



國立臺灣大學醫學院護理學研究所

碩士論文

School of Nursing

College of Medicine

National Taiwan University

Master Thesis

以動態屋樹人繪圖測驗探討兒童生活經驗之研究：

以先天性心臟疾病兒童及健康兒童為例

Lived Experience Explored by the Kinetic-House-Tree-Person Drawing
Test among Children of Congenital Heart Disease and Healthy Children

蔡舒帆

Shu-Fan Tsai

指導教授：高碧霞博士

Advisor: Bih-Shya Gau, Ph.D.

中華民國 111 年 09 月

September, 2022

國立臺灣大學碩士學位論文

口試委員會審定書



以動態屋樹人繪圖測驗探討兒童生活經驗之研究：

以先天性心臟疾病兒童及健康兒童為例

Lived Experience Explored by the Kinetic-House-Tree-Person Drawing
Test among Children of Congenital Heart Disease and Healthy Children

本論文係蔡舒帆君 (R06426001) 在國立臺灣大學醫學院護理學系研究所完成之碩士學位論文，於民國 111 年 09 月 16 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明。

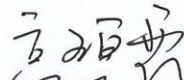
口試委員：

高碧霞

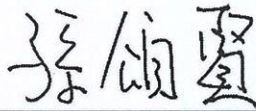
(指導教授)

林銘泰

孫頌賢


(可石) (簽名)


(簽名)



(簽名)

致謝

就讀研究所的這條路走得有點長，但總算扎扎實實地走到最後。回想產生研究論文的過程真的是一段漫長的旅途，課堂的知識遠遠不足以讓樹木成長茁壯，同學的討論與激盪、指導教授提攜、專業夥伴的支持，才能滋養出豐碩的果實。在此感謝一路上協助我，當我迷惘時，及時拉我一把的孫頌賢教授、高碧霞教授、林銘泰醫師、黃書健醫師、蘇婕涵同學以及夥伴吳東秉。


此研究獻給持續在為生命奮鬥的小勇士們以及照顧者，沒有你們，這個研究無法順利完成，期許你們未來的生活可以平安順利，快樂成長。

中文摘要



研究背景及目的：隨著醫療及照護品質的提升，罹患先天性心臟疾病的兒童有更大的信心成長至成人期；然而，不同的疾病類型及嚴重程度對於兒童在生活上的影響有很大的差異。除了生理狀態，我們應該要重視慢性兒童成長過程中所遇到的心理健康問題並適當的介入，避免兒童的心理健康趨向負面的發展。患有先天性疾病或慢性病的兒童其階段性任務發展上有較高機率因疾病受到影響，當兒童面臨危及生命的疾病及治療時，可能會經歷反覆性的創傷，這種創傷可能不會在治療過程中或治療後立即產生影響。透過討論個體在不同成長階段的發展軌跡、角色轉變、事件經歷、社會環境等之間的互動如何影響個人的生命、轉銜以及個體行動是生命歷程理論的價值所在。因此，探討長期面對疾病與治療的兒童在成長過程中的感受及經驗，作為生命軌跡的紀錄，有助於提供照護者、教育者相關訊息並適時地調整個案整體照護及需求。投射性繪畫目前已廣泛應用在不同族群探討人格特質或心理狀態，且證實繪圖投射的有效成果。本研究透過投射性工具動態屋樹人繪圖探討先天性心臟疾病兒童的生命經驗，並比較健康兒童與先天性心臟疾病兒童的繪圖特徵之差異及意涵。

研究方法：本研究採混合研究(mixed methods research)方式，採聚合平行混合設計 (convergent parallel mixed designs)，以動態屋樹人繪圖為媒介，探討先天性心臟疾病兒童對於圖畫元素及生活經驗的闡述，同時藉由量性分析比較健康組兒童及先天性心臟病組兒童在繪圖元素呈現的差異。本研究正式收案期間為 2021 年 2 月至 2021 年 7 月，收案對象先天性心臟病組兒童 16 人，健康組兒童 14 人，共 30 人。量性資料如人口學特徵及繪圖差異以 IBM SPSS Statics 25.0 版進行處理分析，訪談資料則以主題式分析法進行歸納及分析。



研究結果：透過繪圖分析可得知兩組兒童在繪圖時間上無明顯差異，在以年齡的分組探討繪圖發展，先天性心臟疾病兒童與健康兒童的繪圖發展沒有特別差異，但疾病嚴重度較高的先天性心臟疾病兒童在繪圖上有較簡略或退化的情形。透過量性分析，兩組兒童在整體繪圖評估及樹元素的表現上沒有差異；在房屋元素中「整體畫法-快倒或傾斜(H1L)」($p = .005$)、「屋頂-頂端未聯合(H4a)」($p = .048$)、「屋頂-塗黑、頂上休憩設施(H4c)」($p = .032$)有顯著差異；在人物元素中「腿與站姿-朝側面(P9j)」($p = .004$)有顯著差異。兩組兒童透過繪圖展現對於家庭關係的緊密以及在人物的描繪皆顯示獨立與依賴的矛盾；先天性心臟疾病兒童針對房屋的繪圖特徵上易表現出退化、沒有安全感、容易焦慮及感受壓力；健康組兒童的繪圖特徵上則是與家庭壓力及人際關係的猶豫與保守。先天性心臟疾病兒童透過動態屋樹人繪圖故事的闡述都符合元素的抽象概念，表現出追求生理、安全、愛與歸屬的需求，而多數兒童無法清楚表達單一事件或繪圖特徵的連結或意義；元素彼此之間「依附」最強的是人與房屋。人物主角在圖畫呈現的「行為」多是個案生活經驗的展現，是孤獨的，其畫法顯示器質性疾患問題、對身體或行動上不滿意、不安全感或焦慮，期待人際的接觸、友善開放，在意他人眼光。由訪談內容，透過先天性心臟疾病兒童確認對於疾病及生活的闡述的主題，分別為「疾病資訊建構不全」以及「生活型態的不穩定性」，部分的繪圖特徵也與生命經歷的事件可相呼應。

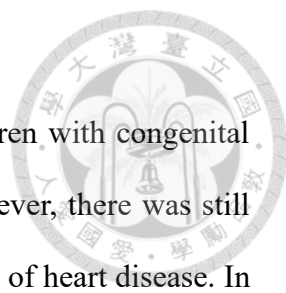
討論及結論：慢性病兒童的疾病初期即接受妥善的治療合併早期療育，生活功能及身體發展可以尋健康兒童的軌道邁進。疾病較複雜的兒童，早期身心理發展限制可能在未來逐漸展現。隨著認知逐漸成熟，反覆入院治療除了深刻兒童的記憶經驗，影響兒童心理社會功能的發展及生活型態的限制可能更為顯著。透過投射性工具，可以瞭解兒童對於生命經驗的描述，並能呼應繪圖所呈現的心理特徵。即使動態屋樹人繪圖應用於兒童的信效度及適用性有待驗證，臨床仍可善用繪圖探討兒童心理特徵及生活事件連結的線索，以作為轉介或是評估的依據。慢性疾病兒童在

學齡期缺乏適當的衛生教育及正確疾病觀念的建立，疾病本身及治療經驗在兒童生命歷程中刻劃痕跡的深淺或好壞，於兒童或許沒有短期的影響，但長久以後有什麼影響仍是未知。



關鍵詞：先天性心臟病、學齡兒童、投射性繪畫、動態屋樹人、生命歷程、混合研究

Abstract



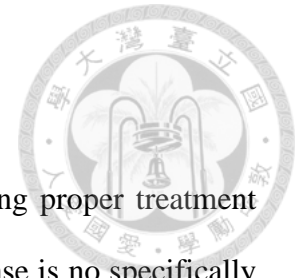
Background: For the improved medical techniques and care, children with congenital heart disease (CHD) could successfully grow into adults. However, there was still great impact on life of children with different types and severity of heart disease. In addition to physical condition, the social mental health should be noticed and be stepped in to avoid from negative affect. Children with CHD have developmentally interrupted in high risk while facing life-threatening treatments or complications. The effect caused by repeating treatment experiences may not be showed up immediately but in the future. The value of life course theory is that the interaction between one's trajectories, life events, etc., how to affect one's life, transition, and action. Therefore, it's important to realize and discover the children's experiences and thoughts with chronic illness which could help caregivers or educators to know what they need. Projective drawing has been widely used in different fields to explore personality traits or psychological states, and it has been proved the effectiveness. This study was aim to explore life experience of children with CHD by Kinetic-House-Tree-Person drawing test and the different characteristics of drawing between children with CHD and healthy group.

Methods: This study adopted the mixed-methods research, convergent parallel mixed designs, to explore the elaboration of each drawing feature and life experience in children with CHD by Kinetic-House-Tree-Person drawing test. Quantitative analysis compared the differences in the presentation of drawing features between healthy and children with CHD. The recruited period of this study was from February 2021 to July 2021. There were 16 children with CHD and 14 children in healthy group, total 30 participants. Quantitative data were processed and analyzed

by IBM SPSS Statics version 25.0 and interviewed data were summarized and analyzed by thematic analysis method.

Results: While there is no significant difference in the drawing time and skills between the two groups, the drawing skills and picture of children with complex CHD were seemed to be simplified and degenerated. There was no difference between the two groups in overall drawing and tree feature but significant difference with house feature: "Overall Drawing - falling or lean ($p=.05$), "Roof - top unjointed ($p=.048$), "Roof - painted black, rest facilities on top ($p=.032$); person feature: "legs and standing - sideways ($p=.004$). "Both of groups appeared close family relationship and contradiction between independence and dependence through drawing. Children with CHD represented degeneration, insecurity, anxiety, and stress in the house feature characteristics; drawing characteristics of healthy children were related to stress from family and hesitation and reserve while facing interpersonal relationships . The drawing descriptions of children with CHD were in line with the abstract concepts of each feature and showed the needs of physiology, safety, love and belonging. The strongest "attachment" between each feature was Person and House. However, most of children couldn't clearly express the connection or meaning between life events and drawing features through story telling. The person feature showed loneliness and the "behavior" they drew was the expression of life experience of the case. In CHD group, characteristics of person feature also revealed the organic disease, dissatisfaction with the body or action, insecurity, or anxiety but expectation of interpersonal contact, friendliness and caring how other saw them. This study confirmed the themes of disease and life elaboration, namely "incomplete disease information supply" and "lifestyle instability " as well by interviewing children with CHD. Some of the characteristics drawing features could also be

echoed with the life events.



Conclusion: The life tract of children with chronic illness receiving proper treatment combination with early treatment in the early stage of the disease is no specifically different from the healthy children, including life functions and physical development. The impact on physical and psychological development caused by complex disease in early stage may gradually appear when children grow up. With the gradual maturity of cognition, repeated hospitalizations may affect the development of children's psychosocial functions and the limitations of life style also create profound memory. Children's descriptions of life experiences through projective tools can be realized, and may echo the meanings presented by the drawing features. Even if the reliability, validity, and applicability of Kinetic-House-Tree-Person drawing test used in children group are yet to be verified, drawing can still be used to explore the clues of children's psychological characteristics connection with life events as a basis for referral or evaluation in clinical use. The disease itself and treatment experience in children's life course may not have short-term effects; however, long-term impact on children with chronic illness, lacking proper health education and the establishment of concept of disease at school-age, will be a question.

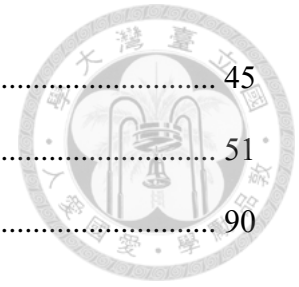
Keywords: Congenital heart disease, school-age children, projective drawing, Kinetic-House-Tree-Person drawing test, life course, mixed-method research

目錄



口試委員會審定書.....	i
致謝.....	ii
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	vi
目錄.....	ix
圖目錄.....	xi
表目錄.....	xii
第一章、緒論.....	1
第一節、研究背景及動機.....	1
第二節、研究目的.....	5
第三節、研究問題.....	5
第二章、文獻查證.....	6
第一節、先天性心臟疾病的相關研究.....	6
第二節、投射畫.....	13
第三節、生命經驗與生命歷程.....	21
第三章、研究方法.....	28
第一節、研究設計.....	28
第二節、研究工具.....	29
第三節、研究對象與場所.....	32
第四節、研究流程.....	36
第五節、資料分析與處理.....	37
第六節、質性研究嚴謹度.....	42
第七節、研究倫理考量.....	44
第四章、研究結果.....	45

第一節、個案基本人口學特徵及分析.....	45
第二節、KHTP 繪圖比較及分析	51
第三節、先天性心臟疾病兒童生命經驗訪談及分析.....	90
第五章、討論.....	102
第一節、先天性心臟疾病兒童生命經驗.....	102
第二節、KHTP 於兒童之應用	105
第六章、結論及建議.....	108
第一節、結論.....	108
第二節、研究限制與建議.....	109
第三節、研究應用與貢獻.....	111
參考資料.....	112
附錄.....	129



圖目錄



圖 三-1 研究流程圖.....	36
圖 四-1 6-7 歲組繪圖原稿.....	64
圖 四-2 8-9 歲組繪圖原稿.....	68
圖 四-3 10-12 歲組繪圖原稿.....	72
圖 四-4 個案 07 繪圖原稿.....	96
圖 四-5 個案 08 繪圖原稿.....	99

表目錄



表 二-1 兒童繪圖發展	19
表 三-1 評分表客觀項目	39
表 三-2 Spearman's rho 評分者前/後測	40
表 三-3 研究問題及分析方法	41
表 四-1 個案基本屬性資料表	46
表 四-2 健康組兒童健康狀況表	48
表 四-3 CHD 兒童健康狀況表	49
表 四-4 CHD 個案屬性資料及診斷類別表	50
表 四-5 繪圖紀錄表	51
表 四-6 繪圖元素述說順序表繪圖元素述說順序表	52
表 四-7 人元素描述表	54
表 四-8 房屋元素描述表	56
表 四-9 樹元素描述表	58
表 四-10 整體經驗描述表	59
表 四-11 兒童繪圖分組表	61
表 四-12 評分表-整理繪圖評估	74
表 四-13 評分表-屋的細節	77
表 四-14 評分表-樹的細節	80
表 四-15 評分表-人的細節	83
表 四-16 CHD 訪談個案基本資料表	90
表 四-17 質性訪談主題建構表	95



第一章、緒論

第一節、研究背景及動機

根據 2000-2006 年台灣健保資料庫的分析，先天性心臟疾病（congenital heart disease, CHD）的盛行率約每千名活產兒之中 13 個嬰兒被診斷，主要以單純性（simple）CHD 如心房中隔缺損、心室中隔缺損、開放性動脈導管以及肺動脈瓣狹窄等最多（Wu et al., 2010）。依據台灣衛生福利部統計處資料顯示，在 0-17 歲兒童及少年死亡原因，近十年因心臟疾病（高血壓性疾病除外）死亡約佔 3~4%，死亡率約 1.1~1.5%（衛生福利部，2021）。此外，以台灣 2000-2010 年的健保資料庫分析，0-5 歲兒童 CHD 死亡率為每十萬人 12.9 人，以兒童生命前五年內死亡率最高，並且隨著年紀增長而逐漸下降（Yeh et al., 2013）。近幾年，台灣研究團隊亦重視這些族群在不同嚴重程度的存活率上的表現，研究顯示單純性和嚴重性 CHD 病患在 1 個月/5 年生存率分別為 99.1%/ 97.5% 和 90.2%/ 76.4% ($p < 0.0001$)（Yeh et al., 2015），上述資料顯示隨著醫療及照護品質的提升，罹患先天性心臟疾病的兒童有更大的信心成長至成人期。


對於患有 CHD 的兒童而言，不同的疾病類型及嚴重程度對於兒童在生活上的影響有很大的差異，罹患單純性（simple）疾病相較於嚴重性（severe）不管是治療、身體發展以及對生活的影響都相對有較少的限制，個體將有更高的機會可以更快速的趨向正常化的生長。雖然仰賴高水準的照護品質，我們能確保兒童將來會有更長一段時間來探索世界，但在五歲以前，這個關鍵的成長時期，勢必仍會因為疾病受到不等程度的影響。嬰幼兒或學齡前兒童可能會食慾不佳影響身體成長、心臟功能較弱影響活動耐受力差或是容易生病等，疾病早期面臨反覆發作及手術治療皆可能影響個體正常階段的發展、自我控制及獨立性。這些生命早期經歷的創傷和逆境將提高晚年的心理健康問題的風險，先天性疾病及兒童慢性病就是個體生命



中早期存在可逆或不可逆的變數，我們應該要重視並適當介入，避免兒童的心理健康趨向負面的發展 (George, 2007)。


生命歷程 (life course) 是從個體出生到死亡的這段經歷，在這過程中所發生的早期經驗、生活事件、環境變遷等因素交互影響，都是影響個體建構自我、行為表現與決策的因素。對許多患有 CHD 的兒童，從出生就可能需要手術介入及重症照護的治療，整體的功能狀態，包含活動、進食以及呼吸功能因此受到發展阻礙 (Pereira et al., 2017)。重大疾病除了兒童身心功能狀態與生存影響有關，同時可能導致其他新的合併症的產生 (Beshish et al., 2018; Pinto et al., 2017; Pollack et al., 2015)，有較高機率出現多重器官問題，包含使用呼吸器、裝置鼻胃管、透過腹膜透析排泄身體毒素，住院及恢復期將延長，都將造成兒童身體發展上的延遲。此外，幼兒在反覆入院或是接受治療的過程中，認知發展及因應能力尚未成熟，面對治療產生不適的恐懼，無法適且地傳達，需求無法得到滿足、缺乏安全感；即將邁入學齡階段的兒童則需面臨參與校園生活及求學的限制，健康狀況也會影響生活適應，甚至人際關係的交往都會出現困難。這些兒童因受慢性疾病的影響未能達成各階段的發展任務，都會影響個體的心理及認知狀態轉銜至下一階段 (林芳怡, 2016; Witt et al., 2003)。由此可知，慢性疾病的狀態在個體生命早期的身體、心理及社會功能皆有很大的衝擊。

隨著社會對於慢性病的重視，學者也嘗試透過人類發展的概念以及生命歷程理論來探討成人的健康差異，目的在於改善風險因素並促進健康的發展 (Power et al., 2013; *Rethinking MCH: The Life Course Model as an Organizing Framework*, 2010)。患有先天性疾病或慢性病的兒童其社會心理理論所提及的階段性任務發展勢必會因為疾病而受到影響，也會造成個體自我概念的降低 (Ferro & Boyle, 2013)，進一步造成個體在成長過程中心理社會危機。根據高玉玲等 (2000) 學者的研究指出，CHD 兒童術後在社會適應出現較多的問題，如較少參與團體活動、較不積極學業與工作、他人相互合作出現困難，家庭成員、學校老師與同儕的態度都是影響兒童



與社會互動的經驗 (高玉玲等人, 2000)。對於兒童而言, 整個童年時期的規範性發展任務集中於生活的各個方面、發展自我意識和獲得自主權, 當兒童面臨危及生命的疾病及治療時, 可能會經歷反覆性的創傷, 這種創傷可能不會在治療過程中或治療後立即產生影響, 而是對調節情緒和人際關係產生長期影響 (Turkel & Pao, 2007)。不管是疾病、身心靈狀態、生活及社會適應問題都是構成兒童生命歷程中元素, 透過生命歷程理論探討長期面對疾病與治療, 兒童在成長過程中的感受及經驗, 有助於提供照護者、教育者相關訊息並適時地調整個案整體照護及需求。

在成長的過程中, 繪畫於兒童可以是娛樂性質以及溝通性質的工具。兒童透過自己的視角呈現的內容, 從塗鴉期到可以畫出特定物體、建構故事性內容, 所隱含的資訊也更深更多元, 動態屋樹人繪圖測驗 (The Kinetic-House-Tree-Person drawing test; KHPT) 即是各個治療領域最常使用的評估工具之一, 亦常被用來探討與憂鬱及焦慮之相關議題。臨床上醫護人員也利用繪畫的方式讓兒童表達自我情緒, 釋放焦慮的能量, 探索住院治療的經驗知覺, 這樣的方式不僅形成一個溝通互動的過程, 更是一個有效緩解兒童壓力、使其心情愉快的護理措施 (林恆菁、蔡佳玲, 2006; 謝淑娟、陳季員, 2000; Shirdelzade et al., 2014)。此外, 繪圖評估不僅適用於不同發展階段, 各領域也賦予其多元的意義, 此種方法更容易讓生病的兒童接受, 建立良好的溝通橋樑, 以達到特定的目的及效果。根據研究, 兒童在家庭和學校生活中的不良適應行對心理狀態的影響, 透過 KHPT 等藝術治療的介入, 能夠降低兒童的憂鬱和焦慮程度並能有效地提高了孩子的自尊心, 以及改變兒童情緒的穩定性 (Lee & Jeong, 2009); 在探討心理狀態及感受上, 病童從樹木和人的繪畫測試上的結果顯示能量損失、焦慮和空虛感 (Hatano et al., 2014); 在癌症族群的研究中顯示綜合性屋樹人 (Synthetic House-Tree-Person, S-HTP) 繪圖測試與焦慮之間呈正相關 ($p < 0.01$) (Sheng et al., 2019); 透過 KHPT 的測驗, 亦可發現臨床組與正常組在與情緒障礙相關指標中, 面部表情和動作上存在顯著差異 (Gong et al., 2015), 受測者的焦慮程度較高更傾向於繪製反映焦慮的圖畫, 證明了繪畫作為投射測試的



適用性 (Kim & Oh, 2015)。由此可知，繪圖投射評估是一種簡易又兼具意義的方法，不僅可以反映出個體的特定心理特質及感受，同時改善兒童負面情緒。研究者期望能夠透過兒童自我闡述的內容與圖畫中的資訊做連結，協助發展尚未成熟的兒童更進一步的建構自我內在的情緒及感受，進一步探討疾病於兒童的生命歷程的意義。

從個體從出生到成長至兒童及青少年，其健康因素可能受先天遺傳基因或後天社會環境的影響，患有先天性疾病的兒童已因為疾病問題衍生較健康兒童更多的身心問題；然而，並非所有患有疾病兒童的成長過程都是負面的，兒童是趨向正常或異常的生長、發育、健康和疾病的狀態，臨床工作者需了解決定的因素為何，如何評估從而幫助制定預防和治療疾病的策略是需要被重視且積極介入 (Quante et al., 2012)。目前先天性心臟疾病臨床研究缺少兒童自身對於疾病經驗的看法，以及心理特質的研究。在生命的早期階段，也是個體隨著發展開始認知自我與疾病的互動過程，以質性研究的方式，兒童透過自我闡述疾病與生命經驗，將更能捕捉這類族群實際上可能未能表達出來的需求，以及在漫長的罹病階段，個體自我概念的建構、心理狀態特質、對於人際關係的互動經驗，這些都將是未來醫療團隊可以給予更多關注與介入領域。尤其是在兒童發展自我概念的黃金階段，此時期自我概念的建構與心理特質將是影響未來人格特質與心理健康的重要因素，因此，早期發現早期治療更應該是疾病本身與心理衛生共同並行，如此才能讓此這些族群在辛苦的治療過程中，可以健康的茁壯與並且更積極的面對未來。



第二節、研究目的

- 一、了解先天性心臟疾病兒童的治療及生命經驗。
- 二、應用投射性工具 KHTP 於兒童生命經驗之探討。
- 三、比較健康兒童與先天心臟疾病兒童的 KHTP 繪圖之差異。

第三節、研究問題

- 一、先天性心臟疾病兒童的早期的治療及生命經驗為何？
- 二、KHTP 用於探討兒童的生命經驗為何？
- 三、健康兒童與先天心臟疾病兒童的繪圖差異為何？



第二章、文獻查證


第一節、先天性心臟疾病的相關研究

與健康兒童相比，患有慢性疾病的兒童在幼兒時期住院率更高，住院時間更長，嚴重急性疾病的風險也較高，重症照護的需求也有所增加。根據研究，慢性病兒童在嬰幼兒時期接受重症照護時，多重器官衰竭（Multiple Organ Dysfunction Syndrome）發生率較高，其基礎功能狀態（baseline functional status）與認知功能在入院時有較差的表現，但是否恢復到正常則因為不同疾病診斷而有所不同 (Typpo et al., 2010)。患有 CHD 的兒童其殘疾、發育障礙或延遲的風險增加，在整個兒童期進行定期的發育監視、篩檢和評估有助於增加對相關缺陷的發現，從而進行適當的治療和教育，以增強未來的學業表現、行為、心理狀態和適應能力。此節將針對 CHD 對於兒童發展的影響進行說明。

一、CHD 對個體的影響

(一)、發展：

嬰幼兒在生命早期經驗中因先天性缺陷需要接受手術治療往往會有成長及發展上的問題，個體的精細動作和粗運動，甚至是語言及認知能力都會因此受到延遲，多數報告也表示先天心性疾病在早期接受手術治療，幼童的認知（cognitive）和運動（motor）功能發展會因此受到延遲 (Laing et al., 2011; Snookes et al., 2010)。研究指出術後 CHD 病童在 6-12 個月的發展低於一般幼兒的平均水平，在心理運動發展（psychomotor development）較為嚴重 (Golfenshtein et al., 2020)；在日本的研究中則指出，1 歲先天性心臟疾病嬰幼兒的神經發展（neurodevelopment）低於正常嬰幼兒，其中加護病房入住時間較長與病童 1 歲時認知發展（cognitive development）受損有關 (Matsuzaki et al., 2010)。事實上，無論矯正方法如何，發紺




和無發紺都與特定的感覺運動延遲有關，但在與對照組相比，完全修復的發紺型 CHD 兒童的行為結果 (behavioral outcome) 表現良好，只有疾病狀況復雜和接受緩解性手術的兒童才有可能出現不良的行為結果 (McCusker et al., 2007)。此由文獻可得知，在嬰幼兒身體蓬勃發展、心智功能開始建構的階段，先天性心臟疾病對嬰幼兒早期的影響可謂甚劇，不同疾病狀況及治療長期對生活各個層面的影響及預後不同，值得進一步了解其中的差異性。

先天性心臟疾病會導致個體上不等程度的發展上的障礙，不管是在心智或運動功能方面的發展延遲，對於個體日後的預後及生活品質都有著相對程度的影響，而為了盡可能降低不良的結果，臨床也對於疾病階段過程中可能加劇個體發展延遲的因素進行探討。根據台灣一項針對 0-4 歲大動脈轉位兒童整體發展的結過顯示，病童尤其是粗動作以及語言發展皆較一般兒童緩慢，其中影響的因素包含接受葉克膜的輔助治療、加護病房入住天數、鼻胃管的留置 (俞宏蓁, 2016)。此外，患者自身的狀態也是神經發展的重要決定因素，包含較低的出生體重、手術矯正年齡較輕、術前插管、術前血中乳酸較高皆會影響心理及身體運動發展功能的因素 (Freed et al., 2006; Fuller et al., 2009)。兒童的疾病嚴重度影響術後的復原情形，術後入住加護病房過長、葉克膜體外循環的使用、出院後管路留置的情形等，都增加日後復健治療的介入的需求 (Qin et al., 2017)，因此如何進行整個手術週期的評估、介入及管理，並早期阻斷或降低影響個體後續發展的危險因素，也是臨床努力的目標。

(二)、營養：

先天性心臟疾病不僅會延遲兒童發展，疾病型態越複雜對於兒童的生長及發展影響越顯著，並於疾病早期出現體重較輕、消瘦的情形等營養狀況不良、生長幅度緩慢等問題。不論結構型態以及發紺或非發紺型的先天性心臟疾病，兒童在身高及體重的表現上較容易低於成長曲線 (Mitchell et al., 1995)，儘管對 CHD 患者而言



在靜態能量消耗 (resting energy expenditure) 沒有明顯增加，在術後恢復的過程中，病童的體重可以暫時性的上升，但體內脂肪儲存不足 (body fat stores) 是後續體重不足的主要原因，患者整體的總能量消耗，尤其是需接受緩解性手術治療、疾病嚴重度較高如單一心室類型、出現心肺衰竭等情形，能量需求是顯著增加的。此外，一些遺傳疾病如唐氏症、迪喬治綜合症、特納氏綜合症實際上可能除了心臟缺陷，同時也合併腸道問題，這些都會進一步影響兒童的營養的需求評估以及攝取。營養攝取不足除了個體成長受到限制之外，甚至會影響心智發展、延遲傷口癒合、增加感染風險及死亡率上升等 (Irving et al., 2013; Mangili et al., 2018)，因此近幾年針對 CHD 患者的營養評估也逐漸受到重視。


嚴重先天性心臟病 (Critical/Complex CHD, CCHD) 在經過手術介入治療後，往往會在手術後初期透過鼻胃管灌食進行營養管理。術後的病童可能因為氣管內管放置可能出現口腔活動延遲、吞嚥困難、胃食道逆流等問題，並且受到疾病因素導致的代謝亢進 (hypermetabolism) 和高異化代謝 (hyper catabolism)，增加營養耗損，加重營養不良狀況 (Miranda et al., 2019; Souza et al., 2018)。研究指出管灌飲食與氣管內管放置、入住加護病房時間以及首次總住院天數有很強的相關性。多次的手術和早期進食障礙被確定是晚期進食障礙的獨立危險因素，首次住院後伴有神經系統異常 (neurologic abnormality) 亦會增加進食障礙的趨勢 (Maurer et al., 2011)。長期透過管灌飲食不僅影響進食問題，在營養種類的攝取受到限制下，病童容易有營養不足、貧血和生長延遲 (failure to thrive, FTT) 等問題，尤其是 FTT 的嚴重度與心衰竭程度、入院次數、合併症的發生有相關 (El-Koofy et al., 2017)，可見針對 CHD 患者的營養問題需要詳細的評估及介入。研究指出術後提供 CCHD 新生兒的標準化營養護理是改善營養結果和縮短住院時間的有效方法，透過營養諮詢的介入，也可以有效改善病童的營養狀態 (El-Koofy et al., 2017; Newcombe & Fry-Bowers, 2017)。因此目前臨床除了開始重視先天性心臟疾病兒童的營養攝取需求，也嘗試設計相對的標準及介入措施以改善此問題。



(三)、心智功能與心理特質：

另一關於CHD患者晚期預後的相關的議題為心臟功能及介入手術對於腦部的影響。先天性心臟疾病導致心臟功能受影響可能導致腦部血液循環不足，手術中抗凝血劑的使用、葉克膜的輔助治療都可能導致腦部出血，這些都可能是疾病狀態或手術合併症導致腦部受損的原因。研究指出，在患有CCHD的學齡兒童比一般族群有較高風險出現注意力不集中（inattention）及活動力過高（hyperactivity）(Shillingford et al., 2008)；在患有單一心室心臟疾病（single ventricle heart disease, SVHD）與腦部損傷的研究中指出，SVHD青少年的腦部影像出現慢性腦損傷情形，腦部灰質區域（gray matter）的損傷影響個體的認知行為、性格、記憶以及情緒調節問題 (Pike et al., 2018; Singh et al., 2018)。同樣相關的研究中顯示，與一般健康人相比，接受過先天性心臟疾病手術的青少年有較差的記憶力及專注力，其中性別、手術次數、焦慮和自我效能是記憶障礙（memory deficits）的獨立預測因子 (Pike et al., 2016)。在心理狀態上，成人先天性心臟疾病（adults with congenital heart disease, ACHD）的女性則感受較大的心理壓力，男性則與一般人沒有差異 (Chen et al., 2011)。人體的大腦掌控多項功能，除了上述的神經系統發育影響動作及心智的發展外，資訊的處理、語言、思考、人格及情緒都受到大腦的狀態影響，因此除了身體上的功能復健外，對於實質上慢性的腦部損傷可能影響的包涵人格發展、心理狀態以及情緒調解都是需要被及早評估與介入，如此個體才能在未來的生活中維持更好的生活品質。


根據上述文獻得知，兒童早期的疾病嚴重度及介入治療對於影響個體的功能狀態以及發展，導致個體需要消耗更多的能量來維持身體需求維生；疾病晚期階段則考驗慢性腦部損傷對於個體可能造成的影響，包含記憶、專注及心理健康，這些都直接或間接影響到個體的生活品質。有鑑於此，針對先天性心臟疾病晚期預後及生活品質可以預測的影響因素提供介入措施，在個體出生後就應該納入為治療計



畫的一部分。事實上，在國外的研究已開始介入發展性支持治療 (developmentally supportive care, DSC)。病童在急重症單位接受觀察期間，血液動力學穩定，即開始進行早期口腔訓練進食、按摩、皮膚接觸 (skin-to-skin contact)、築巢式照護 (nesting)、疼痛管理等介入措施，以改善病童的自主神經系統 (autonomic nervous system) 功能、降低疼痛與焦慮、改善營養等問題，並鼓勵父母參與照護，提供以家庭為中心的護理，以滿足個體發展的需求、降低個體發展後遺症的風險，並得以促進親子之間的關係，減少照顧者對於照顧病童的焦慮及不確定感 (Harrison & Brown, 2017; Harrison & Ludington-Hoe, 2015; Peterson, 2018)。家庭互動的緊密程度以及家長對於疾病的態度在兒童成長的過程中佔有重要的地位，對於兒童人格養成及心理健康也有一定程度的影響，因此兒童在疾病早期家長可以一同參與對於疾病的認識及照顧，除了降低照顧者的焦慮之外，也有助於兒童在各個階段健康的成長及發展。

二、先天性心臟病兒童的生命經驗

兒童在疾病早期同時面對不利的生物因素 (如：疾病) 與環境因素時 (如：反覆入住院)，兒童在年紀、發展、情緒表達、識別及調節策略尚未成熟的情況下，可見出現分離焦慮、退化性行為、大聲哭鬧、害怕、拒絕治療、攻擊行為、冷漠退縮、睡眠型態改變或是進食障礙等狀況，這是兒童面對壓力因應個體自我控制與環境互動所產生的行為表現，也是對特殊情境產生的狀態性焦慮 (吳靜宜，2016；陳斐文，2011；黃傳、楊雅鈞，2018；鄧佳美等人，2010；蘇建文，1980)。臨床上觀察一位先天性心臟疾病的學齡兒童在經歷手術期間，對於身體心像改變的適應歷程，經過疑問、憤怒及失落，到感到退縮、自卑、拒絕社交，最後則承認、認知改變及自我重建，病童在這個過程經歷負向的自我感受，對未來的不確定感，若未能得到適當的引導將導致個體發展出負向的自我心像及評價 (林恆菁、蔡佳玲，2006)。此外，個體的日常功能狀態會因為疾病因素而受到影響 (蔡瓊慧，2017)，如兒童是



否接受手術治療、自我效能狀態、自覺運動障礙等皆與身體活動量有相關，兒童自覺術後可行的運動強度、身材較小、手術疤痕、父母親與師長的過度保護的態度，使兒童有較低的運動行為（李淑媛等人，2008）。在高玉玲（2000）等學者的研究則指出，CHD 病童在接受完全矯正時間越久，生活適應也越好，即使如此，病童在學校及生活適應仍有較差的表現，其不適應感年紀小比年紀大覺來得嚴重，隨著年紀增加發展趨於穩定，病童將更具有自信心；然而，父母對於兒童的過度保護則會加重兒童對先天性心臟病的自卑感（高玉玲等人，2000）。此外，疾病導致的體弱，在進入群體生活後，外界對於疾病的不了解而強加給予限制，不符合期待的待遇，可能使個體失去自我扮演角色的能力、感受缺乏自我價值（區載怡、陳清惠，2007）。疾病本身對於個體而言可說是一件重大的生活事件或轉捩點，長期健康狀況不佳影響個人階段發展的獨立性、自我控制，幼兒可能無法滿足自我需求、學齡兒童無法參與體力競賽活動，在自我照顧、溝通及學習上也受到限制，因此若是未滿足各階段的發展任務，將會影響兒童心理及認知狀態轉銜至下一階段（林芳怡，2016；Witt et al., 2003）。與此同時，我們仍需考量及辨識個體的差異性。隨著個體成長，不同時期接受治療會呈現不同的經驗感受，預後情況也有所不同。根據台灣的一項質性研究，訪談七位照顧者兒童在術後一年間，家庭復原的生活經驗。兒童手術年紀介於 7~13 歲，在確認七個主題中，其中涵蓋兒童身體恢復的潛能與兒童主動的調適型態。這些介於學齡階段的兒童，會主動尋求自我身體健康的定位，對於術後身體恢復健康充滿期待感，活動力增加、發展需求得到滿足，更能樂觀積極建立人際關係和面對挫折。在生活型態上，他們懂得自我評估身體狀態進行選擇活動，配合醫療照顧，主動尋求照護需求，以重獲健康狀況的安全感（劉育秀，2010）。

由上述文獻可知，不同年紀接受治療的經驗以及術後的生活，不再僅是疾病的復原，更涉及兒童後續發展及參與社會活動的能力，治療經驗及結果的差異造成不同的生命經驗及走向。根據生命歷程理論，許多因素是導致晚年慢行疾病的危險因

子，並且提早發生在兒童期階段，若這些危險因素可以在此階段即受到阻斷，將來疾病發生的可能性將大幅被降低，同時，影響個體的可利因素有哪些，促成好的個體成長，也需要被瞭解和發現，作為未來的參考依據。






第二節、投射畫

投射 (projection) 是一種防禦機制，通常意味著個體內部體驗與外部人或物之間的對應關係，在心理測驗中，投射是測驗者將個人含義或感受注入對測驗項目的回答中的過程，因此治療師可以利用這一過程來幫助孩子以受控的方式理解和表達自己的感受 (Jenny, 2011)。Florence Goodenough (1926) 是第一位將繪畫測驗發展成心理測驗的學者，並建立量化的計分系統，經過數十年各方學術界的研究、測試及多樣化的應用，已成為普遍被臨床專業人員使用的工具之一。投射性繪畫評估 (projective drawing assessments) 即是利用繪圖來瞭解人類，是社會科學研究者用來觀察各個年齡段人們的心理狀態或潛意識的工具，並且可以幫助治療師了解潛在的情緒問題或臨床問題。Hammer (1997) 強調繪畫不需透過語言就可以交流，並且比單獨的單詞包含更多的潛意識和感覺 (Saldana, 2016)，而在通過探索和作畫的表達藝術營造安全積極的環境之下，會放鬆並鼓勵兒童養成更好的自我概念，同時增強自尊和對他人的尊重 (Elkis-Abuhoff, 2008)。以下將針對常見的投射畫評估 (Oster, 2002) 及兒童繪圖發展做基本的概念介紹。

一、常見的投射畫測驗

John Buck (1948) 在人物測驗中加入了房屋和樹木兩個元素，與 Emmanuel Hammer (1958) 共同發展出屋樹人測驗 (House-Tree-Person test, H-T-P)。除了用於評估個體發展的狀態，相較於畫人測驗，透過新的圖畫元素以了解個體的人格整合及成熟度、能力，並重視個體對人際關係的態度及以及環境互動的情形；此外，該測驗同時提供個體對於情境的描述及定義，透過開放式的問句探索個體的人格動態，適用於3歲及3歲以上的個體 (Gordon & Rudd-Barnard, 2011)。後續章節將會針對房屋、樹木和人三個元素的代表意義進行說明。

其餘常見的投射畫有「畫人測驗 (Draw-A-Person test, DAP)」及「畫一個家庭




(Draw-A-Family test)」。Goodenough(1926)最早應用人物繪畫作為評估智力成熟程度的工具，並藉此觀察兒童的發展狀態，而 Dale Harris(1963)延續畫人測驗的方式，提出認知成熟與繪畫表現相關，圖畫也不在僅是單個人物像，而延伸增加變成三個人物像，一個男人、一個女人和一個自己 (Goodenough-Harris Drawing test)。DAP 則是 Machover(1952)根據人物繪畫的技巧及經驗發明的。這些畫人測驗重視兒童對於人物細節的描繪，包含身體部位、臉部五官表情、衣著細節、透視以及比例大小，近代研究主要用來探究個體的人格特質、自我概念以及潛意識的投射及情緒狀態。另一個人物畫的延伸則是「雨中之人」(Draw-A-Person-In-The-Rain)。「雨」代表的是「壓力」，故此測驗即了解個體在面對不愉快的情境、感受壓力的狀況時，所產生的反應以及防衛機制(Oster, 2002)。「畫一個家庭」或家庭繪畫是 Appel(1931)和 Wolff(1942)所提出，以其中投射的人物顯示對家人的態度以及家庭角色的認知，強調家庭結構和家庭介入治療的並行，提供更多的意義及訊息。Hulse(1951)亦指出透過畫中的家庭成員可以協助兒童理解家庭關係及在家庭中的地位(Oster, 2002)。Burns(1970)和 Kaufman(1972)則在家庭繪畫圖中增加一項「全家人從事某件事情或活動」的指令，透過畫中成員之間互動了解兒童在家庭中的彼此關係、自我意識的發展、潛在動機、需求及情感等面向 (Fan, 2012)。

二、動態屋樹人測驗 (The Kinetic-House-Tree-Person drawing test; KHTP)

(一)、投射性評估

KHTP 源自學者 Buck(1948)所發展的「屋-樹-人測驗 (HTP)」，學者 Burns 於 1987 年所改編。HTP 是藉由整體繪畫特徵的整合，評估個案其個人內在主觀心理狀態 (曾伊麗、蘇益志，2011；黃傳永，2012)，而 KHTP 的設計旨在講述一個故事，利用圖畫展現出個體的視覺隱喻，用於展現人類發展，包括個體轉化、自我概念及自尊以及與環境的互動影響等。有別於 HTP 的房屋、樹、人單獨代表的概念，將畫圖元素畫在不同紙上，KHTP 是改進標準 HTP 繪圖測試的模式，繪圖者被要



求在一張白紙上繪圖，畫一所房子、一棵樹和一個從事某種形式的活動的人，更重視各項元素之間的「依附 (attachment)」，其不僅保留了標準化的功能，而且還提供畫中的人、房屋和樹木之間的互動，進而得到更多訊息，例如繪圖者的自我投射、自我及對他人和周圍環境感知 (Li et al., 2014)。另一種類似的做法是同時將三種繪畫元素畫在同一張紙上，是由日本學者 Mikami 在 1970 年代初期開發的綜合屋樹人 (Synthetic House-Tree-Person drawing test, S-HTP test)，雖然兩種方式都是評估三種繪圖元素之間的關係，KHPT 繪圖中添增「人的行動/活動 (action)」，進一步理解感覺、自我、發育階段以及個體之間的關係 (Gordon et al., 2017)。以下分別針對房屋、樹及人所代表的元素語言進行說明。

1. 圖畫元素—房屋

房屋的描繪是親情與安全，代表家庭及與家人互動的經驗。

2. 圖畫元素—樹


樹的描繪代表生命力與能量狀態，與個體與環境互動的能力有關，反映長久以來對於自我淺意識的感受。

3. 圖畫元素—人

人的描繪反應自我的形象，可以展現身體外貌及心理層面的自我感受，並可反映個體對於人際關係的情緒，與理想自我的描繪。

4. 動態的意義

所謂的動態強調的是房屋、樹以及人，三者之間互動的關係與意義，而非僅是人在圖畫中所做的活動或行為表現。舉例來說，所謂的「依附」是指圖畫中的元素彼此之間出現交疊情形，表示元素之間代表的層面互相影響的程度密不可分。其次，



各個元素所呈現的狀態，包含房屋可能是左右延伸的、傾斜的、不完整的或是倒塌的；樹枝的生長方向、是否有動物、果實、落葉等；人物的手持物、姿勢以及與其他元素的互動狀態，這些有別於 HTP 單張圖畫，透過 KHTP 圖畫元素之間的次序、距離和比例等可以呈現更多訊號，在建構故事的過程中，描繪各層面彼此之間息息相關相互參與的生命經驗及歷程(Burns,2007)。


(二)、動態屋樹人測驗研究及信效度

KHTP 為依據 HTP 所改良的測驗模式，Burns(1987)在提出此方法時，並未對於工具本身的信度與效度進行檢驗，並指出動力繪畫測驗是一種可信的評分方式，但未提供更多的說明資料 (Brooke, 2002)，多數的研究也未集中在建立工具本身的信效度上，而是透過建立繪圖元素所提供的訊息進行整理計分，最後確立有效的資訊，以及評分者間的共識。儘管缺乏客觀評估的標準，但投射心理測驗是諮詢心理學領域從業人員常用的一種測驗，因此仍經常被用來探索服務對象的心理狀態，同時也被應用於藝術治療與職能治療領域。

國內學者指出，礙於工具所測量得心理特徵無法具體客觀呈現，因此發展出「動態人樹房子測驗電腦化計分系統」(KHTP scoring system-Chinese Computerized version; KHTP-CC)進行評估，評分系統包含 54 個代表繪畫特徵的項目，得到越高的總分，則代表個案越有可能出現憂鬱、焦慮等精神症狀之傾向。該工具發展首先透過繪畫特徵評估憂鬱和焦慮傾向，再與評估精神症狀傾向進行比較，隨後通過 Rasch 模式和傳統分析來檢查 KHTP 評分系統的有效性和可靠性。Rasch 模式是以受測結果為校準量尺，以修正試題品質或探討受測情形，進一步檢視建構理論，常用於教育及心理測驗中，評估該建構的測量是否良好 (王文中, 1997; Boone, 2016)。在前述的研究結果顯示，計分系統的共計 35 個與教焦慮及憂鬱相關的項目均與 Rasch 測量模型非常吻合，Cronbach's Alpha 為.94。儘管「貝克焦慮量表」、「貝克憂鬱量表-II」、「貝克絕望量表」和「國立台灣大學醫院症狀檢查表」對 Rasch 變換

的 KHTPT 評分的 Spearman 相關係數均很小，但仍具有統計學意義（Spearman 相關係數， $r = .140 \sim .226$ ），因此確認了該評分系統的建構效度及一致性（李致瑩，2008；Li et al., 2011），並延伸應用於精神病患者和大學生的比較，研究結果也進一步證實這套評分系統的實用性（Li et al., 2014）。

國外學者則是透過比較貝克憂鬱量表 II（Beck Depression Inventory-II, BDI-II）、貝克焦慮量表（Beck Anxiety Inventory, BAI）及 KHTP 測驗後，建立一個具有良好的評分者間信度、內部評分者信度和判別效度的評分系統。結果表明，臨床組與正常組情緒障礙相關的 35 項指標，在面部表情和動作上存在顯著差異（巩凱旋等人，2015）。在梁馨月和林玉華（2012）的研究則是根據一項 35 個繪圖定義指標，比較正常兒童、情緒困擾兒童以及同時患有情緒困擾合併行為困擾兒童三組在屋樹人投射繪畫上的差異。研究者透過「問題行為篩選量表家長版」以及「貝克兒童及青少年量表(Beck Youth Inventories –Second Edition, BYI- II)」將共計 42 位 9~12 歲的受測者分成三組，在評分者間信度係數為 .932 ($p < .00$) 下，將繪圖指標得分數進行單因子變異數分析及組間的事後檢定。在控制智力後，三組組間皆達顯著性差異 ($p = .000$)。在歸類五種指標「結構和協調性」、「型態」、「缺少和簡化」、「多畫」和「位置」，分別控制智力因素後，發現「結構和協調性」三組間彼此具顯著差異 ($p = .000$)；共病組和正常組在「型態」指標達顯著差異 ($p = .016$)；在共病組和情緒困擾組則在「缺少和簡化」指標具顯著差異 ($p = .036$)。「多畫」和「位置」在組間中則未達顯著差異。由該研究得知，不同情緒狀態的兒童繪圖呈現有所差異，同時搭配透過訪談，藉由圖畫產出的故事確認在主題「傷害經驗」、「負向自我表徵」以及「負向情緒經驗」各組之間描述的差異（梁馨月、林玉華，2012）。在日本的研究中，則是透過綜合性屋樹人(S-HTP)探討 12-15 歲青少年的人格特質。研究將 186 位受試者的圖畫中的三個元素使用繪圖軟體化為黑色區域，透過顏色的分佈將資料數據化，最後與兒童五大因素人格量表（Five-Factor Personality Inventory for Children ,FFPC）的結果進行比較。在透過相關性與假設的結果建構的模型(CFI



=.984, RMSEA=.021)顯示,繪圖元素「人」的顏色分佈情形與性格「開放性(openness to experience)」、「友善性(agreeableness)」及「神經質(neuroticism)」達顯著相關,「嚴謹性(Conscientiousness)」則與「樹」和「屋」有相關(Kato & Suzuki, 2016)。

Kato 及 Suzuk (2015) 也應用 S-HTP 探討日本青少年在繪圖元素「人」在性別上呈現的差異(Kato & Suzuki, 2015)。在針對相關健康問題的評估上也類似的作法。一項針對 S-HTP 篩檢成人癌症患者焦慮的研究中,確認繪圖工具有效性評分者間信度 kappa 係數介於.752~1.000,再測信度為.710,.857,以自我焦慮評估量表(Self-Rating Anxiety Scale)為應變項,焦慮相關的繪圖特徵為依變項建立了共包含 9 個變量的模型($\chi^2 = 68.657, p < .001$. Nagelkerke $R^2 = .466$),測驗結果也顯示與焦慮的正相關性(Sheng et al., 2019);類似的研究也應用癌症患者的憂鬱上(Yang et al., 2019)。在針對酒精成癮導致焦慮與憂鬱的研究也顯示 BAI 和 KHTP 的整體分析顯示存在正相關,受測者的焦慮程度較高更傾向於繪製反映焦慮的圖畫,結果亦顯示焦慮症 KHTP 圖像反應特徵具有顯著相關性,證明了它們作為投射測試的有用性(Kim & Oh, 2015)。

在應用上更進一步,韓國學者將此投射研究形成圖像問卷,應用於老年人社會和心理變化與生活環境相關的連結,研究透過 KHTP 的構圖繪畫特徵形成的圖像問卷代替文字問卷探討老年人居住憂鬱,對象為 301 名 65 歲以上的老人,結果顯示透過 ROC 曲線分析, KHTP 可用於探討老年居住憂鬱的情況(Lee et al., 2018)。

三、兒童繪圖發展

繪圖除了是一種藝術表達的方式,同時也是一種溝通的工具,更是個體對生活及環境經驗的表現,尤其廣泛應用於不同年齡層心理方面探討。根據身體發展,不同年齡層兒童的繪圖概念及成熟度也有所差異。藝術教育學者羅文菲爾特(Viktor Lowenfeld)透過皮亞傑發展理論形成的兒童繪圖發展,共分成六個階段,分別為 4 歲前塗鴉階段(scribbling stage)、4-7 歲圖示化(樣式化)前階段(pre-schematic

stage)、7-9 歲圖示化(樣式化)階段(schematic stage)、9-12 歲寫實萌芽階段(gang stage or stage of drawing realism)、12-14 歲擬似寫實階段(pseudo-naturalistic stage)以及 14-17 歲藝術決定階段(period of decision) (蔡知芳, 2015; 穆佩芬等人, 2014; Kamarulzaman, 2012)。各階段的繪圖特徵整理如下表：

表 二-1 兒童繪圖發展

年齡	階段	特徵
1-2 歲	隨意塗鴉期	簡單、機械化、反覆節奏動作。 特徵:雜亂、反覆多次的線條，此時期的塗鴉不含任何意念。
2-3 歲	控制塗鴉期	控制力提升。 特徵:不同的線條變化，曲/直線、粗/細線、左右/上下、大圈圈的畫線和漩渦；不斷嘗試更複雜的動作。
3-4 歲	命名塗鴉期	內容缺乏邏輯。 特徵:試圖將視覺經驗轉化為圖示，賦予畫出來的點、線、圈意義或加以命名；概念不同，經常轉換符號。
4-7 歲	圖示化前期	進行歸類及邏輯連結。 特徵:空間表現仍缺乏秩序及比例差異。出現圓形以外的幾何圖形，以符號代表特定概念，有意識創造形體，透過繪圖陳述視覺概念及表達自我，偏好特定顏色。
7-9 歲	圖示化期	具有邏輯，較明確的人格特徵。 特徵:以基底線/天空線詮釋空間概念、具特定物體及色彩連結的概念。重視內部及外部的差異，出現透視的圖畫表現。

9-12 歲	寫實萌芽期/ 黨群期	擺脫自我，融入群體。 特徵:轉向自然寫實，重要部分著重細節的描繪，注意比例變化。具抽象思考能力，脫離幾何線條，出現重疊、遠近表現。
12-14 歲	擬似寫實期/ 推理期	重視自我意識及主觀經驗。 特徵:寫實的繪圖、立體空間的表現。
14-17 歲	藝術決定期	自我追求。 特徵:應用不同的技巧及素材，顏色表現可以是自然性或情緒性。

資料來源：整理自(蔡知芳，2015；穆佩芬等人，2014；Kamarulzaman, 2012)

由上述文獻可得知，不同的投射畫用於不同概念的研究，而不管是 KHPT 或是 S-HPT 目前都已廣泛應用在不同族群探討人格特質或心理狀態，且證實繪圖投射的有效成果。在繪圖發展上，兒童繪圖的技巧隨著年紀的增長而更加成熟，並且可以將更多的抽象概念透過圖畫呈現。然而，在投射繪圖的分析上，各研究建立評分系統的基礎多是基於不同元素間各別的特徵及意義，量化的研究也較少有加入受測者自我敘述的觀點，對於繪圖特徵彼此之間相互依附或是互動的意義較難以進行歸納跟比較，且可能導致過多複雜的資訊量而無顯著差異，因此不管是心理評鑑或是用於治療上，除了重視圖畫投射出來的意義，同時也應該重視個案的觀點與繪圖的連結，才能做更全面性的評估。

第三節、生命經驗與生命歷程



生命歷程理論 (Life course theory or Life course perspective) 即是透過討論個體的在不同成長階段的發展軌跡、角色轉變、事件經歷、社會環境等之間的互動如何影響個人的生命、轉銜以及個體行動 (王潔媛、楊培珊, 2014; 鄭凱芸, 2011; Hutchison, 2011)。個體經過隨著生物因素以及社會因素相互交替互動而形成, 生命中的每個階段的發展、生活事件、經驗、家庭社會環境及歷史文化背景都是影響生命歷程的相關因素, 彼此之間環環相扣, 每個因素都可能是影響身心裡的狀態、家庭生活、學校教育、進入職場所扮演的角色與表現以及後續歷程發展的轉折。本研究僅借鏡生命歷程理論之觀點, 探討兒童早期的生命經驗與心理特質之連結。

一、生命歷程理論 (Life course theory, LCT)

(一)、生命歷程五大基本概念

生命歷程的觀點在於前一段的生命歷程影響著下一階段的生命歷程, 歷程中的事件哪些為累積性不利 (cumulative disadvantage) 或累積性有利 (cumulative advantage) 過程都交互影響生命軌跡的走向。生命歷程觀點包含世代 (cohort)、過渡期 (transitions)、軌跡 (trajectories)、生活事件 (life events) 以及轉捩點 (turning points) 五大原則 (Hutchison, 2011)。

1. 世代 (Cohort)

一群出生在相同的歷史時期, 以相同的年齡和生活型態經歷特定的社會變遷的人群。在相同時間序中, 個體所經歷的社會脈絡, 分別為同群效應 (cohort effect)、世代效應 (generation effect) 及時期效應 (period effect) 三種影響 (台灣新社會智庫, 2016; Hutchison, 2011)。對於先天性心臟病的兒童而言, 隨著醫療科技及照護品質的進步, 不同世代的醫療資源差異, 使在年幼時期, 同類型疾病的治療經驗,



造就了彼此之間不盡相同的生命記憶以及具差異性的適應能力，疾病的嚴重度可能是生命中的重大轉折。

2. 過渡期 (Transition)

以年齡 (age norm) 為基礎的發展，在生命過程中經歷各種角色及社會地位的轉變以因應社會環境改變的挑戰 (台灣新社會智庫, 2016; Hutchison, 2011)。人生中的過渡期包含上學、青春期、工作、結婚及老化等階段。受到特定健康問題的影響，尤其是慢性狀態的疾病，兒童該階段的發展將受到限制。以學齡前兒童而言，疾病嚴重度將影響身體的發展及就學；到青春期可能影響親密關係的建立；到成年期則會有工作、建立家庭育兒的挑戰。因此，童年時期累積的健康結果，可能在成年期展現出來，將影響未來的生活事件的發生。

3. 軌跡 (Trajectories)

包含不同角色的轉換與過渡期，其過程可能是互相連結或分離，是長期人生過程的改變或穩定的模式 (台灣新社會智庫, 2016; Hutchison, 2011)。在成長階段與發展的過程中，學齡前期和學齡期是個體發展的重要時期之一。在家庭中可能會有其他兒童因而擔任兄弟姐妹的角色，在學校則要與同儕建立關係，開始學習微型社會的運作，這些角色的轉變或是步入學校接受教育，對於不同嚴重程度的先天性心臟疾病兒童是否會有限制，影響後續的發展，值得進一步了解。

4. 生活事件 (Life events)

是指事件本身顯著影響個體的生活，可能導致生涯中斷或是造長期的影響 (台灣新社會智庫, 2016; Hutchison, 2011)。先天性疾病本身對於兒童出生後所帶來的結果影響兒童的生存發展機會；嚴重度不一的疾病即使透過介入治療，其成效對於後續個體的整體狀態也是重要的影響因素。兒童在面對健康狀態所產生的效應，是

否有辦法克服，將引導個體未來生命發展的走向。



5.轉捩點 (Turning points)

個體在經歷不同角色或過渡期，生活事件的發生，造成個體長期性角色任務的轉換、改變自我觀點以及轉變面對事件的處理方法 (台灣新社會智庫，2016；Hutchison, 2011)。研究指出健康狀態影響個體對自我和社會環境的看法和適應能力 (潘寶霞等人，2013)，幼兒早期經過疾病治療，這樣的事件是否能深刻留在記憶裡，階段性的治療與否，對於身體功能上是否有影響，隨著年齡成長對個體可能都有不同的意義，也會同時影響個體自我建構的過程。

(二)、生命歷程六大主題

人生歷程融合各個領域理論而形成，Glen Elder(1994)在人生歷程方法中首先確立了四個主要且相互關聯的主題：生活與歷史交互作用 (interplay of human lives and historical time)、生涯的時程點 (timing of lives)、相互依存重要他人的生活之連結 (linked or interdependent lives) 以及主體能動性 (human agency)。而後 Elder(1998)和學者 Shanahan(2000)更進一步得到了另外兩個相關的主題多元樣貌 (diversity) 和終生發展 (life span development) (Elder, 1998; Hutchison, 2011) 整理如下。

1.生活與歷史交互作用 (Interplay of Human Lives and Historical Time)

在快速變化的社會中，不同時空背景下出生的人面臨不同的歷史世界、選擇和限制。於歷史脈絡及社會文化結構檢視個體與家庭發展，探討生命歷程中同一時間共享獨特的形成性經歷及產生的持久性影響時，即是透過「世代」產生的效應，探討現象呈現的差異，如全球化的影響、勞力市場的分佈、家庭結構的組成等。



2.生涯的時程點 (Timing of Lives)

社會規範和地位隨著年齡改變而有所不同，從構成生物心理社會框架的各個角度，在特定年齡群個體角色轉變與行為表現，是根據不同面向，如生物年齡、心理年齡、社會年齡所分層的結果，如就學年紀、法定成年年紀、退休年紀。

3.相互依存重要他人的生活之連結 (Linked or Interdependent Lives)

強調了人類生活的相互依存關係，指出家庭及其結構為支持與控制的來源，影響個體的生命與生活。

4.主體能動性 (Human Agency)

個體的自主選擇與行動力達成目標，著重個體是否能克服限制為自己創造有利的生命歷程。

5.多元樣貌 (Diversity)


強調在不同的社會文化的匡架下，個體的生活模式具有多樣性及同群人的差異性受到家庭、軌跡、社會制度、社經地位等因素影響，其影響可能為優勢機會或劣勢及挑戰。

6.終生發展 (Life Span Development)

個體發展與老化的過程與生活事件與早期不同階段的經驗有關，探討影響個體發展的風險因子及保護因子，強調生命歷程的是一個逐步累積優勢及劣勢的結果，強化因果關係的連結。


二、慢性疾病兒童早期的生命經驗與心理社會發展

慢性病兒童則是兒童因為基因或是環境因素導致患有慢性疾病，疾病可能持



續數年甚至終身，其疾病可以是生理、心理或是身體上的缺陷，需要定期的醫療照護 (Torpy et al., 2010)。文獻指出個體因為慢性病而受到的衝擊以身體層面影響最大，如患有氣喘病的兒童，反覆性發作是造成上學缺勤的主因，為了減少氣喘症狀的發生，每天活動也受到極大的限制 (陳淑如等人，2001)；癌症兒童在接受化療後，若是治療副作用越明顯，兒童身體活動下降的程度也隨之增加 (葉入綺，2006)。疾病對於個體的影響其次依序是心理、社會與日常活動 (胡月娟，1994；Cadman et al., 1987)。兒童因疾病導致的不適、疾病進展、心理狀態、認知功能以及家庭社會環境皆是影響其日常活動與社會功能的重要因素 (Rozzini et al., 1997；Varni et al., 1988)。

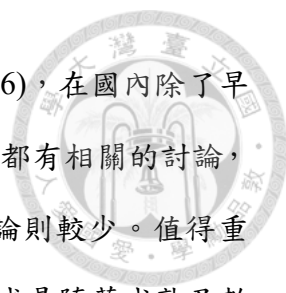
在整個兒童期的早期及中期，兒童因為慢性病健康狀態出現選擇性的情緒、行為與社會問題的風險也較高 (Laurens et al., 2019)。在國外的研究中指出，心理健康問題在癲癇患兒中很常見，而焦慮尤為普遍。患有癲癇病的兒童可能有不良的自我概念，兒童應對疾病的方式與其總體自我概念之間存在相關性，負性自尊感會導致癲癇兒童的憂鬱和心理社會狀況較差，而頻繁住院、癲癇發作的不可預測性以及治療副作用等因素可能導致兒童和整個家庭的壓力增加，這些潛在的認知和心理影響可能導致兒童對自我的負面評價，並影響兒童在學術和社交場合中發揮潛能的能力 (Conant et al., 2008；Jones et al., 2014；Pradhan et al., 2003)。在地中海貧血兒童的研究中也有類似的結果，這個族群普遍有較高的憂鬱程度及較低程度的自我概念，疾病狀態、學校的表現以及親屬中是否有相同疾病導致的死亡都是影響的重要因素 (Tomaj et al., 2016；Yalçın et al., 2007)，患者的自尊狀態是焦慮的獨立預測因素 (Yahia et al., 2013)。此外，在糖尿病的族群中，青少年糖尿病的自尊心可以被認為是應對疾病的能力的決定因素，其影響因素包含身體素質的自我評估、學習成績和社會支持，而其體育訓練的局限性間接影響自我感覺適應性以及學業成就 (Małkowska-Szcutnik et al., 2012)。在一項綜合分析研究，慢性病兒童及青少年的自我概念與健康的對照組相比，疾病會造成個體有較低的自我概念 (Ferro & Boyle,



2013)；國內早期針對慢性病兒童就學問題的研究中即顯示學齡期氣喘兒童在整體自我概念、身體概念及家庭概念均顯著低於一般兒童 (陳月枝、高碧霞, 2002)。對於慢性病兒童而言，除了因疾病可能導致的身體、情感及社會功能狀態的改變，當疾病造成不適感、疼痛、害怕或焦慮、瀕臨死亡甚至因為反覆就醫治療而無法發展社交活動，面對這些長期的壓力兒童在情緒及行為上有怎樣的表現，其差異為何，對長期的心理健康有無影響需進一步探討。

如前述章節所提及，患有先天性心臟病的兒童，在生命的早期必定經歷與疾病共存的記憶，除了身心發展的挑戰，與家庭及社會環境的互動經驗對於學齡的兒童是否有意義也是此次研究想得知重點。在社會化的過程中，除了家庭與學校，他/她們比健康兒童有更多進出醫院的經驗，需面對各個領域的醫療團隊成員，接受各種的檢查及治療，生命中的重要人物尤其是幼年期父母或親密照顧者，其對於疾病的認知、教育態度、親子互動、關係親疏等，對於成長階段的兒童不僅扮演引導的角色，更重要的是站在決策者的角色上，每個決定對於兒童而言都有不可言喻的影響。此外，從罹病的衝擊到面對疾病，這段期間患者是否有機會了解自己的需求，代表自己說話以及掌控自己想做什麼，這樣自我擁護 (self-advocacy) 的權利也是影響自我概念重要因素，並且呈現正相關的影響 (林美玲、吳訓生；2013)。

隨著兒童慢性疾病存活率的上升，傳統醫學的結果指標 (例如存活率、症狀狀態、生化血液指標) 或是了解單一面向的健康問題已不足以代表整體的健康狀況，對健康狀況或與健康有關的生活質量 (Health-related Quality of Life, HQOL)，包括身體、心理以及社會領域皆需進行全面評估，以利臨床醫療團隊給予因應的措施 (Raaf et al., 2002)。由上述的文獻可得知，兒童的身心理狀態除了影響個體的發展，同時會影響個體生活經驗和成就表現。目前國內對於兒童心理健康研究主要以了解兒童住院壓力 (王沛茹、馮瑞鶯, 2013；王靜慧, 2015；劉孟琪等人；2010；潘椿滿, 2012；Spillmann et al., 2021)、焦慮及疲倦 (戴臆珊, 2004)、不確定感 (穆佩



芬等人，2014)和情緒與行為問題及情緒調節機制 (吳靜宜，2016)，在國內除了早期療育及幼兒教育有相關研究，在特殊教育乃至心理健康等領域都有相關的討論，但在針對兒童處於慢性健康狀態下的心理及社會功能的發展討論則較少。值得重視的是，若是兒童表現出的情緒及問題行為當中，未能得到處理或是隨著成熟及教育而消失或減少，將可能會持續至學齡、青少年甚或成人期，轉變成一種人格特質或是心理健康疾患 (蔡昆瀛、陳介宇，2011；蘇建文，1980)。

以生命歷程方法(Life Course Approach)探討健康強調時間序列以及社會觀點。與成年人相比，在兒童或青少年期，尚處於大量學習並吸收新的知識、擴展認知的基礎、學習應對策略、發展態度及價值觀的階段，這些能力都將影響人生軌跡的動向，對以後的健康產生影響 (World Health, 2000)。童年創傷、罹患疾病情況大幅增加了以後發生精神健康問題的風險，生命歷程中早期經歷的創傷和逆境對晚年的心理健康的影響是生命歷程觀點對心理健康研究的最重要貢獻 (George, 2007)。個體的經歷廣泛受到社會、經濟及文化背景的影響，回顧個人或同齡人的生活經歷或世代，從妊娠時期，經歷兒童、青春期、成年和中年期間的生理和社會危害，探討當前健康狀態和疾病模式的線索，以早期的生命經驗連結老年時期或衰老階段的慢性疾病風險和健康結果。藉由探討兒童階段的生命經驗，重要的是要找出造成兒童逆境持續影響的途徑和機制，透過截斷路徑，降低未來可能造成的心理健康問題。因此，本研究希望藉由 KHPT 的方式了解疾病這件事對於這些兒童是否有顯著的意義，透過自我敘說的方式，了解兒童對於環境周遭與經歷的真實想法，並且探索這群兒童的心理特質是否呈現某種樣貌，臨床醫療人員及照顧者是否可以提供適當的措施，讓這群先天性心臟疾病的兒童可以在未來的生活降低罹患心理健康問題的風險並且得到更好的生活品質。



第三章、研究方法

第一節、研究設計

本研究採混合研究(mixed methods research)方式之聚合平行混合設計(convergent parallel mixed designs) (Creswell, 2014)，以 KHTP 為媒介，透過訪談了解先天性心臟疾病兒童對於圖畫元素及生活經驗的闡述，同時藉由量性分析比較健康組兒童及 CHD 組兒童在繪圖的呈現上是否有差異。

為增進研究操作的流暢性及確認訪談內容的合宜性，於 2020 年 12 月至 2021 年 01 月進行前導研究，以在研究場所之某醫學中心兒科病房進行前導研究之經驗修正收案流程。正式收案期間預計於 2021 年 2 月至 2021 年 07 月，共計 6 個月的時間。研究流程將共兩部分進行，第一個部分為 KHTP 繪圖，研究者將給予個案繪圖指令完成繪圖，個案繪圖的過程中研究者會進行繪圖軌跡的紀錄，預計花費時間 15 分鐘，最後由研究者收回原始圖稿進行造冊及分析。第二部分則為「說故事時間」，考量個案對於疾病認知及經驗，研究者將篩選合適個案後，透過訪談指引進行半結構式訪談。研究者會引導個案透過圖畫進行個案述說故事，預計花費時間 30 至 40 分鐘，估計整體操作時間為 50 分鐘至 60 分鐘，過程中研究者皆會並陪同個案一起進行。未免重要資訊流失或遺漏，整個操作過程在經過個案及照顧者的同意下，除了以紙筆即時記錄重點之外，訪談過程會以錄音及錄影的方式輔助紀錄訪談過程，避免後續做資料分析時，因為訪談紀錄不完全而影響資料品質。

同時為了釐清 KHTP 工具應用於兒童與心理特質適用性的評估，在原本的研究設計下，加入一般健康的學齡期兒童為對照組，針對健康兒童與患病兒童的繪圖投射情形進行比較。健康組兒童採群集抽樣(cluster sampling)，由家長代替協助給予繪圖指令完成繪圖，不需要進行訪談。



第二節、研究工具

一、「動態屋-樹-人(KHTP)」

(一)、繪圖操作：

研究者提供白色 A4 紙數張、鉛筆數枝及橡皮擦給個案。研究者將白紙遞給兒童自行放置，之後個案將被指示用鉛筆在一張白紙上繪圖。他/她們將被要求畫一所房子、一棵樹和一個從事某種形式的活動的人。在繪圖的過程中，研究者將坐在個案的旁側紀錄個案的作圖軌跡(附錄 五)，包含作畫整體時間、紀錄圖畫元素的先後順序、筆觸或圖畫元素的重複及加強，以及特殊事件，以利後續研究分析。以下為操作指令：「請你在這張紙上，畫出房屋、樹、人，而人在做某一件事情。請你盡量畫完整的人。」為了不干擾個案的想法及作圖表現，對於個案關於繪圖的相關提問，研究者將以尊重及鼓勵性的話語協助個案進行，如：「你可以隨自己想法畫圖就可以」、「盡量畫就好，這張圖沒有好與壞」、「如果覺得想要結束可以隨時告訴我」等。

(二)、說故事指引：

個案結束繪畫後，研究者將會引導個案進行對話。主要以個案的繪圖內容為開端，盡可能讓個案述說想講的內容，研究者及照顧者於旁邊適時給予回應，引導個案與研究者持續性的對談，讓個案的生命經歷或感受可以得到完整的呈現。說故事的指引詳見訪談指引(附錄 二)。

二、REDCap (Research Electronic Data Capture)

用於構建和管理線上調查和數據庫的安全應用系統，專門用於支持線上或離線時的數據收集以進行研究和管理。REDCap 可以迅速的建立專案，包括以瀏覽器於線上設計或利用 Excel 資料表格在離線狀態時開發，再上傳至 REDCap；問卷

調查或資料表單均可使用這些方式建立。研究者透過線上方式向北區某教學醫院之醫學院資訊室申請使用權限，並透過教學影片學習使用該系統的方式以及專案的建立，並透過此系統收集個案基本背景資料（附錄 三、附錄 四）以利後續進行收案和資料彙整。

三、錄音筆、錄影機

為了完整並謹慎呈現研究資料及結果，研究者經過照顧者及個案之同意後，會透過錄音筆及錄影機紀錄與個案互動之過程，方便研究者後續逐字稿內文謄寫，並紀錄個案在互動過程中的表情反應、動作及行為，這些資訊都是後續分析研究結果寶貴的內容。

四、心理投射技巧分析—心理圖解手冊（Kinetic-House-Tree-Person drawing：An Interpretative Manual）(Robert,2000)

此手冊是由 Robert C. Burns 所著，台灣具有職能治療背景的學者梁漢華、黃璨瑛所翻譯，並由揚智文化所出版。此書是由 Burns 收集二十年的圖，依據 Abraham Maslow 的需求層次理論探討個體所投射的表現，內容除了說明各個元素所代表的意義，更包含多個案例作品與解析。研究者將主要利用此本圖解手冊進行繪圖分析。

五、動態屋樹人 KHTP 計分系統（附錄 一）

為確保繪圖內容的分析可以達到具客觀性及適用性，並使更具系統性的分析，除了參考心理投射技巧分析—心理圖解手冊（Kinetic-House-Tree-Person drawing：An Interpretative Manual）進行圖畫元素的解析，除搭配原初始設計附錄 五、繪圖軌跡分析指引記錄表，繪圖元素的訊息將參考學者孫頌賢、吳東秉、徐藝溶、李琦萱、丁子秦等於 2019 編制的「動態屋樹人 KHTP 計分系統」（孫頌賢等人，2019）進行統整。研究者主要利用此表紀錄繪圖軌跡及相關特徵及資訊，並以此紀錄之內

容比較先天性心臟病兒童與健康兒童的繪圖差異。



六、社交軟體 Line@官方帳號

創立「愛心寶貝說故事」帳號@828nphow，透過此帳號讓參加計劃者有管道可以諮詢計畫內容，並於計畫案結束後可以了解並追蹤整個研究進度。計畫案結束後將會結束此帳號之應用。

七、研究者本身

研究者於就學期間學習量性與質性研究的相關理論及應用，且以往的工作經歷即是先天性心病疾病術後急重症的照護，包含術後整體生理症狀評估、藥物的使用、傷口及管路護理、營養評估、呼吸訓練及活動耐受度的整體評估，並對於照顧者給予相關的衛教及提供參與照護的互動，並在兒童轉至病房時，進行臨床的觀察及互動，了解兒童對持續性治療的反應以及照顧者的需求，因此對於先天性心臟疾病族群及照護有一定程度的了解。

第三節、究對象與場所



一、研究對象


CHD 組兒童為研究者在收案場所透過立意取樣的方式進行收案，選擇訊息豐富的個案，以深入探討研究內容所代表的意義、過程及詮釋。因收案對象是未成年的兒童，因此會先尋求照顧者或父母的意願後再接觸收案對象，最後經過兒童的同意後，並且符合以下條件及資格，使得進行參與研究說明。由照顧者協助填寫受試者的家庭型態、健康狀況及治療相關紀錄(附錄 三、CHD 組個案基本資料表)，並由研究者協助透過醫療系統進行核對與確認。

CHD 組納入個案的條件如下：

- (一)、符合 ICD-10 之先天性心臟疾病診斷；
- (二)、年紀介於 6~12 歲的兒童；
- (三)、可以繪圖及以國語溝通，並且了解研究者的指令；
- (四)、照顧者及兒童同意參與研究計畫之對象。

CHD 組排除個案的條件如下：

- (一)、心智功能障礙，以重大傷病卡或病歷之病史進行排除；
- (二)、已經登錄等待心臟移植之兒童。



健康組兒童則是透過校園進行招募，在經過學校同意研究者進行收案後，透過班導師協助，經過父母及兒童的意願調查，只要有意願的對象皆可參加本研究，受試者的家庭型態、健康狀況及就醫習慣，主要以照顧者回覆表單(附錄四、健康兒童組個案基本資料表)為依據，後續研究者透過回收的資料內容根據收案條件進行排除。

健康組納入個案的條件如下：

- (一)、無先天性疾病或是慢性健康狀態，並且沒有常規接受醫療諮詢或照護；
- (二)、年紀介於 6~12 歲的兒童；
- (三)、可以繪圖及以國語溝通，並且了解研究者的指令；
- (四)、照顧者及兒童同意參與研究計畫之對象。

健康組排除個案的條件如下：

- (一)、接受特殊教育或資源班。



二、研究場所

本研究依據收案對象不同分為兩處收案場所。一處於台灣北部某教學醫院的兒童醫院為收案場所，地點為該兒童醫院 13 樓東區病房—一般綜合外科病房及門診進行收案；另一處則為台灣北部某國民小學。

(一)、病房

在兒童外科病房區，先天性心臟病的族群為照顧的對象之一，主要收治及照護需要接受手術治療、術後照護以及因外科疾病或術後相關併發症入院的兒童，年齡層主要集中在 1-5 歲，針對先天性心臟病族群及家屬主要提供術前的準備及評估的照護，並且銜接病童術後從加護病房轉出的持續性照護，包含生理症狀、藥物使用、傷口及引流管照護、活動與營養等評估，於病童出院前提供照顧者針對先天性心臟病術後的衛教手冊，讓病童及家屬在入院的期間及返家後可以得到適切及連續性的醫療照護。

(二)、門診

醫院門診主要是追蹤兒童生理狀態、評估侵入性治療前後時機，針對此族群定期安排返診、檢視心臟功能及整體生理狀況、調整藥物等，可見年齡層較廣的學齡兒童及青少年。門診安排病童返診的時間主要依據病童疾病的穩定程度及病程狀態安排，病情較穩定的病童可以半年至一年定期回診，主要集中在學期寒暑假的時間；若病童在接收侵入性處置，則出院後約一個禮拜需回門診追蹤，之後定期安排內科及外科的返診。

由於門診出入人口較多且沒有適合的時間及空間可利用，不適合進行研究操作，因此預計使用 13PE 病房會議室或是經由家屬同意於居家進行收案，以維護個案的隱私以及確保研究過程不會有太多的干擾。

(三)、臺北市東門國民小學

臺北市東門國民小學(簡稱:東門國小)位於臺北市中正區，設定為對照組一般健康兒童之收案場所，收案學年 110 學年度，1~6 年級共計 64 班，收案對象為符合健康組收案條件 1~6 年級就學中之兒童。

東門國小是一所公立小學，核定總班級數 73 班，普通班 60 班，另設有舞蹈才藝班、身心障礙資源班、資賦優異資優班及幼兒園。除了一般實體課程學習，另設有線上網路學習平台、課後社團，提供兒童豐富的學習資源，是一所教育與休閒娛樂兼併的國民小學。





第四節、研究流程

經過前導研究後，正式研究流程如圖 三-1 研究流程圖呈現。

醫院端收案由臨床醫師協助轉介，研究者進行個案條件評估，若符合收案條件且家長及兒童願意參與研究計畫，始得進行說明與研究操作。

於研究計畫變更許可通過後，東門國小收案於 2021 年 5 月至 2021 年 7 月進行，研究者經過校方同意許可收案，聯繫學校負責窗口，向其說明收案流程與收案條件後，協助尋求適合的班級及願意協助的班級導師。每年級隨機挑選一個班級，再由研究者進行接觸。因適逢 2021 年 5 月新冠肺炎本土疫情爆發，政府公告國小學校從 5 月 19 日開始停課並順延至暑假結束，進而增加收案之困難。健康組共發出 170 份意願調查，但僅有 15 位兒童及家長願意參與研究。

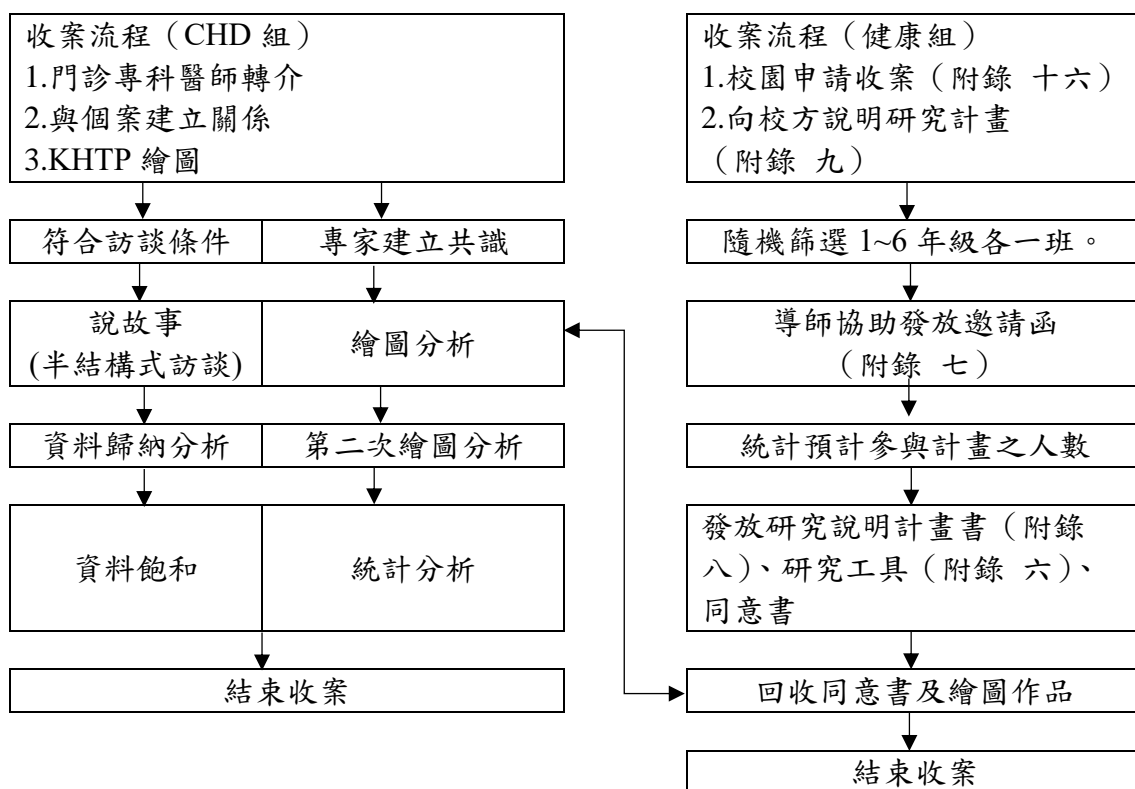


圖 三-1 研究流程圖



第五節、資料分析與處理

研究資料供有兩大部分，質性訪談資料及量性資料。量性資料包含人口學資料及繪圖計分結果將由 REDCap 建檔，並以 IBM SPSS Statics 25.0 版進行處理分析，以下分別進行資料分析的說明。

一、人口學資料

每位個案的基本背景資料如性別、年齡、家庭狀況等利用次數分配、平均數、標準差、百分比等呈現描述性統計，最後會進行推論性分析。

二、繪圖作品

每一幅 KHTP 圖畫將以資料夾分別保存，並皆由研究者自是進行整理及歸納。

為確保繪圖內容的分析可以達到具客觀性及適用性，並使初始設計的繪圖軌跡分析指引記錄表(附錄 五)更具系統性的分析，除了參考心理投射技巧分析——心理圖解手冊 (Kinetic-House-Tree-Person drawing: An Interpretative Manual) 進行圖畫元素的解析，繪圖元素的訊息將以附錄 一、動態屋樹人 KHTP 計分系統進行統整，最後進行整理及分析。

附錄 一、動態屋樹人 KHTP 計分系統是透過將繪圖元素訊號之代表意義進行編整共 194 項，並針對每個項目以 0(無訊號)、1(明顯訊號)、2(訊號不足) 進行評估計分，最後統計每幅畫可提供的訊息程度。本研究所收集的每張繪圖之評分除了研究者本身之外，會以此系統為基礎，邀請另一位熟用 KHTP 的專家獨立進行評分。評分者分別為研究生(評分者一)及取得心理與諮商學系碩士學位，並具有以使用 KHTP 為工具進行研究之經驗的專家(評分者二)。

(一)、繪圖量性資料

在第一次評分後，研究者與專家進行第一次的共識會議，釐清評分項目可能出

現的差異，之後進行第二次評分，最後依據第二次評分結果進行討論，將差異過大的項目討論保留與否。最後透過統計軟體進行處理分析，利用次數分配、平均數、標準差、百分比等呈現描述性統計，最後會進行推論性分析。

動態屋樹人 KHTP 計分系統(附錄一)分成「整體繪圖評估」、「屋的細節」、「樹的細節」以及「人的細節」四大部分。根據附錄十、繪圖評估評分表、附錄十一、屋的細節評分表、附錄十二、樹的細節評分表、附錄十三、人的細節評分表顯示兩位評分者評分的結果，由於個案數少，且兒童繪圖多呈現「無訊號」較多，因此容易導致測試者間信度(inter-rater reliability)比較之統計分析的偏差，因此在刪除客觀項目(表三-1 評分表客觀項目)後，以 Spearman's rho 比較內在一致性信度(intra-rater reliability)，確認評分者前後評分之一致性。兩位評分者針對評分者間差異較大的項目進行第二次共識討論，並將差異大之部分項目、部分客觀項目及兩位評分者皆評為「無訊號」之項目進行刪減後，以評分者二專家之次評分的結果，透過 Mann-Whitney test 進行分析，作為兩組兒童繪圖差異比較之依據。以下將針對評分前後側及兩組繪圖差異分析結果分別進行說明。



表 三-1 評分表客觀項目

評估分類	記號	代碼	CHD(N=16)	Health(N=14)
是否作畫	有作畫	W1n	16	14
	無作畫/空白	W1a	0	0
紙張擺放	橫放	W3n	12	9
	直放	W3a	4	5
繪圖先後順序	先畫人	W6a	1	0
	先畫屋	W6b	15	11
	先畫樹	W6c	0	3
省略某些元素	完整未省略	W10n	13	13
	省略人	W10a	0	1
	省略樹	W10b	3	0
	省略屋	w10c	0	0
門	最後才畫門	H2b	5	3
頭部	最後畫頭	P1H	2	0

*此部分為評分者一進行收案的繪圖軌跡紀錄內容。

由比較得知(表 三-2 Spearman's rho 評分者前/後測)，評分者一及評分者二的前後測相關性皆可達顯著相關。在評分者一，除了「整體繪圖無訊號部分」、「屋的細節訊號不足」及「人的細節訊號不足」的相關係數界於 0.4 至 0.5 相關性較差之外，其餘項目的相關係數界於 0.6 至 0.8 之間，顯示前後測的相關性可接受或良好。而評分者二在整體繪圖部分 $r > 0.5$ ，屋、樹及人的細節前後測相關係數則界於 0.7 至 0.8。由此可知，評分者對於繪圖第一次及第二次的評估差異性不大。

評分者一在針對「整體繪圖」及「訊號不足」的項目前後測有較大差異主要為，在評分者間完成第一次初評後，兩位評分者將可能遇到的差異進行討論後所產生的結果。

表 三-2 Spearman's rho 評分者前/後測

變相	評分者一 前/後測		評分者二 前/後測	
	Spearman's rho	<i>p-value</i>	Spearman's rho	<i>p-value</i>
整體繪圖_無訊號	0.494	.005	0.547	.002
整體繪圖_有訊號	0.572	.001	0.547	.002
整體繪圖_訊號不足	-*	-*	-*	-*
屋的細節_無訊號	0.703	.000	0.833	.000
屋的細節_有訊號	0.720	.000	0.833	.000
屋的細節_訊號不足	0.447	.013	-*	-*
樹的細節_無訊號	0.704	.000	0.873	.000
樹的細節_有訊號	0.755	.000	0.873	.000
樹的細節_訊號不足	0.675	.000	-*	-*
人的細節_無訊號	0.799	.000	0.752	.000
人的細節_有訊號	0.814	.000	0.752	.000
人的細節_訊號不足	0.489	.006	-*	-*

*No parameter to count.

(二)、繪圖故事分析

繪圖第二部分為兒童自我闡述圖畫的故事內容，此部分訪談內容透過內容分析，歸納出兒童對於元素的概念及內在意涵。最後透過個案分析，以繪圖特徵及故事內容相互比對分析。

三、訪談資料

本研究將透過主題式分析的原則進行資料結果撰寫。每一位個案透過說故事時間所敘述的內容，將會由研究者自行整理及歸納，建立完整詳細的逐字稿，並對文本進行初步整理，再進行資料分析。為了保有資料的真實性與完整性，避免失去或忽略訪談內容的真實訊息，研究者首先以 Field 及 Morse (1985) 的謄寫錄音紀錄訪談指引為參考依據，透過錄音及錄影的內容進行逐字文本的謄寫，最後逐步聚焦 (Burns & Grove, 2016)。



(一)、謄寫指引

1. 暫停：以破折號「——」表示。
2. 空白與長期停頓：以刪節號「……」表示。
3. 感嘆、笑聲或咒罵：在發言之間留空白，並以括號及文字形容表示。
4. 逐字稿的左側留白用於編碼，右側留白用於內容評論。
5. 每次主題改變即開始一個新的段落。
6. 所有的頁面都按順序編號。

(二)、主題式分析

將訪談資料和文本素材抽絲剝繭，歸納與研究問題有關的意義本質，進行系統性分析，尋找共同主題，捕捉這些共同主題的意義，用來幫助解釋文本所蘊含的深層意義。藉由研究者與研究對象之間互為主體性的同意與瞭解，以詮釋研究對象生活經驗的意涵，是個人經驗的再次呈現 (林本炫，2007)。

(三)、個案分析

將訪談中的文本所得訪談資料及情境，與 KHTP 繪圖特徵所投射的意義進行分析比較，予以驗證投射性繪畫於探討兒童心理特質應用之經驗及可行性。

表 三-3 研究問題及分析方法

研究項度	自變項	依變項	分析方式
比較 CHD 組與健康組兒童的基本資料	人口學特徵 繪圖時間	健康組 CHD 組	描述性統計、推論性統計、卡方檢定
比較 CHD 組與健康組繪圖分析	整體 房屋元素 樹元素 人元素	健康組 CHD 組	質性訪談、內容分析法、Mann-Whitney test
先天性心臟疾病兒童的早期的治療及生命經驗	繪圖內容 治療經驗		質性訪談、主題式分析



第六節、質性研究嚴謹度

質性研究則依據 Anfara, Brown 和 Mangione (2002) 歸納量與質的研究使用之嚴謹度原則為考量標準，包括確實性 (credibility) 來代表內在效度、可轉移性 (transferability) 來代表外在效度、可靠性 (dependability) 來代表研究的內在信度，及可確認性 (confirmability) 來代表客觀性(王文科、王智弘，2010)，其策略如下：

一、可靠性

為提高研究結果的信賴度，將透過前導研究增進與個案互動的溝通技巧，並參與「動態屋樹人工作坊」，共計 12 時的訓練及實務參與，與各個不同領域的專家學者討論如何在實際情境上進行操作、各圖像元素如何解析，如何從中引導個案說出屬於自己的故事。研究對象說完故事的最後，再次一同回顧敘說故事的內容，經過彼此的澄清、回溯、解釋後，使研究對象可認同研究結果。此外，在研究過程中，皆由研究者一人親自收案、訪談、記錄及撰寫，藉由重複的審核及討論檢視分析過程及內容，將確實保留訪談資料及影音檔案的原始資料，以利後續審查及檢視。在研究近進行集分析的過程中，運用同儕辯證 (Peer Debriefing) 及自我反思，重新檢視並導正研究的方向。

二、可確認性

研究者在進行研究操作時，透過錄音錄影以及繪圖軌跡分析指引記錄表收集資料，從收集資料到分析結果保持中立的態度，研究對象在講故事及繪圖的過程中不給予過多指示，在引導時以開放式的問答技巧進行，讓個案可以自由發揮。重視當下個案的感受，盡可能呈現研究對象的真實想法及所處情境。分析過程不斷地自我反思，隨時記錄相關想法，並將所有的原始文件、分析歷程加以保存，建立檢核軌跡，以提供日後研究參考及檢視的依據。



三、確實性

研究過程為求研究內容與結果符合真實情境，呈現研究對象的實際生命經驗，收案前會先前往研究場所與各年齡層的先天性心臟疾病兒童、照顧者以及醫療團隊成員互動，延長在研究場所參與的時間，並持續觀察臨床現況，使研究者對於研究對象能有更深刻的了解，並藉由在整個研究情境中，更客觀地找出需要深入探討的特質及要素，進而增加研究深度。在研究場所與兒童互動時，除使用兒童能理解的用詞之外，同時須配合個案的發展狀態與其互動，從中調整互動的技巧，保持尊重兒童的立場，並藉由主要照顧者了解兒童平時的狀態以利建立關係。

四、可轉移性

為能夠收取足夠而豐富的資料，本研究透過立意取樣於兒童病房及門診進行收案，研究對象將擴及不同的年齡層、不同類型的先天性心臟疾病以及不同的治療方式，並將健康兒童的繪圖納入比較，使研究結果的推論的更能廣泛應用。



第七節、研究倫理考量

為了確保研究過程中參與研究的對象的權益及保障其福祉，並預防研究者因思考不周延或處置不當而對人權產生的傷害，本研究通過臺大醫院研究倫理委員會審查通過案號 202008038RINC(附錄 十四)始進行收案，研究計劃依據前導研究之結果進行計畫變更，並送審倫理委員會審核通過(附錄 十五)。

在執行研究計畫過程中遵行自主原則、不傷害原則、尊重個人隱私及保密原則。因為參與研究之對象為未成年之兒童，為確保參與對象的權益以及對於研究目的了解與否，會先對研究場域之指導者或照顧者進行研究計劃的說明與解釋，或以提供詳細說明文件及聯絡管道代替，讓其了解計畫的內容與執行過程並且同意兒童參與研究後，才對個案進行研究相關的說明及參與方式，並於取得同意後，協助參與研究計劃的對象之照顧者簽署同意書，始可進行收案。

研究者針對個案所提供之資訊及繪圖內容有妥善保管之責，且不會輕易外流，僅提供參與研究的指導教授及口試委員以及臨床醫療工作者進行討論、揭露或交流。

第四章、研究結果



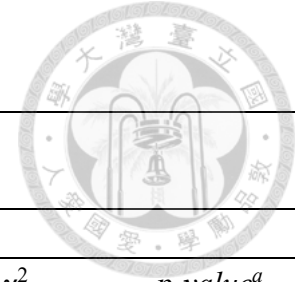
本研究正式收案期間為 2021 年 2 月至 2021 年 7 月，共計六個月的時間。收案對象分為先天性心臟病組兒童及健康組兒童。先天性心臟病組經由兒童心臟科醫師評估轉介，健康組則透過學校招募自由參加為研究對象。原先納入研究個案數先天性心臟病組兒童 16 人，健康組兒童 15 人，然而健康組 1 位兒童未繳交圖畫，故與予以排除，最後有效收案人數共 30 人。

第一節、個案基本人口學特徵及分析

一、人口特徵

參與本研究的健康組兒童，個案數共 14 位，男童 6 位 (42.9%)，女童 8 位 (57.1%)，平均年紀 9 歲，中低年級人數占 8 位 (57.1%)，中高年級人數占 6 位 (42.9%)。在家庭狀況中，小家庭占 85.7%，主要照顧者以媽媽 (78.6%) 為多數；家中子女數有位 10 位兒童有超過兩位以上的手足。在先天性心臟病組，個案兒童共 16 位，男童 9 位 (56.3%)，女童 7 位 (43.7%)，平均年紀 8.5 歲，中低年級人數占 12 位 (75%) 最多。在家庭狀況中，多數是小家庭 (75%)，照顧者以媽媽 (75%) 為主；家中子女數有 6 位兒童是獨生子女，7 位兒童有一位手足。根據表 四-1 個案基本屬性資料表顯示，健康組兒童與先天性心臟病組兒童在人口學基本屬性上性別、年齡分組及有無手足變相無顯著性的差異。其餘變相家庭型態、主要照顧者的分布亦無明顯差距。

表 四-1 個案基本屬性資料表



	健康兒童 (N=14)		CHD 兒童 (N=16)			
年齡(Mean±SD)	9.0±1.8		8.5±1.5			
變項	n	%	n	%	χ^2	<i>p</i> -value ^a
性別					0.536	0.464
男	6	42.9	9	56.3		
女	8	57.1	7	43.7		
手足						0.09 ^b
有	13	93.9	10	62.5		
無	1	6.1	6	27.5		
家中子女數						
1	1	7.1	6	37.5		
2	3	21.4	7	43.7		
≥3	10	71.5	3	18.8		
年級					0.433	0.510
中低年級 (≤9歲)	8	57.1	12	75		
中高年級 (>9歲)	6	42.9	4	25		
主要照顧者						
爸爸	2	14.3	2	12.5		
媽媽	11	78.6	12	75		
雙親(祖父母)	(1)	7.1	2	12.5		
家庭型態						
小家庭	12	85.7	12	75		
三代同堂	2	14.3	3	18.8		
單親家庭	0	0	1	6.2		

^ap-value was examined by Chi-square to compare 2 groups. ^b Fisher's exact test.



二、健康狀況

根據健康組兒童健康狀況表（表 四-2 健康組兒童健康狀況表）顯示，14 位兒童健康狀況皆為「良好」（一個月可能就醫 1 次或是更少），僅有 1 位兒童因為專注力不足疑似注意力不足及過動症（Attention deficit and hyperkinetic disorders, ADHD）定期回診接受評估；健康組兒童無個案有接受早期療育或復健之經驗。

在 CHD 組的兒童（表 四-3 CHD 兒童健康狀況表），13 位（81.3%）患有發紺型先天性心臟疾病，3 位（18.7%）則是非發紺型。16 位中僅有 2 位（12.5%）沒有接受過侵入性治療，其餘兒童至少接受過一次手術或是一次心導管的經驗，其中接受三次或以上手術有 5 位（31.2%），心導管則有 4 位（25%）。以心臟協會標準委員會(NYHA)心臟衰竭的分級，12 位（75%）兒童為一級，無身體活動限制，日常活動不會引起疲倦、心悸、呼吸困難或胸痛等症狀；4 位（25%）兒童為二級，輕微活動限制，如爬樓梯、掃地等日常活動不受影響，若做劇烈運動就會出現身體不適症狀。16 位 CHD 組兒童中，有一半的兒童至少需固定服用一種或以上的藥物，2 位（12.5%）兒童偶爾需短暫使用氧氣維持血氧。在 CHD 組中則有一半的兒童有接受早期療育或復健之經驗。

由 CHD 個案屬性資料及診斷類別表（表 四-4 CHD 個案屬性資料及診斷類別表）可得知，這群先天性心臟疾病兒童在受訪時間的三內接受過侵入性治療共有 4 位（25%），其餘兒童多數在出生一到兩年就已經完成侵入性的矯正治療。

表 四-2 健康組兒童健康狀況表

變項	n	%
健康狀況		
良好	14	100
普通/不佳	0	0
一個月內就醫經驗		
有	1	7.1
無	13	92.9
先天性或持續追蹤疾病		
有	1	7.1
無	13	92.9
早期療育/復健		
有	0	0
無	14	100

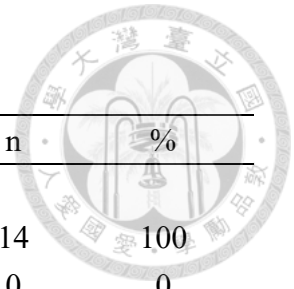


表 四-3 CHD 兒童健康狀況表

變項	n	%
心臟疾病類型		
發紺型	13	81.3
非發紺型	3	18.7
接受侵入性治療		
有	14	87.5
無	2	12.5
手術經驗		
0	2	12.5
1	6	37.5
2	3	18.8
≥3	5	31.2
心導管經驗		
0	7	43.8
1	4	25
2	1	6.2
≥3	4	25
NYHA		
1	12	75
2	4	25
3	0	0
4	0	0
藥物使用種類		
0	8	50
1	4	25
2	2	12.5
≥3	2	12.5
氧氣需求		
無使用氧氣	14	87.5
短暫使用氧氣	2	12.5
早期療育/復健		
有	8	50
無	8	50

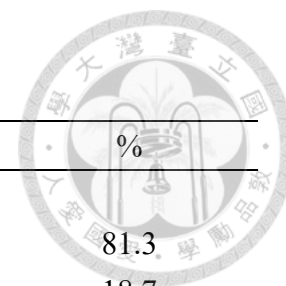


表 四-4 CHD 個案屬性資料及診斷類別表



編號	性別	年紀	診斷	距離上次侵入治療時間(年)
發紺型				
個案 01	女	11	D-transposition of great vessels, SD, Discordant ventriculoarterial connection	10
個案 03	女	7	Extreme TOF with pulmonary atresia, Bilateral pulmonary hypoplasia	3
個案 04	男	7	Endocardial cushion defect	4
個案 06	女	7	Endocardial cushion defect	7
個案 07	女	10	Extreme TOF with large VSD, Pulmonary atresia	1
個案 08	女	12	DORV, Sub pulmonary VSD	6
個案 10	男	9	Hypoplastic left heart Syndrome, DORV, Coarctation of aorta	2
個案 11	女	9	TOF	6
個案 12	男	8	Situs inversus, Mitral atresia with DORV, Rudimentary left ventricle, Pulmonary atresia, Restrictive ASD	1
個案 13	男	8	Intracardiac TAPVC-obstructive type	7
個案 14	男	9	TAPVR	9
個案 15	男	7	Hemi-Truncus arteriosus	6
個案 16	男	7	Arterial switch operation	7
非發紺型				
個案 02	女	8	Pulmonary valve stenosis	無接受侵入性治療
個案 05	男	7	VSD	無接受侵入性治療
個案 09	男	11	VSD	10

ASD : Atrial septal defect ; DORV : Double outlet right ventricle ; TOF : Tetralogy of Fallot ;
 TAPVR : Total Anomalous Pulmonary Venous Return ; TAPVC : Total Anomalous Pulmonary Venous Connection ; VSD : Ventricular Septal Defect.

第二節、KHTP 繪圖比較及分析



一、繪圖摘要

此研究給予兒童正規繪圖時間為 15 分鐘。根據繪圖紀錄表 (表 四-5 繪圖紀錄表), CHD 組兒童繪圖地點為醫院病房的討論室, 健康組兒童繪圖地點為家中, 兒童平均繪圖超過 15 分鐘 4 位 (25%), 健康組 6 位 (43%)。CHD 兒童平均繪圖時間為 545.9 秒 (約 9 分鐘), 最短時間為 63 秒; 健康組平均繪圖時間為 892.3 (約將近 15 分鐘), 最短時間為 193 秒, 兩組兒童在繪圖時間上無明顯差異。

表 四-5 繪圖紀錄表

變項	CHD 兒童		健康兒童		χ^2	<i>p-value</i> ^a
	n	%	n	%		
繪圖時間						.422 ^b
≤ 15分鐘	12	75	8	57		
> 15分鐘	4	25	6	43		
平均繪圖時間 (秒)	545.9		892.3			
標準差	429.9		596.8			
最大值	1518		1919			
最小值	63		193			
繪圖地點	病房討論室		家中			

^ap-value was examined by Chi-square to compare 2 groups. ^bFisher's exact test.



二、CHD 兒童 KHTP 繪圖訪談之分析

研究者將透過錄音及筆記所記錄的訪談資料進行謄寫後，首先進行閱讀及編碼，編碼方式如：C01-H1-1，表示第一位個案，房子的第一題的第一個子題，此部分依據內容分析法進行整理，最後進行分析。

此次參與訪談的 CHD 個案共 11 位，研究者透過半結構式訪談指引(附錄 二)對 11 位兒童進行訪談，僅有一位兒童(C10)未有完成所有繪圖內容的故事。由表四-6 繪圖元素述說順序表繪圖元素述說順序表可得知，11 位個案之繪圖元素述說順序約一半個案是從人物或房屋元素開始述說，樹元素通常都放在最後。

表 四-6 繪圖元素述說順序表繪圖元素述說順序表

順序	個案數
房屋-人-樹	4
房屋-人	1(C6)
人-房屋-樹	2
人-房屋*	2
人-樹-房屋	2

*一位(C3)沒有畫樹(C3)，一位(C10)故事沒說完。

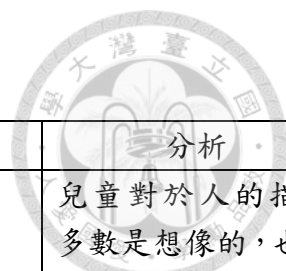
(一)、人

人的描繪反應自我的形象，可以展現身體外貌及心理層面的自我感受，並可反映個體對於人際關係的情緒，與理想自我的描繪。11 位個案皆有畫出「人」元素，下表整理個案針對於此元素之描述。

表 四-7 人元素描述表整理及分析得知，兒童畫的人物可能是想像的、認識的或是自我投射，圖畫中人物的行為或舉動是來自生活經驗的展現，並且多與快樂及愉快的經驗有關。兒童可以透過人物表達出對物質慾望的需求，但較難透過其所繪的人物展現出認知層面或抽象概念的表達。



表 四-7 人元素描述表



題目	內容描述	分析
<p>這個人是你認識的人嗎？(P1-1)</p>	<p>認識的，我同學(C1)； 我(C2)； 認識，他是我的好兄弟(C3)； 不知道(C4)； (搖頭)(C5、C10)； 是我(C6)； 我自己亂畫的(C7)； 他是鄰居(C8)； 不是(C9)； 我想的(C11)</p>	<p>兒童對於人的描繪多數是想像的，也可能是認識的人或是自己的投射。</p>
<p>他幾歲？(P2-1)</p>	<p>10 歲(C1)； 6 歲(C2、C5)； 不知道(C3、C4)； 9 歲(C6)； 7 歲(C7、C9)； 88 歲(C8)； 成年、成年人，78 歲；孫子 7 歲(C10) 一萬歲(C11)</p>	<p>孩子畫出來的人物多數是自己與自己相符的年紀。</p>
<p>他在做什麼？(P3-1)</p>	<p>澆花(C1)； 玩玩具、玩積木(C2)； 寫功課阿(C3)； 摘蘋果(C4)； 跟蝴蝶追來追去還有跟小貓小狗玩(C5)； 老師在上課，然後我拿國語來上課阿(C6)； 他在踢足球；他很喜歡運動(C7)； 他在隔壁、他在隔壁在那邊吃香蕉。他每天都在吃香蕉、搞笑、每天都在看電視，然後每天都在那邊當個地瓜什麼都不做(C8)； 澆花、阿不是、是澆樹(C9)； 種田(C10、C11)；</p>	<p>兒童描述的人物行為多是日常生活的狀態並且能力所及；人際關係是侷限的。</p>
<p>(延伸)他都跟誰一起做？</p>	<p>自己玩就好了啊(C2)； (問:有其他人跟她一起玩嗎?)(搖頭)(C5)； 跟家人一起；會做任何運動；(圖中的人物)沒有朋友，都跟家人一起(C7)；</p>	



	只有他媽在做事；媽媽跟他一起玩 switch(C8)； 平常有人陪她，有爸爸媽媽姊姊和小狗(C9)； 孫子會幫爺爺一起種田(C10)；	
這個人在想什麼？(P4-1)有什麼話想說？(P4-2)	沒有(C1、C5、C7、C9)； 寫功課阿、(有無想說的話)[搖頭](C3)； 想上課的事情啊(C6)； 沒有；他說我想要在家裡每天鬼混(C8)； 他想要全部的人變成機器人；他是啞巴；(問:如果他 可以說話或是可以寫下來，有沒有想要說什麼?)(搖頭)(C11)	兒童對於圖畫中靜態的人物較少認知層面的想像。
這個人的心情或感覺如何？(P5-1)	很快樂(C1)； 很好玩啊，很開心(C2)； 感覺他乖乖的是在寫功課吧 (C3)； 開心(或很開心)(C4、C5、C9、C11)； 有時候會很生氣[跟同學的摩擦]，有時候會很開心 [老師上課說的笑話](C6)； 很開心；現在可以常常出去玩很開心(C7)； 他在吃香蕉很快樂(C8)	繪圖的人多數是開心的，這樣的情緒狀態與其圖畫中的行為可能是相關的。
這個人他最需要什麼？(P6-1)	朋友(C1)； 玩具、糖果(C2)； 寫功課、他想養貓咪還有玩機器人(C3)； 不知道(C4)； 吃的東西；蛋糕、點心、布丁，最喜歡草莓口味的蛋糕(C5)； 沒有(C6、C7)； 他想要每天玩 switch，馬力歐賽車、足球阿、什麼動物森友會阿、什麼大亂鬥阿一堆東西，一大桶 switch (C8)； 想要再種一棵樹(C9)； 變成有錢人(C11)	兒童描述的需求以物質欲望層面為主。
(延伸)可以請你說看看為什麼有這樣的需求嗎？(P6-2)	她孤單，平常都一個人坐在那畫畫或看書。希望朋友 跟她一起玩鬼抓人(C1)； 買一個 101 大樓；很多人住；可以陪伴他(圖中的人物)(C11)	愛與歸屬的需求。

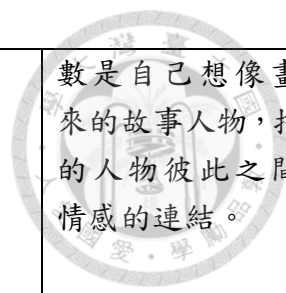


(二)、房屋

房屋的描繪是親情與安全，代表家庭及與家人互動的經驗。11 位個案皆有畫出「房屋」此元素，下表整理個案針對於此元素之描述。由表 四-8 房屋元素描述表整理及分析得知，兒童對於房屋的外觀雖然都是想像的，但在抽象概念的描述中，房子是安全穩固的，在房子內發生的情境多是以家人及日常生活的互動所建構而成。

表 四-8 房屋元素描述表

題目	內容描述	分析
這個房子是真實的還是想像的？ (H1-1)	自己想像的(C1、C4、C5、C6、C7、C9、C11)； 真的(C2、C3)； 沒看過(C8)	多數兒童對於房屋的描繪都是想像的。
這是新房子還是舊房子？(H2-1) 你覺得這個房子堅固、安全嗎？ (H2-2)	新的(C1、C2、C5、C6、C8、C9)； 新房子(C3、C4)； 舊房子(C7)；	所描繪的房屋多是新的。
	一點點堅固、安全的(C1)； 沒有晃來晃去(C2)； 有安全吧(C3)； 很安全(C4、C7、C9、C11)； 沒感覺(C5)； 它可以撐著不會垮下來，除非有地震的話它才会有震動(C6)； 如果發生土石流它會...它會把人砸扁、它地震的時候也會塌下來(C8)	房屋給兒童的感覺是安全穩固，可能會造受到自然災害而受到破壞。
房子裡住了哪些人？(H3-1)他們有什麼關係？	(圖中的人物)她還有爸爸媽媽跟哥哥 (C1)； <u>自己</u> 還有爸爸媽媽和和姐姐(C2)； 五個人:有(圖中的人物)他、爸爸媽媽還有兩個不認	兒童對於房屋內所居住的人物有可能是自己及家人，但多



<p>(H3-2)</p>	<p>識的人(C3) ; (圖中的人物)他自己(C4); (圖中的人物)她還有爸爸媽媽跟小狗小貓(C5); 媽媽、姊姊、爸爸還有我(C6); 就我跟我爸媽(C7); 媽媽、我、我堂哥(C8) ; (圖中的人物)她還有爸爸媽媽、姐姐跟小狗(C9); (圖中的人物)他跟孫子(C10); (圖中的人物)他、鬼、殭屍、吸血鬼(C11)</p>	<p>數是自己想像畫出來的故事人物，描述的人物彼此之間有情感的連結。</p>
<p>(延伸)住在一起的人感情好不好?(H3-3)</p>	<p>好啊(C1、C7) ; 有時候會吵架，有時候不會吵架(C6) ; [點頭](C8、C9)</p>	
<p>(延伸)住在一起的人會一起做什麼事?(H3-4)</p>	<p>去公園玩、玩溜滑梯(C1) ; 種花(向日葵、杜鵑)、種樹(蘋果樹)，爸爸媽媽照顧花樹、小女孩在花園裡跑來跑去追蝴蝶(C5) ; 媽媽有時候跟爸爸洗澡、有時候姐姐會跟我洗澡、有時候一起刷牙、還有運動，姐姐會教我劈腿(C6) ; 玩桌遊而已啊(C7) ; 爬山(C8) ; 看電視、姐姐照顧狗、她陪狗玩(C9) ; 嚇人、扮鬼臉、整別人(C11)</p>	<p>房屋裡住的人多從事日常生活可能會發生的事或是情境，學齡的兒童也可以描述發生了什麼事。</p>
<p>你覺得這房屋裡面正在發生什麼事? (H4-1)</p>	<p>分工合作打掃(C1) ; 玩、看手機、手機、炒菜(C2) ; 看手機(C3) ; 沒有(C4、C5) ; 上廁所、還有吃飯、還有寫作業、還有玩球、還有玩玩具，然後還有睡覺還有刷牙(C6); 我老爸在工作、(媽媽)煮飯、(自己)寫作業(C7); 聊天鬼混、(我跟堂哥)看電視打電動、(媽媽)看手機(C8); (四個人一起)煮飯 (C9); 種田(C10) ; 打人(C11)</p>	



(三)、樹

樹的描繪代表生命力與能量狀態，與個體與環境互動的能力有關，反映長久以來對於自我淺意識的感受。11 位個案中有 2 位(C3、C6)；沒有畫出「樹」此元素，下表整理個案針對於此元素之描述。根據表 四-9 樹元素描述表整理及分析得知，兒童對於樹的外觀是想像的，樹木的是比兒童年紀更長的存在，是健康沒有受傷害的。

表 四-9 樹元素描述表

題目	內容描述	分析
這個樹是真實的還是想像的？(T1-1)	我有看過(C1)； 自己想出來的(C2、C4)； 自己想像的(C5、C11)； 自己畫的(C7)； 會說話的樹、有大眼睛、有穿衣服、沒存在(C8)； 故事書裡面看過的(C9)	多數的孩子對於樹的描繪都是想像的。
這棵樹活著嗎？(T2-1)	恩(C1)； 死掉了(C2)； 活著(C4、C7、C8、C11)； 健康(C5、C9)	樹木的狀態多數是健康沒有受過傷害的，是比兒童的年紀更大的存在，一樣會慢慢成長。
這個樹幾歲了？(T3-1)	35 歲(C1)； 活到 5 歲(C2)； 不知道、(問:它很高很大、還是很小?)是好高很大(C4)； 100 歲(C5、C7)； 比他(圖畫中人物 88 歲)還老、大概兩兆歲(C8)； 30 歲(最老的)、2 歲(最小的)(C9)； 1 歲(C11)	
這棵樹曾經受到傷害過嗎？(T4-1)	沒有(C1、C3、C5、C7、C9)； 沒有、都沒有太陽(死掉的原因)(C2)； 沒有，因為他都跟他(圖畫中的人物)躲在家(C8)	
(延伸)什麼樣的樹？(T4-2)	蘋果樹(C1、C4、C5、C7)； 世上沒有的樹→奇異果樹→釋迦樹(C8)； 聖誕樹(C9)； 菊花樹→櫻花樹→聖誕樹(C11)	對於樹的描述符合年齡層可能出現的想像。



(四)、整體

根據

表 四-10 整體經驗描述表，在 11 位受訪的個案中，每一位對於繪圖的感受都是正向愉悅的。然而，兒童多數無法直接表達單一事件或繪圖特徵的連結或意義。

表 四-10 整體經驗描述表

題目	內容描述	分析
作畫時的感受怎麼樣?(W1-1)	開心(或很開心)(C1、C2、C4、C5、C8、C9)； 心情是好的吧(C3)； 有時候會很開心，有時候會生氣，有時候會難過(不願意分享難過的事情)(C6)； 不喜歡畫畫；(問:施測時做畫的感受?)很開心(C7)； 我覺得很難畫；(問:施測時做畫會討厭嗎或有不開心的感覺?)[搖頭](C11)	兒童在做畫的當下是開心愉悅的。
畫完圖，你想到什麼事件或回憶?(W2-1)	沒有(C1、C2、C5、C8、C9)； 不知道(C3)； 有，蘋果樹(C4)； 有時候會，有時候不會(C6)； [搖頭](C7、C11)	兒童多數無法表達單一事件與繪圖內容的連結或意義。
跟現實生活或事件有什麼關係？(或針對圖畫內容詢問最近是否有相關的經驗)(W3-1)	(針對圖畫上的螞蟻巢穴詢問最近在學校是否去做自然科學的昆蟲體驗?)有(C1)	

小結：

研究者透過 KHTP 的繪圖及半結構式的訪談，可以了解兒童對於每個圖畫元素概念及意象，我們可以確認多數個案的「房屋」與「人」元素彼此有相連結，相對於「樹」元素的描述更具體清楚，其描述的內容亦符合個元素所代表的抽象意涵。然而；年紀越小的兒童對於人物元素的描述較多為生活的經驗或需求，少能展現出

心理層面或認知層面的描述，對於概念較抽象的「樹」元素的描述也較侷限，且較少能描繪或描述與其他元素有更多的互動或連結。

以馬斯洛的需求金字塔來探討上述訪談內容，可以得知學齡期兒童透過圖畫可以表現出追求生理、安全、愛與歸屬的需求；以皮亞傑的認知發展理論而言，也驗證處於具體運思期的學齡兒童的認知活動歷程具有邏輯，可以依舊有經驗或具體實物進行述說，但對於抽象事物無法進行推理或應用，此部分可以由訪談內容分析的結果得到相互呼應，即兒童對於展現生命能量的樹木元素或是整體繪圖與生活事件相關連結思考可能會無法呈現更豐富完整的樣貌。



三、健康兒童及 CHD 兒童繪圖比較

此部分針對兒童的繪圖呈現的內容分成四大部分：整體、房屋元素、樹元素、人元素進行比較分析，並透過附錄 一、動態屋樹人 KHTP 計分系統，比較兩組兒童繪圖的差異。本研究首先依據羅文菲爾特(Viktor Lowenfeld)的兒童繪圖發展進行分組(表 四-11 兒童繪圖分組表)，最後進行比較。

表 四-11 兒童繪圖分組表

年紀(歲)	CHD 兒童(N=16)		健康兒童(N=14)		總數
	男	女	男	女	
6-7	4	2	1	2	9
8-9	4	2	3	2	11
10-12	1	3	2	4	10

(一)、6-7 歲組-圖示化前期

1. 整體

在這一組年紀的整體繪圖上，健康組兒童雖然只有 3 個人，但仍可以從圖畫上看出相較於 CHD 組兒童，空間表現較有秩序，且開始有基底線及天空線的概念，內容呈現更豐富，也較有動態概念。在筆觸線條的質感也較穩定，CHD 組的兒童則呈現較飄浮不定、歪斜，亦有出現筆觸斷續、非常短的狀態，尤其在 CHD 組有接受早期療育兒童(case3、4、15)的繪圖中更為明顯，而沒有接受早期療育且未接受手術(case5)或已完成矯正手術(case16)的個案，可以完整清楚畫出繪圖元素；case6 的繪圖則與健康組的繪圖更相近。兩組兒童在繪圖元素比例的呈現也符合該年紀的繪圖發展，無法展現明顯的比例差異。

2. 圖畫元素—房屋

在 CHD 組整體房屋的畫法較不穩定，有歪斜或漂浮、甚至屋頂分離(cas4、15)，

沒有門(case3、5、16)或是缺少窗(case4、5)；健康組的房屋筆觸畫法較方正穩定，並皆有畫門，並有開窗的畫法(case9、14)。不分組別，大部分的兒童會畫出十字型的窗戶；此組則有一位 CHD 組兒童(case15)表現出透視的畫法。



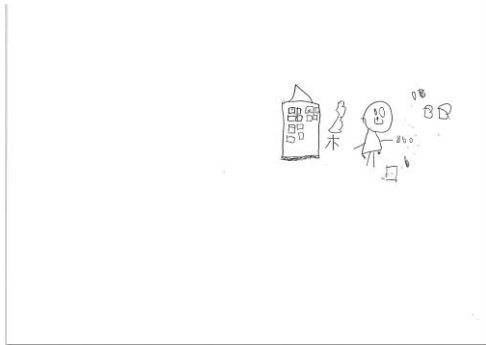
3.圖畫元素—樹

CHD 組接受早療的兒童沒有繪出的樹(case4、15)，一位兒童甚至對於樹的描述是死亡的(case3)；此階段 CHD 組的兒童可以大略畫出處的外觀、樹上有蘋果垂掛，尚無法仔細描繪枝葉，健康組的兒童則可以畫出簡略的枝葉，向外或向上生長的意象較明顯，甚至有樹洞的畫法(case9)。整體來說，兩組兒童的樹都是簡單的，沒有較多的細節描繪。

4.圖畫元素—人

這組兒童不分組別在人物繪圖的表現呈現正面站姿，身體無法仔細畫出肢體細節，多以線條表現，五官的表現缺乏鼻子和耳朵，表情多是愉悅的，在行為繪圖的表現上無法較直接看出來，也沒有手持物品的表現。CHD 組兒童明顯在毛髮的表現上較少，頭部是圓形但線條表現仍較不穩定。

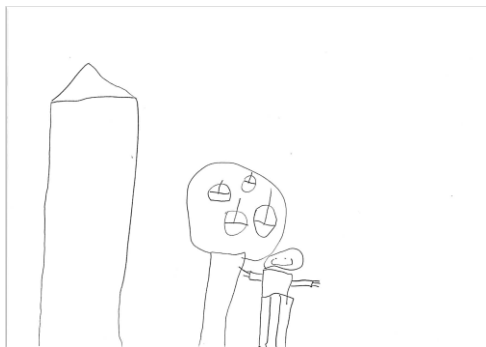
CHD(case3)_女/7歲/接受早療
NYHA-2/已完成全矯正手術



CHD(case4)_男/7歲/接受早療
NYHA-1/階段性矯正手術



CHD(case5)_男/7歲/無早療
NYHA-1/定期追蹤無需接受手術



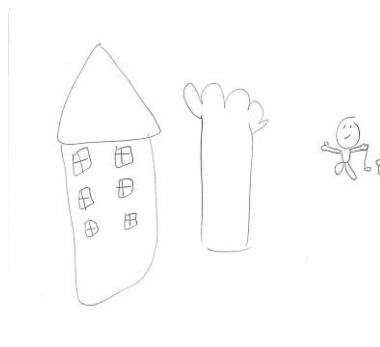
CHD(case6)_女/7歲/無早療
NYHA-1/已完成全矯正手術



CHD(case15)_男/7歲/接受早療
NYHA-1/階段性矯正手術



CHD(case16)_男/7歲/無早療
NYHA-1/已完成全矯正手術



Health(case4)_女/7歲



Health(case9)_女/7歲



Health(case14)_男/6歲



圖 四-1 6-7 歲組繪圖原稿



(二)、8-9 歲-圖示化期

1. 整體

在這一組年紀的整體繪圖上，兩組的繪圖內容都更為豐富，且多了許多想像及動態表現，並出現擬人化的特徵；五官、肢體及人物行為的描繪更為清楚。在 CHD 組的表現上，筆觸線條質感也較穩定，不分疾病嚴重度或早期療育的情形，基本皆可以完整清楚畫出繪圖元素，在圖畫空間利用上也較為開闊。與同組的其他人相比，在健康組 case3 及 CHD 組 case13 的整體繪圖的畫像較小，而 CHD 組 case10 的畫像則呈現過大；此外，CHD 組 case12 在繪圖呈現出現間隔畫法。健康組 case13 之男童為疑似注意力不足過動症 (ADHD) 個案，每個月定期回診追蹤，相較於同組的八歲男童(case5、10)而言，筆觸線條的質感呈現較飄浮不定及歪斜，並有較多的塗黑的表現。

2. 圖畫元素—房屋

這一組年紀的兒童在房屋外觀有了更多著墨，如裝飾的外牆、屋頂有太陽能板以及煙囪，甚至出現擬人化(Health_case5)的房子。不分組別皆有個案的房子比例較大(CHD_case2、9、Health_case6、9、10)佔據紙張 1/3。在門的表現上，CHD 組(case14)及健康組(case13)各有一位兒童沒有畫門，健康組則有一位畫雙扇門(case10)，一位兒童(case5)的門被東西擋住；各組在窗戶的表現上仍以十字型窗戶為主，一位 CHD 組兒童(case14)的沒有畫窗。此組則有一位健康組兒童(case13)表現出透視的畫法。

3. 圖畫元素—樹

這個階段不分組別的兒童在描繪樹木開始出現較明顯的枝葉生長，樹幹上開始有紋路，甚至有擬人畫的表現(CHD_case10、Health_case5)。CHD 組有兩位兒童(case13、14)在樹的描繪上相對簡略，健康組一位兒童(case13)的樹則出現塗黑並且較簡略的畫法。健康組的一位兒童(case6)所繪的蘋果樹有強壯的樹根，並有一些蘋

果掉落於地上。



4.圖畫元素—人

這組兒童在人物元素身體已經較可以畫出明確肢體，衣物上也多了細節的呈現，五官的表現仍缺乏耳朵，但開始有毛髮、睫毛及牙齒的呈現，表情也多是愉悅的，一位健康組兒童(case5)可以嘗試畫出側面坐在動物上的概念。在行為繪圖的上已經可以清楚呈現，也有多了手持物品的表現。在健康組的兒童中則有一位個案(case10)缺少人物元素；CHD 組有三位個案(case12、13、14) 以及健康組的一位個案(case3)的人物元素較簡化。

CHD(case2)_女/8歲/無早療
NYHA-1/定期追蹤無需接受手術



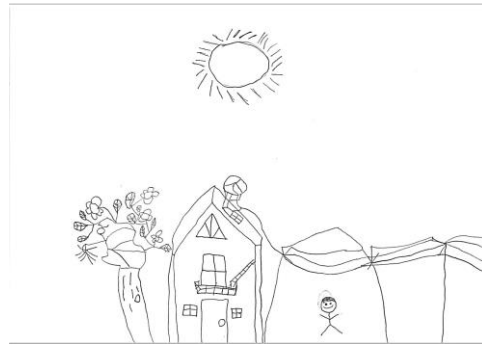
CHD(case10)_男/9歲/接受早療
NYHA-2/已完成全矯正手術



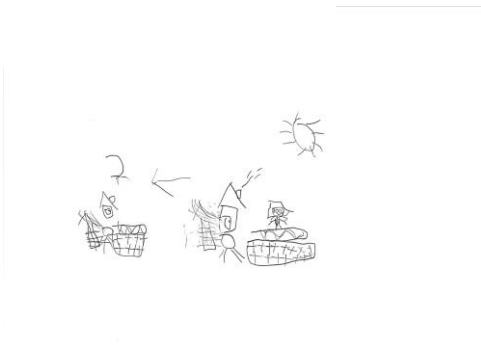
CHD(case11)_女/9歲/接受早療
NYHA-1/已完成全矯正手術



CHD(case12)_男/8歲/接受早療
NYHA-2/已完成全矯正手術



CHD(case13)_男/8歲/無早療
NYHA-1/已完成全矯正手術



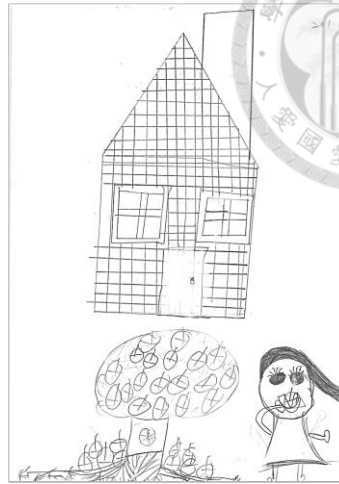
CHD(case14)_男/9歲/無早療
NYHA-1/已完成全矯正手術



Health(case3)_女/9 歲



Health(case6)_女/9 歲



Health(case5)_男/8 歲



Health(case10)_男/8 歲



Health(case13)_男/8 歲/疑似 ADHD

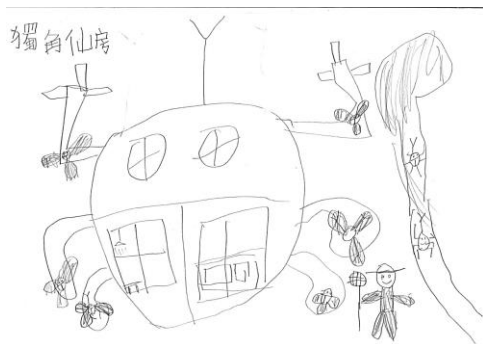


圖 四-2 8-9 歲組繪圖原稿



(三)、10-12 歲-寫實萌芽期/黨群期

1. 整體

在這一組年紀的整體繪圖上，兩組繪圖開始出現比例變化、重疊、遠近表現，並且出現群體的概念。但在 CHD 組中，僅接受階段性矯正手術且接受早療的個案(case7、8)其繪圖表現明顯較簡化且圖像比例也較小，筆觸線條的質感仍出現斷續及不穩，case7 圖繪表現出封閉式及間隔的畫法，已完成全矯正的個案(case1、9)則與健康組的繪圖更相近。此組則有兩位兒童(CHD_case1、Health_case2)表現出透視的畫法。

2. 圖畫元素—房屋

此組的房屋外觀出現立體空間變化，健康組兒童(case8)出現房屋與樹相依附的畫法，CHD 組(case1)及健康組兒童的房屋與樹在視覺上呈現比鄰而居，不再是單獨存在。CHD 組一位兒童(case7)沒有畫門，健康組則有一位兒童(case8)的門有較多著墨，一位(case15)則是畫雙扇門。窗戶的表現仍以十字窗為主，健康組 2 位(case2、7)及 CHD 組一位兒童(case7)則是沒有畫窗。此組則有一位健康組兒童(case2)表現出透視的畫法。

3. 圖畫元素—樹

CHD 組的個案(case7、8)一位缺乏樹，一位的樹則較簡化，另外有一位兒童(case9)樹枝及樹葉呈現漩渦狀，樹根有陰影，健康組有一位兒童(case15)的樹也出現漩渦式畫法。健康組兒童的樹，除了蘋果以外，開始有其他生命個體的出現，如小鳥、松鼠，同時也多了鳥巢、樹洞以及吊床的表現。兩族兒童在枝葉細節上的描繪仍舊不多。

4.圖畫元素—人

這組兒童在人物元素身體可以畫出明確肢體，衣物上除了細節的呈現還多了「上下」的概念，五官表現仍缺乏耳朵，毛髮上的處理更明確，表情也多是愉悅的，並有「群體」的概念出現，不再只是一位人物，側面的畫法更加清楚。在行為繪圖上同樣清楚呈現，也一樣有手持物品的表現。CHD 組有兩位接受階段性矯正的個案(case7、8)的人物元素雖較簡化，但仍可以畫出行為表現。

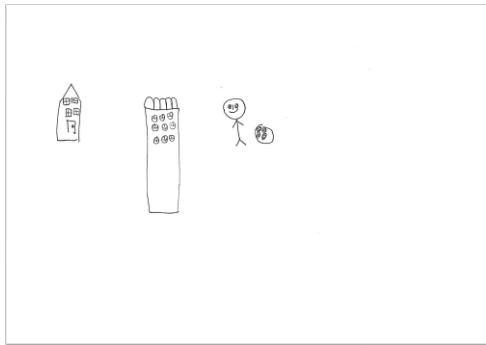
CHD(case1)_女/11歲/無早療
NYHA-1/已完成全矯正手術



CHD(case7)_女/10歲/接受早療
NYHA-1/階段性矯正手術



CHD(case8)_女/12歲/接受早療
NYHA-2/階段性矯正手術



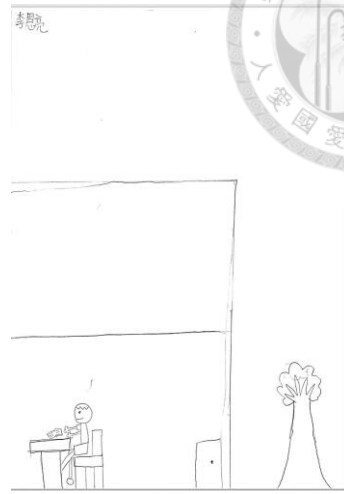
CHD(case9)_男/11歲/無早療
NYHA-1/已完成全矯正手術



Health(case1)_女/12 歲



Health(case2)_男/10 歲



Health(case7)_女/10 歲



Health(case8)_女/11 歲



Health(case11)_男/10 歲



Health(case15)_女/10 歲

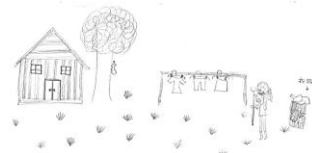


圖 四-3 10-12 歲組繪圖原稿



四、健康兒童及 CHD 兒童繪圖之差異

根據第三章第五節研究工具—動態屋樹人 KHTP 計分系統(附錄 一)之驗證說明，兒童繪圖量性資料主要以評分者二專家之次評分的結果，透過 Mann-Whitney test 進行分析，作為兩組兒童繪圖差異比較之依據。以下將針對分析結果分別進行說明。

(一)、整體繪圖評估

在各部分的「一般性畫法」之定義為，若該大項目沒有特徵符號呈現，則勾選「一般性畫法」。因此，在整體繪圖評估的項目中(表 四-12)，經過評分者討論，決定將「精緻程度」及「線條畫法」刪除，上述兩個項目容易受發展程度而影響，並且單一元素繪圖表現可能有所差異導致評分不易。

根據表 四-12 評分表-整理繪圖評估，在整體繪圖的評估分析中，兩組兒童在整體繪圖表現上沒有差異。兩組兒童大部分會將紙張橫放，畫像大小、物件擺放比例適當，元素則由房屋開始畫起，一半的兒童除了三種繪圖元素外，還會多畫出其他的內容，筆觸適當無過度擦拭反應，陰影與基線呈現一般性畫法。CHD 組則有 3 位兒童沒有畫出「樹」元素。

表 四-12 評分表-整理繪圖評估

整體繪圖評估			CHD		健康		<i>p-value</i>
評估分類	記號	代碼	1	0	1	0	
是否作畫	有作畫	W1n	*				
	無作畫/空白	W1a	*				
精緻程度	一般性畫法	W2n	*				
	精緻	W2a	*				
	粗略或退化	W2b	*				
紙張擺放	橫放	W3n	12	4	9	5	.530
	直放	W3a	4	12	5	9	.530
畫像大小	適當	W4n	11	5	10	4	.875
	過小	W4a	4	12	3	11	.821
	過大	W4b	1	15	1	13	.923
物件擺放比例	分配適當	W5n	15	1	11	3	.230
	人在中間佔滿超過 1/3	W5a	*				
	屋在中間佔滿超過 1/3	W5b	1	15	3	11	.230
	樹在中間佔滿超過 1/3	W5c	*				
繪圖先後順序	先畫人	W6a	1	15	0	14	.350
	先畫屋	W6b	15	1	11	3	.230
	先畫樹	W6c	0	16	3	11	.055
擦拭反應	無過度擦拭反應	W7n	13	3	10	4	.533
	過度擦拭反應	W7a	3	13	4	10	.533
力道與筆觸	一般性畫法/適當	W8n	16	0	12	2	.124
	力道過重	W8a	0	16	2	12	.124

	力道過輕	W8b	*				
陰影與基線	一般性畫法/適當	W9n	6	10	9	5	.150
	過多陰影	W9a	*				
	強調基線	W9b	1	15	2	12	.472
	空白處塗抹、草地	W9c	10	6	6	8	.290
省略某些元素	完整未省略	W10n	13	3	13	1	.359
	省略人	W10a	0	16	1	13	.285
	省略樹	W10b	3	13	0	14	.093
	省略屋	W10c	*				
線條畫法	無明顯特徵	W11n	*				
	外放型	W11a	*				
	控制型	W11b	*				

*刪除之項目



(二)、屋

在屋的細節項目中（表 四-13），經過討論將「非常近」此項目刪除。此項目在畫面呈現的受各元素距離和比例尺大小影響，兒童受限發展可能無法清楚透過繪圖有意義的呈現，因此將此項目刪除。

根據分析，兩組兒童在房屋繪圖的上大多數沒有差異，僅在「整體畫法-快倒或傾斜 (H1L)」($p=.005$)、「屋頂-頂端未聯合 (H4a)」($p=.048$)、「屋頂-塗黑、頂上休憩設施 (H4c)」($p=.032$) 有顯著差異。CHD 兒童房子畫法容易出現傾倒、屋頂沒有聯合，健康兒童則是會在屋頂上畫有更多的裝飾或是其他物件。雖然其他細節上的統計沒有差異，依據分佈，CHD 兒童的整體畫法有偏小的現象，窗戶可能缺乏；健康兒童則是比較多個案最後才畫門，窗戶數量適當。

表 四-13 評分表-屋的細節

屋的細節			CHD		Health		<i>p-value</i>
評估分類	記號	代碼	1	0	1	0	
整體畫法	一般性畫法	H1n	2	14	4	10	.280
	擬人化房子	H1a	0	16	1	3	.285
	藍圖或平面圖	H1b	*				
	畫房子的背面	H1c	*				
	房子搖搖欲墜	H1d	*				
	非常遠	H1e	*				
	非常近	H1f	*				
	非常小	H1g	5	11	1	13	.105
	非常大、占滿	H1h	1	15	2	12	.472
	在紙下邊緣	H1i	4	12	4	10	.828
	紙張上方	H1j	0	16	3	11	.055
	透視或沒有牆	H1k	2	14	3	11	.520
	快倒或傾斜	H1L	9	7	1	13	.005
	向左右伸展	H1m	*				
	向上下伸展	H1o	1	15	0	14	.350
門	一般性畫法	H2n	3	13	3	11	.8578
	缺少門	H2a	6	10	1	13	.054
	最後才畫門	H2b	2	14	5	9	.140
	非常大	H2c	0	16	1	13	.285
	非常小	H2d	*				
	強調鎖住	H2e	0	16	2	12	.124

	打開門	H2f	*				
	強調門把	H2g	6	10	6	8	.769
	門上有著墨	H2h	1	15	4	10	.108
窗	一般性畫法	H3n	0	16	3	11	.055
	關閉的百葉窗	H3a	*				
	開著的百葉窗	H3b	0	16	1	13	.285
	適當大小與數量的窗	H3c	3	13	6	8	.158
	缺乏窗	H3d	5	11	2	12	.281
	過度強調	H3e	8	8	6	8	.700
	開窗	H3f	0	16	1	13	.285
屋頂	一般性畫法	H4n	9	7	6	8	.472
	頂端未聯合	H4a	4	12	0	14	.048
	被吹落或破損	H4b	*				
	塗黑、頂上休憩設施	H4c	3	13	8	6	.032
煙囪	一般性畫法	H5n	1	15	1	13	.923
	未畫煙囪	H5a	13	3	10	4	.533
	過度加大或強調	H5b	0	16	3	11	.055
	歪斜或虛弱	H5c	2	14	0	14	.178
	冒煙一條線	H5d	*				
	冒煙非一條線	H5e	3	13	1	13	.359
台階與走道	未畫台階或走道	H6n	*				
	適當的畫法	H6a	*				
	強調台階或走道	H6b	*				

*刪除之項目



(三)、樹

在樹的細節(表 四-14)刪除「蘋果樹有掛牢」及「蘋果樹無掛牢或掉落」兩項,其餘項目依據前述原則進行項目刪減。上述項目兩位研究者對於「有無掛牢」的看法差異大,因此刪除。

根據表 四-14 評分表-樹的細節的分析中,兩組兒童在樹繪圖的表現上沒有差異,多數項目幾乎沒有特殊訊號。依據下表,多數兒童的樹呈現一般性畫法,CHD 約有 1/3 兒童的樹呈現傾斜或漂浮,兩組兒童在樹的呈現上一般是忽略樹枝及省略樹葉,但樹枝是向上生長,CHD 兒童則有出現樹根陰影的表現,另外,根據前述兒童繪圖,兩組在樹上的掛物常見是蘋果,健康組兒童會有小鳥在樹上的畫法。

表 四-14 評分表-樹的細節

樹的細節			CHD		Health		<i>p-value</i>
評估分類	記號	代碼	1	0	1	0	
整體畫法	一般性畫法	T1n	6	10	7	7	.498
	枯樹	T1a	0	16	1	13	.285
	狗在樹上尿	T1b	*				
	非常大的樹	T1c	*				
	孤立山頂的樹	T1d	*				
	傾斜樹、漂浮樹	T1e	5	11	3	11	.551
	陽具樹	T1f	*				
	向上下過度伸展（相對畫紙）	T1g	0	16	2	12	.124
	樹彎向房子	T1h	1	15	1	13	.923
	茂盛的樹枝和樹葉遠離房子	T1i	0	16	1	13	.285
	樹壓房子	T1k	3	13	1	13	.359
樹上掛物	無掛物	T2n	9	7	10	4	.397
	蘋果樹有掛牢	T2a	*				
	蘋果樹無掛牢或掉落	T2b	*				
	松鼠藏東西	T2c	*				
	樹上有盪鞦韆	T2d	*				
	小鳥在鳥巢中	T2e	0	16	2	12	.124
	小鳥在鳥巢中露出腳	T2f	*				
小鳥在鳥巢中但不穩	T2g	*					
枝幹與葉	一般性畫法	T3n	2	14	1	13	.631
	樹枝向下垂、垂葉、柳樹	T3a	4	12	2	12	.472

	樹枝向上伸	T3b	7	9	8	6	.472
	樹枝往外伸展、可庇蔭	T3c	0	16	3	11	.055
	樹枝或樹葉呈漩渦狀	T3d	1	15	1	13	.923
	完整包覆的樹，但枝葉混亂	T3e	1	15	2	12	.472
	省略或簇葉（不毛之樹）	T3f	4	12	2	12	.472
	葉子正在掉落	T3g	*				
	光禿禿或稀疏， 但樹枝樹幹強壯	T3h	1	15	0	14	.350
	斷落或截斷的樹枝	T3i	*				
	忽略樹枝	T3j	4	12	5	9	.530
	過多樹枝（一直畫）	T3k	2	14	1	13	.631
	樹幹瘦小但樹枝過大多	T3l	*				
	樹節、樹洞	T3m	1	15	3	11	.230
樹根	一般性畫法	T4n	0	16	3	11	.055
	強壯樹根	T4a	0	16	1	13	.285
	枯乾樹根	T4b	*				
	樹根的陰影	T4c	2	14	0	14	.178

*刪除之項目



(四)、人

在人的細節部分（表 四-15）則是刪除「強調、塗黑、擦拭、遮掩胸部」此項目。兩位研究者皆帶入各自主觀經驗評斷此項目，因此差異較大，予以刪除。其餘項目依據前述原則進行項目刪減。

根據分析，兩組兒童在人的細節繪圖的上大多數沒有差異，僅在「腿與站姿-朝側面（P9j）」（ $p=.004$ ）有顯著差異。根據下表，CHD 兒童亦有頭部較不規則的畫法；在五官的表現上，兒童容易強調眼睛、塗黑或是出現小圈圈的眼睛，忽略耳朵和鼻子，嘴巴上的表現較多。在軀幹 CHD 兒童大部分是過小過瘦或簡化軀幹，手臂多是張開的，健康兒童則 1/3 有折手的畫法。兒童在描繪站姿的表現上容易出現兩腳長短不一，CHD 兒童甚至多是傾斜站立或漂浮或是強化腿。在衣服的描繪，CHD 兒童則較有裝飾或花樣，毛髮則主要是在頭髮的部分會有較多強調。大部分的孩子在行為的表現上都會畫出手持物品。

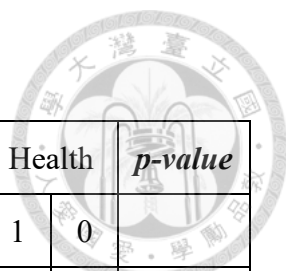


表 四-15 評分表-人的細節

人的細節			CHD		Health		<i>p-value</i>
評估分類	記號	代碼	1	0	1	0	
頭部	一般性畫法	P1n	11	5	10	4	.875
	過大	P1a	1	15	1	13	.923
	過小	P1b	*				
	不規則	P1c	4	12	1	13	.198
	漂浮	P1d	*				
	只有頭	P1e	*				
	只畫頭背部	P1f	*				
	省略頭	P1g	*				
	最後畫頭	P1h	1	15	1	13	.923
臉部	一般性畫法	P2n	15	1	13	1	.923
	模糊的五官或表情	P2a	1	15	0	14	.350
	過度強調五官	P2b	*				
	整張臉圖黑	P2c	*				
眼睛與眉毛	一般性畫法	P3n	4	12	3	11	.821
	強調眼睛、塗黑	P3a	9	7	6	8	.472
	閉眼	P3b	4	12	1	13	.198
	小圈圈眼睛	P3c	3	13	4	10	.533
	省略眼睛	P3d	*				
	眉毛仔細加工與過度工整	P3e	1	15	1	13	.923
	眉毛多毛、遠離修飾	P3f	*				
耳朵	一般性畫法	P4n	1	15	1	13	.923

	省略耳朵	P4a	14	2	12	2	.888
	過大或不尋常的耳朵	P4b	1	15	0	14	.350
鼻子	一般性畫法	P5n	5	11	1	13	.105
	省略鼻子	P5a	9	7	12	2	.084
	過度強調或過大的鼻子	P5b	2	14	0	14	.178
嘴巴與下顎	一般性畫法	P6n	13	3	8	6	.158
	過度強調嘴巴	P6a	2	14	4	10	.280
	省略嘴巴	P6b	0	16	1	13	.285
	過度強調唇型	P6c	0	16	1	13	.285
	口中叨物、咀嚼	P6d	1	15	1	13	.934
	露出牙齒	P6e	2	14	2	12	.888
	強調下巴	P6f	*				
軀幹	一般性畫法	P7n	4	12	4	10	.828
	過小過瘦、簡化軀幹	P7a	11	5	8	6	.518
	過大軀幹	P7b	*				
	圓形化軀幹	P7c	2	14	0	14	.178
	省略或擦拭肩膀	P7d	*				
	清楚或過度強調的肩膀	P7e	2	14	3	11	.520
	強調、塗黑、 擦拭、遮掩胸部	P7f	*				
	過大胸部	P7g	*				
	畫出性器官	P7h	*				
	解剖、透視	P7i	1	15	0	14	.350
前肢/手臂/	一般性畫法	P8n	3	13	2	12	.748

手指/手	手臂在腰	P8a	0	16	2	12	.124
	手臂張開	P8b	12	4	8	6	.309
	手臂在身後	P8c	*				
	折起手臂	P8d	2	14	5	9	.140
	非常短	P8e	0	16	1	13	.285
	非常大或長的手	P8f	1	15	1	13	.923
	省略手臂或放在背後	P8g	*				
	過大或腫大手指	P8h	1	15	1	13	.923
	強調指節	P8i	*				
腿與站姿	一般性畫法	P9n	1	15	1	13	.923
	腳被紙邊切掉或省略	P9a	4	12	2	12	.472
	腳交叉	P9b	0	16	1	13	.285
	兩腳長短不一	P9c	5	11	4	10	.875
	過長	P9d	1	15	0	14	.350
	強化腿	P9e	5	11	3	11	.551
	強調腳指	P9f					
	傾斜站立或漂浮	P9g	6	10	3	11	.346
	踮著腳尖	P9h	1	15	1	13	.923
	雙腿大大張開	P9i	2	14	2	12	.888
	朝側面	P9j	0	16	6	8	.004
背面呈現	P9k	1	15	0	14	.350	
折腳	P9l	0	16	2	12	.124	
飾品或衣著	一般性畫法	P10n	11	5	6	8	.160
	裸體	P10a	*				

	透明衣著	P10b	*					
	強調鈕釦	P10c	0	16	1	13	.285	
	強調領帶	P10d	*					
	強調口袋	P10e	*					
	衣服有裝飾、花樣	P10f	6	10	3	11	.346	
	強調衣服的中線	P10g	*					
	戴帽子	P10h	1	15	3	11	.230	
毛髮 (頭、胸、或任何部位)	一般性畫法	P11n	2	14	5	9	.140	
	強調毛髮	P11a	8	8	7	7	1.000	
行為、動作	一般性畫法	P12n	7	9	5	9	.659	
	手持物品	P12a	9	7	8	6	.961	
	傷害樹 (砍樹、澆水)	P12b	3	13	2	12	.748	

*刪除之項目

小結：

透過訪談可以得知兒童對於繪圖都抱持著正向的態度，感到開心愉悅的。整體繪圖的評估分析中，兩組兒童在繪圖的表現上沒有差異，早期就已經完成侵入性治療的 CHD 兒童，即使有接受過早期療育，其繪圖發展和繪圖表現幾乎與一般健康兒童沒有差異。根據繪圖紀錄，大部分的孩子都是從房屋開始畫起，表示兒童對於家庭關係的緊密。在缺乏元素項目上，CHD 組則有三位兒童沒有畫出「樹」元素，視為缺乏生命力或較弱的互動能力的表現；一位健康兒童則未畫出「人」元素，表示可能是一種逃避退縮、低自我價值的意涵。在筆觸的表現上，年紀越大趨於穩定，CHD 組的兒童尤其嚴重度較高或是接受早療的兒童較可能呈現飄浮不定、歪斜，亦有出現筆觸斷續、非常短的狀態，表示緩慢、焦慮、沒有安全感或膽怯，即使隨

著年紀增長，也不一定會趨向正常的繪圖發展（如：CHD_case7、8），並且圖畫上會出現有意義的特徵表現，例如一位 CHD 組 case7（10 歲）繪圖表現出封閉式及間隔的畫法，是一種孤立、無能力溝通或需要去除威脅事務。而一位疑似注意力不足過動症（ADHD）的健康組男童(case13)其線條較同齡呈現較飄浮不定及歪斜，並有塗黑的特徵是一種焦慮的表現。

在房屋的部分，兒童對於外觀描述都是想像的，是安全穩固的，在房子內發生的情境多是以自己的日常生活所建構而成。8-9 歲的兒童中不分組別皆有個案的房子比例較大佔據紙張 1/3，表現出強烈的關係需求；年紀越大的兒童開始出現房屋與樹相依附的畫法（如：Health_case8），房屋與樹的視覺上呈現比鄰而居，不再是單獨存在，顯示自我的生命價值與家庭間的親密關係可能開始出現互動或是干擾。藉由圖畫比較分析，兩組兒童在房屋繪圖在「整體畫法-快倒或傾斜（H1L）」（ $p=.005$ ）、「屋頂-頂端未聯合（H4a）」（ $p=.048$ ）、「屋頂-塗黑、頂上休憩設施（H4c）」（ $p=.032$ ）有顯著差異。CHD 兒童房子畫法出現傾倒是缺乏安全感的表現，訪談中兒童有出現因外力因素導致房屋倒塌的描述，而屋頂沒有聯合則是缺乏自我設限，推測家庭成員在協助兒童面對疾病治療或是成長階段的行為與態度有關；健康兒童在屋頂上畫有更多的裝飾或是其他物件表示可能感受到壓力、焦慮感，並試圖逃避，推測可能為家庭成員的期待超出個體所能負荷，對兒童而言是一個壓力的來源。雖然其他細節上的統計沒有差異，CHD 兒童的整體畫法有偏小、缺乏窗戶是一種退縮、退化的表現；健康兒童則是比較多個案最後才畫門，窗戶數量適當表示對環境和人際關係是有興趣的，但可能是害羞或是有不好的人際經驗。


兒童對於樹的外觀是想像的，是年紀更長的存在，是健康沒有受傷害的。在樹的細節的圖畫比較分析中，兩組兒童在樹繪圖的表現上沒有差異，多數項目幾乎沒有特殊訊號。訪談中只有一位兒童描述樹木枯死，其他個案描述樹木元素多是呈現健康沒受傷害的，然而約 CHD 約有 1/3 兒童的樹呈現傾斜或漂浮表示不安全感或是失去生命力、低互動能力，出現樹根陰影的表現則是感到焦慮。兩組兒童在樹的



呈現上一般是忽略樹枝及省略樹葉，可能顯示缺乏自我統合及人際關係未得滿足；樹枝向上生長則表示生命的前進。

兒童對於圖畫的人物有些是想像的、有些是認識的或是自我的投射，人物的行為或舉動是來自生活經驗的展現，並且多與快樂及愉快的經驗有關。兒童可以透過人物表達對物質慾望的需求，無法透過其所繪的人物展現出認知層面或抽象概念的表達。而在圖畫比較分析中，兩組兒童在人的細節繪圖的上僅在「腿與站姿-朝側面 (P9j)」($p=.004$) 有顯著差異，推測健康兒童相較於 CHD 兒童更具社交能力及參與更多不受限制活動場域，因此健康兒童比 CHD 兒童在面對人際關係會有更多的猶豫與保守。CHD 兒童較有頭部較不規則的畫法顯示器質性疾患問題，其中一位 (CHD_case10) 在軀幹上表現解剖、透視的畫法顯示身體化的疾患與威脅；在五官的表現上，兒童容易強調眼睛、塗黑或是出現小圈圈的眼睛，忽略耳朵和鼻子，多為兒童正常會出現的畫法，嘴巴上的表現較多表示有口腔慾望上的需求。CHD 兒童在軀幹大部分是過小過瘦或簡化表示可能對身體不滿意或焦慮，手臂多是張開的則期待人際的接觸、友善開放，在訪談的內容中，也可見對人物元素的描述孤獨的或是相處的對象只有家人；健康兒童折手的畫法則表示可能是被動及不被肯定。兩組兒童在描繪站姿的表現上容易出現兩腳長短不一是獨立與依賴的矛盾；CHD 兒童在站姿表現多傾斜站立或漂浮或是強化腿，表示對行動需求的不安全感及焦慮。在衣服的描繪，CHD 兒童則較有裝飾或花樣顯示在意他人眼光。

綜合前述兩節，兒童透過 KHTP 闡述的故事內容所產生的概念以及圖畫特徵所呈現，以整體而言，大部分的孩子對於屋及人的元素描述都符合其抽象概念，樹的抽象概念則較薄弱，較不易連結單一事件與繪圖特徵的意義，元素間彼此之間的「依附」最強的是人物與房屋元素。繪圖上兒童大多都是從房屋開始畫起，表示兒童對於家庭關係的緊密，CHD 兒童針對房屋的描述都是安全穩固，但在繪圖特徵上易表現出退化、沒有安全感、容易焦慮及感受壓力，此外，對於生命能量低下、



疾病威脅生命等心理狀態無法透過樹來呈現，而是以房屋特徵來表現，推測家庭雖是兒童安全的堡壘，但在協助兒童面對生命危機時仍讓兒童感到挫折無助；健康組兒童的繪圖特徵上推測家庭壓力與人際經驗的概念有相關，兩組兒童在人物的描繪皆顯示獨立與依賴的矛盾。CHD 兒童對於房屋及人的描述顯示多有互動，這些人物主角在圖畫呈現的「行為」多是個案生活經驗的展現，對人物元素的描述是孤獨的或是相處的對象只有家人，其畫法顯示器質性疾患問題、對身體或行動上不滿意、不安全感或焦慮，期待人際的接觸、友善開放，在意他人眼光；健康兒童的繪圖特徵顯示面對人際關係的猶豫與保守，及可能是被動及不被肯定。由此可以得知學齡期兒童透過圖畫表現出追求生理、安全、愛與歸屬的需求。兒童對於樹的外觀是想像的，是健康沒有受傷害的，雖然訪談中對於樹的陳述表現較少，但描述中可以推測兒童對於成長的渴望；在繪圖上兩組兒童在樹元素的表現上沒有差異，多數項目幾乎沒有特殊訊號。以認知發展理論而言，具體運思期的學齡兒童對於抽象事物無法進行推理或應用，本研究個案平均年齡層較小，其發展尚未到自我整合的階段，結果可相互呼應。

第三節、先天性心臟疾病兒童生命經驗訪談及分析

此次參與繪圖的 CHD 個案共計 11 位兒童，其中有 9 位兒童接受第二部分的訪談。第二部分的訪談針對兒童自身對於 CHD 生病經驗的自我表述及感受，訪談中照顧者於一旁陪伴輔以說明及提醒。下表為受訪者的基本資料。

表 四-16 CHD 訪談個案基本資料表

受訪者	性別	年紀	診斷	訪談時間	有無訪談生病經驗
個案 01(C1)	女	11	D-transposition of great vessels, SD, Discordant ventriculoarterial connection	19:00	有
個案 03(C2)	女	7	Extreme TOF with pulmonary atresia, Bilateral pulmonary hypoplasia	12:51	無
個案 04(C3)	男	7	Endocardial cushion defect	18:48	有
個案 05(C4)	男	7	VSD	06:55	無
個案 06(C5)	女	7	Endocardial cushion defect	19:11	有
個案 07(C6)	女	10	Extreme TOF with large VSD, Pulmonary atresia	59:58	有
個案 08(C7)	女	12	DORV, sub pulmonary VSD	45:02	有
個案 10(C8)	男	9	Hypoplastic left heart Syndrome, DORV, Coarctation of aorta	26:56	有
個案 11(C9)	女	9	TOF	17:23	有
個案 13(C10)	男	8	Intracardiac TAPVC-obstructive type	12:25	有
個案 14(C11)	男	9	TAPVR	43:27	有



一、先天性心臟疾病於學齡兒童之生命歷程與經驗


此次接受訪談生病經驗的兒童共 9 位，平均年齡 9.1 歲，距離兩年內曾接受侵入性治療共有 3 位（詳見表 四-4 CHD 個案屬性資料及診斷類別表），其餘兒童大部分都在為踏入小學就讀前就已經完成侵入性治療。這些兒童仍維持每年定期回診，部分兒童則需要持續接受藥物治療。研究者藉由訪談兒童對於疾病及生活狀態的經驗及感受，從患有 CHD 的小朋友對於疾病與生活的闡述確認兩個主題，分別為「疾病資訊建構不全」以及「生活型態的不穩定性」，詳述如下。

(一)、疾病資訊建構不全

本研究中 CHD 兒童對於疾病描述及治療經驗的感受主要有兩個主軸，分別為「疾病認知限制及不足」及「治療的恐懼及不確定感」。以下呈現本文整理的描述。

1. 疾病認知限制及不足

受限於兒童年紀及認知發展尚不成熟，關於慢性病的治療的方向決策主要是醫療團隊及照顧者討論為依據，隨著年齡成長，兒童有機會可以參與討論，逐漸擁有自主權。根據研究者透過訪談學齡兒童的疾病感受及經驗，可以了解兒童對於自身疾病認知的侷限，當研究者詢問是否知道自己為什麼來看醫生？知道自己有心臟疾病嗎？心臟病是什麼？個案可以回答知道但無法描述更多具體內容，如 C1：「只有(知道)一點點而已，我只知道出生的時候然後就開刀。」、C3：「知道(自己有心臟病)。(對於心臟病的描述)長的不一樣。」、C6：「有阿。你問媽媽阿，我也不知道怎麼回事。」、C9：「(為什麼要看醫師)應該吧，有點不知道。」在訪談的過程中，研究者透過手術疤痕與心臟疾病的連結，引導兒童談論更多對於疾病的認知，如 C5：「(胸口疤痕)小時候問過，但忘記了(媽媽說個案曾經有問過為什麼得這個病，並詢問弟弟為什麼沒有疤痕)」、C7：「因為心臟病阿。是我之前就有的。我小時候開刀就有了」、C10：「(為什麼要看醫師)指著胸部。」、C11：「每年都還看林醫師，胸口的疤痕是開刀有的。」除了對於疾病的知曉與否，部分兒童仍持續服用藥物治




療，研究者進一步詢問兒童用藥原因，年紀大一點的孩子大致會了解用藥的目的，如 11 歲的 C1 回答「因為我有心律不整。(吃藥的幫助是什麼)心臟不要一直亂跑。」、12 歲的 C7 則說「因為我有心臟病阿；(不吃藥會怎樣)因為如果我不吃藥我就會死翹翹，我一定要吃藥。」而年紀小一點的兒童則不清楚用藥的原因，如 7 歲的 C5、10 歲的 C6 即回答「不知道。」

此外，兒童對於疾病的資訊來和內容主要來自照顧者，其次是醫師，且兒童對於資訊的內容印象是薄弱的。研究者詢問醫生或媽媽/爸爸有沒有跟你說什麼關於心臟病的事？有沒有跟你說要注意什麼？照顧者主要會提醒兒童生活層面的注意事項，以及在學校若身體不適可以尋求資源協助，如 C1：「老師說就不要做劇烈運動。」、C6：「其實都是媽媽跟我說的，說今、明天要打針，然後我就說好吧。媽媽說的有時候記得，有時候忘記。」、C8：「媽媽幾乎每天提醒，叫我不能跑步、要小心、走樓梯要慢、鹹的不能吃。」、C9：「媽媽就說跑步的時候如果有點不舒服，去跟老師講。」、C10：「媽媽說不要亂跑，不要隨便出門，在學校不舒服要去醫護室，還要找老師。」而兒童從醫師得到的資訊主要為未來的檢查，說明對象多以照顧者為主，如 C1：「(醫生說)要一直吃藥，還要繼續觀察，還有一些我忘記了，有一些都是跟媽媽說的。」、C3：「(醫生)沒有跟我說。」、C7：「下一次抽血 10 月，醫生說的。」、C8：「(醫生叔叔說什麼)已經全部忘光了。」、C11：「醫生說一個，叫我不要吃太胖。」

由上述內容可以得知，兒童幼兒時期經歷過的疾病經驗以及後續持續追蹤疾病的過程中，隨著年紀的增長，所得到或是記得關於疾病的資訊仍是有限的。

2.治療的恐懼及不確定感



由臨床觀察及文獻可知，兒童對於不了解的治療感到恐懼，除了治療本身造成的疼痛不適，兒童對於治療選擇的權利是受限制的，研究者針對個案治療的經驗提出感受或感覺的提問，個案回答如 C5：「我就是不想(吃藥)，你(媽媽)就丟給我吃阿。」、C6：「(住院的感受)我就很害怕，很痛，不要打針；我比較喜歡吃黃色的(藥)，不喜歡吃那個粉紅色，苦苦的。」、C7：「(抽血的感受)很痛很害怕；住院可能會...(手指天上)。」、C8：「(住院會怎樣)抗議兩個字。」藉由兒童的描述，可以得知兒童在面對慢性病的治療處境是被動的，不管是疾病本身的限制還是治療的計畫，兒童都可能是處在未知的情況下接受一切的安排。



(二)、生活型態的不穩定性

本研究 CHD 兒童對於疾病與生活狀態的經驗描述主要有三個主軸，分別為「藥物目的與現實的衝突」、「生理變化趨向穩定」及「飲食跟活動限制」。以下呈現本文整理的描述。

1. 藥物目的與現實的衝突

慢性疾病的兒童除了侵入性的治療外，疾病產生的合併症狀或是緩解性用藥是無可避免的，研究者詢問有吃藥嗎？吃幾種藥？，兒童對於用藥的陳述如下，C1：「要一直吃藥(因為有心律不整)，還要繼續觀察；(藥物的幫助是什麼)可以讓那個心臟不要一直在亂跑」、C6：「一天吃兩個藥。(不吃藥會不會身體不舒服)不會，我都覺得很開心(可以不用吃藥)。」、C7：「吃 4、5 種藥，有吃毛地黃和利尿劑；如果我不吃藥我就會死翹翹我一定要吃藥」、C8：「吃六種藥、我媽叫我在學校吃藥，我會把它帶回來再吃，因為我懶得在學校吃藥。」、C11：「吃一種藥，醫生開的；(吃藥是否有幫助)(搖頭)」另有些照顧者也描述，因為兒童從小就開始吃藥，所以大部分的孩子都可以配合服藥，短暫的不使用藥物對兒童影響不大，但對兒童來說，吃藥已經成為生活中的一部份，不可避免。

2. 生理變化趨向穩定

隨著個體的成長，兒童對於身體不適的情境可以透過言語描述得更清楚，這也是他/她們對於疾病所導致的影響最直接且真實的感受。研究者詢問個案平常活動上會不會身體不舒服？心臟病身體會怎麼樣？得到的回答如下，C1：「我有心律不整；跑完步心臟會一直跳；(更多的形容)只是覺得跳很快。」、C6：「我最早可以吃兩碗，但沒開刀的時候我都吃一碗，開完刀的時候我很開心，所以我其實都吃兩碗。」、C7：「爬半層樓梯就會喘；(照顧者說個案)天氣太冷太熱會受不了。」、C9：「平常跑步運動沒有特別不舒服，一點點喘而已。」、C11：「有一次不吃東西的時候，每一天我都不吃，有很多天沒有吃東西，然後就開始來住院了；(個案)覺得氣



喘跟心臟病有關。」由此可知，即使疾病已經被治療或是階段性治療，隨著年紀的增長，CHD 兒童雖然可能有身體不舒服的情況產生但可以緩解，描述更為具體清楚也更具邏輯。

3.飲食及活動限制

除了前述藥物的使用以及身體上的限制，慢性疾病對於生活上的限制也會影響學齡兒童的成長，包含飲食、活動以及教育。研究者詢問個案心臟病對生活的影響或事印象深刻的事情為何，所得到的回應如下，如 C3：「不能吃抹茶、蔓越莓；不能撞到，要戴安全帽。」、C7：「我現在頭上有裝一顆那個塑膠管所以那個磁鐵比較不能靠近；不能吃橘子。參加學校運動會在旁邊看，不想參加競賽；不想讀普通班，因為有考試和寫功課；我都會自己注意安全，騎腳踏車都會自己戴安全帽。」、C8：「(有心臟病會怎樣)代表我數學會考很爛；影響體育阿，不能跑步；身體不允許我跑步，跑步起來會喘喘；不能跑步、要小心、走樓梯要慢；鹹的不能吃，藍莓、蔓越莓、蜂蜜不能吃。」、C10：「媽媽說不要亂跑，不要隨便出門；他們(同學)寫完功課，我沒有寫完。」、C11：「不要吃太胖。」由訪談得知，即使兒童對於這些生活限制不一定了解原因，可能與疾病有連結，而父母及醫生的提醒，同時也建構個案對於自我照顧的觀念，並逐漸成為生活的習慣。

表 四-17 質性訪談主題建構表

主題	分類
疾病資訊建構不全	疾病認知限制及不足
	治療的恐懼及不確定感
生活型態的不穩定性	藥物目的與現實的衝突
	生理變化趨向穩定
	飲食跟活動限制



二、KHTP 應用於 CHD 個案之分析

依據 CHD 兒童的繪圖特徵與訪談內容，嚴重度較高且反覆治療經驗較多之個案在繪圖發展上可顯見落後同齡兒童，並且從訪談資料可相互對映具有心理特徵之意涵的繪圖。研究者挑選出兩位高年級個案，進行 KHTP 繪圖及生命經驗的相互呼應的分析比較，訪談過程中多加入照顧著的觀察及分享。

(一)、個案 07

10 歲女童

診斷：TOF；NYHA：1

治療階段：階段性矯正手術(手術 4 次，心導管 6 次)；接受早期療育。

KHTP 繪圖特徵：簡化、缺乏樹元素、比例小、筆觸不穩定、斷續、封閉式及間隔畫法。

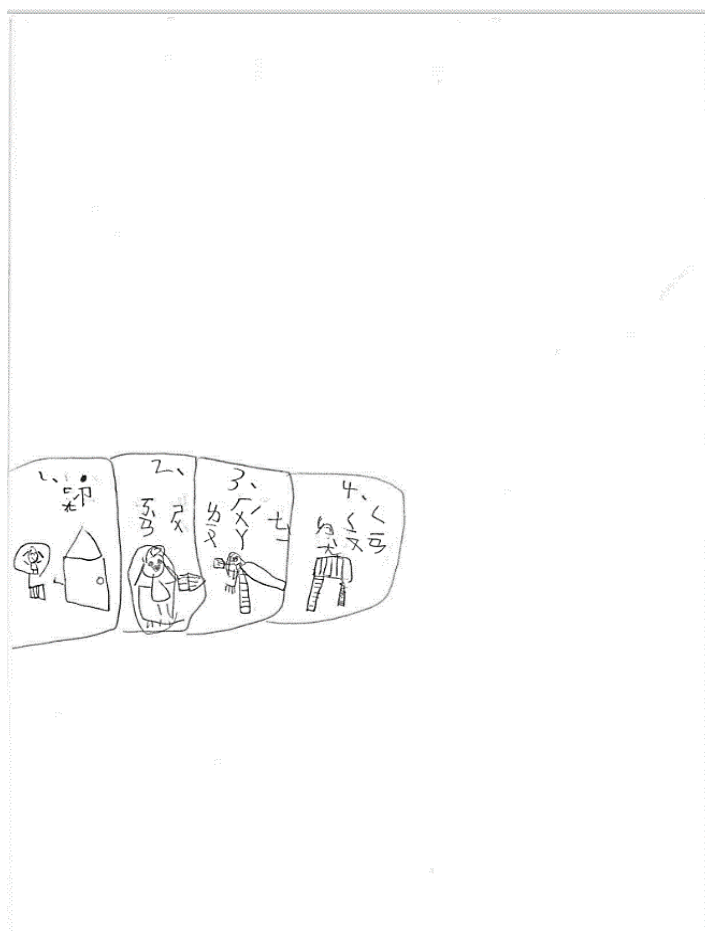


圖 四-4 個案 07 繪圖原稿



房屋描述：想像的、新的；它可以撐著不會垮下來，除非有地震的話它才会有震動、裡面住了媽媽、姊姊、爸爸還有我；房屋裡媽媽有時候跟爸爸洗澡、有時候姐姐會跟我洗澡、有時候一起刷牙、還有運動，姐姐會教我劈腿。

人物描述：9歲的自己，老師在上課，個案拿著國語可本上課；圖畫的人正想著上課的事情；圖畫的人有時候會很生氣（跟同學的摩擦），有時候會很开心（老師上課說的笑話）。

訪談情境描述：

根據照顧者(媽媽)的表示，兒童在從幼稚園階段踏入國小階段選擇緩讀。因為語言發展較慢，無法適切表達，常常透過行為動作表現所需，幼稚園中班有情緒及人際互動狀況，時常跟同學起衝突，同學最後都不敢靠近她，為了得到別人的關注，甚至會製造環境的聲響及出現撞門的行為。媽媽說：「因為被拒絕太多次了，有一陣子如果跟她說不行、不要，就會有情緒崩潰的狀況。因為不願意開口講話，語言治療課老師也無法幫助她，甚至會跟老師吵架打架，.....直到上了情緒課狀況才得到緩解」。在接觸情緒課1~2年後，情緒比較穩定，才踏入小學就讀。

開始進入小學就讀後，因為課業跟不上，媽媽說：「她有點排斥，她壓力很大，手指頭都摳到破皮，老師說她甚至2-3分鐘就要上廁所」。個案開始出現生氣、拒學的狀況，最後甚至不進教室，媽媽說：「老師到最後甚至不管她、有點...就是放棄她。」直到後來轉學到一個比較多需要特殊教育跟關懷孩子的學校，學校在這方面比較有經驗，狀況才得到改善。

最近一次個案知道要開刀，出現情緒表現較低落的現象，跟平常活潑的狀態不一樣，言語上針對開刀等話題則出現否認及逃避的狀況，老師持續引導個案，媽媽說：「直到有一天她就突然爆哭，然後說我不要開刀、我不想開刀」。此外，個案在學校跟同學互動也比較被動，她不太願意主動去找同學玩，會一直黏在老師身邊，

媽媽說個案其實不太願意去正視自己的問題，過往被拒絕的經驗影響個案很深。

分析：由個案的圖可以發現，個案的一些繪圖特徵符合照顧者對於兒童的行為及情緒表現的描述。如繪圖中缺乏樹木元素是一種缺乏生命力的表現，符合個案時常進出醫院治療對於生命的不確定感。此外，封閉式及間隔的畫法是一種孤立、無能力溝通或需要去除威脅事務，也與個案得知手術後的行為及情緒表現相符合。個案的房屋缺乏窗戶是一種退縮、退化的表現，也應證個案在人際關係建立的被動。由繪圖結果呈現，在個案這個年紀的繪圖表現尚無法展現出符合發展的畫法，而是較退化、比例偏小、筆觸不穩定、斷續，這些都顯示個案可能存在情緒發展障礙、低自我價值、緩慢、焦慮、沒有安全感或膽怯的情形。



(二)、個案 08

12 歲女童

診斷：DORV；NYHA：2

治療階段：階段性矯正手術(手術 2 次，心導管 3 次)；接受早期療育。

KHTP 繪圖特徵：簡化、比例小、人物傾斜。

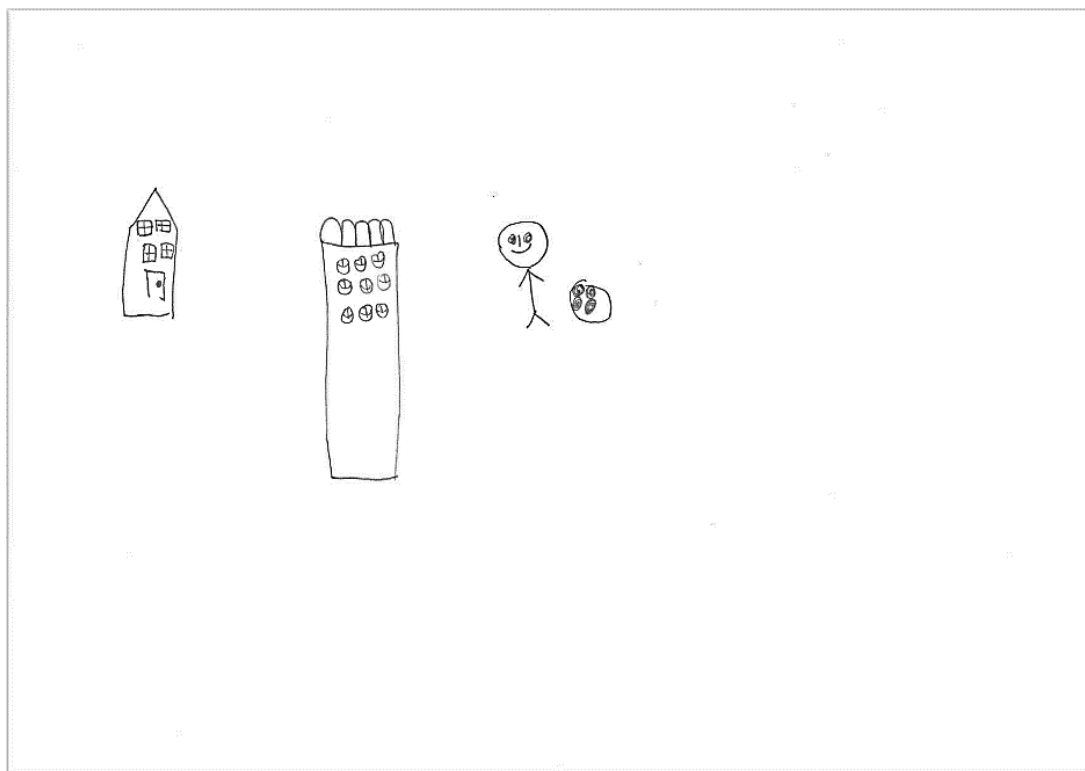


圖 四-5 個案 08 繪圖原稿

房屋描述：想像的舊房子；很安全；裡面住了父母和個案自己、感情很好；房屋裡的人在玩桌遊。

樹描述：想像的蘋果樹；100 歲的樹；健康沒有受到傷害的樹。


人物描述：想像的，7 歲；圖中的人物在踢足球，很喜歡運動；圖中人物沒有朋友，都跟家人一起；圖中的人物可以出去玩，所以很開心。



訪談情境描述：

小時候因為害怕個案容易受到感染，父母親較少帶她外出，就算外出也不會待在室內，也絕對不會去室內遊樂場等人多的地方，在活動上也無法承受高強度的競賽活動。個案希望父母可以多多帶她出去晃晃，即使坐在車上也好。而在教育方面，個案亦有緩讀，入學前的鑑定評估可以安置在普通班加資源班，但父母基於安全考量，覺得在普通班衝撞太多容易受傷，因此選擇讓個案讀特教班，搭配其他普資班的學程。目前特教班的同學八個，主要是自閉症的孩童，體弱只有個案一位，因此她缺少可以溝通的同齡同學，同儕的刺激較少，而個案也表示不喜歡去普通班，覺得課業壓力較大，不喜歡考試。父母親另外表示，小時候做早療評鑑時，就被評斷社交能力較弱。媽媽：「她的社交技巧當初我們那時候在台大做早療的時候，應該是那時候剛開完刀、一歲的時候做早療的時候，然後那時候我記得也是台大教授吧，就是物理還是什麼，那個教授直接跟我講說，他說她未來其實在學習上面不會有太大問題，可是最大的問題就是社交。她的社交一定會有問題。因為她沒物慾。」個案自己也表示很少交朋友。訪談中提到針對未來可能還要再開刀的話題，個案直接表現出否定的回答「沒有啊。」父母親也表示個案在針對這部分常常轉移話題，不願意討論，個案對於住院的印象也與死亡相互連結。

分析：由個案的繪圖可以看出在人物元素表現上展現出自己的對運動的渴望，其站姿表現多傾斜表示對行動需求的不安全感及焦慮，符合個案身體狀況無法負荷高強度運動的情形。在樹木元素中，雖然多數的孩童都會忽略樹枝及省略樹葉，但根據個案該有的年齡發展，無法畫出樹枝及樹葉也可能是顯示缺乏自我統合及人際關係未得滿足，符合個案在學校貧乏的人際關係及缺少同儕刺激的情境。同樣此個案的繪圖呈現較退化、比例偏小亦顯示個案可能有低自我價值、緩慢、焦慮、沒有安全感或膽怯的情形。



由前述兩位個案的分析可以得知，疾病嚴重度高的兒童，除去疾病對於肢體上發展的影響，心理情緒、社交層面的發展隨著年紀越大越容易看出影響的結果，透過照顧者提供個案在學校生活及日常生活的訪談的內容中，對比兒童透過 KHTP 繪圖的投射，可有其相呼應，同時亦展現晤談的重要性，而 KHTP 的繪圖特徵則提供很好的線索，探討及解讀心理層面的相關狀態。

第五章、討論

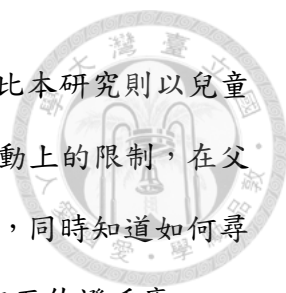


本研究主旨為以投射性工具 KHTP 探討先天性心臟疾病兒童的治療及生命經驗，並比較健康兒童與先天心臟疾病兒童的 KHTP 繪圖之差異。第一階段為兒童透過繪圖自我闡述的故事內容所形成之概念，並比較 CHD 組與健康組繪圖特徵的差異。第二階段則是 CHD 兒童對於自身疾病的認知及感受，並藉由探討投射性繪圖的特徵與生命故事相呼應的經驗。由研究結果可以得知，在 CHD 兒童描繪的生命經驗中，兒童從照顧者或是醫療團隊所得到的關於疾病的資訊是不足的，學齡階段的兒童開始建構疾病認知及自主權仍尚未受到重視，而疾病導致的生活型態限制，也促使兒童非主動性地建立自我照顧的觀念；此外，疾病初期影響個案心理社會發展及課業學習能力，隨著年紀增長越能看出影響。在 KHTP 的表現上，兩組兒童在圖畫發展上沒有太大的差異，繪圖特徵上在房屋元素與人物元素有些許差異，展現兩組兒童不同面相的議題，而疾病嚴重度較高的兒童其繪圖特徵是有意義且與生命歷程的事件相互呼應，以下各節依據本研究的研究結果及相關文獻查證進行討論。

第一節、先天性心臟疾病兒童生命經驗

本研究透過訪談 9 兒童闡述疾病及生命經驗的回顧及感受，從訪談中最後精煉出兩大主軸，分別為「疾病資訊建構不全」以及「生活型態的不穩定性」。大部分的兒童在生命早期已經完成侵入性治療，透過早期療育，兒童可以朝向正常的生命軌跡邁進，此結論與 McCusker et al(2007)等人提及，完全修復的發紺型 CHD 兒童的行為結果 (behavioral outcome) 表現良好，只有疾病狀況復雜和接受緩解性手術的兒童才有可能出現不良的行為結果可相互映證(McCusker et al., 2007)。


在學者劉育秀 (2010) 的研究中，以照顧者的角度，觀察先天性心臟病學童接受開心手術後返家一年間，兒童會主動尋求自我身體健康的定位，他們懂得自我評估身體狀態進行選擇活動，配合醫療照顧，協助兒童學習自我照顧身體健康的能力，



並在安全的狀況下重返校園，適應校園生活(劉育秀，2010)。對比本研究則以兒童的角度出發，其結果顯示，雖然 CHD 兒童的生活會有飲食及活動上的限制，在父母的提醒下，仍可以正常參與校園生活，並適時地調整活動型態，同時知道如何尋求協助。兩研究雖然以不同角色的觀點出發，但部分內容可以相互佐證呼應。

隨著先天性心臟病的存活率上升，可以成長至成人的先天性心臟病 (Adult Congenital Heart Disease, ACHD) 患者的比率也逐漸增加，以台灣的族群為對象的研究指出，影響在 ACHD 的生活品質的共同因素主要為人格特質、心理壓力 (psychological distress) 和家庭的支持度 (Chen et al., 2011)，其中人格特質與心理壓力皆是從個體在成長的過程中對於疾病的了解與認識、如何與疾病共處以及對於生活造成影響程度等多面向所一點一滴建構而成的。不同程度的慢性疾病於兒童的疾病認知狀態及自我照護、疾病是否對兒童的心理發展有影響，在台灣的醫療現況是比較困難追蹤的，我們須需要更長期的追蹤這些慢性病兒童的未來動向及心理健康狀態。以生命歷程理論五大觀點，隨著年紀的成長隨著兒童認知越成熟，發展階段的轉銜 (transition)，從嬰幼兒時期踏入學齡前期到學齡期，疾病的治療或是發育遲滯的影響逐漸形成記憶中的生活事件 (life event)，若兒童無法順利渡過，都可能是影響未來的重要轉捩點 (turning points)，如個案分析可見兒童社教及學習等相關議題。此外，兒童在從出生即開始跟疾病共存，疾病初期的治療計畫深受家人及醫療團隊的決策影響 (linked or interdependent lives)，當兒童順利完成階段性治療，生命軌跡持續前進，後續病程的演變，兒童每階段的發展 (timing of lives)，以及疾病後期的復能 (human agency)，其中對個體的「利」與「不利」都是交互影響。由個案分析結果得知，疾病導致的身體發展延遲影響個案的社交能力，照顧者對於兒童邁入社會化階段的過程則是重要的決策者，尤其在兒童受教育的階段，如何選擇對於兒童較適合的環境，也牽動兒童未來成長過程的關鍵，對於建構個體是否能順利轉銜至高年級、青春期甚至未來是重要的。

在兒童面對慢性疾病的過程中，賦權 (empower) 是受限制的；然而，研究指



出學齡期是慢性疾病兒童開始學習認知疾病及自我照護的最佳時期，有系統的學習可以讓兒童成功的在成長至成人的階段，仍保有良好的健康狀態及較佳的存活機率 (Boyle et al., 2015)。在本研究中，我們可以發現兒童對於疾病本身多是不了解，臨床醫療人員提供資訊的對象多以照顧者為主，這可能與兒童學習能力及認知限制以及多數個案在接受完治療後幾乎與健康孩子發展沒有太大差異，也沒有過多的生理狀態限制相關，同時也提醒照顧者及臨床醫療人員，是否忽略了慢性病兒童建立疾病觀念的最佳時機。在學齡期缺乏適當的衛生教育及正確疾病觀念的建立，疾病本身及治療經驗在兒童生命歷程中刻劃痕跡的深淺或好壞，於兒童或許有沒短期的影響，但長久以後的影響仍是未知。



第二節、KHTP 於兒童之應用


一、CHD 兒童繪圖發展及投射意涵

不同的投射性工具應用於不同領域的探討，以投射性工具為媒介，除了探討投射意涵，更重要的是如何透過與個體產生聯結及產生意義，進而達到使用投射工具之目的。本研究觀察健康兒童及越早完成侵入性治療的 CHD 兒童的繪圖結果亦符合各年齡層的繪圖發展；雖然文獻中指出屋樹人適合 3 歲以上的兒童使用 (Gordon & Rudd-Barnard, 2011)，但學者梁心月及林玉華 (2009) 兒童憂鬱量表 (Children's Depression Inventory, CDI) 與繪圖分析指出低年級 (一至三年級) 兒童不管 CDI 高於或低於 19 分，在人物繪圖方面的皆呈現簡化、歪斜或扭曲的面貌，高年級兒童才能顯現出差異，因此建議四到六年級的繪圖具有可分析性(梁心月、林玉華;2009)，在本研究觀察 6-8 歲的人物元素呈現也有相似的結果。因此在解釋圖畫特徵上，仍需考量兒童繪圖的發展，避免解讀上的偏差。而透過訪談得知，學齡兒童可以透過繪圖故事自我敘述日常生活之經驗，家庭及成員為其個體生命中重要的主軸，本研究結果與國內文獻探討繪圖表現與認知結果之研究相符合 (蔡知芳，2015)，該研究亦提及男女同在繪圖上的差異，女童相較於男童能呈現更豐富的圖畫內容，9 歲以上的兒童開始可以闡述自我與內在情感，在本研究也有類似的呈現。然而，該研究僅針對健康兒童進行調查，相較於本研究發現，疾病嚴重度越高的兒童隨著年齡的成長，其繪圖發展表現與同齡相比可能是受限制的。

二、CHD 兒童透過 KHTP 呈現之繪圖特徵及意涵

CHD 兒童透過元素繪圖特徵所呈現之內在意涵及價值，探索國內外文獻，實際上少有 KHTP 應用於慢性疾病兒童之研究，研究主要集中在情緒困擾的兒童或是用於青少年，因此參考研究操作為將繪圖元素繪於同一張紙上之文獻做為比較。

在本研究中，透過 CHD 兒童的故事描述及個案分析，可顯示房屋及人物元素



的依附最為明顯，而人物主角在圖畫呈現的「行為」多是個案生活經驗的展現，人際關係上的陳述是侷限的，在繪圖特徵上則可以顯示潛在負向心理特徵的意涵；健康組兒童的繪圖特徵上則是與人際經驗的概念有相關。依據前述文獻探討提及，病童在疾病復原的過程經歷負向情緒及感受若未能得到適當的引導將導致個體發展出負向的自我心像及評價 (林恆菁、蔡佳玲；2006)，父母對於兒童的過度保護則會加重兒童對先天性心臟病的自卑感 (高玉玲等人，2000)。此外，疾病導致的體弱，在進入群體生活後，外界對於疾病的不了解而強加給予限制，不符合期待的待遇，可能使個體失去自我扮演角色的能力、感受缺乏自我價值 (區載怡、陳清惠，2007)；而在高玉玲 (2000) 等學者的研究指出，CHD 病童在接受完全矯正時間越久，生活適應也越好，隨著年紀增加發展趨於穩定，病童將更具有自信心。本研究也可看出，越早完成侵入性治療的兒童，其發展狀態與健康兒童沒有太大的差異，其繪圖特徵也與健康兒童差異不大，但在疾病嚴重度高兒童之繪圖，可以呈現低自我價值、緩慢、焦慮、沒有安全感或膽怯的繪圖特徵，並與疾病及發展過程中的挫折有相呼應。此結論與多數文獻驗證透過繪圖可以透射表現個案的狀態及呈現特定的心理特質相符，對於年紀越大仍持續接受侵入性治療兒童，其經驗將會影響個體未來心理社會發展，父母的決策也是影響因素之一，呼應家庭是影響兒童發展的重要根本。

其他投射性繪畫與心理特徵的文獻中，一項國內研究提及區辨兒童情緒困擾的繪圖特徵，顯示屋樹人元素本體結構協調性及型態出現歪斜、扭曲、樣貌異常、過度描繪，以及故事內容出現傷害性用詞、負向情緒及負向自我表徵都是警訊 (梁馨月、林玉華，2012)。在青少年人格特質的研究中，「嚴謹性 (Conscientiousness)」的人格特質與較大的房屋 ($p < .10$) 和樹木 ($p < .10$) 有關。此外，「開放性 (openness to experience)」 ($p < .01$) 和「友善性 (agreeableness)」 ($p < .05$) 方面的得分越高，與較大的人物尺寸相關，而「神經質 (neuroticism)」人格則與較小的人物尺寸相關 ($p < .01$) (Kato & Suzuki, 2016)。即使本研究的年齡層是學齡兒童，但人格特質是隨著發展而逐漸明確，因此從兒童繪圖特徵所分析的人格特質可能是影響心理狀態

及人際關係的因素之一。上述文獻透過 CHD 兒童的繪圖特徵及個案分析亦可以得到映證。



第六章、結論及建議



第一節、結論

本研究藉由投射性工具探索先天性心臟病於人的一生之早期生命樣貌及兒童透過繪圖展現不同的心理議題，此節依據研究目的與問題進行結論說明。

一、研究目的與問題：

(一)、了解先天性心臟疾病兒童的治療及生命經驗。

(一)、先天性心臟疾病兒童的早期的治療及生命經驗為何？

結論一：CHD 於兒童早期生命的樣貌及影響為「疾病資訊建構不全」以及「生活型態的不穩定性」；CHD 兒童透過生活限制非主動性地學習自我照顧，但缺乏系統性、有邏輯地建立疾病認知的機會。

二、研究目的與問題：

(二)、應用投射性工具 KHTP 於兒童生命經驗之探討。

(二)、KHTP 用於探討兒童的生命經驗為何？

結論二：疾病複雜度高及深刻的治療經驗，對兒童心理社會功能的發展隨著年紀越大更為顯著；KHTP 可以用於瞭解兒童自我闡述的生活記憶，無法透過言語表達的創傷經驗、特殊的生命事件可以透過存有心理特徵意義的繪圖呈現。

三、研究目的與問題：

(三)、比較健康兒童與先天心臟疾病兒童的 KHTP 繪圖之差異。

(三)、健康兒童與先天心臟疾病兒童的繪圖差異為何？

結論三：健康兒童與越早完成矯正治療的 CHD 兒童之繪圖結果沒有差異亦符合各年齡層的繪圖發展，疾病嚴重度高會限制兒童的繪圖發展；CHD 兒童透過 KHTP 展現疾病於生命導致的心理健康問題，健康組兒童則展現家庭壓力與人際問題。

第二節、研究限制與建議



本研究受限收案對象主要集中在定期回診的兒童，其疾病狀態相對穩定，因此無法代表更高疾病嚴重度且反覆入院治療的兒童。此外，適逢疫情期間，無法納入健康兒童透過投射性繪圖的闡述，缺乏進一步比較兩組兒童在某些有意義的繪圖特徵是否存在其差異性。建議未來除了納入健康兒童的訪談，驗證 KHTP 於兒童的經驗及適用性，更進一步可以長期追蹤 CHD 兒童不同階段的繪圖與生命故事。

繪圖是一種適合兒童表達的工具，透過兒童自我陳述故事的過程，有助於兒童自我整合及表達生命經驗，同時，投射性繪圖也可以提供一些心理特徵的線索。本研究使用之繪圖評分工具，由於評分表項目過於細碎，很多項目在兒童繪圖的呈現上受限於發展限制而失去其參考意義和價值，建議可收集更多案例或是開發、選擇符合以兒童繪圖發展特徵的評分表，讓量性資料的比較可以更具體呈現，才能有效區別 KHTP 於兒童與成人的經驗差異及適用性。此外，臨床工作者及照顧者對於兒童生命經驗的了解程度，將影響後續的評估、給予的介入措施及衛教，即使 KHTP 應用於兒童的信效度及適用性仍有待驗證，臨床仍可善用投射工具探討兒童心理特徵及生活事件連結的線索，以作為參考的依據。因此，建議臨床護理人員透過跨領域的學習，以簡單有效的工具為媒介，引導兒童闡述自我生命故事，更全面評估個體在心理社會發展的狀態，提供建議與觀察，使醫療跨團隊的合作可以更全面，這對於慢性疾病兒童未來的成長是值得且應被重視的。

以兒童為對象的訪談，研究者一開始透過繪圖及書故事的方式可以循序漸進建立關係，但在訪談的過程中，當兒童無法針對開放式問題給予回答時，多改以封閉式的問句進行，建議若在時間許可的狀態下，應可分階段收案，建立良好的信任關係，並輔以更多元的問法及用詞，精進訪談技巧，讓兒童的回答可以呈現更多樣貌的內容，才能收穫更多有深度及豐富的資料，進而達到質性研究的精髓與意義。此外，建議可以同時訪談家庭成員與學校教育者，透過不同角度的觀察及觀點，更

能準確清楚呈現兒童生命的樣貌。



第三節、研究應用與貢獻

臨床提供兒童以家庭為中心的照護，醫療團隊及照顧者除了處理兒童的急性生理症狀，更應該重視兒童未來的全人發展。因此研究者期許可以藉由本研究提升醫療團隊、照顧者甚至是教育者對於不同慢性病兒童的心理社會發展的重視。


此外，本研究證實投射性繪圖呈現的心理特質及特徵與兒童生命經驗可以相呼應。以護理人員的角色而言，除了有疾病治療的照護經驗，也是第一線觀察兒童與周遭環境人事物互動的醫療成員，若是護理人員同時可以學習如何以兒童醫療輔導師（child life specialist）的角色出發，利用多元工具協助兒童面對生命課題，除了提升醫療照護品質，更能提升護理人員的專業角色與價值。





中文部分

- 王文中 (1997)。測驗的建構：因素分析還是 Rasch 分析？。調查研究，(3)，129-166。 <https://doi.org/10.7014/tcyc.199704.0129>。
- 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，(17)，29-50。 <https://doi.org/10.6769/jencue.201006.0029>。
- 王沛茹、馮瑞鶯 (2013)。應用繪本了解一位入住兒童加護病房學齡孩童壓力之護理經驗。護理雜誌，60(3)，105-110。 <https://doi.org/10.6224/jn.60.3.105>。
- 王潔媛、楊培珊 (2014)。從生命歷程觀點探討客家高齡者入住機構之適應感受。東吳社會工作學報，(27)，1-27。
- 王靜慧 (2017)。探討幼兒住院行為反應與主要照顧者焦慮程度之相關研究。澄清醫護管理雜誌，13(2)，60-67。
- 台灣新社會智庫 (2016)。從生命歷程觀點評析健康研究。 <http://www.taiwansig.tw/index.php/%E6%94%BF%E7%AD%96%E5%A0%B1%E5%91%8A/%E7%A4%BE%E6%9C%83%E5%AE%89%E5%85%A8/7221-%E5%BE%9E%E7%94%9F%E5%91%BD%E6%AD%B7%E7%A8%8B%E8%A7%80%E9%BB%9E%E8%A9%95%E6%9E%90%E5%81%A5%E5%BA%B7%E7%A0%94%E7%A9%B6>。
- 巩凯旋、高柏慧、刘浩、王旭梅 (2015)。动力房树人测验在大学生应用的计分研究。中华行为医学与脑科学杂志，24(1)，80-83。
- 吳靜宜 (2016)。住院幼兒情緒調節策略與照顧者反應及親子互動關係之探究 (未出版碩士論文)。國立臺北護理健康大學嬰幼兒保育系研究所。
- 李致瑩 (2008)。動態人樹房子電腦化計分系統的適用性與心理計量之研究-以台灣精神疾病患者為例 (未出版碩士論文)。國立臺灣大學職能治療研究所。

- 
- 李淑媛、高毓秀、廣怡秀 (2008)。心臟病兒童運動行為相關因素之探討。健康促進與衛生教育學報，(30)，53-72。 <https://doi.org/10.7022/jhphe.200812.0053>。
- 林本炫 (2007)。不同質性研究方法的資料分析比較。質性研究方法的眾聲喧嘩(頁127-150)。南華大學教育社會學研究所。
- 林芳怡 (2016)。慢性病親子共責管理經驗與影響因素-以第1型糖尿病為例(未出版碩士論文)。國立臺北護理健康大學護理系研究所。
<https://hdl.handle.net/11296/k2jsk5>。
- 林恆菁、蔡佳玲 (2006)。一位學齡期兒童於開心手術後經歷身體心像改變的適應過程。護理雜誌，53(5)，84-92。 <https://doi.org/10.6224/jn.53.5.84>。
- 林美玲、吳訓生 (2013)。以結構方程模式驗證高職階段中度智能障礙學生自我概念與自我擁護之關係。特殊教育學報，37，29。
- 俞宏蓁 (2016)。大動脈轉位兒童的生長發展趨勢—病例對照研究(未出版碩士論文)。國立臺灣大學護理學系研究所。
- 胡月娟 (1994)。慢性病患者所承受的衝擊與因應行為。護理研究，2(2)，140-152。
<https://doi.org/10.7081/nr.199406.0140>。
- 高玉玲、王如華、白璐、黃碧桃 (2000)。先天性心臟病學童手術後生活適應之探討。護理雜誌，47(1)，43-55。 <https://doi.org/10.6224/jn.47.1.43>。
- 區載怡、陳清惠 (2007)。一位青年期心臟病個案心靈之旅。護福雜誌，175，6-12。
- 梁馨月、林玉華 (2009)。房樹人投射繪畫測驗計分初探—以憂鬱情緒困擾兒童為例。輔仁醫學期刊，7(2)，75-83。
- 梁馨月、林玉華 (2012)。情緒困擾兒童在房樹人投射繪畫上的表現研究。臨床心理學刊，6(1)，12-12。
- 陳月枝、高碧霞 (2002)。運用多元方法探討慢性疾病兒童就學問題、影響因素及預測因子(III) (NSC90-2314-B002-289)。行政院國家科學委員會。

陳淑如、張文英、鄭綺 (2001)。氣喘兒童的運動指導。長庚護理, 12(3), 234-238。

[https://doi.org/10.6386/cgn.200109_12\(3\).0006](https://doi.org/10.6386/cgn.200109_12(3).0006)。

陳斐文 (2011)。術前準備計畫影片對學齡期兒童術前焦慮的影響 (未出版碩士論文)。國立臺北護理健康大學護理學系研究所。

孫頌賢、吳東秉、徐藝溶、李琦萱、丁子秦 (2019)。投射性繪畫—從成人依戀理論建構動態屋樹人衡鑑系統之初探 (國立臺北教育大學教師專題研究計畫成果報告)。國立台北教育大學心理與諮商學系。

曾伊麗、蘇益志 (2011)。一般少年與觸法少年之心理特質在屋樹人投射測驗上的表現。臺灣高雄少年法院院刊, 18, 87-95。

黃傳永 (2012)。藝術治療心理衡鑑—以房樹人測驗為例。諮商與輔導, (321), 30-35。 <https://doi.org/10.29837/cg.201209.0006>。

黃傳永、楊雅鈞 (2018)。運用藝術治療在學齡期白血病病童住院適應的影響歷程。健康科技期刊, 4(2), 35-53。

葉入綺 (2006)。癌症兒童住院化療期間的症狀群與身體活動的關係 (未出版碩士論文)。國立成功大學護理學系研究所。

劉育秀 (2010)。先天性心臟病學童接受開心手術後返家一年間家庭協助復原的生活經驗 (未出版碩士論文)。國立陽明大學臨床暨社區護理研究所。

劉孟琪、柯識鴻、葉淑梅、陳紀雯 (2010)。急性住院幼兒壓力反應及護理人員之因應行為。輔仁醫學期刊, 8(4), 235-242。

潘椿滿 (2012)。協助一位學齡前期燙傷兒童面對住院壓力之護理經驗。嘉基護理, 12(1), 35-44。 <https://doi.org/10.29936/dmfcchjn.201206.0004>。

潘寶霞、戎瑾如、吳書儀 (2013)。中年人健康問題、健康行為自我效能對心理健康狀況之影響。精神衛生護理雜誌, 8(1), 12-22。

[https://doi.org/10.6847/tjpmhn.201310_8\(1\).0003](https://doi.org/10.6847/tjpmhn.201310_8(1).0003)。

蔡昆瀛、陳介宇 (2011)。嬰幼兒社會情緒發展與評量之探討。《國小特殊教育》，(51)，29-40。

蔡知芳 (2015)。從繪圖表現解構行為認知之研究—以台南地區國小學齡兒童為例 (未出版碩士論文)。東方設計學院文化創意設計研究所。

蔡瓊慧 (2017)。心臟衰竭住院病人症狀與日常功能狀態之相關性探討 (未出版碩士論文)。高雄醫學大學護理學系研究所。

衛生福利部 (2021)。98 至 108 年度死因統計。<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-3541-113.html>。

鄧佳美、劉筱琪、周繡玲 (2010)。願一位國內首例之學齡期兒童接受小腸移植術後之加護護理經驗。《亞東學報》，(30)，289-298。

鄭凱芸 (2011)。從生命歷程觀點看危機家庭隔代教養者之困境。《家庭教育雙月刊》，(34)，6-27。<https://doi.org/10.6422/jfeb.201111.0006>。

穆佩芬、尹亭雲、張家慧 (2014)。兒童繪畫發展與臨床應用。《榮總護理》，31(4)，414-425。<https://doi.org/10.6142/vghn.31.4.414>。

穆佩芬、黃棟棟、楊寶園、周獻堂 (2014)。慢性病童疾病不確定感量表之發展與測試。《嘉基護理》，14(1)，1-13。

戴臆珊 (2004)。住院癌症病童照顧者之疲倦、焦慮、睡眠品質、健康狀態與疲倦之相關因素 (未出版碩士論文)。國立成功大學護理學系研究所。

謝淑娟、陳季員 (2000)。應用繪畫來探討一位學齡期兒童住院經驗的知覺。《護理雜誌》，47(3)，41-51。

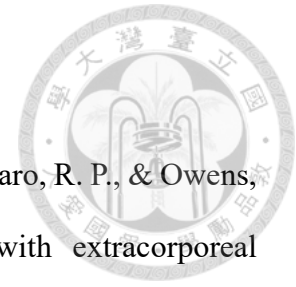
蘇建文 (1980)。兒童及青少年焦慮情緒之發展及其相關因素之研究。《教育心理學報》，13，85-94。

Brooke, S. L. (2002)。治療師之藝術治療評估指引：專業評估工具 (范瓊方、吳武烈，譯)。五南。(原著出版於 1996 年)


Burns, N., & Grove, S. K. (2016)。質性研究方法 (曾令儀、卓綺思、楊欣蓓、李佳芸、蔡佩蓉, 譯)。護理研究實務：評價、綜合及產生證據 (頁 494-536)。台灣愛思唯爾有限公司。(原著出版於 2008 年)

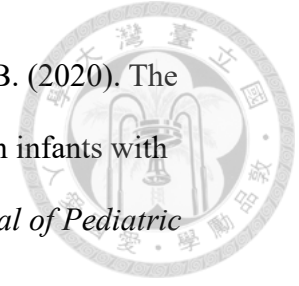
Oster, G. D. (2002)。繪畫評估與治療：心理衛生專業人員指南 (呂俊宏、劉靜女, 譯)。心理。(原著出版於 1987 年 Robert, C. Burns (2000)。心理投射技巧分析—心理圖解手冊 (梁漢華、黃璨瑛, 譯)。揚智文化。(原著出版於 1987 年)

英文部分

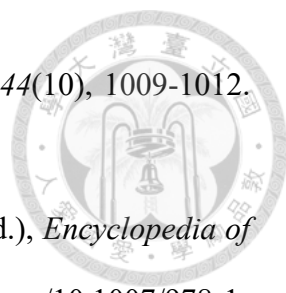


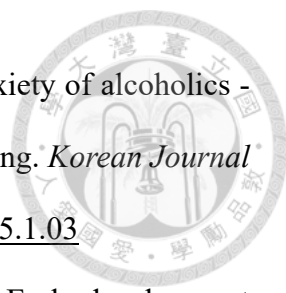
- Beshish, A. G., Baginski, M. R., Johnson, T. J., Deatrck, B. K., Barbaro, R. P., & Owens, G. E. (2018). Functional status change among children with extracorporeal membrane oxygenation to support cardiopulmonary resuscitation in a pediatric cardiac ICU: A single institution report. *Pediatric Critical Care Medicine, 19*(7), 665-671. <https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000001555>
- Boyle, L., Kelly, M. M., Reynolds, K., Conlan, M., & Taylor, F. (2015). The school age child with congenital heart disease. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 40*(1), 16-23. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000092>
- Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., & Offord, D. R. (1987). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario child health study. *Pediatrics, 79*(5), 805-813.
- Chen, C.-A., Liao, S.-C., Wang, J.-K., Chang, C.-I., Chiu, I.-S., Chen, Y.-S., Lu, C.-W., Lin, M.-T., Chiu, H.-H., Chiu, S.-N., Hua, Y.-C., Lue, H.-C., & Wu, M.-H. (2011). Quality of life in adults with congenital heart disease: biopsychosocial determinants and sex-related differences. *Heart, 97*(1), 38-43. <https://doi.org/10.1136/hrt.2010.200709>
- Conant, K. D., Morgan, A. K., Muzykewicz, D., Clark, D. C., & Thiele, E. A. (2008). A karate program for improving self-concept and quality of life in childhood epilepsy: Results of a pilot study. *Epilepsy & Behavior, 12*(1), 61-65. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.08.011>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4 ed.). SAGE.

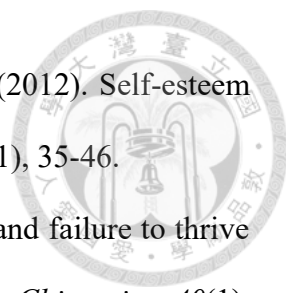
- 
- El-Koofy, N., Mahmoud, A. M., & Fattouh, A. M. (2017). Nutritional rehabilitation for children with congenital heart disease with left to right shunt. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 59(4), 442-451. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2017.04.011>
- Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69(1), 1-12. <https://doi.org/10.2307/1132065>
- Elkis-Abuhoff, D. L. (2008). Art therapy applied to an adolescent with Asperger's syndrome. *The Arts in Psychotherapy*, 35(4), 262-270. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.06.007>
- Fan, R. J. (2012). A study on the kinetic family drawings by children with different family structures. *The International Journal of Arts Education*, 10(1), 173-204.
- Ferro, M. A., & Boyle, M. H. (2013). Self-concept among youth with a chronic illness: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 32(8), 839-848. <https://doi.org/10.1037/a0031861>
- Freed, D. H., Robertson, C. M., Sauve, R. S., Joffe, A. R., Rebeyka, I. M., Ross, D. B., & Dyck, J. D. (2006). Intermediate-term outcomes of the arterial switch operation for transposition of great arteries in neonates: alive but well?. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 132(4), 845-852. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2006.05.046>
- Fuller, S., Nord, A. S., Gerdes, M., Wernovsky, G., Jarvik, G. P., Bernbaum, J., Zackai, E., & Gaynor, J. W. (2009). Predictors of impaired neurodevelopmental outcomes at one year of age after infant cardiac surgery. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 36(1), 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2009.02.047>
- George, L. K. (2007). Life course perspectives on social factors and mental illness. In W. R. Avison, J. D. McLeod, & B. A. Pescosolido (Eds.), *Mental Health, Social Mirror* (pp. 191-218). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-0-387-36320-2_9

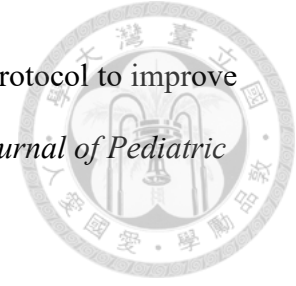


- Golfenshtein, N., Hanlon, A. L., Deatrick, J. A., & Medoff-Cooper, B. (2020). The associations between infant development and parenting stress in infants with congenital heart disease at six and twelve months of age. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, *51*, 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.012>
- Gong, K., Gao, B., Liu, H., & Wang, X. (2015). A scoring research on application of kinetic house tree person test on college students. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science*, *24*(1), 80-83.
- Gordon, R. M., & Rudd-Barnard, A. (2011). House-Tree-Person test. In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 1266-1269). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_2029
- Gordon, R. M., Rudd-Barnard, A., & Smith-Wexler, L. (2017). House-Tree-Person test. In J. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 1-6). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_2029-3
- Harrison, T. M., & Brown, R. (2017). Autonomic nervous system function after a skin-to-skin contact intervention in infants with congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *32*(5), E1-e13.
<https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000397>
- Harrison, T. M., & Ludington-Hoe, S. (2015). A case study of infant physiologic response to skin-to-skin contact after surgery for complex congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *30*(6), 506-516.
<https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000202>
- Hatano, Y., Yamada, M., Nakagawa, K., Nanri, H., Kawase, M., & Fukui, K. (2014). Using drawing tests to explore the multidimensional psychological aspects of

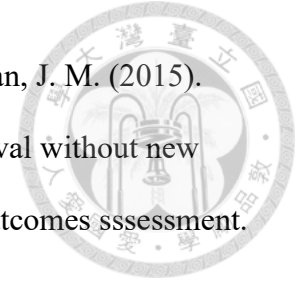
- 
- children with cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(10), 1009-1012.
<https://doi.org/10.1093/jjco/hyu116>
- Hutchison, E. D. (2011). Life course theory. In R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 1586-1594). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_13
- Irving, S. Y., Medoff-Cooper, B., Stouffer, N. O., Schall, J. I., Ravishankar, C., Compher, C. W., Marino, B. S., & Stallings, V. A. (2013). Resting energy expenditure at 3 months of age following neonatal surgery for congenital heart disease. *Congenit Heart Dis*, 8(4), 343-351. <https://doi.org/10.1111/chd.12035>
- Jenny, E. B. (2011). Projection. In S. Goldstein & J. A. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 1162-1163). Springer US.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_2268
- Jones, J. E., Blocher, J. B., Jackson, D. C., Sung, C., & Fujikawa, M. (2014). Social anxiety and self-concept in children with epilepsy: a pilot intervention study. *Seizure*, 23(9), 780-785. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.06.011>
- Kamarulzaman, W. (2012). Children's drawings and development. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/SSRN.2192094>
- Kato, D., & Suzuki, M. (2015). Relationships between human figures drawn by Japanese early adolescents: Applying the synthetic house-tree-person test. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 43.
<https://doi.org/10.2224/sbp.2015.43.1.175>
- Kato, D., & Suzuki, M. (2016). Personality traits and the expression area of synthetic house-tree-person drawings in early adolescent Japanese. *Psychological Thought*, 9, 67-74. <https://doi.org/10.5964/psyct.v9i1.164>

- 
- Kim, J.-Y., & Oh, K.-Y. (2015). The study on the depression and anxiety of alcoholics - focused on the reaction characteristics of DAS and KHTP drawing. *Korean Journal of Arts Therapy*, 15, 43-59. <https://doi.org/10.18253/kart.2015.15.1.03>
- Laing, S., Walker, K., Ungerer, J., Badawi, N., & Spence, K. (2011). Early development of children with major birth defects requiring newborn surgery. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(3), 140-147. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2010.01902.x>
- Laurens, K. R., Green, M. J., Dean, K., Tzoumakis, S., Harris, F., Islam, F., Kariuki, M., Essery, C. M., Schofield, J. M., & Carr, V. J. (2019). Chronic physical health conditions, mental health, and sources of support in a longitudinal Australian child population cohort. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(9), 1083-1096. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz048>
- Lee, Y., Park, C., & Woo, S. (2018). Dwelling depression measurement based on image analysis modeling: Focusing on K-HTP. *The Journal of the Convergence on Culture Technology*, 4(3), 1-6. <https://doi.org/10.17703/JCCT.2018.4.3.1>
- Lee, Y. H., & Jeong, N. J. (2009). A case study of art therapy for decrease in depression and anxiety and improv in self-esteem of maladaptive behavior child. *Korean Journal of Childcare and Education*, 5(2), 43-71.
- Li, C.-Y., Chen, T.-J., Helfrich, C., & Pan, A.-W. (2011). The development of a scoring system for the kinetic house-tree-person drawing test. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2011.10.004>
- Li, C.-Y., Chung, L., Hsiung, P.-C., Chen, T.-J., Liu, S.-K., & Pan, A.-W. (2014). A psychometric study of the kinetic-House-Tree-Person scoring system for people with psychiatric disorders in Taiwan. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 20-27. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2014.03.001>

- 
- Małkowska-Szcutnik, A., Gajewski, J., Mazur, J., & Gajewska, K. (2012). Self-esteem predictors in adolescents with diabetes. *Med Wieku Rozwoj*, *16*(1), 35-46.
- Mangili, G., Garzoli, E., & Sadou, Y. (2018). Feeding dysfunctions and failure to thrive in neonates with congenital heart diseases. *La Pediatria Medica e Chirurgica*, *40*(1). <https://doi.org/10.4081/pmc.2018.196>
- Matsuzaki, T., Matsui, M., Ichida, F., Nakazawa, J., Hattori, A., Yoshikosi, K., Miyazaki, M., Fujii, M., Hagino, I., Kagisaki, K., & Yagihara, T. (2010). Neurodevelopment in 1-year-old Japanese infants after congenital heart surgery. *Pediatrics International*, *52*(3), 420-427. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2009.02974.x>
- Maurer, I., Latal, B., Geissmann, H., Knirsch, W., Bauersfeld, U., & Balmer, C. (2011). Prevalence and predictors of later feeding disorders in children who underwent neonatal cardiac surgery for congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, *21*(3), 303-309. <https://doi.org/10.1017/s1047951110001976>
- McCusker, C. G., Doherty, N. N., Molloy, B., Casey, F., Rooney, N., Mulholland, C., Sands, A., Craig, B., & Stewart, M. (2007). Determinants of neuropsychological and behavioural outcomes in early childhood survivors of congenital heart disease. *Archives of disease in childhood*, *92*(2), 137-141. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.092320>
- Miranda, V. S. G. d., Souza, P. C. d., Etges, C. L., & Barbosa, L. d. R. (2019). Cardiorespiratory parameters in infants cardiopathy: variations during feeding. *CoDAS*, *31*. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822019000200301&nrm=iso
- Mitchell, I. M., Logan, R. W., Pollock, J. C., & Jamieson, M. P. (1995). Nutritional status of children with congenital heart disease. *British Heart Journal*, *73*(3), 277-283. <https://doi.org/10.1136/hrt.73.3.277>



- Newcombe, J., & Fry-Bowers, E. (2017). A post-operative feeding protocol to improve outcomes for neonates with critical congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 35, 139-143.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.010>
- Pereira, G. A., Schaan, C. W., & Ferrari, R. S. (2017). Functional evaluation of pediatric patients after discharge from the intensive care unit using the functional status scale. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(4), 460-465.
<https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170066>
- Peterson, J. K. (2018). Supporting optimal neurodevelopmental outcomes in infants and children with congenital heart disease. *Critical Care Nurse*, 38(3), 68-74.
<https://doi.org/10.4037/ccn2018514>
- Pike, N. A., Roy, B., Gupta, R., Singh, S., Woo, M. A., Halnon, N. J., Lewis, A. B., & Kumar, R. (2018). Brain abnormalities in cognition, anxiety, and depression regulatory regions in adolescents with single ventricle heart disease. *Journal of Neuroscience Research*, 96(6), 1104-1118. <https://doi.org/10.1002/jnr.24215>
- Pike, N. A., Woo, M. A., Poulsen, M. K., Evangelista, W., Faire, D., Halnon, N. J., Lewis, A. B., & Kumar, R. (2016). Predictors of memory deficits in adolescents and young adults with congenital heart disease compared to healthy controls. *Frontiers in Pediatrics*, 4, 117. <https://doi.org/10.3389/fped.2016.00117>
- Pinto, N. P., Rhinesmith, E. W., Kim, T. Y., Ladner, P. H., & Pollack, M. M. (2017). Long-Term function after pediatric critical illness: Results from the survivor outcomes study. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(3), 122-130.
<https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000001070>
- Pollack, M. M., Holubkov, R., Funai, T., Berger, J. T., Clark, A. E., Meert, K., Berg, R. A., Carcillo, J., Wessel, D. L., Moler, F., Dalton, H., Newth, C. J., Shanley, T.,



Harrison, R. E., Doctor, A., Jenkins, T. L., Tamburro, R., & Dean, J. M. (2015). Simultaneous prediction of new morbidity, mortality, and survival without new morbidity from pediatric intensive care: A new paradigm for outcomes assessment. *Critical Care Medicine*, 43(8), 1699-1709.

<https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000001081>

Power, C., Kuh, D., & Morton, S. (2013). From developmental origins of adult disease to life course research on adult disease and aging: Insights from birth cohort Studies. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 7-28.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114423>

Pradhan, P. V., Shah, H., Rao, P., Ashturkar, D., & Ghaisas, P. (2003). Psychopathology and self-esteem in chronic illness. *Indian Journal of Pediatrics*, 70(2), 135-138.

<https://doi.org/10.1007/bf02723739>

Qin, C., Jiang, J., Li, Y., Wang, D., Chen, J., & Tang, S. (2017). Preoperational nutritional status for the children with congenital heart disease and the influential factors. *Journal of Central South University Medical Sciences*, 42(9), 1066-1071.

<http://europepmc.org/abstract/MED/28989153>

Quante, M., Hesse, M., Döhnert, M., Fuchs, M., Hirsch, C., Sergeyeve, E., Casprzig, N., Geserick, M., Naumann, S., Koch, C., Sabin, M. A., Hiemisch, A., Körner, A., Kiess, W., & for the, L. C. S. I. (2012). The life child study: A life course approach to disease and health. *BMC Public Health*, 12(1), 1021. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1021>

Raat, H., Bonsel, G. J., Essink-Bot, M.-L., Landgraf, J. M., & Gemke, R. J. B. J. (2002). Reliability and validity of comprehensive health status measures in children: The child health questionnaire in relation to the health utilities index. *Journal of Clinical*



Epidemiology, 55(1), 67-76. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00411-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00411-5)

Rethinking MCH: The Life Course Model as an Organizing Framework. (2010).

Maternal and child health bureau(MCHB).

<https://www.chronicdisease.org/page/TheLifeCourseMode>

Rozzini, R., Frisoni, G. B., Ferrucci, L., Barbisoni, P., Bertozzi, B., & Trabucchi, M. (1997). The effect of chronic diseases on physical function. Comparison between activities of daily living scales and the physical performance test. *Age and Ageing*, 26(4), 281-287.

Saldana, C. (2016). *Projective Drawings: A Useful Therapist Tool* [Unpublished doctoral dissertation] California Southern University.

Sheng, L., Yang, G., Pan, Q., Xia, C., & Zhao, L. (2019). Synthetic House-Tree-Person drawing test: A new method for screening anxiety in cancer patients. *Journal of oncology*, 2019, 5062394-5062394. <https://doi.org/10.1155/2019/5062394>

Shillingford, A. J., Glanzman, M. M., Ittenbach, R. F., Clancy, R. R., Gaynor, J. W., & Wernovsky, G. (2008). Inattention, hyperactivity, and school performance in a population of school-age children with complex congenital heart disease. *Pediatrics*, 121(4), e759. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1066>

Shirdelzade, S., Ramezanzade, E., & Gazerani, A. (2014). Children satisfaction of nursing care by drawing. *International Journal of Pediatrics*, 2(3.2), 35-39. <https://doi.org/10.22038/ijp.2014.2974>

Singh, S., Kumar, R., Roy, B., Woo, M. A., Lewis, A., Halnon, N., & Pike, N. (2018). Regional brain gray matter changes in adolescents with single ventricle heart disease. *Neuroscience Letters*, 665, 156-162. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.12.011>

Snookes, S. H., Gunn, J. K., Eldridge, B. J., Donath, S. M., Hunt, R. W., Galea, M. P., & Shekerdeman, L. (2010). A systematic review of motor and cognitive outcomes after early surgery for congenital heart disease. *Pediatrics*, *125*(4), 818. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1959>

Souza, P. C. d., Gigoski, V. S., Etges, C. L., & Barbosa, L. d. R. (2018). Findings of postoperative clinical assessment of swallowing in infants with congenital heart defect. *CoDAS*, *30*(1).<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017024>

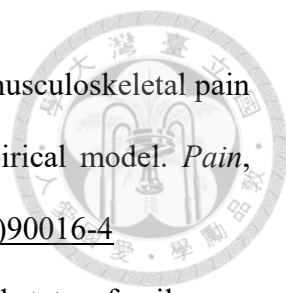
Spillmann, R., Polentarutti, S., Ehrler, M., Kretschmar, O., Wehrle, F. M., & Latal, B. (2021). Congenital heart disease in school-aged children: Cognition, education, and participation in leisure activities. *Pediatric Research*. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01853-4>

Tomaj, O. K., Estebarsari, F., Taghavi, T., Borim Nejad, L., Dastoorpoor, M., & Ghasemi, A. (2016). The effects of group play therapy on self-concept among 7 to 11 year-old children suffering from thalassemia major. *Iranian Red Crescent Medical Journal* *18*(4), e35412. <https://doi.org/10.5812/ircmj.35412>

Torpy, J. M., Campbell, A., & Glass, R. M. (2010). Chronic diseases of children. *The Journal of the American Medical Association*, *303*(7), 682-682. <https://doi.org/10.1001/jama.303.7.682>

Turkel, S., & Pao, M. (2007). Late consequences of chronic pediatric illness. *Psychiatric Clinics of North America*, *30*(4), 819-835. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.07.009>

Typpo, K. V., Petersen, N. J., Petersen, L. A., & Mariscalco, M. M. (2010). Children with chronic illness return to their baseline functional status after organ dysfunction on the first day of admission in the pediatric intensive care unit. *The Journal of Pediatrics*, *157*(1), 108-113.e101. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.12.029>

- 
- Varni, J. W., Wilcox, K. T., Hanson, V., & Brik, R. (1988). Chronic musculoskeletal pain and functional status in juvenile rheumatoid arthritis: an empirical model. *Pain*, 32(1), 1-7. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959\(88\)90016-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959(88)90016-4)
- Witt, W. P., Riley, A. W., & Coiro, M. J. (2003). Childhood functional status, family stressors, and psychosocial adjustment among school-aged children with disabilities in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(7), 687-695. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.7.687>
- World Health, O. (2000). The implications for training of embracing : a life course approach to health. In. Geneva: World Health Organization.
- Wu, M.-H., Chen, H.-C., Lu, C.-W., Wang, J.-K., Huang, S.-C., & Huang, S.-K. (2010). Prevalence of congenital heart disease at live birth in Taiwan. *The Journal of Pediatrics*, 156(5), 782-785. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.11.062>
- Yahia, S., El-Hadidy, M. A., El-Gilany, A.-H., Anwar, R., Darwish, A., & Mansour, A. K. (2013). Predictors of anxiety and depression in Egyptian thalassemic patients: A single center study. *International Journal of Hematology*, 97(5), 604-609. <https://doi.org/10.1007/s12185-013-1322-z>
- Yalçın, S. S., Durmuşoğlu-Sendoğdu, M., Gümrük, F., Unal, S., Karg, E., & Tuğrul, B. (2007). Evaluation of the children with beta-thalassemia in terms of their self-concept, behavioral, and parental attitudes. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 29(8), 523-528. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e3180f61b56>
- Yang, G., Zhao, L., & Sheng, L. (2019). Association of synthetic House-Tree-Person drawing test and depression in cancer patients. *BioMed research international*, 2019, 1478634-1478634. <https://doi.org/10.1155/2019/1478634>

Yeh, S.-J., Chen, H.-C., Lu, C.-W., Wang, J.-K., Huang, L.-M., Huang, S.-C., Huang, S.-K., & Wu, M.-H. (2013). Prevalence, mortality, and the disease burden of pediatric congenital heart disease in Taiwan. *Pediatrics & Neonatology*, 54(2), 113-118. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2012.11.010>

Yeh, S.-J., Chen, H.-C., Lu, C.-W., Wang, J.-K., Huang, L.-M., Huang, S.-C., Huang, S.-K., & Wu, M.-H. (2015). National database study of survival of pediatric congenital heart disease patients in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 114(2), 159-163. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.10.006>



附錄

附錄 一、動態屋樹人 KHTP 計分系統

編號：_____

總繪圖時間：_____分鐘

動態屋樹人 KHTP 計分系統 (0：無訊號) (1：明顯訊號) (2：訊號不足)

編製者：孫頌賢、吳東秉、徐藝溶、李琦萱、丁子秦 (2019)

整體繪圖評估				
評估分類	代碼	計分	記號 (一般/特殊)	解釋系統
是否作畫	W1n		有作畫	無特殊訊號
	W1a		無作畫/空白	作畫困難/無法依循施測指導語
精緻程度	W2n		一般性畫法	無特殊訊號
	W2a		精緻	情緒發展常態
	W2b		粗略或退化	情緒發展障礙
紙張擺放	W3n		橫放	無特殊訊號
	W3a		直放	誇大自我價值
畫像大小	W4n		適當	自我價值適當
	W4a		過小	低自我價值
	W4b		過大	自大、自戀
物件擺放比例	W5n		分配適當	無特殊訊號
	W5a		人在中間且佔滿超過 1/3	強烈的自我需求
	W5b		屋在中間佔滿且佔滿超過 1/3	強烈的關係需求
	W5c		樹在中間佔滿且佔滿超過 1/3	強烈的能量需求
繪圖先後順序	W6a		先畫人	對自我的肯定、或是對自我的關注
	W6b		先畫屋	對社會關係、親密、家庭的重視，過去累積了對親密感的豐富經驗
	W6c		先畫樹	對生命能量和成長的重視與渴望。
擦拭反應	W7n		無過度擦拭反應	無特殊訊號
	W7a		過度擦拭反應	焦慮反應
力道與筆觸	W8n		一般性畫法/適當	無特殊訊號
	W8a		力道過重	退縮、防衛
	W8b		力道過輕	焦慮反應
	W9n		一般性畫法/適當	無特殊訊號

陰影與基線	W9a	過多陰影	焦慮反應
	W9b	強調基線	焦慮反應
	W9c	空白處塗抹、草地	焦慮反應
省略某些元素	W10n	完整未省略	無特殊訊號
	W10a	省略人	逃避退縮、低自我價值、自傷、憂鬱反應
	W10b	省略樹	缺乏生命力
	W10c	省略屋	逃避關係、缺乏安全感
線條畫法	W11n	無明顯特徵	無特殊訊號
	W11a	外放型	衝動性
	W11b	控制型	壓抑性

屋的細節				
評估分類	代碼	計分	記號 (一般/特殊)	解釋系統
整體畫法	H1n		一般性畫法	無特殊訊號
	H1a		擬人化房子	退化
	H1b		藍圖或平面圖	家中有嚴重衝突
	H1c		畫房子的背面	退縮、逃避親密、對立
	H1d		房子搖搖欲墜	器質性疾患發病前兆
	H1e		非常遠	無法接近、期待從傳統中逃離
	H1f		非常近	人際間有溫暖、可親性
	H1g		非常小	退縮、被家庭拒絕、退化
	H1h		非常大、占滿	極度挫折、高敏感、防禦或攻擊的過度補償
	H1i		在紙下邊緣	無安全感、沮喪
	H1j		紙張上方	對環境有恐懼、避免衝突
	H1k		透視或沒有牆	對於關係/家庭有過度理想化的傾向、缺乏現實感
	H1L		快倒或傾斜	缺乏安全感、關係具危機
	H1m		向左右伸展	反映作畫者需要穩定或腳踏實地
	H1o		向上下伸展	反映作畫者需要權力或幻想
門	H2n		一般性畫法	無特殊訊號
	H2a		缺少門	缺乏親和與連結、關係疏離、壓抑否定、孤立
	H2b		最後才畫門	人際接觸是不愉快的
	H2c		非常大	過度依賴、利用親和引發注意
	H2d		非常小	社交不適應、缺乏主見、對感情懷疑、退縮
	H2e		強調鎖住	以退縮引起注意、受傷後的敵意
	H2f		打開門	對環境有強烈的溫情需求
	H2g		強調門把	過度關注人際需求、親密焦慮
	H2h		門上有著墨	對人際開放感到焦慮
窗	H3n		一般性畫法	無特殊訊號
	H3a		關閉的百葉窗	極度退縮
	H3b		開著的百葉窗	敏銳的人際適應、可親性高
	H3c		適當大小與數量的窗	人際親和、對環境有興趣
	H3d		缺乏窗	敵意、對立、退縮、掩蓋家庭秘密

	H3e	過度強調	對人際關注、口腔期固著
	H3f	開窗	對自我控制不滿意
屋頂	H4n	一般性畫法	無特殊訊號
	H4a	頂端未聯合	缺乏自我界限
	H4b	被吹落或破損	創傷或重大壓力事件、超出控制範圍
	H4c	塗黑、頂上休憩設施	壓力或焦慮感、逃避壓力
煙囪	H5n	一般性畫法	無特殊訊號
	H5a	未畫煙囪	關係冷漠、可能是正常
	H5b	過度加大或強調	對溫暖、關係、性的渴求
	H5c	歪斜或虛弱	性焦慮、缺乏親密感
	H5d	冒煙一條線	關係冷漠
	H5e	冒煙非一條線	關係溫暖
台階與走道	H6n	未畫台階或走道	可能是正常
	H6a	適當的畫法	可親性高、情緒穩定、開放友善
	H6b	強調台階或走道	人際焦慮

樹的細節				
評估分類	代碼	計分	記號 (一般/特殊)	解釋系統
整體畫法	T1n		一般性畫法	無特殊訊號
	T1a		枯樹	極度的心理困擾、強烈沮喪與罪惡感、自殺傾向、嚴重淡漠與自卑感、預後較差
	T1b		狗在樹上尿	攻擊與批判性強
	T1c		非常大的樹	有活力、支配性高、攻擊傾向、高能量
	T1d		孤立山頂的樹	自大或優越感、孤立感
	T1e		傾斜樹、漂浮樹	不安全感、失去生命力
	T1f		陽具樹	對性不成熟的關注
	T1g		向上下過度伸展 (相對畫紙)	需要更多的權力與掌控力
	T1h		樹彎向房子	過度渴望家庭的保衛和安全感、留戀過去
	T1i		茂盛的樹枝和樹葉遠離房子	作畫者將力量放在自身的成長，且抗拒或輕視家庭的干擾
	T1k		樹壓房子	生命價值/生涯與家庭/親密關係相互干擾、缺乏界限
樹上掛物	T2n		無掛物	無特殊訊號
	T2a		蘋果樹有掛牢	豐富滋潤
	T2b		蘋果樹無掛牢或掉落	代表被拒絕、或失落、或理想化自我價值
	T2c		松鼠藏東西	注重安全感
	T2d		樹上有盪鞦韆	缺乏安全感、否認目前壓力
	T2e		小鳥在鳥巢中	享受被人照顧
	T2f		小鳥在鳥巢中露出腳	渴望自由
	T2g		小鳥在鳥巢中但不穩	缺乏安全感
評估分類	代碼	計分	記號 (一般/特殊)	解釋系統
枝幹與葉	T3n		一般性畫法	無特殊訊號
	T3a		樹枝向下垂、垂葉、柳樹	把能量流向過去不能解決的問題上，憂鬱、留戀過去、沮喪失落、不快樂
	T3b		樹枝向上伸	若樹木穩立於地上，它表示上進、隨著生命「前進」
	T3c		樹枝往外伸展、可庇蔭	個案具有照顧、養育、保護他人的特性

	T3d	樹枝或樹葉呈漩渦狀	意圖在極端的狀況下「旋轉出來」
	T3e	完整包覆的樹，但枝葉混亂	壓抑混亂的情緒與想法
	T3f	省略或簇葉（不毛之樹）	暗示內在無趣或缺乏自我統整
	T3g	葉子正在掉落	無能順應社會、失落憂鬱
	T3h	光禿禿或稀疏，但樹枝樹幹強壯	對改變環境的強烈需求
	T3i	斷落或截斷的樹枝	喪失應付環境壓力的能力、自殺傾向
	T3j	忽略樹枝	缺乏人際關係的喜悅、未獲滿足
	T3k	過多樹枝（一直畫）	過度理想化、躁症
	T3l	樹幹瘦小但樹枝過大多	過度強調從環境中獲取需求、努力過度
	T3m	樹節、樹洞	重大事件或創傷事件
樹根	T4n	一般性畫法	無特殊訊號
	T4a	強壯樹根	穩固人格、安全感
	T4b	枯乾樹根	無法抓住現實感
	T4c	樹根的陰影	焦慮

人的細節				
評估分類	代碼	計分	記號 (一般/特殊)	解釋系統
頭部	P1n		一般性畫法	無特殊訊號
	P1a		過大	自我中心、過度強調可能重視人際
	P1b		過小	退縮、社交或性的無能、壓抑、罪惡感
	P1c		不規則	器質性疾患問題
	P1d		漂浮	器質性疾患問題
	P1e		只有頭	器質性疾患問題
	P1f		只畫頭背部	器質性疾患問題
	P1g		省略頭	器質性、失落、想除卻不愉快感
	P1h		最後畫頭	可能有嚴重心理困擾
臉部	P2n		一般性畫法	無特殊訊號
	P2a		模糊的五官或表情	退縮、自我力量薄弱
	P2b		過度強調五官	可能過度在意外表、或過度維持他人我
	P2c		整張臉圖黑	嚴重情緒困擾
眼睛與眉毛	P3n		一般性畫法	無特殊訊號
	P3a		強調眼睛、塗黑	焦慮、攻擊外化、外向與親和
	P3b		閉眼	內向、內省傾向、偷窺狂
	P3c		小圈圈眼睛	過度退化、孩子氣 (兒童正常)
	P3d		省略眼睛	缺乏人際知覺判斷、視幻、器質性
	P3e		眉毛仔細加工與過度工整	重視外表、高批判性
	P3f		眉毛多毛、遠離修飾	粗獷原始、不受控制
耳朵	P4n		一般性畫法	無特殊訊號
	P4a		省略耳朵	往往是正常的
	P4b		過大或不尋常的耳朵	對批評高度敏銳、幻聽
鼻子	P5n		一般性畫法	無特殊訊號
	P5a		省略鼻子	往往是正常的
	P5b		過度強調或過大的鼻子	性困難或興趣、自卑、偏執
嘴巴與下顎	P6n		一般性畫法	無特殊訊號
	P6a		過度強調嘴巴	口腔需求或口語攻擊、依賴性格 (退化性防禦)、飲食問題、酗酒、胃痛、報復

	P6b	省略嘴巴	對口語攻擊的罪惡感、憂鬱、溝通困難、氣喘、需求關愛被拒絕	
	P6c	過度強調唇型	自戀、男性則有女性化可能	
	P6d	口中叨物、咀嚼	口腔需求、口腔型人格	
	P6e	露出牙齒	成人有童年創傷的可能、正性症狀 Schizo	
	P6f	強調下巴	獨斷、攻擊傾向、過度強調本我、過度脆弱後的反擊	
軀幹	P7n	一般性畫法	無特殊訊號	
	P7a	過小過瘦、簡化軀幹	自卑、對身體意向不滿意或焦慮	
	P7b	過大軀幹	過多未滿足的心理與生理需求	
	P7c	圓形化軀幹	被動、不具企圖心、同志傾向	
	P7d	省略或擦拭肩膀	自卑、不確定感、身心症	
	P7e	清楚或過度強調的肩膀	社交需求、缺乏安全感、陽剛、強大力量，方肩代表攻擊敵意	
	P7f	強調、塗黑、擦拭、遮掩胸部	在情緒與性上面，可能有未成熟的需求方式	
	P7g	過大胸部	男性-未解決的戀母，女性-獨斷強勢的母親	
	P7h	畫出性器官	性議題、精神分裂、反社會、藝術學院學生	
	P7i	解剖、透視	思覺失調、身體化疾患、躁症	
評估分類	代碼	計分	記號（一般/特殊）	解釋系統
前肢/手臂/手指/手	P8n	一般性畫法	無特殊訊號	
	P8a	手臂在腰	自戀、老大心態	
	P8b	手臂張開	有能力施展抱負、友善開放、期待人際接觸	
	P8c	手臂在身後	妥協、罪惡感	
	P8d	折起手臂	猜疑、敵意、被動、不肯定	
	P8e	非常短	缺乏企圖心、不積極、消極依賴、無助	
	P8f	非常大或長的手	社交不適應、易衝動、企圖積極	
	P8g	省略手臂或放在背後	妥協、控制與壓抑攻擊、沮喪、對環境不滿、自殺或過度沮喪	
	P8h	過大或腫大手指	攻擊、衝動控制困難、性侵受害者、壓抑衝動	
	P8i	強調指節	強迫、過度理智化	
腿與站姿	P9n	一般性畫法	無特殊訊號	
	P9a	腳被紙邊切掉或省略	缺乏自主性或行動力	

	P9b	腳交叉	性或性取向的防衛
	P9c	兩腳長短不一	對獨立與依賴的矛盾
	P9d	過長	對自主性的過度需求
	P9e	強化腿	侵略、攻擊的需求、對行動需求的焦慮
	P9f	強調腳指	病態性的侵略或性、攻擊
	P9g	傾斜站立或漂浮	不安全感、焦慮、依賴、藥物濫用
	P9h	踮著腳尖	現實感薄弱、幻想飛翔
	P9i	雙腿大大張開	對權威的攻擊與反抗、缺乏安全感
	P9j	朝側面	逃避、猶豫去面對或溝通、人際保守內向
	P9k	背面呈現	逃避、恐懼、妄想
	P9l	折腳	缺乏自主性或行動力
飾品或衣著	P10n	一般性畫法	無特殊訊號
	P10a	裸體	自我中心、身體自戀或過度關注、暴露狂
	P10b	透明衣著	窺淫癖、暴露狂、性焦慮
	P10c	強調鈕釦	依賴退化，過度中線則有強迫或自我中心
	P10d	強調領帶	性關注、性焦慮、過大領帶則有性攻擊
	P10e	強調口袋	男性對母性的過度需求、女性較少畫
	P10f	衣服有裝飾、花樣	在意他人眼光
	P10g	強調衣服的中線	控制
	P10h	戴帽子	遮掩情緒、防衛
毛髮 (頭、胸、或任何部位)	P11n	一般性畫法	無特殊訊號
	P11a	強調毛髮	與性衝動、性焦慮、男性氣概有關、同志傾向、強烈憤怒或攻擊
行為、動作	P12n	一般性畫法	無特殊訊號
	P12a	手持物品	衝動、攻擊
	P12b	傷害樹(砍樹、澆水)	貶損自我

註：此編碼表格，引用自孫頌賢、吳東秉、徐藝溶、李琦萱、丁子秦(2019)。投射性繪畫—從成人依戀理論建構動態屋樹人衡鑑系統之初探(國立臺北教育大學教師專題研究計畫成果報告)。台北市：國立臺北教育大學心理與諮商學系。

附錄 二、訪談指引

1. 請你用這幅畫說一個完整的故事，你想說什麼都可以，沒有標準答案。

向度	提問問句
人物	這個人是你認識的人嗎？他的名字是？
	他幾歲？
	他在做什麼？
	這個人在想什麼？有什麼話想說？
	這個人的心情或感覺如何？
	這個人他最需要什麼？
	房子
	這是新房子還是舊房子？你覺得這個房子堅固、安全嗎？
	房子裡住了哪些人？他們有什麼關係？
	你覺得這房屋裡面正在發生什麼事？
樹	這棵樹是真實的還是想像的？
	這棵樹活著嗎？
	這棵樹幾歲了？
	這棵樹曾經受到傷害過嗎？
整體	作畫時的感受怎麼樣？
	畫完圖，你想到什麼事件或回憶？
	跟現實生活或事件有什麼關係？

2. 對於疾病的經驗與感受

「你對於自己的心臟疾病了解嗎？」

「你如何看待自己的心臟疾病？」

「關於心臟疾病從小到大最有印象的是什麼事？」

「生病對你的生活有什麼影響？那你是怎麼克服的呢？」

「你周圍的人有沒有因為你的生病/疾病做出什麼事或是說過什麼話？」

「你對於目前的生活有什麼感到怎樣？」



附錄 三、CHD 組個案基本資料表

第一部份：

基本資料：請照顧者協助填寫以下兒童健康狀況。

兒童基本資料：

編號：

1. 性別：男 女
2. 出生年月日：_____年_____月_____日
3. 家中子女數：_____人，排行_____
4. 就學情形：尚未就學繼續就學休學休學後復學
5. 主要照顧者：
爸爸媽媽祖父母看護其他（請說明）：
6. 家庭型態：小家庭 三代同堂 隔代家庭 其他（請說明）：

第二部分：

兒童健康狀況：

1. 診斷：_____
2. 您的孩子過去三個月的心臟功能分類(NYHA functional class)：
3. 第一次接受侵入性治療（如：手術、心導管）：_____年_____月_____日
4. 最後一次接受侵入性治療（如：手術、心導管）：_____年_____月_____日
5. 截至目前共接受手術及心導管次數：_____次、_____次
6. 治療階段：
已接受完全矯正手術治療僅接受階段性手術治療
僅接受心導管治療未階接受侵入性治療，僅以藥物控制或定期追蹤
7. 您的孩子是否曾經長期留置管路超過三個月：
曾經有留置鼻胃管曾經有留置氣切管路
目前有留置鼻胃管目前有留置氣切管路
否
8. 您的孩子是否需要居家氧氣以維持血氧：是否
9. 過去一個月曾因為治療或是相關合併症狀反覆入院：
是， ≤ 3 次3-5次 ≥ 5 次
否
10. 過去半年都有定期返診追蹤病情：是否
11. 是否需規則使用處方藥物：是否
12. 您的孩子是否曾經接受早期療育或是復健：是否



附錄 四、健康兒童組個案基本資料表

第一部份：

基本資料：請照顧者協助填寫以下兒童健康狀況。

兒童基本資料：

編號：

1. 性別：男 女
2. 出生年月日：_____年_____月_____日
3. 家中子女數：_____人，排行_____
4. 就學情形：尚未就學繼續就學休學休學後復學
5. 主要照顧者：
爸爸媽媽祖父母看護其他（請說明）：
6. 家庭型態：小家庭 三代同堂 隔代家庭 其他（請說明）：

第二部分：

兒童健康狀況：

1. 您的覺得您的孩子平常的健康狀況如何：
良好，需要時才就醫(一個月可能就醫 1 次或是更少)
普通，偶爾就醫(一個月因身體不適就醫 2~3 次)
不佳，經常就醫(一個月因身體不適就醫超過 3 次)
2. 您的孩子這一個月內是否因為身體不適有就醫經驗：否 是，_____次
3. 您的孩子是否有先天性或需持續追蹤的疾病？否 是，說明：
4. 您的孩子是否曾經接受早期療育或是復健：是 否



附錄 五、繪圖軌跡分析指引記錄表

編號：_____ 總繪圖時間：_____分鐘

一、整體繪畫評析

1. 畫面：置中偏右置左
2. 位置：畫面上方畫面下方角落紙邊或底部
3. 出現依附：無依附房屋-樹房屋-人人-樹房屋-樹-人
4. 畫像大小：比例對等比例異常，出現不尋常的大出現不尋常的小

二、運筆動作：

1. 力道：一致變化多端，出現不尋常的重出現不尋常的輕
2. 筆觸：堅定斷續、彎曲、搖晃不定素描式
3. 長度：筆長短而不連續非常短
4. 過度擦拭：無有，越畫越好越畫越遭無差異
5. 強調線條：無有，水平垂直曲線僵直鋸齒及銳利過度陰影及塗黑

三、繪圖元素評析 繪圖元素次序：_____房屋、_____樹、_____人

項目	特殊訊號
人	頭部、五官：
	身軀、四肢：
	姿勢、衣著配飾、手持物：
樹	樹葉、樹枝：
	樹幹、樹根：
	樹上的東西：
房屋	門、窗：
	屋頂、煙囪、牆：
	台階、走道：



附錄 六、健康組兒童繪圖軌跡紀錄表

1. 兒童參與研究的編號為: _____

2. 繪圖時間: ___分___秒

(請家長協助計時，僅作為研究數據之參考，沒有規定要花多久時間畫完。)

3. 兒童拿到紙張後擺放的方式: 橫放 直放(請擇一選擇)

4. 在給予指令後兒童的繪圖順序: 房屋 樹 人

(在指令下每位兒童的繪圖順序可能不同，請依孩子畫圖的順序協助標示

1.2.3.，若沒有畫的繪圖元素就不需要編號。)

5. 兒童在畫房屋的時候是否最後才畫門? 是 否

6. 兒童在畫人的時候是否最後才畫頭? 是 否



附錄 七、參與研究計畫邀請函

以動態屋樹人繪圖測驗 (The Kinetic-House-Tree-Person drawing test; KHTP)

探討兒童生活經驗之研究：以先天性心臟疾病兒童及健康兒童為例

各位東門國小的家長您們好，我是臺灣大學護理系暨研究所研究生 蔡舒帆，您們是否知道透過日常生活中的簡單繪圖也可以了解自己孩子的想法並且增加親子間的互動呢？動態屋樹人繪圖的設計主旨即是透過講述一個故事，評估圖畫者表現出的視覺隱喻，用於展現人類發展，包括個體轉化、自我概念及自尊以及與環境的互動影響等，常被用來探討心理特質、人格特質等相關議題。本研究計畫的初衷是重視先天性心臟疾病兒童表達自我的疾病經驗及觀點，並透過繪圖展示自己對於世界的觀察或想像，說出屬於自己的故事。研究計畫截至目前已著手進行先天性心臟疾病兒童的收案，除探討這個族群的生活經驗外，我們同時也希望了解繪圖於探索兒童心理特質的適用性。因此，我們誠摯地邀請健康狀況良好的兒童一同參與繪圖，以增進研究的深度及廣度。此計畫已經通過台大醫院倫理委員會(案號：202008038RINC)，預計於東門國小收案時間為 2021 年 4 月至 2021 年 6 月，收案對象為 1~6 年級，預期健康狀況良好兒童收案人數至少 50 位。若您與您的孩子對研究計畫有興趣，請繼續詳閱「參與研究計畫說明書」了解研究進行的方式。您詳閱內容後請回覆此邀請函讓我們知道您的意願，我們會再提供詳細的計畫說明書及研究工具給參與本研究計畫的對象。誠摯地邀請您與您的孩子。

我與我的孩子(姓名)_____對研究計畫有興趣，想要參加。(需要研究者親自說明，請留下方便連絡的時間_____，以及您的聯絡電話_____，研究者再收到回覆後會盡快與您聯絡。)

謝謝您的邀請，下次有機會再參加。

家長簽名:_____

臺灣大學護理系暨研究所 蔡舒帆 研究生

指導教授 高碧霞 副教授 敬邀

附錄 八、參與研究計畫說明書

以動態屋樹人繪圖測驗 (The Kinetic-House-Tree-Person drawing test; KHTP)

探討兒童生活經驗之研究：以先天性心臟疾病兒童及健康兒童為例
親愛的家長您們好，請您保持輕鬆及愉悅的心情了解以下參與研究之步驟：

步驟1: 詳讀說明書

- 研究受訪者說明及同意書。
- 臨床試驗受試者說明及同意書 (兒童版)。
- **記得在同意書上簽名喔！**

步驟2: 填寫基本資料

- 掃描 QR code。
- 填入研究編號。
- **完成表單填寫，記得送出喔！**



步驟3: 繪圖時間

- 周末優閒的午後，放鬆彼此的心情下開始繪圖吧。
- 請將紙張遞給兒童隨他/她擺放，再給予孩子繪圖指令。
- **記得記錄繪圖軌跡喔！**
- **發揮創造力一起說故事囉~(自由發揮，此部分不納入研究資料。)**

步驟4: 繳交圖稿

- 您與您的孩子簽署的同意書。
- 圖稿。
- **以上資料請交回去給班級導師。**

步驟5: 加入Line@「愛心寶貝說故事」

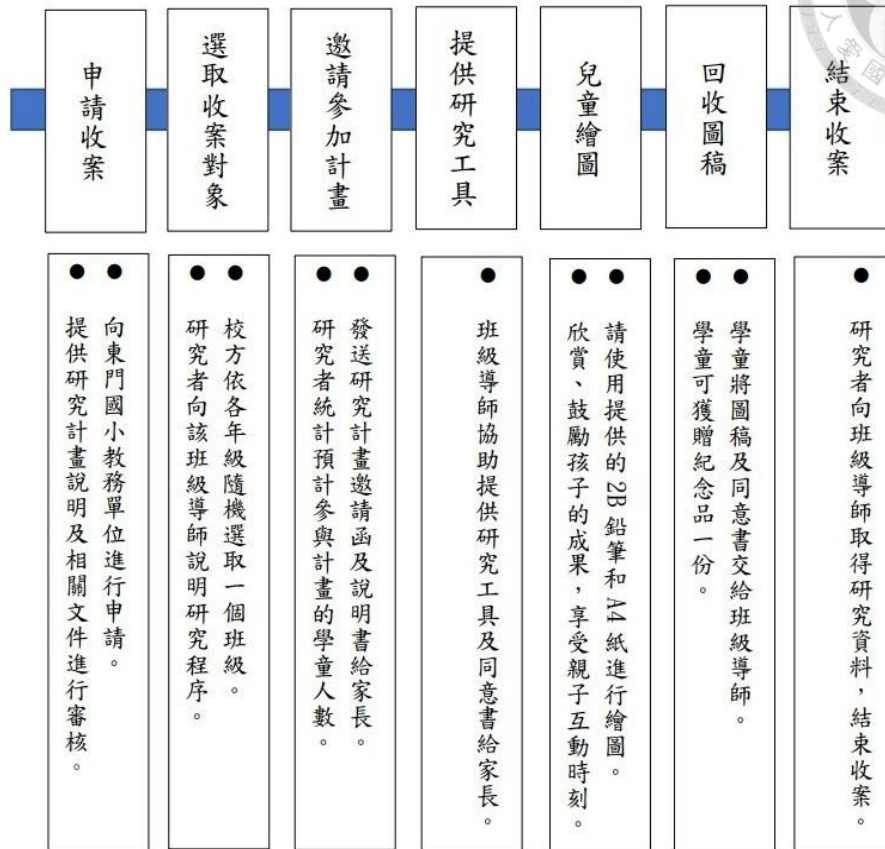
- 帳號：@828nphow
- 功能：研究諮詢、收到研究結果。
- 加入後發一個小貼圖才能順利完成整個流程喔。
- 收案結束此帳號就會關閉囉！**當孩子猶豫不決時的通關密語：**「你可以隨自己想法畫圖就可以」、「盡量畫就好，這張圖沒有好與壞」、「如果覺得想要結束可以隨時告訴我」。

指令在這裡→ 「請你在這張紙上，畫房屋、樹、人，而人在做某一件事。請你盡量畫完整的人。」

小提醒：

1. 指令最多複誦兩次，繪圖順序不限，若缺少某項繪圖素也沒關係，讓孩子自由發揮即可，不用刻意提醒。
2. **請您讓兒童自己作畫，不要給予太多的協助或建議，不論孩子畫多少都沒關係。**
3. 本研究只能以鉛筆在 A4 空白紙進行作畫，請提醒孩子不需進行著色。

附錄 九、東門國小學童參與研究計畫流程圖



附錄 十、繪圖評估評分表

整體繪圖評估			評分者 1-次評			評分者 2-次評		
評估分類	記號	代碼	2	1	0	2	1	0
是否作畫	有作畫	W1n	0	30	0	0	30	0
	無作畫/空白	W1a	0	0	30	0	0	30
精緻程度	一般性畫法	W2n	0	7	23	0	15	15
	精緻	W2a	0	11	19	0	3	27
	粗略或退化	W2b	0	12	18	0	13	17
紙張擺放	橫放	W3n	0	21	9	0	21	9
	直放	W3a	0	9	21	0	9	21
畫像大小	適當	W4n	0	17	13	0	22	8
	過小	W4a	0	8	22	0	7	23
	過大	W4b	0	5	25	0	2	28
物件擺放比例	分配適當	W5n	0	17	13	0	26	4
	人在中間且佔滿超過 1/3	W5a	0	0	30	0	0	30
	屋在中間佔滿且佔滿超過 1/3	W5b	0	6	24	0	4	26
	樹在中間佔滿且佔滿超過 1/3	W5c	0	1	29	0	0	30
繪圖先後順序	先畫人	W6a	0	1	29	0	1	29
	先畫屋	W6b	0	26	4	0	26	4
	先畫樹	W6c	0	3	27	0	3	27
擦拭反應	無過度擦拭反應	W7n	0	25	5	0	23	7
	過度擦拭反應	W7a	0	5	25	0	7	23
力道與筆觸	一般性畫法/適當	W8n	0	28	2	0	28	2
	力道過重	W8a	0	1	29	0	2	28

	力道過輕	W8b	0	1	29	0	0	30
陰影與基線	一般性畫法/適當	W9n	0	20	10	0	15	15
	過多陰影	W9a	0	5	25	0	0	30
	強調基線	W9b	0	5	25	0	3	27
	空白處塗抹、草地	W9c	0	6	24	0	16	14
省略某些元素	完整未省略	W10n	0	26	4	0	26	4
	省略人	W10a	0	1	29	0	1	29
	省略樹	W10b	0	3	27	0	3	27
	省略屋	W10c	0	0	30	0	0	30
線條畫法	無明顯特徵	W11n	0	16	14	0	27	3
	外放型	W11a	0	9	21	0	0	30
	控制型	W11b	0	4	26	0	3	27

附錄 十一、屋的細節評分表

屋的細節			評分者 1- 次評			評分者 2- 次評		
評估分類	記號	代碼	2	1	0	2	1	0
整體畫法	一般性畫法	H1n	0	27	3	0	6	24
	擬人化房子	H1a	0	1	29	0	1	29
	藍圖或平面圖	H1b	0	1	29	0	0	30
	畫房子的背面	H1c	0	0	30	0	0	30
	房子搖搖欲墜	H1d	0	3	27	0	0	30
	非常遠	H1e	4	0	26	0	0	30
	非常近	H1f	0	12	18	0	0	30
	非常小	H1g	0	7	23	0	6	24
	非常大、占滿	H1h	0	8	22	0	3	27
	在紙下邊緣	H1i	0	2	28	0	8	22
	紙張上方	H1j	0	4	26	0	3	27
	透視或沒有牆	H1k	0	3	27	0	5	25
	快倒或傾斜	H1L	0	4	26	0	10	20
	向左右伸展	H1m	0	3	27	0	0	30
	向上下伸展	H1o	0	7	23	0	1	29
門	一般性畫法	H2n	1	19	10	0	6	24
	缺少門	H2a	0	5	25	0	7	23
	最後才畫門	H2b	0	8	22	0	8	22
	非常大	H2c	0	3	27	0	1	29
	非常小	H2d	0	1	29	0	0	30
	強調鎖住	H2e	0	1	29	0	2	28

	打開門	H2f	0	0	30	0	0	30
	強調門把	H2g	0	19	11	0	12	18
	門上有著墨	H2h	0	4	26	0	5	25
窗	一般性畫法	H3n	0	21	9	0	3	27
	關閉的百葉窗	H3a	0	22	8	0	0	30
	開著的百葉窗	H3b	0	3	27	0	1	29
	適當大小與數量的窗	H3c	0	19	11	0	9	21
	缺乏窗	H3d	0	7	23	0	7	23
	過度強調	H3e	0	1	29	0	14	16
	開窗	H3f	0	3	27	0	1	29
屋頂	一般性畫法	H4n	0	29	1	0	15	15
	頂端未聯合	H4a	0	2	28	0	4	26
	被吹落或破損	H4b	0	0	30	0	0	30
	塗黑、頂上休憩設施	H4c	0	1	29	0	11	19
煙囪	一般性畫法	H5n	0	6	24	0	2	28
	未畫煙囪	H5a	0	22	8	0	23	7
	過度加大或強調	H5b	0	1	29	0	23	7
	歪斜或虛弱	H5c	0	0	30	0	2	28
	冒煙一條線	H5d	0	1	29	0	0	30
	冒煙非一條線	H5e	0	3	27	0	4	26
台階與走道	未畫台階或走道	H6n	0	30	0	0	30	0
	適當的畫法	H6a	0	0	30	0	0	30
	強調台階或走道	H6b	0	0	30	0	0	30

附錄 十二、樹的細節評分表

樹的細節			評分者 1- 次評			評分者 2- 次評		
評估分類	記號	代碼	2	1	0	2	1	0
整體畫法	一般性畫法	T1n	0	19	11	0	13	17
	枯樹	T1a	1	0	29	0	1	29
	狗在樹上尿	T1b	0	0	30	0	0	30
	非常大的樹	T1c	0	4	26	0	0	30
	孤立山頂的樹	T1d	0	0	30	0	0	30
	傾斜樹、漂浮樹	T1e	0	7	23	0	8	22
	陽具樹	T1f	1	11	18	0	0	30
	向上下過度伸展（相對畫紙）	T1g	0	4	26	0	2	28
	樹彎向房子	T1h	2	1	27	0	2	28
	茂盛的樹枝和樹葉遠離房子	T1i	2	2	26	0	1	29
	樹壓房子	T1k	1	1	28	0	4	26
樹上掛物	無掛物	T2n	0	18	12	0	19	11
	蘋果樹有掛牢	T2a	0	7	23	0	0	30
	蘋果樹無掛牢或掉落	T2b	0	1	29	0	7	23
	松鼠藏東西	T2c	0	0	30	0	0	30
	樹上有盪鞦韆	T2d	0	0	30	0	0	30
	小鳥在鳥巢中	T2e	0	3	27	0	2	28
	小鳥在鳥巢中露出腳	T2f	0	0	30	0	0	30
枝幹與葉	小鳥在鳥巢中但不穩	T2g	0	0	30	0	0	30
	一般性畫法	T3n	0	13	17	0	3	27
	樹枝向下垂、垂葉、柳樹	T3a	0	1	29	0	6	24

	樹枝向上伸	T3b	3	15	12	0	15	15
	樹枝往外伸展、可庇蔭	T3c	1	10	19	0	3	27
	樹枝或樹葉呈漩渦狀	T3d	0	2	28	0	2	28
	完整包覆的樹，但枝葉混亂	T3e	0	3	27	0	3	27
	省略或簇葉（不毛之樹）	T3f	1	2	27	0	6	24
	葉子正在掉落	T3g	0	0	30	0	0	30
	光禿禿或稀疏，但樹枝樹幹強壯	T3h	1	0	29	0	1	29
	斷落或截斷的樹枝	T3i	0	1	29	0	0	30
	忽略樹枝	T3j	1	14	15	0	9	21
	過多樹枝（一直畫）	T3k	0	5	25	0	3	27
	樹幹瘦小但樹枝過大多	T3l	0	3	27	0	0	30
	樹節、樹洞	T3m	2	5	23	0	4	26
樹根	一般性畫法	T4n	0	12	18	0	3	27
	強壯樹根	T4a	0	2	28	0	1	29
	枯乾樹根	T4b	1	0	29	0	0	30
	樹根的陰影	T4c	0	2	28	0	2	28

附錄 十三、人的細節評分表

人的細節			評分者 1- 次評			評分者 2- 次評		
評估分類	記號	代碼	2	1	0	2	1	0
頭部	一般性畫法	P1n	0	26	4	0	21	9
	過大	P1a	0	4	26	0	2	28
	過小	P1b	0	0	30	0	0	30
	不規則	P1c	0	5	25	0	5	25
	漂浮	P1d	0	1	29	0	0	30
	只有頭	P1e	0	0	30	0	0	30
	只畫頭背部	P1f	0	0	30	0	0	30
	省略頭	P1g	0	0	30	0	0	30
	最後畫頭	P1h	0	2	28	0	2	28
臉部	一般性畫法	P2n	0	25	5	0	28	2
	模糊的五官或表情	P2a	1	4	25	0	1	29
	過度強調五官	P2b	0	3	27	0	0	30
	整張臉圖黑	P2c	0	0	30	0	0	30
眼睛與眉毛	一般性畫法	P3n	0	13	17	0	7	23
	強調眼睛、塗黑	P3a	0	21	9	0	15	15
	閉眼	P3b	1	1	28	0	5	25
	小圈圈眼睛	P3c	0	4	26	0	7	23
	省略眼睛	P3d	0	0	30	0	0	30
	眉毛仔細加工與過度工整	P3e	0	3	27	0	2	28
	眉毛多毛、遠離修飾	P3f	0	0	30	0	0	30
耳朵	一般性畫法	P4n	0	4	26	0	2	28

	省略耳朵	P4a	0	25	5	0	26	4
	過大或不尋常的耳朵	P4b	0	0	30	0	1	29
鼻子	一般性畫法	P5n	0	7	23	0	6	24
	省略鼻子	P5a	0	21	9	0	21	9
	過度強調或過大的鼻子	P5b	0	1	29	0	2	28
嘴巴與下顎	一般性畫法	P6n	1	21	8	0	21	9
	過度強調嘴巴	P6a	0	2	28	0	6	24
	省略嘴巴	P6b	0	2	28	0	1	29
	過度強調唇型	P6c	0	0	30	0	1	29
	口中叨物、咀嚼	P6d	0	2	28	0	2	28
	露出牙齒	P6e	0	3	27	0	4	26
	強調下巴	P6f	0	1	29	0	0	30
軀幹	一般性畫法	P7n	0	13	17	0	8	22
	過小過瘦、簡化軀幹	P7a	0	15	15	0	19	11
	過大軀幹	P7b	0	1	29	0	0	30
	圓形化軀幹	P7c	0	1	29	0	2	28
	省略或擦拭肩膀	P7d	0	22	8	0	0	30
	清楚或過度強調的肩膀	P7e	0	6	24	0	5	25
	強調、塗黑、擦拭 、遮掩胸部	P7f	3	4	23	0	1	29
	過大胸部	P7g	0	0	30	0	2	28
	畫出性器官	P7h	0	0	30	0	2	28
	解剖、透視	P7i	0	1	29	0	1	29
前肢/手臂/手指/手	一般性畫法	P8n	0	13	17	0	5	25

	手臂在腰	P8a	0	1	29	0	2	28
	手臂張開	P8b	0	21	9	0	20	10
	手臂在身後	P8c	0	0	30	0	0	30
	折起手臂	P8d	0	5	25	0	7	23
	非常短	P8e	0	0	30	0	1	29
	非常大或長的手	P8f	0	1	29	0	2	28
	省略手臂或放在背後	P8g	0	0	30	0	0	30
	過大或腫大手指	P8h	0	3	27	0	2	28
	強調指節	P8i	0	0	30	0	0	30
腿與站姿	一般性畫法	P9n	0	25	5	0	2	28
	腳被紙邊切掉或省略	P9a	0	3	27	0	6	24
	腳交叉	P9b	0	0	30	0	1	29
	兩腳長短不一	P9c	0	1	29	0	9	21
	過長	P9d	0	2	28	0	1	29
	強化腿	P9e	0	0	30	0	8	22
	強調腳指	P9f	0	0	30	0	0	30
	傾斜站立或漂浮	P9g	0	6	24	0	9	21
	踮著腳尖	P9h	0	1	29	0	2	28
	雙腿大大張開	P9i	1	18	11	0	4	26
	朝側面	P9j	1	7	22	0	6	24
	背面呈現	P9k	0	0	30	0	1	29
	折腳	P9l	0	0	30	0	2	28
飾品或衣著	一般性畫法	P10n	0	19	11	0	17	13
	裸體	P10a	0	0	30	0	0	30

	透明衣著	P10b	0	0	30	0	0	30
	強調鈕釦	P10c	0	0	30	0	1	29
	強調領帶	P10d	0	1	29	0	0	30
	強調口袋	P10e	0	0	30	0	0	30
	衣服有裝飾、花樣	P10f	0	6	24	0	9	21
	強調衣服的中線	P10g	0	1	29	0	0	30
	戴帽子	P10h	0	3	27	0	4	26
毛髮（頭、胸、 或任何部位）	一般性畫法	P11n	0	14	16	0	7	23
	強調毛髮	P11a	0	5	25	0	15	15
行為、動作	一般性畫法	P12n	0	23	7	0	12	18
	手持物品	P12a	<i>1</i>	15	14	0	17	13
	傷害樹（砍樹、澆水）	P12b	<i>1</i>	3	26	0	5	25

附錄 十四、臨床試驗/研究許可書



國立臺灣大學醫學院附設醫院C研究倫理委員會

Research Ethics Committee C

National Taiwan University Hospital

7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C

Phone: 2312-3456 Fax: 23951950

臨床試驗/研究許可書

許可日期：2020年10月12日

倫委會案號：202008038RINC

計畫名稱：以動態屋樹人繪圖測驗 (The Kinetic-House-Tree-Person drawing test; KHTP) 探討先天性心臟疾病兒童的生命歷程之研究。

試驗機構：國立臺灣大學醫學院

部門/計畫主持人：護理學系暨研究所 高碧霞副教授

上述計畫業經2020年9月28日本院C研究倫理委員會第134次會議審查同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

本臨床試驗/研究許可書之有效期限為1年(自2020年10月12日至2021年10月11日止)，計畫主持人須依國內相關法令及本院規定通報嚴重不良反應事件及非預期問題，並應於到期日至少6週前提出持續審查申請表，本案需經持續審查，方可繼續執行。

主任委員

蔡甫昌

Clinical Trial/Research Approval

Date of approval: Oct 12, 2020

NTUH-REC No. : 202008038RINC

Title of protocol : Life course perspectives explored by the Kinetic-House-Tree-Person drawing test (KHTP) among children with congenital heart disease.

Trial/Research Institution : National Taiwan University, College of Medicine

Department/ Principal Investigator : School of Nursing / Associate Professor Bih-Shya Gau

The protocol has been approved by the 134th meeting of Research Ethics Committee C of the National Taiwan University Hospital on Sep 28, 2020. The committee is organized under, and operates in accordance with, the Good Clinical Practice guidelines and governmental laws and regulations.

The duration of this approval is one year (from Oct 12, 2020 to Oct 11, 2021). The investigator is required to report Serious Adverse Events and Unanticipated Problems in accordance with the governmental laws and regulations and NTUH requirements and apply for a continuing review not less than six weeks prior to the approval expiration date.

Daniel Fu-Chang Tsai, M.D. Ph.D.

Chairman

Research Ethics Committee C

Daniel Fu-Chang Tsai

國立臺灣大學
附設醫院

1

國立臺灣大學醫學院附設醫院C研究倫理委員會

Research Ethics Committee C

National Taiwan University Hospital

7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C

Phone: (02)2312-3456 Fax: (02)23951950

臨床試驗/研究許可書

Clinical Trial/Research Approval



Date of approval: Oct 12, 2020

計畫文件版本日期 Version date of documents :

- (1) 計畫書 Protocol: 2020/10/3 第五版
- (2) 中文摘要 Chinese protocol synopsis: 2020-10-12 第二版
- (3) 同意書 ICF: 2020-10-03
- (4) 兒童版同意書 Children ICF: 2020/9/14
- (5) 問卷 Questionnaire: 2020/9/13 版本二
- (6) 其他文件 Other documents:
 - 繪圖軌跡分析指引記錄表: 2020/9/13 版本一



附錄 十五、臨床試驗/研究計畫變更許可書



國立臺灣大學醫學院附設醫院C研究倫理委員會

Research Ethics Committee C
National Taiwan University Hospital
7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C
Phone: 2312-3456 Fax: 23951950

臨床試驗/研究計畫變更許可書

許可日期：2021年4月19日

倫委會案號：202008038RINC

計畫名稱：以動態屋樹人繪圖測驗 (The Kinetic-House-Tree-Person drawing test; KHTP) 探討兒童生活經驗之研究：以先天性心臟疾病兒童及健康兒童為例。

試驗機構：國立臺灣大學

部門/計畫主持人：護理學系暨研究所 高碧霞副教授

上述計畫變更案業經2021年4月19日本院C研究倫理委員會第141次會議審查同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合優良臨床試驗準則及政府相關法律規章。

主任委員

蔡甫昌

Permission of protocol amendment of Clinical Trial/Research

Date of approval: Apr 19, 2021

NTUH-REC No. : 202008038RINC

Title of protocol : Lived Experience Explored by the Kinetic-House-Tree-Person Drawing Test (KHTP) among Children: Examples of Congenital Heart Disease and Healthy Group.

Trial/Research Institution : National Taiwan University

Department/ Principal Investigator : School of Nursing / Associate Professor Bih-Shya Gau

The protocol has been approved by the 141st meeting of Research Ethics Committee C of the National Taiwan University Hospital on Apr 19, 2021. The committee is organized under, and operates in accordance with, the Good Clinical Practice guidelines and governmental laws and regulations.

Daniel Fu-Chang Tsai, M.D. Ph.D.
Chairman
Research Ethics Committee C

Daniel Fu-Chang Tsai

1

國立臺灣大學醫學院
附設醫院附設之章

國立臺灣大學醫學院附設醫院C研究倫理委員會

Research Ethics Committee C
National Taiwan University Hospital
7, Chung-Shan South Road, Taipei, Taiwan 100, R.O.C
Phone: 2312-3456 Fax: 23951950

臨床試驗/研究計畫變更許可書

Permission of protocol amendment of Clinical Trial/Research

Date of approval: Apr 19, 2021

變更文件版本日期 Version date of amendment documents :

- (1) 計畫書 Protocol: v11_20210415
- (2) 中文摘要 Chinese synopsis: v5_20210415
- (3) 同意書 ICF: v9_20210415
- (4) 兒童版同意書 Child ICF: v7_20210415
- (5) 其他文件 Other documents:
 - 健康兒童說明書:v4_20210415
 - 健康兒童邀請函 v4_20210415
 - 健康兒童_個案基本資料表 v1_20210315
 - 健康兒童_兒童繪圖軌跡紀錄表 v3_20200406



附錄 十六、申請收案公文函



國立臺灣大學 函

地 址：10057臺北市中山區徐州路2之1號
聯 絡 人：蔡舒帆
聯絡電話：
電子郵件：

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國 110年5月4日

發文字號：校醫字第 1100028767 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件1-變更許可書、附件2-東門國小學童參與研究計畫流程圖、附件3-邀請函、
附件4-參與研究計畫說明書

主旨：敬請貴校同意本校醫學院護理學研究所碩士班學生蔡舒帆至貴校進行研究計畫「以動態屋樹人繪圖測驗（The Kinetic-House-Tree-Person drawing test; KHTP）探討兒童生活經驗之研究：以先天性心臟疾病兒童及健康兒童為例」調查資料收集，請查照。

說明：旨揭研究為本校醫學院護理學研究所高碧霞副教授指導，醫學院附設醫院兒童醫院心臟科林銘泰主治醫師，以及國立臺北教育大學心理與諮商學系教授協同督導，並經本校醫學院附設醫院研究倫理委員會審查通過，案號202008038RINC（許可文件如附件1）。研究調查將遵照家長及學童之意願，個人資料保護之規定全程匿名並編碼，尊重調查對象之隱私及權益。預定各個年級選擇一個班級進行計畫收案，流程簡要說明如附件2，邀請函如附件3，參與計畫說明說如附件4。

正本：臺北市中正區東門國民小學
副本：護理學系



校長 **管中閔**

依分層負責規定授權單位主管執行



國立
臺灣
大學