

唇顎裂新生兒母親之個人衝擊與養育態度： 產前因子對早期適應趨勢之預測力

劉逸元 雷庚玲

國立台灣大學心理學研究所

論文編號：03020；初稿收件：2003年8月25日；完成修正：2003年12月13日；正式接受：2003年12月30日

通訊作者：雷庚玲 台北市羅斯福路4段1號 台大心理學系 (E-mail: kllay@ntu.edu.tw)

唇顎裂是先天缺陷中常見的一種。唇顎裂新生兒之外貌是母親所期待的完美胎兒形象的幻滅，其於哺餵功能上之缺陷、及在初生第一年即需面對的一連串修補手術更為母親在孩子出生早期即需面臨的挑戰，這些挑戰又很可能會影響母親對孩子的養育態度，並進一步攸關孩子未來的社會情緒發展。本研究的主要目的，是探討影響唇顎裂兒母親早期養育態度的因子與其影響力之消長，並期望透過對母親早期適應過程的瞭解，而對唇顎裂新生兒之母提供必要之輔導。本研究採縱貫追蹤，在唇顎裂兒出生後與第一次唇修補手術後，分兩次對五十名唇顎裂新生兒的母親施以問卷調查。測量變項包括兩個產前因子與兩個產後適應指標，分別為：以 Epstein (1983) 之 Mother-Father-Peer Scale (MFP) 作為測量母親本身的早期依戀關係的工具（包括「接納或拒絕」和「鼓勵獨立或過度保護」兩分量表）；母親在懷孕期間對孩子的功能性預期；孩子出生後為唇顎裂對母親個人的衝擊程度（初生早期及唇修補手術後各測一遍）；以及母親對孩子的養育態度（又分為「接納」與「過度保護」兩個分量表，並在初生早期及唇修補手術後各測一遍）。結果發現，唇顎裂兒母親覺知她的原生父

母對她的拒絕與過度保護的程度，以及在懷孕期間對孩子的功能性預期，可預測孩子為唇顎裂對母親的衝擊程度；孩子為唇顎裂對母親的衝擊程度又可預測母親對孩子接納與鼓勵獨立的養育態度。母親在唇顎裂兒初生早期與唇修補手術後的衝擊程度及對孩子的接納度並沒有顯著差異；但母親對孩子的過度保護程度卻在術後顯著下降，而且也不再受兩個產前因子或手術前衝擊程度的影響，顯示第一次唇修補手術對母親養育態度所引發的質變與唇顎裂兒母親早期適應趨勢的變動與影響因子之消長。本研究建議，對於唇顎裂兒母親的輔導，應從她在懷孕前與生產前就已然存在的心理狀態與對自我家庭角色的期待著手。

關鍵字：唇顎裂、母親父親友伴量表、新生兒、先天缺陷、養育態度

母親在懷孕期間，常會幻想未出世的孩子是完美的、漂亮的，因此當一個外表有明顯缺陷的孩子出生，將會造成母親所期待的完美小孩與實際出生的孩子之間存在著相當大的差異，這樣的差異除了帶給母親個人痛苦的衝擊 (Brantley & Clifford, 1979; Mercer, 1974; Spriestersbach, 1973)，也間接

本研究承蒙羅慧夫顱顏基金會和長庚醫院的顱顏中心、新生兒門診、及婦產科門診協助問卷的施測才得以順利完成。感謝羅慧夫基金會王金英執行長、李筱蓉心理師之協助。並感謝謝雅萍、范文慧、李明芝參與資料蒐集。本研究由國科會專題計畫 (NSC-86-2413-H-002-002) 補助雷庚玲完成。本研究之部份內容曾以「唇顎裂新生兒母親對孩子的態度之相關因素」為題，於1997年發表於第二屆國際華人心理學家學術研討會：沙田，新界，香港。

影響了母親的養育態度、親子關係的發展與孩子未來的社會情緒適應。因此，探討缺陷兒帶給母親個人受衝擊程度之個別差異的來源、以及找出可預測缺陷兒母親對孩子的養育品質的危險因子與保護因子，便成為早療工作者的重要課題。

根據醫學統計，唇顎裂是先天缺陷中僅次於心臟血管系統疾病之外最常見的一種，也是顏面發育缺陷中最普遍的一種，目前每五至六百個新生兒中就會有一個唇顎裂患者，值得注意的是，台灣地區的唇顎裂比率顯著高於其他國家，而且從長期的趨勢來看，相較於過去，目前的唇顎裂比率有明顯上升的現象（行政院衛生署、台大醫院，民85）。唇顎裂通常可分為三種狀況，「單純唇裂」（cleft lip）指雖有外表唇裂但內顎並無缺陷，因此在治療上以外表修補為主，通常第一次修補手術於出生後三個月時進行。「單純顎裂」（cleft palate）則指臉部外表並無異樣，但因內顎缺陷，仍會影響幼兒的進食與發音，通常第一次顎裂手術約於一歲時進行。「唇裂伴隨顎裂」（cleft lip and palate）則代表同時有上列兩種缺陷。

過去二十年來，心理學界有關唇顎裂的研究大多是以「唇顎裂兒童相較於無缺陷的兒童是否在學業、心理及社會適應障礙上有較高的危險性？」為探討的重點（Lavigne & Wills, 1990; McWilliams, 1982; Speltz, Morton, Goodell, & Clarren, 1993; Tobiasen & Hiebert, 1993）。Speltz、Armsden 及 Clarren（1990）將這些研究結果綜合後指出，雖然這方面的研究結果並不一致，但已有兩項相當清楚的結論：一是除了少數的研究結果顯示唇顎裂兒的智商比正常對照組低（Speltz, Endriga, Hill, Maris, Jones, & Omnell, 2000），大部份的研究顯示唇顎裂兒之平均智商與正常兒童並無顯著差異，但唇顎裂兒童的學業成績比一般兒童表現差。二是透過父母、老師或自我評量的測量，顯示唇顎裂兒童比正常兒童更易焦慮、不安全和退縮，而且這些問題會持續到成人階段。唇顎裂兒的平均智商既然與正常兒童相似，那麼學業成績比正常兒童差的原因，應該是與成就動機有關，而成就動機又與兒童的自我概念及社會情緒適應狀況有密不可分的關係。總之，Speltz et al.（1990）的結論，點出了探討唇顎裂兒童社會情緒發展之影響因子及歷程的重要性。

目前對唇顎裂兒童在心理社會方面發生適應障礙的原因或機制並不清楚，但根據 Speltz、Greenberg、Endriga 及 Galbreath（1994）的整理，可能有下列五方面的危險因子和唇顎裂兒童的心理社會發展有關係：一、新生兒的特質：包括新生兒

的氣質、神經心理和溝通的能力，也包括因唇顎裂而間接造成的氣質特異性，如情緒、適應度等；二、醫療方面的因素：針對唇顎裂方面的相關醫療因素，包括診斷、醫療的深度，相關生理上或功能上的限制（例如：語言或聽力的障礙、外表的缺陷）；三、親子互動的品質：例如因為兒童的外表缺陷及各種餵食與醫療上的特性，母親因而所產生的特殊對待方式，間接影響親子間的依戀關係；四、教養技巧：例如唇顎裂兒童之父母相較於一般父母，在處理孩子負面行為以及強化孩子正面行為的方式；五、家庭環境：包括家庭社經地位、父母情緒狀況、婚姻穩定度以及生活事件變動和社會支持資源等都會因家中有唇顎裂子女的壓力源而更加重要。——這五項危險因子中，第三、四、五項皆與唇顎裂兒童與父母之互動模式及親子關係的品質有直接關聯。因此在探討唇顎裂兒童未來發展障礙的可能機制時，早期親子關係是一個值得研究者探討的議題。

Speltz 與 Greenberg 等人（1994）進一步認為，以上所列之五項危險因子可以由下列的三個原則來預測唇顎裂兒童未來發展的危險性：（1）這些兒童未來適應障礙出現的機率會因危險因子的增加而增加。（2）任何一類的危險因子單獨存在時，並不足以顯著地提高未來適應障礙出現的機率（例如，單獨由「天生缺陷」此項危險因子並不能預測未來適應障礙的發生，還需伴隨著其他類危險因子的存在）。（3）各項危險因子的不同組合可能會導致不同的危險模式。——這些多變的作用方式，使研究者與臨床工作者都警覺到，不僅需要找出造成唇顎裂兒童親子關係不良的危險因子，還要探討各項危險因子對親子關係的影響的作用模式，甚至是這些危險因子隨著孩子的發展而造成不同影響的動態模式。

有關唇顎裂兒童與母親的早期互動品質的研究在最近二十年才開始受到重視，綜合現有的研究結果顯示，唇顎裂兒童早期與母親互動的品質較一般兒童差。在母親方面，表現出較少的養育行為（Barden, Ford, Jensen, Rogers-Sayler, & Sayler, 1989）與社會性互動行為（Field & Vega-Lahr, 1984）。而新生兒方面，表現出較少的笑容、較少看母親（Barden et al., 1989; Field & Vega-Lahr, 1984），以及較不清楚的餵食訊息（Speltz, Goodell, Endriga, & Clarren, 1994）。究竟唇顎裂兒童早期與母親不良的互動關係是因誰而起，是由於孩子本身照養困難引發母親的挫折、或是母親初始對唇顎裂兒的養育態度就有問題、或是兩者相互決定的組

合？Endriga 與 Speltz (1997) 比較正常對照組，單純唇裂組 (cleft lip；只有唇裂沒有顎裂)、與唇顎裂組 (cleft lip and palate；同時有唇裂與顎裂) 的親子互動發現，預測嬰兒三個月大時母親對親子互動的投入程度的因子，三組不相同。正常對照組母親的投入程度只能由母親本身的心理狀態加以預測；唇顎裂組母親的投入程度只能由嬰兒的反應性加以預測；這兩個因子都無法預測單純唇裂組母親的投入程度；而整體看來，嬰兒的顏面缺陷本身，並不能預測母親投入的程度。雖然影響唇顎裂兒早期親子互動的原因至今並未獲得定論，但無論親子互動模式產生的方向性為何，母親產後的養育態度 (比如她有多願意接納她的缺陷兒、她是否意識到不能過度保護她的缺陷兒等)，勢必會影響她與唇顎裂新生兒的早期互動模式。目前有愈來愈多的研究可以追溯正常嬰兒早期 (早於六個月) 之親子互動品質對於其後社會情緒發展的重要貢獻 (Isabella, 1999; Weinberg, Tronick, Cohn, & Olson, 1998)，本研究將循此主張，探討母親初始對唇顎裂新生兒的養育態度之形成機制以及早期適應的過程。

可能影響產後對唇顎裂新生兒的早期養育態度的因素有很多，過往有關照顧者對唇顎裂兒發展的影響的研究的共同特色，是其採用的研究變項僅止於探討孩子出生後在不同狀況下 (如：面對面互動時、餵食時) 的親子互動品質，但產婦對於自己生出唇顎裂兒這件事其個人受到衝擊的程度，比如對她自我概念的打擊、對懷孕時心中那個完美嬰兒的哀悼，都可能影響她對孩子的養育態度。

更甚者，唇顎裂兒的母親在還不曉得自己的孩子有缺陷時就已然存在的個別差異 (比如懷孕時對胎兒的期待，或甚至懷孕前已然存在的母親過往的家庭依戀關係) 不但可能預測產後母親個人受衝擊的程度，更可能進一步預測母親的養育態度。由於這些產前因素先於母親產後對與唇顎裂新生兒的互動經驗，若這些因素可顯著預測母親對生出唇顎裂兒的個人受衝擊的程度及其對唇顎裂兒的養育態度，除了可讓學界對於缺陷兒早期親子互動的方向性有更進一步的瞭解，更可提醒早療工作者除了需輔導缺陷兒母親目前對嬰兒的照養方式外，尚須幫助母親本身調整其對「親子依戀關係」或「新生兒在家庭中的角色」等信仰系統 (belief system)。

總結來說，本研究以兩個產前變項 (亦即：母親與原生家庭的依戀關係，懷孕時對胎兒的功能性預期) 來預測產後母親發現自己的新生兒是唇顎裂之個人受衝擊程度；並以這兩個產前變項與其所預測的產後變項 (亦即：產後母親發現自己的新生兒

是唇顎裂之個人受衝擊程度) 一起來預測母親的養育態度。以下分別回顧「母親原生家庭的依戀關係」、「懷孕時對胎兒未來的功能性預期」、「唇顎裂兒母親所需面對的個人衝擊」、「母親對唇顎裂兒的養育態度」等四個變項之相關文獻。

唇顎裂新生兒母親在原生家庭中的依戀關係

根據 Bowlby (1982) 的依戀理論，個體早期與主要照顧者的依戀關係，會逐漸形成個體對自我與對依戀對象的內在運作模式。早期依戀關係的品質，會影響個體對自己的信任與自我價值感，並進而影響未來與他人的親密關係，及為人父母時的養育模式 (Belsky & Cassidy, 1992)。

許多研究結果都支持依戀關係可以代間相傳 (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985)，也發現父母對於童年依戀關係的內在模式可預測其為人父母的行為 (Crowell & Feldman, 1988)。對這種現象，Cassidy (2000) 解釋為個體認同其父母的內在模式，以父母的模式來引導其為人父母的行為。父母會轉移自己的原始依戀關係而形成自己與子女的依戀關係，同時也內化原始依戀對象的教養方式去形成自己的教養方式。

在有關依戀關係代間相傳的研究中，Epstein (1983) 的「母親父親友伴量表」(Mother-Father-Peer Scale) 常用來作為測量父母對自己在原生家庭中依戀關係之覺知的工具，「母親父親友伴量表」包括了三個向度，分別為「接納與拒絕」、「鼓勵獨立與過度保護」、以及「對父母的理想化」。根據過去的研究 (Ricks, 1985; Tronick, Ricks, & Cohn, 1982)，母親在此份量表上的得分可預測幼兒在陌生情境測驗的依戀類型，母親認為其父母對自己是接納與鼓勵獨立者，她們的孩子也會與其發展出安全的依戀類型，其中又以兒時父母對其「接納與拒絕」的向度最能預測幼兒的依戀類型。

Crockenberg (1987) 的研究也發現，母親在「母親父親友伴量表」上回憶上一代父母對自己的「接納與拒絕」的程度與其對孩子的教養行為有顯著的相關，那些兒時被拒絕的母親，傾向於以憤怒和處罰控制的方式對待孩子。Biringen (1990) 也得到類似的結果，母親報告自己兒時被父母接納或拒絕的類別能有效預測母親與其幼兒互動之和諧性類別，其適配率達 84%。兒時被父母接納的母親與自己的幼兒互動品質較為和諧，對孩子的反應也較為敏感。

除了「母親父親友伴量表」的「接納與拒絕」

向度與第二、三代間的依戀關係及母親對孩子的教養行為有關之外，母親早期依戀經驗中父母對其「鼓勵獨立與過度保護」的程度對母親未來為人母的行為也有顯著的影響。Jacobvitz、Morgan、Kretchmar及Morgan（1991）以「母親父親友伴量表」探討三代間（祖母、母親、孩子）母親與孩子的親子關係之代間一致性。研究發現，回憶自己小時候是被過度保護的母親，在身為人母時，會覺得自己較沒有能力勝任母職，孩子的各項負面狀況，例如：生病、哭鬧、跌倒等會讓她感到較多的挫折與苦惱，而以親子互動觀察也發現，這些母親會以較干預的方式和孩子互動，同時，兒時被過度保護的母親也較不信任別人。甚至是祖母與母親間也有過度保護的代間一致性：報告自己兒時被過度保護的母親，她的母親（祖母）在回憶兒時依戀關係時，也會認為自己是受到過度保護的。

同時，Jacobvitz等人（1991）研究也指出過度保護在子女個體化和分化（sense of separateness）的過程中扮演著重要的角色，報告自己兒時被過度保護的祖母，在與其成年女兒（母親）互動時會有個人界線上的混淆，而這樣的家庭關係又與這個成年女兒（母親）照顧自己的幼兒是否會過度干涉有關，這樣的結果顯示家庭系統中個人界線混淆的代間效應。不論是過度保護或過度干涉，都會妨礙子女個體化與自主能力發展的過程，進而影響其未來扮演為人父母的角色。

Lutz與Hock（1995）則進一步探討早期依戀關係與為人母者之分離焦慮的相關，研究發現以「母親父親友伴量表」測量母親兒時的依戀經驗與其對幼兒的分離焦慮有顯著的相關，兒時被拒絕或過度保護的母親報告較高的分離焦慮，而以「成人依戀晤談法」（Adult Attachment Interview）測量母親對兒時依戀經驗的認知也發現，不安全依戀類型一包括遺忘型（dismissing）與沈溺型（preoccupied）的母親對其幼兒的分離焦慮顯著高於安全依戀類型的母親。此研究結果不但再一次顯現早期依戀關係對分離與個體化之影響，也支持「母親父親友伴量表」所測量的結果確實能代表母親的兒時依戀經驗。那些在「成人依戀晤談法」中被分類為安全依戀類型的母親，認為兒時父母對自己是較接納與鼓勵獨立的。

在本土依戀關係研究方面，龔美娟（民83）將「母親父親友伴量表」應用在本土樣本上也得到類似的結果，研究發現認為兒時是被父母「拒絕」或是「過度保護」的個體，在自己身為人母時，也傾向於「拒絕」或是「過度保護」孩子。此外，母親的依戀

經驗可以顯著預測子女的安全依戀，也可顯著的區別子女在依戀Q分類上所顯示的依戀類型，其中以「接納與拒絕」的依戀經驗最具預測力與區辨力。這項研究結果支持將「母親父親友伴量表」應用在本土依戀關係研究上。

由這些研究可知，母親的早期依戀經驗在未來母親與孩子的關係上，扮演著重要的角色。根據Bowlby的依戀理論與Epstein（1990）的認知經驗理論（Cognitive-Experiential Self-Theory），早期依戀經驗將影響母親對自己的看法（Benoit, Zeamah, & Barton, 1989; Main et al., 1985; Ricks, 1985），而母親的自我概念與其目前的親子互動品質又有著顯著的關聯（Tronick, Cohn, & Shea, 1986; Tronick et al., 1982; Williams et al., 1987）。當母親還是個孩子時，她會透過父母與她的互動經驗，形成對自己的看法，一個兒時被接納、被允許發展自我的母親，會覺得自己是值得被愛的、是有價值的，也會認為自己是個獨立自主的個體。只有在母親擁有完整的自我、高度的自尊與自我接納下，她才有能力去滿足自己的需求，進而去照顧孩子的需求。反之，一個兒時未能被滿足內在需求的個體，當她長大身為人母時，將會沈浸在自己未被滿足的需求中，使得她並沒有足夠的心理資源滿足孩子的需要，甚至會藉由孩子來滿足自己的需求，於是母親與自己孩子的關係將產生扭曲（Jacobvitz et al., 1991; Lutz & Hock, 1995; Ricks, 1985）。

綜上所述，由依戀理論與相關研究可知，母親早期依戀經驗會影響母親的自我價值與她對孩子的養育態度（接納或拒絕、過度保護或鼓勵獨立）。而一個缺陷兒的母親，往往又比一般母親更難接納自己的孩子，更難不過度保護自己的孩子（Wright, Mullen, West & Wyatt, 1993）。因此，本研究除了沿用母親父親友伴量表中「接納或拒絕」、「過度保護或鼓勵獨立」兩個分量表來測量母親在原生家庭中的依戀關係之外，也將自行發展具有「接納或拒絕」、「過度保護或鼓勵獨立」兩個向度的唇顎裂兒母親養育態度量表，以便探討唇顎裂兒的母親對其原生父母養育態度之覺知與她目前養育態度間的關係。

唇顎裂新生兒母親在懷孕期間對孩子的功能性預期

嬰兒出生前，父母及其他家人不免對新生命充滿期待，國外的研究者（Klaus & Kennell, 1982）曾以「具危機的轉機」（crisis as a dangerous opportunity）

ty) 來形容這種介於家庭結構變動的時刻，他們認為孩子的出生讓家庭有機會化解過去的衝突或是增進彼此的感情。此外，孩子的出生也或可幫助母親提升自我價值或是她在家庭、社會的地位 (Lott, 1987)。

受到過去傳統農業社會與孝道觀念的影響，懷孕、生子亦被視為中國女性的重要任務，除了「不孝有三，無後為大」之說外，傳統社會的中國女性需靠生子來確保、提昇她在家中的地位，並得以於往生後在家祠中立牌位 (余德慧，民 76；呂政達，民 76；曾文星，民 80；楊懋春，民 80)。因此，中國母親幾乎無可避免地會將孩子出生視為改善婆媳關係、增進婚姻關係、提昇家庭地位的契機。再者，許多中國父母生育子女除了是為傳宗接代，還期許子女完成自己過去未能實現的理想，以彌己憾 (楊懋春，民 80)。未出世的孩子更會讓女性期待為人母的喜悅，陳秀蓉、顧瑜君、王幼玲、余德慧 (民 76) 即指出中國母親在期待孩子降臨的階段，多半是「縝密細心、喜悅的等待著」。Lott (1987) 則引用 Erik Erikson 的論著認為沒有孩子會讓女性覺得不圓滿與空虛，許多女性會期待透過懷孕生子來圓滿自己的遺憾，提升對自己的信心。

綜上所述，母親或其他家庭成員在懷孕期間對孩子的出世充滿期待。新生命對母親與其家庭可能是轉機也可能是危機。若孩子的出世的確滿足了家人與母親對於孩子出世的各項功能性預期，則新生命的降臨便是轉機。然而，具先天缺陷的嬰兒出世不但讓預期無法被滿足，還會帶來新的生活壓力與照顧重擔，進而影響照顧品質與親子關係，於是，孩子的出生反而帶給家庭新的危機。在這種狀況下，孩子出生前，母親與家人有愈多功能性預期，便愈可能影響唇顎裂兒母親產後的個人適應與養育態度。

以上所探討的「依戀關係」與「功能性預期」兩個焦點為唇顎裂兒母親在孩子出生前對親子關係之初始想法，但當真正面臨孩子為唇顎裂的事實時，母親的個人衝擊與適應歷程才剛開始。唇顎裂兒母親的早期適應歷程，包含了母親的情緒，也包含了她對孩子的態度與對自我的重新評估。無論心理如何健康、社會支持系統如何完整的母親，在初次面對自己產下的缺陷兒時，也很難不因為寶寶與期待中的新生命的明顯差異而遭受打擊，以下將探討唇顎裂兒童的出生對母親個人所造成的衝擊與適應歷程。

唇顎裂兒的出生對母親個人所造成的衝擊：對完美小孩的哀悼及自我概念的打擊

母親在懷孕期間，總會對所迎接的新生命產生某些心理預期，這些心理預期通常是夾雜著「期待一個完美的小孩」，與「擔心生出一個缺陷的孩子」兩種完全不同的心情。在母親所期待的完美小孩與實際出生的孩子之間，總會有一些差異存在，而處理這樣的差異便成為新生兒母親的成長與適應課題。當這樣的差異太大，例如誕生的孩子有明顯的缺陷，或是母親的期待太不實際時，便是一種痛苦的衝擊 (Solnit & Stark, 1961)。以下就生下有明显缺陷的孩子的母親可能面對的個人適應歷程分別由「對完美小孩的哀悼」及「自我概念的打擊」兩個角度說明之。

(a) 對「完美小孩」的哀悼：

懷孕期間，母親會想像孩子出生時可能的長相，通常這個想像中的寶寶是完美、漂亮的，母親也會與這個想像出來的完美小孩互動，並且與他產生情感的連結，研究指出許多母親會與這個未出世的孩子親密地互動，例如：和胎兒說話、給胎兒取暱名、約先生和胎兒說話……等 (Cranley, 1981; Leifer, 1977)。本土坊間文獻也指出中國母親在懷孕期間會對孩子充滿了期待與想像，有些母親在懷孕期間，就透過說話與說故事與孩子互動，並且相信胎教有助孩子的成長 (陳秀蓉等人，民 76)。

由於母親在懷孕期間與這個完美小孩已產生情感的連結，因此，當出生的孩子帶有明顯的缺陷時，也就等於宣告了母親已失去了期待中完美的小孩，Solnit 與 Stark (1961) 將唇顎裂兒童剛出生時對母親所造成的衝擊，及所需面對的個人適應歷程，形容成母親對其預期的完美小孩的哀悼過程。但此種哀悼過程與孩子真的死去的哀悼過程並不相同。當孩子去世時母親需要漸漸與此失去的個體分離，並且將情感轉入新的親子關係 (如果她還有、或打算還要有其他的小孩)。但是當孩子是活著的時候，母親卻需繼續面對此完美小孩的替代品，並給予他本應給予「完美小孩」的照顧。在母親一方面還尚哀悼著失去的預期中的完美孩子，而另一方面又必須試著去接受眼前的缺陷兒的狀況下，有些唇顎裂孩子的父母報告他們在一開始對此孩子的接受上產生困難 (Brantley & Clifford, 1979; Spriestersbach, 1973)。

事實上，唇顎裂兒童的母親是繼續不斷地與自己未解決的悲傷、苦惱、怨恨及罪惡奮鬥，她們對

這些情緒的防衛方式也決定了未來親子關係的品質 (Tisza, Irwin, & Scheide, 1973)。當這樣的哀悼過程未適當解決時，將導致母親排斥或是過度保護此孩子，或是有分離上的困難 (Irvin, Klaus, & Kennell, 1982; Mintzer, Als, Tronick, & Brazelton, 1984)。Levy (引自 Tisza et al., 1973) 即指出母親未解決的悲傷、與對自己及孩子的貶抑，伴隨著她的正面情感、與對孩子照顧與復原的投入，產生一種愛恨交織的關係，此種關係造成對孩子不同程度的過度保護。

Ainsworth 與 Eichberg (1991) 發現母親對所失去依戀對象的哀悼、或是其他創痛經驗，二者之一若未解決的話，將影響母親對新生兒的照顧—這類母親的孩子大多被分類為不安全-混亂的 (insecure-disorganized)。總結來說，唇顎裂兒童的母親對此創痛經驗是否已處理完畢，對於其將來的親子關係，或是教養態度都可能有相當大的影響。

(b) 自我概念的打擊：

懷孕期間，母親通常會自然而然地將胎兒與自己連結為一體，認為兩者皆是她自我系統的內涵，包括身體意象、自我形象、和理想形象等 (Rubin, 1975)。母親認同這個未出生的孩子為自我的延伸，換句話說，母親對胎兒的初始關係可說是來自於自戀的愛 (Narcissistic love)，之後母親才漸漸地區分自己與胎兒為兩個個體 (Deutsch, 1945)。

由於母親會認為在她體內發育的個體是構成她自我的主要部份，因此當天生缺陷的孩子出生時，母親會認為這是一種象徵自己是不合格的母親的證據 (Tisza & Gumpertz, 1962)，這將導致母親的自我概念部份或完全的瓦解 (視母親原有的自我概念而有所不同)，Lax (1972) 將這樣的衝擊與適應歷程稱為 “Narcissistic trauma” 「自戀的創傷」。

唇顎裂兒童的出生對母親自我概念的衝擊在研究中獲得支持 (Speltz et al., 1990)，在這個研究中顯顏天生缺陷兒童的母親，對自己的能力給予較低的評價。Mintzer 等人 (1984) 追蹤外表有明顯缺陷的孩子，以探討其父母在此衝擊中自尊的調節過程，研究發現父母的反應與調節過程可分為三個階段。一開始，父母會處於初始驚訝與失望的階段，而這個階段的心理狀態反映在自我價值感的明顯創傷；之後，父母會進入內在心理失調的階段，此時父母的狀態顯現在自尊降低、情緒低落、與防衛不足，父母會將孩子的缺陷視為自我缺陷的一部份，而內在狀態上的不平衡，也使得他們無法適當地照護此新生兒，他們會拒絕這個孩子，並且與孩子互

動困難；最後，父母會重建內在心理的平衡，而這個階段的適應顯現在自尊的恢復與對痛苦情緒的覺察，由於此時父母已能將孩子視為一個獨立的個體，同時也完成對完美小孩的哀悼過程，因此，父母不再將孩子的缺陷視為自我的缺陷，而能適當地處理新生兒與自己的需求。

唇顎裂兒母親的個人適應程度將影響母親是否能適當地扮演為人母的角色。Tronick 等人 (1986) 研究發現母親為人母的自我概念與其對新生兒的態度有關聯，對自己為人母自我概念評估較高的母親在與新生兒互動時所表現的母性行為較正面也較適當、對孩子所發出的訊號較敏感、也較能成功地使用各種教養技巧。Williams 等人 (1987) 研究發現，母親為人母的自我概念在產後適應上扮演著重要的角色，同時也與母親對孩子的態度有關聯。另一項研究也指出，被歸類為安全依戀的新生兒的母親對自己的評價較正面 (Tronick et al., 1982)。由此看來，唇顎裂兒母親自我概念上所受之衝擊，若不能隨著時間平復到較正面的自我價值與較平衡的內在狀態，便可能會傷害未來長遠的親子互動品質。這些母親若始終沈浸在自己的傷痛中，便不會有足夠的心理資源滿足孩子的需求。

上述唇顎裂兒母親對完美小孩的哀悼與自我概念的打擊兩方面在概念上有許多雷同之處。唇顎裂兒初生後，母親需從自我價值感消失、自尊低落、自我防衛機轉喪失平衡等狀態中逐漸調適，並重新建立自尊與自信，以扮演好為人母的角色。而母親對完美小孩的哀悼過程則包括母親需漸與此失去的理想個體分離，不再將孩子的缺陷視為自我系統的缺陷，透過這種心理上的分離機制，母親才能重新找回自己的自尊與自信。因此本研究將這兩部份合併為「產後母親發現自己的新生兒是唇顎裂之個人受衝擊程度」，並探討以「母親在原生家庭的依戀關係」、「母親對胎兒的功能性預期」兩個產前因子對此變項的預測力。同時，由於母親對完美小孩的哀悼與自我概念上的打擊都會影響母親對唇顎裂兒的養育態度，因此本研究也將探討母親的衝擊程度與其對孩子的養育態度（接納與過度保護）的關係。

唇顎裂新生兒及母親早期適應過程中的重要事件：第一次唇脣補手術

唇顎裂兒童的出生，除了帶給母親莫大的心理衝擊之外，還包括了餵食的困難與繁複的醫療程序，這些因素都會進一步影響母親早期的適應狀況 (Clifford, 1987; McWilliams, 1982; Rosenstein &

Schulman, 1990)。唇顎裂兒童由於生理結構上的缺陷，無法使用一般的餵食方式，而必須採取唇顎裂專用的奶瓶和奶嘴，同時，他們的餵食過程也容易出現一些複雜的情況，例如：乳汁從鼻部反流、吸入過度的空氣、容易噎到等（Clarren, Anderson, & Wolf, 1987），這些都將使餵食的過程延長，而且讓母親在此過程中充滿挫折與壓力。同時，新生兒是否吸收足夠的養分以提供適當成長與發育也是讓母親一再擔憂的疑問（McWilliams, 1982），有些唇顎裂新生兒會因餵食上的困難以致於養分攝取不足，這樣的情形容易造成孩子體重過輕因而延後第一次修補手術的時間，如此一來，更加造成母親的焦慮與挫折。

在唇顎裂兒三個月大時，要進行第一次整形重建手術。雖然，在第一次修補手術之後，傷口的疼痛會增加唇顎裂兒的餵食與照顧上的困難（Davis, 1990; Weatherley-White, 1990），但是，這個手術的主要目的是修補孩子在外表上明顯的唇裂，因此在經過這次手術之後，孩子的外表將有顯著的改善。有些母親報告自己在孩子唇修補手術之後才願意帶孩子出門或是讓別人看到自己的孩子（Spriestersbach, 1973; Tisza & Gumpertz, 1962）。

對唇顎裂兒母親來說，經過這次手術，因孩子外表缺陷所帶來的衝擊及社會烙印可稍獲緩解；餵食問題也不再對母親是一連串無解的挫折，而有了解決的希望。因此，探討母親個人因生出唇顎裂兒受衝擊的程度以及母親對孩子的養育態度是否在手術後有所改善，將是本研究以不同時間點切入探討母親適應過程的主要目的。

總結來看，即使過去已有研究在思考唇顎裂兒未來的適應時，考慮到母親所需面對的個人衝擊、養育態度、及其與唇顎裂兒早期親子關係之影響，但這些研究仍有爭議之處。以下一一列舉出這些問題，並針對這些問題提出本研究所採取的解決方式。

第一，由於收取臨床樣本的困難度較一般的常模研究高，因此往往把有相似問題的缺陷兒童合併為同一組受試者加以研究。過去研究往往並非針對唇顎裂兒童，有許多是對顱顏畸形的兒童進行研究，其中包括部份的唇顎裂兒童，而研究對象的不同，使得這些研究的結論並不一致（Strauss & Broder, 1991）。針對這個問題，本研究將針對唇顎裂兒童母親的適應歷程作探討，以了解唇顎裂兒童母親產後的各項心理狀態。

第二，唇顎裂的不同形式對母親個人適應或養育態度的影響也未有定論。有些研究認為「看得到」

的缺陷，也就是唇裂對母親造成較大的衝擊（Slutsky, 1969; Spriestersbach, 1973），例如：Tisza與Gumpertz（1962）針對單純顎裂（cleft palate）與唇裂可合併有顎裂（cleft lip；cleft lip and palate）兩組的父母做訪談，結果發現看得見的唇裂確實帶來較大衝擊，母親會希望把孩子的唇裂遮起來，也傾向於在第一次唇裂修補之後才帶小孩出門。不過有些研究並不支持此一假設（Clifford, 1969；Speltz et al., 1990）。

除了外表上的影響，單純顎裂與唇裂（可合併有顎裂）兩組孩子在醫療過程或餵食上也有些差異。在醫療程序方面，單純顎裂的第一次顎裂修補手術要等到一歲才進行，而唇裂（可合併有顎裂）第一次唇修補手術則在孩子三個月大即進行。在餵食方面，相較單純顎裂，唇裂（可合併有顎裂）的孩子，其母親必須面臨較多餵食上困難。此外，這兩組孩子未來發展上所面臨的主要挑戰也有所不同（Slutsky, 1969），對唇裂（可合併有顎裂）的孩子而言，主要是受到外表的影響，而單純顎裂則主要是影響孩子語言上的發展。由此看來，在研究長期社會適應狀況時，有必要區分這兩組兒童及其母親受唇裂及單純顎裂之影響，因此本研究將只針對單純唇裂（cleft lip）與唇裂合併有顎裂（cleft lip and palate）的新生兒的母親為研究對象，並且在手術後至少二十天做追蹤訪問，以了解唇顎裂兒母親在第一次唇修補手術前後適應狀況的改變。

第三，影響唇顎裂兒童母親的適應過程包括相當多的因素，孩子本身、母親本身、家庭關係，甚至社會文化、國家政策都可能有所牽涉，因此往往由不同研究所描述出的母親適應歷程有相當大的差異。在國內，由於本土文化的傳說、迷信、或是傳統信仰往往使唇顎裂兒童的母親感到愧疚和羞愧，或是使母親受到責難、攻擊、排斥與缺乏社會支持，甚至導致唇顎裂兒童的家庭處於緊張的狀態，這些都將影響唇顎裂兒童的適應狀況，然而國內卻甚少有關這方面的研究。因此，本研究將針對本土唇顎裂兒母親了解各變項在其適應歷程中所扮演的角色。

第四，過去關於唇顎裂兒母親的適應歷程與養育態度的研究相當少，即使有，也常是在採集資料時讓受試母親同時填寫所有的問卷。若同時填寫自己原生家庭的親子依戀關係與目前自己的養育態度兩份問卷，難免不會讓受試者相互混淆，以致造成兩者間有假性之高相關。本研究雖受限於時間與金錢，無法將「目前養育態度」與「原生家庭依戀品質」兩個變項分由兩種來源收集數據（比如：一種

由母親自行填寫、另一種由觀察者收集行為觀察資料)，而必須由同一受試者獲取資料，但本研究至少讓受試者第一次填寫養育態度問卷的時間（修補手術前），與填寫早期依戀關係的問卷的時段（修補手術後）隔開，中間至少相差二十天，如此可比較兩種問卷在相同時間填答（修補手術後）與錯開時間填答是否得到不同的結果。

綜上所述，本研究將在孩子出生後與孩子第一次唇修補手術後，分兩次對唇裂（可合併有顎裂）新生兒的母親施以問卷調查。測量的變項包括四種，分別為：（1）懷孕前：母親本身的早期依戀關係（分為「接納」與「過度保護」兩個分量表）（階段二測一遍），（2）懷孕中：母親在懷孕期間對孩子的功能性預期（階段一測一遍），（3）出生後：孩子為唇顎裂對母親的衝擊程度（階段一及階段二各測一遍），（4）出生後：母親對孩子的養育態度（又分為「接納」與「過度保護」兩個分量表，並在階段一及階段二各測一遍）。

懷孕前的原生家庭依戀關係、懷孕中對新生兒的功能性預期將作為預測母親產後發現自己的新生兒是唇顎裂之個人衝擊程度與養育態度的預測變項（predictor variables）。孩子出生後及唇修補手術後母親對完美小孩的哀悼與自我概念的打擊（衝擊指標）、及孩子出生後及唇修補手術後母親對唇顎裂兒的養育態度（接納或拒絕、鼓勵獨立或過度保護）將為本研究所探討的效標變項（criterion variables）。本研究將以皮爾森相關係數、階層回歸模式探討產前因子對唇顎裂兒母親個人所受之衝擊程度與養育態度的貢獻。此外，透過修補手術前與術後的兩次施測，本研究將可探討第一次修補手術這個早期適應時序中的重要事件之影響力。

有關唇顎裂兒母親對孩子的養育態度之測量，本研究是以自編量表進行測量，並將母親對孩子的態度分為「接納」與「過度保護」兩向度，與本研究對依戀關係之測量向度相呼應。本研究選取這兩個向度主要的考量如下：首先，「接納」是依戀理論中所認為造成依戀關係個別差異的主要原因之一，而此亦為唇顎裂兒童的母親在適應歷程中所必須完成的課題；再則，「過度保護」在個體與他人分離和分化的過程上扮演著重要的角色，而此與唇顎裂兒童的母親對完美小孩的哀悼過程有關，同時，過度保護往往是那些有天生缺陷或是疾病的孩子，母親對他所採取的教養態度，而這樣的態度容易造成孩子未來的適應障礙（Wright et al., 1993）。

此外，為了解唇顎裂兒母親在孩子第一次唇修補手術前後的適應歷程，本研究將採取縱貫追蹤的

研究方式，以探討手術前後唇顎裂兒母親受衝擊的程度、及對孩子的養育態度之時序差異。由於經過這次手術之後，孩子的外表將有顯著的改善，因此本研究預測，相較於手術前，唇顎裂兒母親在孩子手術後的衝擊程度將下降，同時，母親對孩子的養育態度較接納也較不會過度保護。

研究方法

受試者

共有 90 名來自長庚紀念醫院顱顏中心與羅慧夫顱顏基金會之唇顎裂新生兒的母親參與本研究。本研究選取受試母親的標準如下：（1）其子女為唇顎裂患者，包括單純唇裂或唇裂合併有顎裂；（2）其子女未合併有其他天生缺陷；（3）其子女的年齡未滿四個月；（4）其子女未進行第一次唇裂修補手術；（5）研究者能當面向其說明問卷填寫方式及能理解問卷內容與填寫方式者。在扣除多重缺陷與年齡太大的唇顎裂兒、以及母親填寫資料遺漏太多或未完成者之後，第一階段共得有效問卷 72 份。受試母親的子女中男孩 41 名，女孩 31 名，而單純唇裂 23 名，唇裂合併有顎裂 49 名。

本研究第二階段共追蹤到 63 名受試母親，另有 9 名母親因故無法追蹤，包括 1 名受試母親的唇顎裂兒已去世、4 名受試母親因搬家或換電話無法聯絡、以及 4 名受試母親沒有空填答問卷。而在追蹤的樣本中，由於部份受試母親在第二階段的施測回函是採取郵寄的方式，其中有 9 名受試母親已寄出的回函在郵寄過程中遺失，另外有 2 名受試母親未寄回問卷，再扣除 2 名填寫的資料遺漏太多，最後共得有效問卷 50 份，與第一階段的有效樣本相比，共流失 22 名受試母親。在第二階段的樣本中，受試母親的子女中男孩 32 名，女孩 18 名，而單純唇裂 16 名，唇裂合併有顎裂 34 名。

第一階段 72 名母親的平均年齡為 28.08 歲（ $SD = 5.05$ ），平均教育年數為 11.89 年（ $SD = 1.95$ ），全家的平均月收入數為 4.33 萬（ $SD = 1.95$ ）。第二階段 50 名母親的平均年齡為 28.10 歲（ $SD = 5.25$ ），平均教育年數為 11.98 年，（ $SD = 1.98$ ），全家的平均月收入數為 4.24 萬（ $SD = 1.71$ ）。第一階段受試母親的先生或自己家族中與這個孩子有血緣關係的親戚中曾有唇顎裂的情形者有 17 個（佔 23.6%）。其中有 13 個（佔 26.0%）有繼續參與第二階段的研究。

第一階段 72 名唇顎裂兒的平均年齡為 70.31 天（範圍：6 天–118 天， $SD = 33.28$ ）。第二階段追蹤的

平均年齡為 132.58 天（範圍：110 天–173 天， $SD = 14.11$ ）。這 50 名唇顎裂兒進行唇修補手術的平均年齡為 100.24 天（範圍：82 天–143 天， $SD = 10.26$ ）。手術時間與追蹤時間的間隔平均為 32.34 天（範圍：20 天–65 天， $SD = 8.91$ ）。第二階段的 22 名流失樣本和參與第二階段追蹤的 50 名受試樣本在各項唇顎裂兒和母親之背景資料均無顯著差異。

研究工具

本研究採取問卷調查法。本研究所使用有關母親在懷孕期間對孩子的功能性預期以及唇顎裂兒母親產後個人所受衝擊及養育態度之問卷，係根據本研究之理論架構與相關文獻編製而成。為更加了解唇顎裂兒母親在孩子出生後的適應歷程，在問卷編製過程，研究者在長庚紀念醫院顏面中心門診觀察羅慧夫顏面基金會社工人員與唇顎裂家庭之訪談，此外，研究者也在徵得母親同意後利用唇顎裂兒母親候診時間進行訪談。

在本研究預試問卷製訂之後，研究者在長庚紀念醫院顏面中心門診進行預試，共有十位唇顎裂兒母親參與預試。預試過程主要在了解問卷內容的適合度與問卷措辭是否順暢、清楚，同時記錄受試母親在填寫問卷時可能發生的問題，以及實際填寫所需要的時間。在整理預試的結果與唇顎裂兒母親的建議後，將本研究問卷做適當修正，完成本研究之正式問卷。第一階段受試者填寫的問卷包括懷孕時的功能性預期、孩子為唇顎裂對母親個人的衝擊、以及母親對孩子的養育態度等三份問卷；第二階段則填寫「母親父親友伴量表」、孩子為唇顎裂對母親個人的衝擊、以及母親對孩子的養育態度等三份問卷。以下茲就各項問卷的內容與計分方式一一說明之。

（一）母親父親友伴量表中文版（Mother-Father-Peer Scale; MFP）

本研究以「母親父親友伴量表」的前兩部份（分別填寫對自己的父親與母親）作為測量早期依戀關係的研究工具。此量表為 Epstein 於 1983 年所編製，其主要內容是測量受試母親回憶其童年與父母、友伴間的關係。中文版係龔美娟（民 83）經 Epstein 同意之後取量表中有關父親母親的題目翻譯、修訂而成，母親與父親兩部份共有 54 題五點量表，包括受試母親分別回憶其父母對其「接納 vs. 拒絕」、「鼓勵獨立 vs. 過度保護」以及「對母親（父親）理想化」的程度。根據龔美娟（民 83）對台灣

的樣本進行的信度考驗，內部一致性係數 Cronbach α 在 .66 ~ .85 之間，以專家效度與項目分析進行效度考驗，結果顯示這份量表有相當好的效度。

由於本研究著重在探討家庭親子關係，因此排除了 MFP 測量同儕關係的題目。此外，由於 Epstein 並未對「理想化」分量表進行效度的考驗；而且龔美娟（民 83）的研究也發現「理想化」分量表在應用上存在有許多問題；再加上「理想化」與本研究架構的關聯性也不高，因此本研究只針對受試母親回憶童年父親母親對其「接納相對於拒絕」、「鼓勵獨立相對於過度保護」的程度進行測量。因此，問卷中共有兩個分量表，分別為：「接納相對於拒絕」九題（父卷和母卷共十八題），五點量表的分數愈高表示接納程度愈高；「鼓勵獨立相對於過度保護」十一題（父卷和母卷共二十二題），五點量表的分數愈高表示鼓勵獨立的程度愈高。本研究參加第二階段施測的 50 名受試母親在以上兩個向度的平均值為，父母的接納總分： $M = 72.38$ （ $SD = 11.00$ ）；父母的鼓勵獨立總分： $M = 75.88$ （ $SD = 12.47$ ）。此樣本之內部一致性考驗所得的 Cronbach α 分別為 .86（母親的接納），.83（母親的鼓勵獨立），.79（父親的接納），.68（父親的鼓勵獨立）。

（二）懷孕期間對孩子的功能性預期

這份問卷是請受試母親回想懷孕期間對孩子出生的功能性預期，共包括 10 題，例如：「懷孕期間，我曾期待孩子的出生能改善我的婚姻關係」及「懷孕期間或之前，我曾期待懷孕、生孩子會讓我更覺得自己是一個真正的女人」，每題皆為六點量表，六分表示「非常同意」、一分表示「非常不同意」，亦即分數愈高表示受試者對孩子有愈高之功能性預期。第一階段 72 名受試母親的功能性預期總分之平均值為： $M = 30.30$ （ $SD = 11.62$ ），進行內部一致性考驗所得的 Cronbach α 為 .87。

（三）母親生出唇顎裂兒個人受衝擊的程度

此份問卷為本研究根據研究架構與相關文獻編製而成，乃針對母親產後發現自己的孩子是唇顎裂時所面臨的個人衝擊（包括對完美小孩的哀悼與自我概念的打擊），例如：「懷孕、生產原是多麼快樂的事，而我期盼了半天，結果得到的卻好像是一個摔裂的娃娃」及「我覺得生不出一個健康的寶寶好像自己並非是一個完全的女人」，共有十一題六點量表（「完全不同意」到「完全同意」）。對本研究第一階段的 72 名受試母親進行內部一致性考驗，所得的 Cronbach α 為 .88。

(四) 唇顎裂兒母親之養育態度

此份問卷為本研究根據研究架構與相關文獻編製而成，乃針對唇顎裂兒母親產後的養育態度，包括「接納 相對於 拒絕」、「鼓勵獨立 相對於 過度保護」兩個面向，其中母親對孩子的接納態度共 24 題、過度保護共 6 題；每題皆為六點量表。根據本研究第一階段 72 名受試母親的樣本進行內部一致性考驗，所得的 Cronbach α 依序為 .91（接納）、.83（過度保護）。

結果

流失樣本與追蹤樣本的差異性分析

為了解未參與第二階段的流失樣本和參與第二階段追蹤的受試樣本是否有任何顯著差異，本研究比較 50 名第一、二階段皆有參與追蹤與 22 名未參與第二階段追蹤之兩樣本間在家庭背景與各項研究工具是否有顯著差異，結果發現，各項比較皆無差異。因此，本研究所呈現的所有數據，都是以參加了兩階段施測的五十位受試家庭為準。

背景資料與唇顎裂兒母親個人衝擊與養育態度之關係

在進一步分析之前，本研究先檢驗了各測量問卷在診斷（唇裂或唇顎裂）、性別、胎次及遺傳（家族中是否有其他人有唇顎裂）等向度上是否有顯著差異。結果顯示只有第二階段唇顎裂兒母親對孩子過度保護的程度有性別上的顯著差異（ $F(1, 48) = 7.07, p < .05$ ）。相較於唇顎裂男孩，唇顎裂女孩的母親對其過度保護的程度較高（女孩平均 = 26.33，男孩平均 = 21.19），不過這樣的差異在第一階段並未達到顯著水準。其他如唇顎裂兒的診斷類別、胎次與家族遺傳都與孩子為唇顎裂對母親個人的衝擊程度以及其對孩子的接納、過度保護程度之間並無任何顯著的關聯。

另外，本研究也進行了唇顎裂兒的年齡與在第一階段和第二階段受試母親個人受孩子為唇顎裂之衝擊的程度以及母親對孩子的接納程度與過度保護的程度之相關分析。結果發現，第一階段孩子的年齡與母親對孩子的接納度有顯著的正相關（ $r(N = 50) = .41, p < .001$ ），顯示唇顎裂兒的年齡越大，母親對他的接納度越高。其他部分皆未有任何顯著的相關。

整體而言，唇顎裂兒的背景資料與受試母親各

項適應狀況未有太多關聯，因此本研究的後續分析將採不分診斷類別、性別、胎次、年齡與家族遺傳的方式，只就整體受試樣本進行分析。

第一階段與第二階段的個人衝擊及養育態度之差異

為了比較受試母親在第一階段與第二階段所遭受的衝擊與其養育態度是否有顯著的差異，本研究以 t 檢定比較兩個階段中受試母親個人受衝擊的程度以及母親對孩子的接納與過度保護的程度。

結果如表一所示，受試母親在兩階段所測量對孩子的過度保護的程度達顯著的差異，也就是第二階段追蹤時受試母親對孩子過度保護的程度較第一階段顯著的下降。而第一階段與第二階段其他方面的差異，均未達統計之顯著水準。

表一
第一階段與第二階段適應狀況差異之 t 檢定結果

項目	第一階段 (N=50)	第二階段 (N=50)		t
	平均 (標準差)	平均 (標準差)		
孩子為唇顎裂的衝擊	28.88 (11.03)	28.46	(10.63)	0.50
對孩子的接納	126.26 (14.19)	125.22	(16.74)	0.72
對孩子的過度保護	24.78 (7.32)	23.04	(6.96)	2.69**

** : $p < .01$

母親的早期依戀關係、懷孕期間對孩子的功能性預期與各階段母親個人受衝擊程度之間的關聯性

由表二可知，受試母親覺知父母對其「接納—拒絕」與「鼓勵獨立—過度保護」的程度與第一、二階段孩子為唇顎裂對母親的衝擊呈顯著的負相關，而受試母親懷孕期間對孩子的功能性預期和第一、二階段孩子為唇顎裂對母親的衝擊呈顯著的正相關。也就是說，受試母親回憶兒時父母對自己的接納程度或鼓勵獨立的程度越高，則孩子為唇顎裂對其衝擊程度越低；受試母親回憶懷孕時對孩子的功能性預期越高，則孩子為唇顎裂對其衝擊程度越高。

在表四中顯示，「母親原生家庭的依戀關係品質」中的「接納—拒絕」與「鼓勵獨立—過度保護」兩向度之間呈顯著正相關，此二向度又與「懷孕時的功能性預期」之間分別呈顯著負相關。亦即母親覺知其父母愈接納及愈鼓勵獨立（不過度保護），則其對胎兒的功能性預期愈低。因此接著以階層迴歸

表二

「早期依戀關係」、「懷孕期間對孩子的功能性預期」與兩階段「孩子為唇顎裂對母親個人的衝擊」之皮爾森相關係數

項目	早期依戀關係		懷孕期間
	父母的 接納—拒絕 ¹	父母的 鼓勵獨立— 過度保護 ²	對孩子的 功能性預期
孩子為唇顎裂的衝擊			
第一階段	-0.32*	-0.50***	0.53****
第二階段	-0.30*	-0.54****	0.48***

¹: 負相關表示接納度越低（越拒絕）則所受衝擊越高

²: 負相關表示越不鼓勵獨立（越過度保護）則所受衝擊越高

*: $p < .05$

***: $p < .001$

****: $p < .0001$

(hierarchical regression analysis) 探討在排除母親早期依戀關係的影響後，母親懷孕時對孩子的功能性預期可否預測唇顎裂對母親的衝擊。表三上半顯示，早期依戀關係可解釋第一階段個人受衝擊程度26%的變異量 ($p < .001$)，加入懷孕期間對孩子的功能性預期可解釋40%的變異量 ($p < .0001$)，而增加的解釋力達統計之顯著水準 ($p < .01$)。表三下半

顯示，早期依戀關係可解釋29%第二階段個人受衝擊程度的變異量 ($p < .001$)，加入懷孕期間對孩子的功能性預期可解釋39%的變異量 ($p < .0001$)，而增加的解釋力也達統計之顯著水準 ($p < .01$)。

以上的結果可知，不論是在第一階段或是第二階段，受試母親的早期依戀關係能有效預測孩子為唇顎裂對母親的衝擊，而加入懷孕期間對孩子的功能性預期能有效提高孩子為唇顎裂對母親的衝擊程度之預測力。也就是說，受試母親懷孕前即已存在的早期依戀關係模式與懷孕期間對孩子的功能性預期都對產後孩子為唇顎裂對母親個人所造成的衝擊程度有重要的貢獻。

產前因子（早期依戀關係及對孩子的功能性預期）、孩子為唇顎裂對母親個人之衝擊程度與各階段對孩子的養育態度之間的關聯性

表四顯示受試母親在原生家庭中的依戀關係、產前對孩子的功能性預期、唇顎裂對母親個人造成的衝擊、以及對孩子的養育態度（接納、過度保護）四個變項之間的相關。受試母親懷孕時對孩子的功能性預期與手術前後母親養育態度的兩個向度（接納及過度保護），都呈顯著相關。另一個產前因子（母親對原生家庭父母接納與鼓勵獨立之覺知）對於母親對唇顎裂兒的養育態度的貢獻則不盡相同：母親回憶兒時父母對自己「接納—拒絕」程度或「鼓

表三

各相關變項預測第一、二階段孩子為唇顎裂對母親的衝擊程度之階層迴歸分析

變項	ΔR^2	F	R^2	F	Standardized β
第一階段（唇顎裂兒出生後）之衝擊程度					
早期依戀關係			0.26	8.18***	
父母的接納					-0.002
父母的鼓勵獨立					-0.36
懷孕期間對孩子的功能性預期	0.14	10.63**	0.40	10.12****	0.41
第二階段（修補手術後）之衝擊程度					
早期依戀關係			0.29	9.65***	
父母的接納					0.02
父母的鼓勵獨立					-0.43
懷孕期間對孩子的功能性預期	0.10	7.37**	0.39	9.76****	0.34

** : $p < .01$

*** : $p < .001$

**** : $p < .0001$

表四

第一、二階段「早期依戀關係」、「母親對胎兒的功能性預期」、「孩子為唇顎裂對母親的衝擊」與「母親對孩子的養育態度」間之皮爾森相關係數 ($N = 50$)

項目	早期依戀關係 (施測時間為修補手術後)		孩子出生後 (術前術後各施測一次)	對孩子的態度 (術前術後各施測一次)	
	父母的 接納	父母的 鼓勵獨立	孩子為唇顎裂的衝擊	接納	過度保護
早期依戀關係 (施測時間為修補手術之後)					
父母的接納	1.00				
父母的鼓勵獨立	0.46***	1.00			
懷孕期間 (施測時間為修補手術之前)					
對孩子的功能性預期	-0.36**	-0.33**	0.53**** 0.48****	-0.42** -0.32*	0.40** 0.30*
孩子出生後 (術前術後各施測一次)					
孩子為唇顎裂的衝擊	-0.32*	-0.50***	1.00		
	-0.30*	-0.54****	1.00		
對孩子的態度 (術前術後各施測一次)					
接納	0.38** 0.47***	0.46*** 0.48***	-0.71**** -0.65****	1.00 1.00	
過度保護	-0.27 ¹ -0.12	-0.45** -0.34*	0.54**** 0.49****	-0.32* -0.07	1.00 1.00

¹: $p = .06$

*: $p < .05$

** : $p < .01$

***: $p < .001$

****: $p < .0001$

勵獨立—過度保護」的程度越正向，則母親不論是在唇顎裂兒初生時或是在修補手術之後對唇顎裂兒的接納度也越高；同時，受試母親回憶兒時父母對自己「鼓勵獨立—過度保護」的程度越正向，則母親在兩個階段對唇顎裂兒過度保護的程度越低。但是，受試母親回憶兒時父母對自己的「接納—拒絕」程度與兩個階段（尤其是修補手術以後）母親對孩子過度保護的程度則無關聯。

孩子為唇顎裂對受試母親的衝擊程度亦可預測母親的養育態度。母親覺知到的個人所受衝擊程度越高，則母親對孩子的接納度越低，對孩子過度保護的程度越高。

此外，第一階段中唇顎裂兒母親對孩子的接納度越高，則其對孩子過度保護的程度越低。在第二階段，母親對唇顎裂兒的接納與過度保護兩種態度之間，則沒有相關。

接著以階層迴歸探討在按照理論上的時序，一一排除母親在懷孕前即已存在的早期依戀關係的影響及母親在懷孕時對孩子的功能性預期之後，孩子為唇顎裂對母親的衝擊是否仍可預測母親對待唇顎裂兒的態度。表五顯示，在預測第一階段唇顎裂兒

表五

各相關變項預測第一階段母親對孩子的接納度之階層迴歸分析

變項	ΔR^2	F	R^2	Standardized F	β
早期依戀關係			0.25	7.64**	
父母的接納					0.15
父母的鼓勵獨立					0.07
懷孕期間	0.06	4.00	0.31	6.75***	
對孩子的功能性預期					-0.01
孩子出生後	0.23	23.00****	0.54	13.24****	
孩子為唇顎裂的衝擊					-0.62

** : $p < .01$

*** : $p < .001$

**** : $p < .0001$

母親對孩子的接納度上，早期依戀關係可解釋 25% 的變異量 ($p < .01$)，加入懷孕期間對孩子的功能性預期可解釋 31% 的變異量 ($p < .001$)，增加的解釋力未達統計之顯著水準，加入出生後孩子為唇顎裂對母親的衝擊可解釋 54% 的變異量 ($p < .0001$)，而增加的解釋力達統計之顯著水準 ($p < .0001$)。

表六：

各相關變項預測第二階段母親對孩子的接納度之階層迴歸分析

變項	ΔR^2	F	R^2	F	Standardized β
早期依戀關係			0.31	10.47***	
父母的接納					0.29
父母的鼓勵獨立					0.07
懷孕期間	0.01	0.72	0.32	7.18***	
對孩子的功能性預期					0.08
孩子出生後	0.19	17.83****	0.51	11.81****	
孩子為唇顎裂的衝擊					-0.56

*** : $p < .001$

**** : $p < .0001$

由表六的結果可知，在預測第二階段唇顎裂兒母親對孩子的接納度上，早期依戀關係可解釋31%的變異量 ($p < .001$)，加入懷孕期間對孩子的功能性預期可解釋32%的變異量 ($p < .001$)，增加的解釋力未達統計之顯著水準，加入出生後孩子為唇顎裂對母親的衝擊可解釋51%的變異量 ($p < .0001$)，而增加的解釋力達統計之顯著水準 ($p < .0001$)。

表七：

各相關變項預測第一階段母親對孩子過度保護的程度之階層迴歸分析

變項	ΔR^2	F	R^2	F	Standardized β
早期依戀關係			0.21	6.11**	
父母的接納					-0.00
父母的鼓勵獨立					-0.23
懷孕期間	0.07	4.30*	0.28	5.79**	
對孩子的功能性預期					0.14
孩子出生後	0.07	5.14*	0.35	6.02***	
孩子為唇顎裂的衝擊					0.35

* : $p < 0.05$

** : $p < 0.01$

*** : $p < 0.001$

由表七的結果可知，在預測第一階段唇顎裂兒母親對孩子的過度保護上，早期依戀關係可解釋21%的變異量 ($p < .01$)，加入懷孕期間對孩子的功能性預期可解釋28%的變異量 ($p < .01$)，增加的解釋力達統計之顯著水準 ($p < .05$)，加入出生後孩子為唇顎裂對母親的衝擊可解釋35%的變異量 ($p < .001$)，而增加的解釋力達統計之顯著水準 ($p < .05$)。

表八：

各相關變項預測第二階段母親對孩子過度保護的程度之階層迴歸分析

變項	ΔR^2	F	R^2	F	Standardized β
早期依戀關係			0.11	3.05 ¹	
父母的接納					0.10
父母的鼓勵獨立					-0.13
懷孕期間	0.05	2.55	0.16	2.95*	
對孩子的功能性預期					0.10
孩子出生後	0.10	6.21*	0.26	4.01**	
孩子為唇顎裂的衝擊					0.41

¹ : $p = .057$

* : $p < .05$

** : $p < .01$

由表八的結果可知，在預測第二階段唇顎裂兒母親對孩子的過度保護上，早期依戀關係可解釋11%的變異量 ($p = .057$)，加入懷孕期間對孩子的功能性預期可解釋16%的變異量 ($p < .05$)，增加的解釋力未達統計之顯著水準，加入出生後孩子為唇顎裂對母親的衝擊可解釋26%的變異量 ($p < .01$)，而增加的解釋力達統計之顯著水準 ($p < .05$)。

關於唇顎裂兒母親對孩子的接納度，由以上的結果可知，不論是在第一階段或是第二階段，受試母親的早期依戀關係能有效預測母親對孩子的接納度；但排除此因素之後，懷孕期間對孩子的功能性預期本身並不能有效提高母親對孩子的接納度之預測力；但在加入孩子為唇顎裂對母親個人造成的衝擊程度之後，則能有效提高母親對孩子的接納度之預測力。本結果顯示，懷孕前便已存在的早期依戀關係對唇顎裂兒母親的養育態度有重要的貢獻；此外，孩子為唇顎裂對母親個人的自我概念及失去完美小孩的衝擊程度，在排除了本研究所測量的兩個產前因子之後，仍能有效預測母親的養育態度。

關於唇顎裂兒母親對孩子過度保護的程度，由以上的結果可知，在第一階段受試母親的早期依戀關係能有效預測母親對孩子過度保護的程度，加入懷孕期間對孩子的功能性預期還是能有效提高母親對孩子的過度保護之預測力，而再加入孩子為唇顎裂對母親的衝擊則仍能有效提高母親對孩子過度保護的程度之預測力。而在第二階段，受試母親的早期依戀關係幾乎能有效預測母親對孩子過度保護的程度；但排除此因素之後，懷孕期間對孩子的功能性預期並不能有效提高母親對孩子的過度保護程度之預測力；但在加入孩子為唇顎裂對母親個人造成的衝擊程度之後，則能有效提高母親對孩子過度保

表九：

各相關變項預測第二階段母親對孩子的接納度之逐步迴歸分析

變項	ΔR^2	F	R^2	F	Standardized β
第一階段 對孩子的接納度			0.64	83.36****	0.47
第一階段 孩子為唇顎裂的衝擊	0.07	11.73**	0.71	56.86****	-0.46
早期依戀關係 父母的接納	0.02	4.22*	0.73	41.91****	0.21
懷孕期間 對孩子的功能性預期	0.03	5.06*	0.76	35.47****	0.20

* : $p < .05$ ** : $p < .01$ **** : $p < .0001$

護的程度之預測力。

各相關變項對第二階段「唇顎裂兒母親對孩子的養育態度」之逐步迴歸分析

為了落實本研究欲跨階段追蹤唇顎裂兒母親適應狀況的目的，並區辨各個產前因子與唇顎裂兒初生時母親的適應狀況對修補手術後母親養育態度的貢獻大小，本研究繼續採用逐步迴歸而非階層迴歸進行考驗。由表九的逐步迴歸分析結果可知，在控制第一階段母親對孩子的接納度後，最能預測第二階段母親對孩子的接納度為第一階段唇顎裂孩子對母親的衝擊，其次為母親早期依戀關係中父母對她的接納度，最後為懷孕期間對孩子的功能性預期。關於第二階段唇顎裂兒母親對孩子的過度保護，在控制第一階段母親對孩子的過度保護後，各變項加入後增加的解釋力皆未達統計之顯著水準（ $p > .05$ ）。

以上的結果顯示，在控制第一階段唇顎裂兒母親對孩子的態度後，唇顎裂兒母親在第一階段的衝擊程度、早期依戀關係中父母對其接納程度、以及懷孕期間對孩子的功能性預期仍可有效預測母親在第二階段時對孩子的接納度。當母親在第一階段時的衝擊程度越高、在兒時被自己的父母拒絕程度越高、在懷孕期間的功能性預期越低時，母親在第二階段時對孩子的接納度越低。然而，上述這些變項對第二階段的過度保護之預測效果（在控制第一階段的過度保護後），則未達顯著水準。

討論

唇顎裂新生兒的母親初始面臨的衝擊如何？隨著親子互動經驗的累積，與第一次唇修補手術，母親個人所受衝擊與養育態度是否會隨之修正？我們是否可透過探討母親個人所受衝擊與對孩子的態度的消長，而捕捉唇顎裂兒母親的心理發展歷程，並且由兩個產前因子（懷孕前與懷孕中各一），預測母親的適應能力？——為了要尋找這些答案，本研究因而限定受試嬰兒需未滿四個月，並且以兩階段設計，重複收集唇顎裂兒母親的資料。透過相關與迴歸的方法，一方面檢定母親養育態度的影響因子與其消長，另一方面則冀望由本論文之發現可以提供具體建議給在唇顎裂新生兒門診工作的臨床心理師。

母親生出唇顎裂兒後個人所受衝擊程度

本研究測量母親個人受衝擊程度的意義有二，除了是為了要瞭解母親的自我概念與哀悼過程的發展與變化，更是企圖要透過個人受衝擊程度，預測母親對唇顎裂兒兩種養育態度之消長。本研究發現「母親生出唇顎裂兒後個人所受衝擊程度」對於母親在唇顎裂兒初生早期與第一次唇修補手術後的養育態度都有顯著的預測力。母親個人受衝擊程度之測量是以「對完美小孩的哀悼」與「為人母自我概念的打擊」兩個概念為基礎，心理師或可由「懷孕、生產原是多麼快樂的事，而我期盼了半天，結果得到的卻好像是一個摔裂的的娃娃」、「我覺得生不出一個健康的寶寶好像自己並非是一個完全的女人」等相關議題同理母親的處境，除了幫助改善母親目前受衝擊的程度，也可間接對養育態度之改善有所貢獻。

本研究並且發現，不論單純唇裂或是更複雜的唇裂合併有顎裂，母親所受衝擊程度並無差別，此結果符合 Mercer（1977）對先天缺陷的描述，亦即母親期待的是一個完美無缺的孩子，因此任何形式的缺陷對母親來說都是不可接受的，都會引發母親自我概念的衝擊。此外，本研究發現，唇顎裂兒母親對完美小孩的哀悼與自我概念的打擊，並不會隨著時間的進展或做完第一次唇修補手術而有所改善。但這個結果並不一定表示唇顎裂兒出生後母親不會調整自己的心態；有可能是第一次唇修補手術之復原期中的各種壓力所帶來的親子衝突又再次打亂了母親的自我調適。第一次唇修補手術後，家人

必須為唇顎裂兒進行傷口按摩，以幫助傷口的復原與發育，傷口按摩的痛楚很容易便讓嬰兒哭鬧不停；傷口疼痛更讓孩子的餵食問題變本加厲。除此之外，這次整形重建手術，雖會改變孩子原有的唇裂外表，但這畢竟只是一連串醫療手術的第一次，手術後的結果可能並不如家人預期的成功，這些都可能讓主要照顧者（母親）在孩子第一次手術後的適應歷程受到更多的挑戰（Lefebvre & Barclay, 1982），使得唇顎裂兒母親在手術之後不見得較能解決對心中完美小孩的哀悼或是比手術前有較高的自我概念。換句話說，心理師針對「唇顎裂兒母親個人所受衝擊」之心理重建工作，若無法在嬰兒初生的前半年看到具體成果，應瞭解此為一般普遍現象，不用氣餒。

本研究預設「母親生出唇顎裂兒受衝擊程度」之個別差異，可能受到其與原生家庭依戀關係之品質及懷孕時對孩子之功能性預期多寡的影響。結果的確發現，不論在唇顎裂兒初生早期或第一次修補手術後，唇顎裂兒母親與原生父母之依戀關係及其懷孕期間對孩子的功能性預期皆能有效預測「孩子為唇顎裂對母親的衝擊程度」。那些認為自己的原生父母是接納與鼓勵獨立（亦即依戀關係比較正向）的母親，在生出唇顎裂的嬰兒後，較不會視孩子的缺陷為自我缺陷的一部份，也較能完成對完美小孩的哀悼，換句話說，孩子為唇顎裂對這種母親的衝擊較輕。本研究並以階層迴歸分析進一步發現，即使去除了母親在懷孕前與原生父母的依戀品質的影響力，母親在懷孕期間的功能性預期（例如：期望新生兒可以提昇自己在家中的地位或是改善目前的婚姻關係、婆媳關係）對母親在唇顎裂兒初生早期或第一次修補手術後所受衝擊的程度都仍有顯著的預測力。換句話說，若母親對孩子的出世帶有較高的功能性預期，即使這位母親認為其原生父母對她的養育方式是正向的，她還是較易產生負向的自我概念與難以圓滿解決的哀悼過程。

從臨床工作的角度來說，臨床心理人員除了可直接以「幫助母親重新建立自我系統」來減緩其受到唇顎裂兒出生之衝擊外，也可透過「幫助母親覺知其早期親子互動品質，並使母親對依戀經驗與教養方式可能產生的代間相傳效應有較高的敏感度」等方法間接促進其完成「對完美小孩的哀悼」及「自我概念的衝擊」之心理課題。透過重新體驗與整理自己的內在運作模式，母親將可選擇以較適當的方式和孩子互動。此外，幫助母親重新建立其對孩子的真實認識及期望亦為輔導工作的重要課題之一。母親對孩子的社會功能之過度期待，除了與母

親的早期依戀關係有關外，亦取決於目前家族人際系統中的平衡，而懷孕期間的家族期望程度往往在孩子出生後轉換成母親的社會支持網路（Benson, Gross, Messer, Kellum, & Passmore, 1991）。因此，本研究建議臨床工作者在幫助唇顎裂兒母親重新整合其對孩子的真實期望時，還需同時考慮其他家族成員對於母親及孩子的預期、失望，及其所給予母親的支持與壓力。

總結來說，孩子為唇顎裂讓母親所受衝擊之程度，在第一次唇修補手術前、後，沒有明顯改變；母親與原生父母之依戀關係，與懷孕中對新生兒之功能性預期，都能有效預測母親在手術前與手術後的受衝擊程度；這兩個產前因子對個人所受衝擊的影響模式，並不因手術前後而有明顯改變。

唇顎裂兒母親的養育態度：接納與拒絕、過度保護與鼓勵獨立

本研究測量唇顎裂兒母親養育態度的工具，是以自編問卷兩度（初生早期與修補手術後）測量母親對唇顎裂兒的「接納」（「相對於拒絕」）與「過度保護」（相對於「鼓勵獨立」）。唇顎裂兒母親在孩子初生早期與唇修補手術之後對孩子的接納度並沒有顯著差異。但是，第一階段（初生早期）的研究結果發現，唇顎裂兒的年齡越大，母親對他的接納度越高，顯示母親在經過一段時間的調適以及親子逐漸累積互動經驗之後，母親對孩子的接納度會漸漸的上升。而第二階段（修補手術後）並未發現相同的結果，這可能一方面是因為第二階段所有受試者之施測時間大都選在唇修補手術不久後進行，樣本中年齡的變異數太低，因此未能發現年齡與接納度之顯著關係。另一方面，可能是唇修補手術後嬰兒常為傷口疼痛而哭鬧，使母親可能已趨進步的接納程度又都掉回原點。這種說法可由唇顎裂兒初生早期與手術之後母親的接納程度沒有顯著改變，而且甚至發現第二階段接納度的平均值比第一階段稍低而獲得支持。

唇顎裂兒母親對孩子的過度保護程度則在手術後顯著下降。同時，在第一次唇修補手術之後，相較於唇顎裂男孩，唇顎裂女孩的母親對孩子過度保護的程度較高。這個結果可能是因為第一次唇修補手術之後，男嬰的餵食功能可獲致長足進步，唇裂經過初步縫補後外貌也趨於「正常」，因而可促使母親較少把孩子當作需要特殊照顧的「病童」，不再過度保護唇顎裂男嬰，致使整體樣本之過度保護程度在第二階段顯著下降；相對的，在第一次唇修補手

術後，女嬰的外貌若以女性外貌的一般標準來看仍不盡理想，因此母親自然會繼續產生過度保護的態度。換句話說，這個結果頗合乎社會對於女性外貌的期待與重視，唇顎裂女孩的母親因為擔心外表缺陷未來可能對女孩造成負面影響，因而很容易在擔心或愧疚的心情下，以過度保護的方式來補償女孩。而且這種性別差異在第一次唇修補手術之後更加明顯。如此說來，唇顎裂女嬰一路成長過程中，對於母親養育態度之調適過程，可能比唇顎裂男嬰更為艱辛。

因此，臨床工作者在輔導唇顎裂兒家庭之養育態度時，除了要理解一般來說母親並不會在唇顎裂兒初生前半年內就完滿解決接納孩子的課題（比如：母親可能仍持有「後悔生下這孩子」，或是無法像大部分為人母者認可孩子在自己眼中是可愛、漂亮的），還需關注那些過度保護態度在唇修補手術之後仍無改善的家庭，尤其是仍持有「想像自己要一輩子照顧這個孩子」或是「要好好補償這個孩子」等想法的母親。此外，臨床工作者並應特別協助唇顎裂女嬰的母親逐步改善過度保護的心態。

由積差相關與階層迴歸的結果發現，唇顎裂兒母親回憶兒時原生父母對自己接納程度或鼓勵獨立程度越高，則不論在唇顎裂兒初生後或唇修補手術後，對孩子的接納度也越高；唇顎裂兒母親回憶兒時原生父母對自己鼓勵獨立的程度越高，則對孩子過度保護的程度越低。可見母親在懷孕前即已存在之與原生父母的依戀經驗和對於唇顎裂新生兒之教養態度具有一致性。這個結果也顯示了養育態度代間傳遞的效應，唯一美中不足的是，本研究對於受試母親對唇顎裂兒的養育態度與受試母親與原生父母間的依戀關係兩個變項的測量，都是使用問卷法，且兩次對於養育態度問卷之施測時間中，有一次與依戀問卷係同時施測，這樣的設計容易使受試者猜到本研究的目的，因而在受到暗示之下，填寫實驗者想要知道的答案使兩個問卷間得到顯著的相關結果。不過，由於「目前養育態度問卷」之第一次施測時間在修補手術之前，與修補手術之後施測之「早期依戀關係問卷」至少相差二十天，這次施測的養育態度即與早期依戀關係之相關頗高，可見兩者的相關，應非由同時施測互相影響所造成。此外這份針對本研究假設所設計之唇顎裂兒母親接納與過度保護態度問卷，對於唇顎裂兒母親真實養育行為之預測力亦不得而知。

在對於唇顎裂兒母親接納度的階層迴歸分析中，先放入母親與原生父母的依戀關係品質之後，接著加入懷孕期間對孩子的功能性預期，未能有效

提高母親對孩子的接納度之預測力，然再加入母親之衝擊程度則可有效提高當階段母親對孩子的接納度，可見唇顎裂兒母親個人受衝擊的程度對她對孩子的接納程度有其獨特的預測力。

在對於唇顎裂兒母親對孩子的過度保護程度之階層迴歸分析中，也是在母親與原生父母的依戀關係品質之後，加入懷孕期間對孩子的功能性預期後發現，功能性預期可有效提高孩子初生之後（第一階段）母親對孩子的過度保護之預測力，但卻不能有效提高唇修補手術後（第二階段）母親對孩子的過度保護之預測力。繼續加入孩子為唇顎裂對母親的衝擊則皆能有效提高當階段母親對孩子過度保護的程度之預測力，可見衝擊程度本身對過度保護之單獨預測力；以及懷孕期間之功能性預期在唇顎裂孩子初生早期，對於母親過度保護態度之預測力。

綜上所述，唇顎裂兒母親在懷孕時對胎兒的功能性預期除了能在初生早期影響母親對孩子過度保護的程度，在其他狀況下並不能直接影響母親對孩子的養育態度。然而，不論在唇顎裂兒初生早期或手術之後，即使控制了母親與原生家庭的依戀關係之變項後，功能性預期仍能繼續有效預測母親個人對完美孩子的哀悼與自我概念打擊等母親個人受衝擊的狀況。如果孕婦是希望透過一個孩子的出生來滿足她對家庭或個人角色的需求，這些期待似乎也顯示了她在這些方面的不滿足。唇顎裂孩子的出世不但無法滿足這些需求，並且還會帶給這個母親與其家庭附加的壓力與照顧的重擔，孩子的出生對家庭或母親反而從轉機變成了危機，更加挑戰母親原本的家庭、社會人際關係，也使得母親面臨更多的衝擊。而不論針對初生早期或修補手術後的階層迴歸分析，都發現母親個人受衝擊程度對於其養育態度的直接預測力。這樣的結果甚至可推論功能性預期有可能會透過個人受衝擊程度此中介變項影響母親的養育態度，進而影響唇顎裂兒童長期的社會情緒發展。

為了探討唇顎裂兒母親早期適應趨勢的變動與影響因子之消長。除了進行相關分析與階層迴歸分析之外，本研究還進行了跨階段的逐步迴歸探索性分析，希望由跨階段間各變項對母親養育態度預測力之消長，逼近影響唇顎裂兒母親養育態度的相關因子。

本研究使用逐步迴歸分析的目的，是為了解兩個產前因子與唇顎裂兒初生早期（第一階段）母親的適應狀況，在控制了初生早期母親的初始養育態度之後，對修補手術後（第二階段）母親養育態度的貢獻大小。結果發現，最能預測修補手術後母

親的接納度的變項包括：唇顎裂兒母親在第一階段的衝擊程度、早期依戀關係中原生父母對唇顎裂兒母親之接納程度、以及懷孕期間對孩子的功能性預期，其中以第一階段母親的衝擊程度最具預測力。這個結果與之前發現的能預測母親在唇顎裂兒初生早期之接納度的因子雷同，再加上前述母親對唇顎裂兒的接納程度在手術前與手術後沒有顯著改變的結果，顯現母親對唇顎裂兒的接納態度以及其與各影響因子間的動態關係在嬰兒出生前半年保持著穩定的水準。Mintzer 等人（1984）認為，外表有缺陷的孩子出生後，母親最先產生的反應、也最需逐步調適的態度便是接納這個缺陷兒為自己的孩子。本研究顯現，初始的調適過程可能需要頗長的時間，唇顎裂兒的母親們不但不容易非常快速地改變自己對孩子的接納或拒絕的態度，而且影響母親接納程度的因子甚至在孩子出生四、五個月第一次唇修補手術之後，仍持續左右著母親的態度。這也挑戰著臨床心理輔導者的耐心與毅力。

此外，本研究發現唇顎裂兒母親覺知原生父母的接納度會在唇顎裂兒初生早期到修補手術後持續不斷地影響唇顎裂兒母親對孩子的接納度，這種影響到底是間接來自唇顎裂兒母親由原生依戀關係所建構出的依戀內在運作模式，或是來自母親的原生父母目前對於她生出唇顎裂兒所給予的社會支持程度（而這種社會支持度又與原生父母的早期接納有相關）則不得而知。Bradbury 及 Hewison（1994）便曾發現，報告自己對於生出了先天有外表缺陷嬰兒有適應不良現象的母親，她們的父母對此事件的反應也通常是不支持的。

相較於母親的接納程度在唇顎裂兒出生前半年（持續到第一次唇修補手術之後）始終保持固定水準，而且持續受到產前因子與第一階段母親生出唇顎裂兒之個人受衝擊程度的影響，產前與產後因子對於母親在第二階段（唇修補手術後）之過度保護態度，卻沒有預測效果。這個結果，以及手術後在孩子平均約四個半月大時（唇修補手術後）母親對孩子的過度保護平均值顯著下降來看：母親對剛出生的唇顎裂兒若有產生「過度保護」的態度似為人之常情，而且這種態度的產生是直接受到產前因子（原生依戀關係品質與對嬰兒的功能性預期）的影響，亦即與原生父母關係品質不健全，或是對嬰兒初生後所扮演的功能有太高預期的母親，在有缺陷的孩子出世後，會受到較大的個人自尊的衝擊，並進而發展出過度保護的心態，做為暫時維持自己自尊的手段。但隨著唇顎裂兒的發育與第一次唇修補手術的完成，產前因子甚至是手術前母親受衝擊的

程度對於過度保護態度便失去了直接的預測力。這個結果，顯示了唇顎裂兒母親面臨生下唇顎裂兒這樣重大生活事件的彈性與適應，以及第一次唇修補手術這個事件本身對母親整體養育態度所引發的質變，更顯現了本研究所欲呈現的唇顎裂兒母親早期適應趨勢的變動與影響因子之消長。

不過，本研究有關過度保護態度在手術後明顯轉變的結果還有以下兩個值得深思之處。一為短期與長期效應的差別：本研究雖然發現唇修補手術後母親的過度保護態度明顯下降，但這並不表示長遠來看，過度保護的態度不會因為其他環境刺激而再次上升。隨著成長，孩子漸漸會接觸許多真實生活的挑戰，例如：上幼稚園被同學嘲笑外貌、齒列與漏風問題造成發音與咬字不清等。母親在心疼孩子面臨各種挫折之餘，「鼓勵獨立或過度保護」很可能再次成為母親需要不斷拿捏、衡量的養育焦點，而在抉擇的關鍵時刻，母親自己過去的親子關係與成長背景，以及母親期望孩子在家庭系統中所扮演的角色，又很可能再次會成為過度保護態度成型與否的影響因子。二，雖然在唇修補手術後，兩個產前因子不能預測過度保護程度，但是這兩個產前因子對於手術後唇顎裂兒母親個人受衝擊程度具有直接預測力，而手術後所測得之母親受衝擊程度對於當時的養育態度有單獨顯著之預測力。換句話說，這些產前因子仍間接影響著母親的過度保護程度，臨床工作者不可掉以輕心。

此外，Speltz 與其同事在 1997 年發現（Speltz, Endriga, Fisher, & Mason, 1997），一歲大的唇裂、唇顎裂、與正常對照組兒童為安全依戀的比例並沒有組間差異。在數年後的另一批唇（顎）裂與正常受試者中（Coy, Speltz, & Jones, 2002）亦發現類似的結果，甚且在三個月大時外表越不吸引人的嬰兒，在一歲時越可能具安全依戀。原作者對此結果之解釋為：不吸引人的嬰兒會引發母親擔心孩子的脆弱性，因而提高自己對於嬰兒的應答與保護，致使幼兒具有安全依戀。以上的研究結果與原作者之解釋，挑戰了本研究視「過度保護」為不利兒童未來適應的危險因子的基本設定。對唇顎裂孩子的過度保護難道會透過安全依戀成為未來社會情緒發展的保護因子？Speltz 的實驗室至今尚未發表進一步的追蹤研究報告，本文作者則仍對母親的過度保護長遠來說可對兒童的社會情緒發展具正向功效質疑。

本研究的最終目標欲探討唇顎裂家庭的親子互動，並進而了解唇顎裂兒心理社會發展之危險因子、緩衝因子及其相關機制，而本研究的現階段目

標，則為探討唇顎裂兒母親所經歷的早期適應歷程，並期望透過對母親適應歷程的瞭解，而對唇顎裂新生兒的母親提供必要之輔導與幫助。本研究雖試圖以追蹤設計探討唇顎裂兒母親之適應歷程，但仍有以下缺失：首先，在研究設計上，本研究採縱貫式研究，第一階段在孩子出生後，第二階段在孩子第一次唇裂修補手術平均約三十天後，研究發現，唇顎裂兒母親兩階段的各項適應狀況未有顯著差異。此結果或許與追蹤時間仍嫌太短有關，未來的研究可採取較多次且較長期的追蹤，以了解隨著時間的調適、孩子的成長與親子互動經驗的累積，母親的各項適應狀況會如何的變化，以及各項因子在母親各項適應狀況的改變歷程中扮演著什麼樣的角色。

其次，本研究的受試母親一開始參與本研究的时间皆為孩子出生後，而事實上，有些受試母親在懷孕期間即已知道孩子為唇顎裂。對懷孕期間即已知道孩子為唇顎裂的母親來說，她們在產前得知的初始反應或許與產後得知的母親相同，然而，這兩組母親的適應歷程可能並不相同，例如：產前即知道孩子為唇顎裂的母親，她們還必須面臨是否將孩子生下來的心理掙扎，而本研究是在母親產後才進行問卷調查，很可能產前得知的母親有些已將孩子打掉，則這些母親便不會包括在本研究中，而這群母親很可能是具有某些特質的選擇性樣本，因此可能會降低本研究樣本的代表性。此外，那些產前即得知而產後參與本研究的母親，由於我們在母親產後才邀請母親填寫問卷，因此母親產前的適應歷程，在本研究中也未能得知。基於以上原因，未來的研究或許可提前在產前即追蹤那些已得知孩子為唇顎裂的孕婦，以增加對唇顎裂兒母親適應歷程之了解。再者，未來若能收集另一組正常新生兒母親的依戀、預期、衝擊、養育態度等資料，以及隨著孩子成長這些變項之間關係的消長，則可進一步瞭解唇顎裂兒母親教養中的特異性。也可排除「一般母親與唇顎裂兒母親在原生家庭依戀關係品質上，原就有顯著差異，因而導致其他衝擊與教養變項的差異」的可能性。

第三，本研究的結果發現唇顎裂兒母親本身的早期依戀關係、懷孕期間的功能性預期、孩子出生後母親的衝擊程度以及母親對孩子的態度之間皆有極大的關聯，然而有關母親的早期依戀關係與懷孕期間的功能性預期乃採取回溯的方式測量，由於採單一時間的方式收集各變項的資料，可能使本研究各變項間的測量產生直接的污染（direct contamination）。因此，有關各變項之間的因果關係，可能還

有其他替代性的假設。未來研究若能突破各項研究環境上的限制，以採取長期追蹤的方式進行研究，則能更清楚了解各變項之間的因果關聯。

另外，在研究對象上，由於追蹤時間、人力、物力、社會資源不足等原因，本研究未包括顎裂兒童的母親，後續研究可增加這組受試母親為對照組，以探討外表缺陷可能造成母親適應歷程上之差異。同時，未來研究也可控制男女比例，以進一步探討孩子的性別與母親對孩子的態度之間的關係。另一方面，後續研究也可以增加正常兒童的母親為控制組，以更加了解唇顎裂兒母親早期對孩子的態度與母親的各項適應狀況，是否與控制組母親有顯著的差異。

本研究雖自行新編研究工具，但由於唇顎裂兒樣本取得不易，在樣本有限的情形下，並無法對各項自編量表進行項目分析，尚待未來研究累積更多個案資料，以進行各項問卷之效度檢驗。此外，本研究測量母親對孩子的態度是採自陳式量表，因此受試母親在回答這些題目時，可能會受到社會讚許性等反應心向的影響，未來的研究可採取行為觀察法，以了解母親實際與孩子互動的情形，並可記錄母親與孩子雙向互動的過程，以更加了解唇顎裂兒早期親子互動之特性，並找出可能改善的方式。

在研究主題上，本研究只針對唇顎裂兒母親之適應歷程作探討，事實上，唇顎裂兒的出生對整個家庭都有相當大的衝擊，而其他家人的適應都將會影響母親之適應歷程，特別是孩子的父親。Bradbury 與 Hewison（1994）即指出，在母親的適應歷程中，父親扮演著與外界溝通的橋樑，例如在告知過程中往往是醫療人員透過父親告知母親，或是在早期母親仍無法面對此事件時，父親也是扮演著收集醫療資訊的角色，而父親對此事件的態度也將影響母親的適應歷程。因此，未來的研究方向可考慮以家庭為單位，以了解家庭的社會支持、婚姻關係等變項對整個系統之適應歷程的影響。

而有關依戀關係與教養態度代間相傳的結果，未來還可朝代間相傳的機制繼續研究。後續的研究可加入母親的婚姻關係、現今與父母的關係等變項，以了解早期依戀關係之所以可能預測唇顎裂兒母親對孩子為唇顎裂的衝擊程度以及對孩子的態度之機制。例如過去的研究發現，以父親母親友伴量表測量母親兒時依戀經驗中父母對她的接納度還需加上母親在孩子出生後的社會支持之交互作用後，才能有效預測母親對孩子的行為，也就是說，過往經驗對母親為人母行為扮演著相當重要的角色，但並不是決定因子，還必須視母親的社會支持而決定

(Crockenberg, 1987)。

最後，有關唇顎裂類別與唇顎裂兒母親適應歷程之關聯，本研究並未發現單純唇裂與唇裂合併有顎裂的兩組母親有任何顯著的差異。然由於研究資源上的限制，本研究未能進一步分析孩子的唇顎裂嚴重度是否與母親的適應有顯著的關聯，未來的研究可朝此方向進行。

參考文獻

- 行政院衛生署、台灣大學附設醫院（民85）。「先天缺陷兒追蹤計畫——民國83年先天缺陷兒初步統計報告」。
- 余德慧（民76）。「長大，還要更成熟」。見張老師月刊編輯部編：「中國人的幸福觀」。台北：張老師出版社。
- 呂政達（民76/84）。「永遠的女兒經」。見張老師月刊編輯部編：「中國人的父母經——黏結與親情」。台北：張老師出版社。
- 陳秀蓉、顧瑜君、王幼玲、余德慧（民76/84）。「中國人的教養之道——中國母親養育子女的變遷」。見張老師月刊編輯部編：「中國人的父母經——黏結與親情」。台北：張老師出版社。
- 曾文星（民80）。「從人格發展看中國人性格」。見李亦園、楊國樞主編：「中國人的性格」。台北：桂冠圖書公司。
- 楊懋春（民80）。「中國的家族主義與國民性格」。見李亦園、楊國樞主編：「中國人的性格」。台北：桂冠圖書公司。
- 龔美娟（民83）。「母親的依附經驗與其教養方式及子女安全依附之研究」。國立台灣師範大學家政教育研究所碩士論文。
- Ainsworth, M.D.S., & Eichberg, C.G. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experience. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Barden, R.C., Ford, M.E., Jensen, A.G., Rogers-Sayler, M., & Sayler, K.E. (1989). Effect of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother-infant interactions. *Child Development*, 60, 819-824.
- Belsky, J., & Cassidy, J. (1992). Attachment: Theory and evidence. In M. Rutter, D. Hay, and S. Baron-Cohen (Eds.), *Developmental principles and clinical issues in psychology and psychiatry*. Oxford: Blackwell.
- Benoit, D., Zeamah, C.H. & Barton, M.L. (1989). Maternal attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 185-202.
- Benson, B.A., Gross, A.M., Messer, S.C., Kellum, G., & Passmore, L.A. (1991). Social support networks among families of children with craniofacial anomalies. *Health Psychology*, 10, 252-258.
- Biringen, Z. (1990). Direct observation of maternal sensitivity and dyadic interactions in the home: Relations to maternal thinking. *Developmental Psychology*, 26(2), 278-284.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2nd ed.). New York: Basic.
- Bradbury, E.T., & Hewison, J. (1994). Early parental adjustment to visible congenital disfigurement. *Child Care, Health and Development*, 20, 251-266.
- Brantley, H.T., & Clifford, E. (1979). Maternal and child locus of control and field-dependence in the cleft palate children. *Cleft Palate Journal*, 16, 183-187.
- Cassidy, J. (2000). The complexity of the caregiving system: A perspective from attachment theory. *Psychological Inquiry*, 11(2), 86-91.
- Clarren, S.K., Anderson, B., & Wolf, L.S. (1987). Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal*, 24, 244-249.
- Clifford, E. (1969). Parental ratings of cleft palate infants. *Cleft Palate Journal*, 6, 235-243.
- Clifford, E. (1987). *The cleft palate experience: New perspectives on management*. Springfield, Illinois: C. C. Thomas.
- Coy, K., Speltz, M., & Jones, K. (2002). Facial appearance and attachment in infants with orofacial clefts: A replication. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 39(1), 66-72.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30(5), 281-284.
- Crockenberg, S.B. (1987). Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Development*, 58, 964-975.
- Crowell, J.A., & Feldman, S.S. (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioral

- and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59, 1273-1285.
- Davis, A.T. (1990). Pediatric management of the child with a cleft. In D.A. Kernahan, & S.W. Rosenstein (Eds), *Cleft and palate: A system of management*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Deutsch, H. (1945). *Psychology of women: Vol. II*. New York: Grune and Stratton.
- Endriga, M. & Speltz, M. (1997). Face-to-face interaction between infants with orofacial clefts and their mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(4), 439-453.
- Epstein, S. (1983). *The Mother-father-peer scale*. Unpublished manuscript, University of Massachusetts—Amherst.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. Pervein (Ed.), *Handbook of personality theory and research : Theory and research* (pp. 165-192). NY: Guilford Publications, Inc.
- Field, T., & Vega-Lahr, N. (1984). Early interactions between infants with craniofacial anomalies and their mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 527-530.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905.
- Irvin, N.A., Klaus, M.H., & Kennell, J.H. (1982). Caring for the parents of an infant with a congenital malformation. In M.H. Klaus, & J.H. Kennell, *Parent-infant bonding* (pp. 227-258). ST. Louis: C. V. Mosby.
- Isabella, R. A. (1999). *Origins of attachment: Infant age as a factor in the measurement of maternal interactive behavior*. Paper presented as part of a symposium entitled "New perspectives on the study of maternal caregiving behavior and attachment," at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque.
- Jacobvitz, D., Morgan, E., Kretchmar, M. & Morgan, Y. (1991). The transmission of mother-child boundary disturbance across three generations. *Development and Psychopathology*, 3, 513-527.
- Klaus, M.H., & Kennell, J.H. (1982). The family during pregnancy. In M.H. Klaus, & J.H. Kennell (Eds.), *Parent-infant bonding*. (pp. 1-21). ST. Louis: C. V. Mosby.
- Lavigne, J.V., & Wills, K.E. (1990). Psychological aspects of clefting. In D.A. Kernahan, & S.W. Rosenstein (Eds), *Cleft and palate: A system of management*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lax, R. (1972). Some aspects of the interaction between mother and the impaired child: Mother's narcissistic trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 339-343.
- Lefebvre, A., & Barclay, S. (1982). Psychosocial impact of craniofacial deformities before and after reconstructive surgery. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 579-584.
- Leifer, M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monograph*, 95, 55-96.
- Lott B. (1987). *Themes and variations in gender learning*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Lutz, W.J., & Hock, E. (1995). Maternal separation anxiety: Relations to adult attachment representations in mothers of infants. *Journal of Genetic Psychology*, 156, 57-72.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2, Serial No. 209).
- McWilliams, B.J. (1982). Social and psychological problems associated with cleft palate. *Clinics in Plastic Surgery*, 9, 317-326.
- Mercer, R.T. (1974). Mothers' responses to their infants with defects. *Nursing Research*, 23, 133-137.
- Mercer, R.T. (1977). *Nursing care for parents at risk*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Mintzer, D., Als, H., Tronick, E.Z., & Brazelton, B. (1984). Parenting an infant with a birth defect: The regulation of self-esteem. *Psychoanalytic Study of the Child*, 39, 561-581.
- Ricks, M.H. (1985). The social transmission of parental behavior: Attachment across generations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No. 209).
- Rosenstein, D.L., & Schulman, J.L. (1990). Family and social problems associated with cleft lip and

- palate. In D.A. Kernahan, & S.W. Rosensten (Eds), *Cleft and palate: A system of management*. Baltimore: Wiliams & Wilkins.
- Rubin, R. (1975). Maternal tasks in pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal*, 4, 143-153.
- Slutsky, H. (1969). Maternal reaction and adjustment to birth and care of cleft palate child. *Cleft Palate Journal*, 6, 425-459.
- Solnit, A.J., & Stark, M.H. (1961). Mourning and the birth of a defective child. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 523-537.
- Speltz, M.L., Armsden, G.C., & Clarren, S.S. (1990). Effects of craniofacial birth defects on maternal functioning postinfancy. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 177-196.
- Speltz, M., Endriga, M., Fisher, P., & Mason, C. (1997). Early predictors of attachment in infants with cleft lip and/or palate. *Child Development*, 68(1), 12-25.
- Speltz, M., Endriga, M., Hill, S., Maris, C., Jones, K., & Omnell, M. (2000). Brief report: Cognitive and psychomotor development of infants with orofacial clefts. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(3), 185-190.
- Speltz, M.L., Goodell, E.W., Endriga, M.C., & Clarren, S.K. (1994). Feeding interactions of infants with unrepaired cleft lip and /or palate. *Infant Behavior and Development*, 17, 131-139.
- Speltz, M.L., Greenberg, M.t., Endriga, M.C., & Galbreath, H. (1994). Developmental approach to the psychology of craniofacial anomalies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 31, 61-67.
- Speltz, M.L., Morton, K., Goodell, E.W., & Clarren, S.K. (1993). Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers: Follow-up from late infancy to school entry. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 30, 482-489.
- Spiestersbach, D.C. (1973). *Psychological aspects of the cleft palate problem, Vol. 1*. Iowa City: University of Iowa Press.
- Strauss, R.P., & Broder, H. (1991). Directions and issues in psychosocial research and methods as applied to cleft lip and palate and craniofacial anomalies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 28, 150-156.
- Tisza, V.B., & Gumpertz, E. (1962). The parents' reactions to the birth and early care of children with cleft palate. *Pediatrics*, 30, 86-90.
- Tisza, V.B., Irwin, E., & Scheide, E. (1973). Children with oral-facial cleft. *Journal of American Academic Child Psychiatry*, 12, 292-313.
- Tobiasen, J., & Hiebert, J. (1993). Clefting and psychosocial adjustment: Influence of facial aesthetics. *Clinics in Plastic Surgery*, 20(4), 623-631.
- Tronick, E., Cohn, J., & Shea, E. (1986). The transfer of affect between mothers and infants. In T.B. Brazelton & M.W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ :Ablex.
- Tronick, E., Ricks, M., & Cohn, J. (1982). Maternal and infant affective exchange: Patterns of adaptation. In T. Field & A. Fogel (Eds.), *Emotion and early interaction*, (pp. 83-100), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weatherley-White, R.C.A. (1990). Surgical timing and postoperative feeding in the cleft lip child. In D.A. Kernahan, & S.W. Rosensten (Eds), *Cleft and palate: A system of management*. Baltimore: Wiliams & Wilkins.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. F., & Olson, K. L. (1998). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 34, 175-188.
- Williams, T.M., Joy L., Tarvis L., Gotowiec A., Blum-Steele M., Aiken L.S., Painter S.L., & Davidson S.M., (1987). Transition to motherhood. A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 8(3), 251-265.
- Wright, L., Mullen, T., West, K., & Wyatt, P. (1993). The VCOP Scale: A measure of overprotection in parents of physically vulnerable children. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (6), 790-798.



Maternal Sense of Personal Impact and Child Rearing Attitudes toward Cleft Lip and/or Palate Newborns: The Predictability of Two Risk Factors Existing before Delivery

I-Yuan Liu and Keng-Ling Lay

Department of Psychology, National Taiwan University

Cleft lip and/or palate (CLP) is one of the most common congenital abnormalities in Taiwan. During pregnancy, expectant mothers often assume that the unborn child is perfect without any flaw or defect. Consequently, as a baby with obvious morphological defect is born, disappointment and feeling of personal failure seems inevitable. The disappointment may not only cause negative personal impact on the mother but also affect her child-rearing attitude toward the CLP infant, which, in turn, may have significant impact on the child's future socioemotional adjustment. The main goal of the present study is to investigate the vicissitude of the affecting factors toward maternal child rearing attitude during the first few months after delivery. The present study adopted a short-term longitudinal approach. Fifty cleft lip/palate newborns' mothers completed questionnaires both before and after the first lip repair surgery held between the third to the fifth month after delivery. Two prenatal factors, maternal perceived early relationship with her own parents that is

further separated into two subscales of "acceptance vs. rejection" and "encouragement of independence vs. overprotection", and maternal functional anticipation of the unborn child while expecting, were measured. Two postpartum maternal adjustment indexes of sense of personal impact over giving birth to CLP infant and child rearing attitude, including subscales of "acceptance" and "overprotection", were also measured. Results indicate that the first repair surgery may trigger qualitative change in child rearing attitude and the variation of prenatal factors that are effective in enhancing maternal adjustment process. It is thus suggested that maternal psychological conditions already existed while or even before expecting should be taken into account in designing the intervention program for mothers of CLP and other types of morphologically defect newborns.

Keywords: *Cleft lip, Cleft palate, MFP, infant, congenital defect, maternal child rearing attitude*

