

主題探討期末報告

「本局職訓中心接受精障者參訓標準化 作業手冊運用情形之檢討與調整」

主辦單位：勞動部勞動力發展署北基宜花金馬分署

標案名稱：「103 年度北基宜花金馬區身心障礙者職業重建服
務資源中心計畫」

承辦單位：國立臺灣大學

報告日期：103 年 12 月 19 日

目 錄

第一章	緣起與目的	1
第一節	緣起	1
第二節	主旨與目的	4
第二章	文獻回顧	5
第一節	常見成人慢性精神疾病影響就業及學習之因素	5
第二節	提供精神障礙者融合式職業訓練	18
第三節	精神障礙者之學習特性及輔導策略	23
第四節	行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊	27
小結	29
第三章	主題探討方法與過程	31
第一節	研究對象	31
第二節	研究方法	31
第三節	主題探討過程	31
第四章	發現與建議	35
第一節	提供精神障礙者接受融合式職業訓練之困難	35
第二節	運用「行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」情形	39
第三節	建議	44
	參考文獻	51
	表目錄	
表 1	民國 99 年至 102 年全國各分署提供職前融合式職業訓練	2
表 2	思覺失調症、雙向情緒障礙症、重度憂鬱症診斷準則	6
表 3	精神疾病用藥常見副作用	11
表 4	影響成人慢性精神障礙者就業及學習之因素	17
表 5	民國 103 年全國各分署預定開設之職業訓練職業類群	20
表 6	融合式職業訓練單位人員身心障礙者特質講習課程大綱	22

表 7 提供精神障礙者學習限制之輔導策略	25
表 8 服務精神障礙者接受職業訓練時之困難程度	35
表 9 閱讀過作業手冊後，作業手冊對於實務上之幫助程度	42
表 10 實務人員期待作業手冊提供之內容項目	43
圖目錄	
圖一 主題探討執行流程.....	33

第一章 緣起與目的

第一節 緣起

職業訓練的目的是要讓受訓者能夠依據未來或目前工作上缺乏的工作技能，在短時間內透過訓練達到提昇，以符合職場的要求，提昇求職者之就業能力，使受訓者能夠獲得工作或維持工作。勞動部勞動力發展署深知要提昇國家競爭力，必須培育具有技術與創新能力之就業人力，因此致力於推行各項職業訓練方案。而根據內政部所編印之中華民國 100 年身心障礙生活狀況及各項需求評估調查報告資料顯示，患有慢性精神疾病之失業者中，有 35.5% 表達需要政府提供職業訓練，顯見慢性精神障礙者對職業訓練的需求。針對身心障礙者，政府積極推動多元化職業訓練，除了針對特定障別需求所規劃之專班式職業訓練外，基於「身心障礙者權益保障法」第 33 條及依據「推動辦理身心障礙者職業訓練計畫」(附件一)，勞動力發展署亦應推動所屬之分署辦理以保障身心障礙者之就業權益為前提之融合式職業訓練。所謂身心障礙融合式訓練，參考「自辦職前訓練作業原則修正規定」(附件二)及融合教育之定義(高宜芝、王欣宜，民 94)，「**身心障礙融合式訓練**」是協助身心障礙者在最少的環境限制下，運用訓練所在地身心障礙職業重建資源，讓身心障礙學員可以在普通的環境中接受職業訓練，與一般參訓學員有更多互動學習的機會。

在政府多年的推動下，參與融合式訓練的身心障礙者人數日趨成長。本中心以北職中心第 1030059 號函委請發展署提供融合式職前訓練之相關資料，依據發特字第 1033060145 號函提供之資料，於 9 月 1 日取得民國 99 年至 102 年全國各分署自辦職前訓練、委外職前訓練、大專以上人力職前訓練、中長期失業者職前訓練、推動事業單位辦理職前培訓計畫、產業人才職前訓練、營造業職前訓練、莫拉克風災區專班職前訓練、補助地方政府訓練、產訓合作訓練、原住民專班、

外籍與大陸配偶職業訓練、補助辦理托育人員職業訓練、補助辦理保母職業訓練、準更生受保護人訓練計畫、補助工會辦理失業者職業訓練、資訊軟體人才培訓、數位學習專業人才培訓、學習券等計畫，各年度提供 57,000 以上人次職業訓練服務，其中精神障礙者結訓比率為 79.7-83.7%。在上述計畫中，有使用身心障礙身分參訓之受訓者比率逐年提高，約 3.42-4.48%，然而，精神障礙者參訓佔所有身心障礙者之比率從民國 99-100 年 30.25-31.18%，到民國 101 年減少到 28.71%，民國 102 年更減少到 21.68%。整體參訓後的就業率以結訓人數中有就業的人數來計算，自民國 99 年 53.22%逐年增加，在民國 102 年後皆可達 63.47%以上；身障者之就業率從民國 99 年的 47.62%，到民國 102 年提升到 61.30%，與一般人差距不遠；精障者在民國 99 年參訓者為最多，但就業率僅 37.76%，到民國 102 年雖參訓者減少，但就業率可達到 61.52%。有關民國 99 年到 102 年全國提供職前融合式職業訓練之人數狀況請見表 1。

表 1 民國 99 年至 102 年全國各分署提供職前融合式職業訓練

年度		99			100			101			102		
辦理型式		自辦	委辦	總和	自辦	委辦	總和	自辦	委辦	總和	自辦	委辦	總和
總班數		341	1710	2051	384	1807	2191	419	1761	2180	404	1728	2132
開訓人數	全部	8925	48547	57472	9335	49709	59044	10233	49534	59767	10005	48026	58031
	身障	243	1724	1967	276	2059	2335	281	2112	2393	328	2273	2601
	精障	64	531	595	73	655	728	71	616	687	54	510	564
結訓人數	全部	7705	45332	53037	8293	46485	54778	9145	46529	55674	8912	44561	53473
	身障	189	1514	1703	220	1860	2080	240	1909	2149	265	2027	2292
	精障	38	436	474	47	545	592	57	518	575	36	424	460
就業人數	全部	5924	22303	28227	6924	25215	32139	7513	25642	33155	7658	26281	33939
	身障	127	684	811	155	1005	1160	178	993	1171	192	1213	1405
	精障	16	163	179	30	277	307	41	259	300	25	258	283

許多嚴重精神障礙者發病時間早，使得受教育的過程受到影響，就業技能養成與成熟人際關係發展的機會不足，造成就業上的障礙。勞動力發展署從民國 91 年成立以來，在身心障礙者就業各項服務之推動，不遺餘力，在職業技能上，為順應國際潮流、鼓勵身心障礙者社會融合，辦理融合式職業訓練，參與的身心障礙者日益增多。然而，由於精神障礙疾病之特殊性，提供職業訓練之服務人員在輔導精神障礙者之技巧、經驗及資源不足，若未能瞭解精神障礙者的特質及輔導策略，將可能無法察覺具精神障礙疾病之受訓者學習上的困難，使得精神障礙者在接受職業訓練的困境無法適時獲得協助，終致訓練無法成功，更遑論若遇緊急事件，缺乏適當的處理策略，造成精障者之傷害，甚至影響其他受訓者之學習成效。為使全國各分署提供融合式訓練單位，提昇輔導精神障礙者之技巧及訓練期間提供適切的服务，勞動力發展署在民國 100 年委託中華心理衛生協會編製了「行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精障者參訓標準化作業手冊」（以下簡稱作業手冊），以期能夠協助分署實務工作人員提昇輔導技巧及服務品質。

作業手冊發行至今已三年，勞動力發展署為了解此手冊實務運用情形，指定北基宜花金馬區身心障礙者職業重建服務資源中心（以下簡稱本中心）進行探討，故本中心擬於 103 年度將進行資料收集以瞭解使用現況及困難，依據收集之資料，進行內容調整以期增加作業手冊之實用性。

第二節 主旨與目的

本主題探討之主旨為探討勞動力發展署委託所編撰之「行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」之實務運用狀況進行檢討，必要時針對內容進行調整，以達到增加運用之實用性，並提供推廣運用之建議，期使辦理職業訓練單位可在一般的訓練環境中提供精神障礙者所需之訓練課程。

依據上述目的，產生探討問題為：

- 一、勞動力發展署各分署在協助精神障礙者接受融合式職業訓練之流程上，提供服務之困難為何？
- 二、勞動力發展署各分署之實務工作人員是否曾經運用「作業手冊」，解決服務精神障礙者上之困難？若「作業手冊」所提供之資料無法解決分署實務工作人員輔導有精神障礙證明受訓者之困難，其因素為何？

第二章 文獻回顧

第一節 常見成人慢性精神疾病影響就業及學習之因素

常見的成人精神疾病的種類包含精神分裂及其他精神性疾患、情緒性疾患、焦慮性疾患、物質濫用疾患、人格疾患等類別，依據身心障礙鑑定標準，可領取慢性精神病之身心障礙「手冊」者必須是經過適當的醫療後，病情慢性化，導致職業功能、社交功能及日常生活適應上發生障礙，需家庭、社會及照顧者支持者，並依據其功能障礙及支持需求程度區分嚴重度。自民國 101 年 7 月 11 日開始施行的新制身心障礙者鑑定系統，慢性精神疾病患者依障礙程度可領取第一類（神經系統構造及精神、心智功能）身心障礙「證明」，需經過醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定與評估，認定其疾病於各款身體功能與構造有損傷或不全導致偏離或喪失，影響其活動參與與社會生活者。從國內對身心障礙鑑定定義的調整，足見障礙的形成並非疾病本身，而是疾病在功能上所造成之限制。

以醫療診斷而言，在提供身心障礙者之就業服務中，領有身心障礙手冊或身心障礙證明者之精神疾病診斷以思覺失調症（舊名精神分裂症）、雙向情緒障礙症（舊名雙極性疾患或躁鬱症）、連續治療一年以上預後仍不佳的重度憂鬱症之患者的比例為多。精神疾病之診斷有三大要素，包含特徵性的症狀、病程時間、社會功能影響，有關思覺失調症、雙向情緒障礙症、重度憂鬱症的診斷準則，請參照表 2（孔繁鐘，民 96; Gamble & Brennan, 2006），從診斷準則可發現，精神疾病對社會功能影響之必然性。不論是舊制或新制身心障礙鑑定標準，身心障礙手冊或身心障礙證明是提供給透過治療疾病後，社會功能仍無法完全恢復且需要資源支持者。

表 2 思覺失調症、雙向情緒障礙症、重度憂鬱症診斷準則

疾病	診斷標準
思覺失調症	<p>-下列症狀出現兩項以上，且每項出現至少一個月，連續有病徵至少六個月。</p> <p>(1) 妄想。</p> <p>(2) 幻覺。</p> <p>(3) 解構的語言。</p> <p>(4) 混亂或僵直的行為。</p> <p>(5) 負性症狀，如情感表現平板、語言貧乏、缺乏動機。</p> <p>-自疾病開始後，主要功能領域如工作、人際關係、自我照顧等功能明顯低於病前水準。</p> <p>-排除其他精神疾病或物質濫用。</p>
雙向情緒障礙症之躁症	<p>-至少一周以上，心情出現異常且持續地高昂、開闊或易怒。在上述心情中，包含下列症狀 3 項以上</p> <p>(1) 膨脹的自尊心或自大。</p> <p>(2) 睡眠需求減少，不睡覺也不會覺得累。</p> <p>(3) 比平時多話，或不能克制地不停說話。</p> <p>(4) 意念飛躍，表示感覺思緒奔馳。</p> <p>(5) 注意力分散，易受外界無關刺激影響而分心。</p> <p>(6) 過度增加目的取向之活動，例如工作、社交、性生活等或心理動作機動。</p> <p>(7) 過分參與可能帶來痛苦後果的活動，例如無節制的採購。</p> <p>-症狀已嚴重到造成職業功能、社會活動、人際關係損害。</p> <p>-排除物質濫用或其他醫學狀況。</p>
重度憂鬱症	<p>-出現以下症狀連續至少兩週以上，且不曾出現過躁症發作。主要症狀(1)憂鬱心情、(2)失去興趣或喜樂，至少符合 1 項且幾乎每日出現下列症狀至少 5 項</p> <p>(1) 大部分時間處於憂鬱心情。</p> <p>(2) 對大部分活動顯助減少興趣或喜樂。</p> <p>(3) 未節食狀態下明顯體重下降，或體重增加，或食慾減少或增加。</p> <p>(4) 失眠或嗜睡。</p> <p>(5) 心理動作遲滯或激動。</p> <p>(6) 感到疲憊或失去活力。</p>

(續下頁)

疾病	診斷標準
重度憂鬱症	(7) 感到無價值感或過度的罪惡感。 (8) 思考能力或專注力下降，無法做決定。 (9) 反覆想到自殺或重覆出現無計畫的自殺意念或有出現過自殺舉動。 - 症狀造成臨床上重大痛苦、或損害社會、職業、或其他重要領域的功能 - 排除物質濫用或哀傷反應。

依衛生福利部統計處資料顯示，於 102 年底 15-64 歲身心障礙者人口數共 659,436 人，其中因慢性精神疾病造成身心障礙者共 106,953 人，佔該年齡層人口數之 0.62% 及身障人口數之 16%（衛生福利部統計處；中華民國統計資訊網）。而依據美國國家衛生研究院與心理衛生研究院（National Institutes of Health /Institute of Mental Health）之資料指出，該國有 5% 的成人因長期嚴重的精神疾病包含思覺失調症、雙向情緒障礙症、重度憂鬱症、恐慌症與強迫症而影響生活功能表現。本國對精神障礙者認定方式為以疾病為導向，依據疾病影響功能之嚴重程度，而美國對障礙的認定方式則以現階段功能限制程度來判定，因此造成兩國的人數比例有些微的差距。

依身心障礙鑑定及精神疾病診斷原則可窺見慢性精神障礙者在社會活動參與的限制。影響領有精神障礙手冊或證明者之就業與學習的面向包含醫療層面、功能表現層面、社會心理層面及社會環境層面等，而各因子間又相互影響，不同疾病診斷對個人的心理功能、社會功能、就業功能及生活型態之影響程度與狀況亦各有差異（Falvo, 2005），顯見精神障礙者職業重建之複雜性與個別性。提供精神障礙者就業相關服務之專業人員應瞭解精神障礙者之特質，方能提供有效之支持，促進達成接受服務之目標。

醫療層面

精神障礙者的障礙程度及功能限制程度受到疾病症狀與特性、藥物作用與副作用、醫療順從性等醫療因素的影響。目前有觀點認為，精神疾病是由於神經傳導物質不平衡所導致的神經功能失調

(National Institutes of Health/ National Institute of Mental Health)，使用精神藥物治療，能夠達到控制的目的，然而，即使在長期藥物控制下，仍會有殘餘的症狀，或是無法控制的復發，需倚賴個人發展因應技巧及環境支持來克服醫療因子所造成的功能限制。

思覺失調症、雙向情緒障礙症及部分重度憂鬱症患者之疾病特性，造成功能上的限制程度較為顯著，可從知覺功能、思考功能、情緒表現、認知功能及行為表現上瞭解。在知覺功能上，由於神經傳導物質分泌異常，引起知覺感受變異，有些精神障礙者會出現知覺感受異常，常見為視覺、聽覺、嗅覺方面的幻覺，在沒有外界刺激下，患者會看到、聽到、聞到環境中沒有發生的狀況，例如：在沒有人的環境中，聽到有人說話或與其對話。在思考功能上，影響的症狀包含思考內容貧乏、思考跳躍、思考結構鬆散、思考內容不符合現實的妄想；幻覺與妄想可統稱為精神病症狀，常出現在思覺失調症患者上(孔繁鐘，民 96; Gamble & Brennan, 2006)。雙向情緒障礙症及重度憂鬱症的症狀主要表現於情緒上，在疾病發作時，可能會呈現大部分的時間情緒低於或高於一般正常情況，以致於影響社會活動、人際關係，嚴重時，甚至影響日常生活基本功能之執行。認知功能上，有研究發現，部分個案在記憶力、抽象思考、判斷力、注意力等認知能力上，表現不如病前。在行為表現上，部分慢性精神疾病患者顯現較為退縮、缺乏動機，過去精神醫療將精神障礙者退縮、缺乏動機認定為症狀的一部分，然而，近代的研究指出，精神障礙者退縮與缺乏動機的表現可能源自於因精神症狀導致個人的自我保護機制、過去機構化治療、藥物副作用或社會汙名化導致缺乏人際互動刺激的結果(Ananth, Djenderdjian, Shamasunder, Costa, Herrera, & Sramek, 1991)。部分個案

由於受到知覺功能及思考功能異常的影響，會出現異於常人、混亂或破壞、攻擊的行為，然而，通常混亂行為會出現在未穩定服藥控制致疾病發作急性期間，透過藥物治療，可有效控制因精神症狀所出現之異常行為。且有研究顯示，以上症狀依據發生頻率及強度的不同，對功能表現會有不同程度之影響。

自 1950 年至今，精神科藥物發展不斷創新，目前慢性精神疾病主流的治療方式仍是以藥物治療為主，其他型式的治療如心理治療、職能復健治療、環境治療等為輔。藥物依據治療症狀差異，常見的精神疾病用藥包含抗精神病劑、情緒穩定劑、抗憂鬱劑、抗焦慮劑、鎮靜安眠劑 5 類(沈武典，民 100)。

抗精神病劑的主要功能是幫助減少或解除精神病症狀，如幻覺、妄想。依據作用機轉分為傳統抗精神病藥物、第二代抗精神病藥物、第三代抗精神病藥物。每個人對藥物的反應不同，會產生的副作用反應也不同，傳統抗精神病藥物較常發生運動方面的副作用(沈武典，民 100)，例如坐不住、眼球上吊、脖子扭曲等，對生活功能表現影響甚巨；第二代抗精神病藥物的副作用為代謝性問題，例如體重增加，對生活功能影響相對較低；其中，可治律(Clozapine)會引起白血球減少、癲癇的副作用，需定期就醫進行血液檢查以做長期監督(沈武典，民 100)，影響一般日常生活層面在於時間安排；研究發現，服用第三代抗精神病藥物不但具有與前兩代藥物同樣的效用，且引起副作用的機率較低(Bhattacharjee & El-Sayeh, 2008)，對於需服用抗精神病劑者會有較好的生活品質。抗精神病藥物的劑型有兩種，一種為口服劑型，一種為長效針劑，長效針劑通常使用於對服用口服劑型服從度較低的患者(楊淑瑜等，民 93)，由於藥動學上的作用不同，不同的藥物，注射一次，可維持 2 個星期至 1 個月的效果，然因注射藥物必須親臨醫院，使用者在生活時間規劃將受之影響。

情緒穩定劑主要用於患有躁症者，目的係為穩定高昂或起伏不定程度異於常態的情緒，部分情緒穩定劑需定期就醫進行血液檢察，以

避免藥物濃度過高引起之不良反應。針對有長期嚴重情緒低落症狀者，主要使用抗憂鬱劑治療。抗焦慮劑能有助於減緩緊張、焦慮和不安的症狀，有些人服用後會有嗜睡的情形。鎮靜安眠劑即俗稱的安眠藥，可用來促進入睡或維持睡眠，劑量過重的安眠劑可能使服藥者在早晨有睏倦情形。

抗精神病劑、情緒穩定劑及抗憂鬱劑三類藥物是維持病情控制的主要藥物，需長時間且規則服用方可維持穩定的效用。抗焦慮劑與鎮靜安眠劑是症狀治療藥物，通常是用來短期緩解焦慮與失眠的症狀，無法單純用於控制思覺失調症、躁鬱症或重度憂鬱症。然而，藥物並非萬靈丹，藥物雖然可控制病情，但每個人對於藥物反應不同，在穩定服用藥物下仍可能會有殘餘症狀或因季節性、壓力性或不可控制之因素引起疾病復發，常見誘發壓力的外在壓力源包含（Copeland, 2005）：

- 太多要做的事情，感覺到不知所措
- 有重要任務必須完成
- 身體不適
- 長期暴露在令人不感到不舒服的環境（例如：吵雜的環境、不合善的團體等）
- 人際衝突（例如被批評、被看不起、被嘲笑）
- 被罵、被大聲斥責
- 與家人衝突
- 情感關係結束
- 經濟困難
- 重要節日（例如家人團聚節日、結婚紀念日）
- 社會發生重大事件（例如選舉、SARS、捷運殺人事件等）

除了心理治療、復健治療外，面對壓力源可依賴建立疾病管理技能來克服。

藥物雖可治療疾病，然隨之而來的副作用可能因每個人對藥物反應之差異引起生活功能上程度不等之影響，整體而言，精神疾病用藥的副作用可能會表現在心臟血管系統、腸胃道系統、神經系統、內分

泌系統與表皮系統，可能出現的症狀請參見表 3 (National Institute of Mental Health；楊淑瑜等，民 93)。

藥物能夠有助於精神障礙者控制疾病症狀，降低疾病對功能表現之影響，因此，在提供服務上，瞭解精神障礙者之醫療順從性有其必要性，目的是要瞭解精神障礙者疾病控制狀況及預測可能影響就業的程度以便規劃因應的輔導策略。精神科藥物之作用複雜度、效果不佳與副作用為影響醫療順從度的三大因素，當藥物作用效果不彰，或副作用造成個人生理、心理上的不適越多，對醫療順從度的影響越大。研究亦發現精神症狀嚴重者，病識感越差者，兩者皆可作為預測慢性精神疾病患者之醫療順從性的預測因子 (陳美蘭等，民 102)。

表 3 精神疾病用藥常見副作用

反應系統	副作用症狀
心臟血管系統	心跳加速、低血壓
腸胃道系統	噁心、嘔吐、胃腸不適、便秘、腹瀉
神經系統	疲倦、嗜睡、失眠、注意力無法集中、頭暈、暈眩、頭痛、食慾不振、心跳過速、流口水、口乾、視覺模糊、靜坐不能、肌肉僵硬、行動不靈活、顫抖、排尿困難、性功能障礙
內分泌系統	體重增加或減輕、男性女乳、月經不順、增加糖尿病或高血脂的風險
表皮系統	皮疹、搔癢、皮膚過敏、青春痘

功能表現層面

由於醫療的進步，一般而言，慢性精神障礙者在穩定控制下，可以具備有獨立生活的能力與功能。但由於疾病與藥物的影響，慢性精神障礙者在就業功能表現上仍有需面對的限制，可從生理功能、認知功能、社會互動功能上瞭解 (陳妍伶，民 99)。精神疾病雖非是身體某特定器官發生問題，然疾病本身及藥物仍會造成生理功能上的影響，慢性精神障礙者的體耐力、平衡能力、手功能、手眼協調能力表現、肢體動作速度為相對弱勢 (陳妍伶，民 99)，因此在執行重度負

重或涉及精細手功能、手眼協調功能之工作可能需要額外的訓練、支持或輔助。

依據疾病病情發展、治療的差異，精神障礙者會有認知功能程度不一的損害表現（Martínez-Arán, Vieta, Colom, Torrent, Sánchez-Moreno, Reinares, Benabarre, Goikolea, Brugué, Daban, & Salamero, 2004；Palmer, Dawes, & Heaton, 2009），包含在注意力、記憶力、思考能力等（陳妍伶，民 99），例如在執行任務時，可能受到症狀影響，難以過濾不相關的刺激或訊息（陳妍伶，民 99）。疾病對認知功能的影響並不因疾病診斷種類而有顯著差異（Rempfer, Hamera, Brown, & Bothwell, 2006），Palmer et al (2009)的研究發現學習潛能較好的精神障礙者在語文記憶與工作記憶上有較好的表現。一個認知功能較差者，可能對於要有彈性的看待事情的不同面向或運用不同的方法處理事情上會有困難，在就業上，慢性精神障礙者常在問題解決能力、自我引導能力、組織能力的表現上受限（Morrison-Valfre, 2005）。

在人際互動功能表現上，患有思覺失調症及雙向情緒障礙症有較高比率缺乏適當的人際互動技巧，慢性思覺失調症患者由於發病年齡通常較早，為治療必須長期甚至頻繁住院，導致未能發展成熟的人際關係，加上認知功能上的受損，專注傾聽或即時回應的反應能力較慢，因此在與人互動的能力上，例如啟動話題、針對話題討論與回應等的技巧，可能較為缺乏，造成融入團體上之困難（陳妍伶，民 99）；雙向情緒障礙症患者在病情穩定下，通常具備有人際互動技巧，然若病情控制不佳，情緒高昂時可能會出現話多、思緒飛躍致講話不切題，導致影響人際互動表現。由於疾病長期的影響，在人際關係的界線上無法拿捏，人際互動功能上之不足，在就業層面，將使得處理突發性情境困難(Falvo, 2005)。

社會心理層面

社會心理層面對慢性精神障礙者的影響可能來自於障礙本身的特性及障礙對人生發展階段的影響，可從心理議題、生活型態議題探

討。在不同的人生階段中，身心障礙對障礙者本身所造成的影響亦有所差異，慢性精神障礙者發病的年齡通常在青春期或成年早期(Falvo, 2005; National Institutes of Health/ National Institute of Mental Health)，青春期是建立獨立性、自我認同的時期，期待自己的身體是有吸引力的，障礙本身的狀況、治療、症狀或家人的保護影響到這些社會心理狀態的發展，可能會影響個人在身體心像 (body image)、自我概念、社交、情緒上的發展 (Falvo, 2005)；成年早期則是開始發展自己在社會上的價值、整合職業目標、發展親密關係、接受社會責任的時期。當一個人具有身心障礙時，其身心上的限制便超越了個人發展任務的重要性，根據 Erikson 的發展任務理論，人的心理社會發展是連續不斷的，一個階段的發展結果會影響下一個階段的發展，在青春期或青年期階段的發展受到影響亦將接續影響到後續階段的發展，造成慢性精神疾病者無法表現出其年齡應有的角色功能(Falvo, 2005)。

在心理議題上，慢性精神疾病者由於在發展階段上的不平等，可能使得他們與社會疏離，感覺寂寞，容易被引起害怕與生氣的反應，有些人會有主觀的苦惱，像是無用感、忌妒或焦慮 (Falvo, 2005)。除了精神疾病的症狀可能引起心理上的壓力與焦慮，障礙者本身意識到自己的障礙會如何影響他人及自己的現在與未來的狀態，亦可能引起極度的痛苦與不適。有些個案會甚至會對自我汙名化，因為疾病而對自己產生負面評價，例如缺乏自信、缺乏自我認同，過於深信於此，可能導致行為上追求獨立生活與工作之困難 (Erving Goffman, 1963)。若缺乏有效的壓力調適技巧，對於壓力承受度較低，情緒上的控制將會更顯困難，甚至導致變得負向、冷漠或過度服從。綜上，精神障礙者對於負面評價因應較為困難，在就業或學習上，可能表現出缺乏動機、缺乏興趣、缺乏自信等。

常見精神障礙者發病的階段亦是發展親密關係的階段，低自尊與缺乏自信的心理特質影響精障者的兩性關係發展 (Morrison-Valfre,

2005)，且不管是藥物或疾病障礙本身都有可能對性功能造成影響，有些人因為憂鬱症狀對性活動失去興趣，有些人因為躁症發作而造成性活動過於活躍，有些藥物則會抑制性功能，因此，許多精神障礙者在維持親密關係常感到困難。然而，透過對疾病的認知與管理技巧、維持人際關係技巧訓練以及支持的社會環境，慢性精神障礙者也能夠有健康的兩性關係（Morrison-Valfre, 2005）。

除了心理上的影響外，精神疾病對生活型態也造成一定程度的影響。雖然精神疾病對生活型態所造成的影響因疾病的差異而有不同，然而，精神疾病的治療本身即有賴生活型態的改變，有些人必須調整日常活動時間以參與治療，有些人使用藥物上必須注意藥物副作用的影響。

環境層面

影響精神障礙者就業與學習的環境因子包含社會歧視、家庭支持度及社會政策。社會大眾對於精神障礙者的歧視可以影響精神障礙者生活各個層面（Gamble & Brennan, 2006），在就業與學習上，社會歧視可使得精神障礙者在取得與維持就業及學習機會與資源上的權利不平等。社會歧視來自於對精神疾病的汙名化，對精神疾病的汙名化通常來自於偏頗的訊息傳遞，從過去因為對精神疾病不瞭解而將疾病與鬼神連結，到近代大眾傳播媒體常播報精神疾病患者的怪異情緒、怪異行為、自言自語，答非所問、自傷、傷人等因未治療症狀引起之行為，媒體傳遞出精神疾病是危險的、無法控制的、弱勢的等負面訊息，加上在生活環境中所「能辨認」出的精神障礙者常有外觀不潔、功能不佳的表現，形塑出一般大眾對患有精神疾病者的認知有了上述負面行為的「刻板印象」(stereotype)。依據 Erving Goffman (1963) 所提出的概念，當大眾對於這些與精神疾病相關之刻板印象深信不宜，便形成了「信念」(belief)，當信念引導行動成為排拒精神障礙者的「行為」(discrimination)，便阻礙了精神障礙者社會參與的權利。

社會歧視對精神障礙者就業及學習參與的影響，以實際範例來

看，雇主與提供學習訓練之學校可能受到刻板印象影響，擔憂精神障礙者情緒不穩定、人際關係不佳，而相信整體員工或學員的工作表現或學習效益將受到影響，進而拒絕提供工作機會或訓練機會給精神障礙者（Gamble & Brennan, 2006）。

家庭支持對精神障礙者參與就業或學習有舉足輕重的影響，在台灣，慢性精神障礙者的主要照顧者以家人居多（Hwu, 2004），家庭可能影響精神障礙者疾病的復發，對精神障礙者復健的成效能有正面或反面的影響（Jamaes & Barbara, 1983）。有研究發現，情緒表達以負面、過分介入為多的家庭，其患有精神疾病之家庭成員疾病復發的比例高於家庭中情緒表達為正面支持的精神障礙者（Jamaes & Barbara, 1983）。支持的家庭可以協助精障者疾病控制及壓力因應，促使自我接納，成為精障者就業或就學上的助力，然而，家庭若對精神障礙缺乏認識，無法協助精神障礙者面對與處理疾病，甚而過度保護，擴大精神障礙者的疾病或弱勢角色，對於慢性精神障礙者發展生活獨立能力則有加成的阻力（Jamaes & Barbara, 1983）。

除了社會歧視、家庭支持外，社會政策亦為精神障礙者就業或學習的影響因素之一。社會政策基於社會正義原則應保障每個人均擁有與其他人相同的基本權力，身心障礙者權益保障法第四章中，為保障身心障礙者就業權益，明訂各項條文，保障身心障礙者在就業上能夠得到足夠的支持資源、權益保障與工作機會，並禁止就業歧視。此外，就業服務法與就業保險法則積極促進身心障礙者就業服務，例如針對提供身心障礙者推介就業之受託單位，發放就業推介媒合津貼；對於僱用失業連續達 30 日以上之身心障礙者勞工的雇主，則可依就業保險法第 12 條第 4 項，申請雇用獎助等。

不僅國內如此，其他國家為促進身心障礙者就業，亦訂定各項法規。以美國為例，復健法（Rehabilitation Act）及美國身心障礙者法案（American with Disabilities Act）保障身心障礙者在就業及公共服務上的權力及避免歧視，只要具備該項工作的職能，雇主不得以障礙

為由拒絕雇用，且應提供必要的無障礙設施或職務再設計，除非在提供這些設備上有極大的困難。前述兩法併同社會安全法（Social Security Act）、勞動力投資法（Workforce Investment Act）等共同提供實際的服務方案以達到保障身心障礙者學習與就業的權益的目的（Parker, Szymanski & Patterson, 2005）。

固然政府為了保障身心障礙者的就業權益，提出相關的法令以保障身心障礙者就業上的資源，然而，資源仍需依賴專業人員運用身心障礙之相關專業知能，提供符合個別需求之服務，並推廣相關資源的運用，而雇主端亦需放下成見，配合政府所推動的相關措施，才可使社會政策達到實質的效益。Jahier & Graf(2001)認為，排除法令訂定單位外，害怕、法令執行單位、執行資金、服務提供之風險與責任是阻礙服務方案到達身心障礙者手中可能的關鍵因素。

小結

總結來說，影響成人慢性精神障礙者就業及學習之因素是複雜的，可分為醫療、功能表現、社會心理、環境等四大層面（如表 4），各層面中的各影響因素間亦可能有彼此增強或削弱的影響效果。醫療層面上，殘餘症狀及不定期之疾病復發會影響正常功能的表現，雖然高醫療順從度下，定期服藥有助於疾病症狀的控制，然而，服用藥物隨之而來的副作用亦可能影響功能上的表現，例如體耐力、手功能、肢體動作速度，針對個人因疾病造成功能上的改變，有賴家庭、社會及社會政策提供支持，協助個人運用現有或克服能力上之限制。精神疾病可能由於發病病程及治療狀況，影響認知功能的養成與表現。而個人對疾病的認知及接受度，往往影響了醫療順從度及自我價值認同的發展，若專業人員能夠促進家庭、社會及社會政策提供符合個人需求的支持，對精神障礙者之疾病因應與壓力調適將有加成的助力。

表 4 影響成人慢性精神障礙者就業及學習之因素

影響層面	影響因素
醫療層面	<ul style="list-style-type: none"> -殘餘症狀（精神症狀或情緒症狀）干擾，缺乏動機與興趣 -不定期疾病復發 -需定期服藥、就診或接受其他治療 -醫療順從度 -藥物副作用影響生活及工作功能
功能表現層面	<ul style="list-style-type: none"> -生理功能:體耐力、手功能、手眼協調能力、肢體動作速度 -認知功能:問題解決能力、自我引導能力、組織能力 -人際互動功能:適當的人際互動技巧
社會心理層面	<ul style="list-style-type: none"> -表現符合年齡階段的角色功能 -對障礙之認知、接受度及適應能力 -自我汙名化，對自己產生負面評價 -壓力調適技巧 -因應障礙改變生活型態的能力 -維持的正常兩性關係的能力
環境層面	<ul style="list-style-type: none"> -社會對精神障礙者之接受度或歧視程度 -家庭對精神障礙者社會參與的支持度 -社會政策對精神障礙者的保障 -專業人員對社會政策相關福利運用的推廣

第二節 提供精神障礙者融合式職業訓練

精神障礙者的社區融合(community integration)目標是要讓精神障礙者跳脫疾病的角色、跳脫被隔離於醫療機構內的限制或群組工作模式，使得他們能夠在社區中朝向獨立生活、自我疾病管理、扮演符合其年齡所期待的角色。美國精神障礙者的社區融合發展始於1960年代的社區心理衛生法案(Community Mental Health Act of 1963)，促使被隔離於醫療機構的精神障礙者回到社區中，為達到社區融合的目的，陸續有不同的法案及方案著力於此，以保障精神障礙者有與大眾同樣平等的途徑與機會獲得社會資源。

美國在促進精神障礙者就業模式上，以社區為背景，結合精神復健(psychiatric rehabilitation)的理念到就業上，運用choose-get-keep模式，由專業人員、同儕支持(peer support)輔助個案透過結構化的學習課程，建立就業前必要的能力，包含自我照顧、疾病管理、人際互動、資源網絡建立，增加自我瞭解與自信等，進而促進選擇職業發展目標，服務策略上，強調先安置後訓練，依據個人現有能力的安置就業，執行就業計畫。

美國公部門職業重建服務必須與單一窗口就業中心(One-stop career center)合作，運用資源提供各項促進身心障礙者就業之服務。對於無法透過上述服務獲得就業者，運用勞動力投資法(Workforce Investment Act)所建立之單一窗口就業中心，可獲得就業所需之職前工作技能訓練或取得學歷資格等相關資訊及經費補助(Individual training account voucher)，提供教育及訓練單位都應包含在各州所建立之合格培訓機構名單(eligible training provider list)中。針對14-21歲之青年且家庭屬低收入戶者，州政府另應提供下列服務：

- 一、一對一教學、讀書技巧訓練與指導以促進完成高中學業。
- 二、替代性中等學校服務。
- 三、與學業或職業學習相關之暑期工作機會。
- 四、實習或見習工作機會(給薪或不給薪)。

五、職業技能訓練。

六、提供領導能力發展機會，例如在非上課期間，安排社區服務，促進責任感及其他正向社會行為發展。

七、生活支持服務，例如連結青年與社區及醫療服務、就業服儀及工具安排等。

八、接受服務後，提供不超過 12 個月的個人啟發指導(mentoring)。

九、完成服務參與後，提供至少 12 個月的追蹤服務。

十、輔導與諮商，包含藥物和酒精濫用諮商及轉介。

對於身心障礙青年（包含學習障礙）或有特殊狀況者（如輟學、缺乏基本識字能力、遊民、逃家、在認養系統中、懷孕、擔任父母職、有犯罪身分、需協助方能完成學業或維持工作等），每一州有 5% 可以免除於低收入戶的條件限制（Employment and Disability）。使得身心障礙青年能夠有足夠的資源取得有利於就業的條件（Leuchovius ; Parker et al., 2005）。

台灣政府在精神障礙者的權益保障各項法令上亦是以鼓勵社區融合為目標發展。對於精神障礙者的權益保障上，除了「身心障礙者權益保護法」外，另有「精神衛生法」。精神衛生法自 1990 年立法以來，直至 2007 年為保護精神疾病患者的權益，在內容上進行較大幅度的修改，包含保障精神障礙者社會參與的權益、在強制就醫的審查上建立較全面的審查機制、鼓勵社區化復健模式，並限制媒體在未尊重被報導者的權益下，以偏剖的內容進行報導，可看出政府對精神障礙去汙名化運動及推動社區融合之支持。

勞動部勞動力發展署依據「推動辦理身心障礙者職業訓練計畫」推動融合式職業訓練，其精神與社區融合的潮流不謀而合，依據該計畫勞動部勞動力發展署所屬各分署應推動融合式職業訓練，為確保身心障礙者參訓權益，分署及地方政府針對經評估適訓之身心障礙報名者，應優先錄訓，並規定每年身心障礙者參加融合式職業訓練人數應佔總參訓人數 3% 以上。以 102 年為例，透過融合式職業訓練共提供

4176 個身心障礙者參訓機會（勞動部勞動力發展署，民 103）。

此外，依據「自辦職前訓練作業原則」（民 103），各分署在規畫課程、學員甄選錄訓、與業界合作施訓、移地訓練、離訓作業程序及退訓標準與結訓前後之就業輔導皆不因身分差別而有不同。若出具身心障礙者身分證明，訓練費用全免，且得依就業促進津貼實施辦法第十八條規定，提出申請職業訓練生活津貼。

就課程規劃而言，依據自辦職前訓練作業原則，各分署可根據「國家產業發展政策」、「民間尚無辦理之基礎工業及基礎核心技術」、「區域產業特色」進行規畫，以期提供民眾符合區域就業市場潮流之訓練，以 103 年為例，北基宜花金馬分署綜合 5 個訓練場共規劃了 17 項職類，中彰投分署規劃 7 項職類，桃竹苗分署、雲嘉南分署、高屏澎東分署規畫 6 項職類（表 5）。

表 5 民國 103 年全國各分署預定開設之職業訓練職業類群

分署名	北基宜花金馬		桃竹苗	中彰投	雲嘉南	高屏澎東
開班數 (預訓數)	53 班 (1152 人)		127 班 (3820 人)	95 班 (2898 人)	58 班 (1546 人)	45 班 (1240 人)
職業類群	電腦輔助設計與製造	珠寶飾品製作	物流服務	精密機械加工製造	TIG 氬氣鎢極電銲班	機電控制
	電腦輔助機械製圖	珠寶飾品設計	觀光休閒	電腦數控機械加工	精緻農業經營與行銷班	銲接
	電腦數值控制機械	造園景觀設計與施作	創意設計	電機電子自動控制	電機	管理服務
	雲端建置與管理	造園景觀維護	能源服務	焊接配管水電	電子	資訊
	模具設計與製造【設計組】	玉石鑲嵌	機電服務/機械服務	汽車修護	營建	機械
	模具設計與製造【製造組】	水電	機械設計服務/建築設計	廣告及室內裝潢設計	機械	電工
	機電整合	銲接		食品烘焙		
	水電空調	精密機械				
空調機電						

依據「自辦職前訓練作業原則」（民 103），各分署應結合身心障礙者職業輔導評量等職業重建資源、改善無障礙設施設備、提供手語翻譯、視力協助員等相關輔助資源，以協助身心障礙適訓者參加融合式職業訓練。一般而言，身心障礙學員甄選錄訓方式與一般人相同，

需繳交報名資料並依據各辦理單位規定接受筆試或口試，而以臺北市職能發展學院為例，該單位為協助身心障礙者參與融合式職業訓練，於甄審過程中結合身心障礙者職業輔導評量服務，協助評估障礙相關之特質，包含健康狀況與生理功能、學習特性、工作人格、職業方向符合職類需求程度等，並於評估後與受評估者報訓班級老師共同討論適訓度。此外，針對評估不適訓者，提供建議其他適性訓練課程或提供其他就業相關資源。除臺北市職能發展學院結合職業輔導評量服務外，部分分署於精神障礙者報名時，建議可檢附醫療復健機構開立之「精神障礙者職業訓練及就業服務醫療諮詢單」(附件三)，以瞭解報名者之精神疾病史、目前醫療狀況、發病前兆及應變處理方式與其他建議注意事項。

依據職業訓練法，各分署提供職業技能與相關知識教學之人員為職業訓練師。「職業訓練師甄審遴聘辦法」(附件四)訂定職業訓練師分為三級，無論其級別，針對資格的認定皆以學歷、應聘職類相關專業或技術工作年資進行認定。而依據「職業訓練師培訓辦法」(附件五)，職業訓練師的養成訓練課程包括專業學科、專業術科、教育專業科目及相關法規與知識之一般科目等，並無明訂與身心障礙者相關之訓練課程，唯由身心障礙者職業訓練機構所聘任之職業訓練師，需依據身心障礙者職業重建服務專業人員遴用及培訓準則修正條文，於初次進用後一年內，依訓練學員障別，完成身心障礙者職業訓練機構訓練人員專業訓練 45 小時以上，並取得結訓證明，使得繼續提供服務，但此法並不規範於各分署提供融合式職業訓練之職業訓練師。有鑑於非身心障礙者職業訓練機構所聘任之職業訓練師未具有服務身心障礙者之相關知能，勞動力發展署於民國 102 年鼓勵各分署(職訓中心)辦理有關身心障礙特質之課程，以利融合式職業訓練之推動，建議課程名稱、時數及大綱如表 6，針對精神障礙者接受職業訓練之相關議題，特規劃 2 小時課程進行額外之訓練。

表 6 融合式職業訓練單位人員身心障礙者特質講習課程大綱

課程名稱(時數)	課程綱要
身心障礙者之意涵、特質及勞動狀況(2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身心障礙者之意涵及 ICF 分類概念。 2. 我國身心障礙者的定義與分類。 3. 主要障別身心障礙者的生理、心理特質。 4. 身心障礙者勞動狀況及其主要就業優勢與限制。
身心障礙者職業重建體系(2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 職業重建概念及一般性、支持性、庇護性就業服務流程。 2. 就業促進相關工具的認識與運用。
身心障礙者職務再設計及無障礙訓練環境之需求(3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 職務再設計之意涵、項目與作業流程。 2. 職務調整的原理與技巧。 3. 輔具運用及其資源連結方式。 4. 主要障別身心障礙者之無障礙訓練環境需求及改善方法。
認識精神障礙及職業訓練無障礙措施(2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 主要精神病的成因、症狀、及其治療方式。 2. 藥物對精神病之改善、副作用與應用。 3. 精神障礙者主要行為問題的處理原則。 4. 精神障礙者的就業特性與輔導策略。 5. 精神障礙者職業訓練無障礙服務措施。
認識心智障礙及職業訓練無障礙措施(2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 認知功能的發展與分析。 2. 智能障礙之成因與定義。 3. 智能障礙者的學習特性。 4. 智能障礙者及自閉症的就業特性與輔導策略。 5. 智能障礙者及自閉症職業訓練無障礙服務措施。
身心障礙者輔導案例分享(2)	<p>職訓員、就服員身心障礙者輔導案例分享。</p>

在學員輔導上，以中彰投分署為例，針對受訓中的身心障礙參訓學員，規畫完善的個案管理流程，由班導師或輔導員進行需求評估，依個別需求訂定輔導計畫，並以分級輔導機制，根據不同輔導需求，

由不同專業人員提供輔導服務(身心障礙者職業訓練業務聯繫會議簡報,民 103)。北基宜花金馬分署自民國 102 起,針對辦訓單位,提供心理輔導專業人員經費補助,每班可申請 6 小時之專業人員經費補助,以利學員有特殊需要時,辦訓單位可有資源運用。

在辦訓成果上,依據 103 年 5 月 12 日由勞動部勞動力發展署召開之身心障礙者職業訓練業務聯繫會議簡報,以 102 年度發展署所屬之各公立職業訓練中心辦理融合式職前訓練狀況,自辦職業訓練身心障礙者參訓比率平均可達 3.1%,其中以中彰投分署為最高,身心障礙者參訓比率達 4.54%;而委辦訓練部分,身心障礙者參訓比率平均可達 5.4%,高出績效目標 1.4%,其中以雲嘉南區為最高,參訓比率達 6.38%。顯示多數單位可達到或高出績效目標值。

第三節 精神障礙者之學習特性及輔導策略

學習型態(learning style)是每個人對於嶄新或困難的資訊,開始專注吸收、處理、消化並保留成為自己知識的方式(Dunn, 1990)。現今文獻中,有許多關於學習型態的不同理論。學習形態的偏好因人而異,根本上並不因障礙而有所分別,但由於障礙造成的功能限制形成了學習上的特質,可能須發展新的學習形態以適應障礙所造成的限制。

最廣為人知的學習形態分類是由 Reid 提出(Reid, 1995),以身體知覺所分出的六種學習型態。第一類為視覺學習者,這些人習慣以視覺刺激來學習,因此喜歡閱讀講義或教科書,圖表也能幫助他們更有效地學習,若教學者單以口語解釋,可能會使得視覺學習者感覺較吃力。第二類為聽覺學習者,他們偏好以聽覺學習,因此喜好聽覺教學者口頭解釋,影片或演講、討論等方式都能幫助他們學習。第三類為動覺型學習者,他們喜歡以主動參與的方式學習,例如參與戲劇演出,或角色扮演等方式,都能讓他們較有效地學習。第四類為觸覺型學習者,親手操作實物對他們而言是最有效的學習方式,例如親自做

筆記或報告、在實驗室裡做實驗等。第五類為團體型學習者，他們在分組活動或作小組報告時，與其他人互動下的學習成效最好。第六類則為個人型學習者，這些人在自己研讀學習的狀況下成效最好。

此外，依據 Dunn and Dunn 學習形態模式 (Dunn, 1990)，每個人的學習型態會受到 5 類 21 個因子所影響。第一類別為「學習中的環境」，包括聲音、光線、溫度以及硬體設備等因子。第二類別為「學習者的情緒狀態」，包括他們的動機、持續力、責任感、以及是否需要外界給予架構或喜歡以自己的方式做事。第三類別為「社會面上的偏好」，包括是喜歡自己學習、成對學習、小組學習、在一個團隊中學習、與有權威性者或同儕學習、以及喜歡多種模式還是喜歡固定模式或例行程序。第四類別為「生理面的因素」，包括知覺上的偏好(聽覺、視覺、體覺等)、一天中各時段的精神狀況、飲食需求或體能動靜等。第五類別則是「心理面的因素」，包括全面性或分析性的處理資訊、以右腦或左腦處理資訊、及習慣以衝動性或思考性行事。此理論促使許多高等教育機構的研究，發現教學方式若能符合學生的學習型態，則對學生的整體成績上有利 (Dunn, Griggs, Olson, Beasley, & Gorman, 1995)，且運用此模式於特教學生上也發現有較好的學習成就 (Dunn, et al., 1995)。

依據 Dunn and Dunn 的學習形態模式，精神障礙者因疾病引起的功能限制造成精神障礙者在學習上的阻礙包含，在環境上，精神障礙者對環境噪音較為敏感，有些人會由於環境的噪音引起情緒焦慮不安造成注意力、記憶力、思考能力受限，使得學習困難；在學習者的情緒狀態類別上，因為認知功能造成學習上的困難，可能使得學習者學習表現不如同儕或不如自我期待，引起學習上的挫折，負向自我評價，使得精神障礙者易有壓力或情緒，為避免壓力與情緒，學習者可能傾向放棄，導致學習動機喪失。在社會面的偏好上，精神障礙者可能因疾病特性不同，偏好個人學習，然學習機構不一定能夠提供適合個人偏好的學習模式，因此影響到學習成效。在生理因素上，精神障

礙者可能由於服藥的影響，可能有體耐力較差、早晨容易睏睡、口慾較強等情形，若教師無法查覺學生的特殊需求，可能有誤判學生不認真之虞。

此外，在本章第一節中的功能表現層面中亦提到精神障礙者在手功能、手眼協調能力上相對有較高比例的人表現較差，在注意力、記憶力、思考能力上限制等因素，皆為影響精神障礙者的學習因素，可透過環境的改變與支持、個人對自我瞭解、提供其他資源支持等輔導策略來協助。Boston University 針對接受高中以上教育的學生發展了支持性就學（Supported Education）模式，協助精神障礙者可以在自我瞭解之下，獲得充足的支持資源，得以在獨立性高的一般大學環境中接受高等教育。此模式的操作模式是在三個階段運用不同的檢核表，逐部協助學生面對學習困難，第一階段，由學生自我評估（附件六），協助學生瞭解自己在學習過程中可能會遇到的困難；第二，提供學生其學習困難上自己可以因應的方式及可以運用的校園資源；第三，提供輔導人員跟學生在面對學習困難上可以執行的策略。

針對精神障礙者的學習限制，可提供之輔導策略如表 7（Boston university, 2014; Medalia & Revheim, 2002; Legere, Furlong-Norman, Gayler, & Pierre, 2009）。

表 7 提供精神障礙者學習限制之輔導策略

學習限制	輔導策略
疲累 體耐力不足	-瞭解學習者可持續上課的時間，提供符合個別需求的休息時間。 -提供可減輕課程或補課的彈性。
缺乏壓力耐受度	-將任務拆解為小項目，提高目標可達成性。 -允許將課程錄音。 -提供諮商資源提供壓力紓解及壓力放鬆技巧指導。
疾病症狀干擾	-建議使用疾病管理自我監測記錄。 -連結其他醫療資源介入。

（續下頁）

學習限制	輔導策略
記憶力困難	<ul style="list-style-type: none"> -重覆提供指令，但避免使用貶低的口氣。 -請聽者重覆或以自己理解的方式說出指導者的指令或說明。 -提供學習者時間將指導者提供的資訊寫下來。 -提供時間有系統性的以一致的方法練習或復習已學習之內容。 -使用可幫助記憶之工具，例如日曆、日記、便利貼等。
注意力障礙	<ul style="list-style-type: none"> -簡化資訊，將資訊以直接、重點的方式傳遞給學習者。 -不要要求學習者一次執行多項任務。 -提供學習者需要的休息時間，避免注意力因體力不佳而分散。 -避免容易分心的環境，例如噪音、多位講者、環境人來人往等。 -在測驗時提供個別的教室或較長的時間考試。 -安排同學協助記錄課堂筆記。 -提供學習者選擇感到舒適、較易專注的座位。
因疾病因素而缺課	<ul style="list-style-type: none"> -允許補課或重新修課。
思考能力障礙	<ul style="list-style-type: none"> -在協助解決問題前，先觀察或詢問學習者的做法，再提供建議，建議勿假設學習者應如何解決問題。 -提供有系統性、有組織結構的例行流程。 -發展簡短的提示（cue）以防範衝動行為，例如「停」、「危險」等。 -對於無法開始動作或無法完成任務的學習者，仍給與鼓勵。 -對於缺乏自信或過度依賴而無法執行決策者以誘導式問題鼓勵思考而非直接提供答案。 -以步驟性的示範以增加問題解決能力。 -協助學習者以自我對話的方式幫助思考。

第四節 行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊

行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊內容共分為五個章節，各章節闡述之要點如下。

第一章，概論。說明如何使用本書，概述精障者之就業職種、對從事職業種類之期待、失業者無法找到工作之原因及參加職訓類別，並提出目前提供精障者之職業訓練的型態。

第二章，幫他走過精神障礙。本章主要目的是促進讀者認識精神疾病，包含精神疾病的醫療面向及罹患精神疾病後所需面對的衝擊。醫療面向部分，除了詳細列出常見的精神病症狀外，並依據思覺失調症、情感性疾患、恐慌症、強迫症分別說明。並藉由精神科醫師的診斷性會談為例，幫助讀者瞭解如何有技巧性的釐清案主的精神症狀；針對案主患病服用藥物後可能引起之藥物副作用，亦在本章中提出處理方式的建議。針對罹患精神疾病後所需面對的衝擊，依不同疾病，說明來自個人、家庭及環境上可能需要調適的狀況。在瞭解精神疾病案主的處境後，在本章的最後提供與案主建立良好溝通管道的原則與技巧。

第三章，這樣做，你可以改變一切。許多人對精神疾病有刻板印象，而對於患有精神疾病者的功能表現有負面成見，本章協助讀者破除對精神障礙者的故有迷思，使讀者可轉變成為精神障礙者在生活及職業重建歷程中之助力。本章首先提出一般人對於改變的迷思，鼓勵讀者正向看待精神障礙者欲改變之動機。針對在重建過程中，精神障礙案主會發生的疾病再發及常見之危險行為，說明其徵兆及因應措施。另提出近年來在精神復健領域中的主要趨勢——以優點管理模式來促進精神疾病的復原，有助於讀者瞭解可促進精神疾病康復的方式。最後，針對精神疾病案主的壓力管理與情緒調適，提出定義說明及有

效的管理方法。

第四章，參透為何，迎接任何。為使職業訓練服務成為具有專業性的服務，本章參考 2010 年職業重建個案管理工作手冊之編輯成果報告中職業重建個案管理之架構，建立一套標準化的作業流程，流程分為五個階段，包括服務申請與資格審查階段、晤談與評量階段、職訓計畫實施與處遇階段、追蹤輔導與資源連結階段及結案階段，詳盡的說明工作人員在各階段的角色與功能，利用周密的表格，協助專業人員進行詳細的評估、計畫、執行與追蹤，並鼓勵善用橫向資源，提供職業訓練專業人員在服務有精神障礙之學員時可有所依據。

最後，第五章提供全國精神疾病就醫、精神復健機構、康復之友團體、心理衛生服務資源及公、私立就業服務單位及求職網站之相關資訊，以供專業人員依據需要連結及運用資源。

綜合上述五章內容，作業手冊所涵蓋之重要內容項目包含：

- 一、精神障礙者之就業現況。
- 二、認識精神疾病及其症狀。
- 三、偵知精神症狀與釐清精神症狀之方法。
- 四、慢性精神疾病者可接受之治療型態（包含藥物治療、心理治療、精神復健）。
- 五、慢性精神疾病者之藥物副作用與處理策略。
- 六、慢性精神疾病者罹病後需面對的改變。
- 七、危險行為之警訊及因應策略。
- 八、與精神障礙者建立良好溝通技巧的方法。
- 九、對精神障礙者無法改變的迷思。
- 十、協助精神障礙者克服改變中的障礙（包含優點管理模式、復原行動、壓力管理）。
- 十一、運用職業重建服務之架構建立職業訓練服務流程。

十二、瞭解全國可運用之相關資源。

小結

精神障礙者在醫療層面、功能表現層面、社會心理層面上都有可能遭遇到限制，若社會環境又缺乏支持，展現在接受技能訓練上就會成為精神障礙者在就業上的障礙。勞動部勞動力發展署雖依據「推動身心障礙者職業訓練計畫」推動身心障礙者在一般的環境中接受職業訓練，然而在職業訓練師的聘用上，並未明定提供訓練的老師應該具備身心障礙者服務的相關知能，可能導致在輔導精神障礙者接受職業訓練上缺乏提供有效輔導策略的狀況，使得精神障礙者在接受職業訓練上成果表現不彰，造成辦訓單位對於提供精神障礙者融合式職業訓練的意願降低，從 100-102 年的精神障礙者參訓人數中可看出。勞動部勞動力發展署為改善辦訓單位提供精神障礙者職業訓練服務的品質，於 100 年委託中華心理衛生協會出版了「行政院勞工委員會職業訓練局訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」，至今已逾 3 年，為瞭解本手冊運用的狀況委託本研究團隊進行檢討，並在評估必要下，進行內容調整。

從文獻回顧中，我們瞭解了影響精神障礙者就業與學習上的限制、職業訓練提供身心障礙者服務的法源依據、及提供精神障礙者服務時，可提供之輔導策略，並將手冊內容進行主題式的歸納，發現原手冊已包含了許多服務精神障礙者所需要的知能，然而，實際上手冊的狀況運用狀況如何？運用情形是否需要透過內容調整來提昇手冊之效用？因此，我們產生了兩個主要之探討問題：

- 一、勞動力發展署各分署在協助精神障礙者接受融合式職業訓練之流程上，提供服務之困難為何？
- 二、勞動力發展署各分署之實務工作人員是否曾經運用「作業手冊」，解決服務精神障礙者上之困難？若「作業手冊」所提供之資料無法解決分署實務工作人員輔導有精神障礙證明受訓者之困

難，其因素為何？

期待藉由這兩個問題的瞭解，來達到執行此主題探討之目的。

第三章 主題探討方法與過程

第一節 研究對象

依據「行政院勞工委員會職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」中行政院勞委會職業訓練局局長序中提到，本手冊的目的是要提昇職業訓練中心自辦融合式訓練在輔導精神障礙者之技巧及服務，期使實務工作者透過瞭解精神障礙朋友參訓的困難，使實務工作者可與精障朋友一起合作。為瞭解本手冊是否達到預期之目的，我們的研究對象主要針對辦理職前訓練之職業訓練中心自辦訓練單位或接受委託辦理職前訓練單位中之實務人員，實務人員包含提供授課之老師、辦理業務之業務促進員或行政人員、提供輔導之業務輔導員或其他專業人員及其他協助單位完成輔導訓練之人員。

第二節 研究方法

本主題探討運用專家座談調查法及問卷調查法，收集使用作業手冊之實務運用狀況及困難，透過收集之資料進行探討，並針對需修改之內容進行調整。

第三節 主題探討過程

主題探討過程分為三個階段（圖一），第一階段透過文獻探討蒐集影響慢性成人精神疾病就業及學習之因素、精神障礙者之學習特性與輔導策略、提供精神障礙者融合式職業訓練之現況，並回顧及分析作業手冊內容。依據文獻探討之內容，建立第一次專家會議之討論議題架構與發展「手冊運用調查問卷」。

第一次專家會議於5月26日召開，與會者包含作業手冊之主要編輯者與由勞動部勞動力發展署五分署所推派具備服務精神障礙者

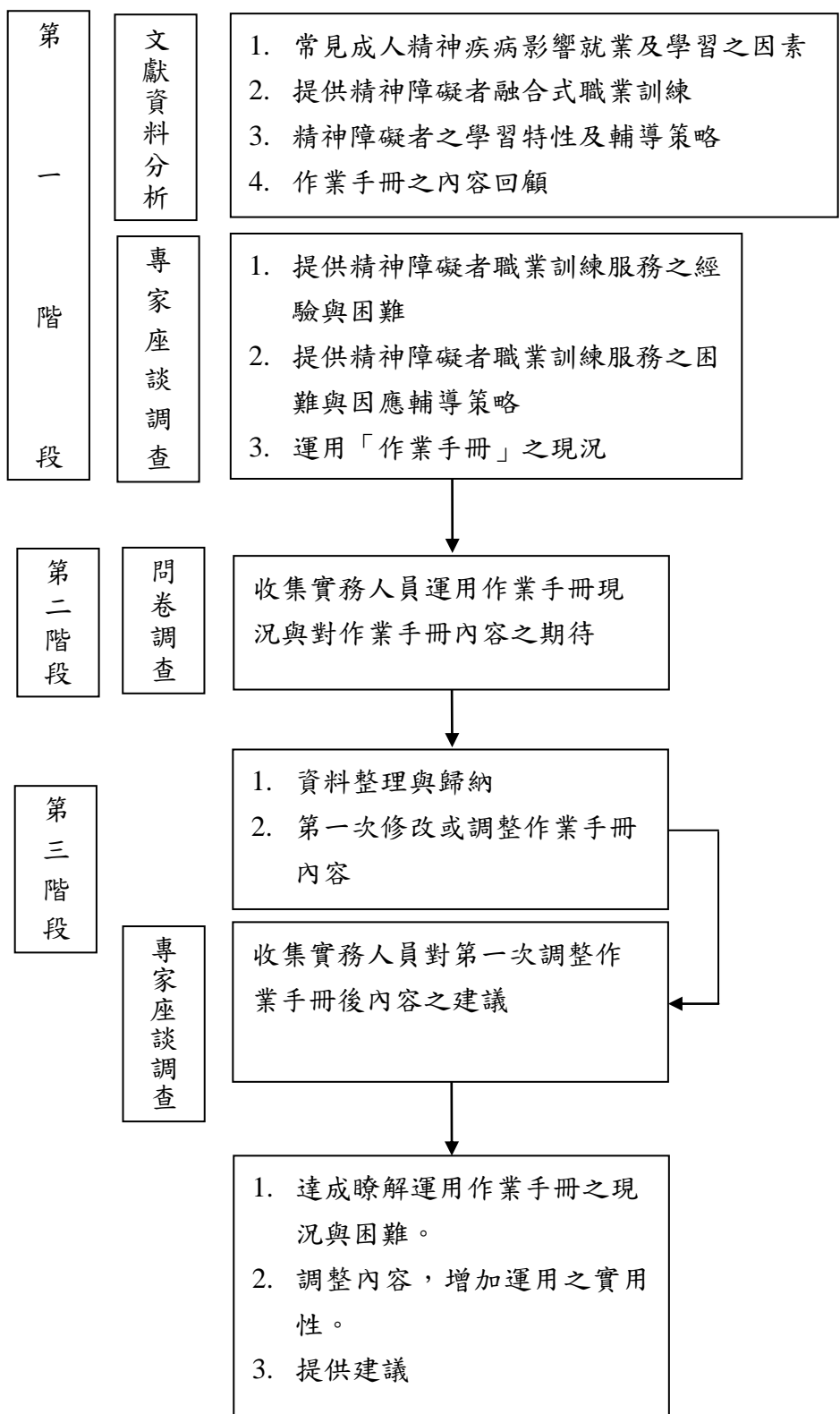
接受融合式職業訓練經驗之人員代表，包含自辦訓練科之一位業務督導及三位業務輔導員、訓練推廣科之一位股長及委辦訓練單位之兩位主管，討論內容相關記錄請參照附件七。會議中深度瞭解實務服務人員提供精神障礙者職業訓練的流程及過程中可能會面臨的困難與曾運用過的解決策略，並蒐集實務人員運用作業手冊於實務之現況及調整作業手冊之建議。此外，運用出席會議之專家進行「手冊運用調查問卷」試答，做為修正之參考，修正後問卷如附件八。

第二階段向各分署及委辦職訓單位發放問卷，問卷內容依據本主題探討欲探究之三大問題及參考文獻設計，包含兩大部分，第一部分為收集個人基本資料與個人提供精神障礙者參加職業訓練之相關經驗，第二部分為運用作業手冊之經驗及建議。問卷收集對象包含全國五分署之：

- 一、自辦職業訓練課程之職訓師
- 二、委辦職業訓練課程之授課老師
- 三、自辦單位業務輔導員
- 四、委辦單位之業務相關人員

研究團隊於6月12日寄出問卷至全國五分署共192份，7月9日寄出於民國102年接受全國各分署委託辦理職前訓練之訓練單位共344份，至9月15日共回收問卷311份，回收率為58.02%。在311份回收問卷中，自辦單位(五分署)148份及委辦單位163份。所有問卷中，因有2份資料填寫不完整刪除，其餘309位參與問卷填寫的人員中，除3筆未填寫性別外，男性156人（51%），女性150人（49%）。依參與問卷填寫的人員之職稱區分，除10筆遺漏值外，其餘299人中，以擔任課程老師佔比率最高，共138名（46.2%），行政人員次之（19.4%），及業務輔導員、業務促進員、班級導師、委辦單位主管、專業人員（護士、身障就服員、社工員、職評員）等。資料分析方法依據問卷結果進行百分比描述性統計以瞭解實務人員在服務精神障礙者接受職業訓練實之困難及實務人員實際運用手冊之情形。

第三階段主要工作內容有二，第一，依據上述所蒐集之資料進行統整與歸納，根據結果調整作業手冊內容；第二，於9月19日召開第二次專家會議，將彙整之資料依職訓作業流程階段做分類，提出可運用之輔導策略與資源，進行討論與意見收集，討論內容相關記錄請參照附件九，依據會議結果進行第二次內容調整並撰寫報告。



圖一 主題探討執行流程

第四章 發現與建議

第一節 提供精神障礙者接受融合式職業訓練之困難

為瞭解服務精障者接受融合式職業訓練之困難，我們運用問卷詢問曾經服務過精神障礙者參加職業訓練的人員，請他們依據自己在服務精神障礙者上遇到之問題，進行困難程度的給分，結果如下表 8。從問卷結果發現，提供精障者融合式職業訓練之相關人員對於「處理學員病情不穩定或疾病因應能力不足」問題最感困難，其次依序為「處理學員壓力耐受性較低」、「預防及處理學員可能發生之危險行為」、「處理學員學習狀況不佳」、「自己對精神障礙者的瞭解」、「處理學員缺乏適當的人際互動表現」等。

表 8 服務精神障礙者接受職業訓練時之困難程度

服務精神障礙者接受職業訓練時的問題(有效值)	時常感到困難	有時感到困難	完全沒有困難	不適用
1. 處理學員病情不穩定或因應能力不足(201)	39(19.4)	139(69.2)	22(10.9)	1(0.5)
2. 處理學員經常抱怨自己身體不適(199)	14(7.0)	106(53.3)	66(33.2)	13(6.5)
3. 預防及處理學員可能發生之危險行為(199)	40(20.1)	114(57.3)	39(19.6)	6(3.0)
4. 處理學員學習狀況不佳(200)	37(18.5)	117(58.5)	37(18.5)	9(4.5)
5. 處理學員缺乏適當溝通能力(202)	18(8.9)	130(64.4)	49(24.3)	5(2.5)
6. 處理學員缺乏適當的人際互動表現(202)	29(14.4)	125(61.9)	39(19.3)	9(4.5)
7. 培養學員適當工作態度(201)	26(12.9)	108(53.7)	61(30.3)	6(3.0)
8. 處理學員壓力耐受性較低(201)	32(15.9)	124(61.7)	39(19.4)	6(3.0)

(續下頁)

服務精神障礙者接受職業訓練時的問題(有效值)	時常感到困難	有時感到困難	完全沒有困難	不適用
9. 處理學員日常生活功能表現不佳，缺乏獨立性(200)	14(7.0)	104(52.0)	64(32.0)	18(9.0)
10. 學員因疾病因素，需自內部提供額外的資源(199)	19(9.5)	82(41.2)	78(39.2)	20(10.1)
11. 自己對精神障礙者的瞭解(201)	30(14.9)	124(61.7)	42(20.9)	5(2.5)
12. 協助班級同學對精神障礙者的瞭解(201)	39(19.4)	111(55.2)	39(19.4)	12(6.0)
13. 提供可運用之支持資源(199)	31(15.6)	94(47.2)	50(25.1)	24(12.1)

* 不適用係指因沒有遇過相關問題，不確定是否會有困難。

此外，透過第一次專家會議，深度探討實務人員提供精神障礙者職業訓練的流程及過程中可能會面臨的困難，可能來自於以下六點：

一、不易於訓前掌握參訓者之相關資訊

專家座談會與會專家提出，融合式職訓的精神在於鼓勵身心障礙者能夠參與一般性職業訓練，在支持度較低的一般性職業訓練中，精神障礙者穩定狀況為受訓及訓後就業的重要影響因素，專家表示，為評估報名者整體的穩定程度，會運用策略，將錄訓評估時間規劃為一個整天或建議在報名時檢附醫療諮詢單。錄訓評估規劃為一整天的活動，含紙筆測驗一個半天與操作測驗一個半天，此法有助於在長時間下觀察報名者的表現狀況；而報名者在醫療機構申請之醫療諮詢單，除了可提供疾病診斷及醫療人員聯絡方式外，亦可初步了解報名者的疾病史、精神症狀、治療情形、穩定度、目前有出現的藥物副作用、服藥態度及發病前兆與可能之因應方式等資料，職訓服務之實務人員可快速透過醫療諮詢

單掌握報名者狀況並評估適訓度及輔導策略。然而，前項觀察評估方法需耗費長時間，後者之醫療資訊單有賴醫療機構與報名者的配合，要在訓前取得參訓者之醫療相關資訊並不容易。

二、因應精神疾病之特質，需提供額外支持輔導策略

精神障礙者由於其疾病狀況造成特殊的障礙限制，衍生出影響就業及學習之因素，在台灣，領有慢性精神障礙手冊或證明者，通常為患有思覺失調症、雙向情緒障礙症或憂鬱症的患者，可能會出現知覺、思想、情緒上的疾病症狀，當疾病症狀反覆出現的時間很多且影響到社會活動表現，則需長期依靠藥物及自我疾病管理來控制症狀。然而，精神障礙者不一定具備與疾病相關的藥物使用認知及自我管理技巧，加上藥物隨之而來的副作用，皆可能引起精神障礙者服藥不穩定的狀況。

持續服藥固然重要，副作用可能引起心血管、腸胃道、神經、內分泌及表皮等系統的症狀，為導致精神障礙者對於服藥順從度不佳原因之一；而即便能夠規律服藥，藥物副作用亦可能影響精神障礙學員參訓狀況。與會專家表示，在職業訓練學習上，藥物可能引起睏倦、嗜睡等副作用，導致學員在接受學科課程易顯現參與度不佳，或造成在術科課程操作精密儀器或大型機台時，有安全上的疑慮。

會議中專家指出，有些精神障礙者在工作動機上較為缺乏，部分個案會將接受職業訓練當作領取生活津貼的途徑。前述狀況皆有賴授課老師瞭解精神障礙者個別狀況，適時提供支持輔導策略。

三、精神障礙者個別異質性高，支持輔導策略不易掌握

專家會議中有專家提出，職訓師對於身心障礙者並不排斥，然由於精神障礙者間的個別差異大，每個人的狀況與需求會有差異，相較於在一般融合性職業訓練中常見的肢體障礙者與聽覺障礙者，可運用之個別輔導策略固定，精神障礙者之需求，無法僅透過障別種類就能預先掌握因應的支持輔導策略。

四、資源有限，無法服務支持需求較高的精神障礙者

目前提供身心障礙者接受職前職業訓練的模式除了一般的融合式職業訓練外，亦有專班式的職業訓練，心智障礙類養成專班式的職業訓練是指所招收之學員需有四分之三以上成員為領有自閉症、智能障礙、精神障礙身心障礙手冊或證明者，課程人數較少，授課時數可以較有彈性的規劃，因此整體的授課速度可以因應受訓學員的狀況進行調整，適合障礙限制較多的學員。一般的融合職業訓練，主要針對支持需求程度較低，缺乏職業相關技能，透過職業訓練取得技能後，可獨立於一般職場就業者。在此前提下，職訓單位雖提供身心障礙者在報名一般融合式職業訓練時有保障名額，然仍會進行適訓度之評估，對於穩定度不足，耐受力較差，不具備一般就業能力者，考量受訓期間跟訓後支持資源有限，因此，無法提供一般融合性職業訓練服務資源給支持需求較高的身心障礙者。

五、精神障礙者對於揭露障礙身份之疑慮

部分參訓之精神障礙者不願意公開障礙身分，除了影響受訓期間服務提供外，辦訓單位需於訓後追蹤輔導就業或創業，揭露身分與否亦影響就業媒合狀況。精神障礙者由於障礙的限制，在受訓期間若能依個別化需求提供適度的支持輔導，可有助於受訓的成效，然而，許多精神障礙者不願意主動告知其障礙身分，亦有專業意見擔憂醫療諮詢單有汙名化之疑慮，導致無法於訓前得知精神障礙者之障礙身份，便無法提早規劃受訓期間個別化的支持策略。

訓後職業訓練單位會協助就業媒合，廠商雖期待知道求職者的障礙類別，透過訓練單位依據學員優勢來推介，並清楚說明學員穩定的狀況，廠商在與訓練單位的信任關係下，只要求職者具備執行工作內容的能力，廠商會願意雇用精神障礙員工。然而部分學員仍會有所顧慮而欲隱藏身份，訓練單位除了提供學員揭露身份的優劣勢分析外，一旦學員堅持隱藏身份，訓練單位為保護學員會予以尊重，工作機會便受到限

縮，直接影響到承辦單位達成訓後就業率的成效，降低部分承辦單位接受精神障礙者受訓的意願。

六、缺乏其他可運用之支持資源

前述第一點提及精神障礙者穩定性不足，專家們提出職訓單位期待「復健醫療資源」及「家庭支持」可以達到促進穩定的作用，然而，部分持續在醫療復健機構接受治療的精神障礙者，在接受職業訓練的同時，配合資源不重疊的政策，健保無法持續給付精神復健治療費用，非旦無法藉由醫療資源提供支持，此機制甚至影響精神障礙者的受訓意願。

部分職訓單位強調家庭支持的重要性，雖然許多個案透過家庭支持促進其服藥及生活之整體穩定性，提高職業訓練及訓後就業的成功率，然而，仍有家庭對患有精神疾病的家人缺乏理解，不接受家人有精神疾病的事實，反對其接受治療及服藥，或將職訓視為取得生活津貼的管道，則可能導致中途退訓或就業失敗。

此外，訓後缺乏支持資源維持受訓期間狀態，影響就業成功與否。許多學員在受訓期間，透過老師的指導與團體生活，提供穩定的支持力量，生命有了動力，大部分可順利完成訓練，但訓後離開了受訓中心，脫離原來有秩序的生活，又缺乏其他支持資源，整體狀況退步，導致受訓後達到就業之成效不易。

第二節 運用「行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」情形

為瞭解「行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」自 100 年發行至此運用情形，向全國五分署自辦職業訓練課程之職訓師、業務輔導員、102 年接受委辦職業訓練課程之授課老師、行政人員等發放問卷，瞭解運用情形。在 309 名填寫問卷的人員中，有 87.38% 不知道勞動部勞動力發展署於民國 100 年出版「職業訓練中心接受精神障礙

者參訓標準化作業手冊」，在知道作業手冊的 39 人中，有 24 人（61.54%）來自於自辦單位，15 人（38.46%）來自於委辦單位，不論是以單位性質（自辦或委辦）（ $\chi^2=1.77, p=0.183$ ）、服務年資（4 年以下或以上）（ $\chi^2=0.12, p=0.725$ ）或服務精神障礙者之經驗（有或無）（ $\chi^2=0.08, p=0.773$ ）區分，對於是否閱讀過作業手冊皆無顯著差異。而從參加第一次專家會議中之專家表示，大多數單位是透過本次會議的舉辦方得知此本作業手冊，而其中一位業務輔導員表示，由於人員異動頻繁，導致手冊傳承不易，可能是手冊運用偏低之可能因素。

在知道有該手冊的 39 人中，有 14 人（35.9%）沒有閱讀，有 17 人有閱讀，但閱讀不完整，僅有 8 人有完整閱讀。在 25 位有閱讀過的人中，有高達 72%（18 人）表示閱讀後僅部分瞭解，1 人表示不易瞭解，僅部分瞭解或不易瞭解之原因，包含內容架構過於複雜、專業用語用字過多、文字定義與現實執行面有差距，導致無法適用、需用於個案才知執行成果、需要有紙本外的專業訓練等。出席會議之專家表示，本手冊中建議之作業流程乃為參考中彰投身心障礙者職業重建服務資源中心所規畫之標準服務流程，該作業流程較適用於支持需求較高的身心障礙者，對於辦理一般融合式職業訓練之可運用性較低。

從問卷結果中發現，在有閱讀的 25 人中，除 1 位未填寫意見外，其他人員在作業手冊幫助程度評價上，以認為有部分幫助者為多，詳細結果如表 9 所述。參與會議之專家則表示，作業手冊對實務工作有幫助，特別是介紹精神疾病與症狀、疾病治療與藥物副作用的處理策略、危險行為的警訊及因應策略。而輔導員可以運用手冊內容向授課老師說明有關精神障礙者之特質，對於輔導員及老師間的溝通是有幫助的。

在填寫問卷的 309 人中，以個別需求為考量，認為一本能夠協助他們改善工作上服務精神障礙者的手冊，應包含之主題項目的人數及百分比如表 10。我們發現，曾服務過精神障礙者的人，認為需要「介紹學習上之困難與策略」、「介紹精神疾病之症狀與因應策略」、「介紹可運用資源及運用技

巧」、「介紹建立良好互動之技巧」為多；未服務過精神障礙者的人，認為手冊需包含之項目與服務過精神障礙者的人相同，然未服務過精神障礙者的人認為需要「介紹建立良好互動之技巧」為最多，「介紹可運用資源及運用技巧」次之。

表 9 閱讀過作業手冊後，作業手冊對於實務上之幫助程度

項目	非常有幫助 人數(%)	有部分 幫助 人數(%)	完全沒 有幫助 人數(%)
1. 瞭解精神障礙者之就業現況	5(20.8)	19(79.2)	0(0)
2. 瞭解精神疾病及症狀	10(41.7)	12(50.0)	2(8.3)
3. 偵知精神症狀之方法與釐清精神症狀	6(25.0)	15(62.5)	3(12.5)
4. 瞭解慢性精神疾病者所接受之治療型態	7(29.2)	16(66.7)	1(4.2)
5. 瞭解慢性精神疾病者之藥物副作用與處理策略	7(29.2)	15(62.5)	2(8.3)
6. 瞭解慢性精神疾病者罹病後需面對的改變	9(37.5)	14(58.3)	1(4.2)
7. 瞭解危險行為之警訊及因應策略	7(29.2)	15(62.5)	1(4.2)
8. 知道與精神障礙者建立良好溝通技巧的方法	9(37.5)	14(58.3)	1(4.2)
9. 瞭解對精神障礙者無法改變的迷思	7(29.2)	15(62.5)	2(8.3)
10. 協助精神障礙者克服改變中的障礙	6(25.0)	16(66.7)	2(8.3)
11. 運用職業重建服務之架構建立職業訓練服務流程	7(29.2)	17(70.8)	0(0)
12. 瞭解全國可運用之相關資源	7(29.2)	17(70.8)	0(0)

表 10 實務人員期待作業手冊提供之內容項目(N=307)*

項目	曾服務精障者 201(100%)	未曾服務精障者 106(100%)
1. 介紹精神障礙者之就業現況與參與融合式職業訓練之重要性	138(68.7)	84(79.2)
2. 介紹精神疾病之症狀與如何因應精神障礙者表現出之精神症狀	157(78.1)	84(79.2)
3. 介紹慢性精神疾病主要治療方式	100(49.8)	54(50.9)
4. 介紹慢性精神障礙者服用藥物之副作用與處理策略	117(58.2)	68(64.2)
5. 介紹慢性精神障礙者在社會及心理上需面對之困境與可因應策略	142(70.6)	82(77.4)
6. 介紹精神障礙者在學習上之困難與可輔助其學習之因應策略	157(78.1)	84(79.2)
7. 介紹與精神障礙者建立良好互動之技巧	153(76.1)	89(84.0)
8. 介紹社會對精神疾病或精神障礙的迷思	120(59.7)	61(57.5)
9. 介紹職業訓練服務流程中可運用之相關資源及運用資源之技巧	154(76.6)	88(83.0)

*遺漏值 2 筆

第三節 建議

透過此次的研究歷程，綜合問卷結果及專家會議意見，發現職訓單位接受精神障礙者參加一般性職業訓練的困難，必須透過專業能力的提昇與外部資源連結來解決，「行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」雖提供實務人員充足的資訊，但在實務運用上，仍有賴中央或地方政府推廣。

本研究團隊除了針對手冊運用上提出建議，亦針對融合式職業訓練接受精障學員之執行制度面提出建議：

一、簡化手冊內容，以實務人員常見問題作為出發，提供必要之基礎知能，增加手冊之可運用性

從問卷及專家會議討論結果皆發現，實務人員在服務精障者實有困難，但作業手冊內容因架構過於複雜、專業用語用字過多，導致多數閱讀後僅能部分瞭解。因此，研究團隊建議編製「行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」攜帶版小手冊（範例如附件十），將作業手冊內容整合並簡化，內容主題以實務人員常見問題作為出發，以求貼進實務人員之需求，用簡單的用語，提供服務精障者所必要之基礎知能，包含面對精障學員之態度、與精障學員互動的原則、精神疾病發作之警訊、教學過程中精障學員常發生之問題及可運用之策略、就業上向雇主揭露身分的議題及緊急狀況處理之原則。攜帶版小手冊中之常見問題可以下列方式描述：

- 我要怎麼知道學員有精神障礙？知道後要怎麼辦？
- 班上有同學出現怪怪的行為，那是精神疾病的徵兆嗎？
- 我需要隨時注意學員是否會出狀況嗎？
- 學員告訴我他/她有精神疾病，我要怎麼對待他/她？
- 我沒有接觸精神障礙者的經驗，有誰可以幫忙我嗎？
- 在課堂上，有什麼輔導策略我可以運用，讓精神障礙的學員無障礙學習？

- 若在受訓過程中，發現學員出現疾病復發的警訊，我該怎麼辦？
- 學員的精神疾病會影響學習方式嗎？我能怎麼幫助他們？
- 協助學員準備就業前，學員表示希望不要讓雇主知道其障礙身分，我該怎麼辦？
- 精神障礙者是危險的嗎？若學員出現危險或干擾行為怎麼辦？

二、進行手冊宣廣

「行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊」之編制目的為提升職訓單位的服務品質，但從問卷收集結果發現，有 87.38% 並不清楚有這本手冊，即使是自辦單位，亦有高達 83.78% 不清楚有這本手冊，顯示手冊推廣不足，無法達成當初手冊編製所期待之目的。為達到手冊推廣的目的，建議首要步驟是提高手冊的普及性，除可印製紙本手冊給辦訓單位外；亦可將手冊申請國際標準書號 (ISBN)，促進書本在圖書館內留通；在作者同意下，將手冊電子檔案上傳於主辦單位網站，供下載運用等。

三、辦理相關課程，鼓勵辦訓單位提昇服務精神障礙者之專業知能

作業手冊詳盡介紹精神疾病患者所經歷之歷程，提供相關資訊，打破一般人對精神疾病患者之迷思，並參考職業重建服務流程，提出服務精神障礙者接受融合式職業訓練的流程建議，提供豐富的專業資訊，然而，對於無醫療或無身心障礙服務相關背景者，不易單從閱讀中獲益，此現象可從問卷結果中發現，在閱讀過該手冊的 39 人中，有 76% 無法完全瞭解書中內容。因此建議針對缺乏接受精障者受訓經驗之辦訓單位，各分署宜運用多元管道，例如融合式職業訓練單位人員研習會，搭配手冊，提供相關課程，透過課程講授，可確保正確瞭解手冊內之資訊，並指導手冊運用之方法。使辦訓單位能具備服務精障者的基礎專業知能，並在適當時機運用對的資源。

雖然從問卷中發現有高比例的受訪者表示無法完全瞭解書中內容，

但參與專家會議之專家表示，作業手冊對於具有多年服務精神障礙者經驗者，有極高的參考價值，甚至期待內容能夠增加有關同儕間人際問題處理、同儕自然支持者建置、職場開發等議題之資訊，上述主題皆可做為未來辦理進階在職課程主題之參考。

四、建立資源支持平台，促進跨專業合作

為推動身心障礙者社會融合，勞動部勞動力發展署在職業技能訓練上，訂定融合式職業訓練，要求各分署推動融合式職業訓練，期能有助於身心障礙者有機會參加非身心障礙者專班式職業訓練，因此，明訂每年身心障礙者參訓人數應佔總參訓人數之 3%（自辦職前訓練作業原則修正規定，民 103），各分署雖可達到中央之要求（勞動部勞動力發展署，民 103），然從民國 99-102 年之參訓實際狀況發現，在所有參訓人數中，精神障礙參訓學員之比例實為少數，辦訓單位缺乏服務精神障礙者的能力可能為背後之因素之一（第二次專家會議）。

融合式職業訓練的精神在於提供身心障礙者在一般的學習環境下學習職業技能，職訓師/老師所專長與關注的是課程所應訓練的專業技能及教學，他們的資格不受職業重建服務專業人員遴用及培訓準則規範（職業訓練師甄審遴聘辦法，民 88；職業訓練師培訓辦法，民 79），因此，融合式職業訓練的職訓師/老師在身心障礙者服務的專業度上無法與職業重建服務系統的職訓師或職業重建服務人員比擬。而精神障礙者之複雜性，服務專業能力實不易單從 2 小時的課程中即可提昇。因此，本研究團隊認為，除了辦訓單位可聘用職重專業人員外，資源連結與運用是解決服務精神障礙者接受融合式職業訓練所遭遇的困難之另一方向。

從專家會議中，與會的專家提出了服務精神障礙者的種種困難，大體呼應了文獻回顧中的影響因子，辦訓單位在服務過程中，亦努力發展克服困難的策略，然而，仍有部分議題，例如醫療相關資訊不易掌握、需耗費額外時間提供支持、資源不足，不易服務支持需求較高的精神障

礙者及缺乏其他可運用之支持資源等，是期待能夠藉由職訓單位以外的資源支持來解決（第二次專家會議）。辦理融合式職業訓練的單位組織結構各有所異，以中彰投分署為例，該分署有護士及精神科背景專業人員，因此在處理精障者之問題可有專人提供建議與輔導，然而，針對缺乏內部資源的辦訓單位，必然得依賴外部資源運用（第二次專家會議）。

職業訓練的目的是提供參訓者學習就業所需之工作技能，對身心障礙者而言，任何在就業上可能遇到的限制，在職業訓練過程中也可能會發生，需要勞政、衛政、社政資源共同支持，精障者常運用之資源工具包含就業中心或就業服務站/台身心障礙服務窗口（勞政）、身心障礙者職業重建個案管理服務窗口（勞政）、精神醫療機構（衛政）、社區心理衛生中心及心理衛生服務單位（衛政）、社區復健中心（衛政）、康復之家（衛政）、身心障礙者個案管理服務（社政）、社區家園（社政）、康復之友聯盟團體，各項資源之說明及運用時機，請見附件十（第 121 頁）。在資源運用上，為使資源運用管道暢通，辦訓單位應在接受精障學員受訓前建置資源支持平台，討論合作機制，提高資源可及性，執行上依據角色不同提供下列建議：

（一）中央或地方主管機關宜扮演推動跨部會合作的主要角色

依據身心障礙者權益保障法第 48 條之規定，直轄市、縣（市）主管機關相關部門，應積極溝通、協調，以使身心障礙者不同之生涯福利需求得以銜接。「推動辦理身心障礙者職業訓練計畫」中明訂各分署之職業訓練中心的任務為推動融合式職業訓練，協助身心障礙者參與職業訓練，因此，勞動部勞動力發展署所屬各分署應扮演資源支持平台建立之推動者。精障者在接受職業訓練過程中除運用勞政資源外，尚可能需衛政及社政資源共同協助，為促進資源運用無障礙，針對不同部會之資源銜接，建議各分署可主動進行跨部會協調，推動衛政與社政相關機構開放提供服務資源給接受職業訓練的精神障礙者，藉由提昇辦訓單位運用外部資源，解決服務精神障礙者之困難，可達到推動融合式職業訓練的目的。

舉例而言，部分精神障礙者在發病後需要精神復健醫療協助恢復獨立生活功能，社區復健中心或日間留院是常用的精神復健醫療模式，在現行機制下，為減少福利資源重複利用，參加職業訓練的精神障礙者，不可同時接受社區復健中心或日間留院服務，然而，對精神障礙者而言，從保護性較高的復健環境到獨立性較高的一般性職業訓練的環境，適應轉變不易，若可提供一段時間的資源重疊時間，有利於精神障礙者調適轉變，就辦訓單位而言，支持資源的可及性提高，亦可促進了解學員狀況及獲得有效支持策略之相關資訊，增加辦訓單位接受精神障礙學員受訓的意願，而此一機制即有賴分署反應地方需求以利中央勞政與衛政進行協調。

(二)職訓單位宜積極與勞政體系之個案管理窗口合作，提供無接縫服務

轉介機制的暢通有賴資源兩端的合作，職訓單位提供精障者服務時，宜善用之勞政資源為勞動力發展署各分署所屬之就業中心或就業服務站（台）身心障礙服務窗口及身心障礙者職業重建個案管理服務窗口，上述窗口之設立是期待專業人員掌握服務所在地資源，並有效分配及運用，使專業服務能夠無接縫且有連續性的提供，最終達到促進身心障礙者就業之目的；職業訓練是協助身心障礙者就業過程中獲得工作技巧的資源。兩造間應互相合作，當職訓單位面對不適訓個案或結訓後需要就業資源者，宜將個案轉介到上述窗口服務，而窗口服務個案有職業訓練之需求時，亦應協助個案獲得職業訓練資源。

為促進合作，辦訓單位可透過正式管道將年度課程規劃資訊提供給服務窗口，以便窗口人員在評估個案有職業訓練需求時，可及早規劃服務提供時程；而窗口人員可透過正式的轉介單，在個案同意下，提供辦訓單位個案障礙限制相關資訊，以及有效輔導策略之建議；為確保個案在報名訓練過程無障礙，若輔具運用可減少個案報名或受訓過程之障礙，應提供相關服務。

(三)整合服務系統以使轉介機制暢通

現行勞動力發展署各分署所屬之就業中心或就業服務站（台）身心障礙服務窗口及身心障礙者職業重建個案管理服務窗口各有不同的個案服務系統，融合式職業訓練又是另一套個案服務系統，造成轉介機制上限制。建議勞動部勞動力發展署開發服務系統整合機制，增加轉介流程順暢性。主管機關亦可透過評鑑機制，針對以正式管道轉介運用職業訓練服務者予以加分，鼓勵窗口與職訓單位合作。

（四）尊重身心障礙者權益，資源轉介前充分告知

依據身心障礙者權益保障法第 16 條，身心障礙者在教育、應考、進用、就業等之權益，應受尊重及保障，不得有歧視之對待。因此，職訓師宜提昇提供身心障礙者服務之專業能力，在錄訓評估過程中，不宜將醫療諮詢單做為報名之必要條件或將醫療諮詢單之內容作為判斷適訓與否之主要考量。針對醫療諮詢單可提供之醫療資訊，可在錄訓後，鼓勵學員告知身障身分，瞭解學員曾運用過或正在接受之資源，在學員同意下，連繫資源窗口，瞭解學員在學習上可能受到疾病或障礙影響之狀況及可運用之因應策略，以利於規劃受訓期間之輔導計畫。然而，為符合 103 年 12 月 3 日即將施行之身心障礙者權利公約施行法（附件十一），建議職訓師或輔導人員在進行各項資源連結前，應尊重學員之自主權，充分與學員討論，並尊重學員最後的決定。

五、聘用具職重專業服務經驗人員，落實無障礙個別化之職業訓練服務

依據身心障礙者權益保障法第 33 條及第 9 條，勞工主管機關應依據身心障礙者之需求提供無障礙個別化之職業訓練，所謂無障礙個別化之職業訓練，即是在接受職業訓練的過程中，不論在錄訓或提供訓練中皆應確保環境設施、資訊接收等無障礙，為落實接受訓練無障礙，建議中央可參考特殊教育辦理方式，依據訓練單位規模大小，設置獨立輔導單位，提供具有資源教室或巡迴式輔導之功能的服務（特殊教育法，民 103），做法上，

- (一) 規劃專人負責身心障礙學員之輔導，且該人需具備職業重建服務經驗。以現行制度來看，各分署設有業務輔導員，業務輔導員可能為職業重建相關科系畢業，但若缺乏服務身心障礙者之經驗，實務上將會面臨困難。若能將業務輔導人員聘用之專業資格條件提高，聘用具備職業重建服務經驗之專業人員，在輔導上將能夠提供更符合個別需求的支持。
- (二) 輔導單位的設置可依據參訓人數多寡以縣市為單位設立定點或巡迴式的據點。參考教育部為鼓勵大專校院錄取身心障礙學生，訂定之「教育部補助大專校院招收身心障礙學生實施要點」(民 103)，每招收 8-15 名身心障礙學生可聘用 1 位輔導人員，輔導人員可提供個別化之評估，提供身心障礙學生在融合的學習環境中所需要的支持，包含適應輔導、建立同儕協助制度與費用、課業輔導鐘點費、宣導等，以課業輔導鐘點費而言，對於學習速度較慢的學生，提供課後學習輔導，老師可依據兼任教師鐘點費支給時數。對學生而言，針對個別學習的困難可獲得支持，克服學習上的障礙；對老師而言，則可透過鐘點費獲得獎勵，增加服務精神障礙者之意願。針對散佈各地之委辦單位，則可比照高中職以下學校設立之巡迴式輔導老師，巡迴式輔導老師提供走動式的服務(蔡昆瀛，民 98)，針對招收精神障礙學生之班級，於課程開始時入班觀察評估，進行精神障礙學員學習需求評估，提供輔導策略建議或其他資源連結建議，並依據需要規劃後續的訪視次數。將可達到落實無障礙個別化之職業訓練服務的目的。

參考文獻

- Ananth, J., Djenderdjian, A., Shamasunder, P., Costa, J., Herrera, J. & Sramek, J.(1991). Negative symptoms: psychopathological models. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 16(1),12-8.
- Bhattacharjee, J. & El-Sayeh, H.G.(2008). Aripiprazole versus typical antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database System Review*, 16(3): CD006617.
- Boston Univeristy, Center for Psychiatric Rehabilitation(n.d.). *Higher education support toolkit*. Retrieved May 13, 2014, from <http://cpr.bu.edu/resources/curricula/higher-education-toolkit>.
- Copeland, M. E. (2005). *Action plan for prevention and recovery- A self-help guide*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Disability and Emolyment(n.d.). *DEI project*. Retrieved June 10, 2014, from https://disability.workforce3one.org/page/tag/dei_project
- Dunn, R. (1990). Understanding the Dunn and Dunn learning styles model and the need for individual diagnosis and prescription. *Journal of Reading, Writing, and Learning Disabilities International*, 6(3). 223-247.
- Falvo D. (2005). Psychiatric disability. In D. Falvo (Ed.). *Medical and Psychosocial Aspect of Chronic Illness and Disability* (pp.173-203). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Gamble, C. & Brennan G. (2006). *Working with serious mental illness : a manual for clinical practice*. New York : Elsevier/Butterworth-Heinemann.
- Goffman, E.(1963). *Stigma. Notes of the management of spoiled identity*. Englewook Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hwu, H. (Ed.).(2004). 台灣精神障礙者照護發展 [The development of long-term care for people with mental disabilities in Taiwan]. Miaoli:

National Health Research Institutes.

- Jahier, R., & Graf, J. (2001). Analysis of the Workforce Investment Act: Implications for persons with disabilities, postsecondary education and life-long learning opportunities. *Disability Studies Quarterly*, 21(1), Retrieved from <http://dsq-sds.org/article/view/252/253>.
- Jamaes, B., & Barbara H. (1983). The family, the social network, and rehabilitation. In Watts, F. N. & Bennett D. H. (Ed.). *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation* (pp.171-188). Chichester: John Wiley & Sons.
- Legere, L., Furlong-Norman, K., Gayler, C.,& Pierre, C. St. (2009). *Higher education support toolkit: Assisting students with psychiatric disabilities*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Leuchovius, D. (n.d.). ADA Q&A...*The Rehabilitation Act and the ADA connection*. Retrieved May 30, 2014, from <http://www.pacer.org/publications/adaqa/adaqa.asp>
- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Reinares, M., Benabarre, A., Goikolea, J. M., Brugué, E., Daban, C., & Salamero, M. (2004) . Cognitive impairment in euthymic bipolar patients : Implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disorders*, 6, 224-232.
- Medalia, A., & Revheim, N.(2002). *Dealing with cognitive dysfunction associated with psychiatric disabilities-A handbook for families and friends of individuals with psychiatric disorders*. New York: New York State Office of Mental Health.
- Morrison-Valfre Michelle.(2005). *Foundations of mental health care*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- National Institute of Mental Health(n.d.). *Mental health medications*. Retrieved May 5, 2014, from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/mental-health-medications/inde>

x.shtml

National Institutes of Health National Institute of Mental Health(n.d.). *The science of mental illness*. Retrieved May 1, 2014, from <http://science.education.nih.gov/supplements/nih5/Mental/guide/info-mental-a.htm>.

Palmer, B. W., Dawes, S. E., & Heaton, R. K. (2009). What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychology Review*, 19, 365-384.

Parker, R. M., Szymanski, E. M. & Patterson, J. (2005). *Rehabilitation counseling: Basics and beyond*. Austin, TX: Por.ed.

Reid, J. M. (1995). *Learning styles in the ESL/EFL classroom*. New York: Heinle & Heinle.

Rempfer, M., Hamera, E., Brown, C., & Bothwell, R. J. (2006). Learning proficiency on the Wisconsin Card Sorting Test in people with serious mental illness: What are the cognitive characteristics of good learners? *Schizophrenia Research*, 87, 316-322.

陳妍伶 (民 99)。生活技能。載於王怡婷等 (編譯), 職能治療與心理衛生 (359-379 頁)。臺北市: 臺灣愛思唯爾。

內政部 (民 102)。中華民國 100 年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查報告。臺北市: 內政部。

中華民國統計資訊網。人口年齡分配。民 103 年 5 月 1 日, 取自:<http://www1.stat.gov.tw/mp.asp?mp=3>.

孔繁鐘(民 96)。DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊(美國精神科學會)。臺北: 合記圖書出版社。(原著出版年:2000)

自辦職前訓練作業原則修正規定 (民國 103 年 4 月 17 日)

身心障礙者權利公約施行法 (民國 103 年 8 月 20 日)。

沈武典(民 100)。21 世紀臨床精神藥物學。臺北:合記圖書出版社。

高宜芝、王欣宜 (民 94)。當前我國融合教育實施成敗相關因素之探討。載

於莊素貞（編譯），特殊教育教學與趨勢（55-68頁）。台中：國立台中教育大學特教中心。

特殊教育法（民國 103 年 6 月 18 日）

教育部補助大專校院招收身心障礙學生實施要點（民國 102 年 9 月 24 日）

推動辦理身心障礙者職業訓練計畫（民國 102 年 8 月 15 日）。

勞動部勞動力發展署（民 103）。**行政院勞工委員會職業訓練局：102 年度業務報告**。新北市：勞動部勞動力發展署。

勞動部勞動力發展署（民 100）。**行政院勞工委員會職業訓練局職業訓練中心接受精神障礙者參訓標準化作業手冊**。臺北市：勞動部勞動力發展署。

楊淑瑜等（民 93）。**實用精神科治療藥物指南**。臺北市：社團法人中華民國康復之友聯盟。

衛生福利部統計處。**身心障礙者人數按類別及年齡別分**。民 103 年 5 月 1 日，取自：

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4182.

蔡昆瀛（民 98）。論特殊教育與相關專業巡迴輔導之支援服務。**國小特殊教育**，**48**，13-22。

職業訓練師培訓辦法（民國 79 年 8 月 10 日）。

職業訓練師甄審遴聘辦法（民國 88 年 2 月 24 日）。

