

第三章 研究方法

第一節 心理學的本質與質性研究

早期的心理學起源於哲學思惟的辯證與批判，隨著自然科學的突飛猛進，漸漸地也將心理學的知識帶入科學化的實證研究領域（如：Gustav Theodor Fechner、William James 等人），自此奉行實證研究法的實驗心理學與行為科學大興崛起，心理學的學術研究莫不以「假設—驗證」的邏輯核心，將研究對象「物化」、「客體化」的方式，探求、瞭解人類心理內在機制。然而，人有其自身的思想意識，透過自身的思想意識，人會對其週遭的事物，做主動的觀察與主觀的解釋，從而採取相應的行動（鄭增財，2003）；因此，從事人性研究的心理學者，在近幾年亦遭逢主體與客體、量化與質化、研究與實務不知如何分解或融合的問題（林耀盛，2000a；李美枝，2003）。鑑於上述心理學研究的發展，開始有學者建議心理學的研究應該「以生活現象為先為本的知識取向」，不先以理論預設來統攝現象，而視理論的建構為學習與認識現象的步驟之一，強調所有的理論知識都要一再回歸到豐富的現象世界中被修改、擴充與深化，如此才能連結理論知識與生活現象之間的斷層（李維倫，1995）。

臨床心理學是一門應用心理學知識，瞭解人們心理困境並協助改善的知識，但是長久以來用「科學化」心理學知識，套用在具有「主體性」且與社會、環境脈絡互動牽引的人性上，必然遭逢不適切性與無以解決問題的現象（林耀盛，2000a；汪文聖，2002）。人所表現的行為，必須放在其生活的情境脈絡的意義架構中來解釋，才能看出其真正的意義，人的行為會受到其所生存的文化背景所影響。因而，要深入瞭解一人的行為意義，除了主觀意識外，也必須同時瞭解其所生活於其中的文化背景。林耀盛（2000a）指出，面對九二一地震專業機構介入心理復建協助的尷尬性角色，與其說居民捨諮商路線就民俗療法求助顯現專業的無力感，毋寧說災後心理復建的方案如果未能跳脫身心二元論對立的格局，則象牙塔學術知識與普民生活慣習的斷裂面依然如鴻溝組絕，如此仍就遠離個人與社會辯證關係發展的成長意義。因此，對於臨床心理學知識的應用與實踐，當然也必須回到實務工作中所遭遇的情境，才能解決其理論知識與實際人們心理狀態之間的差距。

如同在本篇研究緒論所揭露目前災難心理學研究的現象，Young（1995）也

指出，創傷壓力症候群（PTSD）是一種社會建構的結果，受害者在診斷的病名之外，其創傷記憶所潛藏的個人遭受災難、暴力、認同失落、人我邊界消失或驚嚇恐懼的動力意涵，不是只是技術診斷的簡約意義而已，而是一種個人、認知、社會與現象域所交織的眾聲疊韻的聲音、影像、記憶與檔案的聚合場，等待更厚實細膩的解析詮釋（引自林耀盛，2000a）。以九二一受創痛的居民而言，心理治療的語彙不能只停留在診斷、分類等病理知識的視框解釋創傷經驗，而須進入居民的生活現場，使得唯一等待說出的內在經驗得以說出，置身居民所處的生活環境脈絡，瞭解其所交織堆疊的心理歷程，進而協助其改變或轉化。

因此，林耀盛（2000a）整理 Wolberg（1998）、Weins（1983）與 Hutt（1980）等人對心理治療與衡鑑的論述指出，個案的問題意識與置身脈絡的互動，猶如完形心理學所指涉的「圖形—背景」的辯證關係，個案主訴的問題是晤談的中心圖形，而問題的現身脈絡是圖形顯影的背景。因此要逼進瞭解、同理個案問題，以尋繹適切問題解決策略，諮商員不能憑藉一種靜態分析邏輯診斷歸類系統，同時也應考量個人置身社會（他者）間的辯證式動力關係。這方面的諮商與心理治療思維導向，使實證的研究方法轉向解釋的與批判的方法，因為個人與置身的生活世界具體的歷史性，也比較可以掌握個人與脈絡的動力關係。

亦如 1980 到 1990 年代 VandenBos、Forsyth 與 Strong、Mahrer、以及 Greeberg 等人對心理治療研究方法所呼籲，心理治療研究不應該只是著重在最終治療結果的比較，或只是著重在不同治療取向效果的比較；相當地，對於心理治療歷程的探討與瞭解，同樣有助於臨床心理學知識理論的修正與成長，對臨床工作者在實務工作的應用也更為恰當。

承上論述，本篇研究以外展介入未求助但有心理症狀的災民，嘗試從介入、協助的歷程中獲得災民的心理資料，探討、瞭解外展心理介入是否能夠協助這些災民；過程中透過 CBT 的認知地圖作為介入進行的架構，並採取發現取向的心理治療研究概念、方法與步驟，收集每次訪談的資料、進行整理與分析，從個案所呈現的問題或歷程的情境脈絡、訪談者的介入方法、以及個案反應或結果，在外展心理介入的過程中，期望發現這些災民心理狀態與變化而產生瞭解，藉以回答本篇研究的問題。其整個研究過程亦為實務操作、邊做邊修正的心理介入過程，所欲解決的問題是實務操作過程所發生的，所獲的知識亦是促進臨床心理學實務工作知識的成長。此類型的研究方法與「行動研究（action research）」是相

同的，以下將進一步說明行動研究。

第二節 行動研究 (action research)

行動研究起源於 1940 年代社會心理學家 Kurt Lewin (1890-1947) 的提倡，因為實證研究的結果對社會問題的解決不甚有用，理論與效用之間的差異形成危機，因此興起一種實務工作研究者 (practitioner-researcher) 的角色，從實務的探討與應用過程中建立專家化並發展理論，亦被視為實證性或解釋性科學方法之外，在實務中發展理論的研究方法 (楊瑞珍、陳美燕、黃璉華，2001)。

行動研究法是一種新興的研究典範，可應用於各種從事助人工作的專業工作者 (如教師、社會工作師、心理師、諮商師、醫師、護理師等等)，都可以經由行動研究而改進助人之實踐或增強自己與服務對象之權能 (empowering)；行動研究特別強調在實踐行動中找研究問題、研究者的位置與研究對象的合作信任關係、分析資料要持續地反觀照境而常見行動研究螺旋 (spiral of action research cycle，指涉在行動中觀察蒐集資料、反觀照境、接著產生新的行動選擇，新行動在產生新資訊與反觀照境的螺旋循環) 之特徵 (陶蕃瀛，2004；王文華，2005)。

一、行動研究的基本概念

行動研究的基本論述強調：(1)問題解決—主張知識是為了解決問題而生，而行動研究的主要目的即在解決問題；(2)實用主義—主張以實際結果做為判斷真理的標準，因為知識是為實用且由實用而起，因此知識理論應與實際運用結合；(3)行動理論—即主張行動是有所目的的，其目的是在解決一個實際、迫切的問題，研究與其所欲解決的問題，也都是在某種情境或環境下產生的，因此具備研究的能力與充分的研究精力，才能達到瞭解問題、解決問題的研究目的。

因此，夏林清 (1999) 指出行動研究是：重視實踐者對介入行動的反映思考 (reflective thinking)；是以實踐行動對既存現況改變歷程的探究 (inquiry)；以及展現行動與反映思考的三種表現形式—行動中反思 (reflection-in-action)、對行動反思 (reflection-on-action)、以及行動中的內隱認識 (tacit knowing-in-action)。陶蕃瀛 (2004) 也進一步整理 Patti Lather (1986)、Peter Park (1993)、以及夏林清 (1993) 等人的觀點，指出行動研究的理論主張有：(1)在動態的行動過程中，生產之知識才能貼近行動者對知識之需要。(2)行動研究者主張在行動中自我反觀照境 (self-reflection，自我反思或自我回觀)。(3)行動研

究者運用對話和遵循三角檢核原則取得研究資料。

二、行動研究的目的與特徵

由上述行動研究背後的思維，不難理解行動研究的目的與特徵包含：(1)縮小理論與實務的差距，矯正傳統學術的缺失；(2)以實務問題之解決為主要導向，即發現實務工作的問題，改善實務工作的情境；(3)促進實務工作者的專業成長，幫助實務工作者成為一位能夠獨立從事研究的行動研究者，因此行動研究者是同時兼具研究者與行動者的角色，實施過程兼具研究與行動兩大面向；(4)對象或問題具有特定性，結論亦只適用於特定情境的改進；(5)重視研究者的自我反省。行動研究既不在追求根本知識，也不在尋求大量事例中的通則，或將研究發現應用到解決所研究的問題以外的其他方面；其焦點在於即時的應用，而不在理論的發展或普遍的應用，考慮切近情境中的問題，注重及時的應用。

行動研究法實施過程有其一定的模式，打從開始的發現問題、釐清問題、文獻探討、建構策略、實踐策略、檢討回饋、再經修訂策略、繼續循環式的施行，及至最終提出完整的研究報告等，其所使用的研究方法常隨著研究人員以及情境的需要，而經常有五花八門的情況發生，甚而引起有人認為行動研究法只是一種研究工作的「方式」，而不是一種「方法」。其實這是行動研究法具有的獨特包容性所致。行動研究法是可以兼具質與量的方式進行資料的收集與分析，一般偏向質性研究的方式是採用多種方法蒐集資料以達驗證之效，也因為研究者已參與實務運作的研究過程當中，所以觀察法、深度訪談等質性研究方法就成為行動研究者最常使用的方法（王文華，2005）。

三、小結

Shakow（1976）就論及臨床心理學家的雙重角色—「科學家」／「專業人員」，說明臨床心理學家一方面要基於真實生活情境，對心理學理論掌握瞭解，以獲得臨床案例處理的相關技巧；另一方面，要對這般拿來應用的心理學知識，維持一種不斷探究、質疑的態度（摘自林耀盛，2000b）。因此，臨床心理學家／實務工作者面對個案時，需要不斷地進行瞭解什麼的問題、由什麼樣的治療者、以什麼方法、何時何境介入，能夠對個案提供最有效的幫助；換句話說，心理治療的實務工作，除了掌握已知的心理病理知識與理論，在施行介入的實踐過程仍須不斷地探究、質疑、修正，才能獲得適切的介入方法與結果。如此這般的過程，

就心理治療的語彙而言，所指涉的就是「個案概念化」，其過程亦猶如上述行動研究的過程一般，從行動實踐的過程中發現問題、蒐集資料、釐清問題、建構策略、實踐策略、檢討回饋、再經修訂策略、繼續循環式的施行，及至最終獲得個案所欲之改善。

本篇研究開宗明義對於災難心理相關研究之探討，亦是照見臨床心理學知識應用在災民心理重建之實務工作上的鴻溝，即具有心理症狀但未求助災民無以獲得心理專業協助的問題，研究者嘗試用不同於一般傳統心理治療等待個案主動求助的形式，而以外展介入的行動策略，主動接觸有症狀但未求助的災民，透過理論上有效的介入技術（CBT）做為介入的架構，經由介入歷程的探索以獲得對此類型個案的瞭解，其歷程與內涵是與行動研究的基本論述、目的、以及特徵相互一致的。

第三節 認知行為個案概念化

（Cognitive-Behavioral case formulation, CB case formulation）

Eells（1997）指出有兩類的心理學知識適合以個案概念化的方法研究。一是有關個體內心理功能（intraindividual psychological functioning）的知識。對於個體內心理功能的瞭解，其所參照的是個體內在架構（intraindividual frame of reference），將個體內在相互連接組成的成分視為內在組織的系統。這一類的知識和研究，聚焦在個人，瞭解個案內在的心理組織如何產生最後的結果，此種心理學研究不同於主流研究所參照的個別間架構（interindividual frame of reference）。其次是參照社會生態個體架構（individual-socioecological frame of reference）的心理學知識，這個架構重視個體與他人之間的相互交流

（transactions），聚焦在來自其他個體的協助如何影響融合兩個個體互動的問題解決，研究的範疇同時產生與被限制的人際環境結構和個體目標所產生的種種問題。此架構特別地有助於對於治療關係的瞭解，同時也幫助我們瞭解個體在心理治療過程的變化，以及瞭解各種心理歷程如何可以同時產生心理病理和健康心理。

本篇研究進行外展心理介入，需要一個用來做為研究者介入的概念與架構，同時也要兼顧瞭解個案內在的心理狀態以及與其互動環境脈絡的關係，因此採取認知行為治療取向做為介入的概念架構時，也需要瞭解 CBT 個案概念化的方法，茲做以下說明。

一、假設驗證模式 (Persons & Tompkins, 1997)

認知行為的個案概念化，同時融合結構衡鑑 (structural assessment) 與功能衡鑑 (functional assessment) 兩個向度；前者著重在行為的分類與其支撐的導因機制，後者則是強調行為所提供個體的功能。其所引用闡明心理病理與症狀發生的觀點，認為核心認知 (基模、失能態度、或是核心信念) 經由生活壓力事件的活化而產生，主要有三個重要的部份：患者症狀與問題，支撐症狀與問題的核心信念，以及活化核心信念的生活壓力事件。認知理論假設，個人的核心信念是源於早期生活經驗學習而來的，而 CBT 的個案概念化方式適足得以說明這些核心信念的起源與歷程。

認知行為的個案概念化強調：(1)辨識與測量這些外顯行為—表示這些行為或問題是具體、可觀察的，可以在治療過程中監測到變化；(2)功能假設的特定性—功能假設亦提供一個可運作的假設，使個案概念化的內容可以針對個案獨特的問題提出較好的說明；以及(3)個案概念化對治療結果的貢獻—個案概念化最重要的目的是要使治療產生效果，所以，治療者依此產生的治療策略，應該足以改善問題或症狀。如果治療結果不若預期改善或解決問題，應該考慮重新做個案概念化。這樣「假設—驗證」的模式，相當於進行科學活動 (研究) 的內涵。

CBT 的個案概念化有兩個層次，一個是個案層次 (case level)，一個是情境層次 (situational level)，前者在描述個案本身所呈現的問題、之間相互的關聯性、以及潛在的機制與解釋，後者則是治療者用來檢視特殊的問題發生情境，並發展出在該情境下機制運作與解釋的假設。當然主要的個案概念化在個案層次，然而情境層次的瞭解，可以使得治療過程中產生的運作假設更趨完善，且清楚地呼應出整個個案層次的個案概念化結果。

在研究室或治療室裡，或許可以遵循著治療手冊操作，且容易證實 CBT 的效能；但是，遵循手冊的治療方式並不意味著，不需要做個別化的個案概念化 (individualized case conceptualization)。本篇研究個案是災區創傷的民眾，可能存在著創傷前、或受創後、或接續而來的生活經驗，而混雜著其他類型或多重的問題，透過個別化的個案概念化，更能釐清個案接受治療目標與優先次序，以及治療策略。其次，個別化的個案概念化過程，可以增強治療的工作關係，在家庭作業的安排和執行，個案會有較高的遵從性。最後，關於治療成功、或失敗、或復發的發生，由於治療者的態度是不斷地在驗證這個「運作假設 (working

hypothesis)」，或形成新的運作假設，因此可以有比較清楚的方針，知道如何選取其他適當的治療策略。

所以，認知行為的個案概念化對於多重問題或治療不順利的個案、以及缺乏經驗的治療者有很大的幫助。尤其對於介入點的選擇、介入策略的選擇、家庭作業的選擇、以及干擾治療行為的處理有極大的幫助。其個別化個案概念化、假設驗證模式、以及脈絡功能分析，將有助於進行非研究室或非治療室的外展治療。

二、認知行為概念化的信度與效度

有關認知行為個案概念化的信度研究發現，在問題辨識方面有比較好的一致性，但是在核心信念方面，一致性是比較偏低的，特別在單一判斷上（Persons & Tompkins, 1997）。Kanfer（1985）的看法認為，治療者是否在初次的會談中得到一致性的個案概念化並不是很重要的，重要的是治療者能否運用假設驗證的取向，形成個案概念化和治療策略（引自 Persons & Tompkins, 1997）。假設驗證的概念化取向，是一個反覆的歷程，使治療者可以在治療介入後評估成果，或重新形成更接近個案的概念化。有為的治療者會採取不同的路徑或方法來完成概念化。因此，治療者依循假設驗證的歷程，不見得會維持初期的概念化結果，對個案的瞭解，會隨著後續資料的驗證而逐漸明朗。這樣的觀念與認知行為概念化的模式是相通一致的。

有關個案概念化的效度問題，著重在瞭解源於該概念化的方式所產生的治療是否有所效益，或是否有優於其他的概念化方法。研究發現，使用認知行為個案概念化治療憂鬱症患者，與使用標準化的 CBT 概念化有相同的療效，且對無法進入治療室或有多重共病患者較容易參與治療。Jacobson、Schmailing、Holtzworth-Munroe、Katt、Wood 與 Follette（1989）比較個別化、彈性的個案概念化與標準化概念化的治療效果，雖然都使用相同的治療技術，例如行為交換、同儕增強、溝通訓練、問題解決訓練、性教育、以及類化與維持等等，唯一不同的是前者僅要使用其中幾項，而後者則需完全使用。結果比較兩種方式的療效發現並無顯著的差異，但是在後續 6 個月的追蹤發現，個別化、彈性的概念化方法卻是比較能夠維持療效的（引自 Persons & Tompkins, 1997）。

當然也有研究發現不支持的結果，Persons 與 Tompkins（1997）認為有兩個因素導致研究結果不支持：一是對於治療手冊內容的遵從性，特別是標準化的治

療者反而比較無法完全做到；其次是個案的問題若愈單純化、沒有其他精神疾病共病的情形，治療效益就愈無差異。換句話說，這類的研究雖然沒有支持，但是卻又相對地指出，認知行為個案概念化的方法是比較容易讓治療者遵循的；而且對於廣泛、多重問題的個案也比較具有療效。如前所述，也指出認知行為個案概念化是比較具備普遍性（generalization）的意涵。

由於認知行為個案概念化有助於對個案問題、治療情境變項、治療介入的方式以及相互之間關連的瞭解，同時認知行為個案概念化也具備假設驗證模式和良好的信效度，如前面章節所述，CBT 對創傷個案也有很好的治療效果，因此認知行為個案概念化適可做為本篇研究外展介入者的工作架構。

第四節 研究者

本篇研究者為心理系碩士班學生，已修完必修之臨床心理學學分，以及完成全時實習一年。研讀、實習、進行訪談、收集資料、以及整理分析資料期間，以平均一星期一次的方式接受許文耀教授的訓練、督導與討論。

第五節 研究對象

本篇研究的樣本母群來源，為許文耀教授在九二一地震之後，在埔里地區連續追蹤訪視四年的災民。由於歷經四年的連續訪視，研究團隊與災民具有良好關係，研究者透過研究團隊的引薦，將有助於減少治療介入的阻礙。

研究對象的篩選是以上述樣本母群最近一次訪視的結果，用「心理症狀反應問卷」篩選具有「創傷後壓力症候群」的災民為研究對象。該問卷在不同研究（陳淑惠等人，2000；許文耀，2000）所得因素結構是相同的，分別命名「身心症候群」、「惡兆的預測／影像的反覆」、「刻意逃避／心理麻木」、以及「功能不良之因應」，前三個因素與 DSM-IV 中診斷創傷壓力症候群的三個症狀群是相符合的，因此本篇研究將依據 DSM-IV 的診斷準則，若災民在「身心症候群」因素有兩個題項以上回答是「經常如此」（3分），在「惡兆的預測／影像的反覆」因素有一個題項以上回答是「經常如此」（3分），在「刻意逃避／心理麻木」因素有三個題項以上回答是「經常如此」（3分），則列為研究對象。

採取心理症狀達「經常如此」（3分）的篩選標準，是以較嚴格的標準篩選出研究對象，使研究對象的心理症狀不只是「有／無」症狀的差別，而是可以確實地顯現出心理症狀的困擾嚴重性。最後，將排除目前有精神科就醫記錄、或目

前有接受心理諮商或接受心理治療的災民，做為研究對象進行心理治療。

第六節 心理症狀反應問卷

此份問卷採用陳淑惠、林耀盛、洪福建與曾旭民（2000）根據精神疾病診斷手冊第四版（DSM-IV）有關創傷壓力症候疾病的症狀，以及於地震後親臨災區現場協助社區心理復健工作的田野觀察與訪視筆記所編制而成的問卷。此問卷旨在測量災民出現與災難相關的生理與心理反應，這些反應包括了重複經歷災難反應、逃避或心理麻木反應、過度警覺反應、及身心症狀。此問卷共有 52 題，記分方式採 Likert 四點評估，「0」表示「從來沒有」，「1」表示「偶爾有」，「2」表示「有時如此」，「3」表示「經常如此」，分數愈高，表示受測者的心理症狀愈多。

陳淑惠等人（2000）將 199 位受試者在地震發生後到施測期間的三、四個月之間所經歷的在此問卷的反應進行因素分析，共抽取四個固有值大於 1 的生理與心理因素，總解釋變異量為 55.2%，這四個因素分別命名為「身心症候群」、「惡兆的預測／影像的反覆」、「刻意逃避／心理麻木」、以及「功能不良的因應」，這些因素的內部一致性係數為 .67~.96。

許文耀（2000）以災區的 681 位高中生為受測者，於地震後的一年期間進行施測，並以主成分分析法抽取出此問卷的因素，以正交轉軸法進行因素分析，共抽取得 17 個固有值大於 1 的因素，再以陡坡檢定法抽取出三個因素，總解釋變異量為 32.1%。這三個因素分別命名為「負向情緒」、「刻意逃避／心理麻木」、以及「身心症候群」，其內部一致性係數為 .77~.89。結果與陳淑惠等人（2000）對此問卷的因素分析結果不盡相同，此問卷再經許文耀（2000）以陡坡檢定法抽取出四個因素，總解釋變異量為 51.49%，這四個因素分別命名為「身心症候群」、「惡兆的預測／影像的反覆」、「刻意逃避／心理麻木」、以及「功能不良的因應」，其內部一致性係數分別為 .93，.93，.92，及 .83。而這四個因素題目內容與陳淑惠等人（2000）的研究中之四個因素的題目內容大致上是相符合的。

由此可見，此份心理症狀問卷應用在成人樣本時，其因素結構是穩定的且有良好的信度（請參見附錄一）。

第七節 研究進程序

一、訪視篩選研究對象

訪視篩選的對象是依據許文耀教授自從九二一地震以來，在災區針對 239 位

災民連續四年的訪視、追蹤資料，以「心理症狀反應問卷」的反應在「身心症候群」因素有兩個題項以上回答是「經常如此」，在「惡兆的預測／影像的反覆」因素有一個題項以上回答是「經常如此」，在「刻意逃避／心理麻木」因素有三個題項以上回答是「經常如此」的災民，做為本篇研究的訪視篩選對象。篩選結果有 16 位災民符合上述條件，但其中有 3 位因為搬遷或電話更改等因素而無法聯絡，此外又有 1 位拒絕受訪，所以實際接受訪視篩選的災民只有 12 位。

由於距上次訪視調查的時間相隔將近半年，一方面考慮到災民的症狀變化可能有些已經減緩或消失，一方面研究者要進一步排除已經到精神科就醫服藥、或已經在接受心理治療的個案，並同時瞭解災民目前的身心、生活狀況，以及徵求災民接受後續訪談的同意，於是研究開始先對上次問卷結果篩選出來的災民進行初次訪視，請災民再次填寫「心理症狀反應問卷」，詢問目前是否有就醫或接受心理諮商（治療）的處理，也同時藉此與災民建立關係。

二、研究者與研究對象的關係

研究者於上次調查、訪視其間即加入許文耀教授在災區的研究團隊，嘗試與當地災民建立初步關係，並且在初次訪視時再透過與災民接觸較久、熟悉災民的工作人員引見。

災民自地震之後，不斷地接受各種專業、研究人員的訪視調查，有些災民以不勝其煩而予以拒絕類似的研究調查訪視；此外，地震迄今四年，很多災民都會告知「已經過去」、「那麼久了」、或「有些已經記不清楚了」…等等原因而不願受訪。但是由於許文耀教授的研究團隊對這些災民不間斷、持續的訪視，災民只要聽到是「政大心理系」的學生，都非常樂意配合、接受訪視，因為災民表示在過去接受該研究團隊的訪視、調查時，會感受到真正的關心、關懷，而不是只是為了研究調查才來與他們接觸。

然而，就研究者的角色對於災民而言，是比較熟悉心理知識且又是學生身份的人，鑑於一般人對於心理專業的印象，以及對於學生的態度，或許會存有好奇、尊重、協助學生完成學業…等想法，對於研究者和研究對象的關係影響不容忽略，其影響造成災民與訪談者互動的形式、資料的陳述，在後續資料整理、分析仍宜加以注意。

三、參與研究告知

在研究者向災民進一步說明，此次訪視不同以往的訪視調查、填寫問卷（心理症狀反應問卷），表示將定期、持續地進行訪談，以瞭解災民心理狀態並提供協助時，他們多數都願意簽下「參與研究同意書」（請參見附錄二），研究者同時向災民說明同意書內容，所有研究資料僅作學術研究使用，將會適當地保密以保障災民權益，甚至災民若隨時不願意繼續接受訪談，隨時都可以告知研究者終止訪談。

四、第一波初次訪視

第一波初次訪視 6 位災民的結果，6 位災民均未到精神科就醫、無服用藥物、亦無接受心理諮商治療，但是再次以「心理症狀反應問卷」評估發現，僅有 2 位災民符合研究對象的條件，與上次訪視調查結果有所差異。進一步從問卷內容審視，不符合的災民中有 2 位表示在上次調查訪視的時間點，正遭遇生活壓力事件所影響，而目前壓力源已消失，因此在「心理症狀反應問卷」的分數也下降很多。其餘 2 位不符合的災民，都是在問卷反應僅有其中一個因素達到「3」分（經常如此）的題數不足，但是在其他兩個因素達到「3」分的題數卻是符合的情況，表示仍有其他嚴重的心理症狀。

表 1 第一波訪視結果

個案代稱	R(n≥1)	A(n≥3)	S(n≥2)	符合標準	症狀不符情形	就醫服藥	心理諮商治療	訪談次數	中斷因素
G	3	4	0	×	S↓	無	無	2	婆婆生病需到醫院照顧
L	3	8	9	+		無	無	1	工作時間長、回家累
T	2	0	1	×	All↓	無	無	1	短暫壓力
C	2	1	7	×	A↓	無	無	4	訪談有壓力，症狀因素
R	3	4	2	+		無	無	2	換工作、搬遷
P	0	0	0	×	All↓	無	無	1	短暫壓力

說明：
R: 惡兆預測／影像反覆; A: 刻意逃避／心理麻木; S: 身心症候群; n: 回答「3分」的題數標準。
↓: 症狀減少或嚴重度下降; All↓: 指三個向度的症狀都有減少或嚴重度下降。

符合研究對象的災民中，有一位在初次訪視時表示，礙於工作時間長，過年前又較為忙碌，回家後就累了、想要休息，所以表示目前挪不出時間來談，希望過完年後再說而婉拒。研究者於是嘗試與其他仍有症狀的災民（1 位符合研究篩選條件，2 位未符合但仍有症狀者）進行訪視，開始以一星期訪談一次的方式進行，每次訪談時間則視個案情況，從 30 幾分鐘到 70 幾分鐘不等，都是與個案預

約空檔時間到宅訪談；在進行過程發現，個案常常無法依約受訪，不是到訪時個案不在家，就是臨時有事情而取消，唯一在初次訪視後有進行後續訪談的個案，是因為待業狀態、在家時間較長，但也因為個案作息不規律，常常去的時候都仍在睡覺（下午），最後甚至表示希望結束訪談，因此也在瞭解個案拒絕原因後結束訪談。

五、第二波初次訪視

由於上述初次訪視與後續訪談的情況與結果，研究者考量是否接觸的時間點不對，因為適逢農曆過年前一個月，依國人習俗慣例，大家在這段時間的工作和家事都會比較繁忙一點，因此不易有時間空檔受訪；此外也考量，是否個案對於訪談不好意思拒絕，而以此消極被動的方式因應？或是因其症狀影響而無法受訪？在後續瞭解後，確實有 1 位因為症狀因素而拒絕訪談的，有 1 位因為轉換工作、搬遷而無法繼續訪談。與指導教授討論過後，計畫在農曆過年後進行第二波初次訪視，進一步篩選出其他可以進行訪談的災民，同時採取一星期訪談兩次或多次，以完全配合災民時間、方便的方式進行嘗試。

第二波初次訪視接觸了 6 位災民，結果發現有 2 位在「心理症狀反應問卷」不符合篩選條件的，且都僅在其中一個因素「3」分的題數不足所致，且其中 1 位有就醫服藥，但未接受心理治療，另 1 位則未就醫、也未接受心理諮商治療。其餘符合篩選標準的災民，都是沒有到精神科就醫、未接受心理諮商治療的人。

表 2 第二波訪視結果

個案代稱	R(n≥1)	A(n≥3)	S(n≥2)	符合標準	症狀不符情形	就醫服藥	心理諮商治療	訪談次數	中斷因素
S	5	3	6	+		無	無	10	
Z	2	3	4	+		無	無	1	工作時間、地點不定而拒絕
M	6	0	2	×	A↓	有	無	3	出外旅遊或忘記而不在
D	6	10	3	+		無	無	14	
W	3	6	6	+		無	無	4	訪談過程中離開當地
J	4	1	6	×	A↓	無	無	1	需至外地工作而無法配合
說明： R: 惡兆預測／影像反覆; A: 刻意逃避／心理麻木; S: 身心症候群; n: 回答「3分」的題數標準。 ↓: 症狀減少或嚴重度下降; All ↓: 指三個向度的症狀都有減少或嚴重度下降。									

同樣地對災民說明同意書內容和訪談的方式，6 位災民中只有 1 位拒絕後續的訪談。後續訪談的部分，研究者認為其他 2 位未符合篩選條件的災民，就其心理狀態來說，仍是有困擾的，且都未接受心理處置的介入，與外展心理介入協助

有心理症狀但未求助的災民之概念並不相違悖，所以研究者也將其列入訪談對象，而不排除與其他研究對象資料比較、瞭解的可能。然而，在後續訪談的過程中，這2位災民卻常常因為臨時有事情而忘記訪談或離開所在地而無法進行，造成無法做連貫性的訪談。

持續接受訪談的3位災民都仍然居住在組合屋裡，有2位是以到宅的方式訪談，另一位則表示其心理困擾與家人有關，考慮到不方便在家裡討論，於是個案就決定約在工作的地方，利用比較有空的時間進行訪談。後來其中一位，在訪談期間離開居住所在地，無法接受後續的訪談，所以僅訪談到4次；其餘2位平均一星期2次、每次約45分鐘到90分鐘不等的方式進行訪談介入，是較為持續、連貫進行訪談的個案。

訪談過程，研究者是以認知行為個案概念化的架構接觸個案，因此在訪談過程的互動，主要都是在協助個案瞭解CBT的概念、辨識目標行為、辨識促發因素與刺激控制、辨識增強的連結、以及辨識內在的想法、情緒、以及生理反應，瞭解這些變項形成「刺激—反應」之間最可能的關係。開始曾試著以教導「認知行為概念」、示範記錄填寫，請個案在訪談間隔其間做記錄，以便下次訪談時做討論。然而，個案不是說忘記、沒有做，就是因為強烈情緒反應而無法完成，於是研究訪談者遂採取在訪談中，以當次個案提及日常生活事件做示範與個案練習。

六、資料整理

訪談過程以錄音和隨身筆記的方式做資料記錄，訪談後再將錄音謄寫成逐字稿。研究者每次訪談依其逐字稿和隨身筆記寫成訪談摘要，呈現整個訪談的過程與內容，是研究者對於個案行為、情緒、想法的表現，以及彼此互動的過程，以文字敘述構成的脈絡資料。逐字稿則依據發現取向的研究步驟（Mahrer, 1988）與CBT的概念做為架構，節錄訪談中包含條件、操作、結果的事件做為分析的單位並加以說明（其節錄的方法與標準在資料分析中說明）。最後研究者對每次訪談做評估與下次訪談計畫的說明。每次訪談所獲的資料整理成訪談摘要、逐字稿節錄分析、以及評估與計畫三個部份做為每次訪談資料的呈現。

七、資料分析

Mahrer 與 Boulet (1999) 指出發現取向的心理治療研究可以依據下列問題，

做為探索、發現研究的步驟：(1)在心理治療會期中發生的，何者是有印象、顯著的或有價值的改變或事件？(2)在上述的改變或事件中，是否以某種序列發生？(3)如何產生上述的改變或事件？(4)當這些改變或事件發生時，治療者如何運用？

由於本篇研究是以 CBT 做為外展心理介入的工作架構，在訪談過程中是以不斷地協助個案對引起困擾問題的 S-R-C 矩陣之各個變項，做區辨、辨識、與覺察，藉以瞭解各個變項之間的關聯，發現個案所處的困境，最後導向(1)促進個案新的行為和經驗；(2)協助個案區辨過去和現在的功能作用；(3)鼓勵個案同時從客觀和主觀的利益來看待自己的改變；(4)幫助個案提取最近的成功經驗；(5)校正調整個案的經驗、預期的感覺、行為、結果、以及隨後的自我評價 (Goldfried, 2003)。

因此研究者從訪談介入的逐字稿中，針對個案的問題與困境，節錄 S-R-C 矩陣事件，對其各個變項所做區辨、辨識、與覺察之歷程做為分析的資料。可能在訪談介入過程中發生的事件如：對不適當的刺激做區變、覺察自身情緒和感受、改變墨守成規的行為反應、降低過多的不適應行為、增加不足的適應行為、增強對內在經驗的敏感性、處理經驗迴避、處理制約情緒反應、消除無效的增強和不適當的聯結、給予適當的增強…等 (Hayes, Follette, & Follette, 1995, 請參見附錄三之說明)

從上述事件中節錄出相關的對話，以操作、條件、與結果的項目分別說明，由個案所呈現的型態或改變的事件中，探索、發現外展心理介入的結果。