

## 研究

口唇裂・口蓋裂をもつ乳児の母子相互作用と児の発達,  
母親の心理とソーシャルサポートの関連要因岡光 基子<sup>1)</sup>, 廣瀬たい子<sup>1)</sup>, 寺本 妙子<sup>2)</sup>  
大森 貴秀<sup>3)</sup>, 大久保功子<sup>1)</sup>, 吉増 秀實<sup>4)</sup>

## 〔論文要旨〕

口唇裂・口蓋裂をもつ乳児とその母親について、裂型や合併症の有無、授乳方法による母子相互作用と児の発達、母親の心理、ソーシャルサポートとの関連を縦断的に明らかにし、支援のあり方を検討することを目的とした。口唇裂・口蓋裂をもつ乳児とその母親31組を分析対象とした。母子相互作用（日本語版 NCAFS）は食事（授乳）場面の観察を実施し、その他の変数については質問紙調査を実施した。裂型や合併症の有無、授乳方法の違いにより、母子相互作用や児の発達、母親の育児ストレスや抑うつ、ソーシャルサポートの特徴が明らかとなった。児の疾患特性や発達段階に応じた支援方法に関する示唆が得られた。

Key words : 母子相互作用, 口唇裂・口蓋裂, 発達, 母親の心理, ソーシャルサポート

## I. 緒 言

口唇裂・口蓋裂をもつ児は約400~600人に1人の割合で出生する先天異常で、手術や歯科矯正、言語治療などを要し、長期的な支援が必要とされる<sup>1)</sup>。児は出生直後より授乳場面で困難を生じやすく<sup>2)</sup>、発達面では言語発達や認知発達の遅滞などの問題が指摘されている<sup>3,4)</sup>。母親は自責の念を抱え、養育上のストレスを抱えていると言われている<sup>5,6)</sup>。

われわれの先行研究<sup>7)</sup>では、口唇裂・口蓋裂をもつ乳児について、児の発達、母親の育児ストレスや抑うつが母子相互作用に関連していることが明らかとなった。特に、授乳方法の指導のみでは、母親は技術面で行き詰まり、自己効力を持てなくなることが推測され

た。口唇裂・口蓋裂をもつ児とその母親への支援では、母親の育児における自己効力を高め、児の発達を促すことが重要であることが示唆された。乳幼児期までの母子相互作用は良好な親子関係や児の成長発達の促進のために重要であり<sup>8)</sup>、母子相互作用の促進に焦点をあてた支援が求められる。

海外の先行研究では、口唇裂・口蓋裂をもつ乳児について、外表奇形をもつことや授乳困難を生じることにより、母子相互作用に影響を及ぼすことがすでに報告されている<sup>9~12)</sup>。また、生後3か月齢の母子相互作用が生後24か月齢時の児の認知発達に影響を及ぼすことが明らかになっている<sup>4)</sup>。国内においては、母子相互作用に着目した研究は極めて少ない。授乳場面においては、技術的な側面での哺乳の支援に関する実践報

Factors Related to Mother-infant with Orofacial Clefts Interaction, Infant Development, Maternal Mental Health and Social Support

Motoko OKAMITSU, Taiko HIROSE, Taeko TERAMOTO, Takahide OMORI, Noriko OKUBO, Hidemi YOSHIMASU

- 1) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科（研究職 / 看護職）
- 2) 日本橋学館大学リベラルアーツ学部（研究職 / 臨床発達心理士）
- 3) 慶應義塾大学文学部（研究職）
- 4) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科（研究職 / 歯科医師）

別刷請求先：岡光基子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科小児・家族発達看護学  
〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45  
Tel / Fax : 03-5803-4511

[2618]

受付 14. 3. 7

採用 14. 5. 9

告が多く<sup>13,14)</sup>、親子関係形成のための支援が求められるが、その具体的方法を検討するには至っていないのが現状である。口唇裂・口蓋裂の疾患特性や授乳方法の違いにより、どのような養育上の問題を生じやすく、母子に影響を及ぼすのか、児の発達的变化をふまえ、具体的に検討する必要がある。

このことから、口唇裂・口蓋裂をもつ乳児とその母親について、裂型や合併症の有無、授乳方法による母子相互作用と児の発達、母親の心理、ソーシャルサポートとの関連を縦断的に明らかにし、支援のあり方を検討することを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象者

対象は、東京都内の大学病院口腔外科外来・病棟にて選定した。唇顎口蓋裂もしくは口蓋裂、唇顎裂をもつ2～4か月齢の乳児とその母親を選定した。児の条件を、①中枢神経系疾患をもたない、②2回目以降の外来受診であり、全身状態が安定している、とした。

### 2. 調査内容

#### 1) 対象母子の属性

児の属性は、月齢、出生体重、在胎週数、性別、疾患名、その他の疾患に関する状況、授乳方法であった。家族の属性は、母親の年齢、母親の教育年数、父親の年齢、母親の就労状況、子どもの人数、家族構成、世帯収入であった。

#### 2) 母子相互作用：日本語版 NCAFS (Nursing Child Assessment Feeding Scale)

Barnard Model を理論的基盤としている日本語版 Nursing Child Assessment Feeding Scale (以下、JNCAFS) が本研究において母子相互作用をアセスメントするために用いられた<sup>15)</sup>。日本における信頼性・妥当性は検証されている<sup>16,17)</sup>。12か月齢までの子どもと養育者の食事(授乳)場面における相互作用の質を測定する尺度である。「子どもの Cue に対する感受性」、「子どもの不快な状態に対する反応」、「社会情緒的発達の促進」、「認知発達の促進」の親側4下位尺度50項目(最高得点:50点)と、「Cue の明瞭性」、「養育者に対する反応性」という子ども側2下位尺度26項目(最高得点:26点)の全76項目から構成される。さらに親と子どもそれぞれの行動が、双方の行動の誘因であることを示す32の随伴性得点も算出される。得点が高いほ

ど相互作用が良好とされる。Cue とは、児のニーズや欲求を表出する言語的または非言語的な行動(サイン)のことを言い、親和の Cue と嫌悪の Cue の2種類に分類されている。

#### 3) 児の発達：遠城寺式・乳幼児分析的発達検査

児の発達は、遠城寺式・乳幼児分析的発達検査(以下、遠城寺式発達検査)を実施し、測定した<sup>18)</sup>。遠城寺式発達検査は、間接法を用いた発達検査であり、「運動」、「社会性」、「言語」の分野ごとに、「移動運動」、「手の運動」、「基本的習慣」、「対人関係」、「発語」、「言語理解」の6領域について分析的に評価する。また、それらの合計である「全領域」の発達年齢と発達指数(以下、DQ)を得ることができる。

#### 4) 母親の育児ストレス：日本版育児ストレスインデックス

母親の育児ストレスは、日本版育児ストレスインデックス(以下、PSI)を用いて測定をした。信頼性・妥当性は検証されている<sup>19,20)</sup>。子どもの側面に7下位尺度38項目、親の側面に8下位尺度40項目の全78項目で構成される5段階の自己評価式質問紙で、高得点ほど育児ストレスが高いことを示す。

#### 5) 母親の抑うつ：CES-D うつ病自己評価尺度

母親の抑うつは、CES-D うつ病自己評価尺度(以下、CES-D)を用いて測定した<sup>21,22)</sup>。信頼性・妥当性は検証されている。20項目、4段階の自己評価式質問紙で、高得点ほど抑うつの程度が強いことを示す。

#### 6) 母親のソーシャルサポート：PSI ソーシャルサポートスケール

母親のソーシャルサポートは PSI ソーシャルサポートスケールで測定した<sup>20)</sup>。母親が重要他者によって援助されていると感じる程度を測定することを目的としている。5段階自己評価式調査票で、得点が高いほどソーシャルサポートが高いことを示す。信頼性・妥当性は検証されている。本研究では、重要他者を「夫」、「両親・親戚」、「友人」、「医療従事者」とした。

### 3. データ収集方法・手続き

研究対象に対して、母子相互作用のデータについては、外来受診時に母子の食事(授乳)場面の観察を実施し、属性や児の発達、母親の育児ストレスや抑うつ、母親のソーシャルサポートなどのデータについては質問紙調査を実施した。時期は、Time 1 (月齢2～4か月時)、Time 2 (月齢5～7か月時)、Time 3 (月齢8～10か月時)、Time 4 (月齢11～12か月時)の計

4回実施した。1回につき、所要時間は30分～1時間程度であった。食事（授乳）場面の観察は、Time 3までの3回で外来に設置されている授乳室でライブにて行った。コーディングは、2名1組でライセンスを持つ者がコーディングを行った。ライセンス取得は訓練したのち、90%以上の信頼性を得ていることが条件となる。観察者はディスカッションを行い合意し、観察者間一致率90%以上であることを確認した。尺度を用いた質問紙は、直接手渡し、自宅に持ち帰ってもらい、母親の時間のあるときに記載を依頼し、次回受診時もしくは郵送にて回収した。調査は、2009年3月～2012年2月までの間に実施した。

#### 4. 分析方法

各変数について、口唇裂・口蓋裂の裂型や合併症の有無、授乳方法による2群間の差の検定は、Mann-WhitneyのU検定、3群間の差の検定はKruskal-Wallis検定を用いた。すべて有意水準は5%とした。統計解析ソフトには、統計パッケージSPSS21.0Jを使用した。

#### 5. 倫理的配慮

母親に口頭および文書で、研究の目的・方法、研究協力に伴う利益と不利益、個人情報保護、研究協力の任意性と撤回の自由について、説明して協力を依頼し、紙面にて同意を得た。また、診療とは無関係であり、何ら不利益なことは起こらないことを説明した。本研究は、事前に所属機関および研究機関である大学病院の研究倫理審査委員会にて承認を得て実施した。

### Ⅲ. 結 果

対象者は選定基準を満たした35組の母子のうち、同意が得られた32組を対象とし、調査を実施した。うち1名はTime 4で脱落したため、31組を分析対象とした。

#### 1. 対象者の属性

対象者の一般的属性および児の疾患に関する属性については、表1に示した通りである。児の性別は男児15名(48.39%)、女児16名(51.61%)で、17名(54.84%)が第一子であった。児の平均月齢はTime 1で2.52±0.63か月齢、Time 2で5.71±0.59か月齢、Time 3で8.55±0.68か月齢、Time 4で11.87±0.34か月齢であった。3名の低出生体重児が含まれていた。

表1 母子の属性

項目	(N=31)	
	Mean	SD
子どもの月齢(月)		
Time1(2~4か月)	2.52	(0.63)
Time2(5~7か月)	5.71	(0.59)
Time3(8~10か月)	8.55	(0.68)
Time4(11~12か月)	11.87	(0.34)
出生時体重(g)	2,946.87	(368.17)
在胎週数(weeks)	38.74	(1.59)
母親の年齢(歳)	31.26	(6.17)
教育年数(年)	14.13	(1.52)
	<i>n</i>	(%)
子どもの性別		
男児	15	(48.39)
女児	16	(51.61)
出生順位		
第一子	17	(54.84)
第二子以上	14	(45.16)
母親の就労状況		
常勤	4	(12.90)
無職	27	(87.10)
家族形態		
核家族	28	(90.32)
拡大家族	3	(9.68)
世帯収入		
400万円未満	11	(35.48)
400万円以上	19	(61.29)
疾患名		
唇顎口蓋裂(CLP)	19	(61.29)
口蓋裂(CP)	8	(25.81)
唇顎裂(CLA)	4	(12.90)
合併症	7	(22.58)

#### 2. 対象者の疾患特性と授乳方法

口唇形成術の手術時期は平均で生後3.52±1.50か月時であった。両側唇裂をもつ児は4名(12.90%)であった。感染症以外の慢性的な疾患を合併していた児は7名(22.58%)であった。

授乳状況は、6名(19.35%)で母乳の直接哺乳が可能であった。調査開始時にも哺乳困難な状況が認められ、鼻腔からの逆流、時間がかかり、哺乳量が少ないこと、体重増加不良、分泌物の貯留による呼吸状態の悪化、むら飲みなどの問題があった。また、児の発達に伴い、母親は離乳食やその与え方に関する不安を持っていた。母親が回答した離乳食の開始時期は、平均5.55±0.68か月であった。

表2 裂型の違いによる Time1の JNCAFS 得点

JNCAFS 下位尺度	唇顎口蓋裂・唇顎裂 (n=23)		口蓋裂のみ (n=8)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
総合得点	55.87	(7.50)	56.75	(7.17)	.77
親総合得点	38.91	(4.99)	41.75	(3.92)	.09
子どもの Cue に対する感受性	12.87	(2.28)	14.38	(1.41)	.11
子どもの不快な状態に対する反応	9.70	(0.93)	10.50	(1.07)	.01*
社会情緒的発達の促進	10.00	(1.86)	10.50	(1.93)	.49
認知発達の促進	6.35	(1.43)	6.38	(0.92)	.74
子ども総合得点	16.96	(3.11)	15.00	(4.63)	.33
Cue の明瞭性	11.52	(1.59)	10.25	(2.82)	.38
養育者に対する反応性	5.43	(2.00)	4.75	(2.12)	.36
随伴性得点	12.48	(3.00)	13.88	(2.30)	.23

Mann-Whitney の U 検定 \* $p < .05$ 

JNCAFS : 日本語版 NCAFS (Nursing Child Assessment Feeding Scale)

## 3. 裂型や合併症の有無, 授乳方法による各変数の特徴

## 1) 母子相互作用

母子相互作用について, 唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児の母親は, Time 1 の JNCAFS 得点の「子どもの不快な状態に対する反応」で, 口蓋裂のみをもつ児の母親より, 有意に低い得点を示していた ( $p = .01$ ) (表 2)。唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児のうち, 両側唇裂を有する児の母親は, 片側唇裂をもつ児の母親よりも, Time 2 の JNCAFS 得点の「子どもの不快な状態に対する反応」( $p = .02$ ), 「親総合得点」( $p = .046$ ), 「親随伴性得点」( $p = .01$ ), 「随伴性得点」( $p = .01$ ) で, 有意に低い得点を示していた。Time 3 の JNCAFS 得点の「Cue の明瞭性」( $p = .01$ ) と「子ども総合得点」( $p = .02$ ) で, 感染症以外の慢性的な合併症をもつ児はもたない児より, 有意に低い得点を示していた。

直接哺乳が可能な児と可能でない児との間で, いずれの時期も JNCAFS 得点の差は認められなかったが, 母乳栄養のみで養育している母親は, 混合栄養と人工栄養に比較し, Time 2 の「子どもの Cue に対する感受性」で有意に高い得点を示していた ( $p = .04$ )。哺乳瓶で授乳をしているが, 児の口に含ませるだけの直接哺乳を試みている (以下, non-nutritive sucking) 群では, 直接哺乳が可能な児や哺乳瓶で授乳をするのみの児と比べ, Time 1 と Time 2 の「親総合得点」(Time 1 :  $p = .045$ , Time 2 :  $p = .03$ ) (図 1), Time 1 の「親随伴性得点」( $p = .03$ ) と「随伴性得点」( $p = .04$ ) で有意に高い得点を示していた ( $p = .02$ )。

## 2) 児の発達

Time 3 の DQ で, 感染症以外の慢性的な合併症をもつ児はもたない児より, 有意に低い得点を示しており ( $p = .01$ ), 言語領域 (発語) の発達について, 有意に低い得点を示していた ( $p = .01$ )。Time 3 の DQ で, 直接哺乳が可能な児は可能でない児より, 有意に高い得点を示していた ( $p = .02$ )。

## 3) 母親の育児ストレス

育児ストレスについて, 唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児の母親は口蓋裂のみをもつ児の母親より, Time 1・3・4 の PSI 得点の「総点」(Time 1 :  $p = .049$ , Time 3 :  $p = .04$ , Time 4 :  $p = .03$ ) で, 有意に高い得点を示していた (図 2)。Time 1・4 の PSI 得点「親の側面における総点」(Time 1 :  $p = .01$ , Time 4 :  $p = .01$ ), Time 3・4 の「子どもの側面における総点」(Time 3 :  $p = .01$ , Time 4 :  $p = .01$ ) で, 唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児の母親は口蓋裂のみをもつ児の母親より, 有意に高い得点を示していた。Time 3・4 の唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児の母親の「子どもの側面における総点」は高い得点のままであった。Time 2 の PSI 得点の「総点」( $p = .01$ ), 「子どもの側面における総点」( $p = .01$ ) で, 唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児のうち, 両側唇裂をもつ児の母親は, 片側唇裂をもつ児の母親よりも, 有意に高い得点を示していた。Time 1・2 の JNCAFS 得点の「子どもの側面における総点」(Time 1 :  $p = .02$ , Time 2 :  $p = .02$ ) で, 感染症以外の慢性的な合併症をもつ児はもたない児より, 有意に高い得点を示していた。

直接哺乳が可能でない児の母親は、可能な児の母親より、Time 1・2のPSI得点の「総点」(Time 1 :  $p = .01$ , Time 2 :  $p = .02$ )と「子どもの側面における総点」(Time 1 :  $p = .03$ , Time 2 :  $p = .04$ ), Time 1・2・3の「親の側面における総点」(Time 1 :  $p = .01$ , Time 2 :  $p = .04$ , Time 3 :  $p = .04$ )で、有意に高い得点を示していた。哺乳瓶で授乳をしているが、non-nutritive suckingを用いている群では、直接哺乳が可能ない児や哺乳瓶で授乳をするのみの児と比べ、Time 1とTime 2の「総点」(Time 1 :  $p = .01$ , Time 2 :  $p = .04$ ), Time 1の「親の側面における総点」( $p = .03$ )とTime 1・2・4の「子どもの側面における総点」(Time 1 :  $p = .02$ , Time 2 :  $p = .02$ , Time 4 :  $p = .02$ )で、有意に低い得点を示していた。

4) 母親の抑うつ

直接哺乳が可能でない児の母親は、可能な児の母親より、Time 3のCES-D得点で、有意に高い得点を示していた ( $p = .04$ ) (図3)。

5) 母親のソーシャルサポート (欠損値あり, Time 4 :  $N = 30$ )

育児ストレスについて、唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児の母親は、Time 3のソーシャルサポート得点の「総点」( $p = .01$ ), Time 2・3の「両親・親戚のサポート」(Time 2 :  $p = .01$ , Time 3 :  $p = .02$ ), Time 2・3・4の「友人のサポート」(Time 2 :  $p = .04$ , Time 3 :  $p = .00$ , Time 4 :  $p = .02$ )で、口蓋裂のみをもつ児の母親より、有意に低い得点を示していた。

IV. 考 察

1. 裂型や合併症の有無と各変数との関連

疾患特性などの子どもの弱い側面は、Time 1・2では母子相互作用の親側得点に関連し、Time 3では、子ども側得点に関連することが明らかとなった。唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児の母親は口蓋裂のみをもつ児の母親より、Time 1のJNCAFSの親側得点「子どもの不快な状態に対する反応」で低い得点を示していた。口唇裂の顔面の外表奇形と母子相互作用との関連は口唇形成術前の生後2~4か月時の早い時期にのみ表れることを示していた。この時期、唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児の母親は親の側面に関するストレスが高く、これより、子どもの発する不快な状態の Cue に注意を向け、なだめる余裕を持てなくなっていたと考えられる。唇顎口蓋裂・唇顎裂をもつ児の母親は、Time 3・

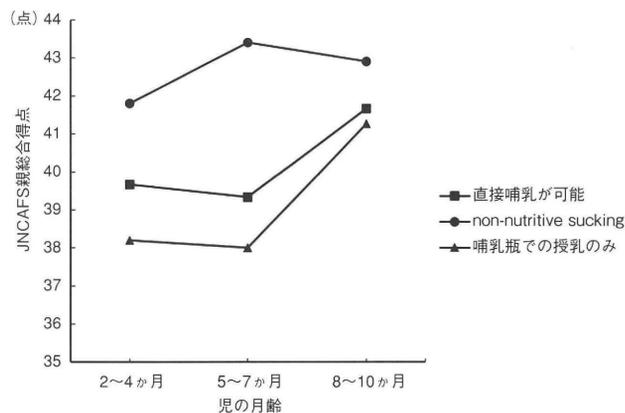


図1 授乳方法の違いによるJNCAFS親総合得点の経時的変化  
JNCAFS: 日本語版NCAFS (Nursing Child Assessment Feeding Scale)

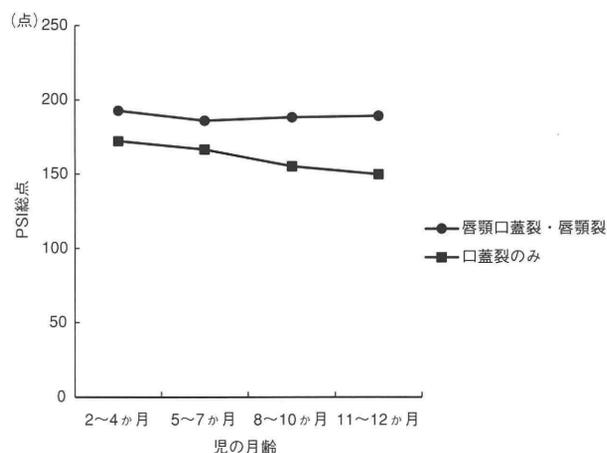


図2 裂型の違いによるPSI総点の経時的変化  
PSI: 日本版育児ストレスインデックス

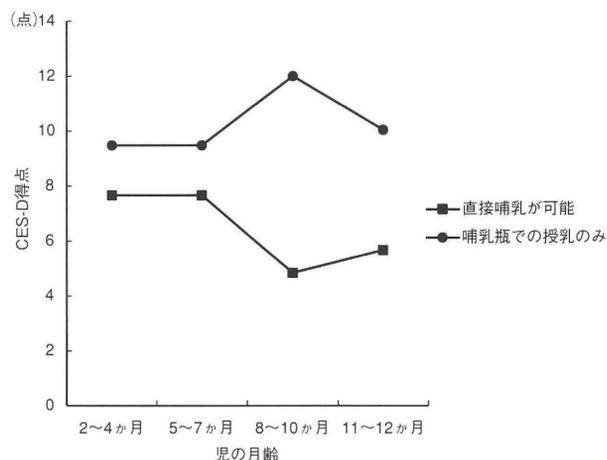


図3 授乳方法の違いによるCES-D得点の経時的変化  
CES-D: CES-Dうつ病自己評価尺度

4で子どもの側面に関するストレスが高いまま下がらず、ソーシャルサポートが低かった。ソーシャルサポートは、専門家の支援と同様に母親のストレス対処行動を高めることが報告されている<sup>23)</sup>。乳児期前期のみならず、それぞれの時期に応じた母親への精神的支援の必要性が示唆された。

Time 2では、両側唇裂をもつ児の母親は片側唇裂をもつ児の母親よりも、JNCAFSの親側得点が低かった。また、両側唇裂をもつ児の母親は、この時期の子どもの側面に関するストレスは高い得点を示していた。このことは、両側性の場合、2回の口唇形成術を経験した児が含まれていることから、手術による治療期間が長期にわたることの負担が母子相互作用に影響を及ぼす可能性もあると考える。手術時期と母子相互作用の関連を調べた研究では、口唇形成術の時期のタイミングによる母子相互作用の違いを明らかにしており、治療時期が生後2か月時の母子相互作用に影響を及ぼすことを報告している<sup>24)</sup>。両側唇裂をもつ児の母親への周手術期の看護においても、親子の関係性に配慮した支援を検討していくことが必要である。

慢性的な合併症などの子どもの弱い特性は、Time 3のJNCAFSの子ども側の得点との関連を示しており、Cueの表出が不明瞭であることが明らかとなった。また、慢性的な合併症をもつ児では、Time 3のDQで低い値を示していた。合併症の有無と乳児期の言語領域（発語）の発達との関連性が認められ、乳児期から言語領域を含む発達支援について検討することの必要性が示唆された。子どもの弱い側面により、月齢が上がるにつれ、徐々に児の発達や母子相互作用における子ども側の得点における差が顕著になってくることを示唆していた。乳幼児の疾患が母子相互作用の質を低下させる要因になると言われており<sup>8)</sup>、他の疾患を合併することの多い口唇裂・口蓋裂をもつ児とその母親ではそれを補う支援が必要であることが示唆された。

## 2. 授乳方法と各変数との関連

直接哺乳が困難な児の母親は、直接哺乳が可能な児の母親より育児ストレスが高く、抑うつ傾向を示していた。また、直接哺乳が可能でない児は、可能な児よりTime 3のDQで低い値を示しており、発達との関連が明らかとなった。Time 1・2で、直接哺乳が困難な状況であっても、母親は哺乳瓶での授乳の前に

“non-nutritive sucking”を用いて児とのスキンシップを繰り返し試みることで母子相互作用の親側得点が高い得点を示しており、児に対して随伴的に応え、発達を促進する関わりを向上させることが示唆された。

先行研究において、口唇裂・口蓋裂をもつ児の母親は直接哺乳を行うことに対する強い心理的なプレッシャーを感じていることが報告されている<sup>25)</sup>。母親は直接哺乳が困難な場合であっても、“non-nutritive sucking”を用いて児とのスキンシップを図ることで、親として育児に自信を持てるよう支援していくことが重要であると示唆された。母親に子どものCueの読み取り方や子どもの発達を促す関わりを教え、支援していくことが求められる。その都度、母子のやり取りの中での子どもの変化を伝え、母親の頑張りを認め、良い関わりを引き出し、励まし支えることを継続していくことが必要である。

## V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、対象者数が少ないことから、結果の一般化には慎重を要する。また、対象となった児は手術経験や合併症の有無といった疾病の状態に差があり、このことも考慮する必要がある。今後はさらに対象者数を増やすとともに、児の発達の变化やその他の関連要因の検討を進めていきたい。本研究の結果から、口唇裂・口蓋裂をもつ児とその母親を対象とした介入研究が求められ、早期支援の具体的方法を探る検討の必要性が示唆された。

## VI. 結 論

口唇裂・口蓋裂の裂型や合併症の有無、授乳方法の違いにより、母子相互作用や児の発達、母親の育児ストレスや抑うつ、ソーシャルサポートの特徴が縦断的に明らかとなった。母子相互作用や児の成長発達および母親の心理・精神面における早期支援の必要性が明らかとなった。児の疾患特性や授乳方法の違い、発達段階に応じた支援方法に関する示唆が得られた。

JNCAFSは、育児支援の実践面で活用できるアセスメントツールであり、特に口唇裂・口蓋裂をもつ児とその母親への支援においては、臨床現場で親子関係に着目した母子相互作用の促進のための早期支援に活用できる。今後さらに母子相互作用に焦点を当てた支援方法について検討を進めていきたい。

## 謝 辞

本研究に参加して下さった対象者の方々に深く感謝申し上げます。また、研究にご協力くださった東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科小児・家族発達看護学研究室の皆様、東京医科歯科大学大学院の佐藤 豊先生、森田圭一先生、東京医科歯科大学歯学部附属病院口腔外科CLPグループの先生方、看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)(課題番号23593284, 研究代表者:岡光基子)の助成を受けて実施した。また、第59回日本小児保健協会学術集会にて研究助成賞受賞(受賞対象研究「日本語版NCAFSの開発および信頼性に関する検討」として選出されたのち、日本小児保健協会第9回研究助成によって実施した。

利益相反に関する開示事項はありません。

## 文 献

- 1) 日本口腔外科学会「口唇裂・口蓋裂診療ガイドライン」策定WG委員. 口唇裂・口蓋裂診療ガイドライン. [http://jsoms.or.jp/guideline20080804/mg\\_cpf20080804.pdf](http://jsoms.or.jp/guideline20080804/mg_cpf20080804.pdf) (2012.10.28)
- 2) Wolke D, Skuse D, Reilly S. The management of infant feeding problems. In: Cooper PJ, Stein A, editors. Childhood feeding problems and adolescent eating disorders. London/N. Y.: Routledge, 2006: 41-91.
- 3) Kapp-Simon KA, Krueckeberg S. Mental development in infants with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2000; 37 (1): 65-70.
- 4) Speltz ML, Endriga MC, Hill S, et al. Cognitive and psychomotor development of infants with orofacial clefts. *J Pediatr Psychol* 2000; 25 (3): 185-190.
- 5) Dölger-Häfner M, Bartsch A, Trimbach G, et al. Parental reactions following the birth of a cleft child. *J Orofac Orthop* 1997; 58 (2): 124-133.
- 6) Despars J, Peter C, Borghini A, et al. Impact of a cleft lip and/or palate on maternal stress and attachment representations. *Cleft Palate Craniofac J* 2011; 48 (4): 419-424.
- 7) Okamitsu M, Hirose T. A Longitudinal Study of Factors Related to Mother-Infant Interactions During Feeding for Infants with Cleft Lip and/or Palate. *Journal of the Ochanomizu Association for Academic Nursing* 2012; 6 (1): 23-35.
- 8) Sumner G, Spietz A. NCAST Caregiver/parent-child interaction feeding manual. Seattle: NCAST-AVENUE Publications, University of Washington, 2004.
- 9) 篠原ひとみ, 松原まなみ, 内山健志. 口唇裂・口蓋裂治療チームの授乳援助に関する実態調査. *日本口蓋裂学会誌* 2011; 36 (1): 12-21.
- 10) Shaw WC, Bannister RP, Roberts CT. Assisted feeding is more reliable for infants with clefts—a randomized trial. *Cleft Palate Craniofac J* 1999; 36(3): 262-268.
- 11) Speltz ML, Goodell EW, Endriga MC, et al. Feeding interactions of infants with unrepaired cleft lip and/or palate. *Infant Behav Dev* 1994; 17 (2): 131-139.
- 12) Koomen HM, Hoeksma JB. Maternal interactive behavior towards children with and children without cleft lip and palate. *Early Dev Parenting* 1992; 1(3): 169-181.
- 13) Endriga MC, Speltz ML. Face-to-face interaction between infants with orofacial clefts and their mothers. *J Pediatr Psychol* 1997; 22 (4): 439-453.
- 14) Montirosso R, Fedeli C, Murray L, et al. The role of negative maternal affective states and infant temperament in early interactions between infants with cleft lip and their mothers. *J Pediatr Psychol* 2011: 1-10. doi: 10. 1093/ jpepsy/jsr089.
- 15) 岡光基子, 廣瀬たい子, 寺本妙子, 他. 日本語版NCAFSの開発および信頼性に関する検討. *小児保健研究* 2011; 70 (3): 350-357.
- 16) 廣瀬たい子監修. 養育者/親—子ども相互作用フィードリングマニュアル(日本語版). 東京: NCAST研究会, 2008.
- 17) 廣瀬たい子, 岡光基子監修. 日本語版NCAFSデータ&ケースブック. 東京: 乳幼児保健学会, 2012.
- 18) 遠城寺宗徳. 遠城寺式乳幼児分析的発達検査法解説書 九州大学小児科改訂新装版. 東京: 慶應義塾大学出版会, 2009.
- 19) 奈良間美保, 兼松百合子, 荒木暁子, 他. 日本版

Parenting Stress Index (PSI) の信頼性・妥当性の検討.  
小児保健研究 1999 ; 58 : 610-616.

- 20) 兼松百合子, 荒木暁子, 奈良間美保, 他. PSI 育児ストレスインデックス 手引き. 東京: 一般社団法人雇用問題研究会, 2006.
- 21) 島 悟. CES-D 使用の手引き. 東京: 千葉テストセンター, 1998.
- 22) 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 1985 ; 27 (6) : 717-723.
- 23) Baker SR, Owens J, Stern M, et al. Coping Strategies and Social Support in the Family Impact of Cleft Lip and Palate and Parents' Adjustment and Psychological Distress. The Cleft Palate-Craniofacial Journal 2009 ; 46 (3) : 229-236.
- 24) Murray L, Hentges F, Hill J, et al. for the Cleft Lip and Palate Study Team. The effect of cleft lip and palate, and the timing of lip repair on mother-infant interactions and infant development. J Child Psychol Psychiatry 2008 ; 49 (2) : 115-123.
- 25) Owens J. Parents' experiences of feeding a baby with cleft lip and palate. British Journal of Midwifery 2008 ; 16 (12) : 778-784.

### [Summary]

The aim of this study was to longitudinally identify relationships of the characteristics of mother-infant interactions, infant development, maternal mental health, and social support for infants with cleft lip and/or palate, to the type of cleft, presence of complications, and feeding methods, and to thereby examine support methods. Thirty-one dyads of mothers and infants with orofacial clefts participated in this study. To evaluate the quality of dyadic interactions (Japanese version of the Nursing Child Assessment Feeding Scale : JNCAFS), behavioral observations during feeding were collected, and a questionnaire study was conducted to assess other variables. Characteristics of dyadic interactions, infant development, maternal parenting stress, maternal depression, and social support were identified according to the type of cleft, presence of complications, and feeding methods. This study suggests different support methods according to clinical characteristics, and the stage of infant development.

---

### [Key words]

mother-infant interaction, cleft lip and/or palate, development, maternal mental health, social support