

團體人際心理治療對嬰幼兒母親 適應狀況之影響研究*

謝珮玲

中山醫學大學

心理學系

中山醫學大學附設醫院

婦產部

施雅玲

彰化基督教醫院

精神科

許文施

臺北市政府

衛生局

本研究旨在探討團體人際心理治療對臺灣嬰幼兒母親適應問題之影響。立意招募育有 3 歲內嬰幼兒之母接受團體介入（共 35 人）。以貝克憂鬱量表第二版來看，憂鬱分數達界斷值之憂鬱傾向者有 48.57%；以孩子年齡來看，未滿 1 歲之嬰兒母親為 45.71%。每梯次團體為 8 次，每次 90 分鐘，本研究共進行 6 梯次。參加者中有 4 位流失，31 位持續參與，持續參加者之出席率為 89.1%。研究對象於基準期、團體後、團體結束 3 個月後，填寫貝克憂鬱量表第二版、配對適應量表、社會支持問卷、愛丁堡產後憂鬱量表、母嬰連結量表及基本資料表。為了解對嬰兒母親之介入效果，另選取他項研究中僅接受縱貫評估之嬰兒母親為對照樣本。以意向分析對遺漏之資料進行插補，以描述統計、相依樣本單因子／二因子混合設計變異數分析進行資料整理，發現團體人際心理治療可降低嬰幼兒母親之憂鬱，對基準期具憂鬱傾向者尤為明顯，且憂鬱傾向者對先生支持的知覺在團體結束 3 個月後有提升。另外，以嬰兒母親來看，介入組之母嬰連結感有上升，對照樣本則無變化。由結果推測團體人際心理治療對促進嬰幼兒母親之適應有正向效果，但這些效果會隨著樣本特徵（基準期憂鬱狀態、孩子年齡）而異。研究者對研究結果之意涵及未來的研究與實務方向進行討論。

關鍵詞：人際心理治療、團體治療、憂鬱、適應、嬰幼兒母親

* 1. 通訊作者：謝珮玲，plshieh@csmu.edu.tw。

2. 本研究獲國科會專題研究計畫補助（計畫編號：MOST103-2629-H040-001；MOST104-2410-H040-002；MOST105-2410-H040-005），於方案執行期間獲得嬰幼兒母親無價之信任，於投稿過程獲審查委員悉心指正，於校稿過程獲編輯高度細膩與耐心之建議，謹一併致上最深之謝忱。

產後女性在生理、心理及社會等面向都面臨著新的變化與挑戰 (Stuart & Robertson, 2012)，女性又常被賦予主要照顧者的角色 (王舒芸、余漢儀, 1997)，因此，「成為母親」堪稱女性生命中的重大事件。女性產後在生理方面的變化，包括因哺乳而疲憊痛楚、睡眠時間不足等；心理方面包括對育兒品質有一定之自我要求、在育兒與自我照顧間失去平衡等；社會方面則是人際網絡減少、夫妻相處的時間與品質不如以往、家務分工須重新協商、帶養觀念不一致等 (Lawrence et al., 2008)。這些方面的變化又是環環相扣、交互影響，例如生理不適影響到親密關係，親密關係影響到自我評價，而自我評價又影響到對生理痛苦的承受程度等，種種不適乃累加而形成適應上的壓力。Matthey (2009) 發現澳洲婦女產後痛苦的理由，包括認知面 (例如：對自我的要求、他人對自己的要求、缺乏信心)、人際面 (例如：缺乏援手、無人可信賴、相處不睦)、依附面 (例如：哀慟、思索過去事務)、育兒面 (例如：擔心寶寶狀況、照顧問題) 等等。Chen 等人 (2006) 以「重生」(rebirth) 描述臺灣產後憂鬱婦女之經驗，發現婦女們歷經的過程由自我感支離破碎、感到被束縛、瀕臨崩潰、掙扎著尋求自我統整感，到終於再重拾活力，可見產後婦女的適應是不容易的。

其實，女性因成為母親而面臨的適應壓力，並不僅出現於產後第一年 (Glade et al., 2005)。幼兒期的發展不但與嬰兒期發展有關 (例如：在月齡三個月之前未固定睡眠節律的嬰兒，在生命第二年的語言成長速度較其他嬰兒慢) (呂信慧等人, 2022)，並且孩子由嬰兒期進入幼兒期時，在發展上會出現許多新的變化 (例如：隨自主性增加而在進食上不順從大人的安排) (Harris et al., 2018)，因此孩子進入幼兒期後，母親必須發展新的親職行為以因應，因此面對的挑戰可能不比第一年少 (Coleman & Karraker, 2003)，體力與心力上的負荷也就隨之增加。精神科醫師兼人類學者吳易澄 (2018) 指出，在其門診中，主訴在孩子誕生後有憂鬱狀況的婦女，經常是在產後兩年以上才前來求診，她們除了陳述身心不適外，也常陳述渴望由目前的角色中抽離 (例如：母職、工作)。文獻指出產後憂鬱與產後 4 年的憂鬱是有關聯的 (Brennan et al., 2000; Philipps & O'Hara, 1991)，甚至追蹤夫妻關係到婚後 8 年的研究，也發現夫妻關係在第一個孩子出生後陡降，並且在 8 年間仍持續地降低 (Doss et al., 2009)。可見「成為母親」將婦女帶向一個持續面臨挑戰的過程，幼兒母親的適應與嬰兒母親同樣需要受到關注。

「人際心理治療」(interpersonal psychotherapy, IPT) 由 Klerman 等人 (1974) 提出，它是一種具有時間限制、結構化的介入方式。IPT 的第一份手冊於 1984 年出版 (Klerman et al., 1984)，隨後許多 IPT 的應用與研究因運而生，包括將 IPT 用於青少年、長者、孕婦、產後婦女、流產婦女與生理疾病患者上，以及探討 IPT 做為治療後之維持療法的效果，例如反覆憂鬱、雙極症、飲食障礙症、焦慮症、創傷後壓力症等 (Weissman et al., 2018)。IPT 至今在研究與實務領域皆極受重視 (Gao et al., 2015; Ravitz et al., 2019; Stuart & Robertson, 2012)，美國預防服務工作小組 (U. S. Preventive Services Task Force) 並於 2019 年推薦 IPT 與認知行為治療並列為孕期憂鬱之處遇方法 (O'Connor et al., 2019)。

雖然 IPT 已歷經近半世紀的發展，但其核心理念卻未有改變 (Weissman, 2020)。IPT 以依附理論及人際理論為基礎 (Klerman et al., 1974)，在依附理論方面，IPT 認為人有特定的「生理—心理—社會易致性」(bio-psycho-social vulnerability)，在壓力超過承受程度時之因應方式，乃與個人的依附風格有關。在人際理論方面，則是個體在溝通其需求時會引發他人的反應，良好的溝通方式可帶來得以滿足依附需求的反應，不良的溝通方式則會造成依附需求無法滿足。IPT 認為「人際關係」可調節壓力帶來的衝擊，亦即，人們面對強大壓力時若有良好的人際關係，則壓力的強度便會減輕。反之，不但無助於降低壓力，人際關係本身又會形成另一種壓力。因此，IPT 治療師便以「人際關係」為核心進行幾項任務。第一，與案主建立強烈的治療聯盟；第二，辨識案主不適應的溝通方式、協助案主察覺及改變此溝通方式；第三，是幫助案主建立更佳的社會支持網絡，並動員眼前可用的社會支持。IPT 所處理的問題焦點是角色轉換 (role transition)、人際衝突 (interpersonal dispute)、悲傷 (grief) 與人際敏感 (interpersonal deficits) (Stuart & O'Hara, 1995)，其以強化人際關係的角度調節這些問題，而達到降低心理痛苦的效果 (Ravitz et al., 2019)。IPT 相當適於處理產後婦女適應問題，其原因有二。第一，IPT 認為心理痛苦來自於人際關係，而產後婦女之心理健康問題與其人際關係乃是息息相關的 (例如：社會支持不佳可預測婦女在產後 4 周時之憂鬱) (黃莉婷、王鵬智, 2013)；第二，IPT 的處理焦點，與成為父母時所面臨之「角色轉換」及「人際衝突」相符 (Klerman et al., 1984; Segre et al., 2004; Stuart, 2012; Stuart & Robertson, 2012)。孩子出生使生活需

要多方面的調整，包括學習新技能、分配時間、夫妻互動、家務分工等等 (Reay et al., 2012)，若無法適應此轉變則容易產生情緒困擾 (劉彥君, 2018)。對華人而言，結為連理、孩子誕生並不是「兩個人」或「小家庭」的事，而是發生於家族脈絡的事件，因此當脈絡中的家人對於年輕夫妻的相處或育兒方式有意見，便會帶來情緒困擾或關係摩擦 (鄭立恩, 2019)。Wilfley 與 Shore (2015) 指出構成憂鬱現象的 3 項元素為症狀表現 (symptom function, 指憂鬱情緒及神經生理現象)、社會人際關係 (social and interpersonal relations) 及人格與特質問題 (personality and character problems)，在此三項元素中，IPT 聚焦處理的是前二項。由於 IPT 通常較是較短期之介入，因此目標並不在於影響憂鬱現象的第三項元素。多項研究已支持 IPT 對產後憂鬱婦女具有正向效果，例如 O'Hara 等人 (2000) 探討個別式 IPT 對重鬱產後婦女的作用，發現介入組在憂鬱程度下降、復原率上皆優於對照組，產後適應與社會適應狀況也優於對照組。另外，研究證據指出 IPT 之介入效果優於其他取向，例如 IPT 對孕產期憂鬱之效果優於認知行為治療 (Sockol et al., 2011)，也優於伴侶治療 (Claridge, 2014)。

IPT 不但可對產後憂鬱進行處遇，也可用於憂鬱之預防 (Werner et al., 2015)。Sockol (2018) 對 28 項孕產期婦女之 IPT 研究進行後設分析，其中，處遇式研究 (treatment studies) 以具有心理疾病診斷者為對象，預防式研究 (prevention studies) 則以不具診斷者為對象。預防式研究又依研究對象之特徵分為對全體人群之全面性介入 (universal intervention)、對高危險群之選擇性介入 (selected intervention)，以及對症狀嚴重度較高者之特定性介入 (indicated intervention)。Gao 等人 (2015) 依據人際心理治療設計產後方案 (出院前進行衛教、出院 2 周內以電話訪談)，以中國一般初產婦女為對象進行個別式全面預防研究，發現介入組在產後 6 周的憂鬱症狀下降、社會支持增加、母職角色勝任感增加。除了孕產期婦女，Ravitz 等人 (2019) 指出 IPT 在近年已被運用於處理生理疾病患者之次閾值憂鬱 (subthreshold depression) 及輕鬱 (dysthymia)，也開始以預防及早期介入為目標。這些研究顯示將 IPT 運用在預防孕產期婦女及生理疾病患者之憂鬱，均是新近的趨勢。

Yalom 與 Leszcz (2020) 提出多項促發團體治療療效之因子，包括「團體凝聚力」、「普同感」、「人際學習」、「行為模仿」、「發展社交技巧」與「利他」等。Glade 等人 (2005) 認為「媽媽伴」是婦女重要的社會支持，Gillis 與 Parish (2019) 也指出團體環境的支持與理解可提供分享產後之憂鬱經驗的基礎，嬰兒母親在團體藉著表露其所面臨的挑戰、知識、生活竅門與智慧，可獲得被肯定、增能與減輕憂鬱症狀等好處。因此，團體應是適合產後婦女陳述與分享生活經驗的合適場域。在 Sockol (2018) 回顧的研究中，預防式研究主要以孕婦為對象、以團體型式進行，處遇式研究則是孕婦與產後婦女各半、以個別型式居多，但至今尚無以產後婦女為對象之團體型式預防式研究。因此，團體型式之 IPT 在預防嬰幼兒母親適應問題上的效果仍不得而知。

據研究者所知，目前以產後婦女為對象之團體人際心理治療 (group interpersonal psychotherapy, IPTG) 研究僅有 3 項 (Klier et al., 2001; Mulcahy et al., 2010; Reay et al., 2006)，且皆為處遇式研究，因此本研究詳細回顧此 3 項研究，做為與本研究結果對照之基礎。第一項研究是 Klier 等人 (2001) 以奧地利 17 位產後 4—45 周之產後憂鬱症婦女為對象，進行團體 9 次 (每次 90 分鐘)、個別訪談 3 次。完成治療者為 11 位，發現參加婦女在團體後之憂鬱症狀低於基準期，其中並有 10 位 (58%) 之憂鬱完全緩解。在治療後 6 個月進行追蹤評估，也發現憂鬱持續減輕，但在人際問題與適應方面並無變化。第二項研究由 Reay 等人 (2006) 所進行，研究對象是澳洲 18 位產後 1 年內的憂鬱婦女，共 17 位完成治療。方案為團體 8 次 (每次 120 分鐘)、個別訪談 2 次、伴侶座談 1 次，結果發現憂鬱症狀由基準期至團體後顯著降低，並且效果可維持至治療後三個月。在社會適應方面，雖然與家人的關係未改變，但與重要他人的關係有改善。在第三項研究，Mulcahy 等人 (2010) 也以澳洲產後 1 年內之產後憂鬱婦女為對象，不同的是其納入了對照組及進行隨機控制式研究。介入組、對照組研究對象共為 50 名，介入組 23 名婦女中有 1 位流失，介入方案與 Reay 等人大致相同，以憂鬱症狀、婚姻適應、社會支持、母嬰連結為效果之指標，評量時間點有四 (基準期、團體中、團體後、團體結束後三個月)。結果發現除社會支持外，兩組的憂鬱症狀、婚姻適應、母嬰連結在團體後皆有進步，但介入組的進步更大，且在追蹤時有持續進步。綜合而言，三項研究的對象為產後一年內、具憂鬱症診斷之婦女，進入團體的人數為 17 至 23 人，流失比例除 Klier 等人為 35.29% (6/17) 外，其餘兩項研究皆在 6% 以內。介入方案內容除團體、個別訪談之外，其中兩項研究另包括有伴侶座談。IPTG 的次數為 8 次與 9 次，每次進行時間為 90 分鐘或 120 分鐘。3 項研究的效果評量皆含基

準期、團體後、追蹤期，追蹤期之時間點在團體結束後三個月或六個月。另外，其中兩項研究並有測量團體過程中之效果。三項研究大致發現 IPTG 可使憂鬱程度顯著減輕，但在關係狀態上的變化則較不一致。茲將這些研究的研究對象、介入方案、測量與結果列如表 1。

承上所述，「成為母親」為婦女的身心帶來極大的考驗，此考驗不僅發生在孩子嬰兒期，也會延續或發生在孩子幼兒期時。「人際關係」對婦女在孩子嬰幼兒期的適應情形有極大的影響，IPT 以「人際關係」為心理健康之核心因素，是適宜處理嬰幼兒母親之適應問題的合適取向。團體型式之心理治療不但具有個別治療之外的獨特療效因子，並且團體本身即為人際情境，可以提供人際溝通的模仿與練習。由於探討 IPTG 對產後婦女適應問題之效果的研究至今仍有限，且皆以具憂鬱症診斷之嬰兒母親為對象，因此，對嬰幼兒母親以 IPTG 進行預防介入之效果究竟如何尚未明。據研究者所知，目前尚無 IPT 運用於臺灣嬰幼兒母親之研究，因此本研究關注 IPTG 對本地嬰兒母親與幼兒母親之適應狀況（憂鬱、關係狀態）的效果，亦即 IPTG 是否能預防憂鬱症狀之上升及關係狀態之下降。前段回顧之三項 IPTG 研究是本研究擬定介入方式之重要依據。在架構方面，本研究與三項研究同樣包括團體前後訪談、團體、伴侶座談等部分，評估時間點上亦設定為基準期、團體後、追蹤期。適應狀況的效果變項方面，也與三項研究同樣設定為憂鬱、人際關係與社會支持。然而，本研究與三項研究也有幾點不同。首先，三項研究是以具憂鬱症診斷之嬰兒母親為對象之處遇式研究，本研究則將參與對象擴大範圍為嬰幼兒母親，並且定位為預防適應問題之預防式研究，因此參加者不限於具有憂鬱診斷者。另外，由於 IPTG 在嬰幼兒母親之實施乃本地初次嘗試，尚未知曉婦女對於團體之接受度與參與承諾感，故在時程上採取相對較短期、較容易完成的方式進行。亦即將團體時程設定為共 8 次、每次 90 分鐘。本研究探討之問題有三項。第一，團體人際心理治療對嬰幼兒母親適應狀況的改變效果為何？由於研究對象可能包含憂鬱量表分數不同者，可藉憂鬱量表界斷值將研究對象分為憂鬱傾向者、非憂鬱傾向者，因此第二項研究問題探討的是團體人際心理治療對憂鬱傾向與非憂鬱傾向嬰幼兒母親適應狀況的改變效果如何，以及次樣本之間的差異為何？由於本研究對象由嬰兒母親與幼兒母親組成，研究者他項計畫另有一群依同樣時程填寫評估工具，但未接受處置之嬰兒母親，因此欲將之做為對照樣本探問第三項問題，即接受與未接受團體人際心理治療之嬰兒母親，其適應狀況的改變效果如何，以及次樣本之間的差異為何？

表 1
產後憂鬱之團體人際心理治療研究彙整

作者 (年代)	研究對象	介入方式	測量	結果
Klier 等人 (2001)	納入標準：符合 DSM-IV 產後憂鬱症標準，且個別訪談 3 次 HAM-D 分數大於 13 分 排除標準：物質依賴、急性自殺意念或處於精神病急性期 人數：17 位（11 位完成） 篩檢時間：產後 4—45 週	團體 9 次（90 分鐘／次） 個別訪談 2 次 伴侶座談 1 次（120 分鐘）	時間點：基準期、團體後、追蹤期（6 個月後） 評量者：帶領者、研究對象自填 工具：SCID ^a 、HAM-D ^b 、EPDS ^c 、IIP ^d 、DAS ^e	1. 憂鬱程度：EPDS 與 HAM-D 分數由基準期、團體後至追蹤期皆顯著下降 2. 憂鬱復原率：由 HAM-D 發現 58% 完全緩解，29% 部分緩解，11%（2 位）無進步 3. 人際問題、適應：IIP、DAS 總分在 3 個時間點無變化
Reay 等人 (2006)	納入標準：符合 DSM-IV 重鬱症標準 排除標準：嚴重的人格障礙症、處於精神病急性期、有自殺意念、嚴重的物質濫用、兒虐 人數：18 位（17 位完成） 篩檢時間：約產後 12 個月	團體 9 次（120 分鐘／次） 個別訪談 2 次 伴侶座談 1 次（120 分鐘）	時間點：基準期、團體第四週、團體第八週、追蹤期（3 個月後） 評量者：獨立的臨床工作者、研究對象自填 工具：HAM-D、BDI ^f 、EPDS、SAS-SR ^g	1. 憂鬱程度：HAM-D、BDI、EPDS 分數由基準期、團體後至追蹤期皆顯著下降 2. 社會適應：SAS-SR 無顯著改善，但社會適應中「與重要他人的關係」有改善

(續下頁)

表 1
產後憂鬱之團體人際心理治療研究彙整（續）

作者 (年代)	研究對象	介入方式	測量	結果
Mulcahy 等人 (2010)	納入標準：符合 DSM-IV 重鬱症 排除標準：嚴重的人格障礙症、處於精神病急性期、有自殺意念、嚴重的物質濫用、兒虐 人數：介入組 23 位（22 位完成）、對照組 27 位 篩檢時間：產後 12 個月內	團體 9 次（120 分鐘／次） 個別訪談 2 次 伴侶座談 1 次（120 分鐘）	時間點：基準期、中測、團體後、追蹤期（3 個月後） 評量者：獨立的臨床工作者、研究對象自填 工具：MCMI-III ^h 、HAM-D、BDI、EPDS、DAS、ISEL ⁱ 、MAI ^j	1. 憂鬱程度：兩組治療後在 HAM-D、BDI、EPDS 皆改善，但治療組進步更顯著，且在治療 3 個月後持續進步 2. 伴侶關係、社會支持、母嬰連結：治療組較對照組在伴侶關係、母嬰連結有更顯著的進步，在社會支持無差異

^a SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV.

^b HAM-D: Hamilton Depression Rating Scale.

^c EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale.

^d IIP: Inventory of Interpersonal Problems.

^e DAS: Dyadic Adjustment Scale.

^f BDI: Beck Depression Inventory.

^g SAS-SR: Social Adjustment Scale-Self Report.

^h MCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III.

ⁱ ISEL: Interpersonal Support Evaluation List.

^j MAI: Maternal Attachment Inventory.

方法

（一）研究對象

於 2014 年 9 月至 2015 年 11 月在社區心理衛生中心、親子館及網路社群張貼團體之公告，以「期待享受生活樂趣、學習同時照顧自己及家人之需求、與其他媽媽交換生活撇步」為訴求，招募育有 3 歲以下嬰幼兒的母親。納入條件為滿 20 歲、具婚姻關係、具有中文理解與表達能力；除外標準為處於精神病急性期、有自殺意念、有家暴危機、有藥癮或酒癮等。

招募期間共有 40 位對招募公告之訴求有興趣之嬰幼兒母親報名，首先對報名者進行前訪，前訪完成後有 5 位婦女未加入團體，原因包括無法配合團體進行時間（3 位）、團體內容與其期待不符（1 位）、屬於除外標準（1 位，正處於家暴危機，研究者對其另行轉介）。因此，募得符合條件、有意願參加且可承諾參加者共 35 位。由前訪及團體記錄，發現所有參加者皆不具經醫師確認之「憂鬱症」診斷，其中僅有 1 位曾在產後對婦產科醫師提及其低落情緒，在醫師建議繼續觀察之後，即未再因情緒問題求診。

團體於臺北及臺中各進行 3 梯次，共為 6 梯次，除第一梯次參加者為 2 人之外，其餘梯次參加者為 5 至 8 人。研究對象中有 4 位在團體第二次內流失（2 位因家務而無法分身、1 位感到團體與期待不同、1 位失聯），共 31 位持續參加團體，流失率為 11.43%。以 31 位研究對象計算在 8 次團體內出席與否，發現出席率為 89.1%。31 位研究對象中，先生前來參加伴侶座談之比例為 22.81%（8 位）。在背景方面，35 位研究對象皆具婚姻關係，6 至 7 成為 30—39 歲（ $N = 24, 68.57\%$ ）、大學畢業（ $N = 24, 68.57\%$ ）、育有 1 位孩子（ $N = 23, 65.72\%$ ）；5 至 6 成為未就業（ $N = 20, 57.14\%$ ）、家庭月收入為 3 至 6 萬元（ $N = 13, 52.00\%$ ）、家中最小孩子的性別為女性（ $N = 18,$

51.43%)。依家中最小孩子的年齡進行分組，孩子未滿 12 個月者為嬰兒母親次樣本，滿 12 個月者為幼兒母親次樣本，其中嬰兒母親之孩子年齡範圍為 1.80—11.73 ($N = 16, 45.71\%$)，幼兒母親之孩子年齡範圍則為 13.53—35.43 ($N = 19, 54.29\%$) (如表 2)。將研究對象中在貝克憂鬱量表第二版 (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) (Beck et al., 1996/2000) 分數達界斷值者 (> 13 分) 列為憂鬱傾向次樣本，共有 17 位 (48.57%)，其中嬰兒母親佔 35.29% (6/17)，幼兒母親佔 64.71% (11/17)。嬰幼兒母親於前訪敘述的困擾主要有 5 部分，第一是夫妻相處問題 (與先生有磨擦、夫妻分工)，第二是家人互動問題 (與娘家、婆家有磨擦，在育兒態度上有分歧)，第三是育兒問題 (壓力與苦悶、擔心孩子之發展、不知如何公平育兒、與較大孩子之相處問題)，第四是生涯與工作 (母職與生涯之選擇、工作上的調適)，第五則是孤單感 (缺乏支持、與外界的聯繫明顯減少)。

表 2
研究對象之背景特徵：介入組全樣本 ($N = 35$)

變項	人數	百分比	全距	平均值 (標準差)
年齡	20—29 歲	9	25.72	26.00—46.00 33.66 (4.73)
	30—39 歲	24	68.57	
	40 歲及以上	2	5.71	
學歷	專科	5	14.29	
	大學	24	68.57	
	研究所	6	17.14	
家庭月收入 (仟)	30 仟以下	1	4.00	14.50—120.00 60.44 (28.33)
	30 仟—60 仟以下	13	52.00	
	60 仟—100 仟以下	8	32.00	
	100 仟及以上	3	12.00	
工作	無就業	20	57.14	
	有就業	15	42.86	
孩子人數	1 人	23	65.72	
	2 人及以上	12	34.28	
最小孩子的性別	女	18	51.43	1.80—11.73 16.18 (10.82)
	男	17	48.57	
最小孩子的月齡	12 個月內	16	45.71	13.53—35.43
	12 個月及以上	19	54.29	

為比較接受團體介入之嬰兒母親與未接受者在效果變項之變化情形，另選取本研究第一作者另兩項計畫中 (謝珮玲, 2017a, 2018) 依同樣時程填寫評估工具，但未接受處置之控制組為對照樣本。選取對照樣本的方式，是由該研究控制組中逐一依介入組嬰兒母親次樣本之年齡、就業狀態、基準期愛丁堡產後憂鬱量表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (Cox et al., 1987) 分數、孩子人數、孩子性別等條件，選取出相似者。由於介入組嬰兒母親有 16 位，故亦配對出對照組嬰兒母親 16 位。其中介入組嬰兒母親平均年齡為 33.34 歲 ($SD = 4.43$)、基準期平均 EPDS 分數為 10.94 ($SD = 6.19$)、孩子為男性者佔 50.00%；對照組嬰兒母親平均年齡為 32.24 歲 ($SD = 3.5$)、基準期平均 EPDS 分數為 11.31 ($SD = 5.58$)、孩子為男性者佔 56.25%。兩組之就業者皆佔 62.50%、孩子排行老大者亦佔 62.50%。兩組嬰兒母親在配對變項及基準期所有依變項上皆無顯著差異，表示對照樣本的選擇與研究者之意圖相符。所有研究程序皆在通過中山醫學大學附設醫院人體試驗委員會倫理審核後進行 (核准案號為 CS14052、CS2-15048)。

(二) 執行人員

各梯次 IPTG 之帶領者均為兩位，第一位帶領者為心理學系教師，長期開設團體心理治療課程，為合格心理師，具有十年以上結構式、非結構式團體治療之實務與督導經驗，在 IPTG 中擔任主要帶領之角色。由於將 IPTG 運用於臺灣嬰幼兒母親乃首次嘗試，尚不確定嬰幼兒母親之接受程度與研究之起訖時程，故未邀請其他專業人員加入帶領者行列，而是由第一位帶領者就近邀請臨床心理

學碩士班或心理學系高年級學生擔任第二位帶領者。由於團體在臺灣兩個地點進行，乃依學生之地緣便利性分配至不同的梯次。第二位帶領者經與第一位帶領者閱讀相關文獻、討論團體設計方式與理念後，在 IPTG 擔任執行團體前個別訪談，及協助催化團體互動之任務。

(三) 評估工具

1. 基本資料表

由研究者自編，內容包括研究對象的背景特徵（生日、學歷、婚姻狀態、就業狀態、收入、目前身心健康狀況、身心疾病史）及嬰兒特徵（生日、性別、排行）。

2. 貝克憂鬱量表第二版（BDI-II）

由 Beck 等人（1996/2000）編製，本研究使用國內學者陳心怡翻譯的版本。BDI-II 共 21 題，每題以 0—3 計分，總分越高表示憂鬱症狀越明顯，若達 14 分則屬於憂鬱傾向組。盧孟良等人（2002）使精神科門診病患填答陳心怡翻譯之中文版貝克憂鬱量表第二版，然後再以結構性訪談對病患進行憂鬱症之診斷分類，結果發現本量表具有尚佳的效度。在區分有無憂鬱症診斷方面，其敏感度為 80.4%，特異度為 62.8%，正確分類率為 72.8%。另外，對本量表進行因素分析可獲得兩項因素，第一項反映憂鬱症之認知—情感向度（cognitive-affective dimension），第二項則反映憂鬱症之身體向度（somatic dimension），共可以解釋 49.7% 的變異量。BDI-II 在美國 500 位門診病人之內部一致性 α 係數為 .92，與漢米爾頓精神科評量表（Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression）之相關為 .71。在臺灣產後 6 周的婦女，BDI-II 分數與 EPDS 的相關為 .77（Teng et al., 2005）。在本研究，基準期、團體後、追蹤期之內部一致性 α 係數為 .82— .91。

3. 配對適應量表（Dyadic Adjustment Scale, DAS）

由 Spanier 與 Cole（1976）編製，DAS 不但在國外被廣泛運用，也是國內常用於評量婚姻適應的工具（例如：呂翠夏，2002）。本量表含 4 個因素，包括配對一致性（dyadic consensus, CON；為配偶間意見一致的程度）、配對滿足性（dyadic satisfaction, SAT；反映配偶間關係滿足程度）、配對凝聚力（dyadic cohesion, COH；為配偶對在一起相聚的感受）、感情的表達（affectionate expression, AFF；指配偶間對愛情、感情及相互間之關心的表達程度）等。DAS 題目共有 32 題，所採用之量尺有 4 種，依 4 種量尺之題數由多到少，分別為 6 分量尺（27 題）、5 分量尺（2 題）、2 分量尺（2 題）及 7 分量尺（1 題），分數越高表示對關係的適應越良好。柯慧貞（1999）將之中文文化、進行專家效度審查，並發現 4 個因素的內部一致性 α 係數為 .64— .88，再測信度為 .64— .83。在本研究，總分在 3 個時間點之內部一致性 α 係數為 .95— .96，CON、SAT、COH 為 .82— .93，AFF 則為 .54— .60。在效度方面，研究對象「對與伴侶之關係狀態的整體知覺」與所有因素皆有顯著相關，依 CON、SAT、COH、AFF，分別為 .51— .71、.69— .75、.56— .59、.34— .48。

4. 社會支持問卷

為 Lay 與 Liu（1996）依據社會支持相關文獻與量表編成，原問卷乃評估母親在孩子出生後所知覺到的社會支持與社會困擾，本研究採用其中的社會支持部分，涵蓋的支持性質包括工具性、訊息性、情緒性。問卷可測量來自先生、娘家、婆家等 3 種對象之支持，每種對象各為 9 題，選項為 0—4 分，其中 0 分是「沒有出現」該行為，1—4 分則是該行為的「助益程度」。因本問卷內容依文獻推演而來，Lay 與 Liu 認為其具有表面效度。本問卷所測之社會支持與親嬰連結、產後憂鬱的關聯，也符合學者對產後社會心理現象之關聯性的論述與發現。例如在社會支持與親嬰連結方面，Goulet 等人（1998）認為親嬰間的結與社會支持程有關，因為父母處身於家庭與社會環境中，親嬰連結是其在脈絡下之整體情緒經驗的一環；國內學者以本問卷評估 567 名產後婦女之社會支持知覺，即發現對 3 種對象之支持感與母嬰連結有顯著正相關（謝珮玲等人，2015）。在社會支持與產後憂鬱方面，Sheng 等人（2010）發現在各種支持對象中，婦女對先生支持的滿意度與產後憂鬱程度有最

高的相關，國內學者以本問卷對 291 名婦女進行評估，同樣發現先生支持與產後憂鬱的相關高於娘家支持與婆家支持（謝珮玲，2017b）。在本研究中，婦女對 3 種支持對象在 3 個評估時間點之內部一致性 α 係數為 .90— .94。

5. 愛丁堡產後憂鬱量表 (EPDS)

由 Cox 等人 (1987) 編製，它是最常被用來評估產後憂鬱的工具 (Boyd et al., 2005; Klainin & Arthur, 2009)。共 10 題，由研究對象評量過去 1 周憂鬱症狀的出現情形。計分為 0—3 分，總分越高表示憂鬱症狀越明顯。Teng 等人 (2005) 將 EPDS 中文化，發現其內部一致性為 .87，與 BDI-II 的相關為 .77；當以 12 分做為產後憂鬱的界斷值，其敏感度、精確度、正向預測值與負向預測值分別為 96%、85%、46% 與 99%。本研究嬰兒母親次樣本在 3 個評估時間點之內部一致性 α 係數為 .82— .88。

6. 母嬰連結量表

為謝珮玲等人 (2015) 編製，量表題目由訪談國內產婦與回顧文獻而來。共 25 題，以 1—6 分代表「非常不同意」到「非常同意」，包含「親近」(7 題)、「親職適應」(6 題)、「承諾」(6 題)、「回應信心」(6 題) 等 4 個因素。「親近」指在心理上喜愛孩子，身體上喜歡與孩子接觸；「親職適應」是在母職任務上的任勞耐煩；「承諾」為對孩子負有責任，願意以孩子為生活重心；「回應信心」則是有信心能敏銳辨識與處理孩子的需求。總分所反映的是整體母嬰連結的程度，亦即「母親在心理上愛孩子，在身體上喜歡與孩子接觸，願意為孩子付出，擁有辨識與處理孩子需求之信心，並能調適母職之負荷」的情形。信度方面，全表與 4 個因素之內部一致性係 (Cronbach's α) 為 .82— .90。內容效度方面，表經實徵方式提取出的 4 個因素，與 Goulet 等人 (1998) 對母嬰結所進行之概分析內容大致相符。區辨效度方面，不同特徵者在量表因素分數之差異上，可呼應文獻之研究結果，例如對嬰兒性別感到失望之母親，在「親近」、「親職適應」、「承」之分低於未感到失望者，經產婦在「回應信心」的得分高於初產婦，非計畫懷孕者在「親近」上的得分低於計畫懷孕者等。在本研究中，嬰兒母親次樣本在 3 個時間點之總分內部一致性 α 係數為 .81— .85，「親近」為 .81— .89，「親職適應」為 .51— .70，「承諾」為 .38— .53，「回應信心」則為 .68— .82。

(四) 程序

研究對象於方案進行期間共填寫 3 次問卷，包括前訪 (基準期, T0)、團體結束後 (T1)、團體結束 3 個月後 (追蹤期, T2)，問卷均由研究對象填寫後交回或寄回。研究對象參加完團體可獲得 1,000 元研究酬金，填完追蹤問卷可再獲得 100 元酬金。介入方案包括有團體前個別訪談、團體心理治療、伴侶座談等部分，乃依據 Reay 等人 (2012) 之治療手冊及相關文獻而擬定，並依成員在團體提出之議題與團體歷程進行。Reay 等人之治療手冊乃參照 Robertson 等人 (2004)、Weissman 等人 (2000) 與 Wilfley 等人 (2000) 之方法設計，本研究徵得 Reay 等人之同意後，以此手冊為介入方案之藍本。茲將介入方案介紹如下。

1. 團體前個別訪談

由第二位帶領者擔任訪員，時間約為一小時，在團體開始前二周內以個別方式進行。訪談內容含介紹團體之理念 (由人際關係角度看待適應問題之發生與化解) 與進行方式，了解潛在研究對象目前的情緒與適應狀況，並對其重要關係進行「人際調查」(interpersonal inventory)。前訪中亦了解其對於參加團體的擔心與焦慮，澄清其疑惑並促進對團體的積極參與。

2. 團體人際心理治療

每周 1 次，每次 90 分鐘，共 8 次。前兩次的焦點為培養團體凝聚力、建立合作關係、建立治

療目標。帶領者對成員說明其在治療中的角色、團體規範。另外，也請成員互相認識，並進行情緒問題與人際脈絡之關聯性的心理教育，鼓勵成員分享在生活中的憂鬱經驗，以及憂鬱對其關係的影響。在第三次至第六次團體，帶領者以人際問題焦點與策略處理成員的人際問題。問題焦點包括角色轉換、人際衝突、悲傷與人際敏感 (Stuart & O'Hara, 1995)。在「角色轉換」(例如：須承擔母職、須兼顧母職與工作)，帶領者會協助成員重新看待其舊角色，調整熟悉的社會網絡與舊有關係，並發展新角色所需的技巧、建立新關係。依據本研究之對象陳述的困擾，融入此焦點的議題有夫妻分工、壓力與苦悶、公平育兒的方式、與較大孩子之相處方法、因應孩子的發展問題、母職與生涯之選擇、工作調適、與外界聯繫減少、缺乏支持等。若成員因為對他人的期待未獲回應而出現「人際衝突」(例如：與另一半之間的爭執)，帶領者會幫助其瞭解內在期待，以及使用更有效的溝通方式。在本研究中，融入此焦點的議題包括與先生、娘家、婆家的磨擦(育兒態度之分歧)。若成員在形成或維持關係上有「人際敏感」(社交技巧不足)的問題，則會藉由治療關係提供予回饋，以建立社交技巧。本研究於此焦點協助成員探討其缺乏支持是否來自於性格內向、對於人際互動感到焦慮，並鼓勵其拓展行為方式。在「悲傷」，若憂鬱與過去或近期之死亡事件有關，帶領者會幫助其修通失落感，並建構更具支持性的社會網絡。由於本研究對象之議題與此焦點無關，因此介入中未觸及此焦點。在第七次及第八次，成員們檢視其進步並繼續朝目標積極努力，協助成員獲得可以處理自己問題之勝任感。此時也鼓勵成員們討論對未來困難的想像與處理方式，並處理對團體結束的焦慮或失落感。

3. 伴侶座談

於團體期間內進行 1 次，座談時間長度為 120 分鐘。由 2 位團體帶領者以心理教育的方式介紹憂鬱的性質、症狀、原因、影響，說明有效之實用溝通策略，並鼓勵伴侶們分享有效的溝通方式。帶領者在團體前個別訪談即對成員提及此座談，也在座談前請其將邀請卡交給伴侶，鼓勵伴侶前來參加。

(五) 資料分析

以 SPSS 23.0 版進行，基於流失之研究對象可能對團體之接受度較低而有較差之效果，或因較快改善而有較佳之效果，為降低因排除流失者而來的研究結果偏誤，故採意向分析 (intent-to-treat analysis) 對所有進入團體者之資料皆進行分析 (Gupta, 2011)，即，先插補缺失之資料後，再進行各項統計分析程序。在全樣本部分，以 BDI-II、DAS、社會支持問卷為效果變項之指標；嬰兒樣本除 DAS、社會支持問卷數值外，另包括 EPDS、母嬰連結量表數值。時間效果方面，基準期與團體後之差距為介入之「立即效果」，基準期與追蹤期之差距為「持續效果」。首先進行描述統計、量表內部一致性分析，再以相依樣本單因子變異數分析檢驗全樣本之介入效果。若介入效果與事後比較皆達顯著則再進行題目層次之分析 (item-level analysis)。量表總分層次分析 (scale-level analysis) 或因素層次之分析 (factor-level analysis) 呈現的是較廣泛與抽象之意涵，而題目層次之分析呈現的是較為特定、具體之表現 (Hussong et al., 2008; Wolf et al., 2019)。題目層次分析曾在多項產後心理健康研究上運用，例如比較婦女及伴侶在 EPDS 各題之得分差異 (Moran & O'Hara, 2006)、比較有無心理健康問題之產後婦女在 EPDS 各題得分之比例 (Weobong et al., 2009) 等。由於本研究之 IPTG 係首次應用於國內嬰幼兒母親，以及 IPTG 應用於嬰幼兒母親之團體型式預防式研究論文極有限，目前對其效果究竟如何所知甚少，故本研究亦進行題目層次之分析，以探索式地捕捉改變所在及提供未來研究再驗證之方向。

本研究之次樣本有兩種分組方式，第一種是依 BDI-II 界斷值將全樣本分為憂鬱傾向者、非憂鬱傾向者，第二種是以全樣本中一歲內之嬰兒母親為介入次樣本，取自他項研究控制組之嬰兒母親為對照樣本。分析方式是以二因子混合設計變異數分析檢驗時間與次樣本之交互作用，並以相依樣本單因子變異數分析檢驗次樣本內之介入效果，若介入效果與事後比較皆達顯著，則繼續進行題目層次之分析。

結果

(一) 團體人際心理治療對嬰幼兒母親適應狀況的改變

對全樣本進行相依樣本單因子變異數分析之結果如表 3。研究對象在 3 個時間點之 BDI-II 憂鬱分數有顯著差異 ($F = 6.39, p = .003, \eta^2 = .016$)，事後比較發現團體後之分數低於基準期 ($T1 < T0$)，而追蹤期之分數雖有低於基準期之趨勢，但未達顯著差異。題目層次分析結果發現 4 個題目的分數由基準期至團體後有降低現象，即在嬰幼兒母親的悲傷（第一題）、失敗感（第三題）、失去樂趣（第四題）與心煩意亂（第十一題）有立即降低的效果。在夫妻關係上，分析結果發現 DAS 分數（總分、各因素分數）無顯著之時間效應 ($F_s = 0.71-2.22, p_s = .116-.495, \eta^2_s = .02-.06$)；在社會支持上，不論先生支持、娘家支持或婆家支持亦皆無顯著之時間效應 ($F_s = 0.23-1.33, p_s = .270-.797, \eta^2_s = .01-.04$)。表示全樣本嬰幼兒母親之夫妻關係與社會支持未因 IPTG 而有變化。

(二) 團體人際心理治療對憂鬱傾向與非憂鬱傾向嬰幼兒母親適應狀況的改變

對憂鬱傾向、非憂鬱傾向次樣本進行二因子混合設計變異數分析，結果如表 4。在 BDI-II 上，次樣本與時間之交互作用達顯著水準 ($F = 14.15, p = .000, \eta^2 = .30$)。在 BDI-II 分數之時間效應的單純主要效果分析發現憂鬱傾向者之時間效應達顯著水準 ($F = 15.52, p = .000, \eta^2 = .49$)，非憂鬱傾向者則未達顯著水準 ($F = 3.08, p = .08, \eta^2 = .15$)。再對憂鬱傾向次樣本之 BDI-II 分數進行事後比較，發現憂鬱傾向次樣本之 BDI-II 分數具有立即下降 ($T1 < T0$) 與持續下降效果 ($T2 < T0$)。依題目分析憂鬱傾向次樣本之憂鬱症狀的變化，發現在九題上有改善效果。其中七題具立即下降及持續下降效果，包括悲傷（第一題）、失敗經驗（第三題）、失去樂趣（第四題）、哭泣（第十題）、心煩意亂（第十一題）、無價值感（第十四題）與睡眠習慣改變（第十六題）；一題有立即下降效果，為性方面無興趣的程度（第二十一題）；一題有持續下降效果，即自我批評感（第八題）。在夫妻關係，分析發現 DAS 分數（總分與各因素）無顯著之次樣本與時間交互作用 ($F_s = 0.28-1.13, p_s = .329-.758, \eta^2_s = .01-.03$)，表示 IPTG 在兩個次樣本造成的變化無差別。分析次樣本內之總分、因素分數亦未發現顯著之時間效應。社會支持方面，同樣未發現次樣本與時間之交互作用 ($F_s = 0.00-2.85, p_s = .065-.996, \eta^2_s = .00-.08$)，但在次樣本內，發現憂鬱傾向次樣本之先生支持具有時間效應 ($F = 3.85, p = .032, \eta^2 = .19$)，事後比較發現憂鬱次樣本於追蹤期對先生支持之知覺高於基準期，題目分析則發現對於先生做家务的助益感（第七題）具有持續上升的效果。非憂鬱傾向次樣本之三種支持則未具有時間效應 ($F_s = 0.17-1.19, p_s = .316-.842, \eta^2_s = .01-.07$)。

(三) 團體人際心理治療對嬰兒母親適應狀況的改變：介入次樣本與對照樣本之分析

對介入次樣本與對照樣本進行二因子混合設計變異數分析，結果顯示 EPDS、DAS、社會支持無組別與時間之交互作用（表 5 與表 6），次樣本內各項分數亦無時間效應。母嬰連結量表在總分、親職適應、承諾與回應信心則有顯著之次樣本與時間交互作用（表 6； $F_s = 3.72-4.91, p_s = .01-.03, \eta^2_s = .11-.14$ ）。依次樣本分析母嬰連結量表分數之時間效應單純主要效果，發現介入次樣本之時間效應在總分、親職適應、承諾與回應信心達顯著水準 ($F_s = 5.44-13.56, p_s = .000-.010, \eta^2_s = .27-.48$)。再對介入次樣本之母嬰連結分數進行事後比較，發現介入次樣本在總分上具有持續上升效果 ($T2 > T0$)，並且追蹤期亦較團體後上升 ($T2 > T1$)。親職適應、回應信心有立即上升 ($T1 > T0$) 與持續上升 ($T2 > T0$) 效果，並且回應信心在追蹤期亦較團體後上升 ($T2 > T1$)；承諾感在團體後低於基準期 ($T1 < T0$)，但在追蹤期較團體後上升 ($T2 > T1$)。題目分析發現介入次樣本在親職適應因素中的 4 題（第六、十、十四、二十二題）有立即及／或持續上升效果，即能心平氣和地滿足孩子的需求、不會因為無法休息而不悅、在照顧孩子時較能情感投入、較不會對孩子生氣；另外在回應信心因素的 2 題（第十六、二十四題）亦有立即及／或持續上升效果，即自認為能有效安撫孩子、對照顧孩子更有信心。對照樣本方面則未有顯著之時間效應 ($F_s = 0.02-0.54, p_s = .590-.984, \eta^2_s = .00-.04$)。

表 3
團體人際心理治療對嬰幼兒母親之效果：介入組全樣本 ($N = 35$)

變項	平均值 (標準差)			F	η^2	事後比較	
	前測 (T0)	後測 (T1)	追蹤測 (T2)				
憂鬱	BDI-II ^a	14.41 (9.53)	9.50 (5.83)	11.75 (7.83)	6.39**	.16	T1 < T0
夫妻關係	DAS_CON ^b	40.53 (11.40)	43.09 (10.96)	41.17 (12.67)	1.80	.05	
	DAS_SAS ^b	35.17 (8.35)	36.24 (7.13)	35.61 (8.36)	0.71	.02	
	DAS_COH ^b	14.04 (5.50)	13.97 (4.80)	12.85 (5.29)	2.21	.06	
	DAS_AFF ^b	6.69 (2.54)	6.90 (2.25)	6.00 (2.66)	2.22	.06	
	DAS_Total ^b	96.37 (24.44)	100.20 (22.56)	95.63 (25.49)	1.55	.04	
社會支持	SH ^c	30.20 (9.83)	31.41 (9.61)	31.97 (9.91)	1.33	.04	
	SM ^c	22.26 (10.54)	21.10 (10.79)	22.44 (11.90)	0.53	.02	
	SL ^c	14.08 (10.76)	15.72 (10.16)	15.29 (11.22)	0.23	.01	

^a BDI-II: Beck Depression Inventory-second edition.

^b DAS_CON, DAS_COH, DAS_COH, DAS_AFF, & DAS_Total: 配對適應量表 (Dyadic Adjustment Scale, DAS) 中的因素或總分, 依序為 dyadic consensus、satisfaction、cohesion、affectionate expression 與 total score。

^c SH, SM, & SL: 社會支持問卷之先生支持、娘家支持、婆家支持。

** $p < .01$.

表 4
團體人際心理治療對嬰幼兒母親之效果：介入組全樣本依憂鬱傾向分組
(憂鬱傾向組, $N = 17$; 非憂鬱傾向組, $N = 18$)

變項	平均值 (標準差)			F	η^2	事後比較		
	前測 (T0)	後測 (T1)	追蹤測 (T2)					
憂鬱	BDI-II ^a	憂鬱傾向組	22.79 (5.64)	12.65 (5.46)	14.32 (7.52)	14.15***	.30	T1 < T0, T2 < T0
		非憂鬱傾向組	6.50 (3.88)	6.52 (4.54)	9.32 (7.52)			
夫妻關係	DAS_CON ^b	憂鬱傾向組	34.82 (11.72)	38.24 (12.04)	37.02 (13.76)	0.61	.02	
		非憂鬱傾向組	46.56 (8.13)	47.66 (7.63)	45.05 (10.48)			
	DAS_SAS ^b	憂鬱傾向組	31.82 (7.76)	33.62 (7.74)	32.02 (9.51)	0.60	.02	
		非憂鬱傾向組	38.00 (8.49)	38.72 (5.66)	39.00 (5.45)			
	DAS_COH ^b	憂鬱傾向組	11.53 (5.78)	12.52 (5.02)	10.94 (4.98)	1.13	.03	
		非憂鬱傾向組	16.33 (4.14)	15.35 (4.22)	14.66 (5.06)			
	DAS_AFF ^b	憂鬱傾向組	6.06 (2.05)	6.71 (2.52)	5.53 (2.70)	0.28	.01	
		非憂鬱傾向組	6.94 (2.69)	7.07 (2.02)	6.45 (2.63)			
	DAS_Total ^b	憂鬱傾向組	84.24 (23.71)	91.09 (24.36)	85.55 (27.55)	0.55	.02	
		非憂鬱傾向組	107.83 (19.47)	108.80 (17.28)	105.15 (19.68)			
社會支持	SH ^c	憂鬱傾向組	26.12 (10.30)	28.59 (10.26)	30.53 (11.58)	2.85	.08	T2 > T0
		非憂鬱傾向組	34.06 (7.82)	34.07 (8.39)	33.32 (8.16)			
	SM ^c	憂鬱傾向組	22.12 (10.30)	20.94 (11.11)	22.18 (12.12)	0.00	.00	
		非憂鬱傾向組	22.39 (11.06)	21.25 (10.80)	22.70 (12.03)			
	SL ^c	憂鬱傾向組	14.71 (8.68)	15.06 (10.13)	12.59 (9.19)	1.97	.06	
		非憂鬱傾向組	14.89 (12.67)	16.35 (10.45)	17.85 (12.57)			

^a BDI-II: Beck Depression Inventory-second edition.

^b DAS_CON, DAS_COH, DAS_COH, DAS_AFF, & DAS_Total: 配對適應量表 (Dyadic Adjustment Scale, DAS) 中的因素或總分, 依序為 dyadic consensus、satisfaction、cohesion、affectionate expression 與 total score。

^c SH, SM, & SL: 社會支持問卷之先生支持、娘家支持、婆家支持。

*** $p < .001$.

表 5

團體人際心理治療對嬰兒母親憂鬱與夫妻關係之效果：介入組與對照組
(介入組， $N = 16$ ；對照組， $N = 16$)

變項	平均值 (標準差)			F	η^2	
	前測 (T0)	後測 (T1)	追蹤測 (T2)			時間 X 組別
憂鬱 EPDS ^a	介入組	10.94 (6.19)	9.61 (5.30)	8.55 (4.20)	1.06	.03
	對照組	11.31 (5.58)	12.25 (5.04)	9.88 (5.83)		
夫妻關係 DAS_CON ^b	介入組	44.94 (7.46)	47.02 (7.14)	46.67 (7.24)	1.10	.04
	對照組	49.56 (11.56)	47.19 (9.53)	48.13 (14.54)		
DAS_SAS ^b	介入組	37.13 (8.76)	39.15 (5.30)	38.10 (5.78)	2.17	.07
	對照組	37.44 (10.26)	35.81 (10.55)	33.63 (11.68)		
DAS_COH ^b	介入組	15.06 (3.97)	14.93 (3.58)	14.10 (4.10)	0.27	.01
	對照組	16.81 (5.87)	16.13 (5.08)	14.75 (5.53)		
DAS_AFF ^b	介入組	7.19 (2.56)	7.26 (1.95)	6.97 (2.29)	0.66	.02
	對照組	8.13 (2.71)	7.38 (2.39)	7.63 (3.32)		
DAS_Total ^b	介入組	104.31 (18.23)	108.36 (14.00)	105.83 (13.53)	1.44	.05
	對照組	111.94 (28.90)	106.50 (25.39)	104.13 (33.74)		

^a EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale.

^b DAS_CON, DAS_COH, DAS_COH, DAS_AFF, & DAS_Total: 配對適應量表 (Dyadic Adjustment Scale, DAS) 中的因素或總分，依序為 dyadic consensus、satisfaction、cohesion、affectionate expression 與 total score。

表 6

團體人際心理治療對嬰兒母親母嬰連結與社會支持之效果：介入組與對照組
(介入組， $N = 16$ ；對照組， $N = 16$)

變項	平均值 (標準差)			F	η^2	事後比較	
	前測 (T0)	後測 (T1)	追蹤測 (T2)				時間 X 組別
母嬰連結 親近	介入組	37.19 (4.14)	37.39 (3.33)	38.77 (3.02)	1.52	.05	
	對照組	37.56 (5.16)	37.06 (5.03)	37.38 (6.52)			
親職適應	介入組	21.06 (4.02)	24.79 (4.67)	23.28 (4.18)	4.20*	.12	T1 > T0, T2 > T0
	對照組	22.00 (6.50)	22.00 (5.75)	22.13 (5.52)			
承諾	介入組	30.31 (2.96)	28.36 (3.39)	31.09 (2.72)	3.72*	.11	T1 < T0, T2 > T1
	對照組	29.50 (4.71)	29.19 (4.37)	28.63 (5.15)			
回應信心	介入組	29.19 (3.12)	30.94 (2.47)	32.39 (2.70)	4.91*	.14	T2 > T1 > T0
	對照組	30.81 (3.60)	30.81 (3.89)	31.06 (3.32)			
總分	介入組	117.75 (9.96)	121.47 (10.78)	125.54 (9.64)	4.46*	.13	T2 > T1, T2 > T0
	對照組	119.88 (15.79)	119.06 (14.83)	119.19 (16.45)			
社會支持 SH ^a	介入組	35.25 (5.47)	35.97 (4.71)	33.91 (5.30)	0.08	.00	
	對照組	34.13 (8.29)	33.94 (8.70)	32.00 (10.42)			
SM ^a	介入組	24.19 (11.59)	23.12 (11.75)	23.07 (12.47)	0.69	.02	
	對照組	30.63 (9.74)	29.31 (11.36)	32.13 (10.73)			
SL ^a	介入組	19.44 (9.67)	16.89 (10.01)	17.72 (10.87)	0.29	.01	
	對照組	17.25 (12.01)	16.38 (13.47)	17.94 (12.05)			

^a SH, SM, & SL: 社會支持問卷之先生支持、娘家支持、婆家支持。

* $p < .05$.

討論

(一) 團體人際心理治療可預防嬰幼兒母親之憂鬱：介入組全樣本之憂鬱程度有立即下降效果，憂鬱傾向次樣本有立即下降與持續下降效果

研究結果發現以 BDI-II 分數為指標時，嬰幼兒母親（全樣本）在三個時間點之憂鬱分數大致成 V 形曲線，基準期數值最高（14.41），團體後最低（9.50），而追蹤期較團體後增加（11.75），分析結果發現 IPTG 具有降低嬰幼兒母親憂鬱之立即效果，然而因為追蹤期數值有較團體結束時上升之趨勢，因此追蹤期與基準期憂鬱數值的差距減少，故立即效果無法保留為持續效果，即憂鬱狀況之減輕未能保留至團體結束後三個月。題目層次分析之結果顯示 IPTG 可立即改善的是嬰幼兒母親的悲傷、失敗感、失去樂趣、心煩意亂等經驗。

若將憂鬱、非憂鬱傾向次樣本之變化情形分開檢視，則可推論全樣本出現之立即效果乃來自於憂鬱傾向者之改善，並且將非憂鬱傾向者相對無變化的憂鬱數值分開後，憂鬱傾向者之持續效果也能呈現出來。憂鬱傾向者在三個時間點之憂鬱分數亦大致成 V 形曲線，憂鬱數值在基準期最高（22.79），團體後最低（12.65），而追蹤期又較團體後小幅升高（14.32），統計分析顯示具有立即效果與持續效果。Klier 等人（2001）、Reay 等人（2006）、Mulcahy 等人（2010）發現 IPTG 對具重鬱症診斷之嬰兒母親之憂鬱症狀有立即與持續改善的效果，本研究結果則發現 IPTG 對於未具有重鬱症診斷之憂鬱傾向嬰幼兒母親亦具有降低憂鬱程度的作用。由題目分析發現 IPTG 對憂鬱傾向者的改善乃在於包括對自己的看法、對事物與性的興趣、負面情緒狀態（悲傷、心煩意亂、容易哭泣）及睡眠習慣等。非憂鬱傾向者的憂鬱數值則是在基準期（6.50）、團體後（6.52）持平，而在追蹤期（9.32）較上升，統計分析顯示各時間點無差異。即使追蹤期數值看似升高，其升高幅度也未達顯著。總之，非憂鬱傾向婦女在接受介入下，其憂鬱數值仍屬穩定。顯示對於此群主觀有適應壓力、自我選擇加入 IPTG，但憂鬱分數未達界斷值的嬰幼兒母親，IPTG 並未有使其憂鬱程度下降的效果。非憂鬱傾向婦女於基準期之憂鬱程度本來即不高，因此可能在團體後未有再下降之空間。

(二) 團體人際心理治療可部分預防嬰幼兒母親之關係問題：介入組憂鬱傾向次樣本對先生支持的知覺有提升，但全樣本與次樣本對家人支持與夫妻關係之知覺未改變

在全樣本之關係問題方面，本研究以社會支持問卷及配對適應量表（DAS）為指標，前者評量的是來自先生、娘家與婆家等三種對象的支持，後者則評量婦女與先生之間的關係，在此依「對象」進行討論。首先，在「先生」方面，全樣本嬰幼兒母親對來自先生之支持的知覺未有立即或持續差異，但若以次樣本內之時間效應來看，則在憂鬱傾向次樣本具有提升先生支持知覺的持續效果，因此，憂鬱傾向婦女對先生支持感的提升並非在團體結束時立即顯現，而是出現在團體結束後的三個月，表示 IPTG 的效果需要時間加以醞釀，對團體效果進行追蹤評估才得以捕捉到此較慢出現之變化。與本研究結果不同的是，Reay 等人（2006）以自陳式社會適應量表（the Social Adjustment Scale-Self Report）進行效果評估，發現憂鬱嬰兒母親與伴侶之關係未改變。本研究與 Reay 等人使用之評量工具不同，此點可能是研究結果不同的原因之一，除此之外，「研究對象之組合不同」亦可能與研究結果不同有關。本研究介入組 17 位憂鬱傾向者中，6 成以上為幼兒母親（ $N = 11$, 64.71%），Reay 等人的樣本則全為嬰兒母親。為檢驗嬰兒母親與幼兒母親是否在社會支持知覺上有不同的變化，研究者乃以二因子混合設計變異數分析檢驗嬰兒母親與幼兒母親之先生支持知覺在三個時間點的差異，結果發現 2 群母親在先生支持知覺上有顯著的不同（ $F = 4.21$, $p = .019$, $\eta^2 = .11$ ）。事後比較發現嬰兒母親未有顯著之時間效果，而幼兒母親則有顯著差異，即幼兒母親在追蹤期對先生支持之知覺高於基準期（ $T2 > T0$ ），亦高於團體結束時（ $T2 > T1$ ）。依此分析來看，本研究嬰兒母親在先生支持感上無改變與 Reay 等人在嬰兒母親伴侶關係未改變之發現是相似的，除此之外，本研究增加的發現，是 IPTG 對幼兒母親之先生支持知覺有提升之作用，並且更藉題目分析指出具體的變化乃在於提升對先生做家事之助益感。

接著，在婦女與先生的關係方面，本研究發現嬰幼兒母親並未因接受 IPTG 而變化，若以憂鬱、非憂鬱傾向次樣本來看亦如此。Klier 等人（2001）、Mulcahy 等人（2010）與本研究皆以 DAS 評

量夫妻關係，其中，前者發現具憂鬱症嬰兒母親在 DAS 分數上並無時間效應，與本研究結果相呼應；Mulcahy 等人發現憂鬱症嬰兒母親與伴侶的關係有改善，此發現則與本研究不同。團體時間長度可能是研究結果不同的原因，Klier 等人之團體次數為 9 次，每次進行 90 分鐘，與本研究相近（8 次、每次 90 分鐘）；Mulcahy 等人則為團體 8 次，每次 120 分鐘，總進行時間較本研究長。本研究實施之介入的時間架構雖可減輕憂鬱傾向次樣本之憂鬱程度，但或許婦女還需要更長的團體時間才能充分討論夫妻關係中的溝通議題，並有較多機會進行演練，進而達到提升夫妻關係之效益。另外，文獻指出約有兩成新手父親在孩子誕生半年內會出現憂鬱傾向，而有憂鬱傾向者與配偶的正向溝通較少、負向溝通較多（楊舒涵等人，2021），本研究以婦女為介入對象，但未對先生此方可能出現的情緒問題與溝通方式多作處理，因此也可能是婦女所知覺之夫妻關係沒有明顯變化的原因。

最後，本研究發現全樣本嬰幼兒母親對娘家與婆家之支持的知覺未有立即或持續差異，以憂鬱／非憂鬱傾向次樣本進行分析亦然，而 Reay 等人（2006）發現憂鬱嬰兒母親與其他家人（伴侶之外）的關係有改善。本研究結果與 Reay 等人之不同的原因或許在於評量工具不同，但是否也可能如先生支持之知覺般，是出於「研究對象之組合不同」呢？為回答此問題，研究者同樣以二因子混合設計變異數分析進行檢驗，結果發現嬰兒母親與幼兒母親在娘家支持的變異情形未達顯著，婆家支持亦然。推測本研究結果與 Reay 等人的不同，並非來自於樣本組成因素。Reay 等人之團體為 8 次，每次 120 分鐘，或許婦女也需更長的團體時間才能改變對於娘家支持與婆家支持的知覺。

（三）團體人際心理治療可部分預防嬰兒母親之適應問題：可提升母嬰連結感，但未改變憂鬱、夫妻關係與社會支持感

本研究發現嬰兒母親接受介入與否，在憂鬱（EPDS）、夫妻關係（DAS）、社會支持的變化情形無差異，Mulcahy 等人（2010）則是發現介入組在 EPDS、DAS 的進步較對照組更為顯著，本研究之結果與其不同。Mulcahy 等人之研究對象為具有重鬱症診斷之嬰兒母親，本研究對象則不具有重鬱症診斷，顯示未具重鬱症診斷之嬰兒母親在接受 IPTG 後，憂鬱程度與夫妻關係的變化幅度較小。Sockol（2018）所回顧之 IPT 預防式研究大部分以孕婦為對象（在 11 項研究中佔 10 項），唯一一項以產婦為對象的研究乃以個別式 IPT 進行。其分析發現，基準期憂鬱程度與接受介入後之效果量有正相關，亦即，在介入前越憂鬱者，介入後的改善情形越大。本研究之嬰兒母親在基準期之 EPDS 平均值（10.94）未高於界斷值（12 分），接受介入後之憂鬱變化情形不明顯，表示不但以孕婦為主之預防式介入的效果與基準期憂鬱程度有關（Sockol, 2018），嬰兒母親接受預防式介入後的效果亦與基準期憂鬱程度有關。在社會支持方面，本研究發現介入組與對照樣本的變化無差異，呼應 Mulcahy 等人的結果，表示不論嬰兒母親是否具有憂鬱症診斷，其對社會支持的知覺皆未因 IPTG 而改變。Gao 等人（2015）以個別式 IPT 探討對新生兒母親在產後六周時的效果，發現介入組在社會支持上雖無時間效應，但對照組之社會支持有下降的情形，表示個別式 IPT 可預防新生兒母親之社會支持降低。不同於 Gao 等人之發現，本研究之 IPTG 並未出現預防社會支持下降的作用。本研究與 Gao 等人的研究有許多不同之處（例如：產後階段、評估工具、介入型式等），其中，「產後階段」對於結果的影響相當值得注意。本研究對象之嬰兒的月齡分布範圍約 10 個月（基準期為產後 1.80—11.73 個月，並於 3 個月後、6 個月後進行效果評估），Gao 等人之研究對象的月齡則集中於新生兒至嬰兒期初期（基準期為產後 0 周，於產後 6 周進行效果評估），這正是對婦女之母職適應特別有挑戰性的時期，也正是家人調整原有生活方式，以因應孩子加入家庭的變動期。Gao 等人之對照樣本處於高挑戰性的時期，在未接受介入下，可能無法妥善以溝通動員家人之資源，因而特別感到支持度下降。反觀本研究對象之嬰兒的月齡較大，母親及家人在孩子出生一段時間後，在分工與互動方式上可能已較為固定，因此也就未見因 IPTG 而改變的現象。

在母嬰連結方面，介入組嬰兒母親在整體母嬰連結程度、親職適應、回應信心、承諾感上的變化與對照樣本不同，單純主要效果分析發現介入組的整體母嬰連結程度有持續提升，而對照樣本無此效果，此發現與 Mulcahy 等人（2010）的結果類似。另外，介入組之母嬰連結因素分數（親職適應、回應信心、承諾感）的變化亦有時間效應，對照組則無。本研究由母嬰連結因素（親職適應、回應信心、承諾感）與題目（照顧孩子時較為心平氣和、能情感投入；對照顧孩子更有信心）看到變化的性質，是較 Mulcahy 等人更為具體的發現。介入組在母嬰連結的變化情形大致為上升，顯示

IPTG 有助於促進母嬰連結感。Mulcahy 等人推測團體中的交流可能是介入組之母嬰連結感上升的原因，因為母親們在團體中有機會討論各自的母職經驗，其不夠勝任的感受會因與他人經驗的類似性而被正常化，進而改變其與嬰兒的關係。值得注意的是，母嬰連結中之承諾感的變化方向較為不同，其是在團體結束時先降低，繼而在三個月後又上升。此變化或許意謂著母親在團體結束時可以暫時將自己由須對嬰兒負責任、以孩子為重心中鬆綁。母嬰連結經驗的變化是否穩定，以及與此變化有關的機制為何，都是有待回答的議題。

(四) 綜合討論

什麼樣的對象能由 IPTG 獲益？又在哪些方面獲益呢？本研究以嬰幼兒母親為對象實施 IPTG，介入共 8 次、每次 90 分鐘，效果指標為憂鬱、關係狀態（夫妻關係、社會支持、母嬰連結），評估時間點為團體前（基準期）、團體後及團體結束後三個月（追蹤期）。將研究對象依全體及兩種分組方式進行分析，第一種是憂鬱傾向者、非憂鬱傾向者，第二種是接受介入之嬰兒母親（本研究），與未接受介入之嬰兒母親（取自他項研究）。綜合以上分析結果與討論，發現 IPTG 有立即降低全體嬰幼兒母親憂鬱程度的立即效果，且對憂鬱傾向嬰幼兒母親具有立即效果與持續效果，另外，憂鬱傾向嬰幼兒母親對於先生支持之知覺也在團體結束後三個月上升。對於嬰兒母親，IPTG 則可提升母嬰連結感。

本研究是對主動求助者進行選擇性介入之預防式研究，研究對象招募自社區，是在「期待享受生活樂趣、學習同時照顧自己及家人之需求、與其他媽媽交換生活撇步」訴求下主動參加之婦女，研究對象並非臨床樣本，皆不具有憂鬱症診斷，而若以憂鬱量表（BDI-II）觀之，有將近一半高於界斷值（17 位，48.57%），即具有憂鬱之傾向。由研究對象之憂鬱比例可知研究之招募訴求能獲得憂鬱傾向者的呼應，並且，對於不具憂鬱症診斷，但有憂鬱症狀之嬰幼兒母親，IPTG 不但可以避免其憂鬱程度繼續升高，尚能降低憂鬱程度及提升對先生支持之知覺。另外，本研究之憂鬱嬰幼兒母親中，幼兒母親與嬰兒母親各有 11 位（64.71%）、6 位（35.29%），前者的人數接近於後者的一倍，表示幼兒母親的心理健康問題不容忽視，正呼應文獻之觀點（Coleman & Karraker, 2003; Glade et al., 2005; Harris et al., 2018）。產後心理健康研究與實務的關注對象經常是產後一年內的婦女（例如：謝珮玲等人，2014），亦即聚焦於嬰兒母親，由本研究對象來看，顯示有必要將產後心理健康的關注對象延伸至幼兒母親。當然，本研究憂鬱幼兒母親多於憂鬱嬰兒母親，也可能是因為憂鬱傾向嬰兒母親在接受介入上有著更多的困難（例如：受限於社會刻板印象、托兒問題、未接收到相關訊息等）（Jones, 2019），因此有必要了解這些困難並以可行方式提供所需之處遇。

本研究並未發現 IPTG 在夫妻關係與其他社會支持指標（來自娘家與婆家的支持）上具有效果，如前所討論，這些結果不同於他人研究結果的可能原因包括介入時間長度、樣本特徵（基準期憂鬱狀態、孩子年齡）、評估工具之不同等，在此擬對嬰幼兒母親之困擾與評估工具的關聯再做討論。嬰幼兒母親於基準期所述之困擾，是夫妻相處（與先生有磨擦、夫妻分工）、家人互動（與娘家、婆家有磨擦，在育兒態度上有分歧）、育兒（壓力與苦悶、擔心孩子之發展、不知如何公平育兒、與較大孩子之相處問題）、生涯與工作（母職與生涯之選擇、工作上的調適）和孤單感（缺乏支持、與外界的聯繫明顯減少）。本研究使用之 DAS 與社會支持問卷之工具性支持內容（先生做家事、打點雜務、照顧孩子）與婦女所述之夫妻相處問題應是有關聯的，社會支持問卷之情緒支持內容與孤單感有部分關聯（缺乏支持），但在家人互動、育兒、生涯與工作議題方面則尚未能觸及。因此，雖然本研究在 DAS、社會支持問卷數值上未呈現出介入效果，但若採其他評估方式可能會有不同的結果，例如採取與主訴更貼近之量表，或以訪談收集質性經驗等。另外，介入方案之內容也是影響研究結果的可能原因。IPTG 乃是以結構方式進行之團體，本研究之介入方案主要依 Reay 等人（2012）之治療手冊為架構，再依文獻指引、團體實際狀況進行。療程中進行的包括團體層面之工作（培養團體凝聚力、建立合作關係、認識團體規範、互相認識）、介紹人際觀點及其與情緒之關聯、處理人際問題焦點、鞏固團體之收穫等，雖然努力在 IPT 既定架構中貼近婦女之訴求或困擾，但實際貼近程度如何仍未明。由於本研究之介入為 IPTG 在國內嬰幼兒母親之首次運用，IPT 觀點在國內婦女解釋其面臨之問題上的適用性如何，需要依本地文化、人際網絡做何種修改，以及團體帶來何種經驗等等都需要再加探討，以了解 IPTG 對面臨生活適應問題之婦女的意義。

最後，本研究欲討論的問題是，非憂鬱傾向之嬰幼兒母親有必要參加 IPTG 嗎？本研究在憂鬱傾向嬰幼兒母親上見到介入效果，此效果乃是在非憂鬱傾向者「同在團體」之脈絡下產生的，因此，憂鬱傾向者由 IPTG 的獲益乃出現於與非憂鬱傾向者共同參與團體之脈絡下。本研究未直接探討非憂鬱傾向者對具憂鬱傾向者的影響情形，但文獻已指出異質性組合之團體的益處與效果。例如 Manning 等人（1994）指出，以異質組合方式成立團體可縮短等待治療啟動的時間。Kennedy（1989）以慢性身體疾病與身體健康但有情緒問題之兒童及青少年共同組成團體，發現身體疾病者獲得討論當前發展階段需求與困擾的機會，身體健康者則能學習體會病者之情緒、獲得可以克服問題的信心。另外，含納跨診斷成員的團體研究已指出此種成員組合具有正向療效，例如 Roberge 等人（2022）對跨診斷焦慮案主進行認知行為治療團體，發現能有效降低案主的焦慮程度；Gros 等人（2019）對混合診斷之情感疾患案主實施行為治療團體，也發現效果優於單一診斷患者組成的團體。衡諸以上研究文獻，本研究之團體介入同時包含非憂鬱傾向者應為可行，並且是有助益的。而對非憂鬱傾向者自身而言，雖然在基準期之憂鬱分數未達界斷值，但其同樣呼應研究介入之招募訴求，表示其在促進生活適應上有一定的需求。其在介入中的變化雖然未展現在本研究採用之指標上，但如研究對象在基準期所陳述的問題所示，嬰幼兒母親的煩惱有諸多面向，尚未被本研究納為指標者有許多，因此非憂鬱傾向者在 IPTG 的經驗如何、獲益有哪些，異於憂鬱傾向者的又是什麼，都是待探索的重要議題。

（五）未來方向

1. 研究方面

延續以上對研究結果的討論，未來研究可再探索的方向如下。第一，評估工具方面，選擇與婦女陳述之困擾較接近的工具或質性訪談，以反映其在接受介入前後的變化。第二，進一步探討介入效果之機制，亦即，減輕憂鬱、提升對先生支持之知覺、提升母嬰連結等效果是來自於 IPT 元素（帶領者依據 IPT 問題焦點進行之各項主題，例如角色轉換、人際衝突與人際敏感），或是來自於團體治療因素（例如：團體次數、團體之時間長度）。第三，相對於以具憂鬱診斷之嬰幼兒母親為對象，本研究之對象具有較大之異質性（同時含嬰幼兒母親、憂鬱程度較為發散），成員異質性與團體介入效果之關聯有待探討。最後，題目層級的分析反映出多項具體的變化，這些變化的穩定度有待探討，在形成未來研究變項時也值得納入考慮。

2. 實務方面

第一，本研究發現 IPTG 可降低憂鬱傾向者之憂鬱程度及提升對先生支持之知覺，亦可提升嬰幼兒母親之母嬰連結感，因此未來可以 IPTG 作為促進嬰幼兒母親之適應的介入策略。在團體進行時間或次數上可再延長，可以伴侶為對象進行介入，也可對團體效果做更長的追蹤，以觀察對嬰幼兒母親在三個月以後的影響情形。第二，具體瞭解嬰幼兒母親、幼兒母親、憂鬱傾向者、非憂鬱傾向者對於人際理論及團體的經驗，以修改或補充本研究之介入實施方式。第三，由幼兒母親在本研究中的人數比例，看見其對於心理健康介入之需求，幼兒母親應被納為心理健康服務的對象，而嬰幼兒母親在接受服務上是否有阻礙也須被關注與處理。

（六）限制

本研究未以隨機控制方式分派研究對象，因此未能釐清效果來自於團體介入或自然轉變。雖然在比較嬰幼兒母親之效果時，由他項研究選擇背景變項與基準期憂鬱分數相似者（而未接受 IPTG）為對照樣本，但對照樣本僅定期填寫研究問卷，與研究人員的接觸程度明顯較低，因此未能排除母嬰連結狀態的變化與接觸程度不同有關。再者，效果評估皆以自陳量表進行，未包括他人印象（例如：另一半、其他家人），未採取量表之外的其他評估方式（例如：行為觀察、經驗之質性陳述），因此，資料可能受社會期許態度影響，也可能侷限於婦女自身的觀點。本研究六梯次介入由教師搭配學生擔任帶領者，而後者並不固定，此不固定帶領者組合之方式對於團體效果與歷程的影響，須

加以評估。最後，介入方案中包含伴侶座談，但因參加人數較少故未探討其對效果之影響，亦為本研究不足之處。

(七) 結論

本研究是團體人際心理治療 (IPTG) 應用於臺灣嬰幼兒母親適應問題之效果的首次探討，也是文獻中少見的以嬰幼兒母親為對象之團體型式預防式介入，發現 IPTG 對於不具憂鬱症診斷，但主觀感到有適應問題之嬰幼兒母親具有降低憂鬱程度、提升憂鬱傾向者對先生支持之知覺、提升嬰幼兒母親之連結感等效果。IPTG 應是適合促進嬰幼兒母親之適應狀況的方式，但尚待累積更多之實施經驗，並對參與者之經驗與變化機制進行仔細之分析。基於研究結果可能與介入方案內容、評估工具及研究對象特徵 (基準期憂鬱狀態、孩子年齡) 有關，因此在類推本研究結果時宜謹慎。

參考文獻

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000) : 《貝克憂鬱量表 (第二版)》 (陳心怡譯) 。中國行為科學社。(原著出版年: 1996) [Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *Beck Depression Inventory* (H.-Y. Chen, Tran.; 2nd ed.). Chinese Behavioral Science Corporation. (Original work published 1996)]
- 王舒芸、余漢儀 (1997) : 〈奶爸難為一雙薪家庭之父職角色初探〉。《婦女與兩性學刊》，8，115–149。 [Wang, S.-Y., & Yu, H.-Y. (1997). Fatherhood in dual-wage family. *Journal of Women and Gender Studies*, 8, 115–149.] <https://doi.org/10.6255/JWGS.1997.8.115>
- 吳易澄 (2018) : 〈臨床文化能力的渴望：再思台灣產後憂鬱〉。《本土心理學研究》，49，331–367。 [Wu, Y.-C. (2018). Achieving cultural competence in healthcare: Rethinking postpartum depression in Taiwan. *Indigenous Psychological Research in Chinese Societies*, 49, 331–367.] <https://doi.org/10.6254/2018.49.331>
- 呂信慧、曹峰銘、劉惠美 (2022) : 〈周歲前睡眠節律變化與兩歲語言成長速度之關連性〉。《當代教育研究季刊》，30 (1)，149–184。 [Lu, H.-H., Tsao, F.-M., & Liu, H.-M. (2022). Association between changes in circadian rhythm before first birthday and language development at 2 years of age. *Contemporary Educational Research Quarterly*, 30(1), 149–184.] [https://doi.org/10.6151/CERQ.202203_30\(1\).0005](https://doi.org/10.6151/CERQ.202203_30(1).0005)
- 呂翠夏 (2002) : 〈學前幼兒家庭之共親職與其相關因素：婚姻關係與性別角色態度〉。《南師學報》，36，1–18。 [Lue, T. (2002). The correlates of coparenting in families with preschoolers: Marital relations and sex-role attitudes. *Journal of Tainan Teachers College*, 36, 1–18.]
- 柯慧貞 (計畫主持人) (1999) : 《產後憂鬱症之前因與後果 (III)》 (計畫編號: NSC88-2413-H006-001) 。國科會補助專題研究計畫成果報告，國科會。 <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=458156> [Ko, H.-C. (Principal Investigator). (1999). *Causes and consequence of postpartum depression (III)* (Report No. NSC88-2413-H006-001) (Grant). National Science and Technology Council. <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=458156>]
- 黃莉婷、王鵬智 (2013) : 〈人格特質、社會文化因素與產後憂鬱之相關研究〉。《輔仁醫學期刊》，11，101–112。 [Huang, L.-T., & Wang, P.-C. (2013). The relationships among personality

- constructs, social cultural factors, and postpartum depression. *Fu-Jen Journal of Medicine*, 11, 101–112.]
- 楊舒涵、劉彥君、陳燕諭（2021）：〈婚姻適應、伴侶溝通、社會支持與父親產後憂鬱傾向之關係〉。《教育心理學報》，52，643–664。[Yang, S.-H., Liu, Y.-C., & Chen, Y.-Y. (2021). Relationships among marital adjustment, communication patterns, social support, and paternal postpartum depression. *Bulletin of Educational Psychology*, 52, 643–664.] [https://doi.org/10.6251/BEP.202103_52\(3\).0007](https://doi.org/10.6251/BEP.202103_52(3).0007)
- 鄭立恩（2019）：《當夫妻升格為父母——新手父母的共親職經驗之研究》（未出版碩士論文），國立暨南國際大學。[Cheng, L.-E. (2019). *The transition to parenthood: The study of first-time parents' coparenting experience* (Unpublished master's thesis). National Chi Nan University.]
- 劉彥君（2018）：〈新手父母心理與關係適應探討〉。《國教新知》，65（1），67–83。[Liu, Y.-C. (2018). Mental health and relationship adjustment for new parents. *The Elementary Education Journal*, 65(1), 67–83.] [https://doi.org/10.6701/TEEJ.201803_65\(1\).0005](https://doi.org/10.6701/TEEJ.201803_65(1).0005)
- 盧孟良、車先蕙、張尚文、沈武典（2002）：〈中文版貝克憂鬱量表第二版之信度和效度〉。《台灣精神醫學》，16，301–310。[Lu, M.-L., Che, H.-H., Chang, S.-W., & She, W.-W. (2002). Reliability and validity of the Chinese version of the Beck Depression Inventory-II. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 16, 301–310.]
- 謝珮玲（計畫主持人）（2017a）：《預防式親嬰團體方案之歷程與效果研究：以憂鬱母親及其嬰兒為對象》（計畫編號：MOST104-2410-H040-002）。國科會補助專題研究計畫成果報告，國科會。<https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=11585633> [Shieh, P.-L. (Principal Investigator). (2017a). *A process and outcome study on preventive parent-infant group intervention for depressive mothers and their infants* (Report No. MOST104-2410-H040-002) (Grant). National Science and Technology Council. <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=11585633>]
- 謝珮玲（2017b）：〈產後憂鬱與母嬰連結之變化、相關因子、預測因子探討〉。《中華心理衛生學刊》，30，233–266。[Shieh, P.-L. (2017b). Predictors of and changes in postpartum depression and mother-infant bonding. *Formosa Journal of Mental Health*, 30, 233–266.] [https://doi.org/10.30074/FJMH.201709_30\(3\).0001](https://doi.org/10.30074/FJMH.201709_30(3).0001)
- 謝珮玲（計畫主持人）（2018）：《預防式親嬰團體方案之歷程與效果研究（II）：以憂鬱母親及其嬰兒為對象》（計畫編號：MOST105-2410-H040-005）。國科會補助專題研究計畫成果報告，國科會。<https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=11887450> [Shieh, P.-L. (Principal Investigator). (2018). *A process and outcome study on preventive parent-infant group intervention for depressive mothers and their infants (II)* (Report No. MOST105-2410-H040-005) (Grant). National Science and Technology Council. <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=11887450>]
- 謝珮玲、應宗和、李仁豪、謝保群（2015）：〈母嬰連結量表之編製〉。《教育心理學報》，47，133–158。[Shieh, P.-L., Ying, T.-T., Li, R.-H., & Hsieh, P.-C. (2015). The development of Mother-Infant Bonding Inventory. *Bulletin of Educational Psychology*, 47, 133–158.] <https://doi.org/10.6251/BEP.20141208>

- 謝珮玲、應宗和、張孝純、曾英珍 (2014) : 〈產科病房心理支持方案之可行性研究：以某醫學中心為例〉。《教育心理學報》，45，329–348。[Shieh, P.-L., Ying, T.-H., Chang, H.-C., & Tseng, Y.-C. (2014). The feasibility of an obstetric psychological support project at a medical center. *Bulletin of Educational Psychology*, 45, 329–348.] <https://doi.org/10.6251/BEP.20130603.2>
- Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 141–153. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0096-6>
- Brennan, P. A., Hammen, C., Anderson, M. J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationship with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36(6), 759–766. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.6.759>
- Chen, C.-H., Wang, S.-Y., Chung, U.-L., Tseng, Y.-F., & Chou, F.-H. (2006). Being reborn: The recovery process of postpartum depression in Taiwanese women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 450–456. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03843.x>
- Claridge, A. M. (2014). Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: A meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 17(1), 3–15. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0391-6>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 126–148. <https://doi.org/10.1002/imhj.10048>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Gao, L., Xie, W., Yang, X., & Chan, S. W. (2015). Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented postnatal programme for Chinese first-time mothers: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.006>
- Gillis, B. D., & Parish, A. L. (2019). Group-based interventions for postpartum depression: An integrative review and conceptual model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 290–298. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.009>
- Glade, A. C., Bean, R. A., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/relational intervention: A review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *American Journal of Family Therapy*, 33(4), 319–336. <https://doi.org/10.1080/01926180590962138>
- Goulet, C., Bell, L., St-Cyr Tribble, D., Paul, D., & Lang, A. (1998). A concept analysis of parent-infant attachment. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1071–1081. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00815.x>
- Gros, D. F., Merrifield, C., Rowa, K., Szafranski, D. D., Young, L., & McCabe, R. E. (2019). A naturalistic comparison of group Transdiagnostic Behaviour Therapy (TBT) and disorder-specific cognitive

- behavioural therapy groups for the affective disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(1), 39–51. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000309>
- Gupta, S. K. (2011). Intention-to-treat concept: A review. *Perspectives in Clinical Research*, 2(3), 109–112.
- Harris, H. A., Ria-Searle, B., Jansen, E., & Thorpe, K. (2018). What's the fuss about? Parent presentations of fussy eating to a parenting support helpline. *Public Health Nutrition*, 21(8), 1520–1528. <https://doi.org/10.1017/S1368980017004049>
- Hussong, A. M., Bauer, D. J., Huang, W., Chassin, L., Sher, K. J., & Zucker, R. A. (2008). Characterizing the life stressors of children of alcoholic parents. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 819–832. <https://doi.org/10.1037/a0013704>
- Jones, A. (2019). Help seeking in the perinatal period: A review of barriers and facilitators. *Social Work in Public Health*, 34(7), 596–605. <https://doi.org/10.1080/19371918.2019.1635947>
- Kennedy, J. F. (1989). The heterogeneous group for chronically physically ill and physically healthy but emotionally disturbed children and adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39(1), 105–125. <https://doi.org/10.1080/00207284.1989.11491150>
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1355–1373. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012>
- Klerman, G. L., Dimascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., & Paykel, E. S. (1974). Treatment of depression by drugs psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131(2), 186–191. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.2.186>
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books.
- Klier, C. M., Muzik, M., Rosenblum, K. L., & Lenz, G. (2001). Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), 124–131.
- Lawrence, K., Rothman, A. D., Cobb, R. J., Rothman, M. T., & Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology* 22(1), 41–50. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.41>
- Lay, K.-L., & Liu, I.-Y. (1996). *Social Network Interaction System Questionnaire (Versions for mothers of normal and CLP children)* [Unpublished instrument]. National Taiwan University.
- Manning, J. J., Hooke, G. R., Tannenbaum, D. A., Blythe, T. H., & Clarke, T. M. (1994). Intensive cognitive-behaviour group therapy for diagnostically heterogeneous groups of patients with psychiatric disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(4), 667–674. <https://doi.org/10.1080/00048679409080790>
- Matthey, S. (2009). Women's perceptions of the causes of their postnatal distress: Development of the reasons for postnatal distress checklist. *Depression and Anxiety*, 26(10), 938–948. <https://doi.org/10.1002/da.20485>

- Moran, T. E., & O'Hara, M. W. (2006). A partner-rating scale of postpartum depression: The Edinburgh Postnatal Depression Scale-Partner (EPDS-P). *Archives of Women's Mental Health, 9*(4), 173–180. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0136-x>
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 13*(2), 125–139. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0101-6>
- O'Connor, E., Senger, C. A., Henninger, M. L., Coppola, E., & Gaynes, B. N. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA, 321*(6), 588–601. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.20865>
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry, 57*(11), 1039–1045. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1039>
- Philippis, L. H. C., & O'Hara, M. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4½-year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(2), 151–155. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.2.151>
- Ravitz, P., Watson, P., Lawson, A., Constantino, M. J., Bernecker, S., Park, J., & Swartz, H. A. (2019). Interpersonal psychotherapy: A scoping review and historical perspective (1974–2017). *Harvard Review of Psychiatry, 27*(3), 165–180. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000219>
- Reay, R., Fisher, Y., Robertson, M., Adams, E., Owen, C., & Kumar, R. (2006). Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health, 9*(1), 31–39. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0104-x>
- Reay, R. E., Mulcahy, R., Wilkinson, R. B., Owen, C., Shadbolt, B., & Raphael, B. (2012). The development and content of an interpersonal psychotherapy group for postnatal depression. *International Journal of Group Psychotherapy, 62*(2), 221–251. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2012.62.2.221>
- Roberge, P., Provencher, M. D., Gaboury, I., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Benoît, A., Carrier, N., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2022). Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: A pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine, 52*(13), 2460–2470. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004316>
- Robertson, M., Rushton, P. J., Bartrum, D., & Ray, R. (2004). Group-based interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Theoretical and clinical aspects. *International Journal of Group Psychotherapy, 54*(2), 145–175. <https://doi.org/10.1521/ijgp.54.2.145.40384>
- Segre, L. S., Stuart, S., & O'Hara, M. W. (2004). Interpersonal psychotherapy for antenatal and postpartum depression. *Primary Psychiatry, 11*(3), 52–56, 66.
- Sheng, X., Le, H.-N., & Perry, D. (2010). Perceived satisfaction with social support and depressive symptoms in perinatal Latinas. *Journal of Transcultural Nursing, 21*(1), 35–44. <https://doi.org/10.1177/1043659609348619>
- Sockol, L. E. (2018). A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *Journal of Affective Disorders, 232*, 316–328. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.018>

- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review, 31*(5), 839–849. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>
- Spanier, G. B., & Cole, C. (1976). Toward clarification and investigation of marital adjustment. *International Journal of Sociology of the Family, 6*(1), 121–146. <http://www.jstor.org/stable/23027977>
- Stuart, S. (2012). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*(2), 134–140. <https://doi.org/10.1002/cpp.1778>
- Stuart, S., & O'Hara, M. W. (1995). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A treatment program. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 4*(1), 18–29.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2012). *Interpersonal psychotherapy: A clinician's guide* (2nd ed.). CRC Press.
- Teng, H.-W., Hsu, C.-S., Shih, S.-M., Lu, M.-L., Pan, J.-J., & Shen, W. W. (2005). Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Comprehensive Psychiatry, 46*(4), 261–265. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.10.003>
- Weissman, M. M. (2020). Interpersonal psychotherapy: History and future. *The American Journal of Psychotherapy, 73*(1), 3–7. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20190032>
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2018). *The guide to interpersonal psychotherapy* (Updated and expanded ed.). Oxford University Press.
- Weobong, B., Akpalu, B., Doku, V., Owusu-Agyei, S., Hurt, L., Kirkwood, B., & Prince, M. (2009). The comparative validity of screening scales for postnatal common mental disorder in Kintampo, Ghana. *Journal of Affective Disorders, 113*(1-2), 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.009>
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health, 18*(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>
- Wilfley, D. E., Mackensie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E., & Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. Basic Books.
- Wilfley, D. E., & Shore, A. L. (2015). Interpersonal psychotherapy. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (2nd ed., pp. 631–636). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.21065-9>
- Wolf, A., Vella, R., & Fors, A. (2019). The impact of person-centred care on patients' care experiences in relation to educational level after acute coronary syndrome: Secondary outcome analysis of a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 18*(4), 299–308. <https://doi.org/10.1177/1474515118821242>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.

收稿日期：2022 年 02 月 20 日

一稿修訂日期：2022 年 02 月 28 日

二稿修訂日期：2022 年 05 月 18 日

三稿修訂日期：2022 年 07 月 05 日

四稿修訂日期：2022 年 08 月 08 日

五稿修訂日期：2022 年 11 月 17 日

接受刊登日期：2022 年 11 月 25 日

Bulletin of Educational Psychology, 2023, 54(4), 891–916
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R. O. C.

An Outcome Study of Interpersonal Psychotherapy Group on Adjustment of Mothers with Infants and Toddlers

Pey-Ling Shieh

Department of Psychology,
Chung Shan Medical
University

Department of Obstetrics and
Gynecology, Chung Shan
Medical University Hospital

Ya-Ling Shih

Department of Psychiatry,
Changhua Christian Hospital

Wen-Shih Hsu

Department of Health,
Taipei City Government

The process of becoming a mother has an effect on the physical and psychological well-being of a woman. Mothers of infants and toddlers often encounter challenges in meeting their needs and their families' needs. Interpersonal relationships play a crucial role in a woman's transition to motherhood. According to Klerman et al. (1974), interpersonal relationships are a core element of interpersonal psychotherapy, which is an appropriate intervention for women having difficulty transitioning to motherhood. Psychotherapy in a group format has several unique therapeutic advantages compared with individualized psychotherapy. For example, participants of group psychotherapy can imitate others and practice their interpersonal behavior in a group setting. Klier et al. (2001) explored the effectiveness of an interpersonal psychotherapy group (IPTG) for postpartum depression. However, their participants were all infant mothers with major depressive disorder. Whether IPTG is effective in preventing adjustment problems among mothers with infants and toddlers is unknown. Furthermore, no study has evaluated the effects of IPTG among Taiwanese women. Therefore, this study evaluated the effects of IPTG on the adjustment problems of Taiwanese mothers with infants and toddlers. We addressed three research questions. First, what is the effectiveness of IPTG on the adjustment of infant/toddler mothers? Second, what are the effects of IPTG on mothers with and without postpartum depression tendencies? Third, what are the differences in postpartum changes between mothers receiving and not receiving IPTG?

We conducted this study after the approval of the Institutional Review Board of Chung Shan Medical University Hospital (CS14052 and CS2-15048). We recruited mothers of children younger than three years old by using the motto: "Wish to enjoy life, learn to fulfill the needs of yourself and your family, and exchange life tips with other mothers of young children." In total, 35 women participated in the IPTG. We conducted six courses of IPTG. Each course consisted of eight sessions of 90 minutes. An IPTG intervention was formulated based on the treatment manual developed by Reay et al. (2012) and the relevant literature. Group discussions also incorporated issues raised by group participants. Outcome indicators were depression severity and relationship status (i.e., marital relationship, social support, and mother–infant bonding). The instruments were the background questionnaire, the Beck Depression Inventory-Second Edition, the Dyadic Adjustment Scale, the Social Support Questionnaire, the Edinburgh Postpartum Depression Scale, and the Mother–Infant Bonding Inventory. Participants completed the assessment

before (baseline), immediately after, and three months after the final IPTG session. Between-group comparisons were conducted by two kinds of grouping. One was participants with depressive tendencies ($N = 17, 48.57\%$) or not. The other was infant mothers who received the intervention ($N = 16, 45.71\%$) or not (recruited from other studies, $N = 16$) (Shieh, 2017a, 2018). Intent-to-treat analysis was applied. After imputation for missing data, we conducted analysis strategies of descriptive statistics, and one-way/two-way ANOVA. If the temporal effects and post hoc comparisons provided significant results, we continued further analyses to identify item-level differences.

The study's main findings are: (1) IPTG has a preventive effect on postpartum depression. Depression severity was lower after the intervention than at baseline. Among participants with depressive tendencies, depression severity immediately after and three months after the intervention was lower than that at baseline. The findings of Klier et al. (2001), Reay et al. (2006), and Mulcahy et al. (2010) indicated immediate and continuing effects on mothers of infants with a diagnosis of major depressive disorder. Our results indicated that IPTG ameliorates depressive symptoms among mothers with symptoms of depression but does not receive a major depressive disorder diagnosis; (2) IPTG has a partial effect on preventing relationship problems for participants. In women with symptoms of depression, perceived husband support was higher three months after the intervention. This finding suggests that the effects of IPTG manifest after a longer interval. We used a two-way ANOVA mixed design to examine the interaction effects of the three evaluation times and the two age groups (i.e., infant group and, toddler group). No significant temporal changes were noted in infant mothers, while significant temporal changes were found in toddler mothers. The results indicated that perceived husband support was higher for toddler mothers than for infant mothers. Our findings are consistent with those of Reay et al. The add-on finding of the present study is that IPTG enhances perceived husband support for toddler mothers. According to the item-level analysis, the improvement in perceived husband support is specifically due to husbands' involvement in housework; and (3) IPTG has a partial effect on preventing bonding problems for infant mothers. Our results indicated several specific changes in mother–infant bonding factors (parental adjustment, confidence, and commitment) and items (more calm, confident, and emotionally engaged in caring for the child). Mulcahy et al. suggested that communication in IPTG improves mother–infant bonding. In group settings, mothers have the opportunity to share their parenting experiences. The perceived universality of their experiences might lessen mothers' feelings of incompetence. Thereby the relationship conflict with infants can be moderated.

This study is the first to explore IPTG's effectiveness in helping Taiwanese mothers adjust to postpartum changes. Limited evidence for the preventive effects of IPTG on adjustment problems is available in the literature. Our study provides preliminary evidence of its effectiveness for mothers with young children. Our results indicate that IPTG can decrease depression severity for women with postpartum adjustment problems. For women with depressive tendencies, IPTG effectively enhances their perceived husband support. Also, for infant mothers, IPTG facilitates their bonding with their children. Accordingly, IPTG is a suitable intervention for promoting the well-being of mothers with young children. However, because the results are correlated to the content of the intervention, the assessment tools adopted, and the characteristics of participants (i.e., baseline depressive symptom, children's age), the results should be generalized with caution. One issue that warrants further investigation is using tailored assessments to obtain women's experiences before and after the intervention. Second, the mechanism of change should be explored. The source of the positive changes is a crucial factor to consider when formulating a better intervention. Whether the interpersonal psychotherapy elements (the topics introduced in the intervention according to interpersonal psychotherapy problem domains, such as role transition, interpersonal conflict, and interpersonal sensitivity) and/or group elements (number of group sessions, the length of each session) play essential roles in the outcome is unknown. A follow-up evaluation over three months is warranted to gain a more comprehensive understanding of the long-term effects of IPTG. The interventions should be modified according to the experience of Taiwanese participants. Finally, the proportion of toddler mothers (54.29%) is higher than that of infant mothers. It might highlight the toddler mothers' needs for mental health services. Toddler mothers should be routinely included in our mental services scheme. Furthermore, infant mothers' obstacles to receiving relevant services should be assessed.

Keywords: interpersonal psychotherapy, group therapy, depression, adjustment, mothers with infants and toddlers

