

國立政治大學輔導與諮商碩士學位學程

碩士論文

家庭治療訓練方案之成效研究

Efficacy of a Family Therapy Training Program:

An Evaluation Study

指導教授：趙文滔博士

修慧蘭博士

研究生：余幸子 撰

中華民國112年6月

摘要

本研究旨在探究：(1) 一項本地家庭治療訓練方案中不同單元對受訓者可能帶來的學習成效；(2) 探討有助於學習成效發生的課程設計與執行因素；(3) 評估家庭治療訓練方案於結束三個月後，對受訓者個人生活的影響及於工作場域的遷移效果。

本研究對象的家庭治療訓練方案歷時8個月，共112小時，研究共招募到10位受訓者接受訪談，包含三位諮商心理師、一位臨床心理師、三位社工師以及兩位學校輔導老師，其工作場域有國中輔導室、大專院校諮商中心、社福機構、醫院。

本研究使用質化輔以量化的研究方法，量化部分使用相依樣本t檢定與描述統計，質化資料則蒐集訓練前後受訓者的家庭治療師核心能力量表分數、課後滿意度問卷、學習效果自陳量表；再於訓練方案結束後，以半結構式個別訪談蒐集受訓者經驗，訓練結束後三個月再以焦點團體進行訪談。研究結果摘述如下：

- 一、受訓者參與家庭治療訓練的動機有訓練前遭遇工作困境、對於家庭治療有興趣、及訓練方案本身有吸引力。
- 二、量化資料分析顯示，受訓者對於訓練方案各面向滿意度高、學習效果佳、在家庭治療師核心能力量表的整體及四個不同能力模塊的前後測分數差異均達顯著。質化分析結果進一步呈現受訓者接受訓練後在其工作場域確實出現成效。
- 三、在訓練結束三個月後，受訓者的個人生活改變體現在兩個方面：一為發展出新視角，開始將生活體驗與家庭治療工作連結；另一為受訓者個人關係獲得改善，包含伴侶關係及與原生家庭關係。
- 四、訓練後受訓者的變化包含四個方面：(1) 自我效能感顯著提升，主動與系統合作之意願增強；(2) 諮商會談效果提升，工作勝任度提升；(3) 受訓

者的工作適應狀況提升；(4) 團隊成員認同受訓者的專業能力，對受訓者的信任度提高。

根據家庭治療師核心能力，本研究探討受訓者在家庭治療師核心能力不同內涵上進步的情況，同時發現心理師及社工師背景對受訓者之學習路徑及成果存在差異。本研究並進一步探討受訓者工作場域因素對學習成效的可能影響，最後根據結論與討論，對未來家庭治療相關訓練及研究提出建議。

關鍵詞：家庭治療、訓練、核心能力、家庭治療訓練成效研究



Abstract

The purpose of this study was to evaluate the outcomes of a family therapy training program in Taipei. It also explored the curriculum design and execution factors that contributed to learning outcomes, and assessed the impact of the family therapy training program on the trainees' personal lives and clinical outcomes three months post-training.

The study focused on an 8-month family therapy training program, totaling 112 hours. Ten trainees were recruited for interviews, including three counseling psychologists, one clinical psychologist, three social workers, and two school guidance counselors. Their workplaces ranged from junior high counseling offices and tertiary education counseling centers to social welfare institutions and hospitals.

This study employed a mixed-methods approach, combining qualitative and quantitative research methods. The quantitative portion utilized paired-sample t-tests and descriptive statistics. Qualitative data were collected from pre- and post-training scores on the Family Therapist Core Competency Scale, post-session satisfaction questionnaires, and self-report learning outcome scales. After the training program concluded, semi-structured individual interviews were conducted to gather trainees' experiences. Three months post-training, focus group interviews were held. Key findings include:

1. Trainees' motivations for participating in the family therapy training were challenges faced in their work before the training, interest in family therapy, and the distinctive features of the training program.
2. Quantitative data analysis showed high satisfaction across various aspects of the training program, positive learning outcomes, and significant pre- and post-test differences in scores on the overall Family Therapist Core Competency Scale and its four distinct ability modules. Qualitative analysis further revealed an

improvement in clinical work outcomes after the training.

3. Three months after the training, changes in trainees' personal lives were evident in two aspects: (1) the development of new perspectives, leading them to link their life experiences with family therapy work; (2) improvements in personal relationships, including relationships with partners and families.
4. Clinical changes in trainees post-training encompassed: (1) significant enhancement in self-efficacy as therapists and strengthened willingness to work collaboratively; (2) enhanced effectiveness in sessions; (3) improved work adaptability; (4) increased recognition and trust from team members.

Based on the core competencies of family therapists, this study examined the progress of trainees across different domains of family therapist core competencies. It also identified differences in learning paths and outcomes for therapists and social workers. The study further explored how the work environment might influence learning outcomes. Drawing from these conclusions and discussions, recommendations for future family therapy-related training and research are provided.

Keywords: Family Therapy, Training, Core Competencies, Family Therapy Training Outcomes Research

目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的與研究問題.....	3
第三節 名詞解釋.....	4
第二章 文獻探討	5
第一節 家庭治療訓練.....	5
第二節 台灣家庭治療訓練的發展與現狀.....	14
第三節 家庭治療訓練評估的研究.....	17
第四節 訓練成效的評估.....	22
第三章 研究方法	28
第一節 研究方法的選擇.....	28
第二節 研究程序.....	31
第三節 研究參與者.....	34
第四節 研究工具.....	37
第五節 資料分析方法.....	42
第六節 研究信賴度檢核.....	46
第七節 研究倫理.....	47
第四章 研究結果	49
第一節 量化分析結果.....	49
第二節 質性分析結果.....	53
第三節 促進學習成效之有利因素.....	108
第五章 研究結論及討論	121

第一節 研究結論	121
第二節 訓練提升受訓者之家庭治療核心能力	124
第二節 工作場域因素對受訓者學習成效的影響.....	134
第六章 研究建議及研究限制	137
第一節 研究建議	137
第二節 研究限制	140
參考文獻.....	141



表次

表 3-1 資料來源與評估層級對照表	30
表 3-2 研究參與者之背景資料表	34
表 3-3 訓練課程授課講師資料	35
表 3-4 訓練課程督導/助教資料表	36
表 3-5 開放性編碼範例表.....	43
表 3-6 主軸編碼與選擇性編碼範例.....	44
表 4-1 受訓者對於各次課程滿意程度平均數摘要表.....	47
表 4-2 受訓者每次課程後學習效果之自評平均數摘要表	48
表 4-3 受訓者對於各訓練部分學習效果之自評平均數摘要表	49
表 4-4 受訓者對於各演講主題學習效果之自評平均數摘要表	49
表 4-5 受訓者之家庭治療師核心能力自陳問卷平均分數 t 考驗分析摘要表	50



圖次

圖 2-1 家庭治療結果研究至訓練評估的歷程.....	12
圖 2-2 新式 Kirkpatrick 評估模式內涵.....	24
圖 3-1 研究流程圖.....	31



第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

一、研究者與家庭治療的相遇

與家庭治療的初會始於我的大學時期。回顧大學階段的學習經驗，各式各樣的基礎心理學及諮商的相關課程逐步建構起我對於心理世界的初步理解。在那個對助人工作仍十分懵懂的階段，我所修的一百多個學分裡，僅有六個學分與家庭治療相關，分別是「家族治療」、「社區系統合作」、「心理學名著選讀（人際神經生物學）」，恰好都由趙文滔老師開設。他將人、關係、系統的千絲萬縷的緊密關聯娓娓道來，簡潔地描繪出系統觀點下人與人之間、關係與關係之間交互影響的生動圖像，令人拍案叫絕。我被這幾門課引介，看到這個領域如何用生動而貼切的概念描述華人最熟悉的那種與他人緊密相連的生活經驗。熱血澎湃的好奇心促使我想要跨入這個有趣的領域，我迫切的想知道，如何才能成為一個家庭治療師？

受限於系上大學部課程框架的設置，欲進一步學習家庭治療需向校外尋求機會。機緣巧合之下，我加入了一門校外家庭治療師訓練方案。同期受訓的同學們都是具有相當資歷的助人工作者，身為除了一腔熱血之外毫無實務經驗的菜鳥，我在一開始難免有一種進錯教室的感受，然而受訓所帶來的益處很快就顯現出來—有機會傾聽基於實務的深入思辨、觀察同學的作法、身為萌新的狀態被前輩們承接與支持—這種學習氛圍為我彌補了一部分因實務經驗缺乏而被限制了學習深度。

隨著決定以該訓練的成效作為自己的論文研究主題，我開始帶著多種視框參與這個訓練，有時遠有時近，有時觀察他人有時則體察自己，有時聚焦在個別經驗有時又聚焦在關係與氛圍。在這些視框間來回移動，使我對於這個訓練有好幾種不同經驗，這些看似難以融合的經驗，在與指導教授的討論下，呈現出一種交相輝映的樣貌。經過近一年的訓練，再加上之後研究的整理與反思，希望能試圖回答一個我心中一直好奇的問題：「如何才能成為家庭治療師？」

二、台灣家庭治療逐步發展，但有效能的家庭治療師仍稀缺

家庭治療作為一種獨立的治療模式或是綜合治療方案的一環，其改善心理健康、緩解人際議題的有效性，已經被大量回顧型研究及後設分析研究確認（Carr, 2020; Pinquart et al., 2016; Retzlaff et al., 2013; Sexton et al., 2013; Sprenkle, 2012; von Sydow, et al., 2010; von Sydow, et al., 2013）。多年來，包含台灣在內的東亞地區，婚姻與家庭治療領域持續蓬勃發展（Chao & Huang 2013, Chao 2011, Chao 2013, Chi-Fang Tseng et al. 2019）。

在台灣，許多機構提供家庭治療訓練方案，不少專業人士接受了相關訓練，然而許多專業人員仍然覺得家庭治療很困難，有需要的案主和尋求家庭治療轉介資源的助人者，常常難以找到一位真正能夠幫助他們或他們服務對象的家庭治療師（Chao & Huang, 2013），究其原因，可能與訓練無法協助專業人士從「知道」到「會做」有關。Tseng、Wittenborn、Blow、Chao 及 Liu（2019）指出，東亞地區家庭治療訓練通常以週末研討會、兩到三天的工作坊，或是一到兩年的一系列訓練課程的形式進行。儘管許多心理健康專業人士透過這些訓練機會能獲得對家庭治療的初步概念，但多缺乏成效評估研究，故不清楚這些訓練對於家庭治療實務能力的增長有何幫助。

三、家庭治療訓練成效研究相當缺乏

訓練成效研究對於訓練品質的提升至關重要，然而與家庭治療訓練相關的研究仍十分稀缺。Lambert-Shute（2019）以內容分析法析了家庭治療領域中最重要的三個期刊在 2000 年至 2015 年間發表的所有論文，發現以訓練與督導為主題的研究僅佔總數的 9.5%，而且其中主要的研究主題是督導而非訓練，換言之，對訓練的研究關注相對有限。Breunlin（2016）檢視這個領域的發展後遺憾表示，我們至今仍然不知道什麼訓練方法適合幫助家庭治療師發展特定方面的能力，也不知道這些訓練方法如何一起發揮效果以培養家庭治療師。一項訓練對於機構或個人來說無論時間或金錢成本都很高，若能釐清哪些訓練設計更有效、如何提升訓練成效，必可大幅降低訓練成本。

家庭治療師的教育訓練和臨床發展的研究大多數是在 20 世紀 70 年代末到 90 年

代中期發表，其中家庭治療師訓練的實證研究、督導與訓練項目的有效性和評估機制的相關研究相當稀缺（Anderson et al., 1995; Sprenkle, 2003）。Liddle（1978）曾預測，由於家庭治療訓練成果的各個層面都需要被評估，因此評估類的研究會受到最多的關注，然而事實卻非如此，這一領域繼續嚴重依賴臨床經驗、傳聞以及理論指引發展方向（Sprenkle, 2003）。儘管學術文獻的引用慣例為不超過十年的文章，但本研究仍需引用較早的研究成果來討論。因此本研究可帶來的貢獻之一，即補強這一重要但被忽略的研究領域。

資深學者 Liddle（1991）認為訓練的評估將確認這個領域的過往、現況以及未來的方向。針對訓練的評估研究對於家庭治療的發展具有重要的意義，有助於建立可行的訓練模式，進而對現行的訓練方案提出改進意見，提供給教育機構與訓練師參考，最終使整體訓練的成效和個別受訓者的發展受益。

第二節 研究目的與研究問題

綜合上述內容，目前台灣家庭治療領域的發展，亟需更有效能的家庭治療師，而許多台灣現存的家庭治療訓練可能無法滿足專業人士的需要，惟因缺乏訓練的成效研究，使得訓練方案的進步有限。這是本研究的動機。

本研究以質化研究輔以量化方法來探討一個家庭治療訓練方案的成效，研究結果一方面可用於提升訓練效益，亦有助於後續其他的家庭治療訓練方案，在設計與執行上能更符合本地需要。

本研究之目的：

一、評估一項家庭治療訓練方案中各種內容方案於結束一個月後對受訓者產生的學習成效，並探討產生學習成效的因素。

二、評估一項家庭治療訓練方案於結束三個月後，對受訓者個人生活的影響，以及工作場域的遷移效果。

研究問題如下：

一、受訓者投入此項家庭治療訓練方案的動機為何？

- 二、此項家庭治療訓練方案結束一個月後，受訓者之學習成效為何？
- 三、此項家庭治療訓練方案中各部分內容分別對受訓者帶來那些學習收穫？
- 四、導致受訓者學習收穫可能的因素為何？
- 五、此項家庭治療訓練方案結束三個月後，受訓者的個人生活有何變化？
- 六、此項家庭治療訓練方案結束三個月後，受訓者在其工作場域可能產生哪些遷移效果？

第三節 名詞解釋

一、家庭治療訓練 (Family Therapy Training Program)

家庭治療訓練的定義，取決於具體訓練的既定目的、訓練地點、訓練時間，以及這些因素如何協同互動，創造出被稱之為訓練的教學過程 (Liddle, 1988)。本研究中對於家庭治療訓練的定義如 Sprenkle 和 wilkie (1996) 所述，即個人學習成為家庭治療師，並接受家庭治療教育的過程。

本研究中的家庭治療訓練方案為一套為期 8 個月，訓練總時長為 112 小時的綜合訓練方案。本方案以提升受訓者的家庭治療師核心能力為目標，訓練的內容包括講座、讀書會、演練課、影片賞析、及小團體督導。

二、成效評估 (Evaluation)

訓練的成效評估是系統地收集訓練項目中有效成果的數據 (Goldstein, 1986)，本研究之成效評估指的是，通過不同時間節點所收集之量化與質化資料，綜合理解本訓練方案對於受訓者帶來哪些學習效果。效果評估的面向包含滿意度、知識及技能之學習效果、個人生活改變、工作效能改變。其中時間節點分別為訓練期間與訓練結束一個月內與三個月後，量化資料包含家庭治療師核心能力量表、學習效果自陳量表、單元課後滿意度，質化資料包含半結構式個別訪談及焦點團體訪談。

第二章 文獻探討

第一節 家庭治療訓練

一、美國的婚姻與家庭治療發展

家庭治療訓練，就像家庭治療本身一樣，在某種程度上是無序地出現和發展的（Barker & Chang, 2013）。在家庭治療領域發展的早期，訓練是一個相當單一的概念，範圍和影響力都不大。

1950 年代和 1960 年代時，還很少有正規的訓練課程。被稱為「偉大的始祖（the Great Originals）」（Hoffman, 1983）的臨床奇才們依靠口碑、情感吸引力、展現強大家庭治療技術的現場演示，從社會工作、精神醫學和其他相關的心理健康領域吸引了大量有志之士在他們創立的家庭治療中心以學徒式的方式學習某一特定的家庭治療模式。他們的理論和方法在往後不斷被擴展，並在這些家庭治療中心持續開展訓練。

到 1970 年代，家庭治療已經成為一種獨特的心理健康專業（Nichols & Everett, 1986），學生們可以在攻讀碩博士學位的過程中，在大學裡接觸到與婚姻、家庭治療相關的課程。但此時，那些希望尋求更專業訓練的學生，還幾乎沒有機會得到理論、技能或實務督導方面的拓展（Hovestadt et al., 1983）。學生與心理健康專業人士對婚姻和家庭治療的狂熱興趣，使得相關課程在大學和各家庭治療中心不斷湧現，隨即推動了將家庭治療認定為一個諮商專業的運動（Gladding et al., 1987）。各州的執照法相繼通過，教育部授權美國婚姻與家庭治療協會授權為審核認證符合婚姻與家庭治療研究生課程，碩博士學位成為認證婚姻與家庭治療師必要的條件。通過進入認證的研究所取得學位，成為了個體進入家庭治療領域最直接的方式，因此很大一部分訓練由專業學位之後轉變到學位之內。

目前，家庭治療在美國作為一門專業，已具有以下特點（Lee & Nichols, 2010）：

（1）公眾和立法承認其名稱和業務範圍；（2）擁有掌握其認識論、知識和技術所需的專門教育和訓練；（3）通過專業機構和政府機構規範自主執業的規定；（4）多種專業期刊；（5）有專業倫理守則和實踐的標準。

家庭治療訓練的場域主要有下列幾種：授予學位的家庭治療課程、私立家庭治療中心/機構，以及醫療場域和社會工作機構（Liddle, Breunlin, & Schwartz, 1988），至今仍是如此。這幾種訓練場域所提供的訓練在本質、範圍與期望的結果都有顯著的不同。

可以授予婚姻和家庭治療的學位的課程接受家庭治療作為一種專業、方向和領域的定義，因此提供最深入的訓練（Goldenberg & Goldenberg, 1996）。在政府與專業機構為執照立法的體系之下，美國的家庭治療訓練多集中在授予學位的研究所及大型家庭治療中心，目前已有超過 120 個被認證的婚姻與家庭治療碩博士項目（COAMFTE, 2021）。

家庭治療是由來自各種心理健康領域的實務工作者，特別是社會工作、臨床/諮商心理學和精神醫學的專業人員進行的，此外還有大量其他群體的專業人員（例如護理領域和職業治療領域）在學習並使用家庭治療。

許多家庭治療訓練的結構是為了滿足這些已經接受過其他專業訓練的學生的需要（Barker & Chang, 2013）。例如設立在上述相關專業課程中的家庭治療課程，及前文所提及的私立家庭治療中心。

包含在其他專業課程中的家庭治療訓練必然不那麼緊張，更多的時候是為了完成更廣泛的訓練任務：為所有正在接受心理健康領域訓練的人提供一個關於家庭治療的介紹，使大家瞭解什麼是家庭治療，以及何時家庭治療可能有用等等，有時也會教導一些必要的技術，但通常不以使每個學生成為家庭治療師為目的。

私立家庭治療中心/機構通過將家庭治療定義為一個領域和一個方向，一些大型的家庭治療中心也開設授予學位的課程。除此之外，許多家庭治療中心都提供密集的家庭治療訓練。因此，對於那些已擁有心理健康領域的碩博士學位，想要尋求更深入的家庭治療訓練，卻又不希望像授予學位課程一樣受到限制的專業人員來說，私立家庭治療中心/機構的學位後訓練是最具吸引力的（Piercy, Sprenkle, & Associates, 1986）。Goldenberg 和 Goldenberg（1996）認為，與授予學位的課程相比，私立家庭治療中心/機構的訓練不太全面，因為它是在非全日制的基礎上提供的。然而 Barker 和 Chang

(2013) 則認為，有機會的狀況下最好能接受一段時間的全日制教育，但不能否認許多中心提供的非全日制訓練課程也可以提供良好的訓練，許多家庭治療師都接受過非全日制訓練。這些課程一般會將訓練分散在一個較長的時期，這可能是一個優勢，因為這可以使學生在完訓之前有較長的時間來鞏固自己所學的技能。

二、家庭治療訓練與家庭治療模式的同構性 (Isomorphism)

Liddle 和 Halpin 在 1978 年發表的回顧文章中，有一項重要的發現，即家庭治療訓練的風格往往是由所教的那種治療模式衍生而來。Liddle (1988) 將這樣的一種現象描述為同構性原則 (principle of isomorphism)，同構性原則決定了訓練的目標、過程和結果與所教的治療模式的目標、過程和結果是平行的。以下將以一個訓練模式為例，說明同構性原則如何在訓練之中展現。

Liddle 利用 Minuchin (1974) 的結構模式和 Haley (1976) 戰略性的模式，將治療過程與訓練家庭治療師的過程比照進行。該訓練模式是過去初級家庭治療研究生課程的經驗總結，總體目標或後設目標是促進人際或系統模式的轉變——建構學生們以關係互動而非個人層面的角度看待人類問題及其解決辦法。正如治療可以分階段來看 (Haley, 1976)，訓練也可以分階段來看。根據 Liddle 和 Saba (1982) 的觀點，治療和訓練都有三個階段：加入 (Joining)、重組 (Restructuring) 和鞏固 (Consolidation)。

加入階段，目標是提供一個系統思維的概念基礎，即建構系統觀。學生開始熟悉互動 (行為序列) 而不是心理內部 (內部心理或情感過程) 的認識論和語言。他們開始以比個人更廣泛的單位來感知現實，更具體而言則為人類社會問題，從互動的角度開始思考。在這個階段，重要的是，訓練者要尊重和非批判性地看待學生過往的經驗和訓練。他們發現，最初的加入，如同治療一樣，似乎是家庭治療教學成功的關鍵。第一階段一般在頭兩次班會期間進行，約佔總可用課程的 15%。第一階段的兩個學習單元包括理論在家庭治療中的作用和功能以及系統或情境觀的主要原則。

到了重構階段，系統或情境框架已經開始站穩腳跟，學生們發現自己更有能力從

這個新的角度看待治療，因此能夠挑戰學生學習和嘗試不同學派的新概念。在這第二階段，各種學派的錄影帶和電影介紹相當重要。實踐證明，這些方法在激勵學生進一步瞭解和保持對所討論的特定模型的興趣方面是有用的（Stone, 1975）。

在鞏固階段，學生需要將各種方法融入他們的專業身份，將系統模式轉變融入其職業中。在 Liddle 和 Saba（1982）的教學經驗中，他們發現學生們會在原本的工作中受到挑戰，並被喚醒，慢慢意識到採取家庭系統導向觀點的政治和實踐意義（Haley, 1975）。在課程結束時，大多數學生至少對被稱為家庭治療的政治有了一些認知（Liddle, 1978）。

Liddle 與 Saba（1988）提出的訓練模式，是長久以來家庭治療領域訓練模式的一個縮影，即訓練是依附在所教的治療模式之下。隨後也有許多的不同的訓練模式被提出，但經過大規模的文獻檢核之後，White 和 Russell（1995）提醒我們，Liddle 提出的同構性原則可能仍然是理解訓練、督導與治療之間關係的最佳圖譜。也就是說，二十年來，家庭治療訓練領域的進展還是沒有走出同構原則。

如今，隨著家庭治療領域及其臨床模式變得越來越多元化及複雜化，實務工作者對於單一取向保持絕對忠誠的時代也隨之慢慢過去（Blow & Sprenkle, 2001; Imber-Black, 2014; Nichols, 1997; Sprenkle et al., 1999）。多項後設分析表明，沒有任何一種家庭治療模式能夠始終如一地產生比其他模式更好的結果（Shadish & Baldwin, 2003; Shadish et al., 1995; Smith et al., 1980; Wampold, 2001），況且，當代的家庭治療師需要在各式各樣的場域中與廣泛文化背景的案家工作（Doherty & Simmons, 1996; Northey, 2002）。Jay Lebow（1997）將這種從依賴一種模式轉向適應更綜合、務實、彈性的思維方式的運動稱為家庭治療中的「整合運動」（The Integrative Revolution）。

但與這樣的趨勢相對的是，儘管現在有多種家庭治療理論可以選擇使用，但家庭治療師的訓練仍然傾向於著重於強調各學派之間的差異（Sprenkle, Davis, & Lebow, 2000）。雖然臨床經驗和後設分析研究證據表明，沒有一個單一的模型或理論能夠適合所有的客戶或家庭系統，但許多學派的創始者和他們的追隨者仍然在繼續延續這個「神話」（Sprenkle et al., 2009）。

訓練與所教模式的同構性最直接的一個結果是，學派與學派的差異性轉移到了訓練與訓練之間。對於希望通過接受訓練成為家庭治療師的新手治療師來說，這種現象是相當令人困惑的。他們在訓練初期可能會感到壓力要選擇「正確的」學派的壓力，或者他們可能會在沒有充分瞭解其所有複雜性的情況下，因為參加了某種訓練而被動選擇了所教授的治療模式（Karam et al., 2015）。

同構性也體現在所教治療模式的治療目標被移植成為訓練的目標（Liddle, 1988），目標的同構性反映了當時我們對於家庭治療師需要掌握的能力的認識是不足的。隨著家庭治療成效研究的發展，目標的同構性或許已有所淡化，下一節中將詳細敘述。

三、家庭治療訓練的目標與核心能力運動

訓練的目標也取決於提供訓練的場域，授予學位的專業教育和私立家庭治療中心/機構的非學位訓練都以訓練學生成為家庭治療師為目標。然而「成為一名專業的家庭治療師」是一個終生的過程（Nichols & Everett, 1986），從這個角度來看，「成為家庭治療師」需要個體持續參與在相關的實踐中，即就像發展一樣，它是永無止境的。Breunlin, Liddle 和 Schartz（1988）也傾向於按照發展的觀點來看待訓練，也就是說訓練是發起並促進個體成為家庭治療師的過程，受訓者需要帶著這種新的身份、系統的認識論，在臨床情境中認識家庭治療的理論和概念，並慢慢培養出發展和調整治療計劃的能力（Lee & Everett, 2004）。

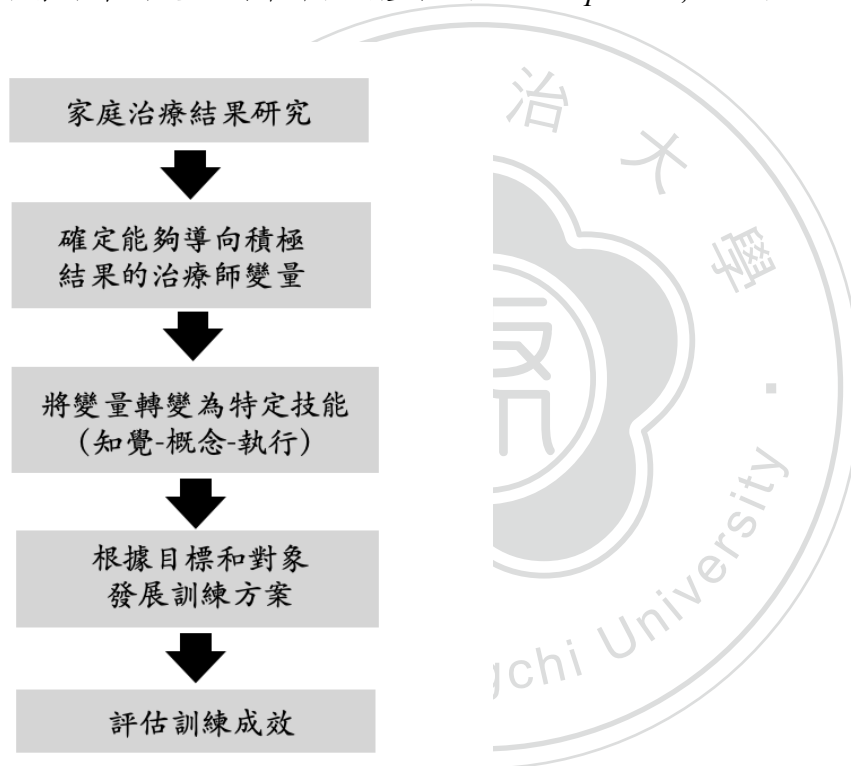
而一個家庭治療師必須具備什麼樣的能力？如果確定了治療師的核心能力和相關行為，我們就可以更好地制定適當的專業發展路線，並建立基準來評估臨床工作者的能力和行為（Bieschke, Fouad, Collins, & Halonen, 2004; Kaslow et al., 2004; Sexton et al., 2008），對於訓練的發展、訓練的評估具有重要的意義（可見圖 2-1）。對此，Cleghorn 和 Levin（1973）首先界定了三種必須學習的家庭治療能力：知覺、概念和執行。直到今天，這仍然是一個有用的模式（Barker & Chang, 2013）。知覺技能是指治療師根據家庭成員和家庭系統的相互作用進行觀察的能力。概念技能是指治療師在家庭背景下

對問題進行系統表述的能力。執行技能指的是治療師影響家庭交易的能力，並促進其發揮不同功能的能力。

隨後，美國婚姻與家庭治療協會（American Association for Marriage and Family Therapy, AAMFT）在 2004 年為家庭治療領域提出了第一份家庭治療師核心能力草案，涉及提高家庭治療師服務質量所必需的知識、技能、態度和政策。對於家庭治療師來說，核心能力構成了獨立工作的最低標準。

圖 2-1

家庭治療結果研究至訓練評估的歷程 (Avis & Sprenkle, 1990)



開發家庭治療師核心能力的一個推動力是鞏固家庭治療的專業身份並使之合法化，這種信念的前提是，標準化的核心能力將加強該專業與其他臨床專業競爭保險報銷和執業合同的能力 (Northey, 2005)。家庭治療師核心能力的建議基礎是由基本技能計劃發展而來 (Figley & Nelson, 1989; Figley & Nelson, 1990; Nelson & Figley, 1990; Nelson et al., 1993; Nelson & Johnson, 1999)。家庭治療師核心能力也是由上文曾提到的 Cleghorn 和 Levin (1973)，以及 Tomm 和 Wright (1979) 的概念和研究倡議形成的。該家庭治療師核心能力版本包括 128 個通用技能，按執行、感知、概念、專業和評估

子領域分類 (Nelson et al., 2007; Northey, 2005)。

核心能力是指每個從業者從認證的家庭治療教學機構畢業之前，應該具備的提供安全有效的治療服務所需的最基本或最低能力的組合 (Nelson et al., 2007)。對於研究所訓練項目和訓練機構來說，這些核心能力設定了家庭治療研究生教育和臨床訓練的目標和結果，從而為衡量受訓者和被督導者的能力和獨立工作的準備度提供了一個量尺。

然而，隨著訓練者和督導者嘗試以 128 項核心能力作為訓練設計及訓練評量的依據，該版本的核心能力的劣勢逐漸顯現出來，即題項數量龐大且其概念較為抽象不易於衡量及管理(D'Aniello & Hertlein, 2017)。據 Northey 和 Gehart (2020) 所言，僅僅是嘗試去校對及對應 128 項核心能力中的一個子集可能就要花費五至十個小時。在核心能力在家庭治療領域發展的 10 年以來，以完整的 128 項核心能力為評量工具的家庭治療訓練研究仍數量稀少。

為推動核心能力在訓練中的應用，AAMFT 將 128 項核心能力濃縮成 16 個能力 (Northey Jr & Gehart, 2020)。這 16 項能力概述如下：(1) 婚姻家庭治療理論：應用婚姻和家庭治療的系統概念、理論和技巧；(2) 人類與家庭發展：理解人類和家庭發展、人類性學、性別發展、創傷、心理病理學、精神藥理學、創傷、以復原為導向的照護原則，以及它們對治療的影響；(3) 文化和情境意識：對於情境和系統動態（例如，性別、年齡、社經地位、文化/種族/民族、性取向、靈性、宗教、生態系統、社會背景）進行有敏感度的評估和治療；(4) 選擇治療模式：根據文化、診斷和創傷史等因素，評估不同家庭治療模式的優劣勢及其實證基礎，並根據案家的需求適當地調整和整合模式；(5) 治療關係：從文化謙遜的立場建立和維護與案家適當且有效的治療聯盟，並能夠決定何時納入其他重要他人和家庭外系統進入治療；(6) 診斷：使用當前的評估和診斷模式，從系統和情境的角度診斷和評估案家的行為和主訴問題；(7) 關係評估：使用家系圖、系統性訪談、結構化訪談、症狀檢核量表，評估人際模式、家庭史、生物心理社會功能、社會地位，從系統的角度概念化治療並發展關係假設；(8) 治療計劃：使用系統觀點制定可衡量的結果、治療目標、治療計劃、適當的轉介

和後續照護計劃；(9) 治療、介入和實踐：提供與治療模式、實證基礎、文化和脈絡動力、實務設置以及治療計劃目標一致的系統性介入；(10) 安全計劃：篩查並為物質濫用、虐待與暴力、自殺傾向及傷己或傷人的可能性制定適當的安全計劃；(11) 合作：與包含家庭成員在內的其他重要他人及專業人員等利益相關者合作，使案家能夠應對複雜的系統；(12) 法律和道德：在州、聯邦和省級法律/法規以及專業道德標準下進行實務工作；(13) 督導和諮詢：在督導和諮詢中提供介入的理由、評估資訊以及對案家系統性理解；(14) 治療師的自我：覺察對案家和治療過程的個人反應（例如，原生家庭、界線、三角化、當前壓力程度、當前生活狀況、文化背景、移情、督導）及其對臨床結果的影響；(15) 評估治療效果：使用結果評估、案家回饋等方法，評估自己的臨床實踐的有效性；(16) 研究：使用當前的婚姻和家庭治療及行為健康的研究來指導臨床實務工作。

Northey 和 Gehart (2020) 認為濃縮後的 16 項核心能力可能將對於評估家庭治療學習者及受督者將發揮巨大的作用，例如濃縮版本可將原本耗時數小時甚至數十小時的核心能力對應過程縮短至 20 分鐘，大幅提升效率。然而目前仍缺乏 16 項核心能力在訓練中被運用的研究結果。濃縮後的核心能力如何以其被發展時的目標那樣，「以一種使它們更適合學術、督導和規範的方式進行重組」，仍有待進一步檢核。

四、家庭治療訓練的內容

訓練應該包含什麼樣的內容，才能幫助受訓者發展出核心能力，達成訓練目標？家庭治療的先驅們，幾乎都沒有接受正式的家庭治療訓練，他們是通過治療的經驗來磨練技能。但是，一代人之後，家庭治療已經發展成為一個更加複雜和成熟的領域 (Liddle, 1988)。再加上如今各式各樣的訓練機會眾多，絕大多數的實務工作者在嘗試實踐家庭治療之前，都會先尋求訓練，這已經成為一種必然。

核心能力背後的哲學基礎之一，是基於結果的教育 (Outcome-based education) (Nelson et al., 2007)，即注重學生結果而不是投入 (Killen, 2004)。AAMFT (2005) 也明確指出各個婚姻與家庭治療訓練項目在如何教導能力和評估學生學習成果方面享

有自由。Miller 等人 (2010) 提出，建立能力標準時應該為可能實現能力的不同途徑留出空間，且「必須抵制那種對於合格的臨床實踐的一刀切導向」。就是說訓練的目標可以通過不同的訓練方法來達成，從而解放了訓練者的創造力，讓他們盡可能地設計最有效的教育模式。

雖然各家訓練機構的設置差異很大，但當目標是訓練家庭治療師時，大家的共識是訓練至少包含以下三個部分：(1) 教導式呈現，受訓者在修課或研討會的形式中學習家庭治療的主體知識；(2) 與家庭的直接接觸的經驗；(3) 與經驗豐富的督導者進行定期、持續的督導，督導者與受訓者可以透過單面鏡或錄影帶觀察同儕的會談過程 (Liddle, Breunlin, & Schwartz, 1988)。

然而，這三種經驗的設置，在所需的數量和混合比例上有很大的不同。遺憾的是，當時還沒有研究表明我們可以如何將這些訓練經驗結合起來，以產生臨床能力。

一個現有的基準是由美國婚姻與家庭治療協會提供的，進入婚姻與家庭治療領域的人通常來自各種不同的學術背景：心理學、精神醫學、社會工作、護理、諮商教育、牧靈諮商等等。相對地，他們的實務、學術教育水準可能也非常不一。美國婚姻與家庭治療協會為了提供一個統一的結構來評量這類訓練的相關性與完整性，因此訂定了教育與訓練標準，這種學位需要在下列五個主題修習至少 11 門課程：(1) 婚姻和家庭研究 (2) 婚姻和家庭治療 (3) 人類發展 (4) 職業倫理 (5) 研究方法，在學位訓練中，學生還需要至少在督導之下累積 300 個小時與家庭直接接觸的臨床經驗。除學位內的要求外，臨床會員需要在畢業之後，至少工作兩年，在這兩年中，需要累積 1000 小時與家庭直接接觸的臨床經驗，並在在這個過程中接受至少 200 小時的督導，其中個別督導需要超過 100 小時。

目前，此標準所要求的時數數量仍在不斷變革之中，且不同的學校因不同的原因採用著不同的標準。雖然這個標準指定的數字可能會受到質疑，但其精神是健全的，因為它承認家庭治療的能力需要全面的訓練 (Liddle, 1988)。

五、家庭治療訓練的方法

Bodin (1969) 曾提出一些訓練方法，這些方法中有許多（如利用錄影設備，團體督導）到今天都仍在延用。Liddle、Breunlin 和 Schwartz (1988) 提出家庭治療課程使用三種主要的訓練方法為：(1) 教導式呈現，受訓者在修課或研討會的形式中學習家庭治療的主體知識；(2) 與家庭的直接接觸經驗；(3) 與經驗豐富的督導進行定期、持續的督導，督導者與受訓者可以透過單面鏡或錄影帶觀察同僚的會談過程。目前，家庭治療訓練中的教導部分通常包括：講課、指定閱讀資料、團體討論、示範、大師級治療師錄影帶、受訓者及同學與督導一起觀看受訓者的錄影帶、演練及透過單面鏡進行督導或觀察。

目前的家庭治療訓練，通常是先教導理論知識，Shapiro (1975) 認為，這種先後順序使得受訓者更能將家庭治療概念及對家庭治療歷程的瞭解統整在一起，因學術課程可以提供理論的根基來與實務技巧相結合。

綜合以上對於家庭治療訓練的內容及方法的整理，可知家庭治療師核心能力的精神賦予家庭治療訓練極大的自由，允許訓練者依據其需求（如文化脈絡、受訓者群體）設計具有創造力的訓練。

第二節 台灣家庭治療訓練的發展與現狀

早期台灣心理健康實務工作者對於家庭治療的接觸，主要是由國外的家庭治療師來台訪問、分享開始的。

1982 年，Virginia Satir 被邀請到台灣舉辦第一個本土的家庭治療研討會，將家庭治療的理論帶入台灣。這可以說是台灣正式接觸西方家庭治療的開端（陳秉華、游淑瑜，2001），開啟了家庭治療在台灣的發展浪潮。薩提爾模式的訓練是最早進入台灣的家庭治療師訓練，至今仍具有巨大的影響力。

隨後，包括李維榕、Insoo Kim Berg、Bert Hellinger、Michael White、Frank Thomas、Jill Freedman、Jay Lappin、Leslie Green-berg、Susan H. McDaniel、Peggy Papp、David Greenan、Evan Imber-Black、Froma Walsh 等在內的家庭治療師都陸續訪

問台灣（趙文滔，2013），短時間內向台灣的心理健康實務工作者介紹了多元的家庭治療理論與方法。

這些重要的家庭治療師的來訪，向台灣的心理健康實務工作者展現了家庭治療無與倫比的魅力，一如家庭治療在 20 世紀 50 年代和 60 年代的發展，台灣的心理健康實務工作者展現出高度的興趣，尋求進一步的訓練。更多的家庭治療師不斷被邀請來台，開展一系列的工作坊回應這種學習的需求。薩提爾人文發展中心於 1992 年成立，他們引進了 Maria Gomori 的薩提爾模式（Satir Model）訓練課程，邀請了 Maria Gomori 和 John Banmen 等訓練師定期舉辦工作坊。自 1999 年以來，來自紐約 Minuchin 家庭中心的李維榕在台灣開展了一系列為期 1-3 年的訓練以及持續至今的一年兩次的工作坊，提供訓練，這激發了許多本地治療師開始用結構性概念進行實踐（趙文滔，2013）。

除了西方的家庭治療師之外，赴西方接受家庭治療訓練的專業人士回國後的實踐與推廣，在台灣家庭治療發展中也起到了重要的作用。然而，如同大多數東亞國家與地區一樣，台灣的家庭治療還沒有被法律認證為一個專業，其實踐工作可以由其他獲得證照的助人工作者進行，如諮商心理師、臨床心理師、社工師及精神科醫師。雖然沒有合法的執業認證，但許多相關社會團體、社區心理諮商所會邀請上述留學歸國的治療師開設工作坊、認證課程等，通過頒發家庭治療訓練證書，作為心理健康實務工作者接受家庭治療訓練的證明。婚姻與家庭輔導學會、華人伴侶與家族治療協會這兩個協會，旨在促進本土化家庭治療的發展，他們嘗試推行適行於台灣的家庭治療師認證，其中婚姻與家庭輔導學會提供基於美國婚姻與家庭治療協會標準的「婚姻與家庭協談師」的認證，華人伴侶與家族治療協會提供基於核心能力的「家族治療師」認證，兩者都提供與之對應的系統性訓練課程，但目前還沒有任何文獻介紹及檢驗其訓練成果。

沒有國家統一的認證標準，雖然使得訓練的開展更具有彈性和創造性，但也侷限了家庭治療作為一門專業的發展，尤其是授予學位的家庭治療訓練項目的發展。

目前，台灣授予家庭治療碩士學位的研究所有三個：國立彰化師範大學婚姻與

家族治療研究所碩士班、實踐大學家庭諮商與輔導碩士班、台灣教牧心理研究院的婚姻與家族治療碩士班（該學位僅受基督教會認可），還未有相關的博士班訓練。雖然有相關學位訓練的設立，但其訓練並未有效推進目前台灣的家庭治療師的培養。除台灣教牧心理研究院的訓練外，兩個家庭治療碩士班畢業生均可參與諮商心理師考試，因此他們的訓練大致與一般的諮商所相同。實踐大學家庭諮商與輔導碩士班課程設置僅以心理師法規定的科目為必修，另設置多門家庭治療、家庭發展等相關課程作為選修課程，彰化師範大學婚姻與家族治療研究所碩士班的必修課程設置中有 11 分為家族治療相關課程，但也受限於提供與家庭接觸機會的實習機構數量稀少。

對於一個想要成為家庭治療師的新手來說，進入家庭治療研究所訓練顯然不是最佳的選擇。大多數學生仍然會選擇考取一般心理諮商研究所的入學資格，因目前多數諮商所都開設家庭治療相關課程。此外，接受前文所述之社會團體、社區心理諮商所的工作坊及認證課程訓練也是常見的選擇。儘管許多學生及心理健康實務工作者，通過這些不同的訓練機會獲得了一些短暫的接觸家庭治療的機會，但由於尚未有任何研究對其結果進行評估，因此不知道這些訓練是否能使受訓者獲得與家庭工作的能力、在實務工作中運用家庭治療。

多種家庭治療模式陸續被引進台灣，因本土的實踐需要，實務工作者嘗試把台灣獨特的文化融入所學的西方家庭治療理論中。婚姻與家庭輔導學會、華人伴侶與家族治療協會也旨在促進家族治療的本土化發展。當我們檢視近十年來台灣的家庭治療研究進展時，發現從本土化觀點看待台灣主流西方家庭治療理論的文獻確實佔據這一領域期刊發表之研究很大的比重，已有不少的文章討論儒家文化，以及在影響之下，家庭治療師應該如何與華人家庭工作的建議（王行，2015；謝時，2019；王大維，2010；李岳庭，2018；阮琳雅，2017；張菀馨，2015），然而，文化的適應性的思考如何從理論轉移到訓練中，發展出適應本土文化的訓練方式，至今仍未有進展。

且較早被台灣心理健康實務工作者熟知的模式至今仍然是研究的熱點，例如薩提爾模式（林筱甄，2020；張冬寶，2016；劉亞婷，2013）、結構取向（黃妹文，2013）、情緒焦點取向（陳妹蓉、王韋琇、李冠瑩，2016；孫頌賢，2019）、Bowen 取

向（恩悅，2012；李岳庭，2018；吳奕威，2021；阮琳雅，2017；王鑾襄、賈紅鶯，2013）。目前台灣家庭治療訓練也傾向於教導上述單一的模式，在台灣處於類似發展階段的香港，Wong 和 Ma（2013）指出儘管香港有不同的訓練機構/組織，但其中一些機構只遵循自己喜歡的家庭治療模式，並認為自己的特定方法優於其他，但 Wong 和 Ma（2013）認為，目標應該是促進家庭治療的整體發展，而不是爭論哪種方法是最好的，首先應該教導基礎的家庭治療概念與能力和這些理論的共通因素（Blow, Sprenkle & Davis, 2007; Sprenkle & Blow, 2004）。

與美國的認證體制之下的訓練不同，台灣的家庭治療發展是「自下而上」的，即訓練的開展完全被實務工作者的熱情與需求所驅動，但因缺乏政府監管與資金支持，缺乏實證研究檢驗訓練的品質及成效，實務層面的改變更是處於未知的狀態中。

趙文滔（2006）曾對台灣的家庭治療發展作出以下幾點建議：（1）積極推展本地婚姻、家族治療實務工作，及跨領域專業間之聯繫合作；（2）在實務工作上豐富理論取向的多元性；（3）培育實務督導師資、開設實務取向訓練課程，以轉化既有理論認識為實踐能力，增進治療效能；（4）重視並進一步研究文化因素對本地家族治療過程的影響。這幾點建議在如今看來仍然適用。

第三節 家庭治療訓練評估的研究

20 世紀 80 年代，出現了多篇針對與家庭治療訓練結果評估的開創性研究。其中包括訓練結果評估的測量工具（Breunlin, Schwartz, Krause, & Shelby, 1983; Byles et al., 1983; Pinsof, 1980），以及公開訓練項目數據的實證研究，針對短期工作坊的成效評估（e.g., Churven & McKinnon, 1982），機構中的長期訓練、碩士班綜合訓練的整體成效評估（Anderson, 1992; Byles et al., 1983; Garfield, 1982; Nel, 2006; Perlesez, Stolk, & Firestone, 1990; Pulleyblank & Shapiro, 1986; Tucker & Pinsof, 1984）。以下將詳細說明之。

一、評估的面向

「認知」和「技能」的改變通常是這些成效研究關注的重點，如 Churven 和

McKinnon (1982) 通過受訓者的事後案例分析進行認知改變的評估，處遇技能則通過事後對模擬家庭訪談錄影的評分來衡量，研究結果中有兩個有趣的發現，為後來的訓練評估設計提了醒：(1) 認知和處遇技能是獨立發展的，即其中一項的改善與另一項的改善並不直接相關。這表明，訓練項目必須解決認知和處遇技能兩個層面的學習需求，而不是假設其中一個層面的進步會自動挪移到另一個層面。它還表明，必須分別評估認知和處遇技能，不能把其中一項技能作為另一項技能的指標。(2) 認知評估方法和處遇技能評估方法的維度並不相同。這也支持了 Kniskern 和 Gurman (1979) 的觀點，即評估應涉及多種方法，不應期望不同的方法達到一致的效果。Byles 等人 (1983) 又在此基礎上補充「知覺技能」的變化的評估。

後續，又有不少的研究者關注到了「受訓者個人生活的改變」這一面向，例如 1982 年，Garfield 發表了關於 Hahnemann University 在 1976 年發展出的家庭治療碩士項目的項目評估數據。這是第一個試圖評估學術知識、學生的臨床發展以及訓練對學生個人生活的影響的研究生項目。專業身份和作為家庭治療師的就業也被利用作為結果。雖然這項重要的研究顯示出成功的結果，並解決了該領域研究的一個代表性不足的領域，但它未能提供有關其方法和統計分析的重要信息，以支持其調查結果。

Rhodes 等人 (2011) 進行了一項質性研究，重點關注家庭治療訓練的對受訓者個人的影響，特別涉及促進個人反思和成長的訓練部分，結果顯示學員的關係意識深化，包括對與家人的關係觀點的轉變。

此外，訓練成效的評估者不僅要關注治療師對家庭的影響，也要注意「訓練者與受訓者關係」對受訓者的影響，這個因素在家庭治療督導的研究中很常被提及，其在訓練中的產生的影響還有待考證。

由於訓練與所教理論模式的同構性，是否如果成效的評估是也針對特定模式？對於超越學派的訓練方式，我們能否確定通用評價標準？Kniskern 和 Gurman (1979) 的論文提出了家庭治療訓練評價可以依據的四個維度：(1) 家庭的概念知識；(2) 受訓者的治療中行為；(3) 受訓者的個人生活；(4) 受訓者所治療的家庭的結果。最後一點是評價的核心，在評價訓練效果時，最常使用的是受訓者和其主管的評分。然而，

如果訓練的必要條件是培養有效的治療師，那麼治療結果應該是最終的評價標準（Liddle, 1984）。Cleghorn 和 Levin(1973)規定了三個主要的技能類別，包括感知、概念和執行。Falicov、Constantine 和 Breunlin（1981）通過回顧家庭治療的主要流派來完善這一概念，並指定了三套相互關聯的技能，他們稱之為觀察性、概念性和治療性。Breunlin（2016）重申，目前培訓和督導的研究應該要關注兩個重點。第一，訓練在改變受訓者方面的效果如何；第二，訓練在影響受訓者的臨床結果方面的效果如何。雖然這兩個重點都很重要，但 Breunlin 指出訓練的必要效果是能提高受訓者與家庭工作的臨床結果。

總之，在任何訓練評估中，有幾個變量似乎是至關重要的。這些變量包括受訓者的數量和種類、訓練者的水平、訓練時間的長短、訓練/教學的類型（概念、督導）、環境的限制和資源、服務對象的類型以及督導的理論取向和期望（Liddle & Halpin, 1978）、臨床結果的變化。

此外，Street（1997）發表了一篇關於家庭治療訓練研究的綜述文章，提出了 8 個重要的研究問題，這些問題適用質性研究來進行探索：（1）訓練者對受訓者的期待、受訓者對訓練者的期待；（2）課前訓練的重要性和效果；（3）督導/受訓者的關係；（4）受訓者自我認知的變化；（5）受訓者如何得到最佳的學習；（6）受訓者的發展階段和治療過程之間的關係；（7）瞭解受訓者個人問題、生活經驗和訓練過程之間的關係；（8）評估課程的個人成果。Street 的建議對於我們進一步瞭解受訓者、訓練者和督導的工作內容和方式仍有意義。

二、測量工具

評估的面向決定了測量工具的選擇，在這個時期，有幾項工具被發展出來，用作成效評估中的測量工具。

家庭治療師編碼系統（FTCS）（Pinsof, 1980）是一項行為觀察工具，用以測量家庭治療師實際行為的展現。由 Tucker 和 Pinsof（1982）發展的家庭概念評估（FCA），目的在於測量治療師在臨床概念上的掌握程度。Breunlin、Schwartz、Krause 和 Shelby

(1983) 開發了家庭治療評估練習 (The Family Therapy Assessment Exercise), 在同一時期, Byles 等人 (1983) 參與制定了評估受訓者執行和感知技能變化的工具, 但他們認為本研究中使用的工具對評價執行和知覺技能的獲得不夠敏感。

也有一些基於家庭治療師核心能力而開發的工具, 其中一個是 Gehart (2007) 的婚姻與家庭治療師核心能力評估系統, 它試圖測量所有的核心能力。使用八項任務來衡量能力, 前四項基於常用的臨床資料, 如系統性病例概念化、具有病例管理計劃的臨床評估、治療計劃和進展說明。其他四項工具包括訓練者對現場課程的評估、學生對現場課程的反思、應用研究作業, 以及個人專業發展計劃。但後來他們發現, 針對 128 項能力的評估異常困難, 教學機構沒有足夠的資源來支持這樣的研究。

因缺乏有效且便於使用的工具, 多數研究者依據評估面向, 使用自製的問卷來收集資料。Pulleyblank 和 Shapiro (1986) 使用上述提到的家庭治療評估練習及家庭治療師評分 (The Family Therapist Rating) 兩種工具, 再加家庭治療師自我評量及滿意度。Shah (2008) 在印度的一項為期一個月的訓練, 使用學生培訓評定量表和學員評估表來評估感知和會談技能。

在家庭治療的學位訓練中, 成效評估及其結果的發表數量稀少, 同樣面臨著缺乏有效工具的困境。可參考的一份研究來自於美國查普曼大學 (Chapman University) 的婚姻與家庭治療所, 他們近年來使用以下工具對學生的核心能力進行評估: 符合 128 項家庭治療師核心能力中所有的子領域的綜合考試 (以選擇題為題型)、演練、案例分析的報告等 (Lal & Jonathan, 2023)。

然而就如 Avis 和 Sprenkle (1990) 對此前家庭治療訓練研究中使用的工具進行整合性的檢驗後所說, 雖然與 1979 年 Kniskern 和 Gurman 的報告相比, 家庭治療訓練的實證研究有了明顯的進步。然而, 仍然需要開發有效和可靠的工具來測量受訓者技能的變化, 這將包括評估治療中的行為、開發簡單可靠的方法。

三、個體差異的觀點

Perlesz 等人 (1990) 對受訓者在兩年訓練方案中獲得的技能進行了評估, 檢視感

知、概念和執行技能的發展情況，受訓者還需填寫自我能力有關的量表。這項研究有趣的發現在於展現了受訓者個體的發展，即受訓者作為個人，有不同的學習模式。顯然，他們在受訓開始時的基礎不同，對技能的吸收程度也不同，在受訓後，有些技能的表現實際上甚至是下降的。在這份研究中還有一點引起我們的注意，即不同的學員對自己進步的評估與觀察者的評估不同。例如，一位學員的得分模式的特點是對自己的能力很有信心，但在觀察者評定的概念技能的測量上表現不佳。另一位學員對自己的能力信心不足，但在觀察者評分中表現良好。另一位學員的模式特點是自我評量結果只有很小的變化，自我感覺和觀察者評定的表現有很好的一致性，而隨著時間的推移，所有測量的結果改善不大。

關注個體表現的方法突出了群體結果與個體結果之間的差異。Nel (2006) 的研究也指出這種差異性的存在，在這項研究中，他們對參與者進行了為期 20 個月的觀察，試圖了解受訓者的發展情況隨著時間的推移是否會有改變。研究結果顯示，家庭治療的受訓者的專業發展過程中有些改變可能非常複雜，在某種程度上，所有受訓者的發展方式都相似，但是在另一方面，他們又以不同的方式發展。訓練師面臨的挑戰可能是找到兼顧整體受訓者的整體相似性和個體獨特性。

四、發展的觀點

發展的觀點也在訓練結果的研究中展露出重要性。Stolk 和 Perlesz (1990) 收集了接受過受訓者治療的家庭的滿意度，以此作為受訓者臨床治療的結果，將之與該受訓者在訓練中的表現進行相互比對。與他們的預期相反，二年級受訓者治療的家庭並不比一年級學員的家庭感覺到更滿意。然而，二年級的受訓者對於自己的評價確實高於一年級時的評價，也就是說，隨著訓練的進行，學員的信心有所提高，但治療結果卻沒有變的更好。Stolk 和 Perlesz 推測，在受訓期間，受訓者的表現可能會有波動和不穩定，只有在訓練結束後，受訓者才會慢慢地將所有的要素整合起來，逐漸成為一個更有效能的實務工作者，這就是學員在訓練結束時表現不佳的原因。Nel (2006) 發現受訓者在受訓的 20 個月內的表現波動，與該研究也有相似的觀察。

五、成效評估的方法

成效評估的方法一直是這個研究領域的弱項，本節提到的多數實證研究之方法，都以立意取樣為取樣方法，以前後測或僅使用後測來進行評量，且出於訓練、評估的耗時性，這些研究的樣本數量通常在 20 個左右甚至更少。僅有一項研究使用了比較組 (Breunlin, Schwartz, Krause, & Shelby, 1983)。

這些研究的缺陷彰顯了對於家庭治療訓練結果研究在設計上的困難，Matarazzo (1978) 指出由於測量的耗時性，每個研究中的樣本數量很可能是小的，家庭治療項目一般都是大學內部的小規模運作，與醫學等專業相比，資源匱乏，面臨挑戰 (Brooks, 2015)。Tucker 和 Pinsof (1984) 總結和指出的家庭治療訓練評估中的這些困難，有一些至今仍然未被解決：(1) 被測量的變化類型的複雜性；(2) 缺乏一個標準的刺激 (家庭各不相同) 來測量受訓者的技能；(3) 缺乏充分和適當的測量變化的工具。

簡短療法 (Watzlawick, et al., 1974) 在治療目標方面的理念也應該應用於訓練評估。即訓練過程需要具體化，以便增進研究的可信度，進行充分的評估。為了提高訓練結果的可推廣性，項目必須描述訓練的內容，如何實施，以及訓練的環境條件。必須制定適當的、具體的目標，並採用對預期變化較為敏感的評估方法。

Roberts (2005) 建議以多維度、多變量、多方法來評估治療能力的變化。正如 Liddle (1991) 提出的，有必要綜合質性和量化的研究方法。訓練中涉及的一些過程只能通過質性研究去探索，而另一些過程則需要採取量化的方法。這兩類方法並不排斥，不同的研究方法是多視角觀點的一個要素，從事家庭治療訓練的訓練師和研究者應該對受訓者的訓練過程是如何發生的保持一種好奇的興趣 (street, 1997)。質性的方法可以研究的問題可參考本節第一部分 (評估的面向)。

第四節 訓練成效的評估

訓練成效的評估，目的在於分析訓練課程的成效，判斷訓練課程是否有達到預期的目標，以檢視課程中各階段設計的優、缺點及適用性，並評定其應改進之措施，作

為決策的依據和參考（吳瓊治，2006）。

前一節的論述中，我們基本可以看到學習的成效是多維度的，即學習至少可以從知覺、概念認知、技能能力、臨床結果、個人生活變化等等層面明顯地體現出來。這種觀點與過往研究中採用的評估模式形成了鮮明的對比，因為其他評估模式要麼忽視了學習結果，要麼將學習作為一種單維的建構，要麼將研究者有興趣的面向一股腦進行測量，缺乏系統性與理論支持。可以說我們雖然在其他訓練子系統中已經取得了理論上的進步(Cannon-Bowers, Tannenbaum, Salas, & Converse, 1991; Tannenbaum & Yukl, 1992)，但在評估領域取得的進展較少。

訓練評估是系統地收集有關訓練方案成功的數據（Goldstein, 1986）。進行評估是為了回答兩個問題中的任何一個：培訓目標是否實現（學習問題），以及這些目標的完成是否導致臨床工作效能的提高（轉移問題）。

Worthen, Sanders, Fitzpatrick（1997）將被廣泛運用的評估訓練成效之方法分為五類，分別為（1）目標導向；（2）管理導向；（3）專家導向；（4）關注缺點導向；（5）多元整合導向。被廣泛運用的評估訓練成效評估模式包括但不僅限於 Kirkpatrick 之四層級評估模式、CIPP 評鑑模式、Phillip 之五層級評估模式等，其中，United State Office of Personnel Management（2008）報告指出 Kirkpatrick 之四層級評估模式最受訓練機構所歡迎，被廣泛運用在各類教育訓練的成效評估中。

一、新式 Kirkpatrick 評估模式（New World Kirkpatrick Model）

傳統 Kirkpatrick 之四層級評估模式被認為更適合評估簡單、短期的訓練的結果，而在臨床訓練相關的領域，過程的評估和結果的評估一樣甚至更加重要（Yardley & Dornan, 2012）。此外，Yardley 和 Dornan（2012）也指出 Kirkpatrick 之四層級評估模式的問題之一在於它只回答了結果是否達到預期，但是那些未預期的結果卻被忽略了，在臨床訓練這樣複雜的領域中，我們應該考慮被牽扯的包括病人/個案在內的更多群體之需求。

Beidas 和 kendall（2010）回顧幾十年來治療師訓練的研究結果後指出，治療師的

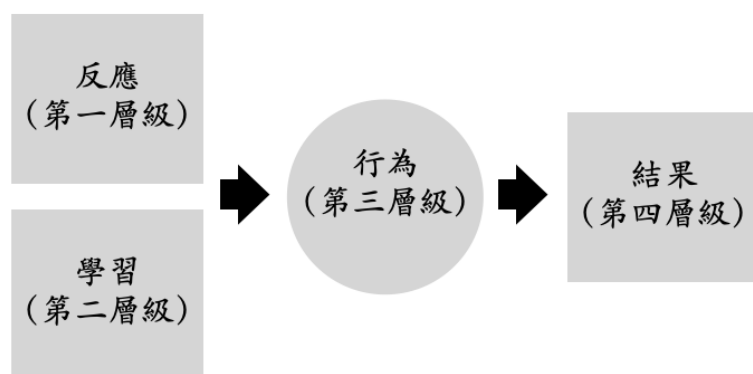
訓練結果還受到訓練的品質、治療師變量、服務個案變量、組織環境變量的影響。不僅如此，Herschell, Kolko, Baumann, 和 Davis (2010) 還發現訓練工作也受到治療師的態度、信心、知識程度、使用該治療理論的困難的影響。

與上述的重要發現的內容相似，新式 Kirkpatrick 評估模式 (2016) 也加入了以下幾點來擴展評估的廣度：(1) 受訓者的責任感或動機；(2) 督導、鼓勵受訓者的過程。

在原有模式的基礎上，新式 Kirkpatrick 評估模式重新定義了結果的 4 個層級，並提供了新的解釋 (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2016)。在新式 Kirkpatrick 評估模式中，提出了兩種新觀點。首先，傳統 Kirkpatrick 模式主張繼續教育的評價可以分為 4 個層級，但新式 Kirkpatrick 評估模式質疑各層級之間的聯繫並不明確。因此，新式 Kirkpatrick 評估模式認為反應 (第一層級) 和學習 (第二層級) 應該被視為一個更大的類別，而行為 (第三層級) 和結果 (第四層級) 則是另一個類別。

圖 2-2

新式 Kirkpatrick 評估模式內涵



其次，不同層級結果的定義需要從結果 (第四層級) 到反應 (第一層級) 倒推確定。這樣，評估結果可以為設計和開展繼續教育提供更好的信息和反饋。

以下將分層級，具體描述傳統 Kirkpatrick 四層級評估模式以及新式 Kirkpatrick 評估模式調整和添加的評估內涵：

（一）反應層級（Reaction）

傳統 Kirkpatrick 四層級評估模式的反應層級測量受訓者對學習經驗的看法（反應）及滿意度，其中包含對於課程內容、教學者、設備、行政服務、訓練課程需要改善的建議，以及立即與工作的相關性。這一層級不一定要求受訓者學到了什麼，評估的重點會是他們能否享受和投入在課程中，評估的結果能夠幫助訓練者進行即時的調整、改善，以推動受訓者受訓經驗的持續改進。約有 78% 的訓練課程都在某種程度上評估了這一層級的成效（Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2019）。新式 Kirkpatrick 評估模式在此基礎上，將反應層級的重點分為三點：受訓者滿意度，投入程度，關聯程度。前兩點的內涵與傳統 Kirkpatrick 四層級評估模式中的關注重點並無差異，而第三點關聯程度，指的是參加受訓者應該要有機會去應用、使用自己在這個課程中學到的知識和技能。

為了評估受訓者的反應，Kirkpatrick & Kirkpatrick（2007）建議使用 8-15 個題項之里克特氏五點量表，在訓練結束時實施。Kenneth R. Phillips（2007）在關於設計反應層級評估方法的建議中，提到問卷問題的有效性應集中在以下原則上，如：至少為進一步開發有效性訓練課程的決策提供可操作的見解；以受訓者為中心而不是以訓練者為中心的觀點，以確定充分的參與者的需求，並引發看不見的數據；應用定性和定量混合測量方法進行交叉驗證。

（二）學習層級（Learning）

學習層級評估要回答的是：受訓者有學到東西嗎？具體而言，指的是受訓者是否獲得與工作相關的知識（我知道）、是否學習到新的技能和/或提高了現有的技能（我能做）、能否讓受訓者調整自己的態度（我覺得這些知識和技能的學習很有價值）。如果受訓者無法在訓練中學到東西，可以預見下一個層級（行為層級）的成效是很微小的（Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2007）。新式 Kirkpatrick 評估模式在此基礎上，加入了信心（Confidence）和承諾（Commitment）的評量。

信心（Confidence）指的是受訓者認為自己可以在工作中運用所學到的能力和技

巧的自信程度，其表現為「我認為我可以在工作中做到這一點」。Kirkpatrick 和 Kirkpatrick (2019) 認為，若受訓者的自信心在訓練過程中被增強，能夠促使受訓者更加接近理想的工作表現，能夠幫助受訓者主動發現潛在的應用障礙並且將之解決，更好地達成應用的目的。

承諾 (Commitment) 指的是計劃和打算在實際工作中運用所學到的知識和能力的程度，其表現為「我會在工作中運用這一點」。承諾和受訓者的動機有關，它展現了受訓者即使掌握了知識和技能，仍然有經常性練習使用的必要 (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2019)。

根據 Kirkpatrick 的建議，前、後測的設計對於學習層級的評估是最好的選擇，當訓練內容對於受訓者而言是陌生的時，可以僅進行訓練後的測驗。測量的工具可以為測驗題目、自我評量問卷等。

(三) 行為層級 (Behavior)

行為層級要檢驗受訓者是否產生了行為上的改變，這一層級著重在了解受訓者是否能將第二層級的學習轉移到工作中，其中包括績效改變、職能測驗結果的改變、工作模式及工作態度的改變等等。因訓練者和受訓者中不乏「訓練課程結束了，我們的工作就結束了」之心態，這一層級的評量很常被忽略。Kirkpatrick (2007) 發現，在這一層級的有效評量，有助於受訓者新行為的產生，進而將課程中的學習實際運用出來，提升訓練的效果。因此，行為層級的評估雖然較為困難，但有其實行之必要。

Kirkpatrick 也指出受訓者的行為沒有變化，並不意味著訓練無效。有可能出現這樣的情況：對訓練的反應是積極的，發生了學習，但受訓者的行為在未來沒有改變，因為沒有滿足必要的條件。新式 Kirkpatrick 評估模式指出了三個重要的因素：關鍵行為 (關鍵技能)；必要的驅動因素 (強化、支持、報酬、監測)；在職訓練。關鍵行為 (關鍵技能) 指的是幾個少數的特定行為，如果能夠在工作中、應用過程中持續執行，會對於結果產生最大的影響。必要的驅動因素 (強化、支持、報酬、監測) 指的是，支持受訓者將做出關鍵行為的一個系統和機制。

問卷調查是常用的評估方式之一，其對象可以為受訓者的主管或同事，也可以為受訓者本身。評量這一層級的時間點可以為訓練結束後的3個月左右。

（四）結果層級（Results）

結果層級包括由於受訓者接受訓練而發生的變化之程度。結果可以是生產率的提高、質量的改善、事故的減少、銷售的增加和營業額的增加等等。Kirkpatrick

（2019）指出這是最容易被誤解的一個層級，許多人將組織的某一個部門產生的改變定義為結果層級，實際上，結果層級是指組織整體的改變，即一個組織只有一個第四層級。面對如何確定組織層面的改變是由於某一個訓練的質疑，Kirkpatrick（2019）同意組織的經營結果是廣泛而長期的，通常需要不同的工作人員、部門和其他環境因素積年累月的努力，往往需要數年的努力才能顯現出來。

因此，新式Kirkpatrick評估模式提出了有助於彌合個人舉措和組織成果之間鴻溝的引領指標（Leading Indicators），它指的是一種短期的觀察和測量，能夠表明關鍵行動已經進入正軌，可以預測對於預期結果有正向的影響。一個組織可以有許多的引領指標，涵蓋個人指標和部門指標，這些指標都有助於最高目標的實現，常見的引領指標有：顧客滿意度、員工投入和敬業的程度、銷售數量、成本、市場份額等等。

家庭治療訓練領域至今未有適合使用的評估模式，故本研究將參考新式Kirkpatrick評估模式中的層級概念、對於受訓過程的關注，以及量化和質化混合的方法。然而透過上一章的回顧，我們也發現家庭治療領域所要評估的重點，與一般的訓練有所不同，若將研究設計置於此框架之下，則失去了評估的靈活度。故本研究並未將之採用為研究框架，僅參考此評估模式的概念。

第三章 研究方法

本研究採實用主義典範為哲學基礎，使用合併量化方法及質化方法的形式，以求達成研究目標。本章分七節說明本論文之研究方法，包含研究方法的選擇、研究程序、研究參與者、研究工具、資料分析方法、研究信賴度檢核及研究倫理。

第一節 研究方法的選擇

過往的成效評估方法往往僅大量使用量化數據，而本研究亦欲在訓練成效的探究中，深入探索受訓者的學習經驗。質性研究著重在受訪者的個人感受與經驗的陳述，目的在於呈現個體賦予事物的個別性意義（吳靖國，2010），得到問卷調查無法收集的經驗。因此，本研究將採用質量混合的設計，以期結合兩種方法的優勢，回答研究問題。

胡幼慧（1996）認為當一項研究中採用一種以上的方法，這項研究便是採用多元方法（multimethod）來收集資料，亦可稱之為三角交叉檢視法（triangulation）。三角交叉檢視法在廣義上指的是使用多元的研究方法、數據來源、研究者或理論來研究同一種社會現象的過程，從1970年代開始，被廣泛運用於社會科學的研究中。三角交叉檢視法被認為是成效的審查和評估時最應該採用的研究方法（Hales, 2010）。可以提高研究結果的有效性，評估數據是否一致、互補或相互矛盾（Murphy & Nicholl, 2010），在這之中，對於相互矛盾數據的分析，不意味著研究的失敗，而是引導研究者加深對於研究現象的理解或是展開新的研究問題（Miles & Huberman, 1994）。Norman Denzin（1978）將之分為四種不同的類型，該分類至今仍被廣泛認可和使用：

（1）數據三角檢視法（data triangulation），即在同一研究中使用多元來源的數據；

（2）研究方法三角檢視法（methodological triangulation），即在同一研究中使用不同的研究方法，如量化方法和質化方法，或不同的量化方法；

（3）研究者三角檢視法（investigator triangulation），即在同一研究中，由多個研究者來進行研究；

(4) 理論三角檢視法 (theory triangulation)，即利用多種觀點或理論解釋同一個研究結果。

本研究將參考新式 Kirkpatrick 評估模式中的三個層級 (反應層級、學習層級、行為層級) 為基本架構，以數據和研究方法的三角交叉檢視法同時收集質性資料與量化資料，分析時以質性研究的方法為主，輔以量化資料呈現，以達到相互驗證、補充的目的。

Kirkpatrick 和 Kirkpatrick (2007) 認為行為改變的發生需要時間，他們建議至少要在訓練結束後的 3 個月再進行評估。這樣做不僅考量到不同受訓者開始應用所學知識、產生行為改變的不同節奏，還有利於促使受訓者嘗試在工作上運用學到的知識或技能。此外，Morse (2009) 認為，混合使用不同的質性研究方法可以獲得不同的視角，關注到一些很有可能被忽視的內容。

基於可操作性的考量，本研究將於兩個不同時間點，以不同的方法收集質性資料，以評估行為層級的成效：訓練結束後一個月時之半結構式個別訪談、訓練結束後三個月時之焦點團體。其中，訓練結束後一個月時之半結構式個別訪談也用作評估反應、學習兩個層級之成效。

深入訪談能夠使受訪者以其自身的語言來描述他們對其生活、經驗或情況的感受、觀點、看法等 (Taylor & Bogdan, 2015)，根據 Kirkpatrick 和 Kirkpatrick (2007) 的建議，研究者於訓練結束後一個月時採用半結構式個別訪談來蒐集資料評估反應、學習及行為層級的成效。

訓練結束後三個月時，研究者選取焦點團體法蒐集資料，評估行為層級的成效。焦點團體法與深入訪談法的差異之一，在於受訪成員之間通過「互動」激盪出多種想法，提供研究者機會來進行多方面的「洞察」(胡幼慧，1996)，適用於同質性較高的團體中，在使用焦點團體法時，團體內成員的同質性不僅能夠創造舒適的對話環境，也使得研究者能夠比較不同團體間的差異 (鄭夙芬，2005)。因此，本研究將依據研究參與者之受訓背景、工作場域分成 2 個焦點團體，使得團體內成員具有一定的同質性，以此激發關於在工作中嘗試應用受訓所學內容的對話，更好地達成第三層級成效

評估的目的。此外，也能在不同團體間的比較中，嘗試評估受訓者因素、機構環境因素帶來的影響。

除上述質性資料外，在反應層級、學習層級的評估中，本研究還將採用量化資料輔助評估，以下將從兩個層級採納之量化資料分別做具體說明：

(一) 反應層級 (Reactions)

本研究將使用課後滿意度調查問卷於每次課程結束後收集學員對於該次課程的感受。該問卷之詳細說明，詳見研究工具節。

(二) 學習層級 (Learning)

學習層級的量化資料分為兩個部分，一是整體課程開始前、結束後，學員通過家庭治療師核心力量表 (Chao & Lou, 2018) 對家庭治療師核心能力之自我評價；二為學員於每次課程結束後，填答學習效果調查表對於在該次課程中的學習效果之自我評價。以上量表及問卷之詳細說明，詳見研究工具節。

表 3-1

資料來源與評估層級對照表

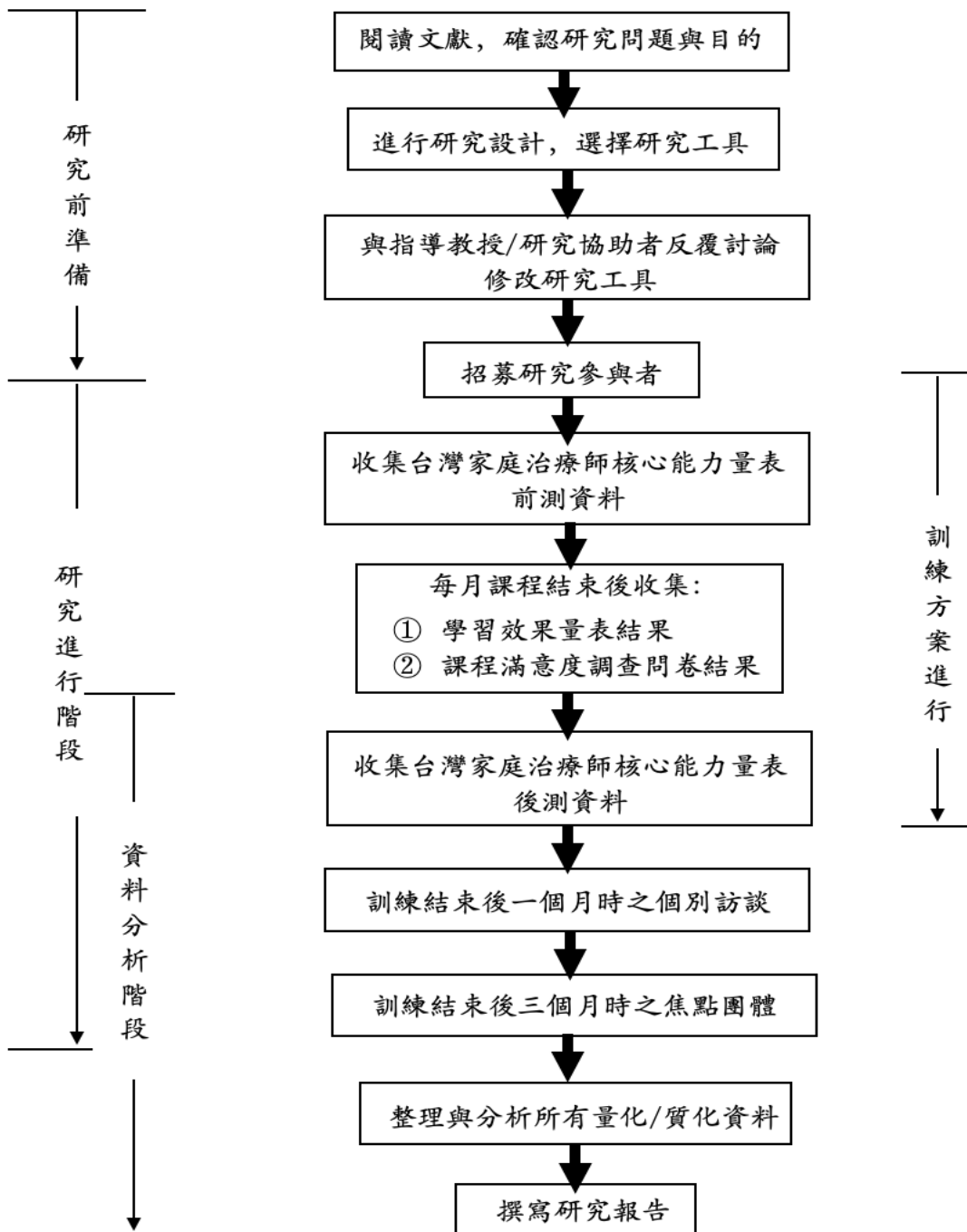
	反應層級	學習層級	行為層級
質性資料	訓練結束後一個月時之半結構式個別訪談		
	X	訓練結束後三個月時之焦點團體	
量化資料	X		X
	單元課後滿意度問卷	單元學習效果自陳問卷	X
	X	家庭治療師核心能力自我評量問卷	

第二節 研究程序

本節介紹研究進行之具體程序，研究按照時間前後順序可分為三個階段：研究前準備階段、研究進行階段、資料分析階段，其中，研究進行階段與資料分析階段並不完全獨立。具體程序如圖 3-1，以下將分階段詳細說明之。

圖 3-1

研究流程圖



一、研究前準備階段：

研究前準備階段指研究正式進行前所做的各種準備，時間橫跨研究者大四時期、研究所一二年級。以下將分為兩個程序具體說明之。

(一) 閱讀文獻，確認研究問題與目的

研究者在大四及碩士班修課期間，逐漸發展出對於家庭治療師訓練的研究興趣。隨後，在與指導教授商討的過程中，研究者不斷蒐集國內外家庭治療相關期刊論文、專業書籍以及具有聲望之家庭治療學會網站、知名大學/專業機構之家庭治療訓練設置等等資料，整理出前人在這一研究問題上已完成的成果及給予重要的研究建議，逐漸聚焦、發展出研究問題與研究目的。

(二) 進行研究設計，選擇研究工具

確認研究問題後，研究者與指導教授來回商討研究設計之細節後，選定研究工具。研究者設計學習效果調查表、訓練結束後一個月時之個別訪談大綱、訓練結束後一個月時之焦點團體訪談大綱。另選定需參考之研究工具，分別為 Chao 和 Lou (2018) 發展的台灣家庭治療師核心能力量表、游于萱 (2014) 設計的單元課後滿意度問卷，並聯絡作者取得使用授權。隨後，研究者在與指導教授及三位研究協助者共同討論過後，修改部分研究以適應本研究具體情境，詳情可參考研究工具節。

二、研究進行階段

研究進行階段，指上述籌備工作完成後的研究階段，包含完成所有研究資料的蒐集。這一階段隨著訓練課程的開展而開始，於訓練課程結束三個月時的個別訪談完成後結束，具體可分為九個程序，以下將具體說明。

(一) 招募研究參與者

研究者將於訓練課程的第一天時進行具體的研究說明，邀請有意願參與的學習者進一步詳談，最終請確認參與研究的學習者簽署研究同意書，共有 10 位受訓者參與本研究。研究者將以英文字母 (A-J) 為研究參與者進行編碼。

(二) 收集台灣家庭治療師核心能力量表前測資料

研究者將於邀請到研究參與者時，邀請 10 位研究參與者以紙本的形式具名填答台灣家庭治療師核心能力量表作為前測資料。

(三) 每月課程後收集學習效果調查表結果、課程滿意度調查問卷結果

訓練課程將持續 8 個月，10 位研究參與者將於每月課程結束時，具名填答學習效果調查表、課程滿意度調查問卷。

(四) 收集台灣家庭治療師核心能力量表後測資料

訓練課程結束時，10 位研究參與者以紙本的形式具名填答台灣家庭治療師核心能力量表作為後測資料。

(五) 進行訓練結束後一個月時之個別訪談

指導教授與研究者及研究協助者進行 1.5 小時之訪談訓練，以提升訪談者的行為一致性。訓練結束後一個月時，10 位研究參與者出席個別訪談，個別訪談的資料收集將由研究協助者共同協助完成。

(六) 舉行訓練結束後三個月時之焦點團體

訓練結束後三個月時，10 位研究參與者參與焦點團體。研究者將依據專業身分的不同，將研究參與者分至兩個不同的焦點團體進行訪談，焦點團體的資料收集將由研究協助者共同協助完成。其中團體 A 由 B、E、H、G 四位受訓者組成，團體 B 由 A、C、D、F、I 五位受訓者組成，受訓者 J 未出席。

(七) 整理量化/質化資料，初步分析

研究者將在這一步驟整理所有量化/質化資料，進行初步分析，與指導教授討論後，整理出重要主題，結合文獻資料，挖掘可以持續探索的內容。

四、資料分析階段

資料分析階段指研究者開始著手探索質性/量化資料的內涵與意義的階段，在本研究中，這一階段將於研究進行階段的後期就開始進行，目的在於尋找更貼近研究參與者學習經驗之方向，以便在後續個別訪談中延續，深入探索。本階段的最後一步驟：

整理與分析所有量化/質化資料，具體資料分析方式，請見資料處理與分析節。

五、撰寫研究報告

資料分析結束後，研究者將把研究結果整理後撰寫，呈現最終的論文。

第三節 研究參與者

一、研究參與者

本研究採立意取樣，於訓練開始前，從全程參與訓練的 20 位學員中招募研究參與者。最後共有 10 位參與者這些受訓學員均為助人專業背景（其中一人未參與訓練結束三個月後之焦點訪談團體），專業身分包含諮商心理師、臨床心理師、學校輔導老師、社工師。其工作場域分佈在學校、醫院、學諮中心等（見表 3-2）。

表 3-2

研究參與者之背景資料表

代號	專業背景	工作場域
A	諮商心理師	大學諮商中心
B	學校輔導老師	國中輔導室
C	學校輔導老師	國中輔導室
D	諮商心理師	大學諮商中心
E	社工師	社福機構
F	諮商心理師	大學諮商中心
G	社工師	醫院
H	社工師	社福機構
I	臨床心理師	醫院精神科

二、授課講師

訓練課程共有八位授課講師，其中三位擁有博士學位，另五位講師皆為碩士層級

心理師，分別負責講授訓練課程中的八次講座。八位授課講師分別來自大專院校、醫院、社福相關機構、相關專業機構，或以行動心理師的身份工作於諮商所，皆在其工作領域應用家庭治療和系統合作，有著豐富的經驗。其任職單位與專長等具體資料見表 3-3。

表 3-3

訓練課程授課講師資料表

代號	任職單位	專長*
P	大專院校	系統合作、伴侶與家庭治療訓練
Q	大專院校	心身症家庭治療
R	社福相關單位	安置機構兒童青少年家庭治療
S	諮商所	青少年問題家庭治療、系統取向專業訓練
T	大專院校 (已退休)	後現代取向家庭治療
U	醫院	後現代取向家庭治療、醫療系統家庭治療
V	諮商所	正念治療
W	相關專業機構	正念治療

*除V、W外之講師皆以「伴侶與家庭治療」為專長，為避免贅述，表內僅列舉特殊場域或取向。

三、課堂演練助教

訓練課程共有三位助教，代號分別為 X、Y、Z 將在課堂演練的階段，以帶領 3-5 人小組的方式，觀察各個學員演練的歷程並提供具體的回應和建議。三位助教皆另有諮商心理師證照，為家庭治療實務工作者，其具體資料見表 3-4。

四、訓練課程督導

訓練課程共有三位督導，代號分別為 Q、R、U，以 3-5 人團體督導的方式為學習者的家庭治療實務操作提供督導。三位督導同時也是訓練課程講師團隊的一員，皆為資深家庭治療師及家庭治療師督導，具體資料見表 3-4。

表 3-4

訓練課程督導/助教資料表

代號	任職單位	專長*	協助方式
Q	大專院校	心身症家庭治療 伴侶與家庭治療督導	團體督導
R	社福相關單位	安置機構兒童青少年家庭治療 伴侶與家庭治療督導	團體督導
U	醫院	後現代取向家庭治療 醫療系統家庭治療	團體督導
X	諮商所	青少年問題家庭治療	課程演練助教
Y	諮商所	青少年問題家庭治療	課程演練助教
Z	諮商所	無	課程演練助教

*督導/助教皆以「伴侶與家庭治療」為專長，
為避免贅述，表內僅列舉特殊場域或取向。

五、研究協助者

共有三位協助者，共同參與問卷製作、個別訪談大綱的制定及個別訪談及焦點團體的資料收集，三位協助者皆為諮商所高年級碩士研究生，都曾修習家庭治療課程，也曾有進行質性研究的經驗。三位協助者分別對於參與者進行個別訪談，其中一位研究協助者亦擔任焦點團體之主持者角色。

六、研究者在本研究中的角色位置

研究者以受訓者和研究者的雙重角色參與在本訓練方案中。作為受訓者，研究者全程參與本訓練的所有課程。為避免此受訓者角色對於研究的干擾，研究者在質化資料收集階段擔任行政安排的角色，引入研究協助者負責收集質化資料（個別訪談、焦點團體）。

第四節 研究工具

一、家庭治療訓練方案

本家庭治療訓練方案旨在建構受訓者之家庭治療師核心能力，提升其在本土脈絡下進行家庭治療工作之信心與能力。訓練之核心精神包含：以家庭治療師核心能力為本、注重文化脈絡之影響、以提升實務應用能力為目標，採用實證主義導向的訓練方法靈活多元且注重個體差異。

在方案設置上，本家庭治療訓練方案為收費訓練，收取費用落於坊間相關長程訓練之平均收費區間。訓練時長為 8 個月，每個月共有一個共有兩個訓練日，訓練時間為上午 9 點至下午 5 點，每個訓練日共計 7 個小時訓練時數，總訓練時長為 112 小時。

訓練方案共由五部分訓練內容組成，分別為：(1) 講座 (2) 讀書會 (3) 演練課 (4) 影片賞析 (5) 團體督導，時間安排可見表 3-5。

表 3-5

家庭治療訓練方案內容表

訓練時間		訓練內容	訓練主題	授課講師/督導
訓練月	訓練天			
一	一	講座	家庭治療師的核心能力	P
	二上午	讀書會		R
	二下午	演練課		X、Y、Z
二	一	講座	家庭治療系統工作概念化	R
	二上午	讀書會		R
	二下午	演練課		X、Y、Z
三	一	講座	家庭工作評估地圖、關係修復歷程	Q
	二上午	讀書會		R

	二下午	演練課		X、Y、Z
四	一	講座	評估青少年發展與家庭關係	S
	二	團體督導		X、Y、Z、R、P
五	一	講座	後現代思維的治療性對話	T
	二	影片賞析	家庭治療錄影帶之歷程討論	R
六	一	講座	掌握會談歷程	P
	二	團體督導	分三個團督小組進行督導	Q、R、U
七	一	講座	醫療脈絡系統工作	U
	二上午	團體督導	分三個團督小組進行督導	Q、R、U
	二下午	影片賞析	家庭治療錄影帶之歷程討論	R
八	一	講座	正念與家庭治療歷程	P
	二上午	團體督導	分三個團督小組進行督導	Q、R、U
	二下午	影片賞析	家庭治療錄影帶之歷程討論	R

(一) 講座：

本訓練方案共有 8 次課程式講座，每次時長為一個訓練日，分別在 8 個月內進行。課程式講座的學習形式將以講師向學習者授課為主，主題涵括家庭治療師核心能力、家庭治療概念化工具、家庭治療評估、家庭治療歷程、青少年與家庭治療、醫療系統家庭治療、後現代取向家庭治療及正念與家庭治療。

課程式講座的整體目標為在認知層面提供學習者家庭系統理論知識，隨著訓練課程的推進，從整體性的家庭系統知識，逐漸縮小範圍至特定場域、族群，最終回到家庭治療師個人的需求。

(二) 讀書會：

本訓練方案共含 3 次讀書會，每次時長半個訓練日。學習者在讀書會前需按照課程要求閱讀指定書籍，指定書籍皆為國內外家庭治療課程常用之教科書。讀書會將由

課程講師 R 帶領全體學習者討論閱讀的重點摘要、閱讀心得及閱讀困惑。

讀書會之目標和功能在於補充課程式講座的缺漏之處，幫助學習者在互動之中建構起對於家庭系統工作更完整的理解。

(三) 演練課：

本訓練方案共含 3 次課程演練，每次時長半個訓練日，三次演練的練習主題分別為：邀請家庭加入治療、促進家庭成員對話、化解家庭間衝突。課程演練前，課程講師 R 會將演練案例資料傳送給每位學習者進行研讀。演練當天，學習者將被分為 3 個 3-5 人演練小組，在課程助教 X、Y、Z 的帶領下，藉由事先設定好的案例，進行練習。在三輪演練過程中，學習者將分別擔任家庭成員、家庭治療師及觀察員，並在每輪演練過後以各自的角色彼此回饋。課程助教 X、Y、Z 將擔任演練主持者及觀察、回饋、技巧引導者，藉由自身的家庭治療實務經驗，幫助學習者更好的達成練習目標。

課程演練有三個練習主題，旨在促進學習者分別練習和發展三項重要的家庭治療師核心能力。課程演練是學習者從理論學習到實務使用的第一步。

演練課包含在第四個月時進行一次驗收檢核，時長為一個訓練日。驗收檢核將由課程講師 P、R 及課程助教 X、Y、Z 帶領，學習者需要在大團體中進行 10 - 15 分鐘的演練，演練結束後，課程講師 P、R 及課程助教 X、Y、Z 及其他學習者將會給予回饋。

驗收檢核的進行時間為訓練課程的中段，功能在於評估訓練進行至今的學習成效、提供團體督導，目標是為學習者個人在下半段訓練課程中需要補足或加強的部分提供建議。

(四) 影片賞析：

本訓練方案共含 3 次影片賞析，將在訓練課程下半段進行，每次時長半個訓練日。課程講師 R 將帶領學習者分段觀看治療錄影帶，共同討論治療歷程、治療師風格及案例家庭概念化等。

學習者在影片賞析中，將有機會觀察一位富有經驗的家庭治療師與家庭工作之完

整歷程。分段觀看和帶領下的討論，目標在於盡可能幫助學習者從成熟的家庭治療師的作法中得到啟發，吸取自己可以參考學習的部分。

(五) 團體督導：

本訓練方案將要求學習者在倫理範圍內招募伴侶或家庭進行6次家庭會談。訓練方案含3次團體督導，每次時長半個訓練日。學習者將被分為3個小組，分別接受訓練課程督導 Q、R、U 的督導。

二、台灣家庭治療師核心能力量表

趙文滔和羅幼瓊（2018）根據美國婚姻與家庭治療協會（AAMFT）列舉出的128種家庭治療師核心能力，及英國倫敦大學學院（UCL）提出的系統治療能力框架進行修改，發展出適應法律體系、融合台灣文化觀點的42項台灣家庭治療師核心能力

（Taiwan Family Therapist Core Competencies, TFTCC）。本研究使用趙文滔和羅幼瓊（2018）編制之TFTCC量表，測量研究參與者在參與訓練之後的家庭治療師核心能力自評值，以評量學習層級的成效（附錄三）。

TFTCC中，台灣家庭治療師核心能力由四個主要能力類別構成：進入治療、評估與診斷、治療介入、個案管理，其中「個案管理」又分為四個子類別，分別為：形成治療計劃、評估治療進展、處理結案/轉介、系統資源協調合作，其中每一個主/子能力類別又細分為若干個具體核心能力。

TFTCC量表共計42題，每一個題項評估一項家庭治療師核心能力，按照填答者對該能力之熟練程度，可得到1-4分不等：新手程度得到1分，學習中程度得到2分，勝任程度得到3分，最高分為熟練程度可得到4分。其中「進入治療」共有4題；「評估與診斷」共有9題；「治療介入」共有13題；「個案管理」中有「形成治療計劃」3題、「評估治療進展」6題、「處理結案/轉介」3題、「系統資源協調合作」4題，共16題。

TFTCC量表的建立與修改採用德菲法（Delphi Method），量表整體之四分位差值為0.6，即參與研究的專家學者對於該量表所有題項達成高度共識。在第二回合問卷

中，台灣家庭治療師核心能力量表中 42 項核心能力的重要性評分之平均數都高於 2.5 分，即台灣家庭治療師核心能力量表中所有核心能力項的重要性都得到參與研究的專家學者之認同。

三、課程滿意度調查問卷

本研究採用游于萱（2014）設計的單元課後滿意度問卷，該問卷為評量第一層級（反應層級）而設計，與本研究之需求非常貼近。本研究將修改後，製作課程滿意度調查問卷以瞭解研究參與者對於訓練方案之滿意度（附錄一）。

課程滿意度調查問卷共有 10 題，其中 1-8 題分別描述了對於課程內容之有趣程度、難易程度、數量，以及講師/助教的教學方式、課程活動、教材內容、行政安排的主觀滿意程度，以 5 點方式計分，1 分為非常不滿意，5 分為非常滿意。第 9 題採開放式填答題項，請填答者填寫兩天的課程中自己最喜歡的部分。第 10 題則沿用原問卷題項，請填答者填寫他們認為需要改進的部分。

四、學習效果調查表

為評估訓練方案於學習層級（第二層級）達成的成效，本研究設計學習效果調查表（附錄二）。

該調查表共有 9 題，其中前三題評估課程內容與實務工作之相關程度、適用程度；第 4-7 題參考 TFTCC，評估學習者之進入治療、評估、與家庭工作的能力；第 8 題評估學習者對於實際進行家族治療的信心程度。前 8 題皆以 5 點方式計分，1 分為完全不符合，5 分為完全符合。第 9 題為開放式填答題項，收集學習者的其他學習與收穫。

五、訓練結束後一個月時之個別訪談大綱

訓練結束後一個月時之個別訪談為半結構式訪談，研究者依據事先討論與制定的訪談大綱為架構，以具有彈性的方式訪談研究參與者。

訓練結束後一個月時之個別訪談大綱由研究者、三位研究協助者、論文指導教授共同討論後編寫，共由 16 個較為廣泛的問題組成，通過深入瞭解學習者之受訓經驗，

評量反應層級、學習層級、行為層級的成效（見附錄四）。

六、訓練結束後三個月時之焦點團體訪談大綱

訓練結束後三個月時之焦點團體將以一份簡單的焦點團體訪談大綱為基本架構，該訪談大綱由研究者、三位研究協助者、論文指導教授共同討論後編寫，由一段主持開場語及 9 個廣泛的題項組成，通過成員間彼此互動的結果收集質性資料，以評量學習層級及行為層級的成效（見附錄五）。

第五節 資料分析方法

本研究將同時收集量化資料、質化資料，分析時以質化資料為主，以量化資料作為補充。以下將分別敘述。

一、量化資料分析方法

（一）t 檢定

研究假定樣本為常態分佈。研究者將把台灣家庭治療師核心能力量表前測資料、台灣家庭治療師核心能力量表後測資料編碼登錄後，以 SPSS 為工具進行相依樣本 t 檢定。

（二）描述統計

本研究將會收集研究參與者在每月課程結束後之學習效果調查表、課程滿意度問卷結果，共計 8 次。研究者將把這些資料編碼登錄後，以描述統計的方式整理、分析。

二、質化資料分析方法

本研究採用主題分析法。Thomas（2000）認為質性研究分析至少包含以下步驟：

（1）準備原始資料，即謄寫逐字稿（Preparation of raw data files）；（2）沈浸於逐字稿文本（Close reading of text）；（3）形成不同類屬（Creation of categories）；（4）檢視編碼完整性（Overlapping coding and uncoded text）；（5）持續修正和完善編碼系統（Continuing revision and refinement of category system）。

本研究將依據 Braun 和 Clarke（2006）所提出的六個階段，對於質性資料進行處

理與分析。針對課程結束後一個月時之個別訪談、課程結束後三個月時之焦點團體這兩種質性資料，研究者都將依照該步驟進行逐字稿的謄寫及編碼。以下將分別舉例說明：

(一) 熟悉資料

將個別訪談、焦點團體錄音檔謄打為逐字稿，多次校對與反覆閱讀逐字稿、聆聽訪談錄音檔，以捕捉重要語言及非語言訊息，並從脈絡中瞭解其所蘊含之整體意義。

(二) 形成代號並進行開放式編碼

此部分為將資料編碼，完成逐字稿後，補充上不完整或非語言訊息，在括號內補上代名詞所指稱之事物或當下之非語言與情緒。之後將逐字稿斷句與編碼，並與指導教授多次討論。補上代名詞所指稱之事物或當下之非語言與情緒將以斜體在括號中顯示。編號時，資料來源為個別訪談則為 I，來源為焦點團體則為 G，個別訪談訪談員為 a、b、c，焦點團體主持人為 K，受訪者則以英文代號 A、B 等編號。

例：若為受訪者 D 的個別訪談中，第 36 句發言即編號為 I-D-36，以形成語句內容。焦點團體訪談中，焦點團體中第 5 句發言，由受訪者 A 所說，即編號為 G-A-5；以受訪者 D 之逐字稿舉例：

I-D-34: 我覺得那是在 (學校場域) 整個系統對我的期待, (他們) 就期待我去 fix 這些人, (期待我) 去把這些問題處理掉, (期待) 學生自殺變成不自殺, 學生要可能情緒控制不好變成 (情緒控制好), 所以很多時候那些系統給的壓力, 他們期待 (學生) 在六次或八次之內就要好, 而且還要求做前後測, 所以那是一個很弔詭的系統壓力, 雖然說我有意識的在反抗這些事情, 但是你不知不覺就 (把這些期待放在) 在自己身上。所以 (我) 就進去就要 (趕快處理衝突) ……

I-c-35: 很快就要去解決問題、處理衝突嗎?

I-D-36: 對呀, 然後就會開始去介入了啊, 可是現在學會等了啦, 現在

比較學會，就現在比較可以忍耐（案家衝突），然後我可以先在旁邊喝杯茶（笑），看他們發生甚麼事情。現在比較可以，以前是很想要在那個當下就

……

I-c-37: 打斷他們？

I-D-38: 對（很快打斷衝突）。

形成代號之後，針對有意義的片段以系統性的方式進行初步的編碼，及初步的開放性編碼（見表 3-5）。

表 3-5

開放性編碼範例表

開放性編碼	資料片段
訓練課程幫助受訓者接觸到督導資源	我覺得是可以一直有這樣的，我在進入這個課程之前我不是很清楚有什麼督導是擅長做這些事情，我們可以接受這樣的督導，可能上課之後才知道可以接受到這樣子的資源，可能哪些老師也是擅長這些領域的，甚至可以給我們協助的。可能也是我們太陌生了，對這個不了解，原來我們還可以找人幫忙（G-H-38）。
受訓者在工作中對於衝突的忍耐度有所提升	我覺得這也想是前面說的那種學習，因為以前可能看到吵架會非常非常慌張，現在就是非常慌張。比較能夠去做點什麼。以前就可能會愣在那裏，然後一直想著完蛋了，會不會這個家庭就毀在我手上了（G-B-17）。
訓練結束後，受訓者在衝突中仍能保持自我覺察	我覺得它已經變成我腦中……我就會會反覆思考，我現在的狀態是什麼？是我太急了嗎？我應該拉遠一點距離，看她們爭吵的狀況，所以這是我現在接伴侶常在做的事情，就是吵的很凶的時候我是不是該有點距離，穩住自己再去接近。所以這不是技巧，是對我自己狀態，讓我自己問的時候是很有幫助（G-I-12）。

(三) 主軸編碼

本階段資料分析程序為對開放性編碼所發現的內容進行進一步的連結與統整，使得資料的意義開始被分割，尋找不同類目間的關係，如因果關係或相似概念，進行重新彙整，主軸編碼由此浮現出來（見表 3-6）。

(四) 選擇性編碼

此階段的目的是在於尋找核心主題，透過將相類似的類目進行連結或將不同的類目進行區分，將抽象的層次提高，形成一個具有中央性的核心主題。在發展核心主題階段，研究者在整體和部分之間循環探究，儘量懸置之前的理解，以開放的態度多次接觸文本，以實現穩定、有意義的核心主題（見表 3-6）。

表 3-6

主軸編碼與選擇性編碼範例

選擇性編碼	主軸編碼	開放性編碼
		受訓者認為訓練方式很多元
	課程設計的完整性	受訓者認為訓練時間足夠長
訓練設計完善		受訓者認為訓練時間跨度長
		受訓者認為課程主題豐富
	課程內容的豐富性	
		受訓者認為課程涉及的領域多元

(五) 定義和命名主題

在這一階段，研究者持續分析、個別主題以及整體分析的架構，檢驗資料內涵，為主題形成精簡、對內容一目了然的命名。

第六節 研究信賴度檢核

量化研究和質化研究使用不同的方式和詞彙來形容所蒐集之資料的品質，Anfara, Brown 和 Mangione (2002) 將這些不同進行歸納，指出，確實性 (credibility) 可比照內在效度；可轉換性 (transferability) 可比照外在效度，即研究發現可否遷移至其它脈絡；可靠性 (dependability) 可比照信度，即指個人經驗的獨特性與唯一性，研究者如何運用研究方法增加資料可靠性；可驗證性 (confirmability) 可比照客觀性，即研究結果是否真實來源與收集到的資料而非研究者個人的想法。這四項指標合起來，則構成 Guba (1985) 所主張的研究信賴度 (trustworthiness) 指標。

以下將從這四個指標分別如何努力被達成進行說明：

(一) 確實性 (credibility)：即研究結果能否真實呈現研究問題希望瞭解的內容。

(1) 長時間在研究現場的觀察：研究者將同時參與訓練課程，保持與研究參與者的互動，以克服曲解和偏見。

(2) 指導教授及同儕討論、反饋：研究者將密集與指導教授及一位研究所同儕討論分析內容。

(二) 可轉換性 (transferability)，即研究發現可否遷移至其它脈絡。

(1) 詳細的描述性資料：本研究將盡可能蒐集取樣方式、研究參與者特徵，將原始情境脈絡描述出來，以助讀者更好地判斷研究結果可遷移至其他可能之脈絡的適宜性。

(2) 盡可能收集多位研究參與者之資料：多個研究參與者之間比較後的一致之處，將增加研究發現可遷移至其它情景或脈絡的可能性。

(三) 可靠性 (dependability) 即指個人經驗的獨特性與唯一性，研究者如何運用研究方法增加資料可靠性。

(1) 詳盡說明研究歷程：研究者將通過研究日誌的方式紀錄，並在撰寫時盡可能詳盡說明整個研究的歷程，協助讀者判斷本研究之可靠性。

(2) 密集與指導教授討論：研究者將密集與指導教授討論編碼方式，以提升研究結果之可靠性。

(3) 重複編碼：研究者將在一段時間間隔之後，再一次重複編碼歷程，以提升編碼之可靠性。

(四) 可驗證性 (confirmability) 即研究結果是否真實來源與收集到的資料而非研究者個人的想法。

(1) 持續反思：研究者將在研究過程中不斷謹慎地覺察和紀錄自身省思，以增強資料分析的客觀程度。

(2) 結果呈現：研究者將採用引述的方式來呈現研究結果，使讀者得以判斷研究結果是否忠實於所收集到的資料。

此外，三角交叉檢視法為本研究的重要研究方法，貫穿於研究的各處，亦可在各個指標上增加研究信賴度。

第七節 研究倫理

本研究將依據以下倫理考量，確保研究參與者的權益得到保障：

一、研究參與者的選取

本研究在訓練課程開始時，招募自願參與研究的學習者，招募時明確表明是否參與研究都不會影響到學習者參與訓練課程之過程。

二、知情同意

針對願意參與本研究的學習者，研究者將進一步說明研究的目的、過程、各階段資料收集的方式（尤其是何時需要錄音、錄影）、資料的處理方式、研究者的身分及聯絡方式。由於研究歷程為長期，研究者將特別強調參與者在此過程中可隨時退出的權利。研究者將確認研究參與者瞭解及同意之後，才請參與者簽署研究同意書。

三、資料保密

在研究的整個過程中，研究者都將謹守資料保密原則。研究者將在參與者簽署研究同意書後，就將身分進行編號，後續資料以身分編號進行整理，在課程討論、研究

討論的整個過程中，參與者之個人身分信息都將被保密，結果呈現時，足以辨識身分之特徵信息也將被隱匿。

研究所收集到的所有資料都將被妥善保管，並與研究結束時一併銷毀。



第四章 研究結果

本研究結果綜合量化與質化資料以回應研究問題，第一節呈現量化分析結果，第二節、第三節呈現質性分析結果。

內容方面，第一節呈現量化分析結果，包含課後滿意度及學習效果自陳量表之結果及家庭治療師核心能力量表之結果。第二節為質性分析結果，包含（1）動機；（2）訓練結束時之成效；（3）訓練結束三個月後受訓者個人生活的改變；（4）訓練結束三個月後於職場之成效遷移。第三節同為質性分析結果，呈現促進學習成效之有利因素。

第一節 量化分析結果

一、課後滿意度問卷顯示受訓滿意度高

課後反應可以詮釋為訓練者對於本次訓練計畫的滿意度，目的在於探討訓練者是否對學習過程感到興趣。為釐清訓練者是否對本次訓練有良好的接受度。研究者自製滿意度問卷，該問卷的計分方式為5點制，1分代表非常不滿意，5分代表非常滿意，評估範疇包含了多個層面，目的在於對訓練計畫進行全面性的評估。第一月課程之滿意度資料缺乏，表4-1綜合訓練者對第二至八月課程滿意度的總平均數，其中訓練者對於課程的總體滿意度為4.5分，尤以對於「講師教學方式」和「各式教學活動」的滿意度最高，平均為4.7分。除了「場地與設施」之外，其餘各項評估範疇的滿意度均達到或超過4.5分。

表 4-1

受訓者對於第二至八月課程滿意程度之總平均數摘要表

項目	二	三	四	五	六	七	八	平均數
課程內容吸引力	4.50	4.60	4.90	4.50	4.80	4.56	4.50	4.62
課程內容難易度	4.20	4.40	4.50	4.10	4.90	4.44	4.70	4.46
課程內容數量	4.20	4.60	4.50	4.44	4.70	4.44	4.70	4.51
講師教學方式	4.80	4.60	4.80	4.50	4.90	4.67	4.70	4.71
助教教學方式	4.40	4.90	4.70	4.30	4.63	4.44	4.50	4.55

各式教學活動	4.50	4.89	4.80	4.50	4.80	4.67	4.60	4.68
教材內容	4.20	4.70	4.78	4.30	4.70	4.33	4.50	4.50
場地與設施	4.10	4.50	4.40	4.40	4.50	3.89	4.70	4.36
整體	4.36	4.65	4.67	4.38	4.74	4.43	4.61	4.55

二、學習效果自陳問卷結果顯示受訓者於各訓練部分的學習效果佳

學習成效自評量表使用 5 點量表，5 分表示完全符合，1 分表示完全不符合。該量表分為兩個部分，第一部分評量了受訓者對於該次課程在核心能力及信心提升上的效果，第二部分則邀請受訓者對於該次課程的不同訓練內容的幫助度進行整體的評價。表 4-2 呈現了受訓者於課程結束後，對於當次課程的學習效果自評的 8 次量表結果之平均數。其中，受訓者自評的學習效果，每一題項的平均數皆高於 4.30 分，整體平均數為 4.58 分。其中，「課程內容與我工作上面臨的狀況與需要很相關」一題的分數最低，為 4.39 分。「課程內容讓我更有信心從事家庭治療/家庭工作」與「課程內容可以直接或間接應用在我的工作上」稍高一些，同為 4.42 分。而評分最高的兩項為「課程內容能增進我對案主/案家狀況的理解與掌握，提升我對案情進行系統評估的能力」及「課程內容讓我對家人關係、對會談過程更敏感，看得比以前更加清楚」，皆為 4.71 分。「課程內容讓我學到或增進與家人進行會談的具體能力」次之，為 4.70 分。可見受訓者認為理解能力、評估能力、關係敏感度的學習效果最好，而相較而言，與工作的貼近度、實用性，及信心則相對較差。

表 4-2

受訓者每次課程後學習效果自評之 8 次結果平均數摘要表

題目內容	平均數
課程內容與我工作上面臨的狀況與需要很相關	4.39
課程內容可以直接或間接應用在我的工作上	4.42
課程內容能增進我的實務工作效能	4.67
課程內容能增進我對案主/案家狀況的理解與掌握，提升我對案情進行系統評估的能力	4.71
課程內容讓我學到或增進與家人進行會談的具體能力	4.70

課程內容幫助我更加理解某些家庭成員的角色與心態，更知道如何和這些成員工作	4.67
課程內容讓我對家人關係、對會談過程更敏感，看得比以前更加清楚	4.71
課程內容讓我更有信心從事家庭治療/家庭工作	4.42
整體	4.58

學習效果自陳量表的第二部分，邀請受訓者對於該次訓練內容的學習效果進行總體評價。表 4-3 分別呈現了受訓者對於「講座」、「督導」、「影片賞析」三種訓練內容的整體學習效果自評結果之平均數，為便於閱讀，表 4-3 中將單次量表題項中的「本次訓練內容」替換為實際的訓練內容加以呈現。根據表 4-3 的結果，訓練者普遍認為課程內容有助於提升其家庭治療能力，其中影片賞析（ $M=4.78$ ）和督導（ $M=4.74$ ）的效果較為顯著，而演講的效果相對較小。將每次演講的主題代入結果進行呈現，可見表 4-4，其具體的成效將在質性資料中進一步展現。

表 4-3

受訓者對於各訓練部分學習效果之自評平均數摘要表

題目內容	平均數
講座的内容能增加我對家庭治療的能力	4.49
督導的内容能增加我對家庭治療的能力	4.74
影片賞析的内容能增加我對家庭治療的能力	4.78
整體	4.67

表 4-4

受訓者對於各演講主題學習效果之自評平均數摘要表

演講主題	學習效果平均數
評估青少年發展與家庭關係	4.70
後現代思維的治療性對話	4.20
掌握會談歷程	4.80
醫療脈絡系統工作	4.44
正念與家族治療歷程	4.30
整體平均數	4.49

三、家庭治療師核心能力自評問卷結果顯示受訓者家庭治療師核心能力顯著增長

如表 4-5，家庭治療師核心能力自我評量問卷為 4 點量表，包含 4 個不同的能力

模塊：進入治療（共 4 題，總分為 16），評估與診斷（共 9 題，總分為 36），治療介入（共 13 題，總分為 52）以及個案管理（共 16 題，總分為 64）。如表 4-4 所示，進入治療（ $t=9.54$, $p<.001$ ），評估與診斷（ $t=6.98$, $p<.001$ ），治療介入（ $t=8.63$, $p<.001$ ），以及個案管理（ $t=5.44$, $p<.001$ ）四項的前後測分數均存在顯著差異。在個案管理模塊下，訓練者在形成治療計畫（ $t=4.67$, $p<.01$ ），評估治療進展（ $t=5.09$, $p<.001$ ），處理結案/轉介（ $t=4.43$, $p<.01$ ），以及系統資源協調合作（ $t=2.93$, $p<.05$ ）四項不同能力的前後測分數差異均達到顯著水準。這些結果支持了訓練者在經過訓練課程後，其進入治療、評估與診斷、治療介入、個案管理的能力有顯著提升的觀點。

表 4-5

受訓者之家庭治療師核心能力自陳問卷平均分數 t 考驗分析摘要表

變項	前後測	人數	平均數	標準差	t
進入治療	前測	9	5.00	1.22	9.54***
	後測	9	10.22	1.79	
評估與診斷	前測	9	21.33	3.28	6.98***
	後測	9	26.67	4.44	
治療介入	前測	9	25.67	6.24	8.63***
	後測	9	35.22	6.69	
個案管理	前測	9	34.67	8.89	5.44***
	後測	9	45.78	8.57	
形成治療計畫	前測	9	6.22	1.99	4.67**
	後測	9	8.56	2.07	
評估治療進展	前測	9	12.33	3.61	5.09***
	後測	9	16.56	3.47	
處理結案/轉介	前測	9	6.00	1.94	4.43**
	後測	9	8.33	1.73	
系統資源協調合作	前測	9	10.11	1.96	2.93*
	後測	9	12.33	2.00	

*** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

第二節 質性分析結果

本節展示個別訪談及焦點團體的質性分析結果，以動機和成效及促進成效之有利因素這三大部分來整合呈現。其中，成效部分又細分為訓練結束時之成效、訓練結束三個月後受訓者個人生活改變、訓練結束三個月後於工作場域之成效遷移三類。

一、受訓動機

本研究發現，受訓者進入訓練之動機可分為三大類別，即訓練前的工作困境、對於家庭治療的興趣和訓練方案本身的吸引力。以下將分別敘述之。

(一) 困境：對「缺乏」的感知

在這一主題中，我們藉由描述受訓者在決心加入訓練方案時的生活經驗，呈現出受訓者參加訓練的脈絡。

由前文之量化結果部分可知，受訓者在進入訓練之前，於家庭治療師核心力量表的平均分數為 86.67 分（總分為 168 分）。我們發現，從事家庭治療相關工作的受訓者，在參加訓練前，常面臨著一系列的工作的困境，處在缺乏自我效能感的狀態中。這種「缺乏」的感覺，驅使他們尋求進一步的學習和訓練。「缺乏」的感受源自於過去的受訓不足，具體而言指的是缺乏整合性的知識體系，即知識是不完整和片段化的，與之相對應的能力也是如此。這種「缺乏」的狀態，造就了受訓者的工作困境甚至是瓶頸，使其感到對於現況的不滿意。在面對這種困境時，受訓者的自我質疑和其團隊成員的負面反應則加劇了受訓者的無能感，從而使受訓者更加渴望提升與家庭工作相關的能力，進而採取行動。

1. 家庭治療訓練不足

本研究的結果顯示，許多受訓者在原先的工作場域中，面對著與家庭工作或與系統合作的需要。然而，受訓者可能有過一種在擔任家庭治療師角色或進行與家庭相關工作時，缺乏自我效能感的經驗。這種「缺乏」的感知成為了受訓者投入培訓的重要驅動因素。例如身為社工師的受訪者 E（本研究以受訪者+字母代號來稱呼參與本研究的受訓者）指出她在大學時社工系的專業訓練課程並不統一，沒有明確的家庭訓練

框架，她自己恰好並未受過相關訓練：

I-E-11：「工作上有很多卡住的地方。因為（家庭治療）這一塊…有一些社工系其實是會碰到的，可是我們那時候系上開課並沒有開到這一塊。」

2. 執行家庭治療之效能感低落

受訓者也可能已經具有一定程度的家庭治療的知識和技能，他們的「缺乏」源自於過往的受訓不足，所學知識是片段化和不完整的，缺乏一個能讓他們使用的整合性的知識體系。在這種情形下，受訓者不知道如何有效地應用那些已經掌握的知識。

受訪者 C 進一步指出，在其專業發展過程中，與家庭工作能力的訓練不足。這種不熟悉感帶來了許多負向的工作經驗。隨著時間的推移，受訪者對於與家長進行工作變得充滿恐懼，並逐漸累積出對自身在工作中無能的感受：

I-C-28：「一般而言是怎麼樣跟家長談話？有時候會質疑自己啦，（家庭治療）這一塊領域其實是沒有學到、不足夠的，只要是（面對）家長就莫名蠻恐懼的，因為我對那個很不熟，然後我對家長的步調，或者是家長會怎樣子跟你談，都是沒有（被）教導過的。應該說一直以來的工作經驗，跟家長接觸都不是那麼容易。」

面對工作的困境，自我質疑會帶來無能的感覺。於此同時，系統內其他成員的負向反應可能會增強這種感受。如受訪者 G 感受到的團隊成員對於自己與家庭工作的能力有所質疑，而這種自己能力不足的感受是受訪者 G 難以接受的，進而認為有必要接受更多的訓練以提高自身能力。

I-G-4-2：「我在處理一個家庭處理得很不好，在那個團隊裡面就被問說：『家庭？家庭不是社工最厲害？那你為什麼會處理的不好？』我覺得我好像也很難回答，我不知道應該怎麼說，我一直沒有辦法接受自己處理的不好，又這樣被團隊質疑，所以我覺得我應該要上課。」

3. 工作困境使受訓者認識到精進家庭治療能力之必要

當受訓者遭遇具體的工作困境時，意識到這些問題源於家庭治療方面的知識和技能不足，進而產生學習的動機。受訓者可能會在與家庭進行直接工作時，體認到有必要進一步學習以家庭為對象的相關知識。例如，受訪者 H 在處理親子衝突或拒學孩子的問題時，感到難以應對家長的情緒，且不知如何去理解家庭背後可能潛在的問題，這使得受訪者 H 陷入一種被迫與家長的角力局面：

I-H-34：「那時候也蠻常遇到親子衝突的，或是也有一些是拒學的拒絕的孩子。因為我覺得我們的角色進到家裡面很容易都會讓家長覺得被指責，因為就是兒少保護嘛，所以（家長）就覺得說：唉好像很多（專業人員）來講說我虐待小孩。我覺得前面有很多這種情緒有點難招架。對像拒學的，就覺得好像家裡面好像有一些什麼東西，有些神秘的力量影響著孩子不願意去學校，可是又好像看懂，也好像看不懂，也不太知道怎麼去工作。陷入一種跟家長的角力。」

這種局面的維持，形成了一種難以輕易化解的工作困境，使得受訪者 H 體認到進一步受訓的必要：

I-H-30：「我覺得應該最終還是會覺得工作上面的那種能力不不夠的感覺。……之所以會一直想去外面上那些課，也是覺得自己工作上面跟案家跟案主工作有點滯礙難行嗎？也沒到那個程度，但是就會覺得好像總是少了什麼。然後我覺得很表面啦很難，有時候你看得到一些，好像隱約有什麼東西，但你又說不出來。我也不太知道怎麼樣去，……讓自己的能力可以再深化一點。」

更進一步，受訓者在自身的工作的困境中，意識到培養互動和關係視角以及系統合作能力的需要。

受訓者在工作過程中可能會發現，線性因果觀點在推動改變時，具有局限性，因

此需要培養互動和關係的視角。例如，在親職諮詢工作中，受訪者 I 發現僅從父母的角色去改變孩子的問題非常困難，從而意識到需要互動層面上著力。

I-I-14：「我那時候在就會覺得說，就只有做這樣一個父母的技巧訓練，好像有一點卡住。那個卡住是在於說我不清楚父母卡住是因為能力做不到，還是有時候是有能力可是回到原來狀況之下很難執行，感覺起來好像不是只有父母要去做些改變，而是在於孩子，感覺起來其實是互動的問題。所以那時候因為一定會接觸到父母，我覺得我卡住了，那我會想去接觸家庭治療。」

受訪者 D 則是點出了其工作中對於系統工作的需要，能力的不足會使得工作處境十分不易：

I-D-18：「所以當時就有感覺到這個（系統工作）需要，對於伴侶、對於家庭，在學校場域其實是非常需要的，真的進大專當專任更是... 尤其是在大學的體系，其實很多系統的需要，如果沒有系統的體系進去（工作）的話你會『死』得很難看，包含不知道怎麼跟老師去做聯結、不曉得怎麼用學校的資源。」

總的來說，在面對具體的工作困境時，受訓者們可能體認到有必要深入學習針對家庭為對象的相關知識，意識到家庭治療知識和技能的重要性，從而產生學習動機，希望通過培養互動和關係的視角，以更有效地應對工作中的挑戰。

4. 實務能力提升帶來正向經驗的滾動增長，「缺乏感」被轉化與補足

由前文可知，我們發現「缺乏感」並不僅僅是一種簡單的自我評價。它背後蘊含了受訓者在嘗試使用家庭治療時所面對的連串實務挫折，這些挫折使得他們，甚至是與其合作的團隊，對其在家庭治療技巧與知識方面持有「不夠完善」的觀點。而，隨著受訓者在本訓練方案中不斷前進，家庭治療的理論知識逐漸深化，觀摩實際案例使得技能學習更加清晰明確，並在反覆的演練中不斷打磨。受訓者感受自己在實務上的

能力逐日增強，進而帶來了更多的正向經驗，如實務工作中的順暢度提升、工作瓶頸得以突破或轉化、以及得到工作同仁的正向回饋。而之前存在的「缺乏感」也隨之得到調適，部分轉變為對某一技能或議題的認識不足，進一步成為鞭策自己持續學習和進步的原動力。

（二）對於家庭治療的興趣

受訓者對於家庭治療的興趣，是其進入訓練的重要內在動機，這種興趣發展的時間與投入程度則略有不同。受訪者 D 此前就已經積極投身家庭治療的訓練，參加家庭治療相關的講座和活動，通過觀看影片、撰寫心得等方式，深入瞭解家庭治療領域的理論基礎與實務工作方法：

I-D-22：「...他們有開一系列的講座，我那時是每一場都有去，上課是看影片然後寫歷程，重新去學習甚麼是系統，什麼是家庭...。」

而受訪者 B 早在大學時期就展現出對家庭相關課程的喜歡，並在實習期間意識到家庭因素對學生狀況的深遠影響。這種認知使其更加堅定地追求家庭治療領域的進一步訓練：

I-B-2：「當初的原因的話...在社工系的時候，其實就蠻喜歡上家庭相關的課程...所以我大學那時就修了 3、4 門跟家庭相關的課程。...在教育實習的時候.....那時候就是要團督，然後督導我那個教授他的專長剛好是家庭治療，然後那時候在學習的時候，就覺得學生的狀況受家庭影響很深。」

受訓者對於家庭治療的濃厚興趣反映了其對家庭治療領域的認同與投入，並成為其進入進一步訓練的強大動力。

後續的訪談結果也指出，本訓練方案成功地維繫了受訓者對家庭治療的持續熱情。在整整 8 個月的訓練期間，所有受訓者都全程參與。於 9 位研究參與者中，僅有一人因時間因素而缺席了最後的焦點團體討論，其他參與者均完整參加了研究全程。進一步的個別訪談和焦點團體討論中顯示，受訓者不僅在個人生活和實務工作中積極

運用他們所學的家庭治療技巧，更對未來的進一步家庭治療學習充滿期待和熱情，具體可見後續的質性資料結果。

(三) 訓練方案具有吸引力

受訓的意願逐漸變得強烈後，受訓者進入尋求訓練的過程。此時，受訓者要面對的問題便是「我該選擇什麼樣的訓練方案？」。從個別訪談的結果中，我們看見了「訓練方案具有吸引力」這個主題。在吸引力這個主題之下，有五個主要的類別，分別是課程設計的完整性、課程內容的豐富性、實務練習的紮實性、師資配備的可信度及良好的口碑。

1. 課程設計的完整性

課程設計的完整性有三種內涵，分別為訓練方式的多元性、合宜的訓練時長、訓練的時間跨度廣。

首先，課程設計中，訓練方式多元，包含課程式講座、讀書會、實務演練、督導等部分，是本訓練方案的一大重要特點，一如受訪者 I 所感嘆：

I-I-14-2：「我就覺得好棒喔，怎麼這麼豐富！又可以上課，又可以讀書，又可以實務演練，又有老師在看（督導）…那時候是想來邊做這樣的一個學習。」

其中每一種訓練方式，在設計上都被安排了相對應的訓練時長，從而提高了內容的完整性，避免落入走馬觀花式的學習形式。對此，受訪者 F 以課程式講座為例，談到自己對於本訓練方案之完整性的想法：

I-F-8：「我會享受比較完整的訓練，所以，就剛好看到感覺是很完整的訓練，有些（主題）課程可能是一整天的，例如家庭治療工作坊概論或者如何與家庭工作的一個面向，比較完整。」

當設計理念兼顧訓練方式的多元性及內容完整性，整體的訓練時長自然超過坊間其他的訓練方案。對於追求完整性的受訓者而言，這是極大的吸引力，如受訪者 D

說：

I-D-22-2：「所以當時的確是衝著一年的時間來的。」

2. 課程內容的豐富性

受訓者們的異質性高，專業背景、工作場域皆有不同，其需求具有差異性。在課程設計中，內容的豐富性則為已經展現的及潛在的多元需求創造出被滿足的機會。例如受訪者 I 表示課程包含了自己有興趣的幾個主題，例如涉及青少年成員的家庭治療、家庭或伴侶的處理，都是吸引力的來源：

I-I-14-1：「我看課程是非常豐富，例如說有針對文教需求的青少年這一塊，然後家庭啊、然後怎麼去看伴侶這一塊，是吸引我的地方。」

3. 實務練習的紮實性

受訓者在實務工作中的一種無能感，來自於能力的不足，或是知識與能力之間的落差。而較為遺憾的是，學位訓練之外的進修課程多以知識的講授為主，受訓者感到鮮有機會能夠在實務工作中學習，從而將知識轉為能力。因此，訓練方案提供大量的實務練習機會的特點，為受訓者們非常看重的部分。

I-D-22：「我當時會選這個地方是因為，它有演練，它有算蠻豐富的演練。那我一直覺得我一直在聽講座類的課程，可是實際的操作很少，雖然說在學校有接過可能家長一起來，在學校有見過小朋友情侶吵架要破壞對方的那一種案例，可是知道跟做是兩回事。當時這邊有很多的演練，我是跟著演練來的。」

4. 師資配備的專業性

師資配備也是受訓者受到吸引的重要原因。就訓練方案的特點方面，師資配備的專業性、經驗度是備受受訓者信任和青睞的，受訪者 C 在個別訪談中所說的話是一個很好的佐證：

I-C-16：「既然看起來是這幾個老師開的，蠻厲害的，就來參加。」

這一主題揭示的是在訓練開始前，師資配備所產生的吸引力。與師資品質相關的因素眾多，將在後續章節陸續呈現。

5. 積累的口碑

受訓者在選擇課程時，非常重視他人的建議和評價。這些建議來自不同背景和職位的人，如朋友的朋友、工作場域的同事及上級主管，顯示出本訓練方案在不同專業領域皆具有廣泛的吸引力。透過這些真誠的分享和推薦，受訓者得知該課程無論對於實務經驗多寡的人都有所收穫，並因此信任本訓練方案具有高度的價值。此外，這些推薦意見也強調了該課程對於實務運用的重視，使受訓者相信能夠在課程中將理論知識轉化為實際應用。

受訪者 B 在選擇訓練課程時，透過先前參加過課程的學姊的心得與建議，瞭解到課程的可靠性，也適合不同經驗背景的人參加。學姊對課程的正面評價和用心分享，使受訓者相信本訓練具有相當的價值：

I-B-2-2：「那時候是有先問之前有來上過課的人，問她的想法和意見... 就是她是說，不管你實務經驗多或實務少的，都可以在課程得到收穫。我那個學姊還蠻用心的，因為我是透過我一個學長介紹才知道她的。那時候我跟她素昧平生，她打了大概兩頁 word 檔跟我說她上這個課程的心得，所以我就想說，應該是這個課程真的蠻棒的。」

由於課程的口碑在同事間陸續傳遞，受訓者相信這個課程具有很高的品質。例如受訪者 J 在選擇參加課程的過程中，受到同事們的一致推薦，這些同事包括心理師和社工：

I-J-14：「再加上同事們的推薦，他們說這個課程不錯這樣子。對有我們有兩三個，陸陸續續他們都有上過，因為我們同事也有心理師，所以他們就有一開始有心理師已經上，上完以後另外一個社工去上了，然後就一個傳一

個這樣子，口碑推薦，就來上。」

口碑也會在不同的職階中傳遞，例如受訪者 G 在選擇訓練課程時，向曾參加過該課程的小主管請教意見。小主管表示自己曾參加過課程式講座班（訓練方案中的講座部分），認為該課程值得一試。這樣的建議讓受訓者更加確信該課程具有一定的水準，並願意嘗試：

I-G-4-3：「當然還有我的小主管，當時的小主管他上過之前的班…，因為我有看到這個課程，所以我就去問我那個小主管，他就說，他上過課程式講座班，他覺得應該是可以嘗試的。」

總的來說，訓練方案在口碑傳播的過程中，展現了其豐富的內容、實用性以及對不同專業人士（如心理師或社工師）皆有所助益，是給予受訓者信心並推動受訓者進入訓練的重要因素。

二、訓練結束時之成效

我們將呈現課程的各個部分對於受訓者而言有何成效，並透過結果中浮現的不同主題，進一步揭示這些成效如何相互作用，共同形塑受訓者的學習經驗與成長歷程。

（一）課程各部分之成效

1. 講座的成效

總體而言，講座對受訓者產生了深遠的影響。以下將通過四個方面來呈現：（1）補強與擴充家庭治療理論知識；（2）建構思維與拓寬視野；（3）增強執行家庭治療之信心與準備度；（4）促進專業中自我覺察和創意思考，以下將分別敘述之。

（1）補強與擴充家庭治療理論知識

講座對於受訓者的幫助之一，是補強與擴充基礎理論知識，提供了基礎知識的建構和進一步擴充知識的機會。

對有些受訓者而言，講座是學習過程中從無到有的基石，它提供了從無知識到擁有知識的過程中最基礎的部分，不僅提供了基礎知識的建構，同時也為進一步的學習

打下堅實的基礎，如受訪者 G 所言：

I-G-36：「我就覺得講座也很重要，剛有說我們是從無到有。可是我們怎麼樣先從無到有？其實是知識。給我大量的知識，很基礎的知識，我覺得是奠定基礎很重要的地方。所以我覺得講座就比較像是這個樣子，它是我們真的從無到有的基石。就很重要，就是基礎。我什麼都沒有的時候，確實應該是從講座開始吸收。」

對另一些並非從零開始的受訓者而言，講座有助於知識的擴充，如受訪者 A 的想法：

I-A-99：「講座比較像是擴充知識…它就是一個…擴充知識、擴充視野的一個經驗。」

講座在學習中的地位不可或缺，它不僅幫助受訓者累積必要的基礎知識、建立知識體系，還可以通過擴充受訓者的知識，拓寬受訓者的視野，為進一步的學習和發展提供良好的基礎。

(2) 建構系統思維與拓寬視野

受訓者在吸收知識性內容的同時，也在建立一種更大的思維體系，即「系統觀點」，如受訪者 G 所言：

I-G-46：「講座還有一個幫忙是思維，思維的一些建構…因為老師會一直講這個（系統觀點）…，知識性的東西會幫助那個思維，就是背後的那個大的思維會建構的好一點。」

由此，我們可以看見講座能夠幫助受訓者在思維建構上有所提升。這種思維體系有助於他們更好地理解 and 應用所學的知識。受訪者 H 進一步指出透過講座學習系統觀點，如何更加明確地理解系統中的相互影響部分，而這是過往自己看書時無法建立起來的：

I-H-120：「那個系統觀的概念（我）可以講得更清楚了。雖然自己之前也有看老師的書，就覺得好像沒有（那麼清楚），他那時候去在現場再重新去講那種系統相互影響的部分。到現場聽的時候就更覺得，真的就是更明確那個概念到底是什麼。」

講座同時提供了一個更全面的思維框架，協助受訓者擴展視野，從不同的角度去理解家庭，甚至重新建構對家庭的認識：

I-D-95：「可能我們的資歷沒有辦法像他們（老師）那麼深，而且我們的工作領域可能不一樣，可是他們的看見可以幫我重新去理解，家庭這個單位在每個地方會發生甚麼事情，然後不同的思維怎麼去思考他們發生甚麼事，所以這件事情對我來說是一個，又再去重新建構我對家庭的認識（的過程）。」

講座透過提供知識性內容，引導受訓者構建以系統觀點為核心的思維體系。此外，課程式講座也讓受訓者有機會從他人的視角去理解並重新建構他們對家庭的認識，這個過程也帶來了視野的拓展，提升從不同的角度去思考和理解家庭的能力。

此外，結果也顯示出講座在多元性上的價值。以受訪者 A 為例，受訪者 A 透過觀察不同老師的工作方式，了解到家庭工作的方法並非單一，這讓他得以擴大視野，並且不會侷限於一種工作方式：

I-A-103：「對我的幫助是，原來也有人那樣子操作。也有幾個老師在醫院工作，有現代取向的…可能讓我看到，哦原來不一定是只有我自己的老師那個樣子。還有其他不同的面貌，我覺得就不用太侷限。」

這再次凸顯了講座在受訓者學習中的創造的成效，能夠讓受訓者接觸到更多元的觀點和技巧、對家庭工作的不同方向和風格有了更多的了解，從而解開過往那種對於家庭治療的理解，催生出更多的可能性。

(3) 增強執行家庭治療之信心與準備度

這種預先做好系統性的了解，指的是受訓者知道學習過程中可能要做哪些事情，協助自己做好心理準備。這揭示出課程式講座不僅提供理論知識，也能讓學習者更加從容地應對學習過程中的挑戰，即信心和準備度的增強，這使得受訓者能夠更好地掌握學習機會，從而提高學習效率和學習成果。

受訪者 J 從另一個角度提到課程式講座的重要性，認為課程式講座讓自己預先對於家庭治療有更全面且系統性的了解。

I-J-76：「講座我覺得蠻重要的是，讓我自己一開始時候可以比較有系統一點的知道家庭治療大概是什麼樣子的狀態。也讓我有一點心理準備，這個學習的歷程可能要做哪一些事情。」

(4) 促進專業中自我覺察和創意思考

個別訪談的結果顯示，課程式講座不僅協助受訓者進行知識的積累、思維的建構，也引導受訓者對自己的工作方式進行深度的反思。

以受訪者 C 為例，受訪者 C 指出課程式講座幫助自己在進行工作時放慢腳步，反思自己過去所使用的方法。受訪者 C 認識到，在過去的工作中自己可能過心急，希望讓其他人快速學習和接受新概念。然而，通過課程式講座，受訪者 C 明白學習和理解新知識是一個逐步建立的過程，需要耐心和時間，而這份理解，也使得系統工作更加順暢：

I-C-102：「講座幫助的部分，可能會讓我去跟我們系統工作的時候，會比較慢下來…因為（過去）有時候會很想把一些東西推給他們，讓他們可以快點學習。但其實這個東西，就像我們在接收這些概念是一樣的道理，他們要重新學習也不是那麼容易的事情，所以我覺得那一個慢下來跟省思，我覺得是需要一步一步建立的過程。」

課程式講座同時也可能是創新的推動力——激發受訓者的新想法，並賦予他們更

多的動力去實踐這些想法。如受訪者 B 所言：

I-B-62：「我覺得講座比較多都是產生新的想法，或是更有力量工作。」

通過在課程式講座中接觸到新的觀點和方法，受訓者能夠擴展自己的思維，發想出過往沒有過的想法，或是對於問題的不同的解決方案。這可能對於提升他們在實際工作中的效率和成果具有顯著的幫助，本章的尾段講從工作效率出發具體闡述。

課程式講座不僅讓受訓者能夠在工作中慢下來，有更多的空間去反思自己的工作方式，同時也激發了他們在工作中嘗試新的想法。這顯示，課程式講座不只提供理論知識、建構思維方式，也引導受訓者去反思和創新自己的工作。

我們可以看到課程式講座對於受訓者的重要性和價值。從補強與擴充基礎理論知識，建構系統思維與拓寬視野，增強信心與準備度，到帶來自我反思和創新，課程式講座不僅提供了豐富的知識和視野，也同時激發了學習者的進行新的嘗試。

綜合以上內容，我們看見課程式講座透過提供理論基礎、增強學習者的信心和準備度、引導思維建構和視野擴充、鼓勵自我反思和創新，以及展示家庭工作的多元方法，達到了卓越的學習成效。

2. 讀書會的成效

訓練方案中，與課程式講座較為相似的部分是讀書會。以下將從四點，分別呈現讀書會對於受訓者的學習有何幫助：（1）整合已學的家庭治療理論知識；（2）督促持續深入學習家庭治療理論；（3）促進深入閱讀及觀點表達；（4）激發新思考。

（1）整合已學的家庭治療理論知識

讀書會中提供給受訓者閱讀的書籍，在不同的層面幫助受訓者，從個別訪談的結果看，其成效可以以「整合」為主題進行呈現。讀書可以幫助受訓者整合過去的知識，回憶起自己曾經學過的東西。這種整合過程不僅可以提醒受訓者曾經學過的內容，也能讓受訓者重新思考和理解這些內容。在受訪者 A 的經驗中，閱讀指定書籍的意義是會想起過去研究所的知識，這有助於受訪者 A 更好地整合過去的學習經驗：

I-A-199：「就是幫我整合了過去的知識，想起來：我好像有看過這個，就是幫我回憶起過去研究所的記憶。」

此外，讀書也可以促使受訓者更加完整地吸收書中的知識，因為成員需要通過自己的消化來理解書中的內容，並且可以比較全面和完整地進行整理，這樣一來，知識的吸收就會更加全面和完整。如受訪者 F 表示讀書會讓自己可以比較完整地吸收書籍的內容：

I-F-112：「我覺得讀書很重要。可以比較完整的去吸收，因為讀書會需要經過自己消化，可以比較沒有那麼片段，比較全面和完整的再去做一個自己的整理。」

可以看出閱讀對於受訓者的幫助主要有兩點：一方面是幫助受訓者整合過去的知識，並與新的知識產生連結；另一方面是讓受訓者更加完整地吸收書中的知識，並且可以比較全面和完整地進行整理。

(2) 督促持續深入學習家庭治療理論

讀書會的設計也對學習效果有著重大的影響。其中，讀書會的「督促」作用不容忽視。就如受訓者 B 所述，讀書會有時候就是一種強制讀書的方式，即使在工作繁重，或者疲憊不堪的情況下，讀書會也能讓受訓者找到動力去閱讀。這種督促作用能讓受訓者累積更為完整的理論知識，並能持續推動學習進程：

I-B-68：「讀書會我覺得最大的幫助就是逼我們去唸書吧。因為我也覺得真正在讀書的時候，那個理論的背景其實是很重要的。儘管我覺得這個東西很重要，也不會想唸書，有時候工作真的很煩很累，然後就回到家其實就不想要看書。我覺得那其實在逼我把應該唸的書去唸好。」

我們可以說，讀書會督促受訓者累積較為完整的理論知識。這種督促能夠發生，是由於讀書會有一定的要求，受訓者必須閱讀相關書籍，因此即使在工作繁忙時，受

訓者也能夠保持學習的動力和習慣，從而積累更多的理論知識。

(3) 促進深入閱讀及觀點的表達

讀書會的進行方式可以促使受訓者在閱讀書籍時更加細緻和深入，也可以促使受訓者花費更多時間去組織自己的語言和表達方式，以便更好地分享自己對書中內容的理解和想法

讀書會鼓勵受訓者細緻地閱讀，並需要受訓者在讀書會中與大家進行分享。這種方式讓受訓者不僅要仔仔細細閱讀每個章節，還要學習如何組織語言和提煉重點。這就需要受訓者更加深入地理解所讀的內容，也讓他們更加熟悉地掌握如何溝通和表達想法。如受訪者J的經驗：

I-J-84：「老師帶讀書會的時候也不只是（要求）你講你讀到什麼，還會拋一些問題。那個學習對我自己來說也是蠻有收穫的。我覺得有一點讓我自己去經驗…那個讀法，就跟以前的那種瀏覽式的讀法不一樣…那個獲取的東西就會有點差。像這樣用讀書會方式就每一個字都讀得很認真，然後都讀好幾遍，因為有時候看過去，看懂那個字卻不太知道它到底是要怎麼去操作，你就要這樣想。然後又有其他人可以討論的時候，我就覺得是蠻棒的一個經驗。」

我們可以透過上述受訪者J的經驗，進一步理解關於深化理解是如何達成的。其中，讀書會這樣的方式似乎有助於學習方法的改善，讓受訓者不再僅僅是瀏覽式地閱讀，而是對每一個字都非常認真地閱讀。在這樣的過程中，受訓者可能需要多次反覆閱讀，以充分理解和掌握所讀的內容。

(4) 激發新思考

同儕分享的方式也是讀書會成效的重要組成部分。正如受訪者H所提到的，每個人在讀書會上都有機會分享自己的看法、想法和實務經驗，讓受訪者H發現了自己之前沒有想過的事情，感覺像是把自己「又多打開了一點」。透過彼此分享，受訓者不僅可以更全面地理解書籍內容，也能夠學習到其他人的經驗和想法，進而豐富自己的視

野：

I-H-155：「大家都會分享嘛，然後每個人都會有講自己的一些看到這個章節可能會有的或者一些想法或者連接或什麼的，你會覺得發現有些事自己沒想過就覺得蠻好的…大家的一些討論和分享覺得都還蠻有收穫，刺激自己多想一點…每次這樣討論的時候，就會覺得唉對啊，我沒有特別這樣想過。覺得好像要把自己又多打開了一點。」

總體而言，讀書會的設計和方法不僅可以督促受訓者閱讀，還可以幫助受訓者整合過去的知識，學習新的技能和知識，並且彼此分享和學習，進一步激發新的思維火花。可以說，通過讀書會的進行方式，受訓者們可以在更寬廣的視野中交流、思考，為進一步的學習做準備。

3. 影片賞析的成效

以下將從三點，分別呈現影片賞析對於受訓者的學習有何幫助：(1) 連結理論與實務；(2) 增強演練的方向性；(3) 深化對治療歷程的理解。

(1) 連結理論與實務

受訓者經由觀看治療影片，能夠看到理論在實際情境中的應用。受訪者 B 認為觀看治療影片和觀看別人做實務工作是一樣的，提到他可以觀察到書上所述的冰山理論在實際治療過程中的展現，即治療師如何將家庭成員內心深處的情緒和潛在困擾挖掘出來：

I-B-44-1：「我覺得跟看別人做是蠻像的，就是可能你可以講哪些話，或是你可以觀察到書上說的那一種樣子，例如把家庭成員內心的冰山挖出來。」

除了某一理論的實際展現外，也看見治療歷程的展現，也是受訓者的重要收穫。如受訪者 J 通過觀察影片中完整的治療過程，逐漸瞭解到會談的歷程，從最初的尷尬到後來的想做更多：

I-J-129：「我會覺得這個看影片這件事情的學習是，尤其是我們是剛開始學的話，可以看到很完整的那個會談是怎麼樣的進行。好像漸漸的比較掌握那個會談的一個歷程，就會從只求不尷尬到這些想要做的更多。」

無論是理論或技術的展現，還是歷程的展現，這種經驗讓受訓者能夠將抽象的理論知識與具體的實踐相結合，使理論的學習變得更加生動和實用。

(2) 增強演練的方向性

受訓者從觀看影片中學習到治療師的具體行為和語言，並在課程演練中嘗試將其應用。如受訪者 J 提到，在課程演練中，可以參考影片中治療師的做法，這樣的模擬練習更具有方向性：

I-J-119-2：「我覺得那時候很努力的在練習這件事情，就是去看說老師在做什麼。現在正在發生什麼事情，後面的演練就是：好，那如果換自己的時候會怎麼做？那個時候我們就會可以把剛剛看到老師做的東西當做一種參考。可以去練習，去做做看，那種演練好像又會比完全自己演練更有一點方向性，有點像是先稍微大概知道說可能可以走這個方向。」

受訓者通過觀看影片，從治療師的作法中獲取參考，發展出更有方向性的練習，使得學習效果更佳。

(3) 深化對治療歷程的理解

受訓者對於影片賞析這樣細緻的學習方法給予了高度評價。受訓者能夠在慢慢、細緻的觀察中，更深入的理解和學習治療歷程中的各種細節和重點。如受訪者 F 提到影片賞析使自己能夠以細緻的方式去觀察和學習治療師的行為和語言，能夠更深入地理解和學習治療師的作法及整體治療歷程：

I-F-116：「影片賞析我覺得很好，覺得很重要。因為老師在帶的時候也都是把它分好幾個段落然後去看，慢慢、很慢的去看，收穫非常多。他要暫停給我們做討論，討論完後要重放一次，我們就會核對去想這些討論是不是

符合那個脈絡或者治療師在做的事，有沒有更多可以去思考推測。接著他再放一次。我覺得這都是好的來回的歷程，可以比較清楚地看到治療師怎麼做，之前有放是從頭放到尾，就只能看到幾個點。但是像這樣這麼慢、切斷看，我覺得看著很細緻。」

受訪者 F 在此基礎上，也提到這種細緻的學習方式不僅提供了豐富的學習材料，還提供了充足的時間和空間進行反思和討論，使受訓者能夠從中獲得更深的理解和學習：

I-J-119-1：「我覺得那也是很珍貴，因為有這麼多人陪著你一起很細緻的去看那一些片段，一起去討論。那些影片就算給我們自己看其實收穫也沒那麼多，自己大概也不會這麼仔細的一直去看那一小段的話。一直去想為什麼那時候講這些話，然後為什麼那時候他們會有什麼反應。」

4. 演練課的成效

以下將從五點，分別呈現演練課（以下簡稱為演練）對於受訓者的學習有何幫助：（1）提升同理案主的能力；（2）促進知識內化並探索釐清個人工作風格；（3）降低與家庭工作時的焦慮度，提升處理衝突的能力；（4）促進自我覺察和反思；（5）觀察其他受訓者，並獲得同儕回饋。

（1）提升同理案主的能力

在個別訪談中，我們可以看見通過演練時扮演案主的經驗，受訓者感受到同理案主的能力有所提升。受訪者 D 表示，體驗案主的角色讓自己明白案主的「心理歷程」，使自己更深入地理解案主在不同時刻的需要，例如是期望獲得傾聽還是另有需要：

I-D-157：「扮演案主的時候，可以明白，在那個時候，身為一個案主，希望別人怎麼對待你：你希望在那個時候你的心理師是不是可以多聽你，還是那個時候他到底要幹嘛，…對我就會開始比較明白，當一個案主的心理歷

程。」

在受訪者 C 的經驗中，演練有助於提升對於案主狀態的理解，這種理解的提升，基於更廣泛的資訊，不僅是口語表達，也包括非口語表達：

I-C-196：「我覺得我可以稍微知道（案主）可能的狀態是怎樣，為什麼他不想聽，然後哪個時候他是可以接受。我覺得這個部分也是可以提醒我，在跟案主晤談的時候，要注意到些甚麼樣的資訊，跟非口語、口語表達的部分。」

演練提升同理案主的能力的功能，對較為資深的心理師可能也適用。以受訪者 I 為例，一開始，她以為作為一位臨床心理師對於理解案主狀態的理解已經足夠。然而，在演練過程中融入病人的角色的困難，讓她明白在工作中，作為治療師去理解案主的困難同樣是需要花費很大的努力的，她意識到自己必須投入大量的時間和努力，並放下自己對於某些議題、身份角色或疾病狀態的成見，才能真正理解案主：

I-I-196：「我原本以為自己在當心理師，還蠻能理解案主的狀態。可是我後來發覺，因為演練過程中有一部分必須當病人，…很難去擺脫自己的一些東西，去融入這樣的一個角色，…如果把這個放在我的工作中…一個治療師要去了解案主的困難，其實要花費很大的功夫耶，你絕對沒有辦法從一兩句話就去猜測到底怎麼樣，這是我這個課程最大的收穫…真的是要花功夫跟拋下自己對於某些議題或身分角色，或是這個疾病狀態的成見。」

我們看到，演練在提升受訓者同理案主的能力上具有成效。通過演練時扮演案主的經驗，受訓者更深入地理解案主的狀態，更容易放下自己的刻板印象，並更準確地把握案主的需求。

（2）促進知識內化並探索釐清個人工作風格

演練提供了一個平台，幫助受訓將理論訴諸實務。對受訪者 A 來說，演練使自己

有機會將新的知識與實際狀況結合：

I-A-177：「演練對我來講就是試試看我新學到的東西吧。」

這種結合可以帶來的成效，是把聽到的知識真正變成受訓者自己的東西，即一個內化的過程，如受訪者 I 所說：

I-I-70-1：「後面這些東西（訓練）像是把這些知識變成我自己的東西，尤其是像一開始的演練，因為他是讓我把不熟悉的東西拿去用。」

演練也提供了檢驗已有知識的機會，如受訪者 D 所言，所有自己會的東西都可以用在演練中，這已是一個「知識跟實務結合」的經驗：

I-D-95-3：「知識跟實務上的結合，在那個時候你可以怎麼樣去把所有會的東西在那上頭試試看。」

這樣一種內化的過程，在更廣的時間視角下，也是受訓者探索個人風格的過程，以受訪者 F 為例，她發現自己後期發展出的較為指導性的會談方式，正是演練時嘗試了不同介入方式後選擇的結果：

I-F-96：「就是還有風格。因為那個吵一樣，我可以（選擇）等（衝突平息）…或者要很溫和…或是指導性比較強。我後來有試著用指導性比較強的方式進去（會談），好像比較順一點，就比較順。…我覺得應該是在演練那個時候，有培養起這個風格吧。」

以上的成效之所以可以產生，可能源自於演練提供了一個安全的環境，使受訓者能夠自由嘗試不同的策略和方法。如受訪者 D 描述的一種「安全感」，這種安全感讓學習者有勇氣嘗試新的事物，並從中獲得回饋：

I-D-95-1：「一部分是安全，就是反正就是假的案家嘛，所以我可以嘗試，我可以用不同的思維去試試看，然後他們都會給回饋。」

(3) 降低與家庭工作時的焦慮度，提升處理衝突的能力

透過演練，受訓者學習如何降低與業主或家庭對話時的焦慮感。這個結果的來源皆是專業身份為社工師的受訓者。如受訪者 B 所提，演練像是一種害怕情境的預習，讓她對家長的焦慮從 10 分降低到 8 分：

I-B-28：「演練的話我覺得就是藉由每次的演練會更有勇氣跟家庭談話吧，我有這種感覺，因為來這裡演練的時候就（像是）自己也做了預習，然後回到自己場域（學校）的時候，好像對家長原本焦慮有 10 分，就降低到 8 分。」

受訪者 J 更是透過直接接觸衝突情景，降低在工作中面對家庭衝突時的害怕，增進面對和處理衝突的能力：

I-J-92：「演練我覺得最直接就是多一個實際練習的機會，也透過演練去學習。有這樣子的一個練習的方式。因為像我們之前工作上比較…那種直接現場做些演練的那種方式。我覺得直接演練第一個是對於我很害怕的那一些情景，…那種衝突的場面，我可以有一個機會去這樣一直接觸，有點像洪水法，讓我自己去面對，那個狀態的時候自己可以比較穩一點，也可以去練習要怎麼面對或者是怎麼回應那些我害怕的情景。」

同樣的，對 F 來說，演練不僅提升了自己面對家庭衝突的勇氣，在此基礎之上，也鍛鍊了在衝突的情境下思考、介入的能力：

I-F-94：「我覺得演練對我來講的幫助比較像是練勇氣。就是練，比如說兩個人那邊吵吵吵吵吵。然後我要想辦法，不管是去插話（還是其他的方法），就是我用各種方式要去介入、跟他們工作。」

我們可以看到，演練對於本研究中的社工師受訓者的幫助，不僅體現在知識和能力的層面，也體現在一種感受層面的調適。當原本害怕的情境被不斷練習，與家庭工

作的焦慮和害怕的程度逐漸下降，進而提升了處理衝突的能力。

(4) 促進自我覺察和反思

演練也促使受訓者更深入思考自己在會談中所做的決定，提供一個反思的空間。

受訪者 A 指出演練促發了一種思考：

I-A-161：「(演練)就…促發我去思考為什麼當下要做這個決定，或是沒有做這個決定…覺得這樣是很有幫助的事。」

身為社工師的受訪者 J 進一步指出這種思考所帶來的覺察。受訪者在自己豐富的實務經驗中，主要依賴直覺和經驗來處理工作中的問題，與此同時，她感覺到對自己的專業行為和專業選擇缺乏深入的理解。透過演練，受訪者 J 有機會仔細觀察並反思自己的行為，進一步理解自己在會談中做了什麼，以及這些行為為什麼會成功或失敗：

I-J-102：「更仔細的去看到我自己在會談裡面做了什麼事情。這其實也是我一開始來學習的時候想要學的東西，就是想要知道我自己到底做了什麼。因為就是工作經驗比較多，都是直接實務上面的經驗的累積，然後我大概知道說可能怎麼做這案主會比較成功，怎麼做可能會比較不成功。可是那個好像都是一種很感覺的訊息…之前我在回想的時候，會覺得不太清楚我到底做了什麼、為什麼這一次的會談好像很順利很成功、有的時候不成功。也不知道到底哪裡沒做好。所以我覺得像這樣子演練的時候就有幫助到我說知道。演練跟那讀書會就是很細緻的把會談的過程當中的每個部分拆解，就會知道說…我是做對了什麼或做錯了什麼。」

我們可以看到，演練的過程可以提供受訓者一個反思自己行為和決定的機會。透過深入自我覺察和反思，受訓者能夠更好地理解自己的會談過程，發展出更清晰的視野。

(5) 觀察其他受訓者，並獲得同儕回饋

透過觀察他人，受訓者能了解不同的策略和技巧，並從中得到啟發。如受訓者 D 看重訓練中的「他人」，無論是不同的作法還是不同的觀點，這些不同都有可能刺激到自己產生新的學習。他以看到同儕在演練中以一種氣場安撫生氣的媽媽為例，展現了同儕的不同會談樣貌，對於自己而言有許多可以揣摩和學習之處：

I-D-95-2：「我可以在同時扮演案家的時候，去看別人（同儕）怎麼做。有時候對我來說不是只有我自己怎麼做，別人怎麼做也重要。有時候（看）他們做也可以刺激到自己：可以這樣做喔，或者是他是怎麼做的？他是怎麼做到那個氣場的？他是怎麼用那個氣場去把那個看起來很生氣的媽媽安撫下來的？我覺得那個就很有趣，有很多個人特質跟技巧都可以在那上頭學習跟揣摩。」

此外，演練也為受訓者提供了一個接收多元觀點回饋的機會，本研究發現，這種多元的回饋能夠幫助受訓者看見自己的盲點，並且從不同的觀點中得到新的洞見。如受訪者 I 所說，同儕的回饋是一種不同的觀點，可能會帶來新的衝擊或是讓自己看見原有的盲點：

I-I-70-2：「我覺得這個地方很棒的地方，…是我不只可以聽到比較有經驗的家庭治療師來給我回饋，也可以聽到來自不同工作領域的夥伴給我回饋，這些回饋也對我來說很重要，因為不同的觀點，我覺得每個人都會有自己習慣的觀點，可是這個不同的觀點，對我來說就會有一些新的衝擊，或是可能那也是我一個盲點。」

5. 驗收檢核的成效

驗收檢核（相當於第一次團體督導）設置在課程的中段，對於受訓者來說，驗收檢核使得自己更清楚自己會談的困難，由老師和助教給予自己或其他成員的回饋啟發思考，為後續的實務工作做準備。以下將從三個部分來展現驗收檢核的成效：（1）進

一步看見可改進之處；(2) 提高實務工作準備度；(3) 擴大學習資源的網絡。

(1) 進一步看見可改進之處

通過驗收檢核，受訓者對於自身的在演練會談中的狀況有了更加清晰和完整的認識。受訓者不僅可以明確看見到自己在會談中嘗試去達成的事情，也看見自己在處理業主時會遇到的問題、了解自身的不足之處，這種看見是補足前期演練時沒有看到的部分。如受訪者 H 表示透過督導者的反饋，能夠清楚地看到自己在什麼地方可能會卡住，更加看清楚自己在會談中可能遇到的阻礙：

I-H-185：「這個就是大概知道可能之前會卡在什麼地方。如果當時這案主出現這種行為，也許我自己當時就卡住。他（驗收時的督導者）覺得看到我在努力做什麼，可能當時不足的東西（是什麼），…像是修正之前演練沒有做到的事情。」

驗收也提供了一個觀察和學習他人的機會，因受訓者們來自不同的領域，這樣的多元化環境創造了豐富的學習資源。在觀看同儕的演練錄影帶時，受訓者可以從他人面對的問題中間接學習，學習面對不同的問題類型以及需注意的資訊。如受訪者 G 強調了工作場域的異質性使得自己可以多去學習自己不熟的「親子關係」問題，而學習階段的相同，使得自己可以通過反覆聽到現階段所展現的不足，而更清晰可改進之處：

I-G-72-2：「反正我就至少會看到十片那個帶子（演練的錄影帶）。我們（受訓者們）也有各個不同領域的人，他們大部分都是在學校當心理師或者學校的輔導老師，所以我就會一直看到親子，這個是我比較不熟的議題…都是在那樣提醒我們哪個地方是我們應該要注意的東西。其實我也說因為我們都是不熟的，所以我們有些人的問題會差不多。我們一定有些人的問題是差不多的。所以我就會一直聽到差不多那個問題，一直聽，一直聽…」

(2) 提高實務工作準備度

驗收的過程，使得受訓者了解他們可能會在實務工作中遇到的挑戰和障礙。這種自我認識的機會是寶貴的，因為它提供了一種方式來預見可能的問題並提前找到解決方法。受訓者在演練中反覆展現自己在某種特定行為或狀況中遇到困難，並在驗收時得到回饋和建議，則有機會尋找改進的方式，為實務工作做準備，受訪者 C 則稱之為一種「承先啟後」的作用：

I-C-182：「其實也是承接著之後真的要去面對真實的案主然後提案，因為沒有那個準備，也不會想之後要面對甚麼，…所以我覺得那個東西（驗收檢核）還是有承先啟後的作用。」

(3) 擴大學習資源的網絡

驗收過程不僅對受訓者的清晰度及準備度有幫助，也有助於擴大其學習資源的網絡。這體現在受訓者必須依照驗收檢核的要求，找人扮演角色以進行演練的過程時，受訓者讓周遭的人知道他們正在學習，進而拓寬他們的學習資源。

例如，在受訪者 I 的工作環境中，有許多心理師和社工師是重要的學習資源。當她邀請他們參與演練，這些同事不僅在當下可以提供寶貴的反饋，也可以成為受訪者 I 後續可以尋求的學習資源：

I-J-106：「我覺得那驗收，因為必須要找人扮演做演練，我覺得那個對我的好處是，讓身邊的人知道我在學這個東西。…因為我們的工作環境是有心理師跟社工師，像我們要做這個演練，我就會邀請我的同事，他們會很樂意幫我演練，然後我覺得好像也可以透過這個（演練），在之後我自己的案主工作上面，有時候想要有一個演練的情境的時候會更順利。…有點讓自己增加一些可以練習的那個機會，更容易營造出那種練習的情景。」

6. 團體督導的成效

團體督導所產生的成效，可以從以下四個小主題來呈現：(1) 有效降低焦慮感；

(2) 強化概念化能力；(3) 清晰自己的工作傾向與盲點；(4) 拓展工作方向，突破盲點。

(1) 有效降低焦慮感

研究結果顯示，溫和正向的團體督導風格安撫了受訓者的焦慮，支持受訓者繼續學習。督導者提供的輕鬆學習環境也有助於緩解受訓者的壓力和焦慮，如受訪者 E 表示自己會對別人說，督導的感覺就像聊天一般輕鬆，在這種氛圍下，自己的收穫和學習也非常多，這是受訪者 E 非常喜歡的的部分：

I-E-48-1：「我覺得督導的學習很多的。而且我還蠻喜歡帶我們督導的老師，就是他就是一個 free 的給我們一種很輕鬆的氛圍，太好了。因為回去我都跟同學討論，他們說：唉你們督導老師是怎麼樣來帶你督導？然後我說就聊天啊（笑）。」

團體督導令人放鬆的原因，這不僅源於督導者的溫和而正向的風格，還包括他們在受訓者面臨困難時的支持和指導。如受訪者 C 在開始的時候感覺到十分的焦慮，此時，督導者提供明確的指導和鼓勵，顯著降低了受訪者 C 的焦慮，使她能夠更安穩地進行會談：

I-C-130：「督導一直以來很溫和而且很明確地跟我們講是說，可以怎麼樣子去做，那因為其實我們也都是新手，所以當老師很明確地告訴我們的時候，或者是安慰我們的時候，那個焦慮值真的下降了很多，反正後來結案的時候就沒有那麼焦慮。」

(2) 強化概念化能力

團體督導可以強化受訓者的概念化能力。

在個別訪談的結果中，我們可以看到督導者透過更遠的視角，引導受訓者先發展對於家庭的全面理解，並在此基礎上提出有助於家庭成長的方向和策略，如受訪者 G 所說，自己在團體督導中的經驗是，感受到重要的是「先看這個家庭發生了什麼」，這樣的

概念化練習先行的方式，自己及同儕都非常喜歡：

I-G-86：「我覺得老師（督導）是先讓我們對這個家庭真的是概念化。有一些概念…我們都蠻喜歡老師這種方式的。因為我們都是才剛踏入所謂的家庭治療這樣的一個領域，所以我們多看家庭應該是很有幫助的，就是要先看看這個家庭發生了什麼。」

督導者通過提供深度的分析和反思，幫助受訓者理解和掌握家庭治療的理論和方法。以受訪者 B 的經驗為例，他表示督導者可能會引導受訓者透過分析家庭樹來理解家庭成員間的關係議題，從而能夠將理論概念更好地帶入到實務工作中，帶領受訓者學習如何將分化理論應用於實際的案例中，或者如何理解家庭的互動模式和結構。這種理論和實踐的結合，可以提高受訓者的概念化能力，使他們能夠更有效地理解複雜的家庭問題：

I-B-110：「我覺得還有聽老師分析他跟案主吧，那我覺得就是我覺得每聽一次，就是會讓自己把理論帶進實務的能力增強，就像有的案主就像剛剛講的，就分化的議題，可能看他的家庭圖就會比較，就是不只這對母子有分化的議題，媽媽跟他原生家庭也有分化的議題。」

（3）清晰自己的工作傾向與盲點

團體督導的第三個成效在於幫助受訓者更清晰看見自身的工作傾向以及盲點。

督導者與同儕從不同的角度反映會談中發生的事，幫助受訓者更清楚自己會談的樣貌，從而更好地理解自己的工作模式以及其中可以改進的地方，如受訪者 A 在團體督導的提報中，由督導者帶領，看見了自己可能在與案家的互動中過於執著於自己的想法，而忽視了家庭成員的反應和需求，這對於受訪者 A 來說是極大的提醒：

I-A-121：「我覺得督導提醒我的是我太有自己的想法。…我是用自己的想法帶，和案主互動，沒有真的去看到案主的回應，就忽略…母子非常激烈

的互動。但我好像沒有去...沒有看到這個張力。第二次提報的時候，...逐字稿裡面發現剛開始案主還可以收我的訊息，對話很流暢。但某個時候開始，我走得更快的時候，案主就話越來越少。而且開始跟不上我的速度，就是我就走太快了，...案家也停了下來，(像是在說)『有沒有看到我很努力，沒有看到？有沒有看到？我指給你看。』這都讓我(被)提醒，如果沒有督導的話，我就不會有這樣子的收穫。」

督導者不僅從不同的角度反映受訓者在會談中的行為，使受訓者能更清楚地了解自己的工作樣貌，而且也提供了深入的洞見，幫助他們認識自己的盲點和傾向的同時，也協助受訓者找到改進的方向。這種反思和改善的過程對於受訓者的成長非常重要，例如，受訪者 I 指出，督導者幫助自己看到了重要的工作盲點，即在關注案主時可能忽視了家庭中其他人的角度，如爸媽的成長脈絡，而這個可能是理解爸媽為何總是做不到自己的建議的關鍵部分：

I-I-76-3：「老師(督導)也給我一個觀點是，可能我一直在做兒童和青少年(工作)，所以我發展的角度會比較是(傾向)我的案主，可是我比較少發展的角度是針對爸媽這樣的成人，我也覺得這真的是我的盲點：好像都會以這個轉介來的非自願案主為主，而不會思考到其實爸媽也有一些成長脈絡可以依循。當我去了解，我就會比較了解例如他們為什麼不行。」

(4) 拓展工作方向，突破盲點

團體督導也有助於拓展受訓者的工作方向。

督導者提供不同的工作視角和方法，使受訓者能夠在面對困難的案例時，擁有多多的可能性和選擇。受訪者 B 表示，即使在家庭成員對於新的工作方向有所抵觸的情況下，受訓者仍然能從中學到新的方法和技巧，並且不會被困在同一個問題上，仍能透過嘗試新的方向來找到突破困境的方法：

I-B-108-2：「然後另一方面是，老師(督導)提供我們另外的方向，然

後我也會嘗試走那些方向去試試看，我覺得都是讓自己可能更有力量、更有動力跟家庭工作吧。雖然有時候老師給的方向，也會被家庭成員打槍，但是我覺得至少那個方向不會讓我一直被卡在那個狀況，雖然可能到下個狀況還是被卡住，但至少不是一直停在那裡。我覺得（*如果*）一直停著，對自己也會沒有什麼效能感。」

從受訪者 B 的經驗中，我們可以看見督導者提供的新的工作方向，不僅能夠讓受訪者在工作中有更多的可能性，也能夠增強受訓者對於工作的動力和效能感。即使可能面臨到新的困難，但至少不再停滯在原地。

除督導者提供的方向外，同儕的經驗與被督導的過程也能夠給予受訓者啟發。當相同專業領域的同儕提出自己的困難且能夠被討論時，受訓者或許也能間接收穫貼近自己的需要，具有高度參考價值的方法，以受訪者 J 為例，同為社工師的同儕提案時，受訪者 J 會因其相同的工作脈絡而感到非常貼近和熟悉，而同儕所提出的會談困難，也與受訪者 J 的困難相近，相對應的，其解決方案也成為受訪者 J 可以參考的方法：

I-J-133：「不過我覺得這個提案很好，是因為剛好也有分不同的專業。那個時候的聽取同儕們的那個經驗對我來說又更有幫助，因為也有是相同領域的，所以就是會覺得他們的那些（*我*）都很熟，很相近於我自己的經驗。所以他們碰到困難，也會是我的困難，然後他們解決方案可能也是我可以參考的一些解決方法。」

（二）於工作場域展現學習成果

1. 反思目前工作限制，找到更適合的工作方式和專業角色定位

我們發現在學習家庭治療的過程中，受訓者也面臨著專業認同的變化。尤其是對於專業背景為社工角色的受訓者，他們必須接受自己不能解決問題的情形，這種接受過程往往充滿了困難。另一方面，受訓者也面臨著角色轉換的困難。他們感覺到必須

在處理家庭問題的過程中，兼顧到作為家庭治療師的角色和社工的角色。在遇到需要提供資訊性回應的情況時，他們必須在繼續關注家庭關係，和回答資訊性問題之間做出選擇。這種困難讓受訓者陷入兩難的狀況。

受訪者 H 表達了她在面對無法解決的問題時的焦慮。她有時會將焦點放在問題的人物和狀況上，而不是問題本身，這使她以社工身份在與家庭會談的時候，感到目標和工作方式的困難。此外，他還糾結於社工與諮商師的角色差異，以及如何在處理具體的事務問題和專注於家庭關係之間找到平衡。這顯示受訓者正在尋找自己在社工專業角色與家庭治療師角色之間的位置，並努力嘗試如何在這兩種角色中找到平衡：

I-H-292：「所以我自己覺得在前面好像都要先接受自己解決不了問題這件事情，好像會有一點困難。我知道自己解決不了問題，但每次談話時，我覺得焦點好像有點不太一樣。我會不斷問自己，這到底是什麼樣的問題。我一直把焦點放在問題的人物和狀況上。然後我覺得在這個角色中，也會覺得自己在做家庭治療有些困難。因為我覺得社工的角色，我還是有一個想像，覺得諮商師的位置可能更適合做家庭治療。原因是諮商師不太需要處理太多的事務。但因為我是社工，包括接案的時候，我常常遇到一半談話時突然被問很多資訊性的問題，其實這些問題我這個角色可以回答。但我會陷入一種兩難的狀況。我不知道是要停下來回答這些問題，還是要繼續著重在他們的關係上，並針對他們的反應做出回應。我覺得有點兩難。」

受訪者 G 表示他在將學習的知識與實際工作結合時遇到困難，這使他產生了離職的念頭。他覺得他在醫院的工作無法實施他所學的東西，這使他感到非常困擾和挫敗。他還提到他覺得自己無法成為家庭治療師，因為他認為醫院不會給他這個角色和空間。這揭示了受訓者在職業身份與他的學習目標之間的內在衝突，並顯示他正在尋找如何解決這種衝突的方法。

I-G-100：「…我就一開始我有一個衝突。我覺得我沒有辦法把學的東西

跟工作結合。就是我一開始講的，我覺得我的工作根本就不是那個樣子…所以我就會想離職。因為我覺得我的工作根本做不到這些，所以那個東西就讓我很難受。就覺得這個身份不是我在醫院可以執行的身份…會很難過，因為我覺得這根本就不是同一條路，我們因為不是能夠讓社工師做這件事情的，這是完全不同的路。所以…我很挫折，然後也很痛苦。…不曉得我學這些有什麼用…我覺得在工作上，我不可能成為家庭治療師。醫院不會給我這個空間，不會給我這個角色。我那時候覺得很大很大的沮喪是這個。」

然而，這種角色轉換的困難，也推動著受訓者對自身專業認同的深度反思，並嘗試找到更適合自己的工作方式和角色定位。這種專業認同的變化，不僅提高了受訓者處理家庭問題的能力，或許也為專業成長開創了新的可能。

2. 從聚焦問題，到學會使用關係視角

學習家庭治療的過程，對受訓者的工作方式和效果產生了深刻的影響。在會談中，受訓者能夠更精準地回應家庭成員的狀態和關係，並幫助他們在混亂的情況中理解自身正在經歷的變化。這種理解不僅對家庭成員有益，也提高了受訓者在處理家庭問題時的效果。

受訪者 C 指出，透過加入系統觀點，他能更清楚地理解關係間的連動和其中的意義：

I-C-306：「透過加入系統觀點，我更能理解關係間的連動和其中的意義。原本我比較傾向於個人觀點看待這些事情，但加入系統觀後，我更清楚這些系統之間發生了什麼樣的狀況，哪些是個人的狀況，哪些是系統造成的。」

受訪者 C 進一步提到，有些人反饋說他現在能夠更好地理解關係間的連動。這可能表明受訓者的進步和變化被他的同事或案主注意到：

I-C-308：「有些人反饋說，感覺今年的我跟之前的我不太一樣了，我能

夠看懂關係間的連動。」

受訪者 F 分享了一個深刻的經驗，他在督導實習生時，透過引入家庭系統觀，幫助實習生從更全面的角度看待一個女兒與父親衝突的案例。可見受訪者 F 已經能夠將系統觀點應用到他的督導工作中：

I-F-188：「我自己印象深刻的是當時在督導實習生的時候，我們討論了一個案例。那個案例是關於家庭狀況，實習生接觸的是女兒，她與父親有衝突。雖然他只談到女兒的問題，但他卡住了。我在與他討論時，好像是把家庭系統觀和整個家庭狀況帶進去思考，從各個角色的角度去看這次事件到底發生了什麼，可能是什麼等等。單單是這個家庭，我們就可以花上一個小時來討論，收集到資料或補充不足的資料。因為實習生從一個較狹隘的角度出發，卡在那個點上。討論結束後，他好像鬆動了，可以以更全面的心態去面對這個案例。」

受訪者也發現，即使是案主的個人問題，也可以從系統的角度來看待。受訪者 A 提到，這種觀點可以讓他看到案主與其他人的不同互動方式，並認識到這些互動可能對案主的情況有影響：

I-A-316：「(幫忙在)就是用系統角度去看待，就算是服務案主個人，我還是覺得有幫助。我們看到現在這個狀況，有時候他對待父親、同學、老師都有不同的方式，我覺得這也是大學生關係或許有影響力的...，在看那部電影的時候，案主會有不同的想法和改變，所以我覺得這是能夠幫助他不再只局限於他人的責任，或者都歸咎於父母的錯。」

3. 從在會談的衝突中感到焦慮，到能冷靜處理

學習家庭治療的過程，不僅改變了受訓者的工作方式，也對他們面對會談中的情緒張力的狀態產生了影響。過去面對衝突和爭吵時，受訓者可能會感到緊張和焦慮。

但是學習家庭治療後，他們能夠更冷靜地處理這些情況，並在面對衝突時，能更專注於理解發生的事情，而不是被立即的情緒所牽引。

受訪者 J 他對衝突的焦慮和擔憂大大減輕，能更冷靜地處理衝突，即使是小的爭吵或不友好的言論，他都能夠保持冷靜，並嘗試理解正在發生的事情。這顯示受訓者已經學會了更有效的處理衝突的方式，這對他在工作中處理各種情況，特別是衝突，非常有幫助：

I-J-193-2：「對於衝突的那個焦慮跟擔心，也因為這個課程，那個部分已經被減輕了很多。以前面對如果稍微一點點的衝突，我就會很緊張。但現在就可以比較淡定的去處理，像以前甚至是他們只要講話是稍微沒有那麼友善的時候，我就會很緊張。但是現在是有吵架或者是有人哭我都還可以去想說現在在發生什麼事。」

4. 學會與業主的相關系統合作

學習家庭治療的過程，也讓受訓者更能夠和家庭成員一起合作。受訓者認識到，邀請家庭成員參與會議，並與他們一起合作，不僅可以提高他們參與的意願，也能提高工作的效果。這種從不相關甚至對立面，到合作關係的轉變，不僅在處理家庭問題時更為有效，也改善了受訓者與家庭成員的關係。

此外，受訓者也注意到，學習家庭治療的過程改變了他們與其他系統的合作方式。他們不僅能夠幫助家庭成員理解自己的狀況，也能夠讓其他系統理解家庭正在經歷的變化。這種理解讓其他系統更願意提供幫助，也提高了受訓者在協調各方資源時的效果。

如受訪者 J 在與家庭合作時，需要處理來自困難家庭的孩子，並且需要邀請家人一同合作。他從家庭治療訓練學到，不必直接邀請家人參加家族會議，而是邀請他們一起合作。這種方式讓他能夠更好地與家人合作，並且能夠獲得他們的接受和配合。受訓者的這種觀察和認識，對他在處理家庭問題，尤其是那些涉及到家長和孩子的問題，有很大的幫助：

I-J-197：「我們與家庭合作時，常常需要處理來自困難家庭的孩子。他們很容易產生衝突，或對我們的工作不太願意合作…我覺得還有另一個重要的方面，那就是邀請家人一同合作。這樣做可以提高家人願意參與的意願。我從課程中學到，不一定需要直接邀請家人參加家族會議，而是邀請他們與我一起合作。以前可能遇到一些家長，他們看到我是老師或社工，就直接離開了。也許是因為他們過去的經驗或其他原因，對這樣的工作方式比較難接受…但我覺得邀請家人參與會談的這個動作，對我也有幫助，因為這樣可以邀請他們與我一起合作…」

受訓者在工作中，尤其在會談期間，能夠更精確地回應或幫助家人理解他們的現狀和關係。受訪者J認為對於家庭狀態的理解和解釋對工作很重要，並且這也對與其他系統的合作有所幫助。這使他能夠在處理家庭問題時，能夠提供更有效的幫助和建議：

I-J-191：「除了直接的工作跟教師的諮詢，因為我們在學校，所以跟在系統之間的合作的時候也很重要。就是讓他們去看懂說這個家正在發生什麼事情，為什麼他們會這樣。其它的系統瞭解以後，他們也會比較願意做一些協助。」

受訪者J表示他能夠更好地理解家庭成員，並與他們進行清晰的討論。他還可以與外部系統進行資源連接，這對他的工作有很大的幫助。受訪者J意識到了各種家庭和系統之間的互動，並且她能夠使用這些知識來幫助他的工作：

I-J-193-1：「然後家外的那些系統，我也可以跟他們在做資源的連接或者是，就可以幫忙他們去。因為有時候系統也會對這些家庭有一些情緒，然後可能會影響到他們給的一些資源。然後我覺得這個是對我工作上很大的一個幫助。」

三、訓練結束三個月後受訓者個人生活上的改變

(一) 發展新視角，將生活體驗與家庭治療實務工作連結

我們發現，專業成長也帶動了個人成長。在專業角色之外，受訓者也開始以「家庭治療師」的視角體驗生活。受訓者在生活中也敏銳於關係線索，開始以家庭治療的視角理解生活中的事物，更重要的是，開始以家庭治療的視角去看待個人的關係，並產生一系列的正向影響。

以家庭治療的視角理解生活中的事物，直接體現在受訓者欣賞影視作品的方式。受訪者 F 在焦點團體中提到，自己在看恐怖影集時，關注的焦點從恐怖元素轉移到人物間的家庭關係，這種對於影集的感受的顯著變化，使得受訪者 F 清晰感受到自己看待事物的視角的改變：

G-F-10：「講到（對於家庭關係的）敏銳，我想到我最近在看一個恐怖影集，…每集是每個角色看這個家庭，每個人長大後都出事了，…還有一個壞處，就是現在看到這些覺得不可怕，因為對我來說就像家庭劇（笑）。」

同樣的，受訪者 D 也發現自己開始以家庭治療的思維和感受理解和欣賞影視作品。更進一步而言，這種視角對於受訪者 D 的影響是更能理解影集中人物的行為和感受，例如為什麼家庭中的一個成員會忍受痛苦並保持沉默。而這種理解加深了他對家庭系統中的動態和互動的理解，對於實務工作也具有一定的啟發：

G-D-13：「看完之後，就覺得腦袋很忙。我看一個影集…也用家庭治療的（觀點）…有一集就是女兒為了父親的快樂，忍耐自己的痛苦就一個月都不說話，我看到為什麼一個人要忍耐，那麼辛苦、會痛。很多東西都會連結到實務上去。」

(二) 受訓者之個人關係得到改善

在關係層面，本研究也發現受訓者發生一些改變，使得他們與重要他人的關係產生了顯著的改善。這些改變分為兩個部分：與伴侶之關係的改善及與原生家庭關係

之改善，資料來源包含訓練結束時之個別訪談及訓練結束三個月後之焦點團體，以下將分點敘述之：

1. 受訓者與伴侶之關係改善

受訓者在訓練中，獲得了更多自我覺察，及以不同的視角看待自己與家人/伴侶的關係時，自我狀態及對對方的理解都發生改變。如受訪者 A 提到，經由督導的提醒，自己意識到過往對於「公平」的執著如何影響關係，這個覺察推動他放下過往的執著，而是以感情的方式回應太太，最終使家庭關係變的輕鬆：

G-A-19-1：「(改善了) 跟我老婆的關係吧。我記得那時督導問我說，為什麼這麼在意公平。我就很在意公平，我後來才注意到督導為什麼問我這個問題，真正的公平其實不存在。只有我願不願意幫她，她願不願意幫我。建立在感情的基礎下，讓我有一個很不一樣的思考。影響是，我覺得日子過的比較輕鬆。」

受訓者在伴侶衝突中，開始用互動的觀點來思考。觀點的轉變可能帶來不同的影響，對於習慣於承擔很多個人責任的受訓者而言，採用互動的觀點可以減輕自我的情緒負擔。受訪者 F 表示在伴侶衝突中，她已經開始從互動的角度來思考，而不是全都歸咎於自身。這種改變幫助她減輕了情緒的負擔，並使她更全面地理解衝突：

G-F-20：「以前吵架比較常會回到自己，好像去分析自己，像看案主一樣，本子一直寫寫寫。我以前都是很生氣，一邊反省自己，一邊分析。但是現在就是就不需要一直看自己，要看關係，觀點從個人到我們兩個之間的關係。」

同樣的，受訪者 F 在伴侶衝突時吵架的層次提升了，在這當中還可以對自己有點覺察，把自己拉出來。受訓者表示在伴侶衝突時，他們能夠自我覺察，看到雙方的需求差異，並能及時停下來，減少過去在衝突中感受到的「鬼打牆」，而是通過衝突增加理解：

G-F-18：「就是跟伴侶，…上禮拜才吵架，學這個還是可以把自己拉出來一點，因為其實不只是追跟跑，他講他的需求是什麼，我在意的是什麼，根本沒有對在一起，只要把自己拉出來，然後看到他的狀態和我的狀態，我們就會停下來。可能不會覺得在鬼打牆，如果沒有這些概念，過去吵架的時候鬼打牆你講你的我講我的，然後事件那在這邊吵，事件或是個性什麼的。」

受訓者可能更加清晰與家人互動的模式為何，這種清晰可以增加對於關係中自我責任的看見。與之前常常抱怨伴侶的行為不同，學習家庭治療的過程使受訪者 I 更加意識到自身存在的問題，並且明白這些問題也是影響伴侶行為的重要因素。此外，她也注意到自己與孩子的關係也受到與伴侶之間的爭執或衝突的影響。這種認識讓她在與伴侶和孩子的互動中，開始進行必要的調整，並嘗試以更理解和接納的態度面對家庭關係中的問題：

I-I-146：「很有趣的是這樣一個東西對我自己的生活也有很大影響，因為我同時身為一位母親和一位老師。我覺得這個也會影響到我和伴侶之間的互動關係，因為之前我常常抱怨這個、抱怨那個，但學了家庭治療後，我開始更加意識到，原來我自己也存在著某些問題，這些問題其實也導致了我伴侶的行為，或者說，在我和伴侶之間的關係中，我與孩子的關係有時候也受到我和伴侶之間某種爭執或衝突的影響，我必須要調整。」

在清晰互動的模式後，受訪 I 開始主動避免開啟負向循環的行為，從而有意識的平衡次系統的狀態。注意到自己跟先生的夫妻系統與親子系統逐漸失衡，這對於受訪者而言是很重要的提醒，訓練結束三個月後的團體中，她說到自己嘗試改變自己的行為後，發現夫妻爭吵的激烈程度下降，多了深入的對談：

G-I-24-1：「我也是有類似啊，跟先生的關係啊，有小孩就會比較意識到，不讓小孩變成第三者。因為我們兩個人個性差很多，我是比較感性的他是比較理性的，他的工作也很繁忙，我們日常作息也差很大。我漸漸發現我

們有很大差距，我意識到我跟我先生的關係就是我在跟小孩子拉結盟，或者是請他來分擔我的情緒，（現在）對於這種比較細微的東西可以覺察到，然後有意識的去避免這個事情。」

受訓者對於家庭互動的模式，開始有了更加清晰的看見。這種看見有助於推動受訓者率先改變互動中的行為，從而促使更多的改變發生，當正向的互動時刻增加、衝突減少，家庭氛圍也悄然變化。如受訪者 I 在訓練結束三個月後的焦點團體中，進一步表示學習家庭治療後，夫妻間的爭吵降低，對話增多：

G-I-24-2：「我也能比較容易看到我和先生的關係，例如說為什麼我有時候會很急，夫妻之間的追逃方式，或者是彼此的親密和自主獨立，如何保持平衡，滿足對方的需求同時能保留自己，能更多瞭解，瞭解之後去做不一樣的改變和解決。我學家庭之後就很少和先生吵的很凶，但是可以談的比較深。」

2. 受訓者與原生家庭之關係改善

受訪者 B 描述了學習家庭系統治療理論如何影響他與家人的互動方式。他在以前可能會對父母的行為感到生氣，並以指責的方式來對待他們。然而，他意識到這樣的行為模式只會導致對方的沉默或者避免討論問題。對於互動模式的理解，使他試圖改變自己的行為，並嘗試以理解和問問題的方式來替代直接的責難。結果是互動的氛圍由緊繃開始變得比較溫馨，增加了正向的互動時刻：

G-B-22-3：「我覺得這是有影響我和家人的關係吧，以前我可能會很直接的，比如看到我爸和我媽的一些事情我就會情緒上來，會用比較指責的方式去講。…關係是互動的嘛，如果我每次都這樣對他，那他回饋給我的就是沉默或者不會和我多談什麼。我就會嘗試著自己去改變，當我發現他做了一件我不太認同的事情的時候，我不會先去罵他，我可能先問…從以前會說你接這麼多工作不跟家裏人相處，現在會先問妳最近接這麼多工作還好嗎。我覺

得在自己的家庭關係上是有改變，(結果)就是反應會比以前好，我覺得對話的氣氛就會比較溫馨，以前我可能是比較直接的用罵的、用唸的，我媽就會沉默的做自己事情，她也不會反駁我。當我現在用關心的方式去問的時候，她也會說今天跟同事怎麼樣之類的，我就覺得那氣氛比較溫馨。」

受訪者 B 還提到了對母親的更深層次的同理，他理解了母親接受很多工作的原因，並且開始用更關懷的方式來對待她。這種改變不僅在他的家庭關係上產生了改變，也在他的心態上產生了改變：

G-B-22-4：「因為我媽會在外面接很多工作，導致跟家裏人相處很少。以前就會罵他說這麼愛錢啊之類的，不會之間講出來，但是心裏會有這樣子的感覺。可是現在比較能同理他，因為我媽以前是過的比較辛苦的，再加上我們家裏小孩很多，她會一直有經濟壓力，所以去接很多工作，雖然現在我們孩子都大了，現在她不這麼做就不知道要幹嘛了。」

受訓者也在訪談中展現出情感回應的增加，當影響關係的個人議題被覺察，情感上回應的阻礙便減少了，可以更自由的表露。這種情感的回應直接改善了關係互動的氛圍，如受訪者 A 表示在跟父母的互動中，當自己放下過去執著的東西時，開始使用情感的回應方式，這使得在家中的生活經驗都變得輕鬆起來：

G-A-19-2：「還有跟我爸媽，我不再計較怎麼樣是對的、怎麼樣是錯的。(現在的我)會用感情方面去回應他，讓他們知道，影響就是日子變輕鬆。」

受訓者和家人的關係發生改變，也可能表現在對於衝突的處理上。

對受訪者 C 來說，在家庭衝突中比較能夠瞭解衝突的原因，情緒就較快可以平穩下來，進而創造理性的溝通，感覺到與家人的關係有所改善：

G-C-22-1：「也是跟家人，吵架的時候比較知道為什麼吵，我很容易跟我

哥吵架，還是照吵但是有時候不會這麼生氣，還是有理性的溝通，可以跟他好好去談，到底他哪裡委屈我哪裡委屈，我覺得這樣子談反而可以更好。我覺得生氣的時候，一時之間的口氣和態度要改變其實不太可能，但能比較知道為什麼這麼氣，他可能在氣什麼，知道之後自己的情緒會比較 down 下來。」

受訓者個人生活的改變，也體現在對於原生家庭關係的理解及介入。當受訓者對家庭內的事情有了更清晰的認識，處理衝突的能力便有所增強。其中，對於關係線索的掌握以及關係問句的技巧，幫助家人進行思考，使家庭問題的解決更為有效。

受訪者 C 表示，現在對家中的事件有了更深的了解，並能在情緒激動時安撫父母，能夠更好地與家人溝通，並了解彼此的委屈，使得對話更為深入：

G-C-22-2：「我會比較知道家裡發生了什麼事情，爸媽很激動的時候比較可以安撫他們，看到我爸面對家人在逃的時候比較會跟他講講，他偶爾能接受。」

受訪者 D 對於家庭內的事情有了更清晰的看見，在家庭衝突中，可以通過關係的線索給予一針見血的面質，幫助他們去思考，對於家庭問題的緩和更加有效，家人也發現這件事情：

G-D-25：「我覺得學了家庭之後，對於家裡面發生什麼事情都會比較清楚。我們家最近有八點檔的事情發生，以前我沒學之前不會想要理會這些東西，跟我比較無關。可是現在會比較用關係的線索去面質其中的幾個人。我們家最近在…然後他就不說話了，也停止了攻擊。現在能比較一針見血的去面質這些關係，以前會很沖，只會說：『你為什麼要這樣子？你不要這樣子！』現在就可以拉一拉（關係線索），拉一拉去告訴他說：『我看到你這樣子這樣子，那你這樣子自己也很辛苦，你要到什麼時候？』他們就比較能聽得進去。我姑姑的婚姻也是，我說：『妳為了不讓婚姻破碎，可是你現在這樣

子有幾分的把握可以撐得下去？」，現在比較能夠明白有些關係不是說怎麼樣就可以解決的，家裡頭，不會這麼相怨，不會是一條直線的思考。吵架也厲害了，但不是暴力的，可是也蠻一針見血的。家人給我的回饋就是家裡有心理師真的很麻煩。(笑) 因為說不贏，但是他們可以去想。我覺得我吵架的功力變高了，我可以用這個點達到我要的目的，我可以吵的沒有那麼費力。我覺得那些東西現在可以有談話的空間。」

綜合來看，訓練對受訓者的自我覺察和對關係的觀點轉變起到了正向的作用。這些變化促使受訓者改變自身的行為，改善了與家人/伴侶的互動方式，從而改善了家庭關係。

四、訓練結束三個月後於工作場域之訓練遷移

受訓者回到工作場域，將所學習到的知識、技能、態度及行為應用到工作中，這個歷程即訓練的遷移，是一個「學以致用」的過程。通過上文訓練結束時的個別訪談結果，我們可以看見初步的遷移效果。接下來，我們將在訓練結束三個月後之焦點團體訪談的結果中，嘗試檢驗訓練方案的效果是否具有一定的持續性，抑或者否發酵出了進一步的成效。

受訓者的訓練結果在實務應用產生的結果，由受訓者個人成長到工作狀況，可以分為四個方面來展現，分別為：(1) 自我效能感顯著提升，主動與系統合作之意願增強；(2) 諮商會談效果提升，工作勝任度提升 (3) 受訓者的工作適應狀況提升；(4) 團隊成員認同受訓者的專業能力，對受訓者的信任度提高。以下將分別敘述之。

(一) 受訓者之自我效能感顯著提升，主動與系統合作之意願增強

研究結果顯示，回到工作場域重新面對與家庭工作的需求時，受訓者對於自己能夠與家庭進行工作之信心顯著增強，這使得他們更願意在工作場域中嘗試開展並持續進行以與家庭會談在內的系統性工作，進而推動實際成果的產生。隨著成功經驗的累積，受訓者的信心又進一步得到增強，從而形成正向的循環。

受訪者 B 的經驗可以很好的展示上述正向循環。當受訪者 B 對於自己能夠與家庭

工作的信心提升時，也將對於自己整體的會談能力產生更好的感受，帶動自我效能感的整體提升。過往因為猶豫不決、缺乏信心而卡關的部分有機會發生改變。如受訪者 B 所述，對他而言，最重要收穫是他對自己有了更多的自信，不僅是在與家庭工作，也包含個別會談，這讓他有一種整體的自我修養得到提升的感受：

G-B-26-1：「我自己覺得對我們的影響，最多的還是對自己比較自信吧。…遇到挫折的時候還是會懷疑，但是多多少少還是有提升自己在個案或者家庭工作這方面的自信。我是覺得說整體的自我修養是變高的。」

相信自己有能力可以做到些什麼的感覺，將幫助受訓者在工作的不確定性中找到堅持，進一步突破以往的困境，提升工作效能。如受訪者 B 在談論自己的信心之後，進一步分享的一個成功經驗。他在面對家庭工作挑戰時不再像過往一樣因缺乏信心而輕易放棄，他積極與一位起初拒絕他的家長溝通，最終不僅成功地讓家長同意進行對話，而且該學生的狀況也得到了明顯的改善，帶來了超乎他期待的結果，這個經驗使得受訪者 B 進一步相信自己能夠為自己的服務對象做到些什麼：

G-B-21：「就是一直嘗試的跟他（那個拒絕與我談話的家長）講吧，…後來他來學校，…來說，老師我們來談啊。…那個學生的狀況到後來有變得不錯。那孩子是有比較過動的傾向，家長原本是比較不願意去面對這件事情，後來他離開學校的時候是沒有生氣的，結果最後也有帶孩子去看醫生。目前那學生目前也有穩定的在服藥，在班上的人際狀況也改善很多。」

自我效能感的增強，使得受訓者與家庭工作的意願增強，從而得以推進更多的系統性工作，有機會積累正向的經驗。這種意願的提升，對於那些過去避免處理家庭問題的受訓者來說，是一種巨大的進步和突破。他們更有信心自己能夠面對家庭的問題、處理家庭的問題、為服務對象帶來一些改變。我們看到受訓者的心態也有所變化，變得更有勇氣嘗試過去不願面對的工作，如受訪者 C 袒露，即使自己所在的工作場域（國中輔導室）涉及許多與家庭相關的工作，但過去的自己因為擔心，常常刻意

迴避。受訓之後返回學校，她發現自己在輔導室事務的處理上，逐漸願意嘗試與家庭工作，這種意願的提升，也來自於信心程度的提高：

G-C-23：「我在學校場域工作跟家庭是有關的，但是我覺得自己過去都刻意避開家庭。一直以來有擔心的感受，在國中（服務以來）蠻明顯的。信心程度還是比我剛進來的時候要高，漸漸在事務上面還是有不一樣，那個願意嘗試的心情，還是漸漸有提高的。」

而自我效能感的提升並非是一直線前進的，隨著訓練的結束，可能會經歷一種波動。受訪者 H 的信心變化，進一步展現了這種自我效能感增長的細節。受訪者 H 開始參加課程之前，並不相信自己能夠擔任家庭治療師的角色、承擔相應的責任，她看待這個角色時，是處在遙望其專業度的位置。受訪者 H 身為社工師，不容易將自己定位為治療者的角色，這部分是因為缺乏信心和缺少一個可以實踐這個角色的環境。因此她給自己的信心評分非常低，甚至不到一分，意為「一點也不覺得自己可以做到」。然而，在完成整個課程後，透過督導的持續幫助，受訪者 H 的信心感提高到五六分。她逐漸開始對自己有信心，認為自己並非是完全做不到，雖然仍然認識到自己存在不足之處，但不會對此感到太大阻抗。受訪者 H 提到後續如果不繼續督導，她感覺到信心評分可能會從五六分降為四分，並且隨著時間逐漸下降。即便如此，這個信心不會降低到課程開始前那種覺得自己完全做不到的程度。

可以看到受訪者 H 對於信心感覺的變化，從最初的完全不相信自己到逐漸增強的信心，願意接受進一步挑戰和成長。即使信心程度可能會隨著缺乏進一步的督導資源而下降，也始終會停留在覺得自己可以做到一些什麼的程度：

G-H-29：「我想用分數衡量一下自己的信心感覺。剛開始要進入到這個課程之前，我覺得一分都不到，一點也不覺得自己能做到。沒有預期或者覺得有可能自己成為這個角色。不太知道這個是不是和社工養成有關，我一直有種對治療師有一種專業度和專業性的信任。…我們不太容易把自己也定位

在一個治療者的角色，…因為自己沒有信心做好這件事情，一部分也是沒有這樣子的一個空間去做這個事情。…但當我整個課上完，督導幾次，那時候覺得可以到達五六分，覺得未來還是可以持續做下去試試看。看到有些家庭會覺得他們很適合進入到這樣子的對話的一個治療的部分。我覺得就會比較多的是有信心…，只是覺得有可能還是有很多不足的地方，但是在做這件事情上面不會有那麼大阻抗了。但是我現在沒有團督，五六分會降為四分，隨著時間慢慢又再往下降，但我覺得不管再怎麼降應該還是不會低於到一分，我不會覺得自己做不到。」

可以看到訓練後，受訓者的自我效能感顯著提升，主要展現在對於自己能夠與家庭工作的自信增加，覺得自己在這項工作上可以做得到一些事情，而這種信心也會影響到受訓者對於自己專業能力的整體感受。雖然這種信心也會隨著訓練結束發生變化，但與受訓前已截然不同。對於那些在工作場域中有家庭工作/系統合作需求的受訓者而言，自我效能感的提升可以說是最重要的成效之一。這使得他們從較為被動的迴避家庭工作，到願意主動開展與家庭的工作，甚至遇到挫折時也能夠堅持，進而收穫到過往不曾經驗過的回饋，形成良性的循環。

(二) 受訓者進行會談效果提升，工作勝任度提高

受訓者在實務運用中，顯著感受到了一些不同，這些感受來源包含自身、與案主的互動、看見服務對象的轉變以及以及整體的工作勝任度。我們將分為以下幾點來詳細闡述：(1) 受訓者在會談中的自我狀態變好；(2) 受訓者在關係層面更深地理解案主，治療關係隨之增進；(3) 看見服務對象的轉變；(4) 與家庭工作之勝任度提高。

1、受訓者在會談中的自我狀態變好

(1) 受訓者的諮商焦慮下降，在會談中狀態更加放鬆

諮商焦慮是一種情境式的焦慮（胡景妮，2007），過往與家庭工作之自我效能感不足的受訓者，在因工作需要而面對家庭時，可能會因為不知所措而感受到焦慮，而對於諮商會談經驗不足的受訓者而言，會談本身就容易帶來焦慮的感受。在訓練之

後，受訓者發現在會談中焦慮下降，個人狀態更加放鬆。如受訪者 C 表示，雖然面對家庭案，自己仍然不會覺得很輕鬆，但是面對個別會談的業主時，受訪者 C 顯著感覺到個人狀態更加輕鬆了：

G-C-8-3：「就是在晤談的時候會比較輕鬆，在家庭案沒有那麼輕鬆，但是在我自己的個別案中會比較輕鬆一點。」

在會談中的狀態更輕鬆，也表現在對於情緒張力的耐受度上。受訓者在面對會談中的衝突時，訓練幫助他們降低慌亂不安的感受，提高能夠有效因應當下壓力情境的能力。如受訪者 B 分享了他如何從對家庭爭吵感到慌張，進步到現在能夠採取一些行動。我們可以看到，受訓幫助他對於衝突的情境，有了更好的調適和應對能力：

G-B-17：「因為以前我可能看到吵架會非常非常慌張，但現在是非常慌張，比較能夠去做點什麼。以前就可能會愣在那，一直想著完蛋了會不會這個家庭就毀在我手上了。」

當衝突情境所帶來的壓力下降，不再超過受訓者的負荷，受訓者便能夠安穩在家庭治療師的位置上，發揮自己好奇來探詢問題脈絡。受訪者 G 在工作中被告知要處理吵架的家庭時，已經不覺得害怕，反而好奇他們怎麼吵：

G-G-15-1：「我已經沒有很害怕，當他們告訴我我要去處理一個吵架的人的時候，我就會想他們怎麼吵。」

諮商焦慮也可能來自於對諮商師自身表現的擔憂。當訓練幫助受訓者提升自我效能感，且瞭解家庭治療的多元樣貌，受訓者在會談中擔心自己無法做到某種樣子的焦慮得以下降。受訓者個人狀態的鬆弛，可能來自於認識到自己不必急於給出答案或方向，而應專注於業主如何理解和解釋他們的問題。這種認識可以降低受訓者在會談中的工作焦慮，看到更多不同的視角，如受訪者 I 表示，多樣的可能性讓自己不再被心理師效能的焦慮綁住，不必急著有特定的方向或答案，因而可以臨在會談當中，發揮

家庭治療師的功能：

G-I-13：「也是讓我覺得原來我也可以這樣做，不用急著有一個答案有一個方向，那個基礎是，怎麼瞭解、怎麼詮釋這些問題。…某種程度上可能就是心理師自我效能的那種焦慮。可以讓我有不一樣的見解，或者打破這樣的迷思。」

以上結果顯示，受訓者在訓練後，其諮商焦慮顯著下降，能夠以更放鬆的狀態面對會談。

(2) 自我覺察的能力持續提升

從前文訓練結束時的成效中，我們看見了本訓練對於受訓者之自我覺察能力的提升有所幫助，主要成效在於幫助受訓者在會談當中，長出或提升觀察自己及反思自我狀態的能力。自我覺察的練習結果持續發酵，受訓結束後三個月時，我們發現受訓者仍能夠在會談中保持一定程度的自我覺察，甚至在衝突情境中也是如此。受訪者 I 逐漸意識到自身的狀態對於諮商過程的重要性，他體會到特別是當處理情緒強烈的情況時，需要保持一定的距離，以維持自我穩定。我們可以看見這不僅是一種技巧，更是一種自我覺察和狀態調節的過程：

G-I-12：「不是問我我要怎麼問，而是我狀態怎麼樣…我覺得它已經變成我腦中…反覆思考的，我現在的狀態是什麼？是我太急了嗎？我應該拉遠一點距離，看她們爭吵的狀況，所以這是我現在接伴侶常在做的事情，就是吵的很凶的時候我是不是該有點距離，穩住自己再去接近。所以這不是技巧，是我自己狀態。自己問的時候是很有幫助。」

自我覺察也是一種「自知之明」的能力，即對於自己的專業能力有清楚的認識，能夠瞭解自己的優勢和不足。在這一點上，我們發現訓練結束三個月後受訓者也比以前更清楚自己的擅長和不足，能更準確地判斷自己的狀態和能力，知道自己能做什麼不能做什麼。這種清楚，幫助受訓者在會談歷程裡更專注在案主的狀態中，而非困惑

及糾結在自己的失誤或不足，從而提升了會談的狀態。

如受訪者 D 更加清晰知道到自己的能力和限制，知道什麼是他擅長的，什麼是他需要更多練習的，什麼是他應該避免的，對於自我狀態的掌握更加精準了。這使得他在處理困難的會談時能保持穩定，並且更有信心地去評估和反思自己的工作狀況和情緒：

G-D-26-3：「現在不僅是那樣，我還知道我能給什麼。我知道什麼東西我擅長，什麼東西我可能要熟練一點，什麼我不要碰。我的把握就是我如果願意接，(狀況)會是好的。如果真的難度比較高，或者狀態不太穩定，那我也不會太往心裏去，…比較會去思考他們怎麼了，去核對我們怎麼了，…信心肯定有變化，我對自己的狀態更精準掌握，知道什麼東西我可以接，什麼我不能接。」

2、受訓者在關係層面更深地理解案主，治療關係隨之增進

受訓者在訓練中，發展出關係的視角。他們回到工作場域，使用這樣的視角與案家互動。從案家的反應中，受訓者發覺案家感到被諮商師同理的程度加深了，因此建立關係更順暢，也能夠對於案家動態變化有更高的掌握度。

受訓者開始會嘗試更深入地理解並回應案主在關係層面的感受和狀態，案主更多地感受到被理解，對此，受訓者感受到的直接的幫助是有助於建立治療同盟，並使未來的工作更容易進行。受訪者 A 表示，當自己身邊關係的狀態被回應時，自己案主感覺到更被理解，關係建立更快、更好：

G-A-11：「就算他們不是父母、伴侶一起來，但是回應他們身邊關係，這幾個月工作起來，案主也可以感受到，我們真的比較理解她們，我們是站在她們位置說話的。前面是建立關係，這個唔談對他是有幫助的，前面就會建立比較好的基礎，未來要往哪裡走，感覺起來都會比較容易一點。」

這種對於關係更清楚的視角，使得受訪者 H 更快與案家建立關係，同時能更好地

把握該家庭狀況的變化：

G-H-31：「我覺得因為我現在蠻能看到這個家中有一些的不同，某個程度上面，和他們建立關係還有對他們動態變化的掌握度會更高。」

不僅是直接給予關係層面的回應，受訓者還從訓練中學到如何聽懂不同家庭成員在關係中的狀態，穿過表面的情緒看到更深的情緒從而更深的同理案家。受訪者 G 分享了關係視角讓自己的工作方式有所轉變，她不再僅僅與一個家庭成員交談，而是試圖理解整個家庭的動態，更加專注於理解家庭成員在關係中的情緒，而不只是表面的衝突。這種變化使他能夠更深入地從關係層面理解家庭成員的感受，並幫助他們表達他們的痛苦，創造出情緒上的連結：

G-G-15-2：「那個（衝突的）家庭，我覺得我可以做一點點後面的瞭解。我先跟媽媽談，再去和兒子談。我真的覺得這個課程幫助我想辦法聽懂他們到底怎麼了，要聽懂他們生氣的點，還有可能他們生氣只是表現，背後是傷心的，…我覺得那一刻我是可以接住那個媽媽的，…媽媽就一直哭。後來我去見孩子的時候，…然後他也是一頓大哭。我就覺得其實這是，我沒有讓他們兩個一吵架就馬上拉開。…雖然就是說這些能力不是一下子就做到的。」

同樣的，與之前問題解決的位置不同，受訪者 H 現在在工作中願意花更多時間去聽懂案家所講的東西，嘗試去理解對方的狀態，這讓他覺得自己可以更快貼近案家、與其建立關係。受訪者 H 談到了他如何從著重解決問題的方式轉變為更多地感受和理解情緒。他認為這種變化使他能夠更深入地了解他正在服務的業主，並且有助於更快建立較好的關係：

G-H-19：「解決問題的位置，就是不太會去感受情緒，太多的往下走，以前比較少，只是他（案主）表面的感受和想要解決他表面提出來的問題，比較不會往下走關係議題。但我覺得會像多一點知道他怎麼了，和他的關係

也會有變化，我覺得好像有真的理解他想要陪著他一起，所以以前建立關係要更長久的時間，現在這樣子下去，好像有會快一點點靠近。」

而關係視角對於治療關係的增進，也會通過信任程度來達成。對此，受訪者 I 的經驗為，在會談中為案主增添一個關係的視角，帶領案主有所看見和領悟時，案主對於諮商師的信任度就增加了，這對於治療關係的增進也有所幫助：

G-I-16-2：「(是因為)我跟案主之間的關係，因為我帶他看到不同的觀點(關係的觀點)，增加了他對我的信任。」

我們可以看到，受訓者回到工作場域後，顯著感覺到自己與服務對象更加靠近，他們的反應也表現出治療關係的建立更加快速、更加緊密。

3、看見服務對象的轉變

回到工作場域中不斷嘗試運用學習到的技巧和能力，以系統觀點看待問題，這些實務的嘗試中，受訓者逐漸看見服務對象在不同層面有不同程度的轉變。

當個人問題被轉化為關係的問題，受訓者可能發現案主的改變動機增強、改變的行為更容易發生。如受訪者 D 發現一些案主在談話中，明白到這不是單單是自己的問題，而是可以一起面對的，會詢問能不能帶男朋友或媽媽來一起會談，獲得勇氣去面對關係的問題。這樣的改變會讓案主感到輕鬆，並會促使改變的行為發生：

G-D-16：「有些案主談一談，變成會問說：『我下次能不能帶男朋友來、帶媽媽來？我覺得可以去面對了，回頭去…我發現我的問題在關係裡，有些話以前不敢說，現在會想去面對了，至少有一點勇氣會知道說不是只有我，而是一起去面對。』案主鬆一口氣，不完全是他自己了。案主也會有些改變，常常一個人談成變兩個人。」

當受訓者在會談中開始使用系統觀點，他們可能觀察到觀點轉變有助於案主減輕壓力、增加信任並促使他們在行為上願意嘗試不同的方法來協助自己（主動邀請成員

加入會談)。如根據受訪者 I 的觀察，即使是在單獨會談中，使用系統觀點來看待案主的情緒或問題，能夠幫助案主減輕壓力，不再將自己的情緒或問題看得過於沉重。這種新的觀點與周遭人所傳達的不同，為案主提供了新的方向，案主也更願意嘗試不同的方法，願意主動邀請其他重要的人進入會談，創造出新的會談局面，這對受訪者 I 來說是一個重要的收穫：

G-I-16-1：「我自己經驗是，有時候（案主）他們來，即使是做單獨（會談），用系統觀去看的時候，其實可以讓案主不要這麼這麼沉重去看待自己的情緒或者問題，…。因為通常來接受治療，他可能覺得自己是有問題的或者被周遭人覺得他是有問題的，我們帶著他看一個不一樣的觀點的時候，我覺得有些人對於這樣子的一個狀態會比較鬆下來，壓力比較減少…。這樣子工作下去的時候，當你要去邀請媽媽或者伴侶來的時候，其實相對是變得更容易。…當你帶案主看的時候，他下次會試試看說我下次邀請什麼人，或者是青少年會接受媽媽在這邊一起談。」

當受訓者將關係的視角帶入會談中，也可能發現案主的反思能力增強了，產生了成長：他們的自我覺察更快發生，一系列的理解應運而生。如受訪者 F 的經驗，當他可以清楚地把關係的樣貌回應給案主，案主得以理解自己的關係樣貌時，受訪者 F 不必費力去做太多，就能夠觀察到深入的覺察自然而然持續產生著：

G-F-11：「反而用關係，講夠清楚回應給他（案主），他自己可以覺察速度比較快，會知道自己是這樣子的。也不用太挑戰，光是把那東西講清楚，他們就會自己（深入理解）下去。」

受訓者觀察到的另一種轉變，是案主持續留在會談中，這一點對於在自費市場中工作的諮商師而言感受異常明顯。受訪者 D 使用系統觀概念化案主的問題，更快切中案主的需要，從而提升諮商初期的效能。他表示在進行初次或第二次諮詢時，系統觀的效果非常明顯，這對與案主建立長期關係非常有幫助，而這種情況在付費案主中尤

其重要，因為初次的效果往往影響了他們是否繼續接受諮商，因此對於受訪者 D 來說，自費案主繼續會談的機率也增加了：

G-D-14-2：「那在做諮詢或第一次第二次案主的時候效果很顯著，那你跟他（案主）的關係就有機會往下走。這是做自費案主的感覺啦，因為自費案主很吃第一次第二次有沒有效果，我覺得有差。」

除了諮商會談的案主外，受訓者的服務對象也包含系統中的其他人時，受訓者也同樣可以觀察到他們的轉變，如受訓者也可能促成系統中的合作和會談。受訪者 I 提到自己如何將家庭治療的方法應用於學校環境中，以改善師生家長之間的關係。受訪者 I 成功地減輕了輔導老師對孩子母親的刻板印象，並使得他們後續建立起更好的合作關係：

G-I-22：「我最近遇到一個狀況是一個小孩子，我覺得需要找媽媽來談，輔導老師就說那個媽媽很難搞欸，來學校不配合、有很多情緒、精神狀況也不穩定，質疑我為什麼找媽媽來談。後來我把媽媽和輔導老師一起找進來會談，…結果談完以後老師的回饋也是他從來不知道原來媽媽有這麼多自己的困難，對媽媽刻板印象是有很大改觀，之後會比較願意和家長去配合，或者幫助家長解決和導師之間的困難。不是非得做家庭治療，可是我把這樣子的一個架構跟他的理念、觀點，怎麼看這樣子的關係，帶進學校。…這樣子對老師和孩子還有家長的關係比較鬆綁，後續就好（展開合作）。」

受訪者 F 在自己的督導工作中看見了成效，他分享了自己身為督導在帶領實習生討論時，透過引入家庭系統觀，幫助實習生從更全面的角度看待一個女兒與父親衝突的案例，從而從卡住的狀態中走出來：

I-F-188：「我自己印象深刻的是當時在督導實習生的時候，我們討論了一個案例。那個案例是關於家庭狀況，實習生接觸的是女兒，她與父親有衝

突。雖然他只談到女兒的問題，但他卡住了。我在與他討論時，好像是把家庭系統觀和整個家庭狀況帶進去思考，從各個角色的角度去看這次事件到底發生了什麼，可能是什麼等等。單單是這個家庭，我們就可以花上一個小時來討論，收集到資料或補充不足的資料。因為實習生從一個較狹隘的角度出發，卡在那個點上。討論結束後，他好像鬆動了，可以以更全面的心態去面對這個案例。」

4、與家庭工作之勝任度提高

由前文可知，家庭治療的訓練幫助受訓者不同層面的能力得到提升，在工作效能方面產生的結果為，受訓者可以輕鬆勝任原本的工作。即使面對原本覺得較為挑戰的工作，如困難的案家，受訓者也感覺到處理起來比較順利。

比起過去，系統觀的方法使受訓者的視角更加完整和全面，他們可以整合不同的觀點，透過反覆的思考和練習，更快地找到案主希望解決的問題，勝任治療師的工作。如受訪者 D 表示自己現在已經可以更快切到伴侶要解決的問題，晤談狀況變好：

G-D-26-2：「對於整個系統的眼光會比較完整，不再是單方向的东西，會整合，掌握度會透過練習，透過一次一次思考，慢慢的上升。可以比較快，大概兩次到三次，切到他們要解決的問題。」

受訪者 G 表示他現在已經能夠很順利地完成他的工作，包括一次性的會談和幫助團隊理解家庭狀況以優化醫療過程。儘管仍然會遇到困難的案家，但他對他的工作的滿意度和自信心都有所提高，因此，我們可以說勝任度是提高的：

G-G-29：「對於現在的工作我似乎可以不那麼用力，那我覺得足以面對。我覺得（是原來力氣的）的三分之一、三分之二。勝任這種比較片段的工作。我說的片段的工作，是因為他的目標不是做家庭治療，是一次性的會談，幫團隊看一下到底發生什麼事情了，怎麼樣和醫療結合之後讓他們在治療上是順利的，不要有這麼多的糾結，現在好像這個是滿可以達到的。就不

像我以前一種覺得抖抖的…有困難的案還是會有，只是會比較順利。」

(三) 受訓者的工作適應狀況提升

內化了系統觀點之後，不可避免的將影響受訓者在職場中的感受。研究結果顯示，本家庭治療訓練，使得受訓者用一種與過往不同的視角看待自己的工作，從而提升了受訓者的工作適應狀況。

具體而言，受訓者轉換了看待和自己和主管的關係的視角、轉換看待工作系統視角，從而對於原本的困境有了不同的看法，能夠更好的適應工作的狀態。對於如當受訓者用家庭治療的觀點看待自己的職場關係時，看見了過往的惡性循環，於是做一些調整，打破循環，大幅改善自己的狀態。受訪者 H 提到他已經開始用系統觀來思考他與主管的關係。他嘗試在之前的惡性循環中做出調整，結果是現在的狀況有所改善，在理解和處理工作關係方面有所成長：

G-H-26-1：「我反而是自己和主管的關係有多一點的思考。就覺得以前有比較惡性的循環，現在就會在這個循環中做一點調整，現在會有一點把系統觀的概念帶進去，然後關係上面有自己做一些決定，就是調單位啦。…這是一個相互循環的狀態，…這個部分調整，但這個調整後我自己現在好很多。」

家庭治療的訓練通過對於系統動力的洞察，幫助受訓者更自在地面對自己的工作轉換，從過往那個很容易陷入自責、很不好意思的狀態，變成能夠看見整個系統的動力，不會把責任都扛在自己身上。受訪者 H 提到，在轉換組別的過程中，他能夠更自在地使用系統觀來分析整體情況，他不再把責任全部扛在自己身上，而是理解整個團隊的動力：

G-H-28：「我剛好要轉換組別的過程當中，自己覺得系統觀有讓我在裡面稍微的自在一點。因為…我們人力應接不暇的時候離開，沒有人補進來，所以我們很多的工作都是會分給剩下的這些同仁，大家會有很多的情緒。這

些情緒除了要多接案的壓力以外，還有很多是主管在調配上面有一些不夠完整或是說想的不夠周到的地方，…我以前很容易落入很自責、很不自在、很不好意思（的狀態），如果他們有什麼事，我會先去幫他們做，因為感覺這件事是我害的。可是這次在做一個轉換的時候，我比較可以看得見，同事或其他的一些想法和一些感受…有很多跟主管意見不同的地方，可是大家不見得可以直接的表達。那是一種氛圍，轉而對我們這些要離開的人來說有點怨對的感覺，但是我會覺得我們就是代罪羔羊。所以當我看清楚整個組發生的動力因素後，就會覺得好過些了，就不會把責任扛在自己身上，就不是自己造成這一切了。」

（四）團隊成員認同受訓者的專業能力，對受訓者的信任度提高

1、受訓者的家庭評估能力受到認可，專業度更受信任

受訓者工作表現的提升，能夠更好的勝任自己的工作。這種表現被團隊成員注意到之後，也將帶來更多的信任。如受訪者 G 在工作中感覺到自己可以掌握會談的歷程，對關係的評估更廣、更深、更加精準，因此合作的團隊也更加信任自己，在轉換團隊時會尋求自己的幫助。他現在能夠更有效地掌控會談過程和評估的深度，不僅設定了清晰的處理目標，而且也對關係的評估有了更多的理解和深度。對家庭的精確評估，使相關團隊增加了對自己的信任：

G-G-32：「我覺得我可以比較掌握我會談的歷程，大概就是進去以後我就會知道。我還是有一個處理的目標，可是我可以比較細緻的那個過程，有時候因為容易評估，可是評估有很多不一樣的層次啊。可是我評估的廣度會比較多一點，還有關係的評估。不是很表面。你會發現很多關係的東西，如果這個案主以後有什麼變化，要轉換另外一個照顧團隊的時候，你就會發現他們比較信任，因為之前的評估都是非常非常精準的。」

2、同事認可受訓者理解家庭的能力，主動尋求並信賴受訓者的建議

同樣的，在工作中，同事可能也會更加信賴受訓者的建議。受訓者在和同事討論時能夠注意不同的資訊、提供不同的觀點、看到家庭動力，幫助同事更清楚案家的狀況，因此有些同事會特別想找自己討論案家的狀況。受訪者 H 提到他的同事也會尋求他的意見，尤其是對家庭系統觀的一些概念。他的觀點和建議能夠提供新的視角，幫助同事在工作中更清晰地看到一些以前未被注意到的信息：

G-H-26-2：「同儕之間，我會發現有些同事會特別想找我一起討論他服務案主的案家的狀況。有時候是旁觀者就是會比較容易講出自己的看法，但就是會覺得跟過往相比，可以讓同事變得很清楚，有時候有些想法他沒有想到，特別就是那種系統觀的一些概念就是今天這些孩子的問題，很多資訊回想拋出來多，可以多知道什麼，他會發現他也沒有注意到這些訊息，沒有留意到整個家庭的動力。下次另外一個問案主會想要和我多討論，會有這種感覺。」

也有受訓者發現同事遇到案主的家庭狀況時、準備督導的個案概念化時，會特別來問自己如何看待這個家庭。如受訪者 B 的同事知道他的學習專長，並會在遇到案主家庭狀況時尋求他的意見。這可能他在的知識和理解受到同事的認可：

G-B-22-1：「同事知道我學這方面的東西，當他遇到一個案主的家庭狀況的時候。就會來問我說怎麼看這個家庭，就是像我同事之前在準備團督的概念化的時候來問我有什麼家族的理論來看這個家庭嗎。」

這種信任感的增加，甚至也展現在與同事的私人關係中，通過同事對於受訓者的態度及兩人互動的變化得到體現。受受訪者 G 發現也有同事開始更信任自己，向自己做出更多的自我揭露，向自己諮詢家裡的問題，在遇到家庭關係的困難時會找自己討論。對此，受訪者認為是受信任度增加的表現：

G-G-25：「我發現我同事也會來找我諮詢，不過是他自己家的問題，…我知道她有困難就會找我討論，…我覺得我得到這個同事的信任，願意和我說家裡的狀態，也希望可以安慰她。」

受訓者的工作表現受到認可，也鼓舞了同事參加進一步學習。如受訓者 I 的同事就傳達也想要參加訓練的意願，通過這樣的表達，我們可以看到受訓者的訓練成果在職場中的展現是得到認可的：

G-I-23-2：「我同事其實看到會覺得還不錯，他想來報名明年，因為他也主要是做親子（的家庭會談）。」

第三節 促進學習成效之有利因素

我們發現課程設計、同儕、以及老師與助教這三個因素，為促進訓練成效之重要有利因素。本節將初步探索這些因素如何在家庭治療師的訓練過程中發揮作用，以及他們如何影響受訓者的學習經驗和成長過程。

一、課程設計因素

（一）漸進式的課程設計促進知識的持續積累及轉化

課程的不同單元，對於受訓者的成長皆有所貢獻。在分析個別訪談內容的過程中，我們發現，課程作為一個連續性的整體也帶來極大的幫助。受訪者 C 將其形容為「階段式的學習」。

I-C-272-1：「（每個部分）都很重要，這是階段式的學習。」

受訓者普遍認為課程設計中每個部分都很重要，正如受訪者 C 所說的一樣。這揭示了受訓者經驗中學習過程的連續性，以及每一個階段的重要性。受訪者 C 強調每課都會有收穫，每次都會帶走新的想法，這也揭示了持續性的課程，能夠協助受訓者達成知識的累積和轉化。

I-A-374：「每次的課，每次都會有一點收穫，我們每一次來，都不會空著手回去的，每一次都會帶什麼回去、會帶些新的想法回去。」

受訪者 I 的描述對於於持續性的學習經驗增添了許多細節。我們可以看到，學習的不同階段中，不同的內容都會是建構自己能力的材料，通過實際運用的方式達成最終的轉化。這個歷程也不一定是一直向上，而是也有「掉下去」的時候，但整體而言是成長的趨勢。關於學習歷程這一主題，我們將在討論部分進一步展開。

I-I-188：「對我來說不是一次經驗或是一個忽然之間的事，其實是慢慢累積。例如說這些都是我的日常，我每天其實都在做這些東西…然後有些不同知識進來，不同技巧進來用用看。有一點卡卡的，(那就)調整調整。現在已經過了一年了，會發覺，哇原來自己走了那麼久了路，而且好像跟之前不一樣。所以我覺得(成長)這個東西轉變不是一個突然某一個瞬間，而是可能就這樣微微地往上，有時候稍微掉下去一點，有時候上去一點，可是整個大趨勢，回過頭看是自己成長了蠻多的。」

受訪者 H 描述了自己從恐懼接案到習慣接案的過程，這為學習的連續性能夠產生什麼樣的作用提供了簡單的線索，即確實通過熟悉度的提升，協助受訓者增加信心。這一成效，我們將在本節的綜合成效中，作為一個主題展開敘述。

I-H-307-1：「每一次每一次的練習吧。前面不知道是怎麼樣的狀況，就會很恐懼。我覺得因為就是有個一步驟一步驟來…到後面開始要到接案…那種接案的恐懼可能就沒有到那麼深…所以我覺得好像也是是一步一步然後這樣子帶著走的過程。」

我們可以看到受訓者經驗到的訓練，是一個逐步、持續且實務導向的過程。訓練中的不同部分以及其連續性，對於受訓者的學習經驗與能力成長皆有顯著的影響。這其中不僅包含了知識的累積與轉化，也展現了面對挑戰與恐懼時，透過漸進式學習以

及實務練習所帶來的自信與熟悉度。

(二) 各種課程設計的組合對訓練效果有互相加成作用

本訓練方案提供了一種多元化的學習經驗，如：理論知識的學習、討論和實務演練，每一種學習方式都有其獨特的價值，結合起來可以提供一個更全面的學習經驗。依照閱讀/觀看-同儕討論-同儕演練的順序進行，使得學習的效果可以層層堆疊。此外，課程安排也結合了被動接收和主動運用的方式，以提升參與度。

對於一個部分內容的學習方式結合了理論知識、師生討論以及實際演練時，這些訓練部分將相得益彰，使訓練效果將得到加成。如受訪者 C 認為這是一個多元化的學習經驗，不只有理論知識的習得，也有師生之間的討論和實際操作的機會，有助於她更好地理解 and 掌握該內容：

I-C-193：「讀書會的方面是理論上的知識，加上老師的討論，然後又搭配上實際的操作這樣。」

而這幾項訓練安排的順序，也對於訓練效果有所影響。針對特定的技巧，以閱讀-同儕討論-同儕演練的方式學習，能夠將學習層層堆疊，放大各個訓練部分的效果。如當指定閱讀的書籍與技巧有關時，讀書會的討論，使得受訓者能在不同的觀點中拓展對於該技巧的認識並納入自己的知識系統中。緊接著進行針對性的演練，這種「趁熱打鐵」的訓練方式令受訓者感到印象深刻，且能在後續的課程中，顯著發現理解力的提升。如受訪者 C 透過閱讀書籍和上午的讀書會中學習新的技巧，並在下午的演練中立即實際運用，且無論是讀書會還是演練，受訪者 C 都有機會觀察同儕如何理解和應用這些技巧，進一步拓展了學習。

I-C-186：「第一本書就真的在講技巧那些的…所以我覺得早上的讀書會講完技巧，看到每一個人解釋的方式，再自己融合以後，下午再用，那可能算是蠻深刻的，因為就是很立即的。那後面就…開始不管是在看案例…或者是家庭文化那邊，我覺得可以看到差異啦。」

我們還可以看到，將被動接收的課程與主動運用的課程結合在一起時，能夠提升學習的參與度，從而同時放大兩者的訓練效果。先觀看，提供可以被充分討論的作法，再請受訓者以模仿的方式運用，也使得實務的練習更具有方向性。受訓者需要在後續進行類似情境的演練，因此不同於被動地觀看影片，受訓者需要積極地討論和分析影片中的情境和對話，嘗試從影片中挖掘有用的訊息，並將這些訊息應用到自己後續的演練中。受訪者J認為雖然這樣觀看教學影片的過程很累，但從中獲得了寶貴的學習經驗，自己不只是消費影片內容，而是積極地參與到學習過程中，確實地將影片內容與自己的實際演練結合起來。

I-J-119：「我覺得那（影片賞析）也是很珍貴，有這麼多人陪著我一起很細緻的去看那一些片段，然後一起去討論。因為那些影片就算給我們自己看，其實收穫也沒那麼多，…後來也是有演練，類似的情境，讓我們自己去演練。大家一起討論，然後自己先看，很努力的一直看。因為已經跟前面不太一樣了，大家知道會談中在發生什麼事情，然後你就很實際的去看會談中有哪一些發生的事情是我們學習到的東西，把它看出來。那時候很努力的在練習這件事情，後面的演練就是：好，那如果換我的時候我會怎麼做？那個時候我們就會可以把剛剛看到老師做的東西當做一種參考，可以去練習，去做做看，那種演練好像又會比完全自己演練更有一點方向性，有點像是先稍微大概知道說可能可以走這個方向。但是我也可以放一點自己的風格或者適合自己的的工作方式。」

二、同儕支持

學習在同儕關係中的進步與成長，對於家庭治療師訓練的成效至關重要。這一關係涵蓋了支持性、資源互助性、多元觀點的交流，以及共同營造學習氛圍等多個層面，也反映了同儕關係在專業訓練中的重要性。在家庭治療師的訓練過程中，同儕的存在是一種支持力量。他們在行為和情緒上互相支援，並在面對困難或個案問題時，提供具體且實質的幫助。對於受訓者而言，這種支持不僅源於同學間的互助關係，也

來自於教練在訓練中的陪伴與回饋。這種支持性的氛圍，讓受訓者在學習過程中感到放心，並進一步加強對訓練的投入。受訓者 G 這樣子感嘆：

I-G-96-1：「……可是我覺得這種課程比較還能夠遇到好朋友。一整年很長，這一整年，我看到了許多同學的改變。我自己也交到了一些很好的朋友，例如（同儕名）我們經常一起吃飯，我覺得很美好。」

（一）同儕間普同感、支持性與資源互助性幫助受訓者緩解焦慮

我們發現，受訓者在學習時經常感到焦慮，然而，透過與同儕的互動與回饋，這種焦慮可以得到緩解。在長達一年的訓練過程中，同儕的存在被視為非常重要的。他們一同經歷考驗，分享經驗，互相鼓勵和支持，形成了一種深深的聯繫。研究結果顯示，同儕間的普同感、正向回饋及資源互助性三點，是同儕關係能夠幫助受訓者面對學習挫折的主要原因，以下將分別敘述之。

1、同儕間的普同感能緩解學習焦慮

受訓者認為與同儕一起面對焦慮是一種幫助。受訓者從與同儕間的互動中獲得了普同感和支持力量。受訓者 I 表示這種共同的焦慮感讓他感受到不只是自己，大家都會有這樣的感受，因此有了普同感，讓他覺得並不孤單。這種共同分享焦慮和情緒的經驗給予了他很大的支持力量，尤其在一年這麼長的訓練中，夥伴的存在變得格外重要：

I-I-110：「我覺得同儕還有一個很大的幫助，大家一起焦慮，哈哈。大家一起焦慮，一起同在，就你會覺得那個焦慮大家都會有，不是只有你，因為有普同感，然後你就會覺得那也還好，因為有夥伴在一起，然後大家可以一起分享焦慮或情緒，我會覺得這是一個很大的支持力量，然後也會覺得，如果像一年那麼長的那個，我覺得夥伴真的就會重要。」

受訓者認為與同儕一同經歷辛苦的過程是重要的，因為這種共同感讓他感到不孤單。

I-J-169：「還有很重要就是所有同儕，大家都顯現得很辛苦。就是大家狀態都是蠻辛苦的，還好不是只有我一個人很辛苦。那也對我來說也蠻重要的，有一種普同感大家都很累這樣。」

2、同儕的支持與回饋能緩解面對挑戰的焦慮

受訓者在接案時感到焦慮，從同儕和助教那裡得到的鼓勵提供了很大的支持，讓受訓者有信心去面對焦慮和挑戰。例如受訪者 G 說到兩個被支持的經驗，兩者都從學習者的角度給予受訪者 G 安慰。一位同學通過鼓勵她回憶自己已經具備的能力，降低了她的緊張感。另一位同學則將那種焦慮視為新手階段的感受，且重新為她的緊張感賦予意義，作為謹慎負責的證明，這些話語都具有支持效果：

I-G-98：「在接案時，我常常感到很焦慮啊，但他們給我很好的回饋。有一個男生那時候就告訴我不要太緊張，他記得我在醫院工作，鼓勵我用自己會的東西。後來，在一次與（同儕名）討論，她就提醒我要記住當下的焦慮，因為以後我們就會有更多經驗了，不會再感到如此焦慮。我希望每次都能記住那種焦慮和謹慎，而不是都草率隨便就好。」

同樣專業背景的同儕，能夠以更貼近受訓者的方式提供這種支持性。如受訪者 B 所提到的被支持的經驗中，對方與他同為社工師，因此更能夠同理他的焦慮緊張，這種同理，鼓勵受訪者 B 面對焦慮並最終克服：

I-B-153：「（幫助我面對挫折的是）助教的回饋、還有同儕的回饋吧，因為我最印象深刻的就是有一個同儕，就他蠻善良的，然後就是很溫暖，他那時候就有跟我講，因為他也社工系畢業的，因為社工系比較少在做演練，所以在做演練跟其他人比起來，我們經驗少就會更害怕一點，對，然後我覺得他有在不停的鼓勵我。」

3、同儕間互相協助

這種同儕間的互助不僅存在於情緒上，也體現在資源分享和問題解決的過程中，體現在資源的互助上。

這種資源的互助，可以是提供注意力的資源，在課程進行中給予一些協助，例如幫助同儕記下重要回饋。受訪者 F 就提到了一個令她覺得很感動的例子：

I-F-156：「有一個人非常認真，而且他會幫助大家記筆記。在影片驗收的時候，每個人都能收到助教給的回饋，他會將回饋寫在筆記本上，然後將我們的部分撕下來給我們，這真的很感人。大家都非常認真、專注。每個人都有他們很棒的地方。」

資源的互助性，可能也體現在案家招募時的協助，受訪者 G 感嘆在自己工作的醫院無法招募案家，而同儕招募後由受訪者 G 擔任治療師，使得找尋案家的壓力大幅降低：

I-G-134-2：「我是比較幸運，我的案（進行家庭治療的案家）是人家分給我的，就是他一招募就三組家庭他做不下來，所以他就是請我幫忙他。」

受訓者認為在訓練中與同儕建立了良好的互助關係，日後尤其在面對困難或個案問題時，可以相互討論並給予支持，成為可以持續的互助資源：

I-J-225：「我覺得參加訓練還有一個很好的收穫就是認識了一起上課的同學。因為我覺得課程結束之後，同學們之間如果有一些困難或者個案的問題，這些同學們可以討論的。/有點像互助會那種感覺。因為老師很大咖，不是隨時隨地都可以找到。但是我覺得同學們就是，尤其我覺得我們這次上課的同學們之間的學習經驗都還蠻好的。所以跟大家還可以之後，有些個案上卡關或者什麼，這一批同學是會讓我覺得，我可以放心的跟他們做一些討論。」

(二) 同儕創造濃厚的學習氛圍，有助於維持並進一步投入學習

同儕間的互動和共享，營造出了一種認真的學習氛圍。當大家都積極地參與學習，寫下學習心得時，這種氛圍感染了參與其中的受訓者，讓他們認識到投入的重要性，也激發了他們的追求與渴望。這種氛圍不僅增加了受訓者的學習投入，也讓他們在這個過程中，體驗到並不孤單，有著同儕的陪伴和共同成長的動力。

學習氛圍激發了進一步提升自己的渴望。如受訪者 B 在討論同儕學習的過程中提到了兩個實例，包括一位組員會把每一次的談話記錄下來，另一位組員參加了其他的團體督導。這些同儕的行為讓受訓者感到壓力，同時也激發了他想要提升自己的渴望。這種壓力與渴望促使他更積極投入學習，並願意投資自我以達到更高的成就。

I-B-120：「還有就是同儕的學習吧，就剛才講的那樣，有一個組員會把每一次的談話幾乎都打成逐字稿，另外一個組員參加了另外兩個的團督。會有壓力，就會覺得自己如果還想要更厲害，就要更願意投資自己，或是更努力。」

受訪者 H 以學習心得的撰寫為例為例，指出大家在學習上非常認真，形成了一種學習氛圍。儘管一開始可能有想偷懶的傾向，但當看到大家都積極地記錄學習心得時，他也受到影響，開始覺得記錄學習心得是必要的。他認為，這種學習氛圍促使他參與並全力以赴，視學習為必要的行動：

I-H-258：「因為我覺得大家都還蠻認真的。我覺得這是一種好像學習氛圍，就像一開始寫的這個心得也是，…前面一開始的時候，其實我也是一種想偷懶怠惰，還是會有這種習慣性的模式。可是當我發現大家都很認真在上面寫學習心得的時候，這好像是一個必要做的事情，所以也會開始就想說好像應該要寫。」

(三) 同儕提供的多元觀點有助於拓展視野，使學習更豐富

同儕提供的不同背景和觀點，是學習過程中的重要資源。這些來自不同背景的觀

點，豐富了受訓者的知識，也拓展了他們的思考視角。這些觀點和看法，無疑為受訓者帶來了新的視野和理解，也讓他們在面對各種挑戰時，能有更多元的策略和方法。

無論是面對案例的解析，還是處理學習的困難，同儕間的討論與共享經驗，都為個體的學習帶來深度和廣度，以受訪者 C 所說的為例：

I-C-256：「大家工作環境又不同，所以觀點也都不同，我覺得這些不同的觀點跟給你的意見，是有一些支持的，因為…有人是社工嘛，所以很懂一些法規…我覺得醫院（工作的同儕）說的事情又是另一個層面，有人好像也在類似大專，我覺得這樣看起來就會有蠻多的收穫。」

三、老師與助教因素

在家庭治療師的訓練過程中，與助教和老師的關係扮演著重要的角色。他們的指導、示範、反映，以及對學員的鼓勵和支持，都是推動受訓者成長的重要因素。

（一）老師與助教給予指導、示範及反映，讓受訓者獲得知識與能力

在訓練中，老師與助教扮演了關鍵的角色。研究結果顯示，他們不僅提供指導與示範，讓受訓者習得新的知識與技能，而且也為受訓者提供了回饋與反映，讓學員能夠了解自己在學習過程中的進展與成長。

老師與助教提供了針對性的建議，精確地指出受訓者在實務表現中需要調整的行為。這種指導幫助學受訓者更加了解自身的優勢與不足，並能在實際的工作中，更好地調整自己的行為與技巧：

I-B-140：「就是因為其實我不是那麼了解，一號二號三號位，那助教可能就會跟我講，你剛才做的是幾號位，再來就是你整個過程可能做太多幾號位，然後可能自己應該要嘗試做幾號位。」

助教和老師對受訓者的觀察和反映，不僅在關注表現，也包括他們在會談狀態的部分。這種反映讓學員看見自己的進步和需要改善的地方，也讓他們意識到自己在這個過程中的成長。他們給予的建議和鼓勵，使她能夠對自己的進步有所感知，並有信

心繼續學習：

I-J-108-1：「每個人都上去，老師一一回應我們，還有一些助教。我覺得老師和助教都很好，即使做得不夠好，他們會提點你，跟你討論，讓你思考為什麼沒有做好。但對我來說，更重要的是，我知道老師和助教一定會講一些我沒有做到的東西，這對我來說很重要。因為在演練的當下，我只是努力想要做好，努力讓演練順暢。但我還不確定自己是否真正達到了家族治療的要求。老師的回饋讓我知道自己哪些地方有進步。」

此外，受訓者J也表示助教及老師在給予回應時的特性是非常直接、立即且準確：

I-J-167：「他就是真的可以很直接的很立即，然後也很準確地給我們一些回應。」

除了提供建議，助教和老師也會親自示範。這種示範包含會談的技巧及回饋方式。會談技巧的示範，讓學員可以透過觀察，學習如何在實際情境中應用這些技巧。

I-B-142：「他那時候就舉例說，我們好像都會直接講說…，但是就是有時候案家聽到之後會防衛起來，他示範說可能就改用說…，把它內在的那個挫折拿出來，案家可能就會比較願意接。」

他們也為學員示範了一種彼此回饋的方式，讓學員知道如何在給予和接受回饋時，保持尊重和建設性。

I-C-252：「助教那樣（回饋我們）就促進學員之間一些交流的方式吧。」

這種協助，不僅僅局限於講座、演練或督導時，也體現在整個訓練過程中，。受訓者分享了他在遇到困難時，如何得到老師的用心協助。這包括在個案情況變動，以

及遇到長輩移情等情況時得到的建議，令受訓者感受到實在的指引：

I-E-56：「我覺得老師對我協助很多，尤其是在最近出現了一些個案情況浮動的情況，還有我換部門後，原有部門的個案出現了一些問題。也碰到了一些可能是長輩移情的情況，有一段時間我很不知道該如何應對這種情況。有一次在督導時提到了這個問題，然後老師後來問我是否需要談一談，或者我可以再寫信詢問他對於長輩狀況的建議。我覺得老師很用心，也非常感謝他。」

（二）老師與助教引導受訓者進行自我覺察，拓展其自我成長

助教的角色不僅僅是對學習內容的指導，也幫助受訓者覺察並理解自己的內在狀態。這種覺察有助於受訓者釐清，從而更好地進行學習和實務工作。具體來說，受訪者 B 提到助教幫助他認識到自己可能存在的問題，例如他對在他人面前展現自己的恐懼，以及在工作經驗豐富的同行人面前感到自己微不足道。這些問題都可能影響他在訓練中的表現。然而，助教的幫助讓他能夠覺察到這些議題，並進一步理解他的恐懼和擔憂源於何處。這種形式的指導和幫助對於受訓者的學習和成長都非常重要：

I-B-136：「我就發現說…自己可能有一些議題要去釐清才有辦法把會談做好，…可能是我自己太害怕在別人面前展現自己吧，而且那之間很多都是工作好幾年的工作者，然後就會覺得自己就是在他們面前就已經很微不足道，然後還要做這些演練，我覺得助教有去幫我整理出來我的害怕跟擔心是甚麼，他就是提點我。」

這種內在覺察，也推動受訓者的自我成長，主要體現為自我覺察能力的提升。如受訪者 G 對助教給予了極高的評價，認為他像是自己的「小天使」。他提到在心裡「住」了一個助教，用來提醒自己在工作時如何觀察自己和注意自己的言行，體現出一種接近內化的歷程：

I-G-96-1：「助教是我一直都覺得很重要的人，他好像就是我的小天使……他總是會在我們演練的時候在我們旁邊看著我們。所以我說我會被打斷，也是因為他一直在旁邊看著我們。他跟我們也熟，所以他很知道說我們每個人大家都會有那些缺點，我們每個人的個性。我們在遇到哪些事情的時候，我們遇到哪些主題的時候，我們就會卡住。如果是我們可能就會小感這樣子。這是助教給我很大的幫忙的地方，所以後面有一段時間我都會一直提醒我自己說我心裡住一個助教，助教不能給我回家。所以我需要心裡住一個助教，提醒我，就是我在工作的時候，我應該要怎麼樣觀察我自己，怎麼樣留意我的講話，或者是說怎麼樣留意我現在想幹什麼。」

（三）老師與助教給予鼓勵和支持，成為受訓者持續學習的動力

老師與助教的鼓勵和支持對受訓者產生了強大的影響，不僅提供了實質的幫助，也是受訓者持續學習的重要動力。

受訓者認為一位有經驗的前輩的陪伴具有其重要性。如受訪者 C 強調了有助教的陪伴的重要性，無論面臨什麼困難，這個人都能給予全力的幫助。助教正是扮演這樣的角色，他們的存在對受訓者來說非常重要，也是他們能夠成功學習和進步的關鍵：

I-C-338：「我覺得很重要的是有一個人能夠陪伴在我們身旁，並且不會輕易改變，無論遇到什麼困難都能夠盡心盡力地幫助我們。這樣的存在對我來說非常有幫助。」

更具體而言，助教在訓練過程中並不是嚴格地評價和批評，而是允許受訓者去嘗試，並給予具體和有價值的回饋。這種方式讓受訓者能夠在一個充滿肯定和支持的環境中學習和進步：

I-F-160：「助教，上半年分組的時候，因為每次演練他都會跟著，不會很嚴厲。所以一樣是會覺得是被允許去嘗試，然後被肯定，然後他也會給一些很具體的回饋，我覺得很好。」

而老師的回饋和肯定讓受訓者有信心繼續學習，即使遇到挫折和困難，也不會對學習的價值產生懷疑。這種積極的影響對於受訓者繼續努力和前進至關重要：

I-J-108-2：「老師給的回饋讓我有信心繼續學習，不會感到那麼挫折，不會懷疑自己學了這麼久到底有沒有意義。因為即使在前半年上完課程後，做演練的過程中還是遇到了不少挫折。所以我覺得老師給予的肯定對我們繼續學習很重要。」

總的來說，老師與助教在教育訓練過程中的鼓勵和支持，對受訓者的學習和進步都起著重要的作用。他們的存在為受訓者提供了一個安全、支持和充滿肯定的學習環境，也成為受訓者持續學習的重要動力。

四、小結：課程設計、同儕支持及老師與助教的作用

課程設計為學習提供了基礎和結構。當課程結合了漸進式設計和不同的學習方式，它創造了一個環境，讓受訓者從被動的知識接收者逐步轉變為主動的知識應用者。在這個環境中，同儕影響起到了橋樑的作用。通過同儕間的互助、交流和支持，學員不僅能夠深化和鞏固所學，還能夠獲得新的觀點和方法，這有助於他們克服學習中的困難，並在學習氛圍中互相鼓舞。

然而，要確保這兩個要素能夠有效地發揮作用，還需要老師與助教的角色作為關鍵的指導和支持力量。他們通過專業的指導、示範和反映，幫助受訓者理解和應用知識與技能，同時也提供了鼓勵和動力，使學員能夠持續學習。

總的來說，這三個要素構建了共同作用的學習系統。課程設計為學習提供了結構和方向；同儕影響提供了支持和深度；而老師與助教則為整個過程提供了指導和動力。當這三個要素緊密結合並互相補充時，它們共同促進了學習者的最佳學習成效。

第五章 研究結論及討論

本章共有三節，第一節為研究結論，根據第四章研究結果撰寫而成；第二節、第三節為延伸討論，分別為「訓練提升受訓者之家庭治療師核心能力」及「工作場域因素對受訓者學習成效的影響」。

第二節以精簡版的家庭治療師核心能力（蔣葦，2022），以及 5 項家庭治療師核心能力內涵之源頭概念（Nelson & Johnson, 1999），來分析受訓者的家庭治療師核心能力提升狀況，並針對心理師(臨床/諮商)及社工師背景受訓者之能力提升差異，探究訓練背景對於各項能力提升的影響可能為何。本節也簡要分析為何一部分家庭治療師核心能力未能在本研究結果中被看見。最後針對討論內容提出訓練建議。

第三節討論的範圍是受訓者返回各自的工作場域後運用相關能力的階段，聚焦在工作場域因素對於學習成效的影響。試圖通過受訓者在運用相關能力、遷移與固化為日常工作時所經驗到的困難，對訓練提出建議。

第一節 研究結論

本研究主要欲探究：(1) 一項本地家庭治療訓練方案中不同單元對受訓者可能帶來的學習成效；(2) 探討有助於學習成效發生的課程設計與執行因素；(3) 評估家庭治療訓練方案於結束三個月後，對受訓者個人生活的影響及於工作場域的遷移效果。

本研究對象的家庭治療訓練方案歷時 8 個月，共 112 小時，包含講座、讀書會、演練課、影片賞析、及團體督導等五種課程設計。研究共招募到 10 位受訓者接受訪談（其中有 1 位未參與三個月後之焦點團體），包含三位諮商心理師、一位臨床心理師、三位社工師以及兩位學校輔導老師，其工作場域有國中輔導室、大專院校諮商中心、社福機構、醫院。

研究結果分為六個部分以分別回答六個研究問題：(1) 受訓者參與家庭治療訓練方案的動機；(2) 家庭治療訓練方案的受訓者之學習成效；(3) 家庭治療訓練方案中各個單元可能產生的成效；(4) 有助於學習成效之可能因素；(5) 訓練方案結束三個月後，受訓者個人生活上的改變；(6) 訓練方案結束三個月後，受訓者在工作場域展

現出的訓練遷移。以下分別說明。

一、受訓者參與家庭治療訓練方案的動機

受訓者參與家庭治療訓練方案的動機可分為訓練前的工作困境、對於家庭治療的興趣和訓練方案本身的吸引力。其中訓練前的工作困境包含：(1) 相關訓練不足；

(2) 自我效能感低落；(3) 工作困境使受訓者認識到受訓之必要。訓練方案本身的吸引力包含：(1) 課程設計的完整性；(2) 課程內容的豐富性；(3) 實務練習的紮實性；(4) 師資配備的可信度；(5) 良好的口碑。

二、家庭治療訓練方案的受訓者之學習成效

透過課後滿意度問卷，瞭解受訓者對於訓練方案各面向滿意度高，在五點量表中整體滿意度平均數為 4.55 分。

透過學習效果自陳量表，瞭解到受訓者在訓練方案中的學習效果佳，在五點量表中，整體學習成效自評分數為 4.58 分。其中自評分數的得分最高的三題表明受訓者在理解能力、評估能力、關係敏感度的學習效果最好。

受訓者在家庭治療師核心力量表的整體及四個不同能力模塊的前後測分數差異均達到顯著水準，顯示受訓者在經過訓練課程後，其進入治療、評估與診斷、治療介入、個案管理的能力有顯著提升。

質化資料則顯示訓練於工作場域產生的初步成效。分別為：(1) 反思目前工作限制，找到更適合的工作方式和專業角色定位；(2) 從聚焦問題，到學會使用關係視角；(3) 從在會談的衝突中感到焦慮，到能冷靜處理；(4) 學會與案主的相關系統合作。

三、家庭治療訓練方案中各個單元可能產生的成效

訓練方案共由六部分訓練內容組成，分別為：(1) 課程式講座、(2) 讀書會、(3) 課程演練、(4) 影片賞析、(5) 團體督導。以下將分別呈現各部分所產生的成效。

講座所產生的成效共有四點：(1) 補強與擴充家庭治療理論知識；(2) 建構思維

與拓寬視野；(3) 增強執行家庭治療之信心與準備度；(4) 促進專業中自我覺察和創意思考。

訓練方案中，與講座較為相似的部分是讀書會。讀書會對於受訓者的學習有：

(1) 整合已學的家庭治療理論知識；(2) 督促持續深入學習家庭治療理論；(3) 促進深入閱讀及觀點表達；(4) 激發新思考。

影片賞析對於受訓者的學習有三點幫助：(1) 連結理論與實務；(2) 增強演練的方向性；(3) 深化對治療歷程的理解。

演練課對於受訓者的學習有以下五點幫助：(1) 提升同理案主的能力；(2) 促進知識內化並探索釐清個人工作風格；(3) 降低與家庭工作時的焦慮度，提升處理衝突的能力；(4) 促進自我覺察和反思；(5) 觀察其他受訓者，並獲得同儕回饋。

團體督導所產生的成效，共有四個部分：(1) 有效降低焦慮感；(2) 強化概念化能力；(3) 清晰自己的工作傾向與盲點；(4) 拓展工作方向，突破盲點。

四、有助於學習成效之可能因素

我們發現課程設計、同儕、以及老師與助教這三個因素，為促進訓練成效之重要有利因素。其中，課程設計因素包含：(1) 漸進式的課程設計促進知識的持續積累及轉化；(2) 各個種學習方式課程設計的組結合對訓練效果有互相加成作用。可見課程不僅僅是知識的傳遞，更需注重如何設計和組織這些課程，使學習者能夠逐步和持續地吸收和應用知識。

同儕因素包含：(1) 同儕間普同感、支持性與資源互助性幫助受訓者緩解焦慮；(2) 同儕創造濃厚的學習氛圍，有助於維持並進一步增加學習；(3) 同儕提供的多元觀點有助於拓展視野，使學習更豐富。

老師與助教是訓練過程中的指導者、示範者和回饋者，這一因素包含：(1) 老師與助教給予指導、示範及反映，受訓者習得知識與能力；(2) 老師與助教引導受訓者進行自我覺察，拓展其自我成長；(3) 老師與助教給予鼓勵和支持，成為受訓者持續學習的動力。

學習成效由多種因素共同影響。課程設計為學習提供了結構和方向；同儕影響提供了支持和深度；而老師與助教則為整個過程提供了指導和動力。當這三個要素緊密結合並互相補充時，它們共同促進了學習者的最佳學習成效。本研究結果顯示，當這些因素被恰當地組合和應用時，它們可以共同促進受訓者的知識、技能和態度的發展。

五、訓練方案結束三個月後，受訓者個人生活上的改變

受訓者在訓練結束三個月後的個人生活改變，體現在兩個方面。一方面為發展新視角，將生活體驗與家庭治療實務工作連結。另一方面為受訓者之個人關係得到改善，其中包含伴侶關係改善及與原生家庭關係改善。

六、訓練方案結束三個月後，受訓者在工作場域展現出的訓練遷移

受訓者的訓練結果在實務應用產生的結果，由受訓者個人成長到工作狀況，可以分為四個方面來展現，分別為：(1) 自我效能感顯著提升，主動與系統合作之意願增強；(2) 諮商會談效果提升，工作勝任度提升；(3) 受訓者的工作適應狀況提升；(4) 團隊成員認同受訓者的專業能力，對受訓者的信任度提高。

其中第二點，受訓者之諮商會談效果提升，工作勝任度提升，可體現在：(1) 受訓者在會談中的自我狀態變好，具體而言指的是諮商焦慮下降，在會談中狀態更加放鬆，以及自我覺察的能力持續提升；(2) 受訓者在關係層面更深地理解案主，治療關係隨之增進；(3) 受訓者在歷程裡看見服務對象的轉變；(4) 受訓者與家庭工作之勝任度提高。

第二點團隊成員認同受訓者的專業能力，對受訓者的信任度提高，可體現在：

(1) 受訓者的家庭評估能力受到認可，專業度更受信任；(2) 同事認可受訓者理解家庭的能力，主動尋求並信賴受訓者的建議。

第二節 訓練提升受訓者之家庭治療核心能力

根據台灣家庭治療師核心能力量表之前、後測結果，完成本訓練方案之受訓者其進入治療、評估與診斷、治療介入、個案管理等四個方面的核心能力皆有提升且皆達

統計上顯著，而質性訪談結果也顯示學員在進入治療、評估與診斷、治療介入三項能力上有所提升。

本方案所採用之核心能力測量工具為台灣家庭治療師核心能力量表，共有 42 題 (Chao & Lou, 2018)，其構念包含：進入治療、評估與診斷、治療介入及個案管理。其中「個案管理」類別由 16 個能力項組成，在總量表中佔據較大的比重。且該類別中所涉及之評估治療進展、處理結案/轉介、系統資源協調合作等能力需經由一定時間的實務應用方能體現，難以於本研究進展期間清晰顯露。故本研究選取在能力構念更為平衡的 13 題項版本進行討論，該版本由蔣葦 (2022) 使用德菲法匯聚專家建議後，從 42 題的核心能力量表中提煉而來。此版本在不背離原始核心能力的框架的前提下，題項數量更為精簡、題項描述明確、各能力類別間的佔比更為平衡，更適用於進行結果的討論。以下將以這 13 題為框架來討論本方案受訓者在各項核心能力上的發展情形。

一、受訓者在 13 項家庭治療師核心能力中，有 9 項呈現具體進步

蔣葦 (2022) 的版本由四個能力範疇組成，分別為理論基礎、邀請與投入治療階段、評估與診斷階段、治療及個案管理階段，其中 13 項核心能力為：

- (1) 具備家庭發展及系統理論知識；
- (2) 能邀請並協助家庭成員投入治療；
- (3) 能透過探問相關生理、心理、社會文化、發病史、求助史等脈絡，釐清案主症狀與系統的關聯性；
- (4) 能在會談中使用關係問句，讓成員對關係進行反思；
- (5) 能從系統觀點重新詮釋 (reframe) 問題和重複的互動模式；
- (6) 能即時調節會談中浮現的情緒張力，讓參與者感到安全；
- (7) 能適時分別運用內容與過程，以促成治療性結果；
- (8) 能在會談中讓家人對話 (enactment)，並協助他們調整僵化的互動模式；
- (9) 在治療歷程中能覺察自我受到系統之影響，並能用自我促進治療目標；
- (10) 能整合案主回饋、評估分析、脈絡資訊和診斷，與案主一起發展形成治療

目標與計劃；

(11) 能評估案主對介入的反應或回應；能評估案主因移情、原生家庭、目前壓力程度、生活狀況、文化脈絡等因素對治療介入的反應及對治療結果的影響，並依此評估治療目標進展情形；

(12) 能評估治療結果以決定案主需要繼續、終止治療或轉介；

(13) 能與案主、未出席家人、重要他人、團隊、督導、及其他相關專業人員合作。

參照這 13 項核心能力，質性分析結果顯示完成本方案訓練者有 9 項核心能力得到提升：(1) 應具備家庭發展及系統理論知識；(2) 邀請並協助家庭成員投入治療；(3) 透過探問相關生理、心理、社會文化、發病史、求助史等脈絡，釐清案主症狀與系統的關聯性；(4) 在會談中使用關係問句，讓成員對關係進行反思；(5) 從系統觀點重新詮釋 (reframe) 問題和重複的互動模式；(6) 即時調節會談中浮現的情緒張力，讓參與者感到安全；(8) 在會談中讓家人對話 (enactment)，並協助他們調整僵化的互動模式；(10) 整合案主回饋、評估分析、脈絡資訊和診斷，與案主一起發展形成治療目標與計劃；(13) 與案主、未出席家人、重要他人、團隊、督導、及其他相關專業人員合作。以下分別討論。

1、具備家庭發展及系統理論知識：

受訓者在課程式講座中補強與擴充了家庭治療基礎理論知識。對於沒有任何家庭治療理論基礎的受訓者（如受訪者 C、E、G、J）而言，這是一個從無到有建構知識基礎的過程。對於已經具有一定先備知識的受訓者（如受訪者 A、B、D、F、H、I）而言，其知識體系也得到擴充。讀書會則具有督促閱讀及拓展思考之功能，受訓者描述其理論知識得到進一步的積累，同時也開始與過往的知識體系及實務經驗相整合。

2、能邀請並協助家庭成員投入治療：

在這一能力上，受訓者的進展不一。受訪者 A、D、I 通過更能深度理解案主在關係中的狀態，使案主更信任他們能夠在治療中幫忙處理關係的問題，進而提高了邀請

家人參與治療的意願與成功率；受訪者 G、B、H 因為其身為社工的工作方式，較容易接觸到家庭成員，他們在這項能力上的進步，表現在由原本較傾向認同單一案主的經驗，或習慣使用問題解決的思維，進步到較能站在每位家庭成員的位置去同理他們、建立連結，進而促進了治療聯盟的建立。

比較特別的是受訪者 C，在訓練後雖感到更能與案主建立較深連結，但對於邀請家人參與仍感困難，面對低意願的成員時尤其難以施力。受訪者 C 認為這與自己身為專輔老師在學校中的角色定位有關，因為擔心陷入導師與家長之間的角力，故而怯於行動。

3、能透過探問相關生理、心理、社會文化、發病史、求助史等脈絡，釐清案主症狀與系統的關聯性：

受訓者們在這一項能力的進步，主要表現在會談中對於脈絡資訊的敏銳度有所提高。如受訪者 C 感受到自己對於形成概念化應該要收集什麼樣的資訊有了方向；受訪者 D 則是受到訓練中後現代概念的啟發，以更細緻的探問來理解問題的脈絡；受訪者 F 在受訓後三個月，觀察到自己不再容易遺漏關鍵資訊；受訪者 G 在工作中進行家庭評估時花更多時間，因為開始對於脈絡資訊更加重視，不願犧牲評估的準確性。

4、能在會談中使用關係問句，讓成員對關係進行反思：

即使在進行個別會談工作時，本方案之受訓者更能使用關係問句，引導案主對關係進行反思；如受訪者 D 表示現在進行伴侶工作時，能在會談中引導案主清晰呈現關係模式並開展反思；受訪者 C 表示自己現在能通過堅持使用關係問句引導其輔導之學生，提升其關係反思能力；受訪者 I 則感受到自己在個別會談中所使用之關係問句更精確、更細緻。

5、能從系統觀點重新詮釋 (reframe) 問題和重複的互動模式：

由線性因果轉為循環因果的認知轉變，是本方案的受訓者最為顯著的成長之一。9 位受訪者皆提到他們在系統觀點的進步。身為社工師的受訪者（如受訪者 G、B、H、E）在自己日常工作中更明顯感受到系統觀點所帶來的改變，他們皆發現自己從急

著去解決問題，轉變為多了關係互動層面的思考，因服務對象通常為整個系統，這一轉變令他們的工作體驗有了極大的不同，連同事們也都注意到他們的變化；對於心理師背景的受訓者（如受訪者 D、F、I），系統觀點成為他們在概念化上的補充視角，增進他們對案主的理解。

但對某些受訓者，也出現系統觀點與其原先治療取向的衝突。受訪者 A 表示現在與業主會談時腦中有兩種不同方向，因此常因不確定要往哪個方向進行探問，處在一個尚未整合、感到迷茫的階段中。

6、能即時調節會談中浮現的情緒張力，讓參與者感到安全：

本研究發現，社工師受訓者（如受訪者 B、H、E、J）皆表示自己對於情緒張力的容忍度有明顯提升，他們認為演練對此具有最大的貢獻，一部分是源自於演練帶給他們的進展感磨練了焦慮的耐受度，另一部分是演練案例中那些高情緒張力的情境也幫助他們減敏感。

相對而言，心理師背景的受訓者較少提到情緒耐受度的提升，更多表示自己在衝突情境中調節案家的能力有進步。有可能因為心理師訓練中對於情緒的接觸比較多，因此他們更熟悉處在憤怒中的感覺。受訪者 D 表示：在衝突時現在他能越過憤怒去看見業主更深層的情緒，透過深刻的同理使得案家由怒轉悲，進入不同的治療段落。

7、能在會談中讓家人對話 (enactment)，並協助他們調整僵化的互動模式：

部分受訓者促進對話的能力有進步，而能力的精熟度則各異。受訪者 B 能夠在會談中促進家人之間對話，但隨之引起的衝突則超過他的處理能力範圍；受訪者 D 能在家人互動中穿針引線，促使成員之間的情緒流動，進而反思他們在互動中的位置。

8、能整合業主回饋、評估分析、脈絡資訊和診斷，與業主一起發展形成治療目標與計劃：

本研究中只有一位受訪者提到此項能力的提升。受訪者 D 表示自己在與伴侶會談中，能更快切到伴侶要解決的問題，給出符合他們的需要的評估及建議，讓會談效能得以提升。

9、能與業主、未出席家人、重要他人、團隊、督導、及其他相關專業人員合作：

研究結果顯示，有些受訓者與系統進行合作的能力有所提升。受訪者 I 曾通過合作式的會談，成功化解輔導老師對於家長的敵意，促使輔導老師成為親職合作的助力；受訪者 F 在工作機構的條件限制下無法直接開展家庭工作，因此轉而嘗試與機構社工合作，建立業主支持系統。以上兩位受訪者皆是心理師，系統合作是他們原本較不熟悉，透過訓練後明顯增加的能力。

相對來說，社工師受訓者在這一項能力上的增長不盡相同。因社工的工作內容原本就包含家庭內外系統合作，社工師受訓者的系統合作能力增長，表現在更能順利完成工作，更能獲得案家、團隊信任，從而使得合作更順利開展。

二、受訓者在 13 項家庭治療師核心能力中，有 4 項未呈現進步的可能因素

有 4 項核心能力並未展現在受訓者的成長中。分別是（7）能適時分別運用內容與過程，以促成治療性結果；（9）在治療歷程中能覺察自我受到系統之影響，並能用自我促進治療目標；（11）能評估業主對介入的反應或回應；能評估業主因移情、原生家庭、目前壓力程度、生活狀況、文化脈絡等因素對治療介入的反應及對治療結果的影響，並依此評估治療目標進展情形；（12）能評估治療結果以決定業主需要繼續、終止治療或轉介。就能力範疇層面，未出現的能力屬於治療階段能力的後半段及個案管理能力。就能力範疇層面，屬於治療階段能力的後半段及個案管理能力。

這 4 項能力未在本研究中看見顯著的成長，可能與以下因素有關：

1、研究設計因素：收集質性資料的目標以職場遷移（結果）為主，訪談大綱中並未對於治療歷程設置明確的題目。而這 4 項能力中，第 7 項運用內容與歷程、第 9 項運用自我，皆為治療歷程能力。

2、實務經驗不足因素：第 11 項通過業主的反應調整介入方式或治療目標，12 項能力決定要繼續、終止或轉介，需根據治療結果來評估。而焦點團體與訓練結束三個月後進行，彼時受訓者在實務現場的積累不足，難以評估該能力的進展狀況。

3、專業發展階段因素：在訓練後，受訓者對於要進行家庭會談的自我狀態的準

備度已經較高。但仍未進展到如第 9 項運用自我的能力所代表的，將自我用作工具的階段。

三、受訓者明顯增加了概念與感知能力，執行介入的能力則需要在實務中繼續磨練

受訪者的能力增長主要體現在第 1-6 項、第 13 項，就能力範疇層面，主要落在理論基礎、邀請與投入治療階段、評估與診斷階段，治療階段的前三項，及個案管理的最後一項。

128 項版本的美國的家庭治療師核心能力之建構內涵，來自於 Nelson 和 Johnson (1999) 所提出的概念技能、感知技能、執行技能、評估技能和專業技能五種能力類別，其 16 項濃縮版也反映出這些內涵 (Northey & Gehart, 2020)。概念技能指的是知識，即對家庭治療模式、系統理論和治療師作為變革推動者的認識和瞭解；感知技能指的是察覺和辨識的能力，即通過不同的角度來理解資訊，將理論或概念技能與系統中正在發生的情況對應起來；執行技能指的是實際使用的行為，即在治療過程中執行的行為和介入；評估技能指的是評估自己的能力，即評估治療介入和治療師的有效性；專業技能即進行治療的專業技巧，即治療師對於提供家庭治療的行為和態度，包括專業發展和身份認同。

將本研究的結果中受訓者的核心能力發展，放置在這五種能力類別的框架中檢視，我們發現受訓者普遍在概念技能、感知技能上有顯著的進步，在執行技能上有部分的、具有個別差異的進步，而在評估技能及專業技能上的進展上則沒有資訊可以討論。這五種能力或各版本的核心能力內部，能力之間是否存在關聯，未有文獻說明。但以學習的歷程而言，我們知道知識的獲取是基石，感知及概念化能力隨之發展，而治療介入的能力則需要落地在實務場域後進一步練習，並非一蹴而就。

本訓練的在核心能力上的訓練成效，可能主要集中在前半部分，即理論基礎、邀請與投入治療階段、評估與診斷階段，治療階段的前三項。而核心能力的後半部分，涉及治療及個案管理的更多能力，難以僅在訓練方案內部達成，需回到實務現場，通過實際應用的打磨來養成。我們也發現，當面對情緒張力的困難恰好是受訓者的個人

議題時，訓練可能可以減少受訓者的害怕及迴避行為，但不一定可以幫助他克服不安、培養出身處其中來工作的能力，受訓者仍須進一步的覺察。

然而，有學者亦指出家庭治療師核心能力之間似乎存在著一種「階層」結構。例如 Roberts 等人（2005）認為某些能力如「建立治療關係」、「會談基本能力」和「系統思維概念化」等，是其他專業技能發展的基石，因而應被視為更為基礎的能力。這一理論在美國的部分 MFT 訓練計畫中已被認同，並被用作評估學生能力的重要標準。例如，若學生在某一基本技能上的表現不佳，則其在其他技能領域的高分將不足以平衡其整體評分。回顧我們的研究結果，我們發現受訓者在這些基礎核心能力上確實顯示出了明顯的提升，證明本訓練方案在鞏固基本技能上的確達到了預期效果。至於更為高階的能力，它們的發展和深化往往與受訓者的個別學習路徑和經驗密切相關，需要更多時間和實踐才能達到熟練。

由此可知，培養家庭治療的核心能力仍須更多資源的支持。受訓者得以從本訓練方案中培養起基本的家庭治療能力，但到完整習得作為家庭治療的核心能力，至少需進行進一步的實作及督導，以及個人議題的處理。

四、專業身份背景明顯影響了能力的習得方式、學習進度及學習效果

無論是社工師、臨床心理師、諮商心理師或學校輔導老師，專業身份對於治療理論的學習似乎影響不大，但影響治療能力學習路徑。

（一）邀請與投入治療：心理師透過深度同理建立治療連結，社工師由問題解決轉向系統思維。

在邀請與投入治療的能力上，儘管所有受訓者皆有進步，但其能力習得的路徑似乎不同。心理師受訓者（諮商/臨床）學會通過關係層面的深度同理來達成建立連結的目標，而社工師受訓者則多半經歷從問題解決轉到系統思維的變化，再通過關係層面的同理來建立連結。

(二) 評估與診斷：皆增強了對關係線索的敏感度，心理師在關係問句和促進對話技巧上成長，主要用於個別會談，社工師在系統思維和處理情緒張力上有顯著成長，直接影響工作效能。

在評估與診斷的能力上，不同專業身份皆能在原先就擁有的資訊收集能力上，增加了關係線索的敏感度。在治療介入的能力上，心理師受訓者較多在關係問句、促進對話等技巧上有所成長，但多應用在個別會談之中。

對社工受訓者而言，以系統思維重新理解求助問題，以及面對及處理情緒張力，是比較顯著成長的能力。這兩項能力都可直接應用在他們的工作中，而對其工作成效和自我效能感皆產生正向影響。然而，也因為這是之前較不熟悉的能力，社工師們的掌握度可能仍不足，能夠面對與辨識，但完訓後未能立即熟練。

相對而言，心理師受訓者較少提到在這兩項能力上出現令人興奮的成長。可能因為一般心理師的工作場域較少有機會可以應用所學。在促進對話及形成治療目標的能力上，僅有一位心理師表示有較明顯的進步，因為他工作的場域恰好允許進行伴侶會談工作，使他有機會在工作中繼續發展磨練介入的能力。

(三) 系統合作：心理師是新增學習，社工師為進一步提升，皆有顯著成長

在最後一項系統合作能力中，不同專業背景的受訓者都有明顯的成長，不同的是對於心理師而言，這是新增的能力，需要突破原本治療的習慣框架才能進行；而對於社工師而言，比較是在原本的能力基礎上有所提升。

(四) 專業身份背景影響家庭治療師核心能力的學習出發點。

由以上內容可知，專業身份背景明顯影響了家庭治療師核心能力的學習。訓練前已經擁有的能力內涵與家庭治療師核心能力相近時，對於家庭治療的學習而言自然會是助力。社工師與心理師原本的專業能力各自有其與家庭治療師核心能力重疊的部分，因而學習的出發點不盡相同。社工師在系統合作的能力上具有基礎，而心理師在情緒耐受度、介入技巧等能力上較熟悉。

(五) 治療實務能力學習需在實作中累積，社工師在實際應用中感受到的進步較快。

本研究發現，因治療實務的能力學習相當仰賴在實作中磨練累積，因此在邀請家人、與家人工作這方面，社工師具有一些優勢，因有機會在工作上立即使用學到的能力，而能較快感受到進步。而針對治療介入的相關能力，相對於心理師，社工師原本訓練較不足，其工作環境也未必要求，造成能力陌生且缺乏練習機會的學習不利。

五、小結：

綜合以上討論，我們可以總結以下幾點：

- 1、在概念技能和感知技能上，本方案受訓者普遍有顯著進步。
- 2、研究結果顯示，本方案的訓練成效主要出現在家庭治療師核心能力前半部分，即理論概念、邀請與投入治療、評估與診斷，後半部分則需要實際工作場域的磨練和延伸學習。
- 3、專業身份背景對於家庭治療理論的學習影響不大，但在邀請與投入治療、評估與診斷等能力上則有學習成果的差異。在具體技術上，心理師在關係問句、促進對話等技巧上的成長更明顯，社工師則在面對情緒張力及處理的能力、系統思維的概念化上有更明顯的進步。
- 4、專業身份背景會影響受訓者學習的方式和進度。心理師受訓者可能通過關係層面的深度同理達成建立連結的目標，而社工師受訓者則經歷問題解決轉到系統思維的轉變，再通過關係層面的同理來建立連結。
- 5、不同的專業身份背景在家庭治療師核心能力的學習和工作實踐上具有不同優勢。心理師較擅長建立關係及治療介入能力，而社工師則更有機會立即應用所學能力，直接提升工作效能與工作自信。

根據以上結果，我們建議：家庭治療的核心能力訓練，應考慮不同專業背景的受訓者的優勢與需要，提供相對應的教學設計，例如針對社工師受訓者提供更多關於介入技巧的訓練，對於心理師受訓者強調系統合作能力的訓練。

此外，可根據受訓者的實際工作內容來適度調整訓練方案，以提高訓練的實用性

與效果。例如對於工作內容涉及高情緒張力的社工師，可以增加情緒耐受度的訓練；對於工作場域較難有機會進行家庭會談的心理師，提供可以接觸到實際家庭案例的實習機會。

第二節 工作場域因素對受訓者學習成效的影響

回到工作場域，將所學之能力使用出來，所謂的「訓練效果遷移」，是專業能力培訓的關鍵。根據 Kirkpatrick (2006)，新行為的發生需要四個條件：

- (1) 受訓者必須具備改變意願；
- (2) 受訓者須知道應該做什麼以及如何去做；
- (3) 受訓者必須處於適當的工作環境中；
- (4) 受訓者的行為改變必須得到正向的激勵，以維持訓練成果。

換言之，訓練是否能順利遷移至實際工作，產生訓練遷移效果，還受到受訓者工作環境的影響。受訓者是否能將訓練所學持續使用在工作中，與工作場域對於受訓者之改變的反應有關。

一、工作場域的限制，使受訓者難以運用新學會的能力

受訪者 F 在某安置機構工作，他表示在他的服務場域進行系統工作十分困難。安置機構功能類似家庭，但因資源有限能提供的協助也有限。安置孩童之背景脈絡經常十分複雜，包含家庭、多重助人系統等，孩子可能因為安全感不足而不敢討論在機構的關係和狀況。安置機構在強調兒少權益、提升照顧品質的要求下，多半致力營造出「家」的形象（吳惠文、許雅惠，2015），而機構工作人員—社工與保育/生輔員，皆被期待扮演如父母般之照顧者。然而實際上此二種類別工作人員之互動，卻因工作設計迥異、勞動條件落差、專業地位和權力不平等眾多因素，經常容易發生矛盾與衝突，導致合作困難。受訪者 F 表示，當他與安置兒童進行會談時，房間外的管教聲及吵鬧聲經常干擾會談進行，令他的業主難以信任及安心地談話，而這個情況很難加以改善。受訪者 F 嘗試與機構內的社工合作，促進社工與業主關係的改善，卻感受到工作場域的限制帶來很大阻力。

受訪者 G 是醫療社工，在運用上也感到許多阻礙。由於任職的醫院並沒有醫療家庭治療師的設置，社工的工作內容包含了部分相關功能，如家庭功能評估、經濟評估、處理病人與家屬間衝突等。然而當受訓者 G 看到案家需要，也知道自己的能力可以做到，想嘗試去做超過原本的工作職掌內容時，雖然未被同事或主管明確出言反對，卻會因同事間專業領域競爭、權力位階差異等因素，讓受訪者 G 感到十分不自在。國內醫療家庭治療領域的先驅及專家熊秉荃（2021）指出，醫療家庭治療師並不專屬於任何特定專業職系，可以是社工師，也可以是心理師、醫師、護理師，重點是他/她是否具備充分的醫療家庭治療的專業訓練及能力。從受訪者 G 的親身經歷，我們看到當一位醫療社工具備了相關的訓練及能力，想在醫院提供家庭治療服務時，仍要面對工作場域中的種種隱微阻礙。

受訪者 I 是一位在醫院工作的臨床心理師，她也遇到了運用所學的困難。因為依照法規心理師不能在我國健保系統申報家庭治療點數，因此當她想嘗試在工作中進行家庭治療時，遭到注重 KPI 效益的科室主管反對，使她無法發揮所學到的新能力。

綜言之，當受訓者試圖在某些工作場域中使用學會的新能力，有可能遭遇各種隱微甚或直接的反對與阻礙，對於剛完成訓練，還未能完全精熟能力的受訓者而言，可能感到十分挫敗，而降低學習的遷移效果。

二、主管及同事對於受訓者之改變的態度，影響受訓者的嘗試意願

相較以上幾個工作場域，受訓者如果在學校系統工作，雖也存在輔導老師專業職掌不夠明確等問題，但其遭受的阻力似乎小一些。而且工作同事對於受訓者在工作能力上的改變的反應，也會影響受訓者的實際應用。

當主管的態度較為支持，或是不支持但也未反對，受訓者有較大自由度可以做些嘗試，當這些嘗試展現出受訓者能力提升、工作效能增加，可能會帶來同事的認可和鼓勵，從而成為學習新能力的支持性因素，同時也能帶動團隊內部對於系統思維及工作方式的更多理解與接納，間接促進了工作團隊的成長。當工作場域中有同事認同家庭治療的觀點並給予正向回饋時，會大大促進受訓者嘗試的意願，正如受訓者在決定

要報名進入訓練前，亦會受同事對培訓方案之正向評價的影響一樣。

反之，當工作場域的氛圍對家庭治療較為不理解甚至敵視，受訓者也容易因為發展家庭治療能力而感到不被支持甚至被攻擊。受訪者 A 在某大學諮商中心擔任心理師，當他提議透過系統合作協助學生時，受到堅持個別諮商工作模式的同事阻止，並否定系統工作的價值，表示「把人都找來只會發生更大衝突，你就把個別工作做好就行了！」使得受訪者 A 感到灰心，感受到推動系統工作需要跨過傳統心理治療訓練對於家庭治療的偏見。

三、小結：

受訓者剛學會的能力，需要透過實務工作的歷練才能得到進一步發展，故將新能力運用在其工作場域，不僅是學習的遷移，也是訓練的延伸。然而受訓者回到自己的工作場域時，可能面對各種不友善的態度，使得新能力遷移與固化為日常工作的過程變得更困難，其中包括工作場域的職系間的競爭、權力位階的角力、法規制度的限制、機構現實的限制、角色執掌模糊等各種阻礙，也包含主管或同事對家庭治療的觀感，反應態度是否友善以發揮支持學習遷移的效果。

根據以上發現本研究建議：訓練設計上宜依據受訓者的工作場域及專業背景做調整，以提高受訓者在適應工作場域及發揮運用新能力的機會，並協助受訓者在工作場域或學習同儕之間創造支持系統，例如督導或同儕支持團體，以幫助受訓者能更順利完成新能力的建構。

第六章 研究建議及研究限制

本章共有兩節，第一節為根據研究結果及延伸討論所寫之研究建議；第二節呈現本研究的限制。

第一節 研究建議

一、對於本家庭治療訓練方案的建議

(一) 重視核心能力的階層結構，在訓練中對基本能力的增長進行評估

家庭治療師核心能力之間可能具有某種「階層結構」，這些能力有從基本到高階的架構，並非各自獨立。因此，我們建議採納分層訓練策略，從最基礎的技能出發，逐層進行深化。這意味著要在訓練中定期進行核心能力的評估，以確保受訓者在基本能力上持續進步；同時，也要需強調基本能力作為其他高階能力的基石的重要性，提升受訓者的重視度和覺察能力。此外，可能也需引進「補救」措施，即對於在基本的能力學習上遇到困難的受訓者給予進一步的幫助，從而協助受訓者順利建立後續的高階能力。

(二) 增加課程延續性，提供特定場域或主題的進一步學習資源

受訓者得以從本訓練方案中培養起基本的家庭治療能力，但到完整習得作為家庭治療的核心能力，至少需進行進一步的實作及督導，以及個人議題的處理。因此，為培養家庭治療的核心能力，我們建議增加課程的延續性，於後續提供更多資源上支持，包含特定場域文化專題、特定技能訓練、特定議題專題以及個別或團體督導資源。

二、對於後續家庭治療訓練的建議

(一) 增加訓練總時長，應用多元訓練方法並採用漸進式的課程設計

長程的訓練及多元訓練方法，為受訓者的需要，也是初步建構家庭治療師能力所需。核心能力的構建是循序漸進，無法一蹴而就的歷程。本研究發現各個能力所需的訓練方法有所不同，且能力內部可能存在階段式的關聯。因此，過短的訓練時長或單

一的訓練方法，可能對於核心能力的建構幫助有限。且長程訓練及多元訓練方法是受訓者選擇本家庭治療訓練方案的動機之一。

此外，本研究也發現漸進式的課程設計是增強訓練成效的重要因素。以本研究為例，整體而言先以講座及讀書會兩種方式累積知識基礎，逐漸加入影片賞析及演練加深知識的建構及初步轉化，最後再以實務練習及督導促進應用能力的提升。其中，讀書會及演練、影片賞析及演練的組合，均有同時增強理論理解及技能習得的效果。因此我們建議訓練者考量目標能力的特性及其內部的關係，如：哪些能力的建立對於其他能力的發展有所助益，哪些能力需要持續性的練習。據此設計合理的課程順序、訓練週期，並組合相得益彰的訓練方式，以增強訓練效果。

(二) 招收受訓者時宜兼顧受訓者專業背景的同質性及多元化

同儕因素是利於訓練成效的重要因素之一，同質性與多元化皆帶來不同的助益。據研究結果，同樣專業背景的同儕，能夠以更貼近彼此經驗的方式提供情緒支持性、間接學習機會、資源的互助。而不同專業背景的學員所創造的學習氛圍就是學習過程中的重要資源，這些來自不同背景的觀點，豐富了受訓者的知識，也拓展了他們的思考視角。因此，我們建議訓練者兼顧學員專業背景的同質性與多元化，以充分發揮同儕因素在訓練中的助益。

(三) 訓練設計上宜依據受訓者的工作場域及專業背景做調整

本研究發現受訓者之工作場域的文化特性、工作角色的職掌、專業訓練背景等皆對其學習成效、訓練遷移效果等有不同程度的影響。故我們建議訓練者在訓練設計上宜依據受訓者的工作場域及專業背景做調整，以提高受訓者在適應工作場域及發揮運用新能力的機會。

應考慮不同專業背景的受訓者的優勢與需要，提供相對應的教學設計，例如針對社工師受訓者提供更多關於介入技巧的訓練，對於心理師受訓者強調系統合作能力的訓練。

可根據受訓者的實際工作內容來適度調整訓練方案，以提高訓練的實用性與效

果。例如對於工作內容涉及高情緒張力的社工師，可以增加情緒耐受度的訓練；對於工作場域較難有機會進行家庭會談的心理師，提供可以接觸到實際家庭案例的實習機會。

(四) 協助受訓者在工作場域或學習同儕之間創造支持系統

本研究結果指出，工作場域環境因素影響訓練遷移的發生、持續，及家庭治療師核心能力的進一步發展。受訓者回到工作場域後，可能面對諸如職系間的競爭、權力位階的角力等各式阻礙。而本研究也發現，同儕的支持性對於降低受訓的挫折感及焦慮感、增強學習動力及投入承諾，皆有重要的意義。故，我們建議協助將此資源與助力延伸至工作場域，即協助受訓者在工作場域或學習同儕之間創造支持系統，例如督導或同儕支持團體，以幫助受訓者能更順利完成新能力的建構。

二、對於後續研究方向的建議：

(一) 追蹤式的成效研究及經驗研究

本研究於訓練結束三個月後，通過焦點團體法蒐集受訓者之生活經驗及訓練遷移狀況。然而，我們也發現訓練成果仍須更長時間的發酵，建議開展追蹤式的研究。

此外，本研究因採質性訪談的資料為主，故有兼顧訓練方視角及受訓者視角，但仍無法完整呈現受訓者的經驗。研究者建議開展受訓經驗的研究，並加以追蹤，以貼近受訓者的學習經驗及應用經驗。從受訓端點出發，發展出新手家庭治療師的養成歷程，並從中尋找提升訓練效果的建議。

(二) 探究受訓者在受訓歷程中個人成長及關係變化

專業成長與個人成長密不可分，本研究初步展示了訓練經驗對於受訓者個人生活的改變，並觀察到了顯著的不同。近年來，國外學者開展了許多相關研究，皆揭示婚姻與家庭治療師個人關係在受訓期間及受訓後產生了深遠的改變 (Rhodes et al., 2011)。我們建議在台灣本土開展這樣的研究，探詢本土脈絡下的訓練對於受訓者個人成長產生何種影響。

第二節 研究限制

本研究的性質為成效研究，聚焦在成效的探究，故未對家庭治療訓練方案的理論基礎、發展歷程等做出更加詳盡的說明。這一作法雖減少了研究篇幅，減輕閱讀上的負擔，但也可能造成研究背景脈絡的空缺，從而限制了閱讀者對訓練成效理解的完整性。

此外，目前尚未發展出針對家庭治療訓練的成效評估模式。研究者參考最為廣泛使用的訓練評估模式，選取家庭治療領域最新的核心能力為評量工具之一，結合過往的成果研究所使用的評估面向，盡可能系統性地評估訓練帶來的整體成效。缺乏一個經過實證驗證的研究框架，為本研究設計上的限制，也是家庭治療訓練領域發展至今仍舊有所空缺之處。



參考文獻

- 王文科、王智弘 (2010)。質的研究的信度和效度, 彰化師大教育學報 (第 29-50 頁)。
- 吳惠文、許雅惠 (2015)。「家」內閱牆—兒少安置機構專業人員之專業互動分析, 東吳社會工作學報 (第 25-51 頁)。
- 吳靖國 (2010)。質性研究: 從理解「人」開始, 銘傳教育電子期刊 (第 12 冊, 第 20-34 頁)。
- 吳瓊治 (2006)。訓練成效的評鑑, 品質月刊 (第 42 冊, 第 44-48 頁)。
- 李岳庭 (2018)。反思含攝文化下的 Bowen 理論及其運用在華人文化中, 中華輔導與諮商學報 (第 23-44 頁)。
- 林金定、嚴嘉楓、陳美花 (2005)。質性研究方法: 訪談模式與實施步驟分析, 身心障礙研究季刊 (第 3 冊, 第 122-136 頁)。
- 胡幼慧 (1996)。質性研究: 理論、方法及本土女性研究實例, 台北: 巨流。
- 許維素、游于萱 (2017)。輔導教師之焦點解決督導員訓練成效研究, 中華輔導與諮商學報 (第 147-182 頁)。
- 陳秉華、游淑瑜 (2001)。台灣的家庭文化與家庭治療, 亞洲輔導學報(香港) (第 8 冊, 第 153-174 頁)。
- 賈紅鶯 (1999)。以結構—策略學派的觀點建構一個家族治療的改變歷程, 臺灣師範大學教育心理與輔導學系學位論文 (第 1-395 頁)。
- 賈紅鶯 (2011)。家族治療的文化脈絡與靈性議題: 家暴的困境、轉變與反思, 中華輔導與諮商學報 (第 124-149 頁)。
- 熊秉荃 (2021)。醫療家族治療於臺灣之發展與應用: 我的實踐, 教育心理學報 (第 52 冊, 第 665-683 頁)。
- 趙文滔 (2006)。台灣婚姻與家族治療實務之發展: 十一個案例的比較分析, 本土心理學研究 (第 73-103 頁)。
- 蔣葦 (2022)。成為家庭治療師—三位臺灣家庭治療師的專業發展旅程, 國立臺北教育大學心理與諮商學系碩士班碩士論文。
- 鄭夙芬 (2005)。焦點團體研究法的理論與應用, 選舉研究 (第 12 冊, 第 211-239 頁)。

- Anderson, S. A. (1992). EVALUATION OF AN ACADEMIC FAMILY THERAPY TRAINING PROGRAM: CHANGES IN TRAINEES' RELATIONSHIP AND INTERVENTION SKILLS. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(4), 365-376.
- Asiimwe, R., Lesch, E., Karume, M., & Blow, A. J. Expanding our international reach: Trends in the development of systemic family therapy training and implementation in Africa. *Journal of Marital and Family Therapy*, n/a(n/a).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmft.12514>
- Avis, J., & Sprenkle, D. (2007). Outcome research on family therapy training: A substantive and methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 241-264.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1990.tb00846.x>
- Avis, J. M., & Sprenkle, D. H. (1990). OUTCOME RESEARCH ON FAMILY THERAPY TRAINING: A SUBSTANTIVE AND METHODOLOGICAL REVIEW 2. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16(3), 241-264. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1990.tb00846.x>
- Baer, J. S., Wells, E. A., Rosengren, D. B., Hartzler, B., Beadnell, B., & Dunn, C. (2009). Agency context and tailored training in technology transfer: a pilot evaluation of motivational interviewing training for community counselors. *J Subst Abuse Treat*, 37(2), 191-202.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.01.003>
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clin Psychol (New York)*, 17(1), 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x>
- Breitmayer, B. J., Ayres, L., & Knafl, K. A. (1993). Triangulation in qualitative research: evaluation of completeness and confirmation purposes. *Image J Nurs Sch*, 25(3), 237-243. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00788.x>
- Breunlin, D. C., Schwartz, R. C., Krause, M. S., & Selby, L. M. (1983). Evaluating family therapy training: The development of an instrument. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 37-47. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01482.x>
- Byington, K., Fischer, J., Walker, L., & Freedman, E. (1997). Evaluating the Effectiveness of a Multicultural Counseling Ethics and Assessment Training. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 28, 15- 19.
- Chao, W., & Huang, W. (2013a). The Development of Family Therapy Practice and Training in Taiwan: A Review and Prospects for the Future. *Contemporary Family Therapy*, 35. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9261-7>
- Chao, W., & Huang, W. (2013b). The Development of Family Therapy Practice and Training in Taiwan: A Review and Prospects for the Future. *Contemporary Family Therapy*, 35(2), 319-328. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9261-7>
- Chao, W., & Lou, Y. C. (2018). Construction of core competencies for family therapists in Taiwan. *Journal of Family Therapy*, 40(2), 265-286.

- Cleghorn, J. M., & Levin, S. (1973). Training family therapists by setting learning objectives. *Am J Orthopsychiatry*, 43(3), 439-446. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1973.tb00815.x>
- Cordes, M. L. (2014). *A transcendental phenomenological study of developmental math students' experiences and perceptions*. Liberty University.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2012). A Summary Report of the Cost-Effectiveness of the Profession and Practice of Marriage and Family Therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34(2), 204-216. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9187-5>
- Cunanan, E. D., & McCollum, E. E. (2006). What Works When Learning Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 17(1), 49-65. https://doi.org/10.1300/J085v17n01_04
- D'Aniello, C., & Fife, S. T. (2020). A 20-Year Review of Common Factors Research in Marriage and Family Therapy: A Mixed Methods Content Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(4), 701-718. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmft.12427>
- D'Aniello, C., & Hertlein, K. M. (2017). Integrating Gatekeeping Practices into Core Competencies in MFT Training: Development of the Core Competency-Based Assessment Measure. *Contemporary Family Therapy*, 39(3), 220-229. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9416-z>
- Deacon, S. A., & Piercy, F. P. (2000). Qualitative evaluation of family therapy programs: a participatory approach. *J Marital Fam Ther*, 26(1), 39-45. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2000.tb00274.x>
- DeCaporale-Ryan, L. N., Dadiz, R., & Peyre, S. E. (2016). Simulation-based learning: From theory to practice. *Families, Systems, & Health*, 34, 159-162. <https://doi.org/10.1037/fsh0000203>
- Deng, L., Lin, X., Lan, J., & Fang, X. (2013). Family Therapy in China. *Contemporary Family Therapy*, 35. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9273-3>
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6), 373-378. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Falicov, C., Constantine, J., & Breunlin, D. (1981). Teaching Family Therapy: A Program Based on Training Objectives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 497-505. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1981.tb01405.x>
- Fife, S. T., D'Aniello, C., Scott, S., & Sullivan, E. (2019). Marriage and Family Therapy Students' Experience with Common Factors Training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(2), 191-205. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmft.12333>
- Fragkiadaki, E., Triliva, S., Balamoutsou, S., & Prokopiou, A. (2013). The path towards a professional identity: An IPA study of Greek family therapy trainees. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 290-299.

- <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.768287>
- Gehart, D. (2011). The core competencies and MFT education: Practical aspects of transitioning to a learning-centered, outcome-based pedagogy. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*(3), 344-354. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00205.x>
- Givropoulou, D., & Tseliou, E. (2018). Moving Between Dialogic Reflexive Processes In Systemic Family Therapy Training: An Interpretative Phenomenological Study of Trainees' Experience. *Journal of Marital and Family Therapy, 44*(1), 125-137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmft.12237>
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (1996). *Family therapy : an overview* (4th ed.). Wadsworth Thomson.
- Greene, J., & McClintock, C. (1985). Triangulation in Evaluation. *Evaluation Review, 9*, 523-545.
- Hales, D. (2010). *An Introduction to Triangulation*. UNAIDS. https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/10_4-Intro-to-triangulation-MEF.pdf
- Heath, A. W., McKenna, B. C., & Atkinson, B. J. (1988). TOWARD THE IDENTIFICATION OF VARIABLES FOR EVALUATING FAMILY THERAPY WORKSHOPS*. *Journal of Marital and Family Therapy, 14*(3), 267-276. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1988.tb00746.x>
- Helge Rønnestad, M., & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 16*(3), 261-267. <https://doi.org/10.1080/10503300600612241>
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: a review and critique with recommendations. *Clin Psychol Rev, 30*(4), 448-466. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.005>
- Hodgson, J. L., Johnson, L. N., Ketring, S. A., Wampler, R. S., & Lamson, A. L. (2005). INTEGRATING RESEARCH AND CLINICAL TRAINING IN MARRIAGE AND FAMILY THERAPY TRAINING PROGRAMS. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*(1), 75-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01544.x>
- Hogan, R. L. (2007). The historical development of program evaluation: Exploring past and present. *Online Journal for Workforce Education and Development, 2*(4), 5.
- Imber-Black, E. (2014). Eschewing certainties: the creation of family therapists in the 21st century. *Fam Process, 53*(3), 371-379. <https://doi.org/10.1111/famp.12091>
- JD, K. D. K. (2009). *Implementing the four levels: A practical guide for effective evaluation of training programs: Easyread super large 24pt edition*. ReadHowYouWant. com.
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action.

- Administrative science quarterly*, 24(4), 602-611.
- Karam, E. A., Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2015). Strengthening the Systemic Ties that Bind: Integrating Common Factors into Marriage and Family Therapy Curricula [https://doi.org/10.1111/jmft.12096]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(2), 136-149. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmft.12096
- Karimi, H., Piercy, F., & Savla, J. (2019). A Chronological Map of Common Factors across Three Stages of Marriage and Family Therapy. In. https://doi.org/10.5772/intechopen.85357
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2005). *Transferring learning to behavior: Using the four levels to improve performance*. Berrett-Koehler Publishers.
- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). Berrett-Koehler Publishers.
- Kirkpatrick, D. L. (1996). Great Ideas Revisited. Techniques for Evaluating Training Programs. Revisiting Kirkpatrick's Four-Level Model. *Training and Development*, 50, 54-59.
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2007). Implementing the Four Levels: A Practical Guide for Effective Evaluation of Training Programs. 94.
- Kniskern, D. P., & Gurman, A. S. (1979). Research on Training in Marriage and Family Therapy: Status, Issues, and Directions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 5(3), 83-94.
- Lal, A., & Jonathan, N. (2023). Marriage and Family Therapy Education and Training: The Development of a Competency-Based Model. *Contemporary Family Therapy*, 45(2), 195-206. https://doi.org/10.1007/s10591-021-09600-x
- Lambert-Shute, J. J., Nguyen, H. N., Peterson, P. W., & Pirasteh, A. B. (2019). Reflecting on the Past: A Content Analysis of Family Therapy Research from 2000-2015. *J Marital Fam Ther*, 45(2), 256-274. https://doi.org/10.1111/jmft.12334
- LEBOW, J. (1997). The Integrative Revolution in Couple and Family Therapy. *Family process*, 36(1), 1-17. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1997.00001.x
- Lee, I., Robert E., & Nichols, W. C. (2010). The Doctoral Education of Professional Marriage and Family Therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 259-269. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00158.x
- Lee, R. E., Nichols, D. P., Nichols, W. C., & Odom, T. (2004). TRENDS IN FAMILY THERAPY SUPERVISION: THE PAST 25 YEARS AND INTO THE FUTURE. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(1), 61-69. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01222.x
- Liao, S.-C., & Hsu, S.-Y. (2019). Evaluating A Continuing Medical Education Program: New World Kirkpatrick Model Approach. *International Journal of Management, Economics and Social Sciences*, 8. https://doi.org/10.32327/IJMESS/8.4.2019.17
- Liddle, H., & Halpin, R. (2007). Family Therapy Training and Supervision Literature: A Comparative Review*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4, 77-98. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00543.x

- Liddle, H. A. (1991). Training and supervision in family therapy: A comprehensive and critical analysis. In *Handbook of family therapy, Vol. 2.* (pp. 638-697). Brunner/Mazel.
- Liddle, H. A. (2016). Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Implementation in Community Settings. *Family process, 55*(3), 558-576.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/famp.12243>
- Liddle, H. A., & Halpin, R. J. (1978). Family Therapy Training and Supervision Literature: A Comparative Review*. *Journal of Marital and Family Therapy, 4*(4), 77-98.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00543.x>
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Gonzalez, A., Henderson, C. E., Dakof, G. A., & Greenbaum, P. E. (2006). Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting. *Am J Addict, 15 Suppl 1*, 102-112.
<https://doi.org/10.1080/10550490601003698>
- Liddle, H. A., & Saba, G. W. (1982). TEACHING FAMILY THERAPY AT THE INTRODUCTORY LEVEL: A CONCEPTUAL MODEL EMPHASIZING A PATTERN WHICH CONNECTS TRAINING AND THERAPY*. *Journal of Marital and Family Therapy, 8*(1), 63-72.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1982.tb01422.x>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook.* sage.
- Miller, J. K., Todahl, J. L., & Platt, J. J. (2010). The Core Competency Movement in Marriage and Family Therapy: Key Considerations From Other Disciplines. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(1), 59-70. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00183.x>
- Moreau, K. A. (2017). Has the new Kirkpatrick generation built a better hammer for our evaluation toolbox? *Medical Teacher, 39*(9), 999-1001.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1337874>
- Morgan, M. M., & Sprenkle, D. H. (2007). TOWARD A COMMON-FACTORS APPROACH TO SUPERVISION. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*(1), 1-17.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00001.x>
- MORSE, J. M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Nursing Research, 40*(2), 120-123.
https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/1991/03000/Approaches_to_Qualitative_Quantitative.14.aspx
- Murphy, E., & Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods. *BMJ, 341*, c4587.
- Nelson, T., Chenail, R., Alexander, J., Crane, D., Johnson, S., & Schwallie, L. (2007). The Development of Core Competencies for the Practice of Marriage and Family Therapy.

- Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 417-438. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00042.x>
- Northey Jr, W. F., & Gehart, D. R. (2020). The Condensed MFT Core Competencies: A Streamlined Approach for Measuring Student and Supervisee Learning Using the MFT Core Competencies [<https://doi.org/10.1111/jmft.12386>]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(1), 42-61. <https://doi.org/10.1111/jmft.12386>
- Paris, E., Linville, D., & Rosen, K. (2006). MARRIAGE AND FAMILY THERAPIST INTERNS' EXPERIENCES OF GROWTH. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(1), 45-57. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01587.x>
- Perlesz, A. J., Stolk, Y., & Firestone, A. F. (1990). Patterns of learning in family therapy training. *Fam Process*, 29(1), 29-44. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1990.00029.x>
- Phillips, K. (2007). Eight tips on developing valid level 1 evaluation forms. *Training Today*, 8, 14.
- Pickens, J. C., Morris, N., & Johnson, D. J. (2020). The Digital Divide: Couple and Family Therapy Programs' Integration of Teletherapy Training and Education [<https://doi.org/10.1111/jmft.12417>]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 186-200. <https://doi.org/10.1111/jmft.12417>
- Polson, M., & Piercy, F. P. (1993). The Impact of Training Stress on Married Family Therapy Trainees and Their Families. *Journal of Family Psychotherapy*, 4(1), 69-92. https://doi.org/10.1300/j085v04n01_05
- Pulleyblank, E., & Shapiro, R. J. (1986). Evaluation of Family Therapy Trainees: Acquisition of Cognitive and Therapeutic Behavior Skills. *Family process*, 25(4), 591-598. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00591.x>
- Retzlaff, R., von Sydow, K., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. *Family process*, 52(4), 619-652.
- Rhodes, P., Nge, C., Wallis, A., & Hunt, C. (2011). Learning and Living Systemic: Exploring the Personal Effects of Family Therapy Training. *Contemporary Family Therapy*, 33(4), 335-347. <https://doi.org/10.1007/s10591-011-9166-2>
- Sexton, T. L., & Datchi, C. (2014). The Development and Evolution of Family Therapy Research: Its Impact on Practice, Current Status, and Future Directions. *Family process*, 53(3), 415-433. <https://doi.org/10.1111/famp.12084>
- Sexton, T. L., Datchi, C., Evans, L., LaFollette, J., & Wright, L. (2013). The effectiveness of couple and family-based clinical interventions. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 587-639.
- Shah, A., Varghese, M., Udaya Kumar, G. S., Bhatti, R. S., Raguram, A., Sobhana, H., & Srilatha, J. (2000). Brief Family Therapy Training in India. *Journal of Family Psychotherapy*, 11(3), 41-53. https://doi.org/10.1300/J085v11n03_04

- Sieber, S. (1973). The Integration of Fieldwork and Survey Methods. *American Journal of Sociology*, 78, 1335- 1359.
- Sim, T. (2012). The growing pains of family therapy in Singapore. *Journal of Family Therapy*, 34(2), 204-224. [https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00519.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00519.x)
- Sim, T., Yi Fang, X., Chan, S., Teik Cheok Loy, J., Sng, S., Lo, R., Chao, W., & Singh, R. (2017). Co-constructing family therapy in the Asian Chinese family diasporas of mainland China, Malaysia, Macau, Singapore and Taiwan. *Journal of Family Therapy*, 39(2), 131-150. [https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-6427.12151](https://doi.org/10.1111/1467-6427.12151)
- SMITH, R. L. (1993). Training in Marriage and Family Counseling and Therapy: Current Status and Challenges. *Counselor Education and Supervision*, 33(2), 89-101. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.1993.tb00272.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.1993.tb00272.x)
- Sori, C. F., Wetchler, J. L., Ray, R. E., & Niedner, D. M. (1996). The Impact Of Marriage And Family Therapy Graduate Training Programs On Married Students And Their Families. *The American Journal of Family Therapy*, 24(3), 259-268. <https://doi.org/10.1080/01926189608251038>
- Sprenkle, D. H. (2012). Intervention research in couple and family therapy: A methodological and substantive review and an introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 3-29.
- Sutton, J. P., Simmons, B., Hammel, N. M., & Ray, W. A. (2019). Training Therapists in System Logic and Practice. *Journal of Systemic Therapies*, 38(1), 44-60. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2019.38.1.44>
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. (2015). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource*. John Wiley & Sons.
- Thomas, F. N. (2019). Training Counselors in Couple and Family Therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 2966-2969). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_690
- Tseng, C.-F., Wittenborn, A. K., Blow, A. J., Chao, W., & Liu, T. (2019). The development of marriage and family therapy in East Asia (China, Taiwan, Japan, South Korea and Hong Kong): past, present and future. *Journal of Family Therapy*, 42(4), 477-498. [https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-6427.12285](https://doi.org/10.1111/1467-6427.12285)
- Valenstein-Mah, H., Greer, N., McKenzie, L., Hansen, L., Strom, T. Q., Wiltsey Stirman, S., Wilt, T. J., & Kehle-Forbes, S. M. (2020). Effectiveness of training methods for delivery of evidence-based psychotherapies: a systematic review. *Implement Sci*, 15(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-00998-w>
- von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta - content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family process*, 49(4), 457-485.

- von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family process*, 52(4), 576-618.
- White, M. B., & Russell, C. S. (1995). THE ESSENTIAL ELEMENTS OF SUPERVISORY SYSTEMS: A MODIFIED DELPHI STUDY. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(1), 33-53.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00137.x>
- Worthen, B. R., Sanders, J. R., & Fitzpatrick, J. L. (1997). *Educational evaluation: Alternative approaches and practical guidelines* (2nd ed.). NY: Longman.
- Worthen, B. R. S., J.R. Fitzpatrick, J.L. (1997). *Educational Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines*. (2nd ed.)
- Yardley, S., & Dornan, T. (2012). Kirkpatrick's levels and education 'evidence'
[<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04076.x>]. *Medical Education*, 46(1), 97-106. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04076.x>
- Zhetpisbayeva, B., Sarzhanova, G., & Seilkhanova, A. (2020). USING THE KIRKPATRICK EVALUATION MODEL FOR PRE-SERVICE TEACHER EDUCATION COURSE. *Збірник наукових праць ЛОГОС*, 68-73.
- 서진숙. (2010). 가족상담: 가족상담 전문가 교육에 대한 미국의 연구동향 분석: 프로그램 평가를 중심으로. *상담학연구*, 11(1), 317-334.



附錄一

研究問卷使用同意書

茲同意國立政治大學輔導與諮商碩士學位學程研究生
余幸子，於其碩士論文中參考引用本人游于萱於民國一百
零三年在「高中職輔導教師接受焦點解決督導訓練方案之
成效研究」中所編制之「單元課後滿意度問卷」。

同意人：游于萱

民國一百一十年四月九日

附錄二：課程滿意度調查問卷及學習效果調查表

【第一部分】課程滿意度調查

這部份問卷主要想瞭解您對這兩日課程的感受。請您針對各個項度，圈選

出右方的滿意程度，5 代表「非常滿意」，1 代表「非常不滿意」，謝謝！

項 目	非常滿意				非常不滿意
1、課程內容能引起我的學習興趣，投入學習。 說明：_____	5	4	3	2	1
2、課程內容難易適中，不會聽不懂、或太挫折想放棄。 說明：_____	5	4	3	2	1
3、課程內容數量適中，不會來不及消化。 說明：_____	5	4	3	2	1
4、講師的教學方式，對我的學習有幫助。 說明：_____	5	4	3	2	1
5、助教的教學方式，對我的學習有幫助。 說明：_____	5	4	3	2	1
6、課程設計的各式教學活動，對我的學習有幫助。 說明：_____	5	4	3	2	1
7、教材內容（含 PPT），對我的學習有幫助。 說明：_____	5	4	3	2	1
8、我對課務行政、場地安排與設施支援感到滿意。 說明：_____	5	4	3	2	1
9、這兩天的課程，您最喜歡的部分是什麼？					
10、覺得需要改進的部分？					

【第二部分】學習效果調查表

請您評估這兩天的課程對您學習的成效。評估的方式為 5 點量表，5 代表「完全符合」，1 代表「完全不符合」，數字愈大表示在該項目的學習成果越佳。

請您根據自身的學習成效，在每個題項之後，圈選出適當的數字。

項 目	完 全 符 合				完 全 不 符 合
11、這兩天課程內容與我工作上面臨的狀況與需要很相關。	5	4	3	2	1
12、課程內容可以直接或間接應用在我的工作上。	5	4	3	2	1
13、課程內容能增進我的實務工作效能。	5	4	3	2	1
14、課程內容能增進我對案主/案家狀況的理解與掌握，提升我對案情進行系統評估的能力。	5	4	3	2	1
15、課程內容讓我學到或增進與家人進行會談的具體能力。	5	4	3	2	1
16、課程內容幫助我更加理解某些家庭成員的角色與心態，更知道如何和這些成員工作。	5	4	3	2	1
17、課程內容讓我對家人關係、對會談過程更敏感，看得比以前更加清楚。	5	4	3	2	1
18、課程內容讓我更有信心從事家庭治療/家庭工作。	5	4	3	2	1
19、這兩天的課程，還有沒有其他任何學習與收穫？					

【第三部分】對於本學習效果自陳量表的回饋與建議

最後想邀請您對此份調查表提供回饋與建議，有沒有哪些題目讓您覺得不適當、難以回答或需要修正，可將需修正的題號與建議寫於下表，或提供整體性的回饋與建議。

題號	建 議

◆ 關於此份調查表，我有些想法與建議：

感謝您的填答！請記得再檢查一遍，以免漏答，謝謝。

家庭治療師核心能力自我評量問卷

姓名:	填寫日期:
	<input type="checkbox"/> 我只參加講座班 <input type="checkbox"/> 我參加演練監督專班

以下每項能力均依精熟程度分為四等，請根據您目前能力狀態，圈選最接近自己的程度。

4 熟練	3 勝任	2 學習中	1 新手
透徹理解特定概念，熟練工作方法與技巧，通常能達到令人滿意的成果。	能夠理解大部分概念，掌握主要技巧，實務操作時多能達到良好成果。	能理解部分概念，掌握部分技巧，表現尚不穩定，有時可以達成目標，有時有困難，仍需繼續學習發展。	相關的知識與能力明顯不足，無法達成治療目標。

一、 進入治療 (總分 _____ / 4 = _____)

能力項目	4 熟練	3 勝任	2 學習中	1 新手	目前程度
1-1 協助相關成員投入、參與治療歷程。	可以讓全部成員投入，並樂意參與治療。	可以協助大多數成員投入，並維持參與治療歷程。	可以協助一個以上成員投入，並維持參與治療歷程。	治療師對於邀請相關成員投入、持續參與治療有困難。	4 3 2 1
1-2 邀請相關成員參與治療，特別是重要但低意願成員。	能有效促進系統中有成員參與，特別是重要但低意願成員。	有足夠策略能讓系統中關鍵成員出席。	主動試圖邀請重要成員出席，但未必能成功。	未邀請，或不知如何邀請某位關鍵成員出席。	4 3 2 1
1-3 決定誰需要參加會談，怎樣根據家庭關係動力，能根據家庭關係動	根據家庭關係動力，能根據家庭關係動	根據家庭關係動	根據家庭關係動	直接採納個案意	4 3 2 1

組合（個人、伴侶、家人、親友）。	很快判斷哪些成員需要參與會談，並取得家人一致同意。	力，能判斷哪些成員需要參與會談，並取得家人同意。	力，能判斷哪些成員需要參與會談。	見，決定哪些人需要出席。
1-4* 與每一位參與者連結，營造安全氛圍，建立並維持適當有效的治療聯盟。	每位參與成員都覺得治療師能有效幫忙，感到有希望。	每位參與成員都覺得會談是安全的，下次願意再來。	能和部份成員建立連結；和特定對象建立連結有困難。	有困難同時與多位成員建立並維持適當有效治療聯盟。

二、評估與診斷 (總分 _____ / 9 = _____)

能力項目	4 熟練	3 勝任	2 學習中	1 新手	目前程度
2-1 根據系統觀點，診斷及評估案主的行為及關係健康的問題。	能根據系統理論來評估案主的主訴議題；並能呈現關係模式或歷程對主訴議題的可能影響。	能根據系統理論來評估案主的主訴議題。	能嘗試根據系統理論來評估案主的主訴議題；但有時會有困難，或不完整（忽略部分系統）。	未能以系統理論為視框評估案主的主訴議題。	4 3 2 1
2-2 整合相關資料以形成評估：包括案主敘述、對案主的行為觀察、案主呈現的關係模式、其他治療專業者的報告、測驗結果以及與案主的直接互動等。	能整合所有收集到的資料，形成對案主的全面性系統評估。	能整合主要系統的資料，形成對案主的有效系統評估。	能將部分系統層面資料納入考慮，但未形成對案主的整合性系統評估。	未能考慮不同系統層面資料，形成對案主的系統觀點評估。	4 3 2 1
2-3 能探問相關的生理-心理-社會史(包含原生家庭史)，以理解案主問題的脈絡。	能收集案主的生理-心理-社會史脈絡資訊，特別是不易透漏的敏感資訊。	能收集案主的生理-心理-社會史脈絡資訊。	能收集案主的生理-心理-社會史脈絡資訊，但容易只偏重其中的某些面向。	未能詢問案主的生理或社會史脈絡資訊。	4 3 2 1
2-4 形成治療假設時，能考慮其關係	能夠熟練地從案主	多數時能夠從案主	形成治療假設時，有	未能從案主本身頁	4 3 2 1

<p>模式，案主對求助問題的貢獻，以及治療外因素(非治療師造成的影響，例如文化、族群、性別、宗教、工作狀態(失業)、健康等)對案主系統的影響。</p>	<p>本身貢獻、其關係模式及治療外生態系統，形成治療假設。進一步收集必要資料。</p>	<p>其關係模式及治療外生態系統，形成治療假設。</p>	<p>時能考慮案主本身貢獻、其關係模式及治療外生態系統對治療外生態系統對問題的影響。</p>	<p>其關係模式及治療外生態系統，形成治療假設。</p>	<p>其關係模式及治療外生態系統，形成治療假設。</p>
<p>2-5*</p>	<p>找出案主的優勢能力及可用資源。</p>	<p>能辨識案家各種形式的優勢、韌力及可用資源；協助案主動員這些資源。</p>	<p>有時能辨識出案家之優勢能力、韌力或資源，有時有困難。</p>	<p>對於辨識出案家的相關優勢與資源常有困難；遺漏重要之多元文化資源。</p>	<p>4 3 2 1</p>
<p>2-6</p>	<p>從每一個受訪成員的觀點來闡釋求助問題。</p>	<p>能夠從每位受訪者的觀點來闡釋求助問題。</p>	<p>可以從不只一位受訪成員的觀點來闡釋求助問題。</p>	<p>主要從求助者的觀點來闡釋求助問題。</p>	<p>4 3 2 1</p>
<p>2-7</p>	<p>對兒童、青少年、年長者及有特殊需要人士，能根據其發展階段進行評估，並提供適切服務。</p>	<p>能針對各成員的發展階段，及其交互作用對彼此的影響，進行評估。</p>	<p>僅能考慮問題成員，未能考慮其他成員之發展階段及需要進行評估。</p>	<p>未能根據成員的發展階段及特殊需要進行評估。</p>	<p>4 3 2 1</p>
<p>2-8*</p>	<p>能辨識兒虐、家暴、霸凌、成癮、藥物濫用以及其他可能危及自己或他人的危機狀況，並能決定介入優先序。</p>	<p>能辨識出隱微危機線索，評估其危機程度；知道必須立即採取哪些行動。</p>	<p>僅能辨識部分危機線索，能評估危機程度；未能立即採取必要行動。</p>	<p>無法辨識危機線索，無法判斷危機程度；不知必須立即採取哪些行動。</p>	<p>4 3 2 1</p>
<p>2-9</p>	<p>熟悉本地文化中關於婚姻與家庭的規則，能辨識各種文化信念與習俗，願意了解、欣賞、接納不同文化。</p>	<p>熟悉本地及其他文化中關於婚姻與家庭的規則，能敏感辨識多元文化，並保持開放接納不同文化。</p>	<p>能敏感辨識多元文化，但不熟悉本地文化中關於婚姻與家庭的規則，未能保持開放接納不同文化。</p>	<p>不熟悉本地文化中關於婚姻與家庭的規則，未能敏感辨識多元文化；無法保持開放接納不同文化。</p>	<p>4 3 2 1</p>

文化。

三、治療介入 (總分____/13 = ____)

能力項目	4 熟練	3 勝任	2 學習中	1 新手	目前程度
3-1	能以系統觀點重新詮釋問題和重複的互動模式，並獲家人認同。	能以系統觀點對家人重新詮釋其問題和重複的互動模式。	有時候可以做到以系統觀點詮釋問題與重複的互動模式。	有困難做到以系統觀點重新詮釋問題和重複的互動模式。	4 3 2 1
3-2*	透過問句、評論或分享，引導成員反思彼此的關係。	能夠透過問句、評論或分享，引導成員反思彼此關係。	有時能透過問句、評論或分享，引導成員反思彼此關係。	主要以個別觀點提問，有困難引導成員反思彼此關係。	4 3 2 1
3-3	緩解參與成員的緊張和混亂狀態，增進其安全感。	能敏覺並緩和參與成員的緊張和混亂狀態，透過多元策略增進其安全感。	能敏覺參與成員之緊張與混亂狀態，並成功加以緩解。	無法敏覺參與成員的緊張和混亂狀態，也不知如何安撫。	4 3 2 1
3-4	在治療中引發並調節伴侶或家人之間的互動(enactment)	能在會談中自然不費力的促發家人對話，並適時協助家人調整以產生新互動。	能在會談中促發家人間對話，並適時協助家人調整，以產生新互動。	無法在會談中讓家人對話，也無法協助家人做出調整。	4 3 2 1
3-5*	能承受情緒張力，不怕衝突，不急著作和事佬緩解。	能夠忍受情緒張力，面對成員衝突時能冷靜觀察，適時介入。	能夠忍受情緒張力，面對成員衝突時還是會受影響，做出不利治療的作為。	明顯容易受到成員衝突影響，而做出不利治療的行為(例如轉移會談焦點)。	4 3 2 1
3-6	能適時分別運用內容與過程，以促成治療性結果。	能區分內容與過程，並靈活運用以促	能夠區分內容與過程，但有時會困在內	不太能夠區分內容與過程，常會困在會	4 3 2 1

	成治療性結果。	面加以介入。	容裡。	談內容裡。
3-7	充能案主及其關係系統，建立彼此間以及與社群的正面關係。	充能特定成員，以推動他與其關係系統及資源社群建立正面關係。	有時能推動特定成員與其關係系統建立正面關係。	未能推動案主與其關係系統建立正面關係。 4 3 2 1
3-8	針對案主的狀況需要，調整對案主特殊需要敏感，並能及時調整介入（例如案主的性別、年齡、社經地位、文化/種族/民族、性傾向、身障、個人史、社群等）。	能針對案主的狀況需要而調整介入。	有些時候，能夠考慮到案主特殊的情況需要而調整介入。	未能針對案主的狀況需要調整介入，多根據理論或計畫步驟進行。 4 3 2 1
3-9	修正不見成效的介入，以達治療目標。	能及時察知介入不見成效，並有效加以修正，以達治療目標。	有時能察知介入不見成效，但未必能加以修正，以達治療目標。	未能察知介入不見成效，也未能及時加以修正。 4 3 2 1
3-10*	說明介入理由時，能整合評估資訊並呼應治療目標與計畫。	介入能整合所有評估資訊，並符合所有成員的期待。	其介入能整合部份評估資訊，但未能與治療目標相符。	其介入未能整合資訊，亦不符合其治療目標。 4 3 2 1
3-11	在治療歷程中能覺察自我受到系統之影響，能運用自我促進治療目標。	能夠覺察自我與系統的相互影響，並能運用自我促進治療目標。	有時能覺察自我與系統的相互反應，未能運用自我促進治療目標。	未能覺察自我與系統的相互影響。 4 3 2 1
3-12	設定適當界限，處理治療三角議題。	能夠覺察系統在拉攏治療師以形成三角關係，能設定適當界限，妥善處理。	能夠覺察系統在拉攏治療師以形成三角關係，但無能力處理。	未能覺察自己已與系統形成三角關係。 4 3 2 1

3-13	能妥善處理風險、危機及突發緊急狀況。	面對風險、危機或突發緊急狀況，能妥善處理，不致破壞治療關係。	面對風險、危機或突發緊急狀況，有能力處理，有時不知如何處理。	不知如何處理風險、危機或突發緊急狀況。	4	3	2	1
------	--------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------	---	---	---	---

四、個案管理 (總分 _____ / 16 = _____)

【4-1 形成治療計畫】		4 熟練	3 勝任	2 學習中	1 新手	目前程度			
4-1-1	整合案主回饋、評估分析、脈絡資訊和診斷，與案一起發展形成治療目標與計畫。	形成治療目標與計畫時，能將案主回饋、評估分析、脈絡資訊與診斷全部納入考慮，並與案主討論形成共識。	形成治療目標與計畫時，能將案主回饋、評估分析、脈絡資訊與診斷全部納入考慮。	形成治療目標與計畫時，能將案主回饋、評估分析、脈絡資訊與診斷部分納入考慮。	不知如何形成適當的治療目標與計畫。	4	3	2	1
4-1-2	針對案主的需要、目標與價值，選擇合宜的治療方式與技術。	能針對案主的需要、目標與價值，選擇有效率的治療方式與技術。	能針對案主的需要、目標與價值，選擇合宜的治療方式與技術。	知道各種治療方式與技術，但不知如何選擇以符合案主的需要。	不清楚有哪些治療方式與技術可供選擇。	4	3	2	1
4-1-3	設定治療目標的優先順序	面對多重治療目標時，能判斷其嚴重性、危機程度與可行性，設定出治療目標的優先順序，且能促進治療成效。	面對多重治療目標時，能判斷其嚴重性、危機程度與可行性，以設定治療目標的適當優先順序。	面對多重治療目標時，對其嚴重性、危機程度與可行性的判斷不佳。	面對多重治療目標時，無法判斷其嚴重性、危機程度與可行性。	4	3	2	1
【4-2 評估治療進展】		4 熟練	3 勝任	2 學習中	1 新手	目前程度			
4-2-1	評估治療朝設定目標進展的情形。	能主動透過案主及其他來源回饋，正確評估目標進展。	能夠透過案主及其他來源回饋，正確評估目前治療目標進展。	能透過案主及其他來源回饋，評估目前治療目標進展。	無法評估治療是否朝向治療目標進展。	4	3	2	1

<p>(有沒有在走, 走的方向對不對)</p>	<p>前治療是否朝設定目標進展。</p>	<p>療是否朝設定目標進展, 但其評估可能與實際情況有距離。</p>	
<p>4-2-2 根據治療進展, 評估治療結果。(猜得到治療是否有效果)</p>	<p>能根據治療進展, 準確推論治療可能的成效。</p>	<p>無法根據治療進展, 評估治療效果。</p>	<p>4 3 2 1</p>
<p>4-2-3 評估案主對介入的反應或回應。評估案主因移情、原生家庭、目前壓力程度、生活狀況、文化脈絡等因素對治療介入的反應及對治療結果的影響。</p>	<p>能敏感於個案反應及多元訊息回饋, 來判斷案主對特定介入的接受程度。</p>	<p>只能透過案主較強烈的反應, 得知案主對特定介入的接受程度。</p>	<p>4 3 2 1</p>
<p>4-2-4 評估介入是否與治療模型及改變理論一致。</p>	<p>能檢核自己的治療介入是否符合特定治療模型, 且彼此間具邏輯連貫性。</p>	<p>在督導引導協助下, 能檢核自己的治療介入是否符合特定治療模型及改變理論, 但彼此間未必一致。</p>	<p>4 3 2 1</p>
<p>4-2-5 評估治療師與案主對治療目標及問題診斷的同意程度。(一致性)</p>	<p>能主動察覺並正確評估自己與案主對治療目標及問題診斷是否一致。</p>	<p>在督導協助下, 能正確評估自己與案主對治療目標及問題診斷是否一致。</p>	<p>4 3 2 1</p>
<p>4-2-6 評估治療師的專業勝任程度, 與治療適配性。</p>	<p>能很快察覺治療適配有問題, 並能正確評估自</p>	<p>在督導引導協助下, 能評估自己是否有能力勝任目前的</p>	<p>4 3 2 1</p>

<p>己是否有能力勝任目前的治療，適不適合與這個案家工作。</p>	<p>有能力的勝任目前的治療，適不適合與這個案家工作。</p>	<p>治療，適不適合與這個案家工作。</p>	<p>治療，適不適合與這個案家工作。</p>
<p>【4-3 處理結果/轉介】</p>	<p>2 學習中</p>	<p>3 勝任</p>	<p>1 新手</p>
<p>4-3-1 評估治療結果以決定案主需要繼續、終止治療或轉介。</p>	<p>能考慮各種資訊及治療結果，對是否應繼續或終止治療，或需要轉介進行評估，但有困難做出最後決定。</p>	<p>能根據各種資訊及治療結果評估，並決定是否應繼續或終止治療，或需要進行轉介。</p>	<p>無法評估治療結果以決定治療的下一步。</p>
<p>4-3-2 達成治療目標時，進行建設性結論。</p>	<p>能與案主充分討論後，規劃雙方同意的結論時程計畫，並根據計畫進行結論。</p>	<p>能規劃合理的結論時程計畫，並根據計畫進行結論。</p>	<p>無法覺察已達成治療目標，亦不知如何進行結論的動作。</p>
<p>4-3-3 發展終止治療及事後照顧的計畫。</p>	<p>能根據案主需要，引進支持性資源，發展治療後適當照顧計畫。</p>	<p>能引進支持性資源，發展治療後適當照顧計畫。</p>	<p>未能覺察案主需要治療後照顧計畫，也不知如何發展該計畫。</p>
<p>【4-4 系統資源協調合作】</p>	<p>2 學習中</p>	<p>3 勝任</p>	<p>1 新手</p>
<p>4-4-1 與其他利害關係人合作，包括未出席的家人、重要他人及專業人員。</p>	<p>能與利害關係人合作，且能有效地克服合作困境。</p>	<p>能與相關的利害關係人合作，且能有效克服合作困境。</p>	<p>無法與其他利害關係人合作。</p>

4-4-2	尊重多元觀點, 包括案主、團隊、督導、及其他與個案相關的專業人員。	主動納入並尊重、包容、接納不同意見及多元觀點。 能尊重、包容、接納不同意見及多元觀點。 瞭解尊重多元觀點的重要性, 但礙於自己價值偏好未必能做到。	4 3 2 1
4-4-3	指引案家善用資源系統, 協助案主獲得所需的支持。	能提供必要資源系統資訊給案主, 並能協助案主順利獲得所需支持。 能提供必要資源系統資訊未必符合案主需要。	4 3 2 1
4-4-4	將督導及工作團隊意見整合至治療中。	能及時主動尋求督導協助, 將督導和工作團隊的意見整合至治療中。 能接納督導和工作團隊的意見, 但無法將其整合至治療中。	4 3 2 1

簽名:

您的專業背景(請圈選): 心理師、社工師、輔導老師、醫師、其他: _____

您的相關專業經驗年資: _____ 年

過去一年內, 您接觸的親子/家庭/伴侶個案, 平均每個月有: _____ 小時

謝謝您的協助。

附錄四：訓練結束後一個月時之個別訪談大綱

1. 當初是什麼原因讓你想要參加這個培訓課程？
2. 你當初對於這個課程的期待和想像是什麼？
3. 上完整個課程之後，你對這個課程的認識是什麼？和原先的想像有落差嗎？
4. 以 1 到 10 分評估「自己在這個課程的投入程度」，10 分是代表自己全身心投入，1 分代表你覺得自己完全無法投入。請問你會給自己打幾分呢？為什麼？
5. 我們的課程分成講座、讀書會、演練、驗收、影片賞析、督導這些部分，請問你在這些部分的經驗是什麼呢？對妳有什麼影響/幫助嗎？可以舉例說明嗎？
其中可以具體問：
 - 講座：每一次的講座對學習是否有幫助？有什麼幫助？
 - 督導：自己提案/組員提案，對學習是否有幫助？
 - 驗收：驗收方式（現場演練/影片）、老師/助教回饋、看同學提案，對學習是否有幫助？
6. 這些部分有沒有你覺得還可以改善的地方？或有沒有其他你期待可以發生，對妳有幫助的事情？
7. 同儕以及助教對妳而言是什麼樣的幫助？
8. 在這一年的學習過程中，是否有讓你覺得困難、挫折的部分？你是如何度過的？
9. 這一年的學習經驗中：對妳來說哪些最重要？哪些對於你增進實務工作能力最有幫助？
10. 這個過程對你原本的工作有幫助嗎？怎樣的幫助？（可以舉例說明嗎？）
11. 你認為自己原本的工作領域對你學習這個課程有影響嗎？
12. 以 1 到 10 分評估「課程結束後，你對於進行家庭工作的準備程度」，10 分是代表覺得自己可以開始進行家庭治療工作，而 1 分代表你覺得自己目前完全無法勝任家庭治療工作。請問，你會給自己打幾分呢？原因為何？
13. 請你分別形容一下剛參加課程的你、經歷完「驗收」的你、上完全部課程的你，的狀態。
14. 你記得是什麼讓你產生了這些轉變嗎？
15. 還有沒有我們沒有問到的學習經驗，是你印象深刻，想跟我們分享的？
16. 你會給之後參加課程的學員什麼建議？

附錄五：焦點團體討論大綱

開場語：

大家好，首先我要歡迎各位。謝謝撥冗前來參加，討論大家課程結束後的這三個月以來，在工作、生活中的一些體驗。我的名字叫做…，今天負責主持這一場次的討論。

這次的討論是XXX成效研究的一部分，成果用以瞭解XXX家庭師培訓課程對學員的專業學習會產生什麼具體成效，以利未來持續改善課程設計，能協助更多人成為優質的家庭治療師。

在這次討論中我們會有錄音、錄影，這樣我們就不會遺漏了各位的意見。但是請放心，在處理資料時，我們將恪遵保密原則，大家可以暢所欲言。

雖然我們大家都認識了，但今天我們還是在每位面前都放置了一個名牌座。如果你想要延續某人說過的某個意見，或是你想要表得同意或不同意某個看法、或是你想要舉一個例子，請您儘管自在地去做。不要覺得你好像總是只是在回應我的提問或是意見。請您自在地對這些討論的議題相互對談。

我在這裡的目的主要是提出問題請教大家、傾聽各位的意見、以及確定每位成員都有分享意見的機會。我們在意的是能否能夠聽到每一位成員的意見。因此如果你說得太多的時候，我可能會提醒你、拜託你給留一點機會給別人。如果你的說話機會比較少，我可能會邀請你發言。我們只是想要確定能聽到每一位成員說說話。

現在就讓我們開始這一場次的討論。

問題大綱：

1. 距離最後一次上課相隔三個多月，不知道大家對於之前的課程，印象最深的是什麼？
2. 相較於課程剛結束時，現在你對於成為「成為家族治療師」或是「從事家庭工作」的信心有什麼變化嗎？
3. 從課程結束至今，學習到的技術或能力是否能夠實際運用在工作上？哪些可以用出來？
4. 工作效能有何不同？（變得輕鬆？突破工作上的瓶頸 or 困難？）
5. 當你嘗試運用課程中學到的東西時，案主有何回饋？同事/主管有何反應？
6. 當嘗試運用在課程中學到的東西時，是否曾遇到困難？你當時如何處理？你覺得需要什麼協助會更好？
7. 從課程結束至今，你覺得課程中對你最有幫助的部分為何？限制為何？
8. 就訓練方案而言，除了上述幾點外，還有對你產生什麼其他的影響嗎？
9. 你對於整體課程有何建議？