

第參章 研究設計

第一節 方法論

壹、質性研究方法的取向

由於本研究想呈現出女性憂鬱症患者生命歷程中的重大事件、家庭系統中的互動關係，並探究幫助其復原的因素，深入瞭解受訪者之心路歷程與生命經驗、描繪家庭內成員的互動關係，並由受訪者的觀點來探究現象與行為的意義，因此，較適合使用質性研究的方式。

本研究採用質性研究中的建構論典範(constructivist paradigm)。建構論在本體論方面，主張相對實在論(relative realism)，認為人類生活世界的意義是由多重主體經驗共同建構的結果；在知識論方面，認為社會現象的真實本質僅相對存在於不同情境脈絡中，所以研究者的任務不是去建構「一個」獨立於個人價值信念之外的客觀世界，而是應用對話與辯證的方式，與被研究的行動主體產生對話關係，最後透過歸納、比較與對照過程獲得一致性；在方法論方面，重視對人類日常生活經驗和行動意義的詮釋，所以研究者對於研究方法的選擇與運用，必須考量研究方法與策略本身對現象的詮釋與辯證（潘淑滿，2003）。

在建構主義者看來，所謂「事實」是多元的，因歷史、地域、情境、個人經驗等因素的不同而有所不同；研究者與被研究者之間是一個互為主體的關係，研究結果是由不同主體通過互動而達成的共識，意義並不是客觀地存在於被研究的對象那裡，而是存在於研究者和被研究者的關係中，研究者不只是對可觀察到的外顯行為進行測量，而要求對受訪者的意義建構獲得解釋性的理解；也不只對研究者自己的理論假設進行證實，而會反思研究者個人因素對研究過程及結果的影響（陳向明，2002）。

基於建構理論的典範，本研究以家庭系統理論和家族治療理論中對失功能家庭的假設，探究憂鬱症女性的生病、復原歷程中，與家庭系統的相互影響關係。透過受訪者對此歷程的詮釋，與研究者於訪問過程中進行辯證，共同建構對此歷程的解釋。

貳、資料收集單位的考慮

在家人關係的研究中，應以多少人作為收集資料的單位，仍未有明確的討論。在跟家庭有關的研究中，大多以個人為資料收集及分析單位，因為比起系統的交錯複雜，個人顯然較容易被觀察；但這使得系統思惟的整體觀難以捕捉，也使我们冒著違背實證科學化約精神的危險。Bell 與 Bell（見利翠珊，1999）在討論家庭系統概念在測量上的微視和巨觀考慮後，主張為兼顧整體與部分，任何一種測量模式都不應揚棄；也有學者認為從個體的立場收集研究的資料是一種不得不的作法，而不管從個人、夫妻乃至全家人的組合切入，只要掌握適當的研究歷程，都可展望到家庭系統的全貌。羅國英（1995）認為，家庭測量的獨特困難在於家庭現象本身的複雜度及主觀性。多面向、多來源的評價雖被支持，然而，如何統合不一致的結論則未被定論。所謂的家庭現象與關係沒有「真相」可言，還是在於個人的主觀感受，雖然每個人對家庭有不同的觀感，但只要我們清楚地說明家庭資料的提供者，並把這個因素放入對研究結果的詮釋中，那麼人人觀感不同的問題就會變成一種研究題材，而非測量上的困難。在本研究中，考量到研究者雖曾有於精神科實習、個案工作的經驗，但若同時訪問曾罹患憂鬱症女性與家人，可能存在著涉入家庭關係的倫理議題，且如上述學者所言，由個人所詮釋的家庭現象仍有其代表的意義，因此將資料收集單位設定為曾罹患憂鬱症的女性本人。

第二節 資料收集

壹、受訪者的選擇與邀請方式

雖然現代人的憂鬱情緒越來越普遍，但為了能呈現本研究的研究目的，本研究的受訪者條件如下：(1)20 到 30 歲未婚女性，(2)曾至精神科求診，被診斷為憂鬱症，(3)醫生認為已復原（病情穩定），或目前已恢復就學或就業至少兩個月，(4)與父母同住或常與之聯絡。

原本預定的邀請管道有三：（一）由研究者詢問認識的親友說明本研究之目的與方法，與受訪者之條件。若有符合者，經過受訪者同意後，由研究者與受訪者聯絡。（二）親自拜訪位於生活愛心調適會於台北的聯絡處，向其說明本研究之目的與方法、受訪者條件，請其推薦合適人選。生活愛心調適會乃恐慌症、焦慮症、憂鬱症及強迫症等精神官能症病友的自助團體，其台北聯絡處位於台北市立療養院，時常有到醫院看病的病友出入，因此可近性高、有較多與病友接觸的機會。（三）向精神科醫生說明本研究之研究目的與方法，在其同意之下，請其推薦合適人選。

由於生活愛心調適會的義工乃從精神官能症康復的病友，平時負責活動的聯繫、文書等工作，其復原程度不僅恢復一般的生活功能，且處於一個穩定的狀態，乃合適的受訪對象。然而，在與該會的義工、秘書聯繫後，得知目前該會於台北的義工並沒有符合條件者。

接著，考慮到研究關係、信任程度的深入與否，與研究資料能否深入、真實呈現息息相關，因此，研究者先詢問認識的親友，藉由朋友管道尋找，在排除不符條件的對象後，最後共接觸了六位曾罹患憂鬱症、而現已復原的女性，其中符合受訪條件的共有三位。由於藉由朋友管道就已找到足夠的受訪者，因此，不需運用與精神科醫生聯繫的管道。

將三位受訪者的資料簡介如下：

表 3-1. 三位受訪女性的資料

受訪者	年齡	是否與家人同住 或關係密切	罹病與復原時的時間與年齡
受訪者 1 (小雨)	24 歲	是	高一下 (16 歲) 開始，持續約半年。
受訪者 2 (小薇)	27 歲	是	大學畢業後不久 (22 歲) 開始，持續約一年。
受訪者 3 (珊珊)	29 歲	是	碩三上 (26 歲) 開始，持續約三年。

貳、資料收集方式

研究者採取半結構性的深度訪談法。訪談是一種研究性交談，是研究者透過口頭談話的方式從被研究者那裡蒐集（或者說「建構」）第一手資料的一種研究方法。訪談能幫助我們瞭解受訪者所思所想、瞭解其過去生活經歷、為研究提供指導、幫助研究者與被研究者建立人際關係，並使受訪者感到更有力量（陳向明，2002）。而半結構式的訪談是介於結構式與非結構式之間的一種資料收集方式，研究者會事先備有訪談大綱，根據自己的研究設計對受訪者提出問題。但是，在整個訪談過程，訪談者不必根據訪談大綱的順序，來進行訪問工作。通常，訪談者也可以依實際狀況，對訪談問題做彈性調整（潘淑滿，2003）。

訪談次數視資料在分析後是否足夠來決定，因研究者的訪談經驗與受訪者的表達能力而有所不同（見表 3-2）。在訪問受訪者 1（小雨）時，由於訪談經驗較不成熟，且資料分析尚處於初始階段，故需要較多的訪談次數以確認資料是否已達到飽和；而在訪問受訪者 3（小薇）時，由於已有前兩位受訪者的經驗累積、再加上已嘗試對資料加以分析，越來越能抓到

訪談的重點與家庭系統中需要特別瞭解的情形，再加上小薇的表達能力相當好，家庭的情形敘述得相當清楚，因此，一次的訪談資料即足夠分析；而訪問受訪者 5（珊珊）時，發覺受訪者的家人於其接近復原時，才知道她生病的事實，因此，就她開始罹病時與其有密切聯繫的教會朋友關係，做另外的訪談以瞭解之。

表 3-2. 本研究受訪者接受訪談次數表

	受訪者 1	受訪者 2	受訪者 3
	小雨	小薇	珊珊
訪談日期	2004/11/23	2005/3/10	2005/3/28
(次數)	2004/12/9		2005/5/2
	2005/4/28		

訪談時，研究者在受訪者的同意並簽署同意書後，將訪談內容予以錄音；並在訪談後將訪談內容謄寫成逐字稿，寄給受訪者核對，再進行資料的分析。

參、研究工具

一、研究者

在質性研究中，研究者是研究工具。質性研究的效度，大部分的關鍵在於進行實地工作者之技巧、能力和嚴謹地執行工作(Patton, 1990)。因此，整個研究當中，研究者的觀察力、感受力、信任關係的建立、訪談技巧的訓練都是相當重要的。研究者於大學時代就讀醫學院藥學系，曾另外修習社會工作概論、社會團體工作、社會工作研究方法、社會政策與立法，並旁聽其他課程；就讀研究所時期，曾於台北市立聯合醫院松德院區（原台北市立療養院）精神科急性病房實習，曾觀摩家族治療情形，並在督導下完成個案工作。研究者於訪談過程中，運用過去訓練經驗建立研究關係，

大量採用開放性問句，運用認可、重複、總結、再確認的訪談技巧，並在每次更深入追問前確認其接受程度，尊重受訪者願意公開的資料範圍。訪問期間，受訪者在述說較敏感的資料、或顯露情緒時，感受到她們仍會介意研究者如何看待，而研究者皆表達接納和支持的態度，並同理其情緒。另外，於醫療體系中的學習過程與實習經驗，也有助研究者在整個研究過程中，以更寬廣的視野與體驗，看待憂鬱症患者的生病、復原歷程。

二、錄音器材

在徵得受訪者的同意後，於深度訪談的過程中，進行全程的錄音。錄音器材包括錄音機、空白錄音帶及電池。

第三節 資料分析

在質性研究中，資料分析與收集不是兩個截然分開的階段，對資料即時進行整理與分析不僅可以對已經收集到的資料獲得一個比較有系統的瞭解，而且可以為下一步的資料分收集提供方向和聚焦的依據（陳向明，2002）。在訪問每位受訪者之後，研究者就進行資料的分析，分析後再進行下一個訪問；而在訪問、分析完所有資料後，就所有資料分析比較其結果，並同時再度閱讀所有的逐字稿，對原有分析進行修正，最終才給予最後的結論。

分析第一位受訪者資料時，研究者採用原本所預定的主題分析法。主題分析法與紮根理論使用了類似的技術來分析資料，兩者不同之處在於紮根理論使用了「理論抽樣」，藉由初步的分析結果來當作進一步收集資料的指引。另外，紮根理論在選擇性譯碼時需要發展出核心類別(core codes)，這對主題分析而言卻不是絕對必要的。因此，主題分析可以用來當作是紮根理論分析的一部份，也可以用在資料已經完全收集完畢的研究分析上

(Ezzy, 2002; 引自楊惠如, 2004)。

然而，研究者發現，採用主題分析法雖能就其生病、復原歷程作一細緻的描述，然而，卻不能全面呈現研究者更關心的家庭系統面貌。因此，三位受訪者皆改用下面的分析步驟：

- 一、依家族治療理論的概念及訪談目的，來決定分類項目，包括：
 - (1)復原前的家庭系統---夫妻次系統、親子次系統（其中細分為父女次系統、母女次系統）、手足次系統、家庭失功能的情形。
 - (2)復原後的家庭系統---夫妻次系統、親子次系統（其中細分為父女次系統、母女次系統）、手足次系統、家庭失功能的情形。
- 二、將每位受訪者的資料依上述各類目，配合家族治療理論的概念來分析。
- 三、依各類目反覆比對每個受訪者的資料，彙整所有的研究結果，整理、討論其相同及相異之處。

第四節 研究者的角色與倫理

壹、研究者的角色

研究者和被研究者常處於權力不平等的關係：從研究者進入被研究者的場域從中取得研究資料，界定研究目的與問題來進行發問，並對資料進行刪選、詮釋與書寫等過程中，皆由研究者採取主動的態度，被研究者則為配合的角色。因此，研究者於研究進行時，對於自己扮演的角色審慎地進行地檢視與反思。

一、彈性和開放的角色

在研究中，研究者放下「先前理解」，拋除偏見，讓意識與回憶帶我

返回經驗的最初，讓問題或經驗的本質，不斷重現。盡量做到不預設、讓受訪者自由發揮，且同理澄清回應受訪者（林佩儀，2001）。研究者本身對於憂鬱疾病、病程、家庭系統，雖有一定的涉獵與瞭解；然而，在訪問過程中，採用開放的態度與問句，讓受訪者自己去定義「憂鬱」與「家庭」對她的意義，以深入瞭解並呈現受訪者的生命經驗與家庭系統樣貌。

二、積極同理與聆聽者

在訪問過程中，研究者不單只聆聽受訪者的口語表達，更細心觀察其非語言的表露，設身處地去理解受訪者想傳達的訊息，並經由提問求證，以確定研究者的瞭解是否與其一致。在積極聆聽的過程中，不僅能支持、同理受訪者於深層情感經驗的探索過程，也有助於信任關係的建立。

三、參與經驗再建構者

研究者因自身的經驗與認知，對研究對象有其理解與詮釋，在嘗試以家庭系統的理論去瞭解研究對象家庭的過程中，也會影響受訪者原本的認知和理解方式。因此，這並非是一個單向的過程，對二者而言，這都是一個經驗再建構的過程。

貳、研究者的反思

在尋找受訪者的過程中，原本擔心受訪者因訪問主題涉及其高低起伏的生命經驗、及私密的家人關係而不樂意接受訪問；然而，經由朋友的管道與她們聯絡後，此部分的疑慮減少很多。有的受訪者想在此訪談過程中，重新整理並分享自己的生命經驗；有的受訪者想趁此機會反思自己與家人的關係。在訪問過程中，遇到受訪者有所遲疑、害怕分享的部分時，研究者乃採取尊重的態度，且支持、肯定她們的情緒與想法。

而在重複閱讀並分析資料的過程中，Minuchin 的一段話提醒了我，他

認為「家庭治療師本身，其實是自己原生家庭文化之下的產物；因此必須留意不要把自己熟悉的模式或功能運作的規則加諸到個案家庭身上。...年輕的治療師由於尚不會體驗為人父母的複雜性，常會傾向支持子女的權利。他們可能發現自己會判定父母親有罪而未了解到父母的辛勞。男性治療師可能會去動搖夫妻次系統的平衡，傾向瞭解及支持先生的地位。女性治療師則會關心父權社會加諸於女性的限制（劉瓊瑛，1999）。」由於我與受訪者同樣身為二十到三十歲的年輕女性，在她們訴說其生命經驗、與家人的關係時，很容易同理其想法與情緒。然而，我也同時提醒自己，不應忽視親子次系統中，父母養育子女的複雜性：父母在保護及引導子女的同時，又必須能對子女控制及限制。這樣的省思使我不會單單從女兒的角度看待所有的事情，而是同時體會親子雙方愛恨交雜的矛盾情緒。

參、研究倫理

除了一般需遵守的「保密原則」、「匿名性」、「告知後同意」之倫理議題外，本研究特別注意的倫理議題，即受訪者負面情緒的吐露：由於研究者想深入瞭解其生病、復原的歷程，因此，受訪者於訪問過程中，可能會回憶起負面的事件，而有負面情緒。研究者當下給予同理、支持，並在訪談最後，協助受訪者整理其復原歷程中正面的經歷和感受，幫助受訪者脫離負面情緒。另一方面，受訪者雖於訪談過程中回憶負面事件，然而，在吐露的過程中，可抒解其情緒，並與研究者再度共同建構該事件、賦予意義。在訪談結束後，若受訪者有吐露過多的擔心，研究者也再度給予「保密」的保證，並保留受訪者不願公開的資料。

