

產後親子早期接觸、產後憂鬱與 自傷意念之相關性探討

周寶鈺 施妙芳

研究目的：探討產後親子早期接觸、產後憂鬱與自傷意念之相關性。**研究方法：**本研究採橫斷性研究設計，於北部某醫學中心產後病房納入226位符合收案條件之產婦為研究對象，以問卷進行資料收集。問卷相關資料以SPSS 20.0進行分析。**研究結果：**1.產後親子早期接觸執行率94.5%。產後憂鬱(EPDS \geq 13分)比率為19.7%，產後有自傷意念者為13.3%。2.自然生產親子早期接觸的比率高於剖腹產，有親子早期接觸之產婦罹患產後憂鬱的比率顯著較低。3.生產方式($p = .046$, 95% CI [0.14, 0.98])、新生兒性別($p = .004$, 95% CI [0.08, 0.62])、產後疲憊($p = .002$, 95% CI [1.13, 1.72])、產後自傷意念($p = .000$, 95% CI [0.01, 0.10])與產後憂鬱呈現顯著相關；剖腹產、生下男嬰、疲憊指數較高、有自傷意念者易產生產後憂鬱。4.憂鬱總分($p = .000$, 95% CI [0.68, 6.86])與產後自傷意念呈現顯著相關。**研究結論：**1.早期親子接觸之產婦出現產後憂鬱的比率顯著較低，應提供並鼓勵產婦早期與新生兒接觸。2.生產方式(剖腹產)與產後憂鬱顯著相關，臨床應著力於降低不必要的剖腹生產。3.應給予產下男嬰者更多的關注，預防或及早發現產後憂鬱的發生。4.產後憂鬱與自傷意念顯著相關，對於有憂鬱情緒者應提供關懷的護理措施，預防其產生自傷的意念或行為。

關鍵詞：親子早期接觸、產後憂鬱、自傷意念

周寶鈺：萬芳醫院護理暨健康照護臨床實務應用研究中心護理長；臺北醫學大學護理學研究所碩士；專長領域與研究興趣為老人照護、產科護理、母乳哺餵、婦女健康。

施妙芳：長庚科技大學講師；國立台灣大學護理研究所碩士；專長領域與研究興趣為產後憂鬱、生產經驗、母乳哺餵。(通訊作者；E-mail: mfshih@mail.cgu.edu.tw)

收稿：2019年7月28日；接受：2019年12月16日

一、緒 論

母嬰首次會面是珍貴、無價且一生僅有一次的神聖時刻。許多研究指出母親於懷孕期就開始對腹中的胎兒有情感投入，母嬰是相連的生命共同體，身體與情感極為親密，但素未謀面。母親對於腹中的胎兒充滿著想像、幻想與擔憂，對於會面的這一刻期待已久，直到生下小孩的那一刻，一切的想像化為具象，九個多月以來的擔心焦慮頓時化解。母親首次見到孩子的剎那，常常激動不可言喻。產後母嬰首次會面應該被保護、尊重與珍惜(Phillips, 2013)。初次相會時母嬰雙方運用所有的感官知覺認識對方，母親看著孩子，用手指、手掌，手臂撫摸及擁抱他，聞著他身上的味道，說著溫柔的話語，傾聽孩子的聲音，同樣地，孩子運用視覺、觸覺、聽覺、嗅覺認識他的母親，因此初次相會是母嬰關係建立的基石(Redshaw, Hennegan, & Kruske, 2014)。

目前已有大量的文獻證明足月新生兒與母親立即接觸，尤其是皮膚對皮膚的接觸，對於新生兒有許多的好處，可增加新生兒清醒警覺的狀態、穩定呼吸與氧合、維持合宜的體溫、減少低血糖的發生，活化腦部的發育，對於母嬰連結有正面的影響，新生兒未來在自我調適方面的功能較佳，有助於親子依附關係的發展(Phillips, 2013; Redshaw et al., 2014; Biro, Yelland, & Brown, 2015)。皮膚對皮膚的接觸會增加依戀行為荷爾蒙--催產素(oxytocin)的分泌，oxytocin被稱為愛的荷爾蒙，它能增進母親放鬆、吸引力、臉部辨認能力及為母的照顧行為，增進親子關係的建立(Phillips, 2013)。而積極正向的親子依戀可促進嬰兒生長和發育以及培養親子之間具有愛的關係。許多文獻提及母嬰早期皮膚對皮膚的接觸會引發新生兒出現與生俱來的能力，新生兒有著天生的本能可以找到母親的乳房、爬向乳房，出現手-眼-口-乳房的協調動作，並且不需要任何協助下可以含著乳房並且開始吸奶(Velandia, Matthisen, Uvnäs-Moberg, & Nissen, 2010)。系統性文獻回顧也證實產後立即擁抱或皮膚對皮膚的接觸，與成功且持續母乳哺餵呈現顯著正相關，可增加純母乳哺餵率與產後一個月和六個月母乳哺餵率，不僅母乳哺餵的比率較高，母乳哺餵期也較長，並且能激起母親出現較多母性行為、展現照顧寶寶的自信，增進母親的身心健康(Phillips,

2013; Redshaw et al., 2014; Biro et al., 2015; Chiou, Chen, Yeh, Wu, & Chien, 2014; 蔡至涵、彭台珠、賴惠玲、王淑芳, 2016; Abdulghani, Edvardsson, & Amir, 2018)。

Redshaw等人(2014)探討早期親子接觸的影響，研究發現較早與小孩接觸的母親產後憂鬱比率較低，但早期親子接觸與母親自傷意念是否有相關性則未加探討，且親子早期接觸與產後憂鬱及產後自傷意念相關性之研究較少。經由此研究探討親子早期接觸產婦之產後憂鬱及產後自傷的比率、親子早期接觸與產後憂鬱及產後自傷意念的相關性及相關因子。以下對親子早期接觸、產後憂鬱、產後自傷相關因子進行文獻回顧。

(一)親子早期接觸及其相關因子

出生後的第一個小時，小孩被迎接到這個新世界的方式對他有著短期與長期的影響，離開子宮的第一個小時是一段特別的時光，新生兒見到了他的父母，形成了新的家庭。這是神聖的時刻，不論是自然產或剖腹產都應該提供不會受到干擾的親子接觸。母親產後首次擁抱新生兒，對母親而言是懷孕及生產過程中的最高潮(Phillips, 2013; Biro et al., 2015)。

世界衛生組織及聯合國兒童基金會皆建議產後母子應儘早皮膚對皮膚接觸，即便是剖腹產，若產婦清醒警覺、有反應能力，應安排親子早期接觸(Stevens, Dahlen, Schmied, & Burns, 2015)，然而在不同的研究對於皮膚對皮膚的接觸有不同的定義，系統性文獻回顧將產後早期皮膚對皮膚的接觸定義為產後立即或產後10分鐘內將赤裸的新生兒置於母親赤裸的胸部。產後母嬰立即接觸的重要性及對於母嬰互動的影響已經普遍受到認可。研究證實母兒於產後1小時內早期接觸會促進母嬰情感連結、成功的母乳哺餵、穩定新生兒的體溫、減少嬰兒哭泣、穩定心肺功能、維持血糖濃度(Abdulghani et al., 2018)。其次，在早期接觸時，母親的話語能活化新生兒的語言運動區，新生兒聽到了母親的聲音，在15分鐘至30分鐘內能對母親的話語以聲音予以回應。新生兒聲音的回應有可能是在模倣母親的聲音，或是想吸引母親的注意(Velandia et al., 2010)。

Finigan與Davies(2004)訪談產後與新生兒有立即皮膚對皮膚接觸之產婦的生活經驗，發現產婦使用有力且富含情感的語言描述這一段生命歷程，首次見到新生兒的

那一刻，產婦感覺自己立即與新生兒產生情感連結，她們撫摸著、凝視著她們的孩子，並且想進一步了解他，一刻都不願意讓小孩離開她。兩人單獨相處時本能地把小孩帶向乳房，並且開始哺乳，她們希望能有更長的時間可以在一起，而且不要被打擾。這是一段產婦應該擁有的獨特生命經驗。

生產方式及母親與新生兒的身體狀況會影響母嬰是否能早期接觸、早期接觸的品質及長度。Biro等人(2015)研究發現92%的產婦產後與新生兒有立即的接觸，但若新生兒需入住特殊單位或加護單位，只有47%的母親能在產後1小時與新生兒接觸。親子早期接觸與生產經驗顯著相關，研究發現愈早與新生兒接觸，生產經驗愈好。完全自然產婦女較快與新生兒接觸，且持續較長的時間，對於早期接觸的滿意度較高，而剖腹產產婦與新生兒首次接觸的時間則會延遲，生產經驗也比較負向，但是如果剖腹產產婦能和自然產產婦一樣及早與新生兒接觸，生產經驗會比自然產還要正向，早期接觸能翻轉產婦的生產經驗(Redshaw et al., 2014; Brubaker, Paul, Repke, & Kjerulff, 2019)。而首次會面的經驗會進入新生兒的潛意識，多年後經由催眠可誘導出當時對於首次會面的經驗感受(Phillips, 2013)，由此可知親子早期接觸對於母親及新生兒都具有影響力。

(二) 親子早期接觸與產後憂鬱

大部份親子早期接觸的研究都著重在早期接觸對於新生兒的好處，較少著重早期接觸對於母親的影響(Biro et al., 2015)。母親懷孕期間對於寶寶有無限的想像與期待，對於母子首次會面這一刻盼望已久，若在生下孩子後卻見不到小孩，長久的期待落空(Phillips, 2013)，落空的心情容易造成產婦心理壓力，增加產後憂鬱的發生率。產後憂鬱已被證實對親子連結有負面的影響，產後憂鬱發生的時間點是嬰兒非常依賴母親照顧，且對互動的品質非常敏感的時期，不良的親子互動可能會導致嬰兒情緒障礙，並可能對嬰兒造成重大壓力(Kinsey, Baptiste-Roberts, Zhu, & Kjerulff, 2014; Nolvi et al., 2016)。

Redshaw等人(2014)針對親子接觸與產後憂鬱進行探討，發現產後5分鐘內抱到小孩的產婦產後憂鬱的比率為24.9%，明顯低於超過5分鐘才抱到小孩的產婦

(37.1%)。抱小孩的時間大於20分鐘的產婦產後感到憂鬱的比率24.7%，明顯低於抱小孩的時間小於20分鐘的產婦(26.6%)。首次抱小孩是以皮膚對皮膚方式的產婦產後感到憂鬱的比率25.0%，明顯低於非皮膚對皮膚方式的產婦(31.5%)。可見，產後愈早親子接觸、接觸的時間愈長並且採用皮膚對皮膚的方式，產婦出現產後憂鬱的比率愈低。

(三) 產後憂鬱與產後自傷的相關性

產後憂鬱於分娩第1天至第6週之間發生，分娩後第1天至第10天為發生產後憂鬱的危機期。產後憂鬱的影響因素一般歸為三個類別：生理因素、心理因素及社會因素。學者主張生理因素與產後婦女體內荷爾蒙明顯改變有關，尤其是產後雌性素與黃體素濃度突然下降被認為是可能因素。研究發現心理因素與產婦的人格特質或對母職適應不良有關。社會因素方面與產後經濟壓力及小孩的照顧問題有關(王淑芳等人，2018)。台灣的產婦在產後六週時有40.3%產婦有輕度到重度憂鬱(Chen, Tseng, Wang, & Lee, 1994)。產後憂鬱會影響母嬰關係及小孩的生長發育，小孩會出現較多認知及人際關係的問題，產後憂鬱的母親較不會選擇以母乳哺餵小孩，並且不會適當的尋求健康照護。研究發現產後憂鬱對小孩影響極為深遠，它與小孩從出生到10歲間不良的心理問題有關，除此之外，產後憂鬱對產婦自身及婚姻關係都有負面的影響(Upadhyay et. al., 2017)，然而，產後憂鬱卻常常未被診斷或未獲得治療(Stewart, Robertson, Dennis, Grace, & Wallington, 2003)。

Chen(1994)基於社會心理觀點發展了產後憂鬱理論模式：知覺壓力、社會支持、自尊與產後憂鬱具有相關性，並提出自尊是產後憂鬱的預測因子，低自尊易有高憂鬱。Chen、Wu、Tseng、Chou與Wang(1999)以現象學研究探討台灣產後憂鬱婦女心理社會經驗，研究結果發現台灣產後憂鬱婦女心理社會經驗結構包含：尋不到平衡點的角色扮演、時空糾葛、不安寧的自我。產後婦女面臨到夫妻關係、媳婦角色、母親的角色、女性定位的困境。並在文化的枷鎖、理想的幻滅之間掙扎，而併發精神失能、自我不滿意識及傷害意念或行為。從此研究中我們了解台灣產後憂鬱婦女生活經驗的本質是受到傳統女性角色及文化的枷鎖的綑綁，在資源困乏及不受

肯定的環境下感到無助與失衡，失去生命動力，生理機能無法正常運作，終日疲憊無力，無法正常飲食與睡眠，自我不滿意識因應而生，甚至出現傷害自己或傷害孩子的意念或行為。故憂鬱婦女易出現自傷行為，憂鬱與自傷具有相關性。

Bozoky與Corwin(2002)研究疲憊是否能預測產後憂鬱，測量產後當天、7天、14天、28天的疲憊程度及28天產後憂鬱，結果呈現產後7天的疲憊程度能預測產後28天憂鬱情形。Corwin、Brownstead、Barton、Heckard與Morin(2005)研究發現產後14天的疲憊程度能預測產後28天憂鬱情形。Mori等人(2017)於日本的研究發現不同年齡層的初產婦比經產婦有較嚴重的疲憊感，發生產後憂鬱的危險性也較高。Wilson、Lee與Bei(2019)針對35篇產後疲憊及憂鬱研究進行統合分析，發現分娩後的頭兩年中，女性的疲憊和憂鬱症狀之間存在很強的相關性。Ko、Yang與Chiang(2008)坐月子期間執行產後運動對改善產後疲憊及憂鬱感的成效，結果顯示有氧運動介入組比控制組產婦在產後四週之身體疲憊、心理疲憊及疲憊症狀都有顯著減輕，但憂鬱症狀兩組無顯著差異，可見運動介入可減輕疲憊，但無法改善憂鬱狀況。而疲憊與自傷意念相關性的研究較為缺乏。

綜合以上文獻可知，親子早期接觸是每位母親都應該擁有的獨特生命經驗，早期接觸對母嬰皆有益處，能促進母嬰情感連結，成功的母乳哺餵，並能穩定新生兒的體溫、減少嬰兒哭泣、穩定心肺功能、維持血糖濃度，早期接觸時母親的話語能活化新生兒的語言運動區。剖腹產及新生兒需入住特殊單位或加護單位時早期接觸的比率較低。產後愈早親子接觸、接觸的時間愈長，產婦出現產後憂鬱的比率愈低。疲憊可預測產後憂鬱，但疲憊與產後自傷意念是否有相關性未加以探討。文獻亦缺乏早期親子接觸與母親自傷意念之相關性。

(四) 本研究目的

1. 了解產後初期產後憂鬱及產後自傷的比率。
2. 分析早期親子接觸與產後憂鬱及產後自傷的相關性。
3. 探討產後憂鬱及產後自傷的相關因子。

二、研究方法

(一) 研究設計與架構

本研究為橫斷面研究設計，採方便取樣，研究地點為北部某醫學中心產後病房。研究計畫經收案醫院之人體試驗委員會審查通過(編號：N201602095)。收案期間為105年3月1日起至106年2月28日止。

(二) 研究對象

本研究納入條件為懷孕週數滿37週以上生產，無產前、產中、產後合併症，採陰道生產或剖腹生產，年滿20歲，新生兒阿帕嘉計分(Apgar Score) ≥ 7 分，無異常或合併症發生，產後以母乳哺餵者，能以國、台語溝通，並能讀、寫中文者；排除條件為此胎為雙胞胎、新生兒體重小於2,500公克、新生兒入住特殊單位或加護病房、產婦具有焦慮、憂鬱及其他精神疾病病史者、體力無法負荷者，無法理解題意者。研究者於產後病房篩選符合條件者，徵得研究對象同意並取得同意書後，才開始收案。

(三) 研究工具

1. 研究對象基本屬性

此部份是研究者參閱相關文獻自行擬定，研究對象基本屬性主要包含人口學變項及產科學變項。人口學變項包含：年齡、教育程度、職業、婚姻、家庭月收入。產科學變項包括：受孕方式、孕期是否參與母乳支持團體、妊娠週數、產次、生產方式、親子早期接觸、新生兒的性別及體重。

2. 主觀的疲倦程度

疲倦視覺類比量表(Visual Analogue Scale for Fatigue; VASF)測量主觀的疲倦程度，本研究採用的是十分法之疲倦視覺類比量表，10公分的長線上左端標示「精力充沛」，右端標示「極度疲倦」，愈靠右端表示愈疲倦。疲倦視覺類比量表使用簡便，常被用來評估個案自覺的疲倦程度。

黃瑞婷(2003)探討疲倦視覺類比量表(VASF)與疲倦嚴重度量表(Fatigue Severity Scale; FSS)的相關性，結果顯示兩者所測得的疲倦嚴重程度呈現顯著相關($r = .81, p < 0.001$)。Ferentinos等人(2011)研究發現疲倦嚴重度量表(FSS)具有令人滿意的再測信度(組內相關係數 .993)，內部一致性(Cronbach's α .947)，疲倦視覺類比量表與疲倦嚴重度量表同時效度為 .73。可見疲倦視覺類比量表是具有良好信效度的測量工具。

3. 愛丁堡產後憂鬱量表

本研究是採用Lee等人(1998)翻譯之中文版愛丁堡產後憂鬱量表(Edinburgh postpartum depression scale, EPDS)。量表內容包含憂鬱情緒、焦慮、罪惡感、缺乏興趣、自殺意圖等，量表共有10題，每題計分方式為0-3分，正常為0分，嚴重為3分，大於9分為篩檢憂鬱的切割點時，其敏感性92.3%，特異性為72.5% (Bina & Harrington, 2017)。Do、Nguyen與Pham(2018)分析多篇文獻提出EPDS篩檢產後憂鬱的敏感性和特異性介於65-100%和49-100%之間。Heh(2001)使用中文版愛丁堡產後憂鬱量表和貝氏憂鬱量表以一百二十位產後四週的台灣初產婦進行憂鬱程度評估，研究結果顯示中文版愛丁堡產後憂鬱量表與貝氏憂鬱量表的同時效度為 .79，中文版愛丁堡產後憂鬱量表的內在一致性Cronbach's α 為 .87，研究結果肯定中文版愛丁堡產後憂鬱量表有適當的信效度，本研究Cronbach's α 為 .80。Heh(2001)建議以得分大於9分作為篩檢台灣婦女之產後憂鬱。Ganann、Sword、Thabane、Newbold與Black (2016)也以EPDS大於9分檢測移民加拿大婦女的產後憂鬱情形。Do等人(2018)研究產後憂鬱的切割點為12分。Kothari等人(2016)是以大於或等於12分或是否有自殺意圖(第10題)作為是否有產後憂鬱的切點，Marcano-Belisario等人(2017)表示10-12分是憂鬱的危險性增加，大於或等於13分為重度憂鬱。目前各學者對於使用EPDS分析產後憂鬱的切點不一，綜合以上文獻，本研究採用大於或等於13分為產後憂鬱的認定標準。

4. 自傷意念評估

Wisner等人(2013)以EPDS第10題作為判斷受測者是否有自傷意念，本研究亦同。EPDS第10題：我想過要傷害自己，選項有：1.相當多時候這樣，2.有時候這

樣，3.很少這樣，4.沒有這樣。以此題評估產婦是否有自傷意念，選項4表示產婦無自傷意念，選項1-3表示產婦有自傷意念。EPDS是信效度極佳的量表，但只以一題檢測個案的自傷意念是否合宜，查閱相關文獻得知，López-Goñi、Fernández-Montalvo、Arteaga與Haro(2019)研究有自傷意念之物質濫用患者的自殺企圖，其採用the EuropASI Psychiatric area量表的第9題：你是否有出現嚴重的自傷意念，評估個案自傷意念。貝克自傷意念量表(the Beck Scale for Suicidal Ideation)常被用來評估受測者的自傷意念(Ariapooran, Heidari, Asgari, Ashtarian, & Khezeli, 2018；盧幸馥等人，2018)。盧幸馥等人(2018)以貝克自傷意念量表(the Beck Scale for Suicidal Ideation)評估愛滋感染者之自殺意念，此研究使用的貝克自傷意念量表共有21題，研究者真正用來決定個案是否有自傷意念的只有2題，量表的第4題和第5題，第4題詢問受測者自殺慾望強度，測量其主動自殺意願，以此代表其積極自殺意念及第5題詢問受測者於生命受威脅時求生慾望強度，測量其企圖被動自殺意願，代表其消極自殺意念。基於以上文獻，許多研究都以1-2題目來評估個案的自傷意念，本研究以EPDS第10題作為判斷受測者是否有自傷意念的依據。

(四) 資料分析

所收集的資料以SPSS Windows version 20.0中文版統計套裝軟體進行建檔與研究目的之分析，描述性統計方法包括：以次數、百分比、平均值、標準差描述研究對象基本屬性，以平均數及標準差呈現連續變項數據，以頻率與百分比呈現類別變項數據；推論性統計使用卡方檢定(Chi-square test)、獨立樣本 t 檢定(independent t -test)比較兩組變數差異，單因子變異量分析(one-way ANOVA)比較三組以上變數差異；以次序邏輯斯迴歸(ordinal logistic regression)分析預測因子。本研究以 $p < .05$ 表示達到統計學上顯著意義。本研究使用G-power 3.1估計樣本數，Alpha = .05，power = 0.9，effect size設在 .14 ~ .15，計算所需樣本數為180人，估計個案流失率25%左右，故本研究共招募226名，問卷回收224份，回收率99.11%，去除無效問卷6份，有效問卷218份，有效問卷回收率96.46%。

三、研究結果

(一) 研究對象基本屬性變項、產科學變項、產後疲憊及產後憂鬱及產後自傷意念之表現

如表1所示，本研究樣本共218人，一半以上為20–34歲產婦(58.7%)，教育程度以大學居多(47.7%)，大部份的個案是職業婦女(68.3%)，已婚(95.9%)，家庭月收入主要集中在3萬至10萬之間(81.2%)，自然受孕(98.2%)，大多數的個案在懷孕期末參加母乳支持團體(83%)，妊娠週數39–39⁺6週最多(38.5%)，經產婦為多數(50.9%)，自然產(72%)，新生兒性別以男生居多(52.8%)，新生兒體重平均 $3,175.32 \pm 339.425$ 公克，幾乎都有親子早期接觸(94.5%)。產後疲憊的自評分數為 4.49 ± 2.186 分，為中等疲憊。產後憂鬱總分平均為 8.06 ± 4.826 分。產後憂鬱分類分佈為：無產後憂鬱($EPDS \leq 9$ 分) 61.9%，疑似產後憂鬱($EPDS 10-12$ 分) 18.3%，有產後憂鬱($EPDS \geq 13$ 分) 19.7%。有產後自傷意念13.3%。

(二) 早期親子接觸與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及產後憂鬱及產後自傷意念之相關性分析結果

此部分運用卡方檢定比較有無早期親子接觸的研究對象年齡、教育程度、職業、婚姻、家庭月收入、受孕方式、妊娠週數、產次、生產方式、新生兒性別、產後憂鬱分類、產後自傷等二元或類別變項之差異。運用獨立樣本 t 檢定檢視新生兒體重、產後疲憊、產後憂鬱總分等連續型變項與有無親子接觸的相關性。結果發現生產方式($p = .016$)、產後憂鬱總分($p = .022$)、產後憂鬱分類($p = .007$)三個變項與有無親子接觸呈現顯著相關。經進一步分析發現自然產早期親子接觸的比率高於剖腹產。沒有早期親子接觸者EPDS的得分較高。有早期親子接觸者沒有產後憂鬱的比率高，沒有早期親子接觸者出現產後憂鬱(25% vs 19.4%)及疑似憂鬱(50% vs 16.4%)的比率高，而早期親子接觸與產後自傷意念未達顯著相關(表2)。

表1 研究對象基本屬性變項、產科學變項、產後疲憊及產後憂鬱及產後自傷意念之表現($N = 218$)

變項	n	%
年齡($M \pm SD$)	33.17 \pm 4.78	
20–34歲	128	58.7%
≥ 35 歲	90	41.3%
教育程度		
高中及高中以下	52	23.9%
專科	29	13.3%
大學	104	47.7%
碩士	33	15.1%
職業		
家庭主婦	69	31.7%
職業婦女	149	68.3%
婚姻		
未婚	9	4.1%
已婚	209	95.9%
家庭月收入		
30,000元以下	15	6.9%
30,001–50,000元	63	28.9%
50,001–70,000元	54	24.8%
70,001–100,000元	60	27.5%
100,000元以上	26	11.9%
受孕方式		
自然受孕	214	98.2%
人工受孕	4	1.8%
母乳支持團體		
未參加	181	83.0%
參加	37	17.0%
妊娠週數		
37–37 ⁺⁶	21	9.6%
38–38 ⁺⁶	53	24.3%
39–39 ⁺⁶	84	38.5%
40–40 ⁺⁶	51	23.4%
41–41 ⁺⁶	9	4.1%

表1 研究對象基本屬性變項、產科學變項、產後疲憊及產後憂鬱及產後自傷意念之表現($N = 218$) (續)

變項	<i>n</i>	%
產次		
初產婦	107	49.1%
經產婦	111	50.9%
生產方式		
自然產	157	72.0%
剖腹產	61	28.0%
新生兒性別		
女生	103	47.2%
男生	115	52.8%
新生兒體重($M \pm SD$)	3,175.32 \pm 339.425	
親子早期接觸		
無	12	5.5%
有	206	94.5%
產後疲憊($M \pm SD$)	4.49 \pm 2.186	
產後憂鬱總分($M \pm SD$)	8.06 \pm 4.826	
產後憂鬱分類		
無產後憂鬱($EPDS \leq 9$ 分)	135	61.9%
疑似產後憂鬱($EPDS 10-12$ 分)	40	18.3%
有產後憂鬱($EPDS \geq 13$ 分)	43	19.7%
產後自傷意念		
無產後自傷意念	189	86.7%
有產後自傷意念	29	13.3%

(三) 產後憂鬱與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及產後自傷意念之相關性

此部分運用卡方檢定比較產後憂鬱分類之研究對象年齡、教育程度、職業、婚姻、家庭月收入、受孕方式、妊娠週數、產次、生產方式、新生兒性別、產後自傷等二元或類別變項之差異。運用單因子變異量分析(one-way ANOVA)檢定檢視新生兒體重、產後疲憊等連續型變項與產後憂鬱分類的相關性。結果發現年齡($p =$

表2 早期親子接觸與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及產後憂鬱及
產後自傷意念之相關性($N = 218$)

變項	無早期親子接觸	有早期親子接觸	t / χ^2	p
	($n = 12$) 人數(%)	($n = 206$) 人數(%)		
年齡			$\chi^2 = 0.001$	.978
20–34歲	7 (58.3)	121 (58.7)		
≥ 35 歲	5 (41.7)	85 (41.3)		
教育程度			$\chi^2 = 0.276$	.964
高中及高中以下	3 (25.0)	49 (23.8)		
專科	1 (8.3)	28 (13.6)		
大學	6 (50.0)	98 (47.6)		
碩士	2 (16.7)	31 (15.0)		
職業			$\chi^2 = 0.17$	.897
家庭主婦	4 (33.3)	65 (31.6)		
職業婦女	8 (66.7)	141 (68.4)		
婚姻			$\chi^2 = 0.547$	.460
未婚	0 (0)	9 (4.4)		
已婚	12 (100)	197 (95.6)		
家庭月收入			$\chi^2 = 4.036$	.401
30,000元以下	0 (0.0)	15 (7.3)		
30,001–50,000元	5 (41.7)	58 (28.2)		
50,001–70,000元	1 (8.3)	53 (25.7)		
70,001–100,000元	5 (41.7)	55 (26.7)		
100,000元以上	1 (8.3)	25 (12.1)		
受孕方式			$\chi^2 = 0.237$	.626
自然受孕	12 (100)	202 (98.1)		
人工受孕	0 (0)	4 (1.9)		
母乳支持團體			$\chi^2 = 0.001$	.977
未參加	10 (83.8)	171 (83.0)		
參加	2 (16.7)	35 (17.0)		

表2 早期親子接觸與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及產後憂鬱及產後自傷意念之相關性($N = 218$) (續)

變項	無早期親子接觸	有早期親子接觸	t / χ^2	p
	($n = 12$) 人數(%)	($n = 206$) 人數(%)		
妊娠週數			$\chi^2 = 2.111$	.715
37–37 ⁺⁶	1 (8.3)	20 (9.7)		
38–38 ⁺⁶	4 (33.3)	49 (23.8)		
39–39 ⁺⁶	3 (25.0)	81 (39.3)		
40–40 ⁺⁶	4 (33.3)	47 (22.8)		
41–41 ⁺⁶	0 (0)	9 (4.4)		
產次			$\chi^2 = 0.435$	.510
初產婦	7 (58.3)	100 (48.5)		
經產婦	5 (41.7)	106 (51.5)		
生產方式			$\chi^2 = 5.8.5$	.016*
自然產	5 (41.7)	152 (73.8)		
剖腹產	7 (58.3)	54 (26.2)		
新生兒性別			$\chi^2 = 0.986$	.321
女生	4 (33.3)	99 (48.1)		
男生	8 (66.7)	107 (51.9)		
新生兒體重($M \pm SD$)	3,306.50 \pm 402.87	3,167.67 \pm 334.93	$t = 1.38$	.169
產後疲憊($M \pm SD$)	4.83 \pm 1.80	4.47 \pm 2.21	$t = 0.561$	.575
產後憂鬱總分($M \pm SD$)	11.17 \pm 4.28	7.88 \pm 4.80	$t = 2.314$	.022*
產後憂鬱			$\chi^2 = 9.909$	.007**
無產後憂鬱($EPDS \leq 9$ 分)	3 (25.0)	132 (64.1)		
疑似產後憂鬱 ($EPDS 10-12$ 分)	6 (50.0)	34 (16.5)		
有產後憂鬱 ($EPDS \geq 13$ 分)	3 (25.0)	40 (19.4)		
產後自傷意念			$\chi^2 = 0.125$	.724
無產後自傷意念	10 (83.3)	179 (86.9)		
有產後自傷意念	2 (16.7)	27 (13.1)		

.001)、教育程度($p = .05$)、家庭月收入($p = .008$)、生產方式($p = .001$)、新生兒性別($p = .048$)、產後疲憊($p < .0005$)、產後自傷意念($p < .0005$)等七個變項與產後憂鬱呈現顯著相關。經進一步分析發現20-34歲產婦無產後憂鬱的比率高於35歲以上的產婦，35歲以上的產婦出現疑似憂鬱的比率高於20-34歲之育齡產婦。碩士出現疑似憂鬱的比率顯著較高。家庭月收入3萬元以下易出現產後憂鬱，家庭月收入10萬元以上出現疑似憂鬱的比率顯著較高。新生兒性別為男性的產婦易會出現產後憂鬱。疲憊程度愈高愈容易出現產後憂鬱。具有自傷意念的比率產後憂鬱 > 疑似憂鬱 > 無產後憂鬱。無產後憂鬱的產婦中仍有3%的個案具有產後自傷意念(表3)。

表3 產後憂鬱分類與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及產後自傷意念之相關性($N = 218$)

變項	無產後憂鬱 ($n = 135$) (EPDS ≤ 9 分)	疑似產後憂鬱 ($n = 40$) (EPDS = 10-12分)	有產後憂鬱 ($n = 43$) (EPDS ≥ 13 分)	F / χ^2	p
	人數(%)	人數(%)	人數(%)		
年齡				$\chi^2 = 14.077$	.001***
20-34歲	86 (63.7)	13 (32.5)	29 (67.4)		
≥ 35 歲	49 (36.3)	27 (67.5)	14 (32.6)		
教育程度				$\chi^2 = 12.613$	.050*
高中及高中以下	32 (23.7)	13 (32.5)	7 (16.3)		
專科	19 (14.1)	2 (5.0)	8 (18.6)		
大學	66 (48.9)	14 (35.0)	24 (55.8)		
碩士	18 (13.3)	11 (27.5)	4 (9.3)		
職業				$\chi^2 = 2.645$	.266
家庭主婦	40 (29.6)	11 (27.5)	18 (41.9)		
職業婦女	95 (70.4)	29 (72.5)	25 (58.1)		
婚姻				$\chi^2 = 1.421$	.491
未婚	4 (3.0)	2 (5.0)	3 (7.0)		
已婚	131 (97.0)	38 (95.0)	40 (93.0)		
家庭月收入				$\chi^2 = 20.789$	.008**
30,000元以下	6 (4.4)	1 (2.5)	8 (18.6)		
30,001-50,000元	40 (29.6)	15 (37.5)	8 (18.6)		
50,001-70,000元	34 (25.2)	8 (20.0)	12 (27.9)		
70,001-100,000元	42 (31.3)	7 (17.5)	11 (25.6)		
100,000元以上	13 (9.6)	9 (22.5)	4 (9.3)		

表3 產後憂鬱分類與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及
產後自傷意念之相關性($N = 218$) (續)

變項	無產後憂鬱 ($n = 135$) (EPDS ≤ 9 分)	疑似產後憂鬱 ($n = 40$) (EPDS = 10–12分)	有產後憂鬱 ($n = 43$) (EPDS ≥ 13 分)	F / χ^2	p
	人數(%)	人數(%)	人數(%)		
受孕方式				$\chi^2 = 2.505$	.286
自然受孕	131 (97.0)	40(100)	43(100)		
人工受孕	4 (3.0)	0 (0)	0 (0)		
母乳支持團體				$\chi^2 = 1.184$	.553
未參加	115 (85.2)	32 (80)	34 (79.1)		
參加	20 (14.8)	8 (20)	9 (20.9)		
妊娠週數				$\chi^2 = 3.734$	.880
37–37 ⁺⁶	12 (8.9)	5 (12.5)	4 (9.3)		
38–38 ⁺⁶	32 (23.7)	12 (30.0)	9 (20.9)		
39–39 ⁺⁶	56 (41.5)	12 (30.0)	16 (37.2)		
40–40 ⁺⁶	31 (23.0)	9 (22.5)	11 (25.6)		
41–41 ⁺⁶	4 (3.0)	2 (5.0)	3 (7.0)		
產次				$\chi^2 = 2.808$	.246
初產婦	62 (45.9)	19 (47.5)	26 (60.5)		
經產婦	73 (54.1)	21 (52.5)	17 (39.5)		
生產方式				$\chi^2 = 13.694$	.001***
自然產	109 (80.7)	22 (55.0)	26 (60.5)		
剖腹產	26 (19.3)	18 (45.0)	17 (39.5)		
新生兒性別				$\chi^2 = 6.090$	.048*
女生	72 (53.3)	17 (42.5)	14 (32.6)		
男生	63 (46.7)	23 (57.5)	29 (67.4)		
新生兒體重($M \pm SD$)	3,170.19 \pm 314.87	3,141.58 \pm 332.48	3,222.79 \pm 415.69	$F = 0.631$	.533
產後疲憊($M \pm SD$)	4.02 \pm 2.06	5.08 \pm 2.11	5.42 \pm 2.26	$F = 9.079$	.000***
產後自傷意念				$\chi^2 = 43.532$	.000***
無產後自傷意念	131 (97.0)	33 (82.5)	25 (58.1)		
有產後自傷意念	4 (3.0)	7 (17.5)	18 (41.9)		

(四) 自傷意念與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及產後憂鬱總分之相關性

此部分運用卡方檢定比較有無自傷意念的研究對象年齡、教育程度、職業、婚姻、家庭月收入、受孕方式、妊娠週數、產次、生產方式、新生兒性別等二元或類別變項之差異。運用獨立樣本 t 檢定檢視新生兒體重、產後疲憊、產後憂鬱總分等連續型變項與有無自傷意念的相關性。結果發現婚姻($p = .005$)、生產方式($p = .03$)、產後疲憊($p = .029$)、產後憂鬱總分($p < .0005$)與自傷意念呈現顯著相關。經進一步分析發現未婚者、剖腹產、產後疲憊程度及產後憂鬱總分較高者顯著易出現自傷意念(表4)。

(五) 產後憂鬱及產後自傷的相關因子

於表2及表3分析發現早期親子接觸($p = .007$)、年齡($p = .001$)、教育程度($p = .05$)、家庭月收入($p = .008$)、生產方式($p = .001$)、新生兒性別($p = .048$)、產後疲憊($p < .0005$)、產後自傷意念($p < .0005$)等八個變變項與產後憂鬱呈現顯著相關，故以次序羅吉斯迴歸做進一步分析。發現年齡($p = .047$, 95% CI [0.17, 0.99])、教育程度大學vs碩士($p = .045$, 95% CI [0.09, 0.97])、家庭月收入7萬–10萬vs 10萬以上($p = .008$, 95% CI [0.03, 0.60])、生產方式($p = .002$, 95% CI [0.10, 0.60])、產後疲憊($p = .002$, 95% CI

表4 自傷意念與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及產後憂鬱總分之相關性($N = 218$)

變項	無自傷意念 ($n = 189$) 人數(%)	有自傷意念 ($n = 29$) 人數(%)	t / χ^2	p
年齡			$\chi^2 = 2.662$	.103
20–34歲	115 (60.8)	13 (44.8)		
≥ 35歲	74 (39.2)	16 (55.2)		
教育程度			$\chi^2 = 3.218$	.359
高中及高中以下	44 (23.3)	8 (27.6)		
專科	25 (13.2)	4 (13.8)		
大學	94 (49.7)	10 (34.5)		
碩士	26 (13.8)	7 (24.1)		

表4 自傷意念與基本屬性、產科學變項、產後疲憊及
產後憂鬱總分之相關性($N = 218$) (續)

變項	無自傷意念 ($n = 189$) 人數(%)	有自傷意念 ($n = 29$) 人數(%)	t / χ^2	p
職業			$\chi^2 = 0.873$	.350
家庭主婦	62 (32.8)	7 (24.1)		
職業婦女	127 (67.2)	22 (75.9)		
婚姻			$\chi^2 = 7.894$	.005**
未婚	5 (2.6)	4 (13.8)		
已婚	184 (97.4)	25 (86.2)		
家庭月收入			$\chi^2 = 6.196$	.185
30,000元以下	10 (5.3)	5 (17.2)		
30,001-50,000元	56 (29.6)	7 (24.1)		
50,001-70,000元	47 (24.9)	7 (24.1)		
70,001-100,000元	52 (27.5)	8 (27.6)		
100,000元以上	24 (12.7)	2 (6.9)		
受孕方式			$\chi^2 = 0.625$	.429
自然受孕	185 (97.9)	29 (100)		
人工受孕	4 (2.1)	0 (0)		
母乳支持團體			$\chi^2 = 1.219$	.270
未參加	159 (84.1)	22 (75.9)		
參加	30 (15.9)	7 (24.1)		
妊娠週數			$\chi^2 = 1.378$	.848
37-37 ⁺⁶	17 (9.0)	4 (13.8)		
38-38 ⁺⁶	46 (24.3)	7 (24.1)		
39-39 ⁺⁶	75 (39.7)	9 (31.0)		
40-40 ⁺⁶	43 (22.8)	8 (27.6)		
41-41 ⁺⁶	8 (4.2)	1 (3.4)		
產次			$\chi^2 = 0.242$	.623
初產婦	94 (49.7)	13 (44.8)		
經產婦	95 (50.3)	16 (55.2)		
生產方式			$\chi^2 = 4.710$	.030*
自然產	141 (74.6)	16 (55.2)		
剖腹產	48 (25.4)	13 (44.8)		
新生兒性別			$\chi^2 = 0.014$	.905
女生	89 (47.1)	14 (48.3)		
男生	100 (52.9)	15 (51.7)		
新生兒體重($M \pm SD$)	3,166.09 \pm 326.64	3,235.45 \pm 414.94	$t = -1.025$	.307
產後疲憊($M \pm SD$)	4.36 \pm 2.13	5.31 \pm 2.39	$t = -2.193$	.029*
產後憂鬱總分($M \pm SD$)	7.28 \pm 4.44	13.17 \pm 4.106	$t = -6.716$	.000***

[1.14, 1.76])、未執行早期親子接觸($p = .028$, 95% CI [1.22, 30.59])、產後自傷意念($p = .046$, 95% CI [0.05, 0.97])與疑似產後憂鬱呈現顯著相關。生產方式($p = .046$, 95% CI [0.14, 0.98])、新生兒性別($p = .004$, 95% CI [0.08, 0.62])、產後疲憊($p = .002$, 95% CI [1.13, 1.72])、產後自傷意念($p = .000$, 95% CI [0.01, 0.10])與產後憂鬱呈現顯著相關。而未執行早期親子接觸與產後憂鬱無顯著相關($p = .28$, 95% CI [0.44, 17.41]) (表5)。總結以上結果可知高齡產婦、教育程度碩士以上、家庭月收入10萬以上、無早期親子

表5 產後憂鬱預測因子之次序羅吉斯迴歸

變項	疑似產後憂鬱					產後憂鬱				
	b(SE)	Wald	p	OR	95% CI	b(SE)	Wald	p	OR	95% CI
截距	2.06(1.08)	3.65	.056	NA	NA	1.19(1.21)	0.97	.325	NA	NA
年齡										
20-34歲 vs ≥ 35 歲	-.90 (.45)	3.96	.047	.41	[0.17, 0.99]	.83 (.53)	2.44	.118	2.29	[0.87, 6.49]
教育程度										
高中(含)以下 vs 碩士	.01 (.67)	.00	.999	1.00	[0.27, 3.72]	-.25(1.61)	.06	.807	.78	[0.11, 5.62]
專科 vs 碩士	-1.85 (.93)	2.96	.087	.21	[0.03, 1.26]	.99 (.90)	1.22	.269	2.70	[0.46, 15.70]
大學 vs 碩士	-1.22 (.61)	4.02	.045	.30	[0.09, 0.97]	.94 (.77)	1.50	.220	2.57	[0.57, 11.63]
家庭月收入										
30,000元以下 vs 10萬元以上	-2.50(1.44)	3.00	.084	.08	[0.01, 1.39]	.53(1.05)	.26	.613	1.70	[0.22, 13.29]
30,001-50,000元 vs 10萬元以上	-1.17 (.70)	2.81	.094	.31	[0.08, 1.22]	-1.37 (.85)	2.59	.108	.25	[0.05, 1.35]
50,001-70,000元 vs 10萬元以上	-1.32 (.73)	3.28	.070	.27	[0.06, 1.11]	-.47 (.80)	.35	.556	.63	[0.13, 3.00]
70,001-100,000元 vs 10萬元以上	-1.95 (.73)	7.08	.008	.142	[0.03, 0.60]	-1.03 (.83)	1.52	.218	.36	[0.07, 1.84]
生產方式										
自然產 vs 剖腹產	-1.44 (.47)	9.32	.002	.24	[0.10, 0.60]	-1.00 (.50)	3.98	.046	.37	[0.14, 0.98]
新生兒性別										
女生 vs 男生	-.60 (.50)	1.69	.194	.55	[0.22, 1.35]	-1.50 (.52)	8.30	.004	.223	[0.08, 0.62]
產後疲憊情形	.35 (.11)	9.66	.002	1.42	[1.14, 1.76]	.33 (.11)	9.88	.002	1.40	[1.13, 1.72]
早期親子接觸										
無 vs 有	1.81 (.82)	4.83	.028	6.10	[1.22, 30.59]	1.01 (.94)	1.16	.281	2.76	[0.44, 17.41]
自傷意念										
無 vs 有	-1.53 (.77)	3.99	.046	0.22	[0.05, 0.97]	-3.75 (.74)	25.95	.000	0.02	[0.01, 0.10]

接觸易出現疑似產後憂鬱。剖腹產、生下男嬰、疲憊指數較高、有自傷意念者易出現產後憂鬱。

於表4結果發現婚姻($p = .005$)、生產方式($p = .03$)、產後疲憊($p = .029$)、產後憂鬱總分($p < .0005$)與自傷意念呈現顯著相關。因本研究欲探討早期親子接觸對自傷意念的相關性，故再加入早期親子接觸，以羅吉斯迴歸進一步分析此五個變項與產後自傷意念的相關性。發現只有憂鬱總分($p = .000$, 95% CI [0.68, 6.86])與產後自傷意念呈現顯著相關，而未執行早期親子接觸與產後自傷意念無顯著相關($p = .60$, 95% CI [0.28, 9.03]) (表6)。

表6 產後自傷意念預測因子之羅吉斯迴歸

變項	自傷意念				
	b(SE)	Wald	<i>p</i>	OR	95% CI
截距	4.65 (.89)	27.28	.000		
婚姻					
未婚 vs 已婚	-1.50 (.09)	2.79	.095	.22	[0.04, 1.30]
生產方式					
自然產 vs 剖腹產	.61 (.47)	1.64	.201	1.83	[0.73, 4.63]
產後疲憊情形	-.08 (.11)	.56	.456	.92	[0.74, 1.15]
早期親子接觸					
無 vs 有	.46 (.89)	.27	.60	1.59	[0.28, 9.03]
憂鬱總分	-.27 (.06)	19.77	.000	.77	[0.68, 6.86]

四、討論與結論

(一) 討論

Abdulghani等人(2018)以系統性文獻回顧探討產後立即母嬰皮膚對皮膚的執行率，統合來自28個國家的35篇研究，個案數達52,666位，研究結果發現執行率1–98%，差異極大。該研究也發現高收入國家比中低收入國家的執行率高。Biro等人(2015)研究發現92%的產婦產後與新生兒有立即的接觸，但若新生兒需入住特殊單位或加護單位，只有47%的母親能在產後1小時與新生兒接觸。本研究產後立即母嬰皮

膚對皮膚的執行率為95.5%，與其研究結果相近，但本研究未探討新生兒需入住特殊單位或加護單位的親子早期接觸執行率。

Wang、Wu、Anderson與Florence(2011)產後憂鬱易使母親照護小孩的能力失調，對小孩不敏感、沒有反應、無法提供小孩適當的刺激，會影響嬰幼兒的生理健康、心理發展、心理社會功能、心理疾病的罹病率與智能發展。Upadhyay等人(2017)產後憂鬱會影響親子互動及小孩的生長發育，使子孩產生較多認知、行為及人際互動的問題。Nurbaeti、Deoisres與Hengudomsub(2018)探討283位產後婦女產後1、2、3個月的產後憂鬱盛行率及預測因子，發現1、2、3個月的產後憂鬱比率分別為18.37%、15.19%、26.15%。蔡宗延、謝珮玲、李仁豪(2012)以260位產後2週半至產後半年左右婦女探討原生依附與產後憂鬱及親子連結相關性，發現產後憂鬱的比率為26.2% (EPDS \geq 13)。Do等人(2018)研究18–43歲越南初產婦產後第一年之產後憂鬱，以EPDS \geq 12分為切點，產後憂鬱的比率為27.6%。Wang等人(2011)探討產後三年內產後憂鬱的比率及危險因子，發現產後憂鬱比率最高是在產後一個月，產後六個月降低，之後穩定持續至產後36個月，產後憂鬱早期的比率為32.2%，晚期的比率為7.4%。本研究發現產後初期產後憂鬱(EPDS \geq 13)比率為19.7%，其中有親子早期接觸者產後憂鬱比率為19.4%，無親子早期接觸者產後憂鬱比率為25%，有親子早期接觸者產後憂鬱比率低於無親子早期接觸者，此與Redshaw等人(2014)研究結果相吻合。然而Redshaw等人是以一道問題「你是否感到憂鬱」來評估執行早期親子接觸產婦產後憂鬱比率，對產後憂鬱的歸類也僅止於有或沒有產後憂鬱，與本研究使用的評量工具及歸類皆不相同，且並未探討早期親子接觸與產後憂鬱之相關性。本研究將產後憂鬱歸為三類：EPDS \leq 9分為無產後憂鬱，EPDS = 10–12為疑似產後憂鬱，EPDS \geq 13分為產後憂鬱，研究結果呈現未執行親子早期接觸者憂鬱分數增加，易出現疑似產後憂鬱現象，但未執行親子早期接觸者與產後憂鬱及產後自傷意念沒有相關性，目前除Redshaw等人探討親子早期接觸之產後憂鬱比率外，並未搜尋到親子早期接觸與產後憂鬱及產後自傷意念相關性之文獻可相互對照。

Nam、Choi、Kim、Cho與Park(2017)研究發現剖腹產比自然產易出現產後憂鬱，Xu、Ding、Ma、Xin與Zhang(2017)統合分析截至2016年11月發表在PubMed、Web of Science和Embase資料庫的28個關於剖腹產與產後憂鬱相關性的研究，參與者共有

532,630位，這項統合分析證實剖腹產增加產後憂鬱的風險。本研究也得到相同的結果。

Beck與Gable(2003)提出產後憂鬱13個預測因子：產前憂鬱、照顧小孩的壓力、生活壓力、社會支持、產前焦慮、婚姻滿意度、憂鬱病史、嬰兒氣質、為母沮喪、自尊、社經狀態、婚姻狀態及不想要或非計畫懷孕。Wang等人(2011)母親的年紀較輕、貧窮、教育程度低、缺少社會支持等與產後憂鬱顯著相關。母親的年紀較輕、黑人、無職業、單親、缺少社會支持、健康狀況不佳等都是會增加產後憂鬱的危險因子。蔡宗延等人(2012)產後憂鬱的相關因子為早產(懷孕週數小於37週)、具憂鬱病史、孕期憂鬱、夫妻關係滿意度低、年紀輕等。Mahoney(2016)研究發現產婦太年輕或年齡太大產後憂鬱的危險性較高。Do等人(2018)研究發現教育程度(教育程度高：大專或大專以上大於高中或高中以下)、妊娠期疾病(妊娠糖尿病高於非妊娠糖尿病)、產次(初產婦)、不滿意家庭生活、與他人溝通與互動受限是產後憂鬱的預測因子。Nurbaeti等人(2018)產後憂鬱的預測因子為照顧小孩的壓力、婚姻滿意度、生活壓力、不接受小孩的性別，尤其是產下女嬰等，而家庭月收入與產後憂鬱無顯著相關。綜合以上文獻可知產後憂鬱的相關因子為：年紀過高或過低、貧窮、單親、生活壓力大、教育程度高、無職業、低社經地位、初產婦、產下女嬰等。本研究也有類似發現，但在新生兒性別方面與Nurbaeti等人(2018)研究結果不同，本研究結果發現產下男嬰的產婦易會出現產後憂鬱。新生兒性別是一個充滿文化意涵的變數，許多研究發現產後憂鬱與新生兒性別有相關性，不喜歡新生兒的性別是引發產後憂鬱的因子。印度、中國、土耳其都比較喜歡男嬰，性別不平等的國家女性的價值比較低，生女兒會增加家庭經濟的負荷，未來嫁人對家庭經濟沒有幫助，男嬰較受歡迎。亞洲國家生育率低，普遍喜愛男嬰。女嬰在世界許多地區都不受到歡迎，某些國家生下女嬰母親易遭受家暴，因而出現產後憂鬱。然而西方國家並不會因為生了女嬰而出現憂鬱傾向，反而是男嬰的母親比女嬰的母親易出現產後憂鬱，男嬰的氣質讓母親感受到較大壓力(Zangeneh, Alizadeh, Kaamravanesh, Rezai, & Pormehr, 2009; Lagerberg & Magnusson, 2012; Nurbaeti et al., 2018)。Lagerberg與Magnusson(2012)對1,848位瑞典及移民到瑞典的產婦進行研究，發現男嬰母親比女嬰母親易出現產後悲傷情緒，Sorg、Coddington、Ahmed與Richards(2019)在美國的研

airiti

究也有類似的發現。本研究也發現產下男嬰的產婦易會出現產後憂鬱，但在研究中並未探討為何男嬰易引發母親產後憂鬱，後續的研究可以繼續探討。其次，本研究發現高齡產婦比育齡產婦易出現產後憂鬱與Mahoney(2016)研究相似。

Chen等人(1999)以現象學研究探討台灣產後憂鬱婦女心理社會經驗，研究結果發現台灣產後憂鬱婦女心理社會經驗結構包含：角色失衡及文化的枷鎖，在資源困乏及不受肯定的環境下感受到無助與失衡，失去生命動力，自我不滿意識油然而生，甚至進一步出現傷害自己或傷害孩子的意念或行為。此研究結果呈現出憂鬱婦女易出現自傷行為，顯現憂鬱與自傷具有相關性。Wisner等人(2013)以EPDS第10題：我想過要傷害自己，以此題評估產婦是否有自傷意念，個案數10,000名，其中1,396名(14.0%)為陽性，陽性個案會進一步以結構式問卷加以訪談，發現自我傷害強度高的個案其EPDS評分都在10分或以上。本研究採用的工具與之相同，13.3%篩檢結果為陽性，亦與之類似，但本研究並未針對篩檢結果為陽性個案進行訪談，這是後續研究可以質性研究的方式對個案的經驗有更進一步的理解。

產後憂鬱及自傷意念都是本研究重要變項，然而產後憂鬱是以EPDS的10題加以計算，自傷意念取自EPDS的第10題，憂鬱測量中含有自殺意念的回答，以此為產後憂鬱與自傷意念互相估計易被質疑統計上的適當性。基於上述的理由，研究者將EPDS重新計分，不採計第10題，總分只含第1題至第9題，仍以 $EPDS \leq 9$ 分為無產後憂鬱、 $EPDS 10-12$ 分為疑似產後憂鬱、 $EPDS \geq 13$ 分為有產後憂鬱，雖查閱相關文獻未發現有文獻以此方式計分，但在此研究產後憂鬱及自傷意念是獨立變項，分開計分才能釋疑。結果：卡方檢定呈現產後憂鬱與產後自傷有關聯性($\chi^2 = 25.457, p < .0005$)，以次序羅吉斯回歸分析呈現自傷意念與疑似產後憂鬱仍呈現顯著相關($p = .003, 95\% \text{ CI } [0.05, 0.55]$)，自傷意念與產後憂鬱亦呈現顯著相關($p < .0005, 95\% \text{ CI } [0.02, 0.31]$)。因此，本研究結果發現無論產後憂鬱總分是否包含EPDS第10題，產後憂鬱及產後自傷意念皆呈現顯著相關。

(二) 結論

1. 親子早期接觸之個案產後憂鬱及產後自傷意念比率分別為19.7%與13.3%。與未執行親子早期接觸的個案相比，早期親子接觸之產婦罹患產後憂鬱的比率顯著較

airiti

低，應提供並鼓勵產婦早期與新生兒接觸。

2. 剖腹產執行親子早期接觸的比率比自然產低，而出現產後憂鬱的比率顯著高於自然產，因此臨床應著力於降低不必要的剖腹生產，並且應致力於如何提高剖腹產親子早期接觸的比率。
3. 其次是疲憊與產後憂鬱顯著相關，產婦於產後身體狀況尚在復原中，又要承擔哺乳的母職，臨床照護應評估產婦疲憊情形，提供照護減輕疲憊感，並採集中護理，使產婦有充足的時間可以休息。
4. 產下男嬰之產婦應注意其產後憂鬱狀況，應引導其抒發憂鬱的心情，並適時給予情緒支持，及在哺乳及小孩照護方面給予協助。
5. 高齡產婦、高教育程度、高家庭月收入也與產後憂鬱有相關性。這些產婦需留意其情緒表現，以期及早發現，及早處理。
6. 產後憂鬱總分較高者顯著易出現自傷意念，未婚者、剖腹產、產後較為疲憊者也與自傷意念有相關性。皆屬於需要高關懷個案，應評估其自傷意念，並提供關懷照護，必要時需適時轉介。
7. 後續的研究對於產後憂鬱及產後自傷意念若以參與觀察法或訪談方式，對於個案的問題會有更深度的了解。
8. 未執行親子早期接觸者憂鬱分數偏高，易出現疑似憂鬱的狀況。但是研究仍然無法證實會增加產後憂鬱及產後自傷的意念。

(三) 研究限制及建議

本研究採用方便取樣，且在北部同一所醫學中心收案，可能會因研究對象的同質性較高，而影響研究結果的推論性，後續研究可在不同區域、不同層級醫院進行研究，以釐清早期親子接觸對產後憂鬱及產後自傷的影響。另外，收案時間只局限於產後住院期間，無法了解早期親子接觸對產婦長期心理健康之影響，往後研究可進行長期縱貫性研究。其次，本研究對產後憂鬱及有產後自傷意念之產婦表達關懷及協助轉介，後續研究可探討介入措施之成效。產後憂鬱及產後自傷意念評估使用EPDS，未來研究可使用其他量表，以檢測此量表的穩定性。

本研究由萬芳醫院研究計畫(編號105-wf-eva-17)經費補助，謹此誌謝。

參考文獻

- 王淑芳、陳信孚、馮容莊、張宏江、王子芳、方郁文…潘怡如(2018)。實用產科護理(八版)。台北：華杏。
- 黃瑞婷(2003)。全身性紅斑狼瘡門診病患疾病狀態、疲倦程度及身體活動量相關之探討。國立台北護理學院。護理研究所碩士論文。
- 蔡至涵、彭台珠、賴惠玲、王淑芳(2016)。執行親子同室的相關因素探討。榮總護理，33(3)，283-292。doi:10.6142/VGHN.33.3.283
- 蔡宗延、謝珮玲、李仁豪(2012)。母親的原生依附、產後憂鬱與母嬰連結之相關研究。臨床心理學刊，6(1)，67-67。
- 盧幸馥、張念慈、盛望徽、廖士程、巫沛瑩、蕭妃秀(2018)。探討確診半年至一年間的愛滋感染者之自殺意念與企圖自殺。護理雜誌，65(4)，60-72。doi:10.6224/JN.201808_65(4).09
- Abdulghani, N., Edvardsson, K., & Amir, L. H. (2018). Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PloS one*, 13(10), e0205696. doi:10.1371/journal.pone.0205696
- Ariapooran, S., Heidari, S., Asgari, M., Ashtarian, H., & Khezeli, M. (2018). Individualism-Collectivism, Social Support, Resilience and Suicidal Ideation among Women with the Experience of the Death of a Young Person. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 6(3), 250-259. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=130758038&lang=zh-tw&site=ehost-live>
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2003). Postpartum depression screening scale: Spanish version. *Nursing Research*, 52(5), 296-306.

- Bina, R., & Harrington, D. (2017). Differential Predictors of Postpartum Depression and Anxiety: The Edinburgh Postnatal Depression Scale Hebrew Version Two Factor Structure Construct Validity. *Maternal & Child Health Journal*, 21(12), 2237-2244. doi:10.1007/s10995-017-2345-5
- Biro, M. A., Yelland, J. S., & Brown, S. J. (2015). Who is holding the baby? Women's experiences of contact with their baby immediately after birth: An Australian population-based survey. *Women & Birth*, 28(4), 317-322. doi:10.1016/j.wombi.2015.05.001
- Bozoky, I., & Corwin, E. J. (2002). Fatigue as a predictor of postpartum depression. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(4), 436-443. doi:10.1111/j.1552-6909.2002.tb00066.x
- Brubaker, L. H., Paul, I. M., Repke, J. T., & Kjerulff, K. H. (2019). Early maternal-newborn contact and positive birth experience. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 46(1), 42-50. doi:10.1111/birt.12378
- Chen, C. H. (1994). An exploration of postpartum depression model using LISREL. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 10(5), 229-238.
- Chen, C. H., Tseng, Y. F., Wang, S. Y., & Lee, J. N. (1994). The prevalence and predictors of postpartum depression. *The Journal of Nursing Research*, 2(3), 263-274. doi:10.7081/NR.199409.0263
- Chen, C. H., Wu, H. Y., Tseng, Y. F., Chou, F. H., & Wang, S. Y. (1999). Psychosocial aspects of taiwanese postpartum depression phenomenological approach: a preliminary report. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 15(1), 44-51. doi:10.6452/KJMS.199901.0044
- Chiou, S.-T., Chen, L.-C., Yeh, H., Wu, S.-R., & Chien, L.-Y. (2014). Early Skin-to-Skin Contact, Rooming-in, and Breastfeeding: A Comparison of the 2004 and 2011 National Surveys in Taiwan. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 41(1), 33-38. doi:10.1111/birt.12090

- Corwin, E. J., Brownstead, J., Barton, N., Heckard, S., & Morin, K. (2005). The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(5), 577-586. doi:10.1177/0884217505279997
- Do, T. K. L., Nguyen, T. T. H., & Pham, T. T. H. (2018). Postpartum Depression and Risk Factors among Vietnamese Women. *BioMed Research International*, 2018, 1-5. doi:10.1155/2018/4028913
- Ferentinos, P., Kontaxakis, V., Havaki-Kontaxaki, B., Dikeos, D., Lykouras, L., Ferentinos, P., ... Lykouras, L. (2011). Psychometric evaluation of the Fatigue Severity Scale in patients with major depression. *Quality of Life Research*, 20(3), 457-465. doi:10.1007/s11136-010-9769-3
- Finigan, V., & Davies, S. (2004). I just wanted to love, hold him forever: women's lived experience of skin-to-skin contact with their baby immediately after birth. *Evidence-Based Midwifery*, 2(2), 59-65.
- Ganann, R., Sword, W., Thabane, L., Newbold, B., & Black, M. (2016). Predictors of Postpartum Depression Among Immigrant Women in the Year After Childbirth. *Journal of Women's Health*, 25(2), 155-165.
- Heh, S. S. (2001). Validation of the chinese version of the edinburgh postnatal depression scale: detecting postnatal depression in taiwanese women. *The Journal of Nursing Research*, 9(2), 105-113. doi:10.7081/NR.200104.0105
- Kinsey, C. B., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2014). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal-infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, 30(5), e188-e194.
- Kothari, C., Liepman, M., Shama Tareen, R., Florian, P., Charoth, R., Haas, S., & ... Curtis, A. (2016). Intimate Partner Violence Associated with Postpartum Depression, Regardless of Socioeconomic Status. *Maternal & Child Health Journal*, 20(6), 1237-1246. doi:10.1007/s10995-016-1925-0

airiti

Ko, Y.-L., Yang, C.-L., & Chiang, L.-C. (2008). Effects of postpartum exercise program on fatigue and depression during “doing-the-month” period. *Journal of Nursing Research*, 16(3), 177-185.

Lagerberg, D., & Magnusson, M. (2012). Infant gender and postpartum sadness in the light of region of birth and some other factors: a contribution to the knowledge of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15(2), 121-130. doi:10.1007/s00737-012-0265-3

Lee, D., Yip, S., Chiu, H., Leung, T., Chan, K., Chau, I., ... Chung, T. (1998). Detecting postnatal depression in Chinese women: Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 172(5), 433-437. doi:10.1192/bjp.172.5.433

López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Haro, B. (2019). Suicidal attempts among patients with substance use disorders who present with suicidal ideation. *Addictive Behaviors*, 89, 5-9. doi:10.1016/j.addbeh.2018.09.006

Mahoney, K. (2016). Indicators of Postpartum Depression in New Jersey ... 28th Annual Scientific Session. *Nursing Research*, 65(2), E54. doi:10.1097/NNR.0000000000000152

Marcano-Belisario, J. S., Gupta, A. K., O'Donoghue, J., Ramchandani, P., Morrison, C., & Car, J. (2017). Implementation of depression screening in antenatal clinics through tablet computers: results of a feasibility study. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 17, 1-11. doi:10.1186/s12911-017-0459-8

Mori, E., Tsuchiya, M., Maehara, K., Iwata, H., Sakajo, A., & Tamakoshi, K. (2017). Fatigue, depression, maternal confidence, and maternal satisfaction during the first month postpartum: A comparison of Japanese mothers by age and parity. *International Journal of Nursing Practice*, 23(1), n/a-N.PAG. doi:10.1111/ijn.12508

Nam, J. Y., Choi, Y., Kim, J., Cho, K. H., & Park, E.-C. (2017). The synergistic effect of breastfeeding discontinuation and cesarean section delivery on postpartum depression:

- A nationwide population-based cohort study in Korea. *Journal of Affective Disorders*, 218, 53-58. doi:10.1016/j.jad.2017.04.048
- Nolvi, S., Karlsson, L., Bridgett, D. J., Pajulo, M., Tolvanen, M., & Karlsson, H. (2016). Maternal postnatal psychiatric symptoms and infant temperament affect early mother-infant bonding. *Infant Behavior & Development*, 43, 13-23. doi:10.1016/j.infbeh.2016.03.003
- Nurbaeti, I., Deoisres, W., & Hengudomsb. P. (2018). Postpartum Depression in Indonesian Mothers: Its Changes and Predicting Factors. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(2), 93-105.
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72. doi:10.1053/j.nainr.2013.04.001
- Redshaw, M., Hennegan, J., & Kruske, S. (2014). Holding the baby: Early mother--infant contact after childbirth and outcomes. *Midwifery*, 30(5), e177-e187. doi:10.1016/j.midw.2014.02.003
- Sorg, M., Coddington, J., Ahmed, A., & Richards, E. (2019). Improving Postpartum Depression Screening in Pediatric Primary Care: A Quality Improvement Project. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, 83-88. doi:10.1016/j.pedn.2019.03.001
- Stevens, J., Dahlen, H., Schmied, V., & Burns, E. (2015). The 'super' midwife provides skin-to-skin contact immediately after a caesarean section. *Women & Birth*, 28, S28. doi:10.1016/j.wombi.2015.07.096
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health.
- Upadhyay, R. P., Chowdhury, R., Salehi, A., Sarkar, K., Singh, S. K., Sinha, B., ... Kumar, A. (2017). Postpartum depression in India: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(10), 706-717. doi:10.2471/BLT.17.192237
- Velandia, M., Matthisen, A., Uvnäs-Moberg, K., & Nissen, E. (2010). Onset of Vocal

Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(3), 192-201. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00406.x

Wang, L., Wu, T., Anderson, J. L., & Florence, J. E. (2011). Prevalence and risk factors of maternal depression during the first three years of child rearing. *Journal of Women's Health*, 20(5), 711-718.

Wilson, N., Lee, J. J., & Bei, B. (2019). Postpartum fatigue and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 224-233. doi:10.1016/j.jad.2018.12.032

Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., ... Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490-498. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.87.

Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 118-126. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.04.016

Zangeneh, M., Alizadeh, N. S., Kaamravanesh, M., Rezai, M., & Pormehr, S. (2009). Postpartum depression and its relation to baby gender and unplanned pregnancy. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 14(2), 9.

The Correlation between Early Maternal-Infant Contact after Childbirth and Postpartum Depression and Self-Harm Ideation

PAO-YU CHOU, MIAO-FANG SHIH

Purpose: This study explores the correlation between early maternal-infant contact after childbirth and postpartum depression and self-harm ideation. **Methods:** We used a cross-sectional design. A total of 226 women in the postpartum ward of a medical center in northern Taiwan completed questionnaires consisting of demographic items and obstetrics-related items, and the visual analogue scale for fatigue (VASF), and the Edinburgh postpartum depression Scale (EPDS). The statistical methods included descriptive statistics and Chi-square tests, independent *t*-tests, a one-way ANOVA, as well as ordinal logistic regression analysis. **Results:** The postpartum early maternal-infant contact rate was 94.5%. The incidence of postpartum depression (EPDS ≥ 13) was 19.7%, and of postnatal self-harm ideation was 13.3%. Women with spontaneous delivery had a higher rate of early maternal-infant contact than those who received a cesarean section ($p = .016$). The mean EPDS score for early maternal-infant contact was 7.88 ± 4.80 , and the mean score for no early maternal-infant contact was 11.17 ± 4.28 ($p = 0.022$). The rate of postpartum depression in women with early maternal-infant contact was significantly lower ($p = .007$). Fatigue (95% CI [1.13, 1.72]; $p = .002$), mode of delivery (spontaneous delivery vs. cesarean section) (95% CI [0.14, 0.98]; $p = .046$), neonatal gender (female vs. male) (95% CI [0.08, 0.62]; $p = .004$), and self-harm ideation (95% CI [0.01, 0.10]; $p = .000$) were significantly associated with postpartum depression. The EPDS score is significantly associated with postnatal self-harm ideation (95% CI [0.68, 6.86]; $p = .000$). **Conclusions:** Postpartum depression and self-harm ideation are significantly related. The rate of postpartum depression with early maternal-infant contact is significantly lower than without it. Early maternal contact with newborns should be encouraged. Experiencing a cesarean section is significantly related to postpartum depression and to postpartum self-harm ideation. Clinical efforts should be made to reduce unnecessary caesarean sections. It is especially important to watch mothers who birth a male baby to prevent or detect postpartum depression early. Postpartum depression is significantly related to self-harm ideation. For those who have depression, care should be provided to prevent self-harm ideation or behavior.

Key words: early maternal-infant contact, postpartum depression, self-harm ideation

Pao-Yu Chou: RN, HN, MSN, Center for Nursing and Healthcare Research in Clinical Practice Application, Wan Fang Hospital, Taipei Medical University.

Miao-Fang Shih: lecturer, Chang Gung University of Science and Technology. (Corresponding Author, e-mail: mfshih@mail.cgu.edu.tw)