

以社會工作者角度探討： 精神疾病患者於醫療過程 之人權與倫理議題

黃旖翎、吳淑玲



壹、前言

筆者開始接觸心理衛生、精神疾病領域至今已逾十年，初期對此領域從好奇、求知、期待更了解，以至於開始投入精神醫療社會工作，至今已超過 6 年以上，但隨著服務與經驗的增加，對此體制的運作越加了解，內心卻開始困惑與猶豫，甚至懷疑長久秉持熱誠與專業所提供的服務之適切性。

社會工作者服務對象大多為社會較弱勢之族群，更因社會大眾對精神疾病的不瞭解而產生誤解，甚至此誤解引發負面感受及抗拒、害怕。林美伶、熊秉荃、林淑蓉與胡海國（2002）指出「由於社會大眾採防衛態度，並且以訛傳訛的渲染不正確精神疾病的知識，因此當被診斷為精神疾病或外顯精神症狀時，患者會承受來自他人的負向看法及態度，而他人面對精神疾病時過度誇張的反應，也讓患者甚至患者

家庭承受來自社區、家人、教友、同事、醫療人員及媒體對精神疾病的刻板印象，也就是對患者反映出負向及拒絕的態度，認為有不可預期的危險及暴力」（林美伶等，2002，p.381），如此可了解社會大眾對精神疾病烙印之強烈。

降低烙印及標籤化可有效協助精神疾病患者病情穩定、社區生活適應、家屬負荷改善等，而如何降低烙印是需要從多面向、藉由多元方法介入。但許多精神疾病患者家屬、鄰里、社區卻是期待以「住院」或「安置」來因應生活中所面對的複雜、糾結問題，而醫療院所醫師、醫療團隊會以啟動強制住院或是體諒家屬照顧負荷而協助勸導病患住院，此卻可能使得家屬、社區對精神疾病更誤解、離精神疾病患者之距離更遙遠，因為社會大眾容易把事情不當連結、過度類歸為精神疾病患者發病、病情起伏時就是要隔離、住院關起來，此造成烙印程度更加劇。

「醫療處置」及「住院治療」對精神疾病患者於病情與症狀控制、改善、及復原此漫長旅途中扮演重要之角色，但「住院治療」這看似簡單的入院至出院過程卻涉及了許多複雜的議題與兩難處境，包含了倫理抉擇、人權考量，甚至是法律規範等拿捏。

貳、法律規定與發展

「憲法」被一個國家視為所有法之根源、最高依據，中華民國創立後國民大會於民國 36 年 1 月 1 日制定「中華民國憲法」，因此在臺灣若其他法律、法規、命令、辦法等與憲法內容相互牴觸時、或是違反憲法精神時，則視為無效、不成立。於中華民國憲法明確指出，除現行犯外，若人民無出現妨礙社會秩序公共利益、無防止妨礙他人自由、非避免緊急危難、無維持社會秩序、或無增進公共利益所必要者外，則人民自由權利不得受限制（憲法第 7、22、23 條）。簡言之，若人民無出現上述情形，其「人民身體之自由」應受保障，不可被逮捕拘禁。且於憲法第 24 條又特別指出，公務人員違反人民之自由除了受懲戒外還須負相關法律責任，且國家可能面臨相關賠償（憲法第 24 條）。

政府於民國 96 年 7 月 4 日制定「精神衛生法」，此法第 41 條明確規定「嚴重病人」若有「自傷傷人之虞」，但拒絕全日住院治療，得可對此病人進行強制鑑定（精神衛生法第 41 條）。為確保嚴重病人權益不受侵害，故此法第 42 條規定由二位專科

醫師鑑定提出「強制住院」申請，且提出申請後須經由中央主管機關精神疾病強制鑑定審查會審查（精神衛生法第 42 條）。雖許多精神疾病患者家屬對此法通過感到強烈不認同，但政府、相關人權團體、精神疾病患者對此法表示肯定，期藉由此法通過及實施，以保障精神疾病患者相關權益。

隨著國際環境氛圍改變，各國越來越重視人權議題，中華民國於 103 年 1 月 8 日正式公布「提審法」，並於當年度 7 月份正式施行。此法開宗明義指出，除法院外，若人民被其他機關逮捕或拘禁時，可由本人或他人協助向逮捕行為發生地或拘禁地之地方法院聲請提審（提審法第 1 條）。套用此法於精神疾病患者中，當病患非自願被送就醫、住院治療時，公衛護士、警消人員、或醫療院所應於 24 小時內向本人或指定之親友以書面方式作相關說明，於說明中須清楚告知「本法聲請提審之意旨」，且法院於接獲聲請案件 24 小時內向醫療院所發出提審票，而該醫療院所於收到提審票 24 小時內應將病患解交（提審法第 2、5、7 條）。此法快速與積極之作爲，令臺灣人民人身自由權更獲得進一步保障。

參、價值衝突與倫理兩難

於憲法清楚指出國家、政府對於人民自由之保障，也特別制定精神衛生法以保護罹患精神疾病之民眾，以避免因罹患精神疾病而遭受相關權益被忽視或剝奪。雖法明確規定，但從「法」到「落實」此過

程有很大的空間，使得實務執行出現很大的彈性，彈性固然是好，但也隱約透漏著實務中有許多模糊地帶與難以界定的狀況。下列以社會工作者在精神醫療院所中協助病患與家屬時可能面對之相關議題作討論。

一、尊重「案主自決」與考量「家屬負荷」抉擇之兩難

社工於服務提供時不僅依據社工及相關專業知識處理各種多元與複雜的狀況，更需考量社工專業倫理。倫理提供實務工作者明確原則、核心價值、與思考脈絡，協助社工更理性、清楚、正確、符合法律規定地提供適當服務處遇與優先處理順序。於精神醫療領域中經常面臨倫理兩難之境，如病患於病情相對穩定時期待出院返家或回歸社區生活，或是病患於行為問題或症狀干擾時但又不達自傷傷人之虞程度，此時醫療常面臨家屬喘息空間需求及病患自決出院要求二邊拉扯，此情況更常於精神科急診出現。部份醫療人員認為醫療應該純醫療，意思指醫療應該是依據病患有無醫治之需求而提供服務，而避免人情或其他非醫療等因素影響醫療處遇，主張此觀點主要是認為當其他非醫療因素介入時不僅影響醫療之專業，更會直接或間接造成醫療資源浪費（如人力成本消耗、健保資源浪費、令另一位更急需住院治療患者可能因此無床位...等）；另一派主張精神醫療專業中應考量及重視系統觀點及生態系統間影響，故將案家照顧負荷及喘息需求列為醫療計畫重要考量與評估之

一。由於上述情形社工經常於「案主自決」與考量家屬照顧負荷下的「生活品質」二項倫理原則間猶豫與抉擇。

另，社工經常將「案主自決」視為重要依據時，但仔細思考與參考 Loewenberg & Dolgoff 提出社工倫理原則順序：保護生命、差別平等、自由自主、最小傷害、生活品質、隱私保密、真誠原則（曾豪，2011），此七項倫理優先考量中「自由自主」較符合「案主自決」之精神、理念，但前面仍有「保護生命」、「差別平等」更需被考量，故社工專業人員是否須從頭思考、真誠面對自己內心為何如此重視「案主自決」此倫理原則？是真的重視病患權益及肯定病患決策與判斷能力，還是以「案主自決」此專業倫理來合理、逃避社工自己面臨兩難處境。

當精神疾病患者有明顯自傷傷人之虞時，此情形無庸置疑為了保護生命最高原則醫療有義務及權力限制病患之自由權與選擇權，但當無自傷傷人之虞的病患無意願就醫時，病患與家屬誰的需求應優先被考量？若考量家屬照顧負荷時而啟動緊急就醫及強制住院，此時醫療單位可將責任推給強制鑑定審查會，以逃避兩難之境，也許強制鑑定審查會最後決定不通過，但病患已被限制 5 天之自由，此情形是否有將家屬及病患平等看待，否則為何家屬需求被擺放於病患需求之前呢？而社工倫理中第二考量順位「差別平等」又是否遭受衝擊呢？

二、「嚴重病人」身分之纏身

精神衛生法指出，當精神疾病患者症狀干擾強烈時，且無法處理自身相關事情時，由精神專科醫師診斷為「嚴重病人」，此時應設置一位保護人，其目的在於協助病患就醫及相關權益維護（精神衛生法第3、19、20、28條）。民國98年1月19日制訂「精神衛生法實施細則」，此細則第4條指出若嚴重病人之狀況已不符合嚴重病人，則該診斷醫師所屬機構應通報以解除此身分（精神衛生法實施細則第4條）。此法與實施細則前後制定也說明了一重要訊息－「嚴重病人」此身分是暫時的，並非永久性，病患短暫或是某段時間中因病情影響而無法妥當處理個人事宜時可以暫由他人、相關人員協助，但待病情改善後此需求可能無持續之需要、必要。當病患列為嚴重病人另一功用在於「提醒」相關衛生、醫療人員留意病患狀況，所以病患可以帶此身份出院回到社區，但於病情改善時應有相關人員主動通報解除。

然而實務工作中執行此法似乎與制定精神及目的有落差，當精神疾病病患就醫時，醫師依病患症狀干擾而通報嚴重病人，但病患經常帶此身分出院，甚至是數年或現已經復元在支持性就業的個案都還掛著「嚴重病人」之身分。依據筆者工作場域經驗，從民國97年7月至今共送出640位個案，亦即是符合嚴重病人，但此身分遭解除之患者為極少數。進一步探討很少主動解除病患嚴重病人身分，可能原因有五：一、解除需多份行政程序，且法規無明文指出解除通報相關責任；二、「嚴重病人」僅是身份、類別之作用，並無影

響病患本身任何權益，故解除與否無強烈之需要；三、多個「保護人」來協助相關決策、討論，有助於醫療過程之順暢；四、有助於病患再度入院就醫就不需要再次診斷與通報；五、擔憂解除後若病患於社區發生相關問題是否有責任歸屬或遭質疑。雖然上述情形看來無違法或病患權益受損，但此是否涉及「標籤化」及「侵害」之意味，並非真實、有形的傷害才需要被重視。而目前此法或實施細則皆無提及若病患面臨此狀況可如何自救或救濟？

對此曾有醫師表示、主張，「嚴重病人」僅為法條上名詞，且具保障病患權益及協助病患社區生活適應，並認為提及「嚴重病人」涉及「標籤化」的人才是真正汙名化與歧視精神疾病患者的人。若是這樣，為何於103年5月衛生福利部公告將「精神分裂症」更名為「思覺失調症」？目的為何？中華民國康復之友聯盟（2015）指出，在「精神分裂症」更名為「思覺失調症」後，問卷調查臺灣753位精神科醫師，以了解更名後之影響，發現更名後醫療人員更容易與患者進行討論與衛教，社會大眾、民眾更有意願對這疾病進行認識與了解，且提升病患就醫之動機（中華民國康復之友聯盟，2015）。故筆者認為“提及「嚴重病人」涉及「標籤化」的人才是真正汙名化與歧視精神疾病患者的人”論述者，是否真正能以病患個人的角度去體會與感受，Please Put Your Feet in Others' Shoes，其可能將「嚴重病人」此名詞內化而自暴自棄，進而否定個人能力。此情形並非揣測或假設，而是真實於精神醫療服務過程

中上演。社工專業多年來不斷強調「增強權能 EMPOWERMENT」之重要性，然而「嚴重病人」診斷如不確認相關解除程序或流程，是否持續同意這樣的污名造成家人或社區的恐慌，及降低個案對自我的肯定。

三、醫療「病理觀點」、「父權行為」之主導

吳慧菁、林萬億、張莉馨與唐宜楨（2012）指出「考量他人處於危機時該有何選擇，進而強行介入的行為或是干預個案的自由、自主權過程，可被稱為父權行為，於是在此般意義下，父權行為往往是基於保護/他人需要照顧的考量下而產生的」（吳慧菁等，2012，p.15）。由上述觀點的脈絡思考進行強制住院或要求病患住院是基於保護的觀點與立場，但此父權行為背後隱藏了強烈的「病理觀點」，認為精神疾病患者缺乏充分的心智能力與判斷理解能力可以為自己做正確或最好的選擇，所以需要由他人協助做判斷、決定，此無形間歧視與矮化病患本身的能力。另，專業醫療人員與家屬是否藉由「病理觀點」來合理地疏忽病患尊嚴、侵害人身自由權（吳慧菁等，2012，p.15）。

於吳慧菁等人（2012）研究指出，民法將人的「行為能力」區分為三種：「完全行為能力」、「限制行為能力」、「無行為能力」（吳慧菁等，2012，p.15），精神疾病患者若因身心狀況而需要於行為能力上限制以作為相關保護，如同民法中第 1110、1111、1112、1113 條中的「監護宣告」與

「輔助宣告」相關規定（民法第 1110、1111、1112、1113 條）。此也清楚表示，目前在臺灣要對人做行為上限制要先經由法院判定，且做相關宣告後此先決條件才成立。但在許多「病理觀點」及「父權行為」主導的醫療體制下似乎自行將精神疾病患者能力默默地、非法地否定？

四、誰的「最佳利益」

延續上述議題三，目前在臺灣精神醫療領域、體制大多仍以「病理觀點」及「父權行為」主導，而此觀點是立基於維護病患「利益」。然而吳慧菁等人於其 2012 年研究指出，「當我們談及強制治療係為考量精神疾患的最佳利益時，我們是否曾思考過患者有拒絕治療的權利呢？畢竟所謂『強制』或『壓迫』的概念對任何人而言，都是痛苦的極困難的」（吳慧菁等，2012，p.19）。後者概念確實衝撞著前者觀點，若秉持「疾病」觀點看待確實會覺得住院治療是最有效協助病患病情穩定；若不以疾病觀點看待，也許部分症狀是個案來適應這複雜世界、多元社會、生活壓力的方法、模式，故即使是病患最佳利益仍有分為「自由、意願」與「病情穩定」二考量點。且此情形是否違背社工倫理中第二考量順位「差別平等」，因為否定精神疾病患者之能力，而將他人決策權凌駕於患者之上？

換個角度，社工常說「最佳利益」，那此時需再進一步討論、釐清是「誰的最佳利益」，是精神疾病患者本身、或照顧提供者的家屬、還是社區鄰里。醫療經常將家屬照顧負荷、獨居病患的社區安寧列為是

否將病患強制住院之重要考量因素，雖然此時將家屬與社區鄰里的「生活品質」此倫理列入服務處遇考量，但這一考量觀點是否與社工專業倫理中的「差別平等」、「自由自主」有衝突呢？

曾有患者因吸食安非他命後精神混亂而被害妄想鄰居對自己不利，使得多次嚴重攻擊鄰居（持西瓜刀砍傷三名鄰居頭部）及家人（年幼案子長期目睹患者家暴案父及破壞家具），甚至出現排放大量瓦斯欲縱火之行爲。司法警政體系因患者非現行吸毒犯而無法合法地逮捕，故社區及家屬多次透過醫療處理社會問題，於短期一至二週住院後，若讓患者出院則可能再度攻擊鄰居與家人，若持續讓病患住院則侵害其人權，於此真實案例中醫療團隊面臨抉擇兩難之處境，且承受社區龐大輿論壓力。

五、忽略「真相」與「人在情境中」

精神衛生法中明確指出當精神疾病患者出現「自傷傷人之虞」時，不僅警消人員應盡速協助病患送醫，且醫師與醫療院所可啟動緊急安置及強制鑑定，以維護生命安全（精神衛生法第 32、41、42 條）。此使得精神科急診醫師將「自傷傷人之虞」列爲強制住院與否之重要指標，然而許多病患在送醫時通常情緒激動、抵抗，使得醫師大多透過陪同就醫的家屬、部分藉由警消或公衛護士說明、轉述以了解事發過程、病患自傷傷人之情形。但此說明、轉述真的貼近事實、完整嗎？是否夾雜家屬爲了順利讓病患獲得住院治療，而出現誇大、偏頗之說詞，或是將以前的事情再述

說、使用，使得醫師無法於短時間內獲得充分、正確的訊息以作精確地判斷。

另，家庭是個微妙的場域，其中的關係糾結、動力交錯是旁人難以短時間釐清與了解，家庭成員間通常知道如何有效、快速地牽動彼此情緒，而精神疾病患者因病情影響使得其情緒更易起伏與直接表露。家庭衝突發生時，許多家屬可以暫時抽離、暫緩情緒地請求警消等相關人員至場協助，而病患卻容易因現場更多人介入，及即將面臨被送醫之壓力而情緒更激動，此激動情緒易伴隨掙扎、抗拒等大肢體動作，此情形更易促使他人連結「自傷傷人之虞」。但「當下情緒起伏」不同於「精神症狀干擾」，情緒起伏對人而言是「正常」的、「應具備」的，不應過度解讀，而醫療專業人員應清楚辨別此二者差異。雖然醫療非偵探，不需要去釐清誰是誰非，但真相的不了解、訊息不完整容易使得醫療判斷有落差，甚至實務中就醫、住院有時成爲家庭懲罰之工具，此令醫病、社工服務關係更難建立，因爲此服務先決條件建立於不平等中。

有些家屬因患者服藥較拖延、就業意願低、或生活習慣與觀念不同，而於互動過程中不悅、衝突時經常報警處理，患者因警消、公衛到家而擔憂再度被強制就醫導致情緒激動，進而出現大叫、拉扯等抗拒行爲，加上家屬在旁反覆述說病患曾有傷人紀錄，使得患者就醫時情緒反應更強烈，此令家屬及警消、公衛轉達病情更具說服力，令醫療院所精神科急診醫療團隊更容易相信病患具有「自傷傷人之虞」。強制

住院通過後，病患認為醫療團隊是站在家屬方處罰自己無遵從家庭規範，故對醫療相關人員不信任，拒絕協助與會談，僅默默等待二個月強制期滿出院的日子到來。

六、醫療團隊成員間之「專業霸權」

精神醫療領域之所以被視為醫療專業中的專業，是因以團隊分工與合作方式提供服務，其中主要包含精神專科醫師、護理人員、心理師、職能治療師、社工師等（吳慧菁等，2012，p.27）。以多面向、各種專業角度評估病患與家庭需求，再共同、整合有效之服務於病患及家庭。於臨床工作中，隨著各個國家社工專業發展程度、各醫療院所之職場文化、各專業人員對社工專業之認識...等因素，使得此團隊成員們默默地被區分等級，而臺灣現今情形更是如此。普遍而言，此團隊中心理師專業僅次於醫師最被認同，也常扮演協助醫師確定診斷的角色，但卻很少介入病患與家屬出院之準備；職能治療師主要著手病患住院期間之活動安排，但卻於病患住院、出院等相關處遇、決策中被邊緣化；護理人員幾乎遵從醫囑、觀察臨床症狀，亦少參與病患出院等相關決策；社工則常被視為行政人員，負責家屬聯繫、資源連結、提供補助等事宜；醫師則扮演領導者、決策者角色，決定病患住院、出院等相關處遇、決策（張如杏，2009，p.125-126、129）。此精神醫療模式雖以團隊方式呈現，但實質由醫師主導、決策，而其他團隊成員專業意見則視醫師個別化而被採納程度有所不同，此明顯呈現出「專業霸權」

之情形。而社會工作者該如何於自己已經處於不平等制度下替服務對象爭取應有之權利、維護病患權益，可想而知角色之為難、執行之艱難。

七、健保制度、績效壓力下如何中立

張如杏（2009）指出，「近來政府推動公立醫院法人化，醫療服務以 SOP 進行績效管理，所有醫療人員漸漸要能“賺到自己的薪水”」（張如杏，2009，p.134）。當公立醫院也面臨業績要求時，對於社工同仁設定工作目標值，正向看待會因壓力、市場競爭要求而以「較高頻次」來提升服務品質。然而在醫療領域中保護病患權益為社工專業服務與角色，故原則上若病患病情相對穩定達出院標準時，社工應主動告知病患可出院之訊息；而機構之立場，面對營運及永續經營的壓力，期待病患於全民健康保險給付範圍內達最高住院天數；而家屬則期待於負擔最少金額下，讓病患住院較久以獲得最大喘息空間。在患者、家屬、機構三方期待間角力，機構營運壓力與家屬喘息空間之需求，常常令社工無法主動告知病患本人相關訊息與出院權益，甚至醫療團隊會要求社工擔任說服個案繼續住院的角色，主動告知可出院之訊息，常引發病患要求出院之情緒，此不僅造成醫療團隊與家屬之困擾，甚至令機構營收減少，而社工經常於專業倫理、多方需求考量之間拉扯。

八、「自願住院治療」是否等同「自願被限制」

暫且不論強制住院病患相關人權與倫理議題，為何自願住院治療的精神疾病患者無法如同一般內外科病房病患擁有行動自由此基本權利？此自願住院病患其已經有主動治療之意願，且較無強制住院病患自傷傷人之疑慮，為何仍須將病房房門深鎖關閉，且若病患欲外出執行院外、社區適應仍需要家屬帶或家屬同意呢？謝宗哲（2008）報導指出，「當你被關進監獄或拘留所還可以打電話給律師，在精神病院則沒有這種權利，我們曾經接到精神病院打來的『求救』電話，但是竟然被醫院掛斷了。當你在精神病院打電話給警察，警察還會覺得你是瘋子」（謝宗哲，2008）。另，當病患被警消或家屬送至醫院，當下被醫護人員鼓勵、說服簽下住院同意書，但此「知情、同意、願意」應該是一個動態的過程，當隔天或數日後病患不願住院，在與醫師反應無效的情況下，向院內外陳情申訴，醫療團隊多以安撫及病情尚未穩定不宜出院為由處理，建議依法啟動強制鑑定與住院，醫療團隊不宜未審先判。此社會與醫療制度對精神疾病患者的歧視與權益忽視，甚至限制自願住院患者自由與權益，這些都值得社會大眾、政府、及醫療共同深思。

肆、結論與建議

於 103 年 7 月份「提審法」正式施行，此法上路前各精神醫療院所緊繃神經地觀察與研讀此法，並擬定相關配套措施與流程，擔憂違法之虞。雖此法令臺灣人民人

身自由權更具保障，但經仔細研讀與了解後發現此法並非如想像、期待中那麼有效與適用，此法用於精神醫療領域時主要是審查患者於事發當下被送就醫至醫院之過程有無不當，簡言之此法在確認程序是否合法，並非判定有無送醫及住院治療之必要（郭貞秀，上課講義，2014 年 9 月 22 日），故病患遭受緊急安置及強制住院時仍需回頭來採取最先、原本之方法「聲請停止緊急安置或強制住院」，於收到裁定書十日內須提出抗告（精神衛生法第 42 條）。但依據實務經驗患者此聲請到裁定確認通常將近二個月時間，使得病患往往不願意使用此資源，因為此資源無立即之助益及效果。期待政府與衛生福利相關單位未來可制定相關法規、修改或縮短聲請停止緊急安置或強制住院之裁定流程期限，期藉此可提升此資源的可受性及有效性。

「增強權能」、「優勢觀點」是近年來社會工作者服務個案、家庭、社區的理念與方法，鄭麗珍（2002）說明「增強權能取向的實務不僅增進案主的自我效能、建構同儕網絡來提升其權能，...增進與維繫案主的改變，最終成為掌握自己的命運、機會的有權能者」（宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍，2002，p.414）。鄭麗珍（2002）在同一書中指出，增強權能理論假定案主與案家透過社會互動增加而提升其人際網絡及資源連結、處遇過程中工作者視案主為有能力和價值的、工作者與服務對象為合作夥伴關係（宋麗玉等，2002，p.416）。優勢觀點與增強權能理論跳脫傳統的病理觀點，不再重視或將焦點放在案主的病症

上，而強調案主的潛能與能力，正向看待案主，視案主為有能力的、價值的，進而引導與開發案主的優點，促進其期望實現（宋麗玉、施教裕，2009）。然而於精神醫療實務工作中，社會工作者卻常因多方壓力與考量下，不僅居間忽略病患相關權益，甚至隱約以病理觀點與病患工作、說服病患住院治療，這是否無形中加強病患

疾病與失能感受，感覺與社工服務之精神、理念越行越遠，令人不禁擔憂。

（本文作者：黃旖翎為衛生福利部嘉南療養院社工師；吳淑玲為衛生福利部嘉南療養院社工科主任）

關鍵詞：精神醫療社會工作、社工專業倫理、病患權益

📖 參考文獻

中華民國憲法（1947年1月1日）。

中華民國康復之友聯盟（2015年5月13日）。思覺失調症更名滿周年-30年病友重建社交自信。NOWnews 今日新聞。線上檢索日期：2015年6月29日。網址：<http://nownews.com/n/2015/05/13/1691089>

民法（2014年1月29日）。

宋麗玉、施教裕（2009）。優勢觀點－社會工作理論與實務。臺北市：紅葉文化。

宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍（2002）。社會工作理論－處遇模式與案例分析。臺北市：紅葉文化。

林美伶、熊秉荃、林淑蓉、胡海國（2002）。精神分裂症患者之烙印處境。慈濟醫學，14(6)，381-7。

吳慧菁、林萬億、張莉馨、胡唐宜楨（2012）。「精神疾病強制鑑定審查會」運作之探討：以社工委員為例。東吳社會工作學報，23，9-46。

郭貞秀（2014年9月）。提審法修法－精神衛生法之因應。臺南市政府衛生局103年度因應提審法修正施行教育訓練課程，臺南市政府衛生局東興辦公室。

曾豪（2011）。社會工作方法與實務－讀實力。臺北市：保成出版社。

提審法（2014年1月8日）。

張如杏（2009）。臺灣精神醫療社會工作專業發展與危機。臺灣社會公作學刊，6，119-145。

精神衛生法（2007年7月14日）。

精神衛生法實施細則（2009年1月19日）。

謝宗哲（2008年1月25日）。精神病患不是罪犯。自由時報。線上檢索日期：2014年6

月30日。網址：<https://groups.google.com/d/topic/yotu/sKtcpdhGylw>