

以「損傷」與「障礙」並重的 社會模式探討身心障礙者生活品質

蔡佳穎・陳政智

壹、前言

隨著社會經濟的繁榮與醫療科技的進步，使得人類壽命的延長，進而導致人們開始重視生活品質。依據內政部最新統計數據顯示，截至 98 年底止，國內領有身心障礙手冊者，人數(Physically and Mentally Disabled Population)及達 107 萬 1,073 人，較 97 年增加 3 萬 488 人，增幅約 2.93%，且有持續上昇的趨勢（內政部，2010）。然而，隨著身心障礙者服務方案的日趨複雜，為有利於多頭馬車式的服務單位彼此之間能夠統籌協調並確保服務的品質，有必要以一種較完整且涵蓋身心障礙者全面生活的概念—「生活品質」，來評估目前業已分歧及日趨龐雜的服務機構與研究方案。

由於身心障礙者與專家學者等鼓吹身心障礙者的「自我決定」(self-determination)與「自我倡導」(self-advocacy)運動等，促

使身心障礙者本身及其家屬，由昔日委身於社會的幕後，忍氣吞聲地接受社會諸多不合理的對待，以及難以言近的歧視和誤解；轉而挺身而出，運用大眾傳播媒體，現身說法，期待社會能夠對身心障礙者之心理、行為與生活有更深入與正確的了解和認識。期間，相關特殊教育服務團體、社會福利機構及廣大的社會善心人士等的支持與配合，亦使得一般社會大眾及政府相關部門，對於身心障礙者之生活品質重視的要求有較正面而客觀的看法（林宏熾，2001）。然而，至今國內對於身心障礙者生活品質的概念眾說紛紜，因為生活品質的概念是一個相當主觀且受到內在與外在的影響，如果沒有決心去確定好的生活品質是甚麼，那麼很難對政策有所建議（Levasseur, Desroiers, & Noreau, 2004）。

因此，為了因應身心障礙者權益保障法的實施以及 ICF 概念之引進，其中「社會模式」是它主要的精神，所以本文希望使用「社會觀點」來探討身障者的生活品

質，期待藉由本文之分析，有助於未來身心障礙者生活品質之界定。

貳、生活品質的意涵

「生活品質」這個概念最早是由亞里斯多德 (Aristotle) 提出，他由「快樂 (happiness)」的角度切入，認為快樂是上帝所恩賜，是一種貞潔的心靈活動，因此快樂的人可以活得好，事情也做得順利。

Setien (1993) 指出生活品質是一個與「現在」有關的概念，例如：環境汙染以及因為工業化使生活環境惡化(引自 Orte, March, & Vives, 2007)。Szalai & Andrews (1980) 則說明這個詞涉及社會科學領域，有許多與生活品質相關的不同概念，例如生活滿意度，或生理及心理幸福感，相關概念在生活品質的研究中被發現(引自 Orte, March, & Vives, 2007)。另外，Borthwick-Duffy(1992)提出了三個生活品質的觀點：(a)生活品質被定義為一個人生活狀況的品質；(b)生活品質被定義為一個人生活狀況的滿意度；(c)生活品質被定義為生活狀況及滿意度的結合。描述生活品質結合了生活狀況及滿意度，但是強調須要將個人價值觀、動機及期待納入考量之中。Landesman 亦論述生活品質定義的概念，建議將生活品質分開為生活狀況及生

活滿意度兩種現象。生活品質是一個人客觀地測量生活狀況的品質，包括：生理健康、個人環境、社會關係、功能活動及廣泛的社會與經濟的影響，主觀的回應在個人生活滿意度。

無論如何，生活品質雖然沒有達到一致性的看法，然而，有一個重要的共識，在科學層次並以現象學取向研究之，人們會問在他們的文化脈絡中，生存的意義是甚麼，以及在他們僅有的生活目標中關係的意義為何(Bowling, 1998，引自 Orte, March, & Vives, 2007)。因此，具體而言方面必須承認：(a)健康是以客觀地及主觀地去測量，對於老年人的幸福感有主要的影響；(b)行動能力會影響生活品質；(c)心理要素，例如個人特質及孤獨感或無用感影響了幸福感；(d)一個家或舒適的環境對於生活品質的正面的影響；(e)社會因素影響社會孤立感，對於生活品質有負面的影響；(f)無論年紀多大，自尊及尊嚴對於個人生活是很重要的要素；(g)經濟剝奪會損失很多的機會及生活品質(Orte, March, & Vives, 2007)。

筆者整理國內外學者對生活品質的看法發現並不一致，所以有探討的必要性，藉由表一將可以更清楚地釐清生活品質的定義與概念。

表一 生活品質定義一覽表

定義	作者
生活品質是一個多面向的建構，那些面相包括正常化及良好的生活狀況、行動自如的程度、個人成長的機會、以及普遍之幸福感。	(Vitello, 1984, ; 引自 Cummins, R. A., 1997)
生活品質是一個人的幸福感，來自於對他們來說重要生活層面的滿意與不滿意。	(Ferrans, 1990; 引自 Sammarco, A. & Konecny, L. M., 2008)
生活品質的概念通常的考量因素包括：選擇的自由、個人的生活滿意度、社區參與、社區互動/支持。	(Ferguson, R. V., 1997)
生活品質意指那些一個人生活的層面及歸因的生活型態，以及那些個人幸福感之存在與消滅。	(Peter, D., 1997)
生活品質可被定義為一個人想要的相關社區、學校、家庭或工作生活，以及健康與幸福感。	(Schalock, R. L., 1997)
生活品質在個體於其人生生命的重要場所中（譬如：工作、學校、家庭、社區等地方），個體不論障礙與否，均能滿足其個人的需求；並且同時能夠符合在這些重要場所中，其他人對此個體所懷抱之規範性的期待。	(Goode, 1990; 引自林宏熾, 2001)
生活品質係個體控制其環境的能力，或是一種差距，此種差異係由個人現今已達之成就和其未能實現的需求和慾望所產生。	(Bayer., B & MacFarlane, 引自林宏熾, 2001)

資料來源：筆者自行整理

對於障礙者而言，生活品質一詞是一個廣泛而非特殊之概念。其專注於個人對於生活之觀點，而此觀點是關於他們是甚麼以及他們想要的是甚麼之差異性，但是這樣的觀點無法讓人清楚地了解生活品質

之樣貌，亦無助於促進身心障礙者之生活品質。因此，認為，最好以「原則」來界定生活品質（Goode, 1990：引自林宏熾，2001）。茲將 Goode 對於身心障礙者之生活品質之原則略述於下：

表二 障礙者生活品質內涵界定的原則

1.	不論障礙與否，對於任何人而言，生活品質的內涵均係相同。
2.	生活品質係個人於生命的重要場所中，有機會去追求及達成個人目標，並滿足個人生活最基本需求的一種體驗。
3.	對於障礙者而言，生活品質的涵義與實踐，可借由一群代表並了解障礙者觀點的團體所得到的共識來加以驗證。
4.	個體的生活品質與其相處在同一環境的其他人緊密相關。
5.	個體的生活品質會反映出個人在所處環境中的文化傳統。
6.	提供障礙者和其家庭有關資源和援助時，在評估和測量的過程中，應以生活品質的概念為基礎。
7.	生活品質是一種構念(construct)，在評量此種構念中，除了應考量到是否已具有社會效度的社會指標為參考點外，應考量到障礙者本身及其家庭方面的主觀因素。
8.	對於障礙者而言，有關生活品質的提昇和改善的活動，應以強調和卓重障礙者及其家庭本深具有的能力和優點。
9.	生活品質的概念可以用來作為評量社會或國家政策（障礙者的社會政策）是否落實的依據。

資料來源：Goode(1990), p. 54；引自林宏熾，2001

參、身心障礙者生活品質之面向與模式

由上面論述可發現，對於生活品質的意涵，不同學者的見解有所差異外，其所涵蓋的層面亦相當廣泛。以下將釐清身心障礙者之生活品質分別包含哪些面向，以具體且細微地將此概念明確化。

David & Jonathan (1997)根據許多學者整理出身心障礙者生活品質的面向共有五個：

一、生理幸福感

最主要是與健康有關。由作者提出健

康的不同面向，包括：舒適度、移動性及個人安全性。舒適度與移動性皆與生理失能有關，並且可能定義為與特殊活動有關的功能性能力。這個面向可能與下列所提及的生產力有重疊到。個人安全是個人免於受傷或傷害，可能與鄰里關係品質的評估有所重疊。

二、物質幸福感

一般大眾大都關心此議題，並且藉由最明顯的收入來反應。生活環境不同面向的品質—租屋的品質、家具品質、裝備、擁有物及鄰里的角色—皆密切的與物質幸福感有關。財產及經濟安全皆反映了人們對於其目前狀況其未來的事實。交通的取

得也是物質所考量的因素之一，與一個人所維持或延伸的社會、工作、教育、追求公民權及休閒活動因此支持著幸福感的其他面向。

三、社會幸福感

這邊包含兩個主要的向度：人際間的關係及社區參與。一個人人際關係的品質及廣度不僅包括在其家中，也包括家庭延伸出去的親戚朋友。社區參與是一個更廣的面向，與個人間的關係有所不同。另一個層次是由社區所接受或提供給個人其個人角色、環境、動機、在公共設施上實際或潛在的需求。

四、情緒幸福感

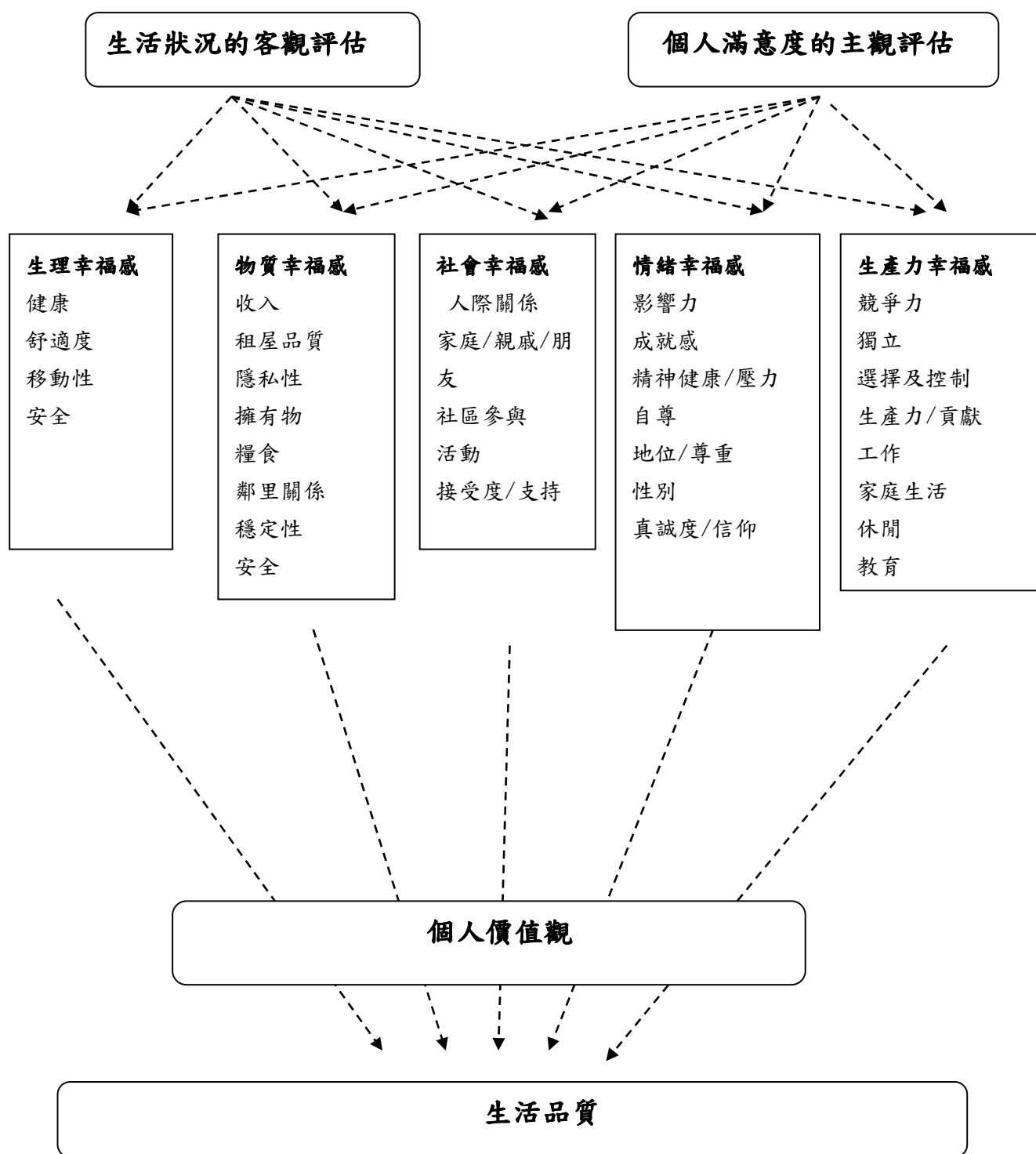
情緒幸福敢包括感情、成就感、壓力及精神狀態、自尊、身份及尊重、宗教忠誠度及性別。成就感可能與社會成就及功能性追求有所重疊。

五、生產力幸福感

這與一個人的發展性成長及是否能根

據其所有的目標而建設性的有效使用時間有關。競爭力或發展的技巧與經驗與自我決定有所連結—獨立與共存能力去運用來選擇或控制對自我或其他人的貢獻。透過在不同場域的功能性活動能展現出其生產能力。

結合了身心障礙者生活品質向度以及影響身心障礙者生活品質之相關因素，Felce & Perry (1997)提出具有高度完整性的身心障礙者生活品質模式：希望藉由圖一釐清從不同生活場域議題的客觀環境及主觀察覺度的影響建構了生活品質。個人差異不僅反映在主觀價值的要素中，也反映了在個人價值觀中這樣的主觀評價及客觀環境的重要性比例為何。這三個主要的面向—客觀環境、環境的主觀評價及個人價值觀一直都潛在的互相影響，一個向度的改變可能影響另一個，這三要素間互動最重要的推論是個人的生活品質既不是靜態的也不是一致的，其中一個要素的知識並不能預測另一個要素的變化。



圖一生活品質的探索模式（資料來源：Felce & Perry, 1997）

伍、社會模式之概念與反思

社會模式起源於西元 1976 年生理損傷對刻隔離的團體(UPIAS)所出版的身心障礙基礎原則中所出現，其主要論述為：社會使生理損傷者失能，失能是某種加諸於損傷上的東西，使失能者遭到不必要的孤立及社會排除。藉此爭論，使我們更了解損傷並不是導致失能者遭到社會排除的主要原因，而是社會回應損傷者的方式(Oliver,2004)。

一般而言，醫療模式則將「身心障礙」視為一種偏離「健康」的狀態，並且就如同對於疾病的研究一樣，著重在研究身心障礙的發生原因(Etiology)、病理變化(Pathology)及其醫療上的症狀與結果(Manifestation)(董和銳，2003)。亦即醫療模式是將研究重心放在身心障礙人士的「損傷」特徵，它將身心障礙視為因疾病、受傷或其他健康因素所造成的個人問題。即使導致偏離健康的因素來自週遭環境，但偏離健康的狀況是發生在個人身上，因此醫療模式的分析與介入的重點仍是個人在功能上的限制(functional limitation)，以及因功能限制對於個人生活所造成的影響(Scambler,2005)。此外，醫療模式帶有強烈的規範(normative)意味，一個人如果無法擁有跟「正常人」一樣的功能，就會被視為身心障礙人士或成為一個生病的人(sick role)。

在討論身心障礙模式(disability models)之前有一件很重要的事情，就是必須澄

清關於個人和身心障礙的社會模式。原來在身心障礙模式的概念下，作者 Oliver 選擇使用個人和社會模式這樣二分的方式，而這樣個人和社會模式的概念是源自於英國反對隔離的身體損傷者聯盟(the Union of the Physically Impaired Against Segregation, UPIAS)在其基本原則相關文件所定義損傷(impairment)和失能(disability)的區別。

個人模式是包含了一個廣大的議題，並且強化了身心障礙的個人悲劇理論(the personal tragedy theory)，但它也包括了心理的和醫療的身心障礙觀點，因此之後的人比較傾向於稱為醫療化(medicalization)，而不是身心障礙的醫療模式(medical model of disability)。簡單來說，沒有所謂的醫療模式，而是在個人模式中存有醫療化的重要部分。

UPIAS 在其文件中對於社會模式的定義為：障礙是某些強加於我們損傷之上的，且因為這樣我們無法獨立和被排除於社會參與之外，障礙者因此也是在社會中被壓迫的群體。社會模式所要表達的是它接受了許多障礙者本身經驗的關聯性，它很快的成為障礙意識的基礎和之後對於障礙訓練的核心，也造成其他模式大量的出現，不只是個人和社會模式，還有醫療、權利、慈善和管理的模式。一方面，在這麼多不同的模式出現後，障礙者會開始質疑社會模式的解釋力為何。但至少在理論中，我們可以看到一個典範的轉移，以及許多專家越來越支持社會模式。社會模式並不是否定某些疾病可能會造成障礙，或

者許多障礙者在他們的生活中都會有很多不同的疾病經驗。而且醫生仍然在障礙者的生活中扮演一些重要角色：包括穩定患者的情況、治療任何可能造成失能的疾病。

這樣的說法可以用來討論個人和社

會模式的差異，在表三的部分比較了關於這兩者的不同。但以表格來分析也容易對於複雜的事實過分簡化，而且會將每個項目都視為兩個極端的事件。

表三 個人模式與社會模式比較

個人模式	社會模式
個人悲劇理論	社會壓迫理論
個人問題	社會問題
個別處遇	社會行動
醫療化	自助
專業主導	個人和集體責任
專家鑑定	經驗
調適	肯定
個別的認同	集體認同
偏見	歧視
態度	行為
照顧	權利
控制	選擇
政策(policy)	政治(politics)
個人適應	社會改變

資料來源：(Oliver, 1996)

值得關注的是，社會模式的解釋亦面臨了一些困境，Shakespeare (2006) 呈現了此模式之解釋困境，即著重於障礙的社會模式認為障礙者會陷入之不利處境是因為無法滿足人們所認定的規範或期待，不是純因「損傷」所致。Samaha (2007) 以學習障礙者為例指出，在社會著重公民之

讀寫能力的前提下，此生理狀況才會成為「問題」。但是，Shakespeare (2006) 提醒我們，「損傷」是障礙者難以忽視、需面對的生理狀況。著重於障礙的社會模式視「損傷」為個人生理的狀況，「障礙」則是社會建構，所以社會模式明確地將「損傷」與「障礙」二分；但事實上，個人生

理的損傷及社會建構的障礙是難以區隔 (Samaha, 2007; Shakespeare, 2006)。筆者在整理 Befesford (2002)、Samaha (2007)、Shakespeare (2006) 的文獻後，發現有三個重要的討論：

首先，「損傷」與「障礙」二辭彙必需有所連結，否則「障礙」的討論會顯得廣泛，社會所構成的阻礙也難以認定；也就是說，需中立地看待「損傷」，才能適切地反應社會阻礙與壓迫。

第二，著重於障礙的社會模式僅是關注社會阻礙與壓迫，卻忽略了「即使移除阻礙及壓迫，仍不易解釋『損傷』對於障礙者所造成的影響」此一事實，如：記憶、閱讀、口語或行動的損傷是障礙者需面對的生理狀況，且對其日常生活是有所影響，無法「正常的」生活，如：學習、工作等。

第三，部分的損傷是可解釋為「可調適的」、「可復原的」之心理損傷 (mentally impaired)，使障礙者透過適當的社會支持、個別化的協助、借助科技或輔助等非醫療的處遇方式，展現個人對於生活的自主性。

藉由以上三項討論發現，著重於障礙的社會模式僅重視社會結構對於損傷者所造成的「障礙」，在企圖營造友善之社會環境的同時，忽略了損傷者基於生理狀況所產生的特殊需求，也因此當身心障礙者受到生理限制，如表達能力不佳或缺乏時，「身心障礙者」的需求或想法等易受忽視，更遑論展現其優勢。著重於障礙的社會模式雖然關注社會阻礙及壓迫的移

除，讓障礙者免除「能力不如正常人」的標籤，卻忽略了那些可以藉助科技、輔具就能調適損傷、擁有「正常的」生活之身心障礙者，所需面對的是生理狀況所延伸出的特殊性與差異性，身心障礙者的特殊需求反而在此過程中被抹除。所以有人覺得著重於障礙的社會模式建構的環境似乎沒有想像中友善，使得主要照顧者「不得不」或「很自然地」成為身心障礙者的代言人。因此，若社會模式能關注障礙、關注損傷，中立地看待身心障礙者的「損傷」，對於身心障礙者所存有的差異是採包容、接納的態度，將「照顧身心障礙者」視為社會集體的責任，藉由社會支持、專業服務等方式使具表達能力的身障者所提出之需求得以滿足，將使得「身障者」的需求受到重視，而主要照顧者對於身障者的照顧也能成為正向的助力。

肆、以社會模式觀點探討身心障礙者生活品質

對於台灣目前身心障礙領域中，最大的衝擊莫過於身權法的引進帶入了國際健康功能與身心障礙分類系統 (ICF) 之概念，有異於過去的醫療模式或醫療化觀點將障礙視為個人歸因，未來將以社會模式為主流，這並非否認障礙所帶來的問題，而是將此障礙視為社會環境歸因。本文認為，社會模式的重點在於探究身心障礙者在參與各種社會活動時所面臨的障礙、困難與限制的原因，並將重點放在中立地觀察損傷對於個人的影響，以及社會在障礙

經驗中所扮演的角色。

在此筆者試著利用社會模式觀點探討上述由 Felce & Perry (1997)所提出的身心障礙者生活品質模式當中的五個向度，包含生理幸福感、物質幸福感、社會幸福感、生產力幸福感、情緒幸福感等。

就生理幸福感而言，社會模式並不視損傷為導致障礙者經歷障礙經驗的主要原因，這兩者間並沒有所謂的因果關係連結，障礙的產生是因為整體社會的排除。因此，身心障礙者生理幸福感應著重於外在環境所導致的障礙，而非個人因為疾病所導致的障礙。

在物質幸福感方面著重的是外在環境的便利性，因此此部分是社會模式主要強調的改善層面，就社會模式觀點來看，太多的個人性介入可能減少其對不利環境的回應。簡單的舉例來說，提供無障礙環境，不僅有利於肢體障礙者，但是醫療復健僅有利於那些擁有較高的社經地位之肢障者。因此，主要排除障礙的方法，不再是增加個人在環境中的適應能力，而是強調應藉由改造無障礙之環境，以因應身心障礙者的生理損傷。

社會幸福感主要著重於人際關係與社區參與，所以牽扯文化制度層面，由於生理的損傷可能導致無法取得教育系統、難與社區有所互動、整個文化環境對於身心障礙者之疏離，進而產生文化環境經常視損傷為不吸引人及不被喜歡的，因此，須透過環境之改造，不再視損傷為個人的悲劇始能改善社會幸福感。

生產力幸福感牽扯到身心障礙者之工作層面，簡言之，假使一位身心障礙者遭遇失業問題，站在失能環境的角度看待此問題，則失業問題必須牽扯到社會組織的操控及勞工市場的運作，另外也應考慮到交通、教育及文化的因素。

情緒幸福感牽扯到的是個人情緒層面，以社會模式觀點來看，唯有透過增強前述幾項之幸福感，始能身心障礙者感受到心理上的幸福感。整體改善了客觀的幸福感之後，進一步透過個人主觀的價值觀，而形成了身心障礙者個人之生活品質。

為了進一步釐清過去社會模式、醫療模式及社會模式中的生活品質可能產生的侷限，進而呈現如何同時將損傷及障礙的社會模式並重，將藉由下表來分析。

表四 不同模式下的身心障礙者生活品質

項目	著重障礙的醫療模式之相關論述	著重障礙的社會模式之相關論述	著重障礙的社會模式討論身障生活品質的侷限	同時關注損傷與障礙之社會模式
關注焦點	著重障礙者的生理機能	著重障礙者的價值	著重障礙者的生理機能	著重障礙者的生理機能與價值

哲學理念	強調醫療診斷的必要性	障礙者的優勢與需求是由障礙者本身與他人認定	受限於障礙者的生理狀況，主要照顧者成為「代言者」，障礙者不易展現優勢或表達需求	中立地看待損傷、適切地反應社會阻礙與壓迫
	障礙者易因生理狀況標籤化	關注社會結構所構成的障礙為何與解決之道		
服務方向	關注在生理損傷	關注具成效的方案	以障礙者的生理損傷為出發點，期待障礙者能融入「正常的」生活	重視損傷對於日常生活的影響
	治療是必要的	服務的適切性	尊重主要照顧者的抉擇	治療為非必要的、著重非醫療服務的適切性
服務輸送	障礙者受到區隔	各項專業訓練有所服務整合	主要對於「需求」的認定具主導性，對服務的涉入高，或忽略障礙者的想法	主要照顧者的照顧並非是阻力，障礙者的想法可得到尊重
	障礙者的需求受忽視	家庭與專業、專業間關係是相輔相成		
對障礙者的看法	社會未因應障礙者而有所轉變	社會集體的責任	家庭的責任	社會集體的責任
	若障礙者被視為「正常」，便可再次返回社會，否則將面臨社會排除	社會能接納差異，障礙者可融入社會	給予障礙者回復「正常」的專業訓練，讓障礙者能融入社會，但是社會接納差異的包容力有待商榷	若將損傷歸因至心理層面，具表達能力障礙者之需求得以滿足，障礙者得以展現其生活自主性

上表主要陳述了下列四項重要的核心概念：

著重障礙的醫療模式之相關論述所關注的焦點在於障礙者生理損傷的層面，並且以強調診斷的必要性為哲學理念，但相

對之下，障礙者容易因生理狀況而被標籤化。其服務方向主要是針對障礙者的生理損傷提供治療，但在這樣的情況下，除了障礙者的需求可能將受到忽視之外，亦可能阻礙障礙者的服務輸送。對障礙者的看法則停留在社會並不會因為障礙者者而有

所改變，障礙者只能主動的適應社會，然而，社會卻無法被動的接受障礙者。

注重障礙的社會模式之相關論述所關注的焦點在於障礙者的價值，其強調的哲學理念在於障礙者的優勢與需求是由障礙者本身與他人認定，並且關注社會所建構的障礙為何，以及如何解決它。服務方向著於重服務的適切性及成效，強調整合各項專業於服務輸送的過程。將障礙視作為社會集體的责任，社會能接納差異，並且障礙者亦可融入社會。

著重障礙的社會模式討論身障生活品質的侷限所關注的焦點仍可能因為主要照顧者的主觀認定在障礙者生理損傷的層面，因為受限於障礙者生理狀況，不易表達其需求與優勢，因此，主要照顧者容易成為「代言人」。以障礙者的生理損傷觀點為基礎，並且期待障礙者能融入「正常的」生活，因為主要照顧者容易變成障礙者的代言人，導致服務方向也遵循著主要照顧者的抉擇。另外，將障礙者視為家庭的责任，並且認為社會給予障礙者回復「正常」的專業訓練，讓障礙者能融入社會，但至於社會接納差異的包容力仍有待商榷。

同時關注損傷與障礙之社會模式所關注的焦點同時著重在障礙者的生理機能與價值，並且能中立地看待損傷、適切地反應社會阻礙與壓迫，認為治療並非必要的，較著重在非醫療服務的適切性，但就另一方面而言，亦看重損傷對於日常生活的影響。並將障礙視為社會集體的责任，認為若將損傷歸因至心理層面，具表達能力障礙者之需求得以滿足，障礙者得以展

現其生活自主性。這是一種避免截然二分法的視野，使我們能夠以更全面、更連續性的方式來分析身心障礙者的生活品質。

陸、結語

社會模式強調障礙是因為社會結構加在生理損傷者之上的，因此需要改變的是社會，而不是障礙者本身。一個社會要免於製造社會模式的障礙，大體而言，最重要的條件有二：一是接納，二是支援，前者是社會大眾在心態上的調整，後者是社會環境在實質上能提供一個友善的、可參與的「介面」，身心障礙者能夠透過這個介面去「充分存取」一個沒有歧視的社會環境，這時所謂的社會模式障礙就可以加以避免。

社會工作在這樣的過程當中所扮演的角色，從消極面來說，應該避免自己成為另一個障礙的製造者，從積極面來說，則應該成為推動社會環境改變的帶領者，將環境系統打造成為一個能夠充分接納身心障礙者且擁有充分支援條件的環境。因此，實務工作者評估障礙者的狀況時，應將環境因素納入考量，並且充權(empower)障礙者，避免其將障礙做自我歸因，而非導引或改變障礙者去適應環境。再者，務工作者應該去調整社會福利服務的角色扮演，以避免福利服務提供的本身變成一種社會障礙的製造工具。

綜合前述，生活品質是一個多面向且相互流動之概念，幸福感是人類生活主要的構成，社會模式的提出使得達成障礙者

個人在生理、心理及社會層次的滿足成為各項服務介入的主要考量，其精神與社會工作專業追求的提高服務對象的生活品質之目的是一致的。障礙不是疾病的結果，而是人權的議題，若要達成生心理及社會層次的滿足，則有賴各項支持服務的設計與提供，社會工作專業不得不面對處理人與環境適切程度的提升，而這樣的致力需要有更多不同服務方案、制度等等的設

計，身心障礙社會工作者需要致力去消除社會的不利因素，使個人生活品質可以達成所期待的層次。所以，損傷和障礙、醫療模式和社會模式二分法的概念是無益於生活品質之定義的，唯有運用中立地看待損傷、適切地反應障礙的模式，才能作為身心障礙者促進更好的生活品質之依據。(本文作者現為高雄醫學大學醫學社會學與社會工作學系碩士生；助理教授)

參考文獻

- 林宏熾(2001)。身心障礙者生涯規劃與轉銜教育〈二版〉。台北：五南。
- 董和銳（2003）。身心障礙之概念架構與社會意涵。身心障礙研究，1(1)，32-42。
- Beresford, P. (2002). Thinking About 'Mental Health': Towards a Social Model. *Journal of Mental Health*, 11(6), 581-584.
- Borthwick-Duffy, S. A.(1992).Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz(Ed.), *Mental Retardation in the Year 2000*. New York: Springer-Verlag.
- Brown, R. I.(1988). Quality of life and rehabilitation: an introduction. In R. I.Brown(Ed.), *Quality of Life for Handicapped People*.London:NY.
- Cummins, R. A.(1997). Assessing quality of life. *Quality of life for people with disabilities*.Stanley Thornes.
- David, F & Jonathan, P(1995).Quality of life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disability*, 16(1), 51-74.
- David, F & Jonathan, P(1997). Quality of life: the scope of the term and its breadth of measurement. *Quality of life for people with disabilities*. Stanley Thornes.*Disability Policy Studies* 16(4), 236.
- Ferguson, R V.(1997). Environmental design and quality of life. *Quality of life for people with disabilities*. Stanley Thornes.
- Goode, D.(1997).Assessing the quality of life adults with profound disabilities. *Quality of life for people with disabilities*. Stanley Thornes.

- Graham Scambler (2005). *Medical Sociology: Major Themes in Health and Social Welfare*, Routledge, <http://www.brad.ac.uk/admin/disab/mentalhealth/definition.php>
- Levasseur, M., Desroiers, J. & Noreau, L.(2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability And Rehabilitation*, 26(20), 1206-1213.
- Mitra, S.(2006). The Capability Approach and Disability, *Journal of Oliver, M. (1996) The social model in context. In Understanding Disability: From Theory to Practice. New York: St Martins.*
- Oliver, M. (2004). If I had a hammer: the social model in action. In: J. Swain, S. French, C. Barnes and C. Thomas, (eds). *Disabling Barriers – Enabling Environments* (pp. 7-12). London: SAGE.
- Orte, C., March, M. X. & Vives, M.(2007). Social support, Quality Of Life, And University Programs For Seniors. *Educational Gerontology*, 33, 995–1013.
- Parmenter, T. & Donnelly, M.(1997). An analysis of the dimension of quality of life. *Quality of life for people with disabilities. Stanley Thornes.*
- Peter, D.(1997). A focus on the individual theory and reality: making the lives of individuals. *Quality of life for people with disabilities. Stanley Thornes.*
- Petry, p., Maes, B & Vlaskamp, C.(2009). Psychometric evaluation of a questionnaire to measure the quality of life of people with profound multiple disabilities(QOL-PMD). *Research in Developmental Disability*, 30, 1326-1336.
- Samaha, A. (2007). What Good Is the Social Model of Disability? *University of Chicago Law Review*, 74, 1251-1308.
- Sammarco, A. & Konecny, L. M.(2008). Quality of Life, Social Support, and Uncertainty Among Latina Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. 35(5), 844-849.
- Schalock, R. L.(1997). The concept of quality of life in 21st century disability programmes. *Quality of life for people with disabilities. Stanley Thornes.*
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. New York: Routledge
- University of Bradford (2008). What are mental health difficulties? *Disability Service*. Retrieved November 17, 2008, from a Department of Learner Support Services