動的觀點認為，任何人總會恆常不變的為滿足需要、達到目標而努力，但我們無法排除「不同環境」在此歷程中所扮

演的重要性。正如同 Sundberg 與 Tyier 所說：「個人與環境間的互動關係才是最重要的。」一般人對適應的想法往往認為是一種單向的過程，是由個人發出的而非環境的，認為個人必須去調適自己以維持和諧狀態；我們只會說自己應該去適應某一情況、某一團體，卻忽略了環境的改變。事實上，個人影響環境，且亦受環境影響；雙向的適應觀點不僅更為合適也較具樂觀性，個人不只是順從環境，也應改變環境使其來順從個人。

(2)適應是動態而非靜態的：個人、環境及二者之間的關係並非固定不變的，往往在不同的時空情境下、相同的事件，個人會因環境之不同，而做不同的適應行為反應。因此，適應這個概念應是隨著個人與環境的變動而有動態性的轉變，而非恆久不變的。

(3)適應是指個體對生活具有控制力：個人若能自由選擇其所從事的活動，而非為責任義務所迫，此種自主感將促其勇於追求有回饋且滿足之事物，而非籠罩在未知的恐懼中，而不能追求自己的目標，此為適應的控制力觀點。也就是說，如果個人能夠對其所屬環境產生控制感，並且感受到自由選擇的能力，就是個人已達成了對此環境的適應。

2.慢性精神病患工作適應模式

Black、Mendenhall 和 Oddou (1991) 的研究中提出，國際適應整合性架構 (Framework of International Adjustment)，此理論雖是針對派駐海外工作人員的跨國適應為焦點作討論，但研究者認為其中所提及的「預先適應」(anticipatory adjustment)與「在地適應」(in-country adjustment)

的概念觀點，亦值得作為慢性精神病患工作適應之參考。

從圖 1 可以看到，國際適應架構將適應分為兩個區塊，一為預先適應，一為在地適應。所謂預先適應，係指個人在前往目的國家前，為求往後實際派往目的國家能夠達成適應而作的準備；在地適應則是指，個人已前往目的國家後，為求獲致良好適應所應考慮的因素。其中，預先適應又分為個人及組織兩部分的預先準備；個人的預先準備方面，包括：訓練以及過去經驗，均會減低個人對實際狀況期望的差距；另一方面，組織在派駐人員至海外工作前，若有較為完善的甄選機制，亦會影響個人適應新環境速度與過程。目前國內針對慢性精神病患所作的庇護商店及職前訓練方案，均是期待藉由提供病患「模擬的真實情境」，以增強病患在社會化方面的不足，並增加其對正式工作環境的認知，以作為往後病患進入競爭性職場的準備。故此概念與跨國適應架構中的預先適應概念事實上是同質的。

Black (1988) 在其研究中指出，慢性精神病患工作適應的程度可以由客觀和主觀兩個概念加以解釋；主觀上，慢性精神病患適應程度是指慢性精神病患在扮演新角色的同時，其內心感受到的舒適程度；客觀上是指，個人是否能達到新角色要求的程度，其可以透過各方面的表現以顯示其適應程度。國際適應理論環境移轉觀點，並且提出了預先適應的概念，將工作環境的角色期望與角色要求做了更清楚的陳述。就生態的觀點來看，適應的歷程是個體與環境雙方交流 (transaction) 的結果。因此，在眾多的工作適應影響因素裡

面，工作環境滋養物的提供，是慢性精神病患在其環境中能否達成適應的重要影響因子。所以社區環境與工作場域內的支持對慢性精神病患社會適應有積極性影響。

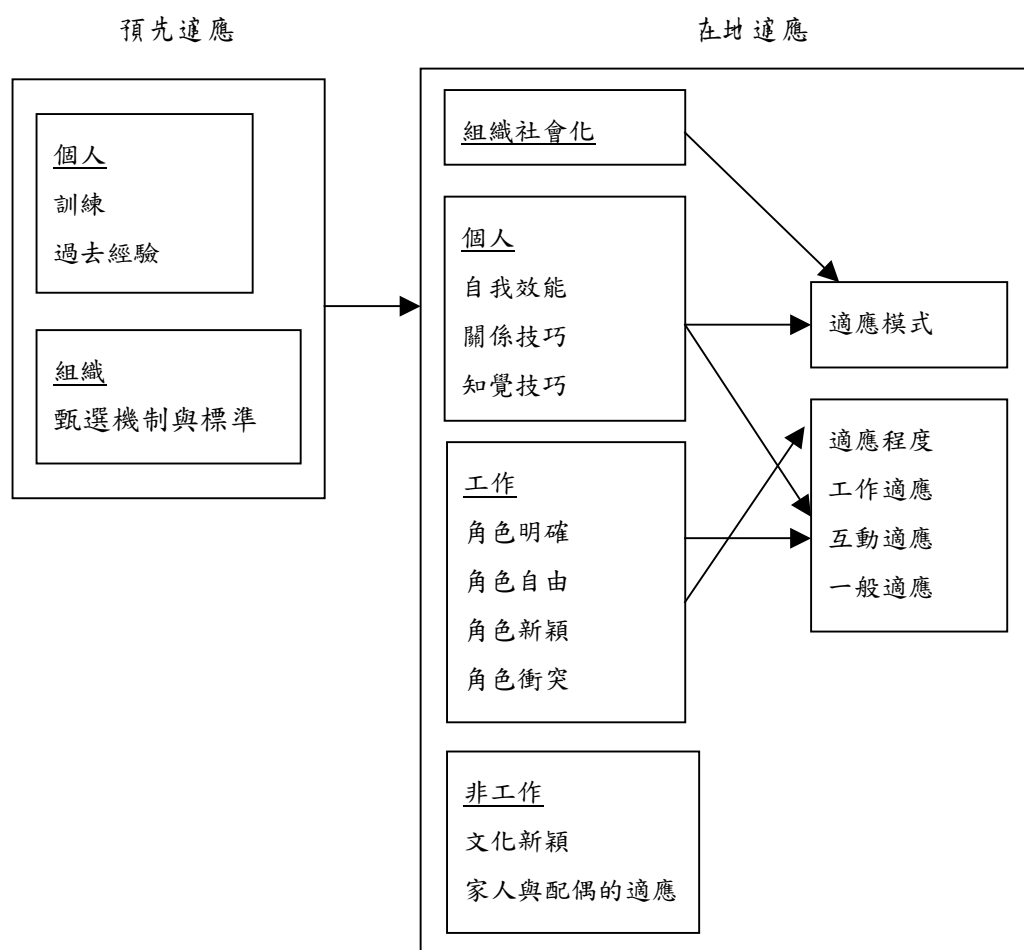
(二)慢性精神病患社會適應的困難

慢性精神病患在一般競爭性職場上的就業問題，即是其在任何型態的工作職場上的基本問題反映 (蘇昭如，2003)，而慢性精神病患社會適應的困難有一些原因：

1. 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神障礙者心生恐懼，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；行政院勞工委員會，2000)；

2. 持續復發之症狀干擾及認知功能影響精障者就業之穩定性：精障者常見之問題即是症狀對其日常行為與功能角色之干擾，常使其無法穩定就業；又疾病之限制使其社交技巧及適應能力大受限制，難以處理工作職場之人際及適應問題，加以社會烙印與恥辱感，使精障者常想隱匿其障礙之身分及服藥之行為，致其病情更不易穩定控制，高達 30%~40% 的精神病患在一年內會再復發，且每況愈下 (Lieberman, 1984)，造成惡性循環。

3. 持續性追蹤輔導及團隊專業協助之需求：持續性之醫療需求，加上家庭、社區、工作職場等社會適應專業協助之需要，精障者較之其他障別更需要醫療、復健、社會工作等專業團隊之協助；加以其復發之可能性，需持續之追蹤輔導。



圖四 跨國適應架構圖 (Black, Mendenhall & Oddou, 1991 : 303)

根據楊明仁（2003）調查一年內曾就業的精神障礙患者僅約四成左右，其中可以穩定工作半年以上者卻是寥寥可數。精神障礙患者就業所遭遇的困難有：社會烙印與恥辱感、認知功能障礙、症狀干擾、以及人際關係及社會技巧困難。幾乎所有的慢性精神病患再就業時遭遇最大的困難，就是擔心老闆、同事知道自己有病；其次有半數左右因認知功能受損，動作與反應變得較慢，無法限時完成工作，而且工作時注意力無法集中。因此，擔心工作表現不佳，會被辭掉工作；也有許多慢性

精神病患者承認在工作壓力的調適尚有困難，以致在工作上常感到挫折，影響情緒；另外，約有三成左右的慢性精神病患者表示不知如何與同事相處，甚至覺得受排斥。

慢性精神病患出院返家後，若無人協助其安排日常生活、就醫、就業等問題，經常會造成病患生活鬆散、疾病復發及無法復歸社會等問題；如此一來，將形成病患的重複發病住院、功能再次退化、個人或家庭成為封閉系統的惡性循環（宋麗玉，2000）。如此封閉的惡性循環過程，在研究者於精神醫務社會工作臨床實務工作

中屢見不鮮。因此，若要打斷此循環過程，唯有協助慢性精神病患者及家屬面對出院後的各種適應問題；值得注意的是，當慢性精神病患工作上發生困難時，大多嘗試自己解決，或僅能尋求家人協助。也就是說，對就業慢性精神病患而言，他們在家庭所在的社區環境中工作，往往是缺乏社區支持，也不知如何尋求協助，而必須自己面對種種功能上的不足，其中社會烙印與歧視更加使得他們難以擁有一份穩定的工作。所以如何建構社區照顧體系以協助精神障礙患者社區生活適應是很需要的。

(三)慢性精神病患社區照顧之需求

身心障礙者在社區生活時間的長短與社會支持網絡多寡程度有關，而所謂的社會支持網絡即是指身心障礙者與其家人及社區人士互動的頻率（Crotty & Kulys, 1985）；換言之，社區接納度愈高，身心障礙者的社會支持網絡亦隨之提昇，相對地亦愈能鼓勵身心障礙者適應社區生活（Lipton, 1981；引自楊素端、楊珮琪，1992）。目前臺灣對慢性精神病患社區與職業復健的現況是：1.重住院醫療而不重社區醫療：礙於健保給付制度的限制，社區復健給付不敷成本，致使臺灣之社區精神醫療發展受到嚴重的限制。此種結果導致職業復健服務對象大都以長期住院病患為主，而工作訓練內容則侷限於院內庇護工作，對真正需要工作的社區病友幫忙有限。2.缺乏創新之職業復健模式：傳統的復健模式強調先訓練再就業的原則，但往往發生職場經驗無法移轉，訓練內容情境與現實職場落差過大，導致訓練成功但就業失敗的窘境。3.傳統職業復健重點為工作訓練與症狀治療，缺乏社會心理處遇。

根據國外報告，職業復見之成效不僅與症狀功能有關，個案的人際關係更是決定就業與否的重要關鍵；但傳統之職業復健過分強調工作技能的訓練，缺少對工作場所以及個案之社會技巧進行處遇，以致經常功虧一簣，最終仍無法達到就業安置的目標。

傳統的慢性精神病患職業復健著重個案處遇，忽略家屬與工作場所之相關工作人員的角色在就業支持過程中的重要性；而家屬與個案的心態也過於被動，期待救助而未能積極尋求自助，影響社區慢性精神病患復健的成效。

1.慢性精神病患社區照顧之本質

社區照顧的目的是為了讓人們可以住在家中自立生活，故提供各種服務，這些服務包括預防性健康照護與社會照護服務；且強調不只由公部門提供服務，更大部分照顧工作是由非正式網絡提供，也鼓勵非公營單位發展服務（周月清，1998）。提供服務或支持給那些因老年、精神疾病、心智障礙、身體或感官障礙而有問題者；目的在為了使其儘可能在自己家中或在社區的似家單位自立生活（周月清，1998）。所以慢性精神病患社區照顧是提供適當的照顧和支持，以協助慢性精神病患得到高度的獨立自主性，並藉由獲得或再獲得基本的生活技能，以協助他們發揮最大的潛能，讓人們在自己的家或地方社區中類似家的環境中，儘可能地過著正常的生活。如此，則能給予慢性精神病患對自己的生活方式及所需之服務，有較大的決定權（黃源協，民 89）。

慢性精神病患其社會功能將會有不同程度之退化，例如：工作動機減少、個人

衛生不佳、人際關係疏離及注意力差等，因而影響到日常的生活，甚至謀生求職之能力。所以精神病患於出院回到社區生活之後，若未妥善安排其生活方式，讓他再度面對生活壓力，則將容易導致疾病的再度復發。所以精神病患在社區的復健和保護，便顯得份外的重要。因此，慢性精神病患在社區中就業時，若有專人（例如：護士或社工人員、職能治療人員等）能於病患出院後扮演醫院與家庭的橋樑，定時提醒病患服藥，並協助其適應生活及尋找工作，是社區復健中很重要之內涵。

以 O'Connor（引自戴鈴容，2002）以政治經濟學的觀點發展身心障礙的福利階段而言，目前正進入所謂的「社會投資階段」，意即視身心障礙者是具有累積資本和提高生產力的資源。因此，應積極促進身心障礙者就業，以協助其脫貧與自立，同時以社會正義的觀點而言，促進身心障礙者就業是工作權的保障（李國隆，2002）。換言之，身心障礙的就業是其權利與福利的重要一環。政府依據憲法第一五二條及憲法增修條文第九條第六款的規定：「國家對於身心障礙者之保險與就醫、教育訓練與就業輔導、生活維護與救濟，應予保障，並扶助其自立與發展。」並要保障身心障礙者的工作權、社會權，秉持「機會均等與全面參與」的理念。

社區支持性就業的主要特質即在，以重度身心障礙者為主要對象、有薪、非庇護性的整合性工作環境與持續性的協助（林幸台等譯，1994）。社區支持性就業是一個頗為理想的就業模式，相關學者（趙麗華，1993；孫淑柔，1997）對支持性就業研究中，發現身心障礙者社區中就業在

人際關係、生活品質與成本上均有積極效益：

(1)就經濟和國家財政的觀點而言：支持性就業可以減輕政府對庇護工場和其他教養機構的投資，由於障礙者投入勞動市場，對國家生產力和財政稅收亦有幫助；

(2)就輔導員所花費的時間和人力而言：支持性就業輔導員對案主提供的服務，會隨著安置時間的增長和案主獨立工作能力的提昇而遞減，與庇護工場輔導員必須幾乎全程提供服務的情形有所不同；

(3)就障礙者的獲益而言：其可藉由社區化就業的機會增加社群參與的程度，並由於有自己的收入，可以在生活上更加獨立；

(4)社區支持性就業的工作者每星期的工作時數、工作薪資均較庇護工廠的工作者高出許多；

(5)障礙者能在工作或休息時間與非障礙者同事進行互動，對於彼此友誼的增進、自我觀念的提昇及工作滿意度均有莫大的助益；

(6)雖然就社會及納稅人的觀點而言，辦理的第一年，投資的成本較利益為高，但仍有回收，預計第二、三年以後利益會超過成本，因此，仍然值得大力推廣；

(7)身心障礙者在休閒活動的參與、休閒時間的使用以及社區的行動能力都比庇護工場的工作者主動且頻繁。

2.就業是對慢性精神病患的社區照顧

協助慢性精神病患回歸社區後的適應，就業應是落實對他們的社區生活照顧。慢性精神病患的社區工作適應問題，是其在疾病穩定、回歸社區後的主要「生活任務」；其所牽涉到的包括了病患（案主）

與社區工作職場（環境）間的互動。

慢性精神病患就業過程中，需要支持性就業，其成功的關鍵在於應提供慢性精神病患工作現場之個別訓練，並由一位或數位職業輔導員進行經常性的輔導，隨時解決身心障礙者的工作難題，以增進其職業適應。慢性精神病患社區支持性就業的主要特質即在，以慢性精神病患為主要對象、有薪、非庇護性的整合性工作環境與持續性的協助（林幸台等譯，1994）。

三、建構慢性精神病患就業的社會支持網絡

慢性精神病患就業的影響因素當中，除了個人因素外，慢性精神病患的家庭成員、雇主和機構的之間的配合，以呈現出整體的支持網絡，亦同樣對慢性精神病患就業過程中的成敗有很大的影響（戴鈴容，2002）。

（一）慢性精神病患就業社會支持網絡之意義

Romer 和 Heller（1983）認為慢性精神病患就業支持網絡是否發揮功能，是降低身心障礙者壓力適應的重要因素，但慢性精神病患就業在社區中往往缺乏合適的社會支持；易言之，慢性精神病患在面對工作場域中的各種要求所產生的壓力時，能否有效因應，是與個人所擁有的社會支持有關。此外，社會支持的機制是相當個別化，且無法單獨運作的，必須整合慢性精神病患全面性的社會網絡（social network），而不是僅繫於慢性精神病患個人的網絡（轉引自陳靜江、謝秀蘭，2000；Knox & Parmenter, 1993）。井敏珠（1991）在其研究中亦指出，當個人在面對壓力時，除

了採取因應方式外，另一影響適應的重要因素，則是從正式或非正式資源中得到的情緒、實質、訊息上的協助，也就是說個人是否有能力去處理壓力，應視社會支持的質與量而定。事實上，社會支持一直存在人的生活當中，且被視為當然（宋麗玉，2002）；近年來，社會支持系統（Social Support Systems）逐漸被認為是決定人類社會功能很重要的角色。

就生態觀點而言，個人的生存與心理調適有賴與外界之間的交流（transaction），社會網絡與社會支持即是屬於個人與他人之間交流內涵之一；社會工作自「人在情境中」關照個人的問題來源與解決途徑，更應重視在問題中的個人其社會網絡與獲得支持的程度，協助個人發展或維持社會支持網絡，以提昇其因應生活壓力事件的資源。社會支持亦有負面效果，包括個人對網絡支持的過度依賴，致使個人在後來的生活中，若有必須自己獨立處理問題的情況時，就會有危機發生（王枝燦，2001）。

以社會支持的主動期望觀點來看，一個人既是主動的提供者，亦是被動的接受者（周玉慧，1997；陳科維，2000）。因此，慢性精神病患接受社會支持過程中是否具有平衡性，是互動下的結果。探討慢性精神病患就業支持需求時，除了要運用生態評量充分評估慢性精神病患在工作環境中的工作態度、行為表現和輔助需求，也要分析工作環境的特性、特定職務的必備條件等（陳靜江，2000）；此外，就生態的觀點來看，社區就業支持網絡除了看個案與職場間的關係外，尚包括當地政府單位部分、法令部分、以及社會文化層面與心理層面（陳靜江、謝秀蘭，2000）。

(二)建構慢性精神病患社區就業支持網絡之途徑

1.慢性精神病患社區就業服務人員角色明確化

慢性精神病患社區支持性就業是一綜合性復健工作 (comprehensive rehabilitation)，因它將慢性精神病患安置在社區某一適當的工作環境，為輔導慢性精神病患能獨立地生活與工作，需對其在家居與社區生活、休閒生活，就業環境中所需要的技能，提供系統化的訓練，並對其可能的困難予以必要的協助 (何國華，1991)。成功的對慢性精神病患就業實施支持性工作包括五項要件 (林幸台譯，1994)：

(1)慢性精神病患就業支持性服務由機構一位工作人員負責，其職稱如工作教練、訓練員、就業協商員；

(2)工作教練分析工作內涵，然後在慢性精神病患就業工作現場進行系統的教導與資料蒐集；

(3)慢性精神病患就業初期，工作教練全時與案主一起，等到慢性精神病患已逐漸熟練工作上各項任務時，即開始慢慢從現場「撤退」，最後則不定期以訪問或電話方式與之聯繫；

(4)工作教練另一項功能是非教學方面的介入：如與慢性精神病患的上司與同事建立關係、向其上司與同事解釋訓練的技巧、向慢性精神病患同事說明障礙者的限制、背景、行為特質，並鼓勵慢性精神病患之同事與慢性精神病患交往、提供適切的行為規範；

(5)與當地居民溝通、安排交通，以及處理在工作現場之外發生的一些事，亦是工作教練的職責。

2.支持性的工作場域

工作場所中的支持必須重視雇主和同事之間的互動情形。根據白倩如 (2004) 研究發現工作場域中雇主、同事和就服員等所構築的支持網絡與慢性精神病患工作適應有顯著相關。雇主是否能去除刻板印象，包容案主在工作上的限制，而同事是否能夠適時提供積極性協助和支持，都是慢性精神病患適應能力重要影響因素。

3.支持的家庭

我國身心障礙者約有 90%是住在家中 (周月清，2003)。因此，家庭與身心障礙者的交互影響是相當直接的。相關文獻指出家庭參與是身心障礙者就業成功的重要預測指標 (Garjar, Goodman, McAfee, 1993, 引自陳明聰，1997)，魏伶如 (1999) 指出身心障礙者在就業過程中，可能遭遇到挫折而感到退縮，倘若此時家長的支持度不夠，將可能使身心障礙者不願意再回歸到社會與他人共處、共事。

由於家庭是個體最早接觸的社會環境，對於個人自我觀念的形成以及職業自我觀念的實踐，扮演非常重要的角色，因而對於推動身心障礙者社區照顧，倘若未能獲得家庭適當的支持，則會阻礙慢性精神病患社區融入及參與的機會，間接導致其就業意願不彰 (張幼慈，2003)，進而阻礙其獨力自主能力的培養和自我決定能力的學習 (戴鈴容，2002)。換言之，若家庭支持未能適當發揮其功能，可能會使得慢性精神病患形成依賴與社會疏離的結果。

四、結語

提供慢性精神病患社區照顧可以增加

他們的適應力和降低疾病復發。慢性精神病回歸社區生活可達成多項目標，不僅是在尊重社會多元需求，實踐人道主義，以更合乎人道方式照顧病患，也能減少政府支出、增加社會生產力（楊素端、楊珮琪，1992），那麼協助慢性精神病患回歸社區生活，以獲致有效的社會生活適應，便成為社會工作者現階段需要關注的重點。慢性

精神病患在社區中「工作」或就業，本身同時具備治療性、經濟性、社會心理上的效益。因此，若能協助慢性精神病患在社區中獲致良好的工作與適應，將可望解決前述多數慢性精神病患與家屬的需求。

（本文作者：曾華源為東海大學社會工作系教授；白倩如為東海大學社會工作系碩士）

參考書目：

- 井敏珠（1991）。已婚職業婦女生活壓力與因應策略、社會支持之研究。臺北：國立政治大學教育研究所博士論文。
- 王以仁、林淑玲、駱芳美（1997）。心理衛生與適應。臺北：心理出版社。
- 王枝燦（2001）。同儕影響與青少年偏差行為之研究。東吳大學社會學系碩士論文。
- 宋麗玉（1998）精神病患社區照顧之省思——社區化或機構化，選擇或困局？，中華心理衛生學刊，11（4）。
- 宋麗玉（2000）。建構臺灣慢性精神病患之社區支持體系——醫療模式與社會心理模式之整合。社區發展季刊，92，126～140。
- 李國隆（2002）從社會正義看身心障礙者工作權相關法規之保障，輔仁大學社會工作學系。
- 李慧文（2002）身心障礙者就業現況與變遷之研究。國立中正大學勞工研究所。
- 周月清（1998）。身心障礙者福利與家庭社會工作——理論、實務與研究。臺北：五南圖書出版公司。
- 林彥好、郭利百加譯（民80）：V. J. Derlega & L. H Janda 原著，心理衛生—現代生活的心理適應。臺北，桂冠圖書公司。
- 張幼慈（2003）。我國身心障礙者就業保障之研究—以定額進用制為例。臺北：國立政治大學勞工研究所碩士論文。
- 張春興（1991）。現代心理學。臺北：東華。
- 陳明聰（1997）。身心障礙教育中父母參與的重要性及其相關因素之探討。特殊教育季刊，64，21～27。
- 陳明聰（民86）。身心智障教育中父母參與的重要性及其相關因素探討。特殊教育季刊，64，21～27。
- 陳科維（2000）。社會支持期望與獲得的差距對於求診不孕婦女婚姻滿意度之影響。私立臺北醫學大學碩士論文。

- 陳惠君、宋麗玉（2000）。單親父母之生活壓力、因應方式、社會支持與其情緒適應之相關性研究——以高雄縣向日葵聯誼會為例。臺大社工學刊，2，1～54。
- 陳靜江（2002）。身心障礙者社區化就業服務模式。就業安全，1（2），88～94。
- 陳靜江、謝秀蘭（2000）。啓智高職畢業生就業支持網絡之研究。特殊教育學報，14，257～282。
- 黃梅羹、胡海國、黃曼聰（1994）。都會地區發展精神分裂病患社區復健相關因素之研究。中華醫務社會學刊，4，117～139。
- 黃源協（2000）社區照顧——臺灣與英國經驗的檢視，臺北。揚智文化
- 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。國立臺北大學社會工作學系碩士。
- 魏伶如（1999）。身心障礙就業情形與機關（構）進用身心障礙者狀況之研究——以高雄市為例。義守大學管理科學研究所碩士，高雄市。
- 蘇昭如（2003）。摘自：胡海國主編（2003）。臺灣精神障礙者照護發展研討會彙編。臺北：國家衛生研究院。
- Arkoff, A. (1968) Adjustment and Mental Health. New York : Mcgraw-Hill Book Company.
- Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. D. & Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder : A review. American Journal of Psychiatry, 140, 825-832.
- Black, J. S. (1988). Work role transition : A study of American expatriate managers in Japan. Journal of International Business Studies, 19, 277-294.
- Black, J. S., Mendenhall, M. & Oddou, G. (1991). Toward a comprehensive model of international adjustment : An integration of multiple theoretical perspectives. Academy of Management Review, 18(2), 291-317.
- Kaplan, P.S. & Stein, J. (1984) Psychology of adjustment. California: Wadsworth, Inc.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress appraisal, and coping. New York: Springer publishing.
- Wallace, C.J., & Liberman, R.P. (1985) . Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. Psychiatry Research, 15:239-247. 79.