

# 綜合醫院實施精神障礙者職業復健方案之成效探討

張自強 施彥卿<sup>1</sup> 陳昭文<sup>1</sup> 劉怡佳<sup>1</sup> 溫美芝<sup>1</sup> 施春華<sup>2</sup> 楊延光<sup>1</sup> 楊明仁<sup>2,3,4</sup>

長庚大學職能治療系 國立成功大學附設醫院精神部<sup>1</sup> 高雄醫學大學行為科學研究所<sup>2</sup> 社會暨社區健康發展中心<sup>4</sup>  
高雄醫學大學附設醫院精神科<sup>3</sup>

## 摘要

**目的：**本研究目的在探討綜合醫院實施新的支持性職業復健模式在精障者應用之成效以及所遭遇之問題，期望能增加精障者之成功的就業並促使其早日回歸社區中。**病人與方法：**共有78名精神障礙的個案，參加某醫學中心精神科特別成立之就業門診與支持性職業復健方案。所有個案皆經就業門診後，即進入支持性職業復健方案。**結果：**本研究執行至今近十個月，共開發六個工作訓練職場，有16名個案持續就業中；並舉辦過多次的教育訓練活動、雇主團體、社區茶會、音樂會、宣傳與聯誼活動、家屬衛教等活動。方案進行中所遭遇的困難有：專業與行政整合不易、復健經費與學員薪資無法獲得、工作機會難得、缺乏足夠就業輔導員等。**結論：**由本研究之經驗得知，完整的支持性職業復健模式對精神障礙者之成功就業是必要的。但在未來的規劃上，仍須重視下列問題：加強專業的整合、簡化評估程序、增加就輔員編制、尋求勞社資源、建立家屬團體合作的管道與開發志工資源等，以順利推廣社區職業復健。(慈濟醫學 2004; 16:51-57)

**關鍵語：**職業復健，支持性就業，精神障礙者

## 前 言

台灣社區與職業復健之現況健保在精神醫療的政策，一向是重住院而不重社區醫療。職業復健缺乏創新模式。職業復健的重點，過去都一直擺在工作訓練與症狀治療，鮮見對於社會心理之處遇。職業復健大都只針對個案進行處遇，忽略了家屬與工作場所之相關工作人員的角色。精神病患復健朝社區化，是當前已開發國家所致力推行的。比較社區復健治療與傳統住院復健治療的不同，可發現在病患的治療效果、經濟效益及家庭壓力負擔等方向，前者優於後者[1]。我國社區精神復健之發展，為使

精神病患回歸社區之後能穩定並成功地生活於社區中，而根據衛生署所推行之社區精神復健服務方案，則包括：社區復健中心、庇護性工場、康復之家與居家治療等[2,3]。我國在「精神衛生法」訂定了社區復健之項目，以及衛生署推展之「社區精神復健計畫」與「精神復健機構設置管理及獎勵辦法」之訂定等，均顯示台灣地區對社區復健已日漸重視。我國目前的社區精神醫療體系已略具雛型，但多半參考自美國社區精神醫療的經驗而發展出現有之模式。然而在醫療政策欠佳、社會大眾接受度不足、專業人員及資源缺乏等影響下，使台灣社區精神復健之發展有限，未來仍有很大之發展空間。而成功

收文日期：92年7月9日，修改日期：92年8月7日，接受日期：92年10月23日

抽印：索取及聯絡地址：高雄市十全一路100號 高雄醫學大學附設醫院精神科 楊明仁醫師



的社區安置主要關鍵，在於落實職業復健[4,5]。

精神障礙者在症狀穩定後，也希望能得到工作機會，因為工作除了可讓人覺得自己是一個具生產性完整的個體外，還可以滿足個人的基本需求，成為社會的一分子以及自我的存在價值，更是個人社會定位與身分的認定[6]。但對於精神障礙者而言，獲取社會資源實在非常困難，工作機會更是少之又少。倘若缺乏安置的工作復健環境，精神障礙者最後還是必須依賴他人或機構，無法真正重返社會。但大部份的精神障礙者因其症狀的影響、人際關係、壓力情緒調適等適應問題、功能退化等因素，而造成選擇職業上之限制[7-9]。因此，適當的工作能力訓練、就業輔導與安置，對於要就業的精神障礙者來說也就格外重要。精神障礙者的治療和復健目標，是要幫助他們回歸家庭和社區。但目前社區精神醫療和復健資源卻往往不足且缺乏整合，致使病患和家屬不能及時獲得切合其需要的協助，精神障礙者復歸社會在台灣現有的環境下面臨多重困境[10]。

許多症狀穩定之精神障礙者在整個職業復健過程當中，最需要專業人員提供協助的，除了完整的職業輔導評量外，便是安排合適的職業訓練課程與就業安置。目前各精神醫療機構，在了解精神障礙者之症狀可能會對其就業有影響後，進一步將要規劃適宜之復健計劃，以協助精神障礙個案的症狀獲得有效之控制，更能提升其就業能力。此外，對於如何結合現今就業市場之趨勢，設計合適的職前訓練課程，以強化精神障礙者之工作技能，擴展其成功就業之機會，實為對精神障礙者在職業復健上之最大助益[11]。精神障礙者若參與妥善規劃的職前訓練以獲得工作技巧及了解工作性向後，則對於其就業的獲得會較有效率且容易維持[12-14]。

在曾就業的精神障礙者中，可以穩定工作半年以上者卻是佔少數。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、以及人際關係與社會技巧困難。幾乎所有精神障礙患者，在就業時遭遇的最大困難就是擔心老闆、同事知道自己有病。造成精障者無法工作的具體事實，包括個案在工作挫折忍受度、耐力、遵循指示、與上司與同事合作、解決問題、工作導向、持續專注力、接受批評、請求協助等有困難[15, 16]。職業復健計畫能降低精神疾病患者的症狀，提

升其工作技巧、能力和工作表現的，並能提供精神疾病患者適合的生活目標、使他們的生活更有意義。現今精神病患的職業復健模式，已漸漸由庇護性工作場和院內工作治療的階段，發展成支持性就業的模式，提升精神疾病職業復健治療的整體成效。有效地安置精神病患就業，可以增加社會生產力、社會認同，減少再住院率與降低社會成本[17-19]。

目前大部份的精神醫療相關機構，對於症狀穩定之精神障礙者所提供之職業輔導評量、職訓課程及就業安置與追蹤輔導等，較缺乏完整之規劃。本研究目的在探討綜合醫院實施新的支持性職業復健模式在精神障礙者應用之成效以及所遭遇之問題，希望以訓用合一方案，落實精神復健治療，創新醫學中心慢性精神障礙治療模式。並透過說明因應台灣醫療現狀，而建構以精神科門診病患為處遇對象，所進行之支持性就業方案的背景，以探討期間所遭遇的困難與提出可能的解決方法。

## 病人與方法

### 樣本資料

共有78名精神障礙的個案，參加某醫學中心精神科特別成立之就業門診與支持性職業復健方案。所有個案皆經就業門診後，即進入支持性職業復健方案。新的支持性職業復健模式包括：在治療、教育與訓練的整體照護外，還特別重視社區網絡的開發與支持。參與本方案的個案所有診斷均為精神分裂症，平均年齡為 $31.64 \pm 8.85$ 歲、發病年齡為 $23.08 \pm 6.63$ 歲，其餘人口學資料請見表1。

### 研究方法

本方案以行動研究精神，建構一個以綜合醫院為基礎的支持性就業方案，並再以質性研究方法，探討方案執行過程中所遭遇的問題以及解決的方法。

### 本研究方案介紹

#### 方案理念

為了真正落實社區精神復健的理想，特別針對當前台灣復健的現況與問題，擬定精神障礙支持性就業方案。本方案所指之「支持性就業」為獲正式



表 1. 78 名精神障礙的個案，參加本方案之人口學資料  
N=78

變項名稱	人數	百分比
性別		
男性	48	61.3
女性	30	38.7
教育程度		
國中(含)以下	23	29.5
高中職	38	48.7
大專(含)以上	17	21.8
婚姻狀況		
未婚	65	83.3
已婚	13	16.7
病後就業情形		
曾就業	50	64.1
未曾就業	28	35.9
一年內是否曾就業		
有	32	41.1
無	46	58.9

聘用學員且領有勞健保之就業模式，就服員非固定在職場，但可提供就業中學員必要之協助。因此，獲正式聘用之學員不論在院內或院外之工作，除工作場所不同外，在本方案均視為支持性就業。但顧慮綜合醫院的角色與功能，本方案處遇的對象主要是來自於門診之社區患者，而非長期住院患者；而所以採取支持性就業而非庇護性方案，即在力求擺脫過去做法，改以更貼近現實生活為考慮，以進入真正競爭性職場工作為目標。本方案包括：(1)「治療、訓練與教育」三合一的整體照護方案；(2)強調完全介入、資源整合、以及訓用合一；(3)「社會資本」之概念的運用與操作，整合社區社會資源，配合積極復健治療，以達到社區在成功安置就業的目的；(4)強調訓練安置一併作業，落實訓用合一的理念。在此過程中，社區和家屬將為最重要的資源，除了去除社會大眾對精神疾病之污名化之外，更希望能提升家屬由接受協助、協同、自助、助人到倡議的角色，爭取弱勢族群更多的權益，即此所謂完全介入的理念；藉由「社會資本」之概念的運用與操作，整合社區社會資源，配合積極復健治療，以達到在社區成功安置就業的目的；另外，本方案亦強調訓練安置一併作業，落實訓用合一的理念；亦即不再是遵循傳統先進行工作訓練然後再轉介職場的做法，而是採用先安置於職場後再進行訓練的方式。在完成工作媒合之後，個案的訓練以及將來的聘用將在同一職場進行。當然，這樣的方式不僅可

以延續職場經驗與工作場所人際關係，更可以避免轉換環境還要重新適應的問題。

### 方案內容

就形式而言，本方案內容主要可分為四個主要部份：(1)就業門診；(2)希望學園；(3)就業支持；(4)社區介入等。其中「就業門診」主要是為媒合工作場所以及醫療機構介入處遇的平台，接受轉介篩選與評估；並積極連結鄰近社區資源，以推展各種復健工作訓練計劃。經過評估和詳細解說之後，將符合收案條件的個案組成學員工作團體。在方案中，則以學校模式的「希望學園」，一方面進行就業復健訓練與精神健康教育活動，另一方面尋求與社區支持性就業場所媒合，並安排到各個合適的工作場所進行工作訓練。如此一來，不但可避免病人中斷治療，並可促進病患將所得的技能類化至實際的生活情境中，增進病患社會功能。學員們則依照每個人不同的狀況和階段，在就服員的帶領下分別安排於院內營養部、洗縫組、病歷室和園藝組等不同的單位接受工作訓練並做好「就業支持」。「社區介入」是本方案的特色。有鑑於過去社區復健的重點均以個案的訓練為重點，以致忽略了社會環境的處遇，所以本方案特別強調社區介入的重要性；在運作過程則以社會資本之概念為基礎，強調人際網絡的開拓與運用，主要的目的則在藉著社區活動的機會，增加患者與社區的互動，並進一步進行大眾衛教、導正對於精神障礙者之污名、取得社區資源。除此以外，我們也積極爭取並整合政府各相關單位的資源，例如衛生局、勞工局、以及社會局之各種補助，同時也藉著各種機會，喚起相關單位對於社區復健的重視，希望也可在政策上有所突破。

### 團隊組成

本方案團隊成員包括精神醫療團隊之各專業，有醫師、護理師、社工師、職能治療師、專案經理人。因為尚無經費聘用就服員，只得申請勞工局就業工程計畫聘用四名待業者為替代，稱為催促員，而非就服員。臨床上常發現家屬為了照顧生病的家人，只得犧牲工作整天在家陪伴，因而也不免造成過度干預的情形。對社會家庭而言，由於失去了生產者對家庭經濟造成損失。因此，本方案也特別選取合適的家屬，由其帶著家人和其他學員一起到職場工作。為了方便工作協調，方案團隊每星期定期開會，討論行政事物以及學員狀況。



## 資料分析

資料收集主要是根據工作日誌與團隊會議記錄，以及針對工作人員所進行之訪談。首先將訪談所得之資料，轉錄為逐字稿，再以內容分析的方法，針對所有文字資料進行分析。分析過程，由兩名研究人員進行閱讀檢視，從文字稿尋找有意義的片段資料進行編碼，最後再提出分類架構。

## 結 果

本方案就業門診的使用概況為：經由醫師轉介的佔87.8%、經工作人員介紹的佔6.1%、而經他院醫師、康復之友、元氣報讀者轉介的佔6.1%。參加方案的個案中，希望就業門診提供的服務包括：直接就業機會、技能訓練及實習機會等。

在個案訓練成效上，本方案執行十個月後，總共76名參加本方案的個案中，有22名個案退出，有56名個案接受轉介就業前評估與訓練，其中有14名目前持續在院內為領有時薪的職場工作與訓練，其餘42名獲得正式聘用且領有勞健保(40名工作場所在院內、2名工作場所在院外)，所有個案均已持續工作六個月以上，可視為本方案之成功就業。舉辦各種教育訓練課程，包括：健康講座四場、社交技巧六場、壓力調適課程八場、體能復健課程54堂及藥物衛教課程14堂等，總共有502人次參加。

在職場開發方面，總共開發六個職場，包括：院內五個與院外一個。院內工作場主要在員工餐廳、洗縫組、花圃、福利社及病歷室；院外則有一運動器材代工場。職場獲得的管道起初都是透過朋友或社會關係，當逐漸上軌道有了初步績效後，則藉著口碑、演講或其他宣導的機會，也順利地獲得工作機會。為了溝通聯誼以及了解職場的運作情形，定期舉辦職場同事茶會，藉著雙向交流的機會，融洽學員與工作人員間的人際關係，並達到衛教宣導的目的。

在社區處遇方面，在整個方案執行的過程中，總共舉辦一場雇主焦點團體、二場社區茶會、三場家屬衛教及一場社區音樂會等，並到社區進行衛教宣導活動二場。媒體宣導則包括：自辦元氣報進行衛教，並將相關訊息與衛教內容披露於平面與電子媒體。此外，完成南部地區社區精神醫療現況調查，並舉辦南部地區社區精神醫療研討會，針對目

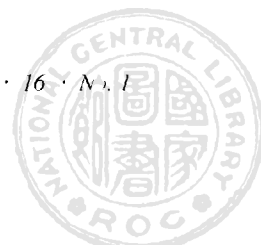
前社區精神現況困境，進行深入了解與討論，提出可能的解決方案。參加行政院南部服務中心舉辦南部地區社區復健資源整合會議，提出台南市社區復健資源整合方案。同時也接受高雄縣政府邀請，參加社區復健資源整合會議。

## 討 論

社區精神復健涉及的領域廣泛複雜，專業間若無法去除成見，無法配合，必不能有所成就，而支持性就業的推動更是如此。本方案執行的這段期間，團隊為推動支持性就業而出現的歧異與困難如下：

1. 專業理念的衝突：支持性就業的工作內容與職務安排，基本上已經超越了原本傳統精神醫療行政體系的編制；例如，在方案中就服員或專案經理人的功能與其所扮演的角色舉足輕重。但因目前醫療體制中沒有編制，只能以原來的工作人員充任，加上專業理念的差異，也限制了角色的被認同。所以，無論職能治療或社工或護理人員都將進入社區或職場，視為額外的工作。不僅如此，甚至連醫院管理對於這樣的工作或業務也有認同困難，在成本會計的考慮之下，要獲得支持也是相當困難。
2. 個案選擇的衝突：個案選擇的衝突是另一常見於團隊間的問題；因為傳統職業訓練的理念，是選擇訓練成功的個案進入職場工作，但本方案則是強調先安置後訓練，重視媒合。所以，擔心個案症狀不穩定或能力不足，需要多付出精神來照顧，也給工作人員帶來嚴重焦慮。

由於健保給付的限制，社區精神復健常常需要依賴醫院專業人員人力支持，以及政府專案經費支助。可是，經費獲得不易，常常不能持續，因此，如何爭取專案補助得到預算與經費推動計畫，經常是努力的方向；即使得到計畫，也常因補助不足，而讓計畫窒礙難行。未來希望突破法令限制，可以得到向勞政單位申請就業輔導員聘用的補助；以媒合的工作機會及工作場所現場輔導，以及擔任與雇主、同事的溝通協調橋樑，協助成功就業安置的理想。因此，專業間之共識以及政府有關單位之間的行政制度配合，更是不容忽視之課題。此外，社會大眾對精神疾病之恥辱烙印與污名未能去除，媒體



常以悲憫但憤慨的報導來描繪精神病患者，而這往往換來大眾對患者的誤解。再者，精障者與家屬目前幾乎處於被接受者的角色，如此一來，更容易讓這些家庭躲在黑暗的角落，無法努力爭取應有的權力。

在方案執行過程中，有22名個案中途退出，其原因包括有：對方案設計不滿意、轉入日間留院繼續治療、自行工作、參加職訓等。本方案未能符合所有個案的期待，以致個案流失率大。例如方案工作流程以及工作機會獲得不易，學員們都不堪需要花長時間等待工作機會；又有些學員只想獲得工作機會，不願意接受訓練輔導，最後不得不放棄。另有些流失的個案原因在於，對評估過於繁雜感到不滿意。為了順利進行工作訓練，最須克服的困難有工作訓練獎勵金的籌措以及工作機會的獲得。

由於本方案之設計重點在於「治療、訓練與教育」三合一的整體照護方案，強調訓練安置一併作業，著重在落實訓用合一之理念，並無與先訓練在安置之就業模式作成效之比較及評量指標，但可作為未來研究的方向。此外，個案之性別、教育程度、婚姻狀況、「病後就業情形」及「一年內是否曾就業」等，對本方案之成效並無明顯之相關。

綜合歸納本方案的經驗，為突破目前社區精神醫療困境，提出以下建議：

1. 打破專業間的藩籬與隔閡，建立共識：社區精神復健涉及的領域廣泛複雜，專業間若無法去除成見，必不能有所成就，因此，如何喚起專業間之共識，以及政府有關單位之間(中央、地方政府之醫療、衛生保健、福利、保險醫療費用給付單位)行政制度配合應為首要課題。
2. 「利之所在，勢之所趨」：目前國內社區精神復健大部以機構為主，以醫院為中心，發展到社區，依賴醫院專業人員人力支持及政府經費支持。可是，經費獲得不易，方案不易持續，復健計畫與經費常會共存亡。再者，現在的社區復健頂多也只是將原本在院內庇護性工作站繼續延伸到社區，換言之，只是徒具「院外」形式，終究定不出機構。可見缺乏利導，將只會一味鼓勵住院，增加醫療成本，卻無法真正落實現代精神醫療之精神。所以，建議應該思考如何改變現行健給付項目的規定，並加強成效評估。
3. 落實職業復健，是成功社區安置的主要關鍵：目

前，院內日間留院與居家治療為最普遍的社區精神醫療方式，而真正的職業復健幾乎多僅止於院內庇護性工作站，也只是流於形式。在此建議，應針對患者之差異與需求進行評量與職種媒合。在介入處遇層面上，團隊介入、教育、訓練、治療，缺一不可；除了個人之外，家庭、社區以及工作場所都需涵蓋在內，且更需整合醫政、社政、勞政等不同的行政體系，及村里幹事、社工以及公共衛生護士、宗教、鄰里、家屬、民間團體等各種資源，應盡可能以訓用合一或福利產業的方式，開創各種就業機會。

4. 因勢利導積極開放，鼓勵開辦社區復健中心，加強品質控管與成效評估：患者與家屬團體應積極組織團體，爭取社會資源，與醫療機構合作，以公辦公營或公辦民營的方式籌設社區復健中心，發展具有本土性、自助性、支持性的社區復健方案。建立成效評估的機制，作為管控的方法，提升社區精神醫療照護品質。
5. 改變患者與家屬的弱勢角色：協助患者與家屬團體成長，由他助者、變成自助、助人，甚至為倡導者，參與國家健康福利政策，推動、爭取、創造更多的福利，這對於社區精神復健工作必有很大的影響力。
6. 破除社會對精神疾病之恥辱烙印與污名：目前，社會大眾因無法了解精神疾病病理問題，終究讓它淪為原罪，進而演變為精神疾病的恥辱烙印與污名，以致造成精神醫療在社區內服務的忌諱、偏見及拒絕，也讓社區精神復健工作受到重重的阻礙。企業界也是「寧聘重殘、不用精障」。而精障患者卻經常因為社會烙印、恥辱感、人際關係與社會技巧困難，而在就業過程中遭遇挫折，這對病友回歸社區正常生活實為一大阻礙。如何落實教育大眾認識精神病患，是當前精神疾病防治以及落實社區復健的重要課題。
7. 醫療與福利一條鞭：未來醫療與福利一元化絕對是必經之途，但如何協調整合、規劃社區精神復健，將有限資源做最大效益的運用，儼然正考驗著我們的智慧。

就醫、就養、就業是精神障礙者在醫療照護上的三大問題，這也透露社區精神醫療的複雜與困難。如只是單賴衛生署目前的醫療政策，必是不足以應付如此龐雜的業務。建議未來在介入處遇層面



上，除了個人之外，家庭、社區以及工作場所都需涵蓋在內，且更需整合醫政、社政、勞政等不同的行政體系，及村里幹事、社工以及公共衛生護士、宗教、鄰里、家屬、民間團體等各種資源。除此之外，亦須做好其他配套措施，例如將社區精神醫療方案列入醫院評鑑的評比，並將其成效配合健保給付，如此，方可減少社會的負擔與醫療成本的浪費。

## 結 論

由本研究之經驗得知，完整的支持性職業復健模式對精神障礙者之成功就業是必要的。在未來的規劃上，仍須重視下列問題：加強專業的整合、簡化評估程序、增加就輔員編制、尋求勞社政資源、建立家屬團體合作的管道與開發志工資源等，以順利推廣社區職業復健。

## 謝 詞

本研究承蒙國家衛生研究院(計劃編號：NHRI-EX90-9032PP)、國科會(計劃編號：NSC 92-2413-H-037-009)與嬌生股份有限公司楊森大藥廠之專題研究計畫經費補助，特申謝忱。

## 參考文獻

1. 楊素端、楊佩琪：慢性精神病患回歸社區因素之探討。當代社會工作學刊 1992; 2:85-99。
2. 宋麗玉：促進社區精神復健服務之使用——一個實驗方案結果之呈現。社會政策與社會工作學刊 2000; 4:157-197。
3. 彭英傑：影響醫療機構擴增不同型態精神醫療資源意願之因素之探討——兼論精神科部門主管投資意向影響因素。國立台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所碩士論文，2001。
4. 余漢儀：精障者社區復健模式探討——以台灣地區的四個康復之友為例。中華心理衛生學刊 2002; 15:1-24。
5. 宋麗玉：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 1998; 11:73-103。
6. Elizabeth C, Anne M: Vocational programming. In: Cara E, MacRae A. Psychosocial Occupational Therapy: A Clinical Practice. New York: Delmar Publishers, 1988, pp 553-576.
7. Bsaett J, Lloyd C, Bassett H: Work issues for young people with psychosis. Barriers to employment. Br J Occup Ther 2001; 64:66-72.
8. Kirsh B: Factors associated with employment for mental health consumers. Psychiatr Rehabil J 2000; 24:13-21.
9. Scheid TL: An investigation of work and unemployment among psychiatric clients. Int J Health Serv 1993; 23: 763-782.
10. 范燕燕：精神病患者生活經驗與主體性之研究。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2000。
11. Stauffer DL: Predicting Successful Employment in the Community for People with a History of Chronic Mental Illness. Occup Ther Ment Health 1986; 6:31-49.
12. Becker DR, Drake RE, Farabaugh A, Bond GR: Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. Psychiatric Serv 1996; 47:1223-1226.
13. Blankertz L, Robinson S: Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. Psychiatric Serv 1996; 47: 1216-1222.
14. Siu AH: Predicting employment outcomes for people with chronic psychiatric illness. Occup Ther Ment Health 1997; 13:45-58.
15. Anthony WA, Liberman P: The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. Schizophr Bull 1986; 12:542-559.
16. Durham T: Work-related activity for people with long-term schizophrenia: A review of the literature. Br J Occup Ther 1997; 60:248-252.
17. Anthony WA, Cohen MR, Danley KS: The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation. In: Ciardiello JA, Bell MD. Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders. London: The Johns Hopkins, 1991, pp 59-80.
18. Anthony WA, Rogers ES, Cohen M, Davies RR: Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. Psychiatr Serv 1995; 46:353-358.
19. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR: An update on supported employment for people with severe mental illness. Psychiatr Serv 1997; 48:335-346.



## The Effect of the Application of Supportive Employment Program in Clients with Severe Mental Disorder at a General Hospital

Tzyh-Chyang Chang, Yen-Chin Shih<sup>1</sup>, Shu-Hui Cheng<sup>1</sup>, Yi-Chia Liu<sup>1</sup>, Mei-Chih Wen<sup>1</sup>, Chun-Hua Shih<sup>2</sup>, Yen-Kuang Yang<sup>1</sup>, Ming-Jen Yang<sup>2,3,4</sup>

Department of Occupational Therapy, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan; Department of Psychiatry<sup>1</sup>, National Cheng Kung University Hospital, Tainan, Taiwan; Graduate Institute of Behavior Sciences<sup>2</sup>, Center for the Development of Social and Community Health<sup>4</sup>, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan; Department of Psychiatry<sup>3</sup>, Kaohsiung Medical University Chung Ho Memorial Hospital, Kaohsiung, Taiwan

---

### ABSTRACT

**Objective:** The purposes of the study were to explore the effect and difficulties of the application of a supportive employment program in clients with severe mental disorder at a general hospital and to put forward feasible solutions.

**Patients and Methods:** There were 78 participants in this study. All participants received medical and vocational services from an outpatient vocational rehabilitation clinic at a general hospital. **Results:** Six employment chances were developed, and 16 participants were employed. Difficulties identified by this study were the integration of specialties, limits of medical insurance reimbursement, and few employment opportunities. **Conclusions:** The results and discussions of this study can be applied to future vocational rehabilitation programs in an attempt to provide better community rehabilitation services for clients with psychiatric disabilities. (*Tzu Chi Med J* 2004; 16:51-57)

*Key words:* vocational rehabilitation, supported employment, clients with severe mental disorder

---

Received: July 9, 2003, Revised: August 7, 2003, Accepted: October 23, 2003

Address reprint requests and correspondence to: Dr. Ming-Jen Yang, Department of Psychiatry, Kaohsiung Medical University Chung Ho Memorial Hospital, 100, Shi Chuan 1st Road, Kaohsiung, Taiwan

