

#### 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

#### 이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

• 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

#### 다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건 을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer 🖃





# 간호학석사 학위논문

# 미숙아 어머니의 정서 상태 및 모성 역할 자신감과 지각된 간호사의 지지

2021 년 8월

서울대학교 대학원 간호학과 모성간호학 전공 정 유 진

# 미숙아 어머니의 정서 상태 및 모성 역할 자신감과 지각된 간호사의 지지

지도 교수 정 재 원 이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함

2021 년 4월

서울대학교 대학원 간호학과 모성간호학 전공 정 유 진

정유진의 간호학 석사 학위논문을 인준함 2021 년 6월

위	원 장		
부위	<sup>1</sup> 원장	/	/
위	원		

# 초 록

본 연구의 목적은 신생아 중환자실에 입원중인 미숙아 어머니의 정서 상태, 모성 역할 자신감과 지각된 간호사의 지지 정도를 파악하고, 이들 간의 관련성을 파악하여, 미숙아 어머니의 긍정적 정서 상태와 모성 역할 자신감을 향상시킬 수 있는 간호 중재의 기초 자료를 제공하고자 하는 것이다.

본 연구는 서울시 소재 대학병원 신생아 중환자실에 입원한 미숙아의 어머니 65 명을 대상으로 시행된 서술적 조사연구이다. 자료수집은 2020년 10월부터 약 8개월간 이루어졌다.

정서 상태는 Positive Affect Negative Affect Schedule(PANAS)로 측정하였고, 모성 역할 자신감은 Pharis self confidence scale 를 수정 및 보완한 도구로 측정하였으며, 지각된 간호사의 지지는 Nurse Parental Support Tool(NPST)로 측정하였다.

수집된 자료의 분석은 SPSS 25.0 통계 프로그램을 이용하여 기술통계, independent t-test, one-way ANOVA, Pearson's correlation analysis 로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 정서 상태 중 긍정적 정서와 부정적 정서는 총 50 점 중 각각 평균 32.48±7.50 점(범위 11-49 점), 23.82±7.19 점(범위 10-46 점)이었으며, 긍정적 정서와 부정적 정서는 유의한 음의 상관관계(r=-.34, p=.006)를 보였다.
- 2) 긍정적 정서는 어머니가 인지하는 본인의 건강 상태(F=2.99, p=.038)에 따라 차이가 있었고, 신생아 중환자실 면회 시 머문시간(r=.30, p=.017)과 유의한 양의 상관관계가 있었다. 부정적정서는 어머니가 인지하는 본인의 건강 상태(F=3.47, p=.021), 아기의 건강 상태(F=5.61, p=.002), 어머니가 인지하는 배우자의지지(F=4.96, p=.004)에 따라 차이가 있었으며, 미숙아의 퇴원 시체중(r=.25, p=.049)와 유의한 양의 상관관계를 보였다.

- 3) 모성 역할 자신감은 총 155 점 중 평균 88.26±20.66(범위 50-145 점)이었다.
- 4) 지각된 간호사의 지지는 총 84 점 중 평균 69.60±10.23(범위 46-84 점)이었으며, 어머니가 인지하는 배우자의 아버지로서 준비 정도(F=3.62, p=.030)에 따라 차이를 보였다.
- 5) 정서 상태, 모성 역할 자신감, 지각된 간호사의 지지 간의 관련성을 살펴본 결과 긍정적 정서와 지각된 간호사의 지지(r=.35, p=.004)는 유의한 양의 상관관계를 보였다.

본 연구 결과 미숙아 어머니의 긍정적 정서와 지각된 간호사의 지지는 유의한 관련성을 보였다. 그리고 본인의 건강이 좋다고 인지할수록 긍정적 정서 상태가 높았으며, 본인의 건강과 아기의 건강이 좋다고 인지할수록, 배우자의 지지가 높다고 인지할수록 부정적 정서 상태는 낮은 경향을 보였다. 또한 배우자가 아버지로서 준비가 잘 되었다고 인지할수록 지각된 간호사의 지지가 높았다.

이를 바탕으로, 미숙아 어머니의 정서적, 정보적 양육 준비를 위하여 미숙아 어머니의 특성과 교육 요구도를 고려하여 정서 상태와 모성 역할 자신감을 높이는 교육 프로그램의 보완 및 개발이 필요함을 제안하다.

주요어: 미숙아 어머니, 정서 상태, 모성 역할 자신감, 지각된 간호사의 지지

학 번: 2019-22651

# 목 차

I. 서       론         1. 연구의 필요성       2. 연구 목적         3. 용어 정의       3. 용어 정의	1 6
Ⅱ. 문 헌 고 찰 1. 미숙아 어머니의 정서 상태 2. 미숙아 어머니가 인식하는 모성 역할 자신감 3. 미숙아 어머니가 신생아 중환자실에서 제공받는 간호사의 지지	10 13
Ⅲ. 개념적 기틀	19
IV. 연 구 방 법	21 23 26 27
V. 연 구 결 과	29 30 33 34 35
VI. 논 의	39
Ⅷ. 결 론 및 제 언	47
참고문헌	49
부록	74
Abstract	85

# List of Tables

Table 1. Characteristics of the mothers
Table 2. Characteristics of the premature babies
Table 3. Degree of the Mood state, Maternal role confidence
Perceived nurse support of the Mothers
Table 4. Correlations among the Mood state, Maternal role confidence
and Perceived nurse support of the Mothers34
Table 5. Differences and Correlations of Study Variables according to
the Mothers' characteristics
Table 6. Differences and Correlations of Study Variables according to
the Premature babies' characteristics

# I. 서 론

## 1. 연구의 필요성

2020년 우리나라의 합계출산율은 0.84명으로 2018년 기준 OECD 회원국의 1.68명에 비해 매우 저조한 수준이다. 우리나라의 출생아 수는 2000년 634,501명에서 2020년 272,400명으로 20년간 약 57.1%나 감소하여 저출산 현상이 문제가 되고 있다 (Korea Statistics, 2021). 이에 반해, 2020년 통계에 따르면 2019년 총 출생아 중 재태 기간 37주 미만의 출생아 비중은 8.1%를 차지하였고, 2.5kg 미만의 저체중아 군은 6.6%으로 나타나 10년 전에 비해 각각 약 1.4배, 1.3배 증가하였다 (Korea Statistics, 2020).

한편 2020년 우리나라 여성의 평균 출산연령은 33.1세, 35세이상 산모의 비중은 33.3%로 10년 전에 비하여 두 배 이상 높아졌는데 (Korea Statistics, 2021) 고령 임산부는 저체중아, 미숙아, 선천성 이상아 등 고위험 신생아를 출산할 가능성이 높다 (Cho, Hummer, Choi, & Jung, 2011).

의학기술의 발달에 힘입어 미숙아의 생존율이 높아지고 있지만,

미숙아는 성장하는 동안 다양한 위험성과 문제를 직면하게 된다 (Kenner & Lott, 2007). 신생아 중환자실 입원 중에 신생아 호흡 곤란 증후군, 패혈증, 괴사성 장염 등의 문제를 빈번히 겪으며, 퇴원후에도 만성 폐 질환, 미숙아 망막증 등의 문제로 지속적 치료가 필요하다 (Kim et al., 2003).

또한, 미숙아 출산은 산모에게도 심리적 고통을 일으키는데 (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003), 아기의 저체중, 짧은 재태 주수, 긴 재원기간 등의 상황들은 산모의 스트레스와 불안, 우울, 화남과 같은 부정적인 감정과 연관된다 (Trumello et al., 2018). 신생아 중환자실에 아기가 입원해 있는 동안 미숙아 부모는 대개 무력함을 느끼며, 만삭아 부모보다 정서적으로 더 취약하고 스트레스를 받는다 (Lindberg, Axelsson & Öhrling, 2007).

무력함은 어머니의 역할을 변화시키고, 이는 어머니의 부정적정서 상태를 더욱 증가시킬 수 있다 (Müller-Nix & Ansermet, 2009). 특히 임상적으로 산후우울증이 빈번하여, 신생아 중환자실에 입원한 아기의 어머니들의 20~30%는 출생 1년동안 정신 질환 진단을 받는다는 (Hynan, Mounts, & Vanderbilt, 2013) 보고도 있다. 따라서 미숙아 어머니의 다양한 정서적 불안정을 감소하고예방하기 위한 집중적인 관심과 관리가 필요하다 (Lampinen, Vehvilainen-Julkunen, & Kankkunen, 2009).

신생아 중환자실 미숙아 어머니는 의료인으로부터 아기의

건강과 수유에 대해서 정보를 제공받지만 (Brett, 2011) 중환자실의 환경, 즉 소음, 화학적 냄새, 아기에게 연결되어 있는 모니터 장비, 튜브, 선, 아기와 분리되어 있는 환경 자체를 스트레스원으로서 인식한다. 이는 자신이 기대했던 어머니 역할을 수행하는데 방해를 받으며, 장기적으로 모아 상호작용에 부정적 영향을 미치므로 그들이 경험하는 스트레스를 감소시키는 것이 필요하다 (Gerstein, Njoroge, Paul, Smyser, & Rogers, 2019).

또한 신생아 중환자실에 아기가 입원 중일 때는 두려움과 불안, 우울을 느끼며, 아기보다 먼저 퇴원하여 준비 없이 미숙아 양육을 하게 되었을 때 불안, 슬픔, 죄책감을 느끼며, 이는 적절한 양육을 방해하여 미숙아의 성장 장애까지 유발할 수 있다 (Shieh et al., 2010). 정서 상태는 이러한 부정적 정서 상태 뿐만 아니라 상호관련되어 있지만 독립적인 긍정적 정서 상태도 존재하는데 (강혜자, 한덕웅, & 전겸구, 2000; Watson, Clark, & Tellegen, 1988), 이는 어머니의 아기에 대한 인식에 영향을 미친다 (Forgas, 1996). 따라서 신생아 중환자실에 입원해 있는 동안, 미숙아 어머니의 부정적 정서 상태 감소와 더불어 긍정적 정서 상태와 모성 역할 자신감을 증진을 위한 지지가 필요하다.

이러한 어려움을 겪는 미숙아 어머니에게 사회적 지지는 중요한데, 이는 스트레스와 산후 우울을 낮추고, 심리적 안정감을 줄 뿐만 아니라 (Jung, 2009), 어머니의 역할을 잘 수행할 수 있다는 자신감을 높여준다 (Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012). 더욱이 의료인의 긍정적인 말과 표현 및 정서적 지지는 미숙아 어머니의 산후 우울 증상에 도움을 주어 (Lee & Ju, 2014), 간호사의 지지와 미숙아 어머니의 정서 상태와의 관계 확인을 위한 연구가 필요하다.

또한, 어머니 스스로가 지각하고 있는 자기효능감이자 어머니역할획득의 지표로서의 모성 역할 자신감(Lederman et al., 1981; Mercer, 1981)은 산후 초기 어머니의 긍정적 정서 상태와 상관성이 밝혀진 연구 결과(Nakamura et al., 2015)가 있어, 어머니의 모성역할 자신감과 정서 상태가 밀접한 관련이 있다고 볼 수 있다.

미숙아 어머니에 대한 많은 선행연구에도 불구하고 사회적지지와 모성 역할 자신감, 불안과 관련한 연구가 대부분이며(김사라, 2017; 이인혜, 2000; Chung & Joung, 2011; Ege, Timur, Zincir, Geckil, & Sunar-Reeder, 2008; Leahy-Warren, 2004), 특히사회적 지지가 모성 역할 자신감에 영향을 미치는 연구 (이인혜, 2000; Chung & Joung, 2011; Leahy-Warren, 2004)가 이뤄졌다. 미숙아 어머니가 만삭아 어머니보다 사회적 지지를 더 필요로하는데(Jones, Rowe, & Becker, 2009), 신생아 중환자실에 입원중인 미숙아의 어머니들이 간호사로부터 얼마나 어떤 지지를 받는다고지각하는지, 또한 그들의 긍정적, 부정적 정서 상태의 정도 그리고 앞으로 자신들이 어머니로서 역할을 할 수 있다는 자신감은 어떠한

지에 대한 연구는 부족한 편이다.

이에 본 연구에서는 미숙아의 어머니의 정서 상태, 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지 정도를 확인하고 이들 간의 관련성을 파악하고자 한다.

#### 2. 연구의 목적

본 연구는 신생아 중환자실에 입원중인 미숙아의 어머니의 퇴원 시 정서 상태와 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지 정도를 파악하고, 이들 간의 관련성을 파악하는 것을 목적으로 한다. 본 연구를 통해 신생아 중환자실 간호사의 지지를 통하여 미숙아 어머니의 긍정적 정서 상태와 모성 역할 자신감을 향상시킬 수 있는 간호 중재의 기초 자료를 제공하고자 한다.

이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 신생아 중환자실에 입원중인 미숙아의 어머니의 퇴원 시 정서 상태와 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지 정도를 파악한다.

둘째, 미숙아와 그 어머니의 특성에 따른 어머니의 정서 상태, 모성 역할 자신감 그리고 지각된 간호사의 지지의 차이를 분석한다.

셋째, 미숙아 어머니의 정서 상태, 모성 역할 자신감과 지각된 간호사의 지지 간의 상관관계를 파악한다.

#### 3. 용어 정의

#### 1) 미숙아의 어머니

재태 기간이 37주 미만 또는 출생 시 체중이 2,500g 미만으로 태어난 미숙아(WHO, 2017)의 출산모를 말하며, 질식 분만 또는 제왕절개술로 분만 후 6-8주 기간 내에 있는 어머니를 말한다 (박영숙, 1991; Korean Academy of Nursing, 1996).

본 연구에서는 재태 기간 37주 미만 또는 출생 시 체중 2,500g 미만, 신생아 중환자실 입원 기간이 7일 이상, 6개월 이내인 퇴원 전 영아의 어머니를 말한다.

#### 2) 정서 상태

정서 상태란 개인이 주관적으로 인식한 일시적이고 변화하기 쉬운 감정 상태를 의미하는데(Roman, 1995), 이는 상호 관련되어 있지만 독립적인 두 개의 하위 요인, 즉 긍정적 정서와 부정적 정서로 이루어져 있다 (강혜자, 한덕웅, & 전겸구, 2000). 긍정적 정서는 기쁨, 즐거움과 같은 정서를 말하며, 부정적 정서는 분노, 두려움과 같은 정서를 의미한다 (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

본 연구에서는 미숙아 어머니의 긍정적, 부정적 정서 상태 측정을 위하여 Watson 등 (1988)에 의해 개발한 정서 척도인 PANAS(Positive Affect Negative Affect Schedule)를 박홍석과 이정미(2016)가 한국어로 수정·번안한 도구로 측정한 점수를 말한다.

#### 3) 모성 역할 자신감

모성 역할 자신감이란 어머니 역할획득의 지표로서 어머니스스로가 지각하고 있는 자기 효능감을 말한다 (Lederman et al., 1981; Mercer, 1981).

본 연구에서는 Pharis(1978)가 개발한 자신감 측정도구(Pharis Self Confidence Scale)를 장영숙(2005)이 한국어로 번안한 도구로 측정한 점수를 말한다.

#### 4) 간호사의 지지

사회적 지지는 한 개인이 대인 관계에서 얻을 수 있는 모든 긍정적 자원으로 (Cohen & Hoberman, 1983), 사회로부터 보살핌과 사랑을 받고 존중 받으며 가치 있다고 여겨지며, 타인과 의사소통하면서 한 조직망에 있다는 믿음을 받는 것을 말한다 (Turner, 1981). 간호사의 지지는 애정, 안정감, 소속감, 가치감 등의 정서적지지와 경제적 도움, 정보 제공 및 충고 등의 실질적 지지로 정의되는 사회적 지지(Kaplan, Cassel, & Gore, 1977)를 간호사로부터 받는 것을 말한다.

본 연구에서는 미숙아 어머니의 사회적 지지 중 간호사의 지지 측정을 위하여 Han과 Chae(2016)가 번안한 도구로 측정한 점수를

말한다.

# Ⅱ. 문 헌 고 찰

### 1. 미숙아 어머니의 정서 상태

미숙아를 출산한 어머니는 무력감, 좌절감, 두려움을 겪으며(Drewett, Blair, Emmett, Emond, & Team, 2004; Ionio, Mascheroni, Colombo, Castoldi, & Kista, 2019), 아기의 입원과이로 인한 환경은 자신이 상황을 조절할 수 없다는 느낌과 쓸모없음, 불안, 우울, 죄책감 같은 부정적인 감정을 느낀다 (Feeley, Genest, Niela-Vilen, Charbonneau, & Axelin, 2016). 만삭아의어머니에 비해 미숙아의 어머니는 불안, 우울과 같은 부정적 정서상태에 놓여있고(Brandon et al., 2011), 아기 체중이 적고 임신주수가 짧을수록 이러한 상태는 더 심해진다 (Trumello et al., 2018). 뿐만 아니라 양육하는 동안의 어머니는 정서적 불안정상대와 상실감이 아기와의 애착형성을 어렵게 하고, 부모역할에부정적 영향을 끼친다 (임지영, 1996). 따라서 저체중아 출산모에서산후 우울증이 많고, 모성 자존감도 낮다 (안영미 & 김정현, 2003).

Wereszczak, Mile와 Holditch-Davis(1997)는 미숙아 어머니가 의료진의 행동, 의사소통, 치료과정으로부터 부정적인 감정과 스트레스를 느꼈다고 보고하였고, 부모의 참여를 포함하지 않는 간호사의 행동은 부모에게 무력감을 느끼게 하고, 아기와 더욱 분리되는 느낌을 갖게 한다 (Fenwick, Barclay, & Schmied, 2001). 따라서 의료인의 지지에 대한 만족은 미숙아 어머니의 정서적 기능과 밀접한 관련이 있으므로(Reichman, Miller, Gordon, & Hendricks-Munoz, 2010), 미숙아와 그 어머니를 모두 지지하며, 부모와 아기의 정서적 친밀함을 도모하기 위한 다양한 노력이 필요하며(Feeley, Genest, Niela-Vilen, Charbonneau, & Axelin, 2016), 특히 신생아 중환자실에서 이들을 직접 대면하는 간호사의 지지가 무엇보다 중요하다고 보겠다.

한편, 미숙아 어머니들이 겪는 부정적 정서는 많은 연구를 통해 밝혀진데 반해, 이들의 긍정적 정서는 어떠한 지에 대한 연구는 거의 보고된 바 없다. 최근 Dokuhaki 등 (2021)의 연구에서 어머니의 긍정적 정서가 높을수록 신생아의 정신적 건강도 양호하다는 결과와 어머니의 긍정적 정서 상태가 높을 수록 모성역할 자신감이 높은 연구 결과(Nakamura et al., 2015)를 고려할 때, 미숙아와 어머니의 건강과 관련된 긍정적 지표를 좀 더 도출할 필요가 있다고 본다.

선행 연구에 따르면 어머니의 불안과 같은 부정적 정서 상태는 우울(Melnyk, Crean, Feinstein, & Fairbanks, 2008)과 관련 있고, 산후 우울의 예측인자로 여겨지며(Bos et al., 2013), 이는 어머니의 특성으로는 분만방법(Yeo, 2006), 교육 수준, 월 수입, 융모 양막염과 양수 과소증(방경숙, 강현주, & 권미경, 2015), 간호사의 지지 (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003), 아기에 대한 주관적 건강상태 (Beck, 2003; Kim et al., 2009), 아기의 특성으로는 아기의 출생 시 체중(Erbaba & Pinar, 2021), 재태기간(Silverman et al., 2017), 기관지 인공호흡기 치료기간(Rogers, Kidokoro, Wallendorf, & Inder, 2013) 및 재원 기간(Erbaba & Pinar, 2021), 입원 기간 동안의 주요 건강 문제인 폐 이형성증 및 배아기 기질 출혈(방경숙, 강현주, & 권미경, 2015)와 관련이 있어, 이러한 특성에 따라 긍정적, 부정적 정서가 어떻게 다른 지에 대하여 조사할 필요가 있다.

#### 2. 미숙아 어머니가 인식하는 모성 역할 자신감

모성 역할은 어머니로서 정체성을 확립하고 영아의 요구에 따른 행위를 수행하는 것으로(Mercer, 2004), 이는 사회적 관계속에서 일어나며 사회 문화적으로 학습되는 인지적, 사회적 과정을 의미한다 (Rubin, 1967; Rubin, 1984). 또한 모성 역할 자신감이란 어머니의 역할획득의 지표로서 어머니 스스로가 지각하고 있는 자기 효능감을 말하며(Lederman et al., 1981; Mercer, 1981), 어머니로서 역할 전이가 성공적으로 이룰 수 있는 자신감을 의미한다 (Kiehl & White, 2003; Mercer, 2004).

모성 역할 자신감은 양육 경험에 영향을 받기때문에(Kristensen et al., 2018), 초산모의 90%는 부모로 역할을 전환하는 데에 어려움을 겪으며(이혜란, 1984), 따라서 경산모보다초산모가 모성 역할 자신감이 낮다 (Chung & Joung, 2011). 초산모의 경우 분만 형태 중 제왕절개보다 자연분만이 모성 역할 자신감이 높았고(Chung & Joung, 2011), 출생 체중이 클수록 모성역할 자신감이 높았다 (김영혜, 최정녀, 주현옥, & 조영란, 2006). 초산모, 경산모 모두 임신 중 불안이 높을수록 모성 역할 자신감이 낮았다 (Chung & Joung, 2011).

사회적 지지는 초산모의 모성 역할 자신감에 주요한 영향 요인인데(Chung & Joung, 2011; Leahy-Warren, 2004), 사회적 지지가 낮을수록 모성 역할 자신감이 낮게 나타났다 (Chung & Joung, 2011). 또한 어머니 자신의 건강 상태가 나쁠수록 신생아 양육의 어려움을 크게 느끼므로 모성 역할에 적응하는 것이 어렵다 (Song, 2009; Jung & Kim, 2014; Ahn & Kim, 2015).

특히 미숙아의 어머니의 경우, 미숙아의 출산과 신생아 중환자실의 입원 경험 자체가 스트레스이며, 미숙아 양육에 대한 지식, 기술 부족으로 인한 자신감 결여는 모성 역할 획득에 부정적인 영향을 미치므로(장영숙, 2005), 미숙아의 어머니를 대상으로 모성 역할 자신감을 높이기 위한 지지 간호가 필요하다.

더욱이, 초산모의 경우 사회적 지지 중 칭찬과 정보 제공과 같은 지지를 많이 받은 어머니일수록 아기를 실제로 양육하는 자신감이 높게 나타나(Leahy-Warren, 2004), 미숙아 어머니 중 초산모가 인식하는 간호사의 지지와 모성 역할 자신감과의 관련성을 확인하는 연구가 필요하다고 본다.

# 3. 미숙아의 어머니가 신생아 중환자실에서 제공받는 간호사의 지지

사회적 지지란 한 개인이 대인 관계에서 얻을 수 있는 모든 긍정적 자원으로 (Cohen & Hoberman, 1983), 사회로부터 보살핌과 사랑을 받고, 존중 받으며, 가치 있다고 여겨지며, 타인과 의사소통하면서 한 조직망에 있다는 믿음을 받는 것이다 (Turner, 1981). Birch(1998)는 이를 타인으로부터 동감이나 배려를 받는 정서적지지, 개인이 원하는 정보나 획득 방법을 제공받는 정보적 지지, 자신의 행동에 대해 피드백이나 인정, 칭찬을 받는 평가적 지지, 그리고 돈이나 신체적 도움, 자원과 같은 물리적 지지로 제시하였다.

국내 연구에서는 정상 신생아 어머니의 가장 높은 지지원은 남편이 68.8%인데 반해, 간호사 1.8%에 그쳐 의사(5.5%)나, 형제(4.6%)보다 낮은 평가를 보인 결과(Koh & Kim, 1991)는 지지원으로서 간호사의 역할을 재고할 필요가 있음을 시사한다. 사회적 지지원으로서 의료인은 환자에게 정보적, 정서적으로 중요한 역할을 수행하며, 가족이나 동료, 친구보다 더 효과적인 공식적인 지지를 제공한다 (Snyder & Wilson, 1977). Miles, Wilson, & Docherty(1999) 또한 출산모에 대한 가족 구성원의 지지보다 간호사의 지지가 더 효과적임을 보고한 바 있다.

그러나 만삭아의 어머니와 다르게 미숙아의 어머니는 출산

직후 아기와 분리되고, 미숙아의 중환자실 입원과 그 환경에 놓이고(Franck, Cox, Allen, & Winter, 2005), 이로 인하여 스트레스를 겪을 뿐 아니라(Flacking et al., 2012), 아기와의 신체적 분리 기간이 길어질수록 불안과 우울을 더 많이 경험한다 (Miles, Holditch-Davis, Schwartz, & Scher, 2007). 따라서 미숙아의 어머니는 의료인으로부터 정보적 지지 뿐만 아니라, 부모의 말에 귀기울이기, 따뜻하고 공감적인 태도로 아기의 진단명 및 기대되는 치료 과정에 대한 정보 제공 및 요구도에 대한 의사소통과 같은 간호사의 지지 또한 필요로 한다 (Bry & Wigert, 2019; de Wit, Donohue, Shepard, & Boss, 2012).

또한, Jabraeili 등 (2018)의 연구에 따르면 간호사에게 제공받은 지지에서 정보-의사소통이 가장 많이 제공받은 반면, 정서적지지가 가장 적게 제공받았다. 간호사의 지지 중 정서적 지지가낮은 점은 Valizadeh 등 (2012)의 선행연구와 일치한다. Mok & Leung(2006)의 연구에 따르면 미숙아의 어머니는 특히 정보/의사소통 영역의 지지를 중요한 지지로 생각하고 제공받길원하며, 간호사로부터 제공받은 지지보다 요구도가 전체 영역에서높음을 알 수 있어(Brazy et al., 2001; Mok & Leung, 2006), 이는 신생아 중환자실 간호사가 아기에게 제공하는 돌봄 지지 외에도 정보-의사소통 지지 및 정서적 지지 모두 제공해야함을 보여준다.

한편, 선행연구에 따르면 사회적 지지와 정상 신생아 어머니의

우울 증상은 유의한 관계가 있으며(Ege, Timur, Zincir, Geckil, & Sunar Reeder, 2008), 사회적 지지가 미숙아 어머니의 모성 역할 자신감을 높이며(이인혜, 2000), 간호사의 지지가 높을수록 아기양육에서의 모성 역할 자신감도 유의하게 높았다 (Jabraeili et al., 2018). 이에 모성 역할로의 전환하는 기간으로 평소보다 높은수준의 사회적 지지가 필요한 분만 후의 시기에(강민철, 김수임, & 김동민, 2012) 미숙아의 어머니가 지각하는 간호사의 지지가 어느정도인지, 미숙아 산모의 정서 상태와 모성 역할 자신감 간의관계를 알아보는 것이 필요하다.

지금까지 미숙아 산모의 우울에 대한 연구(Ege, Timur, Zincir, Geckil, & Sunar Reeder, 2008)와 사회적 지지가 높을수록 모성 역할 자신감이 높은 연구(Chung & Joung, 2011), 사회적 지지가 모성 역할 자신감에 영향을 미치는 연구(Lee, 2013; 이인혜, 2000)가 시행되어 왔다. 또한 미숙아 출산과 아기의 입원이어머니의 정서적 상태와 부모로서 자기 이미지, 아이와의 유대감에 부정적 영향을 미치는 연구가 시행되었고(Trumello et al., 2018), POMS scale(Profile of mood scale)을 사용한 미숙아 부모의 정서상태에 대한 연구를 통하여 산모의 연령이 어릴수록, 아기가 재태 주수가 작을수록, 기도 삽관 치료를 할수록 산모가 부정적인

감정을 느낀다는 선행연구가 있다 (Ionio, Mascheroni, Colombo, Castoldi, & Lista, 2019).

미숙아 어머니들에게 있어 퇴원 후 가정에서 자가 양육할 때 모성 역할 자신감이 중요하므로, 이에 대한 정도와 입원 중 간호사로부터 어떠한 지지를 얼마나 받는지, 모성 역할 자신감과 간호사로부터 받는 지지와의 관계에 대하여 연구할 필요가 있다,

# Ⅲ. 개념적 기틀

본 연구는 Bandura의 사회인지학습이론(1986)의 상호작용론을 토대로 하였다. Bandura에 의하면 개인적 요인, 환경적 영향, 행동 간의 상호작용에 의하여 자기 조절 체계가 발달되며, 이 체계에는 자기 효능감, 자기 평가 등이 포함된다. 개인의 행동은 자신의 성격, 감정, 인지 등의 개인적 특성과 주어진 환경과 상호작용하며 결정이 되는데, 이는 개인적 요인인 정서 상태와 모성 역할 자신감과, 개인에게 영향을 미치는 환경인 간호사의 지지가 상호작용하며 추후 양육에 대한 행동과 상호작용을 통하여 결정됨을 의미한다.

사회적 지지가 산모의 우울 증상을 완화시키는 선행연구 (Ege, Timur, Zincir, Geckil, & Sunar-Reeder, 2008)와, 불안과 같은 부정적 정서 상태가 높을 수록 모성 역할 자신감이 낮게 나타난 선행연구(Chung & Joung, 2011)에 따라 위의 이론적 전제를 바탕으로 본 연구에서는 미숙아의 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신 감과 지각된 간호사의 지지 간의 상호 관계를 확인하고자 한다.

더 나아가 간호사의 지지가 부모 역할에 긍정적 영향을 주며, 아기를 양육하는 산모의 정서적 불안정 상태 및 상실감을 감소시키고(임지영, 1996), 궁극적으로 미숙아 어머니와 아기 모두의 건

강을 증진시킬 수 있도록 근거를 확인하는 연구이다.

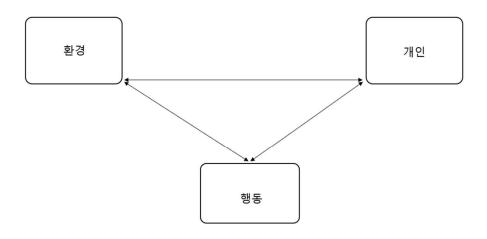


Figure 1. Theoretical framework

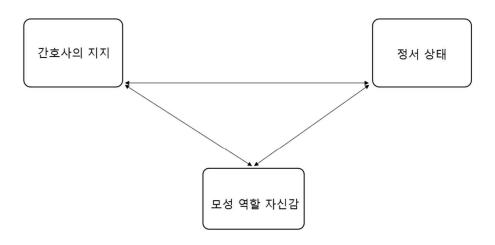


Figure 2. Conceptual framework

# Ⅳ. 연 구 방 법

## 1. 연구의 설계

본 연구는 퇴원 전 미숙아의 어머니의 정서 상태와 모성역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지 정도를 확인하고, 정서상태와 모성역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지 간의 관련성을 파악하기 위한 서술적 상관 관계 연구이다.

# 2. 연구 대상자

본 연구의 대상자는 서울시 소재 S대학 신생아 중환자실에 입원한 미숙아의 어머니 중, 본 연구에 참여할 것을 동의한 자이다. 구체적인 선정 기준은 다음과 같다.

- (1) 미숙아 어머니 선정 기준
  - 1) 만 18세 이상으로 기혼인 상태
  - 2) 6개월 이내 출산 후 초산모
  - 3) 정신질환을 받은 과거력이 없는 산모

4) 본 연구의 목적을 이해하고 참여할 것을 동의한 산모

#### (2) 미숙아 선정 기준

- 1) 출생 시 재태 주수 37주 미만 또는 출생체중 2,500g 미만의 영아
- 2) 신생아 중환자실에서 7일 이상 입원 후 6개월 이내 퇴원 예정 인 영아
- 3) 재입원하지 않은 영아

위와 같은 연구 대상자의 기준에 맞는 대상자를 편의 추출하였다. 필요한 대상자의 수는 G-power 3.1.9.4 프로그램을 이용하여 상관관계 분석에 필요한 표본 수를 산정하였다. 유의 수준 0.05, 검정력 0.8, 효과크기 0.3으로 하였을 때 최소 64명으로 추정되었고 최종적으로 65명을 모집하였다.

#### 3. 연구의 도구

#### 1) 대상자의 특성

대상자의 일반적, 산과적, 임상적 특성과 관련된 문항들은 선행연구에서 간호사의 지지, 정서 상태, 모성 역할 자신감과 관련 된 변수들로 구성하였다.

본 연구에서 설문지를 통하여 어머니 특성으로는 배우자의 지지 정도, 미숙아 어머니가 인지한 현재 본인과 아기 건강 상태, 결혼 기간, 퇴원 할 때 양육에 있어서 가장 염려되는 것, 퇴원 후 아기 양육을 위하여 준비하는 것, 어머니가 인지한 아버지 준비 정도, 양육 도움 제공자, 신생아 중환자실 면회 빈도, 신생아 중환자실 면회 시간, 신생아 중환자실에서 수행해 본 양육 행위를 확인하였고, 의무기록을 통하여 어머니의 나이, 경제 상태, 임신 방법, 인공 임신 방법, 임신 합병증 유무, 분만 형태, 수유 형태를 확인하였다. 아기 특성으로는 의무기록을 통하여 출생 시 재태 기간과 아기의 출생체중, 퇴원 시 체중, 아기의 입원 기간, 수술력, 호흡보조기간을 포함한 입원 중 치료 행위, 진단명을 확인하였다.

#### 2) 정서 상태

정서 상태는 Watson 등(1988)이 개발한 정서척도(PANAS; Positive Affect Negative Affect Schedule)를 박홍석과 이정미 (2016)가 한국어로 수정·번안한 도구로 측정하였다.

본 도구는 긍정적 정서 10개 문항, 부정적 정서 10개 문항으로 총 20문항으로 구성되어 있다. 도구의 응답 방식은 '전혀 그렇지 않다' 1점에서부터 '매우 그렇다' 5점까지의 Likert 척도이다. 각각 최저 10점부터 최고 50점까지의 범위를 가지며, 긍정적 점수의총점이 높을수록 긍정적 정서가, 부정적 정서의 총점이 높을수록 부정적 정서 상태가 높음을 의미한다. 원 도구의 Cronbach's α는 .88로, 긍정적 정서는 .87, 부정적 정서는 .81으로 나타났다. 본연구에서 Cronbach's α는 각각 .87, .85이었다. 박홍석과 이정미(2016)에 의하여 요인분석을 통해 PANAS의 준거 타당도가 검토되었다.

#### 3) 모성 역할 자신감

모성 역할 자신감은 Pharis(1978)가 개발한 자신감 측정도구(Pharis self confidence scale)를 장영숙(2005)이 한국어로 수정보완한 도구로 측정하였다.

이 도구는 안위와 안전, 영아의 행동, 수유, 위생 관리, 목욕시키기 및 기저귀 갈기, 건강과 질병의 6개의 하위 영역 31개 문항으로 구성되었다. '거의 자신이 없다'의 1점에서, '아주 많이 자신이 있다'의 5점 척도이다. 도구의 내용은 신생아 중환자실에서 퇴원 시모든 아기에게 공통적으로 해당되지 않고, 교육을 시행하지 않는 항

목인 배꼽 돌봐주기, 손톱과 발톱 깎아주기, 청결관리, 황달 알아차리기의 4문항을 제외하였다. 최저 31점부터 최고 155점까지의 범위를 가지며 점수가 높을수록 모성 역할 자신감이 높은 것을 의미한다. 원 도구의 Cronbach's α는 .97이며, 본 연구에서의 Cronbach's α는 .97이다. Montazeri 등 (2007)에 의하여 도구의 내용 타당도가 검증된 바 있다.

#### 4) 간호사의 지지

간호사의 지지 정도는 Miles 등(1999)이 개발한 Nurse Parental Support Tool(NPST)을 Han과 Chae(2016)가 한국어로 번 안한 도구로 측정하였다.

도구는 21문항으로 구성되어 있으며, 네 가지 영역 즉, 어머니에게 제공하는 의사소통과 정보적 지지, 부모 역할 존중 지지, 정서적 지지 및 아기에게 제공하는 돌봄 지지로 이루어져 있다. 도구의 응답방식은 '전혀 아니다' 1점에서부터 '항상 그렇다' 까지의 4점 Likert 척도로 이루어져 있다. 최저 21점부터 최고 84점까지의 범위를 가지며, 점수가 높을수록 간호사의 지지 정도가 높은 것을 의미한다. Han과 Chae(2016)가 연구에서 측정한 Cronbach's  $\alpha$  .94이며, 본 연구에서 Cronbach' s  $\alpha$ 는 .93이다. 원 도구의 내용 타당도는 Miles 등(1999)에 의하여 내용 타당도와 동시 타당도가 검증되었다.

#### 4. 자료 수집 방법

IRB(Institutional Review of Board)의 승인을 받은 후, 2020년 10월부터 약 8개월간 자료 수집을 시행하였다. 해당 병원의 신생아 중환자실의 수간호사에게 연구의 목적을 설명한 후, 퇴원 1주일 전 연구 책임자가 대상자에게 연구 목적과 미숙아와 미숙아 어머니의 의무기록 열람에 대하여 설명하고 동의서를 받은 후, 설문지를 제공하여 완성 직후 수집하였다. 대상자에게 연구 참여를 원치 않을 경우 언제든지 철회할 수 있음을 알린 뒤, 연구 참여를 희망하는 참여자가 자발적으로 설문지를 작성하도록 하였다. 대상자의 비밀보장을 위하여 연구 참여 여부가 노출되지 않도록 암호화, 숫자화하였고, 대상자의 개인정보를 알 수 있는 정보는 수집하지 않았다.

#### 5. 연구의 윤리적 측면

연구 대상자에게 본 연구의 목적과 내용 및 참여에 대한 설명을 제공한 뒤, 연구 대상자가 원하지 않을 경우 언제라도 철회가가하하며, 설문지는 연구 목적 이외에는 사용되지 않을 것임을 설명하며, 연구 참여를 희망하는 사람들에 한하여 자료를 수집하였다. 또한 연구 참여자의 개인적인 정보는 비밀이 보장됨을 알린 후 동의 하에 진행하였고, 연구 참여자가 설문을 종료한 직후에 즉시 소정의 답례품을 증정하였다.

본 연구에서 수집된 자료는 암호화, 숫자화하여 연구자만 접 근 가능하였으며, 생명윤리법 시행규칙 제 15조에 따라 연구 관련 기록을 연구가 종료된 시점부터 3년간 보관하고, 보관기간이 지난 문서 중 개인정보를 포함한 연구 자료는 개인정보보호법 시행령 제 16조에 따라 생명윤리법에 따라 3년동안 보관한 후 폐기할 것이다.

## 6. 자료 분석

본 연구에서 수집된 자료는 IBM SPSS Statistics 25.0 통계 프로그램을 이용하여 다음과 같이 통계분석하였다. 통계적 유의수준은 p-value <.05이며 Cronbach's alpha값을 통해 도구의 신뢰도를 확인하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 임상적 특성, 정서 상태, 모성 역할 자신 감,지각된 간호사의 지지는 기술적 통계를 이용하여 평균, 표준편차, 빈도, 백분율(%)을 분석하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성, 임상적 특성에 따른 정서 상태, 모성 역할 자신감, 지각된 간호사의 지지 정도의 차이에 대한 검증은 명목 변수인 경우 independent t-test와 one-way ANOVA를 사용하여 분석하였고, 연속 변수인 경우 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 3) 정서 상태, 모성 역할 자신감, 지각된 간호사의 지지 간의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.

# V. 연구 결과

### 1. 미숙아 어머니의 특성

본 연구에 참여한 미숙아 어머니의 산과적 특성과 일반적특성은 각각 Table 1과 같다. 대상자의 평균 연령은 36.0세였고, 만 35세 이상에서 39세까지의 연령 층이 49.2%로 가장 많은 비율을 차지하고 있고, 대상자의 최소 연령은 28세, 최고 연령은 43세였다. 결혼 기간은 평균 4.8년이고, 2년 이내의 그룹이 29.2%로 가장 많은 비율을 차지하고 있다.

대상자의 임신 방법은 자연 임신이 50.8%, 인공 임신이 49.2%였으며, 인공 임신 중 IVF-ET 방법이 86.2%, CC+COH-IUI(Clomiphene citrate for Controlled ovarian hyperstimulation - Intrauterine insemination) 방법이 13.8%을 차지하였고, 횟수는 평균 2.8회이며, 최대는 12회였다. 대상자의 임신 합병증이 있는 경우는 29.2%를 차지하였고, 자간전증이 가장 비율을 보였다. 분만형태는 자연분만이 44.6%, 제왕절개가 55.4%를 차지하였다.

### 2. 미숙아의 특성

본 연구에 참여한 미숙아의 일반적 특성은 Table 2과 같다. 미숙아의 경우 평균 출생 시 재태 주수는 31.3주였고, 32주이상에서 37주 미만 그룹이 53.9%를 가장 많았다. 출생 시 체중은 평균 1628.7g이고, 최소 430g에서 최대 2722g으로, 1500g이상에서 2000g미만 그룹이 35.4%를 가장 많은 비율을 차지하였다. 퇴원 시 체중은 평균 2471.2g으로, 최소 1750g에서 최대 5450g으로, 2000g 이상에서 3000g 미만 그룹이 66.2%로 가장 많았다.

미숙아의 수유 형태는 모두 경구 수유가 가능한 상태에서 퇴원하였으며, 미숙아가 입원 시 받은 치료 행위 중 수술을 받은 적 있는 경우 20.0%, 받은 적이 없는 경우 80.0%로 수술을 받은 적이 없는 경우가 더 많았으며, 입원 중 호흡 보조 치료를 받은 적이 있는 경우 66.2%, 없는 경우 33.8%로, 받은 적이 있는 미숙아의 평균 치료 기간은 40.2일이었다, 복막 투석, 신 대체 요법, 체외 막산소요법의 경우 받은 미숙아가 없었으며, 진단명은 RDS(Respiratory Distress Syndrome)가 가장 많은 비율을 차지하였다.

Table 1. Characteristics of the mothers

Age(yrs)       <30       5(7.7)       36.0(3.7)/         30−34       16(24.6)       (28-43)         35−39       32(49.2)       ≥40       12(18.5)         Length of       ≤2       19(29.2)       4.8(3.3)/         marriage(year)       3-4       17(26.2)       (0.5-16)         5-6       11(16.9)       7-8       10(15.4)       ≥9       8(12.3)         Type of pregnancy       Spontaneous       33(50.8)       Artificial       32(49.2)         Obstetrical complications       Yes       19(29.2)       No         No       46(70.8)         Type of delivery type       Vaginal       29(44.6)       29(44.6)         Cesarean       36(55.4)         Perceived own       Very healthy       8(12.3)         Healthy       30(46.2)         Average       23(35.4)         Unhealthy       4(6.1)         Very Unhealthy       0(0.0)         Perceived baby's       Very Healthy       3(756.9)         Average       12(18.5)       12(18.5)         Unhealthy       4(6.1)       4(6.1)         Very Unhealthy       0(0.0) <td< th=""><th>Characteristics</th><th>Categories</th><th>N(%)</th><th colspan="2">Mean(SD) /Min-Max</th></td<>	Characteristics	Categories	N(%)	Mean(SD) /Min-Max	
30-34   16(24.6)   (28-43)     35-39   32(49.2)     ≥40   12(18.5)     Length of   ≤2   19(29.2)   4.8(3.3)/     marriage(year)   3-4   17(26.2)   (0.5-16)     5-6   11(16.9)   7-8   10(15.4)     ≥9   8(12.3)     Type of pregnancy   Spontaneous   33(50.8)     Artificial   32(49.2)     Obstetrical complications   Yes   19(29.2)     No   46(70.8)     Type of delivery type   Vaginal   29(44.6)     Cesarean   36(55.4)     Perceived own   Very healthy   8(12.3)     health status   Healthy   30(46.2)     Average   23(35.4)     Unhealthy   4(6.1)     Very Unhealthy   12(18.5)     health status   Healthy   37(56.9)     Average   12(18.5)     Unhealthy   4(6.1)     Very Unhealthy   0(0.0)     Perception of   Very Enough   30(46.2)     spouse support   Enough   27(41.5)     Average   7(10.8)     Very Low   1(1.5)     Perceived spouse's   Good   41(63.1)     readiness as the father   Average   15(23.1)     Low   9(13.8)     Helper of childcare   Yes   51(78.5)     after discharge   No   14(21.5)     Number of NICU visits   1-2   32(50.0)   3.0(1.8)/     per week   3-4   16(25.0)   (1-8)     Time spent   ≤30   27(42.2)   43.9(24.2)/     on NICU visit(minute)   31-59   14(21.9)   (5-120)	Age(vrs)	<30	5(7.7)		
S5-39   32(49.2)   ≥40   12(18.5)	3-0-2)	30-34			
Length of marriage(year)         ≤2         19(29.2)         4.8(3.3)/(0.5-16)           marriage(year)         3-4         17(26.2)         (0.5-16)           5-6         11(16.9)         7-8         10(15.4)           ≥9         8(12.3)         8(12.3)           Type of pregnancy         Spontaneous Artificial         32(49.2)           Obstetrical complications         Yes         19(29.2)           No         46(70.8)         46(70.8)           Type of delivery type         Vaginal         29(44.6)           Cesarean         36(55.4)           Perceived own         Very healthy         8(12.3)           health status         Healthy         30(46.2)           Average         23(35.4)         4(6.1)           Very Unhealthy         0(0.0)         0(0.0)           Perceived baby's         Very healthy         12(18.5)           health status         Healthy         37(56.9)           Average         12(18.5)           Unhealthy         4(6.1)           Very Unhealthy         0(0.0)           Perception of         Very Enough         30(46.2)           spouse support         Enough         27(41.5)				(==/	
Length of marriage(year)         ≤2         19(29.2)         4.8(3.3)/(0.5-16)           marriage(year)         3-4         17(26.2)         (0.5-16)           5-6         11(16.9)         7-8         10(15.4)           ≥9         8(12.3)         8(12.3)           Type of pregnancy         Spontaneous Artificial         32(49.2)           Obstetrical complications         Yes         19(29.2)           No         46(70.8)         46(70.8)           Type of delivery type         Vaginal         29(44.6)           Cesarean         36(55.4)           Perceived own         Very healthy         8(12.3)           health status         Healthy         30(46.2)           Average         23(35.4)         4(6.1)           Very Unhealthy         0(0.0)         0(0.0)           Perceived baby's         Very healthy         12(18.5)           health status         Healthy         37(56.9)           Average         12(18.5)           Unhealthy         4(6.1)           Very Unhealthy         0(0.0)           Perception of         Very Enough         30(46.2)           spouse support         Enough         27(41.5)		≥40	12(18.5)		
marriage(year)       3-4	Length of	≤2		4.8(3.3)/	
5-6	_	3-4			
≥9	<b>3</b> . <b>.</b>	5-6	11(16.9)		
Type of pregnancy         Spontaneous Artificial         33(50.8) 32(49.2)           Obstetrical complications         Yes 19(29.2) No 46(70.8)           Type of delivery type         Vaginal 29(44.6) Cesarean 36(55.4)           Perceived own         Very healthy 8(12.3) No 46.2)           health status         Healthy 30(46.2) No 46.1           Average 23(35.4) Unhealthy 4(6.1) Very Unhealthy 4(6.1) Very Unhealthy 37(56.9) No 40(6.9) No		7-8	10(15.4)		
Type of pregnancy         Spontaneous Artificial         33(50.8) 32(49.2)           Obstetrical complications         Yes 19(29.2) No 46(70.8)           Type of delivery type         Vaginal 29(44.6) Cesarean 36(55.4)           Perceived own         Very healthy 8(12.3) No 46.2)           health status         Healthy 30(46.2) No 46.1           Average 23(35.4) Unhealthy 4(6.1) Very Unhealthy 4(6.1) Very Unhealthy 37(56.9) No 40(6.9) No		≥9	8(12.3)		
Artificial         32(49.2)           Obstetrical complications         Yes         19(29.2)           No         46(70.8)           Type of delivery type         Vaginal         29(44.6)           Cesarean         36(55.4)           Perceived own         Very healthy         8(12.3)           health status         Healthy         30(46.2)           Average         23(35.4)         Unhealthy           Unhealthy         4(6.1)         Very Unhealthy           Very Unhealthy         0(0.0)         Very Unhealthy           Average         12(18.5)         Very Unhealthy           Very Unhealthy         0(0.0)         Very Unhealthy           Very Unhealthy         0(0.0)           Perception of         Very Enough         30(46.2)           spouse support         Enough         27(41.5)           Average         7(10.8)         Yery Low           Very Low         1(1.5)           Perceived spouse's         Good         41(63.1)           readiness as the father         Average         15(23.1)           Low         9(13.8)           Helper of childcare         Yes         51(78.5)           after discharge         No	Type of pregnancy	Spontaneous		_	
Obstetrical complications         Yes No         19(29.2) 46(70.8)           Type of delivery type         Vaginal Cesarean         29(44.6) 29(44.6)           Perceived own         Very healthy         8(12.3) 8(12.3)           health status         Healthy         30(46.2) 3(35.4)           Average         23(35.4) 23(35.4)         Unhealthy           Unhealthy         4(6.1) 4(6.1)           Very Unhealthy         37(56.9)           Average         12(18.5) 12(18.5)           Unhealthy         4(6.1) 3(18.5)           Very Unhealthy         0(0.0)           Perception of         Very Enough         30(46.2)           spouse support         Enough         27(41.5)           Average         7(10.8) 7(10.8)           Very Low         1(1.5)           Perceived spouse's         Good         41(63.1)           readiness as the father         Average         15(23.1)           Low         9(13.8)           Helper of childcare         Yes         51(78.5)           after discharge         No         14(21.5)           Number of NICU visits         1-2         32(50.0)         3.0(1.8)/           per week         3-4         16(25.0)         (1-8)		-			
No	Obstetrical complications	Yes			
Type of delivery type         Vaginal Cesarean         29(44.6) 36(55.4)           Perceived own health status         Very healthy Healthy 30(46.2)         8(12.3)           health status         Healthy 30(46.2)         4(6.1)           Average 23(35.4) Unhealthy 4(6.1)         4(6.1)           Very Unhealthy 0(0.0)         12(18.5)           health status         Healthy 37(56.9)           Average 12(18.5)         12(18.5)           Unhealthy 4(6.1)         4(6.1)           Very Unhealthy 0(0.0)         9(0.0)           Perception of spouse support         Enough 27(41.5)           Average 7(10.8)         27(41.5)           Average 7(10.8)         7(10.8)           Very Low 1(1.5)         1.5           Perceived spouse's readiness as the father Average 15(23.1)         15(23.1)           Low 9(13.8)         1.5           Helper of childcare Yes 51(78.5)         3(17.8)           after discharge No 14(21.5)         No 14(21.5)           Number of NICU visits 1-2 32(50.0) 3.0(1.8)/           per week 3-4 16(25.0) (1-8)           5-6 13(20.3) 7-8 3(4.7)           Time spent 500 27(42.2) 43.9(24.2)/           on NICU visit(minute) 31-59 14(21.9) (5-120)		-			
Cesarean   36(55.4)	Type of delivery type				
Perceived own health status         Very healthy Average (Unhealthy Very Unhealthy Very Unhealthy Very Unhealthy Very Unhealthy (Unhealthy Very Unhealthy Very Unhealthy (Unhealthy (U	Type of demining type	_	()		
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	Perceived own				
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		•	, , ,		
Unhealthy Very Unhealthy       4(6.1) (0.0)         Perceived baby's health ystatus       Very healthy (12(18.5))         Health status       Healthy (37(56.9))         Average (12(18.5))       12(18.5)         Unhealthy (10(0.0))       4(6.1)         Very Unhealthy (10(0.0))       0(0.0)         Perception of (10(0.0))       Very Enough (10(0.8))         Spouse support (10(0.8))       27(41.5)         Average (10(0.8))       7(10.8)         Very Low (1(1.5))       1(1.5)         Perceived spouse's (10(0.8))       Good (1(1.5))         readiness as the father (10(0.8))       Average (15(23.1))         Low (11(0.8))       15(23.1)         Low (10(0.8))       9(13.8)         Helper of childcare (10(0.8))       Yes (17(8.5))         after discharge (10(0.8))       No (14(21.5))         Number of NICU visits (10(0.8))       1-2 (32(50.0)) (3.0(1.8))         yer week (10(0.8))       3-4 (16(25.0)) (1-8)         5-6 (13(20.3))       7-8 (3(4.7))         Time spent (10(0.8))       27(42.2) (43.9(24.2))         on NICU visit(minute) (10(0.8))       31-59 (14(21.9)) (5-120)	11541111 514145				
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$			, , ,		
Perceived baby's health status         Very healthy 37(56.9)           Average 12(18.5)         12(18.5)           Unhealthy Very Unhealthy 50(0.0)         4(6.1)           Perception of spouse support 80 support		•			
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	Perceived baby's				
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		•			
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		_			
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		Very Unhealthy	0(0.0)		
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	Perception of				
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	•				
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	•	_			
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		Very Low	1(1.5)		
$ \begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	Perceived spouse's				
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	•	Average	15(23.1)		
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$			9(13.8)		
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	Helper of childcare	Yes	51(78.5)		
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	_	No			
$ \begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		1-2	32(50.0)	3.0(1.8)/	
$ \begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		3-4	16(25.0)		
	-	5-6	13(20.3)		
Time spent $\leq 30$ 27(42.2) 43.9(24.2)/ on NICU visit(minute) 31–59 14(21.9) (5–120)		7-8			
on NICU visit(minute) 31–59 14(21.9) (5–120)	Time spent	≤30		43.9(24.2)/	
	=	=			
$\geq$ 60 23(35.9)		≥60	23(35.9)		

Table 2. Characteristics of the premature babies

(N=65)

Characteristics	Categories	N(%)	Mean(SD) /Min-Max
Diagnosis	Respiratory Distress Syndrome	27	
	Congenital anomaly	12	
	Hypoglycemia	9	
	Broncho Pulmonary Dysplasia	8	
	Apnea of prematurity	7	
	Retinopathy of Prematurity	6	
	Intra Ventricle Hemorrhage &	5	
	Seizure		
Gestational age	≤27+6	14(21.5)	31.3(3.9)/
at birth(week)	28-31+6	12(18.5)	(23-37)
	32-36+6	35(53.9)	
	≥37	4(6.1)	
Birth weight(gm)	<750	7(10.8)	1628.7
	750-0.99	6(9.2)	(585.7)/
	1.0-1.49	11(16.9)	(430-2722)
	1.50-1.99	23(35.4)	
	≥2.0	18(27.7)	
Body weight	<2.0	13(20.0)	2471.2
at discharge(gm)	2.0-2.99	43(66.2)	(634.2)/
	3.0-3.99	7(10.8)	(1750-5450)
	≥4.0	2(3.1)	
Length of stay	<10	5(7.7)	43.9(41.8)/
in NICU(day)	10-19	25(38.5)	(7-164)
	20-49	12(18.5)	
	≥50	23(35.3)	
Operation history	Yes	13(20.0)	
•	No	52(80.0)	
Use of respiratory	Yes	43(66.2)	
assist treatment	No	22(33.8)	
Duration of	<10	20(46.5)	40.2(49.9)/
respiratory assist	10-24	4(9.3)	(1-180)
treatment	25-49	4(9.3)	
(n=43)	≥50	15(34.9)	
Need of	Yes	9(13.8)	
respiratory	No	56(86.2)	
therapy			
after discharge			

# 3. 미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지

미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지를 도구로 분석한 결과는 Table 3과 같다. 미숙아 어머니의 정서 상태 중 긍정적 정서는 평균 32.48점, 부정적 정서는 평균 23.82점으로 긍정적 정서의 평균 점수가 부정적 정서보다 높게 나타났다.

미숙아 어머니의 모성 역할 자신감은 평균 88.26점이었고, 최소 50점, 최대 145점의 결과를 나타냈다.

미숙아 어머니가 지각하는 간호사의 지지는 4점 척도 도구로 분석한 결과, 지각하는 간호사의 지지는 평균 69.60점으로 최소 46점, 최대 84점의 결과를 나타냈다.

Table 3. Degree of Mood state, Maternal role confidence and Perceived nurse support of the Mothers (N=65)

Variables	Mean(SD)	Min-Max	Possible Score
Mood state			
- Positive mood state	32.48(7.50)	11-49	10-50
- Negative mood state	23.82(7.19)	10-46	10-50
Maternal role confidence	88.26(20.66)	50-145	31-155
Perceived nurse support	69.60(10.23)	46-84	21-84

# 4. 미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신감과 지각된 간호사의 지지 간의 관계

미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지 간의 관계를 분석한 결과는 Table 4와 같다. 미숙아어머니의 긍정적 정서와 부정적 정서는 유의한 부적 상관관계가 있으며(r=-.34, p=.006), 미숙아 어머니가 지각하는 간호사의지지는 부정적 정서 상태와는 유의한 상관관계가 없었으나(r=-.22, p=.080), 긍정적 정서와는 유의한 정적 상관관계가 있었다 (r=.35, p=.004). 미숙아 어머니가 지각하는 간호사의 지지와 모성 역할자신감은 유의한 상관관계가 없었으며(r=.07, p=.563), 미숙아어머니의 모성 역할 자신감과 긍정적, 부정적 정서 상태 모두유의한 상관관계가 없었다 (r=.17, p=.173, r=-.19, p=.130).

Table 4. Correlations among Mood state, Maternal role confidence and Perceived nurse support of the Mothers (N=65)

Variables	Positive mood state r(p)	Negative mood state r(p)	Maternal role confidence r(p)
Perceived nurse support	.35(.004)	22(.080)	.07(.563)
Positive mood state	1	34(.006)	.17(.173)
Negative mood state		1	19(.130)

## 5. 미숙아 어머니의 특성에 따른 정서 상태와 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지의 차이

미숙아 어머니의 특성에 따른 미숙아 어머니의 정서 상태, 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지 정도의 차이 및 미숙아 어머니의 특성과 미숙아 어머니의 간호사의 지지도, 미숙아 어머니의 정서 상태 및 모성 역할 자신감과의 상관관계는 Table 5와 같다.

미숙아 어머니의 긍정적 정서는 어머니가 인지하는 본인의 건강 상태(F=2.99, p=.038)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 신생아 중환자실 면회 시 머문 시간(r=.30, p=.017)에 따라 통계적으로 유의한 정적 상관관계를 보였다.

미숙아 어머니의 부정적 정서는 어머니가 인지하는 본인의 건강 상태(F=3.47, p=.021), 아기의 건강 상태(F=5.61, p=.002), 어머니가 인지하는 배우자의 지지(F=4.96, p=.004)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

미숙아 어머니가 지각하는 간호사의 지지는 어머니가 인지하는 배우자의 아버지로서 준비 정도(F=3.62, p=.030)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

6. 미숙아의 특성에 따라 미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지의 차이

미숙아의 특성에 따른 미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신감 및 지각된 간호사의 지지의 차이는 Table 6과 같다.

부정적 정서는 어머니가 미숙아의 퇴원 시 체중(r=.25, p=.049)와 통계적으로 유의한 정적 상관관계를 보였다.

Characteristics	Positive moo	Positive mood state		Negative mood state		Maternal role confidence		Perceived nurse support	
	Mean(SD)	F/t/r(p)	Mean(SD)	F/t/r(p)	Mean(SD)	F/t/r(p)	Mean(SD)	F/t/r(p)	
Age		08(.52)		02(.90)		.12(.35)		06(.64)	
Length of marriage(year)		05(.71)		.18(.15)		.10(.45)		05(.68)	
Type of Pregnancy									
Spontaneous(n=33)	32.24(6.85)	25(.80)	24.06(6.13)	.28(.78)	89.15(21.07)	35(.73)	69.55(8.80)	04(.97)	
Artificial insemination(n=32)	32.72(8.22)		23.56(8.24)		87.34(20.52)		69.66(11.67)		
Obstetrical complications									
Yes(n=18)	31.17(6.91)	87(.39)	24.72(8.03)	.63(.53)	86.22(20.81)	49(.63)	68.28(9.69)	64(.52)	
No(n=47)	32.98(7.72)		23.47(6.91)		89.04(20.77)		70.11(10.49)		
Type of Delivery type									
Vaginal(n=29)	34.28(7.71)	1.77(.08)	23.03(7.50)	78(.44)	92.07(20.79)	1.34(.18)	68.41(11.51)	84(.41)	
Cesarean(n=36)	31.03(7.10)		24.44(6.99)		85.19(20.32)		70.56(9.13)		
Perceived own health status									
Very healthy(n=8)	37.63(8.52)	2.99(.04)	20.88(7.94)	3.47(.02)	92.38(21.43)	.57(.64)	75.63(12.95)	1.64(.19)	
Healthy(n=30)	32.63(7.03)		22.03(6.33)		90.53(19.44)		69.07(9.65)		
Average(n=23)	31.83(6.48)		25.87(6.78)		85.22(23.28)		69.43(8.71)		
Unhealthy(n=4)	24.75(9.50)		31.25(8.50)		80.50(12.50)		62.50(14.82)		
Perceived baby's health status									
Very healthy(n=12)	32.92(6.93)	.76(.52)	19.83(6.03)	5.61(.002)	90.67(26.92)	1.45(.24)	72.00(11.15)	.94(.43)	
Healthy(n=37)	33.38(7.86)		22.84(5.70)		91.24(18.66)		70.32(8.79)		
Average(n=12)	30.33(7.83)		30.08(9.06)		81.67(19.16)		65.58(13.47)		
Unhealthy(n=4)	29.25(3.78)		26.00(6.38)		73.25(17.69)		67.75(9.22)		
Perception of spouse support									
Very Enough(n=30)	34.60(7.29)	1.62(.19)	21.07(6.23)	4.96(.004)	91.70(20.56)	.95(.42)	72.37(9.11)	2.30(.09)	
Enough(n=27)	30.93(8.10)		27.48(7.54)		83.15(19.81)		67.93(10.54)		
Average(n=7)	29.43(3.82)		22.43(3.21)		92.57(24.60)		3.00(10.99)		
Very Low(n=1)	32.00(0.0)		17.00(0.0)		93.00(0.0)		78.00(0.0)		
Perceived spouse's readiness									
as the father									
Good(n=41)	33.85(7.31)	2.38(.10)	22.68(6.95)	1.49(.23)	71.54(9.06)	2.12(.13)	92.95(22.02)	3.72(.03)	
Average(n=15)	31.20(8.33)		25.27(7.58)		65.73(12.49)		83.73(14.79)		
Low(n=9)	28.33(5.39)		26.56(7.28)		67.22(10.01)		74.44(15.52)		
Number of NICU visits per week		.16(.20)		03(.79)		12(.34)		02(.89)	
Time spent on NICU visit(minute)		.30(.02)		11(.40)		.16(.22)		.14(.27)	
Helper of childcare after discharge									
Yes(n=51)	32.75(7.88)	.55(.57)	23.84(7.19)	.06(.953)	88.78(20.39)	.39(.70)	69.55(11.10)	08(.94)	
No(n=14)	31.50(6.05)		23.71(7.49)		86.36(22.30)		69.79(6.42)		

Table 6. Differences and Correlations of Study Variables according to the Premature babies characteristics

(N=65)

Characteristics	Positive mood state		Negative mood state		Maternal role confidence		Perceived nurse support	
	Mean(SD)	t/r(p)	Mean(SD)	t/r(p)	Mean(SD)	t/r(p)	Mean(SD)	t/r(p)
Gestational age at birth(week)								
$\leq 27 + 6(n=14)$	33.71(9.12)	.51(.68)	25.21(8.37)	.59(.62)	89.36(22.56)	.09(.96)	67.29(10.75)	.51(.68)
28-31+6(n=12)	31.17(7.13)		22.33(5.82)		90.17(21.88)		70.67(9.99)	
32-36+6(n=35)	32.80(7.31)		23.43(7.10)		87.00(20.190		70.54(9.23)	
$\geq 37(n=4)$	29.25(4.27)		26.75(8.62)		89.75(22.01)		66.25(18.63)	
Birth weight(gm)		04(.77)		06(.62)		07(.59)		.01(.92)
Body weight at discharge(gm)		03(.84)		.25(.04)		.10(.43)		15(.25)
Length of stay in NICU(days)		.11(.40)		.17(.19)		.13(.30)		05(.72)
Operation history								
Yes(n=13)	33.30(9.26)	.28(.78)	25.85(9.08)	1.14(.26)	95.46(23.18)	1.42(.16)	64.92(10.48)	-1.88(.07)
No(n=52)	32.35(7.09)		23.31(6.65)		86.46(19.81)		70.77(9.93)	
Use of respiratory assist treatment								
Yes(n=22)	32.50(6.12)	.02(.99)	24.23(7.30)	.65(.52)	87.91(17.68)	10(.92)	70.00(12.28)	.22(.82)
No(n=43)	32.47(8.18)		23.00(7.07)		88.44(22.22)		69.40(9.16)	
Duration of respiratory assist		.19(.21)		.19(.23)		.17(.29)		10(.52)
treatment								
(n=43)								
Need of respiratory therapy								
after discharge	35.11(4.46)	1.14(.26)	25.78(7.89)	.88(.38)	84.11(18.35)	64(.52)	67.67(5.32)	61(.55)
Yes(n=9)	32.05(7.82)		23.50(7.10)		88.93(21.08)		69.91(10.82)	
No(n=56)								

## Ⅵ. 논의

최근 우리나라의 저출산 고령 임부 증가 추세와 함께 미숙아 출생과 모아 간호의 중요성이 대두되고 있다. 이에 본 연구에서는 신생아중환자실에 입원한 미숙아의 어머니의 정서 상태와 어머니로서 역할 수행에 대한 자신감 및 그들이 지각하는 간호사의 지지를 조사 분석하였다.

#### 1. 미숙아 어머니가 지각하는 간호사의 지지와 정서 상태

본 연구에서는 미숙아 어머니가 지각된 간호사의 지지와 부정적 정서와는 관련성이 없었던 반면, 긍정적 정서 상태가 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다. Davis 등 (2003)의 연구와 같이 간호사의 지지와 미숙아 어머니들이 겪는 우울을 포함한 부정적 정서 간의 관계는 이전 연구를 통해 밝혀진데 반해, 이들의 긍정적 정서 상태와의 관계에 대한 연구는 거의 보고된 바 없었다. 본 연구 결과와 Dokuhaki 등(2021)의 연구에서 어머니의 긍정적 정서가 높을수록 신생아의 정신적 건강이 양호하다는 밝혀진 점을 고려한다면, 미숙아 어머니의 긍정적 정서가 미숙아와어머니 모두의 건강에 긍정적인 영향을 주기 때문에, 간호사의 지지와 긍정적 정서와의 관련성에 대한 연구가 많이 시행될 필요가 있다. 무엇보다도, 간호사의 훈련된 의사소통을 통한 미숙아 어머니에게 충분한 정보 제공 및 공감적 표현을 통한 정서적 지지는 긍정적인 정서 상태 증진과 함

께 간호사의 지지를 더욱 효과적으로 느끼도록 할 것으로 사료된다.

이와 더불어, 미숙아 어머니의 긍정적 정서와 신생아 중환자실 면회에서 머문 시간은 유의한 정적 상관관계를 보였는데, 이는 면회 시 간호사의 지지와 아기와의 대면, 양육 연습을 통해 긍정적 정서 상태가 증진하였을 수도 있지만, 긍정적 정서 상태가 높은 어머니가 오랜 시간 면회를 하면서 양육 연습과 지지를 받을 수 있는 것으로 여겨진다. 이에 간호사의 충분하고 섬세한 지지 제공을 위하여 어머니의 긍정적 정서 상 태에 대한 연구가 필요함이 사료된다.

한편, 미숙아 어머니가 지각하는 간호사의 지지 결과는 퇴원 직전에 측정된 점, 그리고 아기의 평균 재원 일수가 약 44일로 짧지 않은점을 고려하였을 때, 간호사와의 라포 형성을 통하여 지속적으로 증가한결과일 수 있으며, 따라서 입원 후 시점에 따라 간호사의 지지가 다를 수있음을 고려해야 할 필요가 있다. 아기의 재원 일수 또한 다양하므로, 미숙아 어머니를 대상으로 분만 후 경과기간에 따른 정서 상태 및 지지의종류 및 방법, 그에 대한 필요성을 확인하는 것이 중요하다고 사료된다.

미숙아 어머니의 정서 상태의 경우, 미숙아를 출산한 경산모를 대상으로 한 Cuellar와 Hill (2010) 연구의 긍정적 정서와 부정적 정서점수인 23.0점, 17.45점보다 본 연구에서 긍정적 정서, 부정적 정서가 모두 높게 측정되었다. 또한 미숙아 어머니가 만삭아 어머니에 비하여 부정적 정서가 높았고(Capafons et al., 2017), 긍정적 정서가 보다 낮았다는

연구 결과(Korja et al., 2009)를 고려하였을 때, 미숙아의 갑작스러운 출산과 자녀의 신생아 중환자실 입원이라는 충격적인 경험에(Altimier & Phillips, 2013) 취약함을 보여주는 것으로 사료된다. 반면, 일반 성인을 대상으로 한 Crawford 와 Henry(2004) 연구와 비교할 때 긍정적 정서는 31.31점으로 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 이는 앞으로 미숙아어머니들의 긍정적 정서 상태에도 초점을 둔 연구가 필요하고 미숙아 출산 후 어머니의 정서 상태 변화 양상을 확인하여, 이에 따른 간호사의 지지도 세심한 적용이 필요함으로 여겨진다.

한편, 본 연구에서 미숙아 어머니의 부정적 정서 상태는 어머니가 인지하는 본인과 아기의 건강 상태에 따라 유의한 차이를 보였고, 궁정적 정서 상태는 어머니가 인지하는 본인 건강 상태에 따라 유의한 차이를 보였다. Lee와 Ju (2014)의 연구에서 어머니가 인지하는 아기의 건강상태는 산후 우울이 있는 어머니에게서 유의하게 낮게 측정되었으며,이는 본 연구에서 유사하게 나타났다. 따라서 건강하지 않다고 인식하는 어머니의 경우, 산후 우울 발생률이 높다는 선행연구(Lee & Ju, 2014)와본 연구의 결과를 고려하면, 미숙아 어머니를 대상으로 정서 상태 증진을위하여 간호사의 아기 상태에 대한 충분한 설명 및 정서적 지지 제공을통한 인지하는 본인과 아기 건강 상태에 대한 인식 확인 및 개선이 필요한 것으로 사료되며,이는 주변의 지지,지식과 정보가 심리적 출산으로도모하여 (Neerland, 2018),정서적,심리적으로 양육 준비에 도움이 될

것으로 여겨진다.

또한 미숙아 어머니의 부정적 정서는 아기의 퇴원 시 체중과 유의한 정적 상관관계가 있었지만 재원 기간과는 관련이 없었다. 이는 본연구 결과에서 어머니의 부정적 정서 상태는 재원기간에 비례하지 않고, 퇴원 시 아기의 체중은 어머니의 아기 건강에 대한 인식과 분리되어 있었던 시간이 어머니의 양육 부담에 복합적으로 작용한 바로 사료된다.

#### 2. 배우자의 지지와 미숙아 어머니의 정서 상태

Davis 등 (2003)의 연구에서는 배우자 또는 파트너의 지지가 아기의 신생아 중환자실 입원이라는 부정적 정서의 완화제가 되는 중요한 정서적 지지이며, Milgrom 등 (2008)의 연구에서는 파트너의 지지 부족이 산후 우울의 중요한 예측인자라고 밝혀졌다. 본 연구 결과 배우자의 지지에 따라 어머니의 긍정적 정서 상태가 통계적으로 유의한 차이는 없었지만, 부정적 정서 상태는 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이는 부부가 서로 의지하고 도움을 줄 수 있는 관계일수록 미숙아 어머니의 부정적 정서 감소에 도움되는 것을 의미하며, 배우자의 지지가 낮은 어머니를 확인하고 도와주는 것이 필요함을 사료된다.

그러나 본 연구는 Covid 19가 유행하는 시기에 진행되어, 면회 제한으로 배우자와 함께 육아를 경험하고 공감하는 데에 제한이 있었음 을 고려해야 한다. 추후 연구에서는 부모의 정서 상태를 함께 측정하고 비교하여, 미숙아의 양육을 위하여 부부가 서로의 정서 상태를 보완하고 지지하도록 격려하는 것이 필요하다고 여겨진다.

본 연구에서 어머니가 인지하는 배우자의 아버지 준비도에 따라 간호사의 지지가 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 양육은 부모모두의 역할이며, 어머니가 가정에서 양육 환경이 준비가 잘 되었다고 느낄수록 지지를 더욱 효과적으로 받아들이는 것으로 해석할 수 있다. 이에 신생아 중환자실 간호사가 미숙아 어머니에게 보다 효과적으로 지지 제공하기해서 어머니와 아버지를 공동으로 교육하고 지지 제공하는 것이 필요함을 시사한다.

### 3. 미숙아 어머니의 모성 역할 자신감

미숙아 어머니의 모성 역할 자신감은 만삭아 어머니의 모성역할 자신감(Aydemir & Onan, 2020; Özkan & Polat, 2011)의 문항 평균 점수보다 낮은 수준이었다. 이는 미숙아 어머니가 만삭아 어머니와 달리 출산부터 스트레스와 심리적 고통을 받으며, 특히 신생아 중환자실에 입원한미숙아의 어머니는 아기와 물리적으로 분리되어 있는 상황으로 모성 역할에 제한을 받는데(Johnson, 2008), 이를 반영한 결과로 사료된다.

또한 본 연구는 초산모를 대상으로 시행되어, 경산모보다 모성역할 자신감이 낮다는(강경아 & 김신정, 2004) 선행 연구의 결과와 일치하였다. 이는 모성 역할 자신감은 양육 경험에 영향을 받으며

(Kristensen et al., 2018), 초산모가 어머니로서 역할을 전환하는데 어려움을 겪고 있음을 보여주는 결과로 사료된다.

한편, 사회적 지지가 높을수록 모성 역할 자신감이 높은 선행연구(Chung & Joung, 2011; Leahy-Warren, 2004; Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012)와는 달리, 본 연구는 간호사의 지지와 모성 역할 자신감과의 관련성이 유의미하지 않았다. 적절한 칭찬 및 정보제공은 초산모의 양육 자신감을 높이는 점(Leahy-Warren, 2004)과 돌봄지식 제공이 퇴원 전 모성 역할 자신감을 높인 연구 결과(Shieh et al., 2010)와 본 연구 결과를 고려하면, 신생아 중환자실 간호사가 미숙아 어머니를 대상으로 시행하고 있는 양육 연습과 교육 제공에 대한 개선과재고할 필요가 있음을 시사한다.

본 연구의 결과에서 지각된 간호사의 지지와 긍정적 정서와의 상 관 관계가 유의하지만 미숙아 어머니를 대상으로 시행한 연구가 많지 않아 일반화 하기 어렵다. 그렇지만 본 연구의 결과를 통해 미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할에 대한 어려움을 이해할 수 있을 것이다. 이는 미숙아 어머니에게 정서적 지지와 더불어 필요한 정보를 제공하여 긍정적 정서 증진 및 부정적 정서를 감소시키고, 아기 돌보기에 대한 자신감을 증진하여, 간호사의 지지를 더욱 효과적으로 받아들일 수 있도록 하기위한 어머니의 인지 개선이 필요함을 보여준 결과이다. 더 나아가 본 연구 결과는 Covid 19 유행 상황에서의 미숙아의 어머니가 인식하는 간호

사의 지지, 미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신감을 측정한 기초 자료이며, 미숙아 어머니의 요구도에 맞는 체계적인 지지 간호의 증진 및 개발을 위한 근거 자료가 될 것으로 사료된다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

- 1) 본 연구 대상자는 S대학교 병원의 신생아 중환자실에 입원한 미숙아 어머니를 한정되었기에 환자 중증도, 병원 규모 등을 고려할 때 모든 미 숙아 어머니로 결과를 일반화하기에 제한이 있다.
- 2) 미숙아 어머니의 정서 상태, 모성 역할 자신감과 지각하는 간호사의 지지와의 상관 관계를 파악하였으며 모성 역할 자신감과 간호사의 지지와는 달리 미숙아 어머니의 정서 상태를 동일한 도구를 사용하여 측정한 선행연구가 부족하여 비교에 제한이 있다.
- 3) 본 연구에서 측정한 미숙아 어머니의 정서 상태는 미숙아 어머니를 대상으로 시행한 선행 연구가 많지 않으며, 정서 상태와 모성 역할 자신 감의 측정 도구는 미숙아 어머니의 특성에 맞춘 도구가 아니므로 해석에 주의해야 하며, 미숙아 어머니의 특성에 맞추어 수정될 필요가 있다.
- 4) 본 연구는 Covid 19 유행 상황에서 진행되어 다른 연구의 대상자 집단이 입원한 병원의 면회 방식과는 달리 1인 면회 제한 및 면회를 위한절차의 지속적인 변경 및 어려움을 고려하였을 때 결과를 해석하는데 제한이 있어 추후 반복 연구가 필요하다.

5) 본 연구에서 미숙아의 특성 및 입원기간 등의 범주가 넓어 미숙아 어머니의 지지 요구도와 만족도, 정서 상태의 변화와 역할 획득 및 자신감을 포괄하여 분석하는 데 제한이 있다. 추후 입원 시점부터 어머니의 역할 변화 단계와 건강 상태 변화에 따른 주요 변수들에 관한 연구가 필요하다.

본 연구는 연구 대상자 선정 및 도구 선정 그리고 관련 연구 부족, Covid 19 유행 상황으로 인한 연구의 제한점이 있으나 미숙아 어머니를 대상으로 미숙아 어머니의 정서 상태, 모성 역할 자신감과 미숙아 어머니가 지각하는 간호사의 지지 정도와 이들 간의 관계를 파악하였다는데 의의가 있다.

향후 미숙아 어머니의 특성과 교육 요구도를 고려한 정서적, 정보적으로 양육 준비를 위한 교육 프로그램을 보완 및 개발되어 미숙아 어머니의 정서 상태, 모성 역할 자신감을 높이는 방안이 마련될 수 있길 기대한다.

## Ⅶ. 결론 및 제언

본 연구는 미숙아 어머니의 퇴원 시 정서 상태와 모성 역할 자신 감 및 지각된 간호사의 지지의 정도를 파악하고 이들 간의 관계를 파악하여, 궁극적으로 미숙아 어머니의 정서 상태와 모성 역할 자신감을 개선하기 위한 교육 및 정서적 지지 서비스에 대한 기초 자료 제공을 위한 목적으로 시행되었다.

현재 사회적으로 고령 임신과 인공 수정 임신 및 다태아 임신이점점 증가하는 추세로 이에 따라 미숙아 출산 또한 증가하고 있어, 미숙아 출산 및 양육에 대하여 어머니가 느끼는 정서 상태에 대하여 파악하였다. 본인의 건강 상태와 긍정적 정서 상태는 정적 상관관계를 보였으며, 본 연구 결과에서 긍정적 정서 상태가 높은 수준으로 어머니가 아기를 잘 키울 수 있는 정서적인 양육 조건이 갖춰진 것으로 볼 수 있다.

또한 긍정적 정서 상태는 어머니가 지각된 간호사의 지지와 면회시 머문 시간과 정적 상관관계를, 어머니가 인지한 본인과 아기의 건강상태가 낮을수록 높은 부정적 정서 상태를, 퇴원 시 체중과 부정적 정서상태는 정적 상관관계를 보였는데, 이는 어머니가 아기의 인식이 좋지 않을 경우, 퇴원 후 새롭게 맡아서 키우는 것에 부정적 정서를 느끼고, 힘들어 하는 것을 보여주는 결과이다. 이에 신생아 중환자실 간호사는 지지

의 효과를 높이기 위하여 미숙아 어머니의 본인과 아기의 건강에 대한 인식 및 긍정적 정서를 증진하고, 부정적 정서를 개선하도록 미숙아를 간 호하는 것 뿐만 아니라 추후 아기의 양육을 위하여 어머니를 지지하고 같이 협력하여, 돕는 것이 중요하다고 볼 수 있다.

이와 더불어, 미숙아 어머니가 인지하는 배우자의 아버지로서 준비 정도가 높을수록 간호사의 지지를 높게 지각하였는데, 이는 신생아 중환자실에서 간호사가 지지를 받아들이는데, 산모의 중요한 주변 환경인배우자의 영향이 큼을 의미한다. 이는 미숙아 어머니의 인식에 중요한 상호 작용을 미치는 아버지를 어머니와 같이 교육하고 지지하는 것이 필요함을 보여주며, 이에 대한 추후 연구가 필요하다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 신생아 중환자실 간호사가 미숙아 어머니의 긍정적 정서와 본인과 아기의 건강에 대한 인식을 증진시키고, 궁극적으로 양육을 위한 정서적 준비를 돕기 위한 교육 및 지지 서비스 중재 및 추후 연구가 필요하다. 둘째, 미숙아 어머니의 다양한 건강상태에 따른 신생아 중환자실 간호사가 제공할 수 있는 지지와 필요성 및 방법에 대한 추후 연구를 제언한다. 셋째, 미숙아 어머니의 출산 이후부터 퇴원 전까지 시기에 따른 정서 상태의 확인 및 시기에 맞춰 필요한 정서적 지지와 정보 제공 및 교육 등신생아 중환자실 간호사의 지지에 대한 추후 연구를 제언하는 바이다.

## 참고 문헌

- Ahn, S. H., & Kim, Y. M. (2015). Association of parenting stress es, maternal role adjustment, and types of feeding during hospital stays at birth to breastfeeding adaptation. *Kore an Journal of Women Health Nursing*. 21(4), 262-71.
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative

  Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core

  Measures for Family-Centered Developmental Care.

  Newborn and Infant Nursing Reviews, 13(1), 9-22.

  doi:10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Aydemir, S., & Onan, N. (2020). The Relationship Between

  Maternal Self-confidence and Postpartum Depression in

  Primipara Mothers: A Follow-Up Study. *Community Ment Health J, 56*(8), 1449-1456. doi:10.1007/s10597-02000588-6

- Bandura A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. *Englewood Cliffs*, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, C. T. (2003). Recognizing and screening for postpartum d epression in mothers of NICU infants. *Adv Neonatal Care,* 3(1), 37-46. doi:10.1053/adnc.2003.50013
- Birch, D. A. (1998). Identifying sources of social support. *J Sch Health, 68*(4), 159-161. doi:10.1111/j.1746
  1561.1998.tb06335.x
- Bos, S. C., Macedo, A., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B. R., Soares, M. J., & Azevedo, M. H. (2013). Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression? *Braz J Psychiatry*, *35*(1), 5-12.

  doi:10.1016/j.rbp.2011.11.002
- Brandon, D. H., Tully, K. P., Silva, S. G., Malcolm, W. F., Murtha,

- A. P., Turner, B. S., & Holditch-Davis, D. (2011). Emotional Responses of Mothers of Late-Preterm and Term Infants.

  Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing,

  40(6), 719-731. doi:https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01290.x
- Brazy, J., H. Anderson, B., Becker, P., & Becker, M. (2001). How
  Parents of Premature Infants Gather Information and
  Obtain Support. *Neonatal Network*(2), 41-48.
  doi:10.1891/0730-0832.20.2.41
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interve ntions for communicating with, supporting and providing i nformation to parents of preterm infants. *BMJ Open, 1*(1), e000023. doi:10.1136/bmjopen-2010-000023
- Bry, A., & Wigert, H. (2019). Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a

qualitative interview study. *BMC Psychol, 7*(1), 76. doi:1 0.1186/s40359-019-0354-4

Capafons, J. I., Darias, O., Prieto, P., Sosa, C. C., & Hernández, G. L. (2017). Perceived stress and positive and negative emotions in parents of preterm babies. *Ansiedada y Estrés,* 23(1), 27-31.

http://doi.org.ssl.oca.korea.ac.kr/10.1016/j.anyes.2017.03.

Cho, Y., Hummer, R. A., Choi, Y. J., & Jung, S. W. (2011). Late c hildbearing and changing risks of adverse birth outcomes in Korea. *Matern Child Health J, 15*(4),431-437. doi:10.1007/s10995-010-0611

Chung & Joung. (2011). Comparative Study on Predictors of Ma ternal Confidence between Primipara and Multipara. *J Kor*ean Acad Child Health Nurs. 17(3), 181-189

- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social s upport and buffers of life change stress. *Journal of Applie d Social Psychology, 3*, 99-125.
- Cuellar, E. H., & Hill, A. S. (2010). Mothers' mood and perceptions regarding their preterm infants' behavioral state following a feeding intervention. *Journal of Neonatal Nursing*, *16*(4), 173–183. doi:10.1016/j.jnn.2010.03.001
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-65. Retrieved from <a href="http://www.proquest.com.ssl.oca.korea.ac.kr/scholarly-journals/positive-negative-affect-schedule-panas-construct/docview/218638955/se-2?accountid=14558">http://www.proquest.com.ssl.oca.korea.ac.kr/scholarly-journals/positive-negative-affect-schedule-panas-construct/docview/218638955/se-2?accountid=14558</a>

- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The imp act of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev, 73*(1-2), 61-70.
- de Wit, S., Donohue, P. K., Shepard, J., & Boss, R. D. (2012). Moth er-clinician discussions in the neonatal intensive care unit: agree to disagree? *Journal of Perinatology*, *33*(4), 278-281. doi:10.1038/jp.2012.103
- Dokuhaki, S., Dokuhaki, F., & Akbarzadeh, M. (2021). The relationship of maternal anxiety, positive and negative affect schedule, and fatigue with neonatal psychological health upon childbirth. *Contracept Reprod Med, 6*(1), 12. doi:10.1186/s40834-021-00155-8
- Drewett, R., Blair, P., Emmett, P., Emond, A., & Team, A. S.

  (2004). Failure to thrive in the term and preterm infants o

  f mothers depressed in the postnatal period: a population

  -based birth cohort study.

- J Child Psychol Psychiatry, 45(2), 359-366. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00226.x
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geckil, E., & Sunar-Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depre ssion among new mothers in Eastern Turkey. *The Journal of Obstetric and Gynecology Research*, 34(4), 585-593.
- Erbaba, H., & Pinar, G. (2021). Association of perceived social support and maternal adaptation with postpartum depression in mothers of infants hospitalized in neonatal intensive care units. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(4), 251–256. doi:https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.11.005
- Feeley, N., Genest, C., Niela-Vilen, H., Charbonneau, L., & Axelin, A. (2016). Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation:
  - a qualitative study of NICU nurses' perceptions. *BMC Ped*iatr, 16, 134. doi:10.1186/s12887-016-0663-1

Fenwick, J., Barclay, L., & Schmied, V. (2001). Struggling to Mother: A Consequence of Inhibitive Nursing Interactions in the Neonatal Nursery. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 15*(2). Retrieved from <a href="https://journals.lww.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/">https://journals.lww.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/</a>
<a href="https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/">https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/</a>
<a href="https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/">https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/</a>
<a href="https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/">https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/</a>
<a href="https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/">https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/</a>
<a href="https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/">https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/</a>
<a href="https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/">https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/</a>
<a href="https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/09000/">https://www.com/jpnnjournal/Fulltext/2001/0900/</a>
<a href="h

Forgas, J. (1996). Mood and judgment: the affect infusion model(AIM). *Psychological Bulletin, 116*, 39-66.

Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., Ewald, U., Dykes, F., & the SCENE group. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive ca re. *Acta Paediatr, 101*(10), 1032-1037. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x

- Franck, L. S., Cox, S., Allen, A., & Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress.

  J Adv Nurs, 49(6), 608-615.

  doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x
- Gerstein, E. D., Njoroge, W. F. M., Paul, R. A., Smyser, C. D., & Rogers, C. E. (2019). Maternal Depression and Stress in the Neonatal Intensive Care Unit: Associations With Mother-Child Interactions at Age 5 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(3), 350-358.e352. doi:10.1016/j.jaac.2018.08.016
- Han, S. Y., & Chae, S. M. (2016). Perceived Parental Stress and

  Nursing Support for Fathers of High Risk Infants. *Child Health Nursing Research*, *22*(3), 190-198.

  doi:10.4094/chnr.2016.22.3.190
- Hynan, M. T., Mounts, K. O., & Vanderbilt, D. L. (2013). Screening parents of high-risk infants for emotional distress:

- rationale and recommendations. *J Perinatol, 33*(10), 748-753. doi:10.1038/jp.2013.72
- Ionio, C., Mascheroni, E., Colombo, C., Castoldi, F., & Lista, G. (2019). Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions. *Primary Health Care Research & Development, 20.* doi:10.1017/s1463423619000021
- Jabraeili, M., Arshadi, M., Nambar, H., Ghojazadeh, M., Jafarpou r, Z., & Najafi, F. (2018). Correlation of perceived nursing support with stress and self-confidence among the mothers of infants with congenital gastrointestinal anomalies. *Nursing and Midwidery studies*, 7(4). 163-167.
- Johnson, A. N. (2008). Promoting maternal confidence in the NICU. *J Pediatr Health Care, 22*(4), 254-257. doi:10.1016/j.pedhc.2007.12.012

- Jones, L., Rowe, J., & Becker, T. (2009). Appraisal, coping, and social support as predictors of psycological distress and parenting efficacy in parents of premature infants. *Childr en's Health Care, 38*(4), 245-262.
- Jung, K. H. (2009). Relationships among stress, social support a nd postpartum depression of mothers in early postpartum period. *Journal of the Korean Data Analysis Society, 11*(5), 2471-2485.
- Jung, Y. Y., & Kim, H. W. (2014). Factors associated with Postpartum Depression and Its Influence on Maternal Identity. *kjwhn,* 20(1), 29-37. doi:10.4069/kjwhn.2014.20.1.29
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support a nd health. *Med Care*, 15(5 SUPPL), 47-58.
  doi:10.1097/00005650-197705001-00006

- Kenner, C., & Lott, J. (2007). Comprehensive Neonatal Care: An Interdisciplinary Approach.
- Kiehl, M., & White, M. A. (2003). Maternal adaptation during chi ldbearing in Norway, Sweden, and the United States. *Sca ndinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 96-103
- Kim, E. S., Kim, E. Y., Lee, J. Y., Kim, J. L., Lee, H. J., & Lee, S. H. (2009). The effects of supportive nursing management on postpartum depression of mothers with premature infants.
  Journal of Korean Clinical Nursing Research, 15(3), 157–170.
- Kim, Y. O., Kim, S. H., Cho, C. Y., Choi, Y. Y., Kook, J. H., & Hw ang, T. J. (2003). Changes in incidence, survival rate and morbidity of very low birth weight infants. *J Korean Pedia tr Soc*, 46(8), 769-776.

- Koh, K. B., & Kim, S. K. (1991). A comparison of stress percept ion and psychopathology between pregnant and postpartu m women. *J Korean Neuropsychiatr Assoc, 30*(5), 863-872.
- Korean Academy of Nursing(Ed.). (1996). The great encyclopedia of nursing science. Seoul: Korean Dictionary Research Publishing
- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen,
  H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2009). Attachment
  representations in mothers of preterm infants. *Infant Behav*Dev, 32(3), 305-311. doi:10.1016/j.infbeh.2009.04.003
- Kristensen, I. H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., Pontoppidan, M., & Kronborg, H. (2018). First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. *Journal of Sexual &*

Reproductive Healthcare, 17, 43-49

- Lampinen, R., Vehvilainen-Julkunen, K., & Kankkunen, P. (2009).

  A review of pregnancy in women over 35 years of age.

  Open Nurs J, 3(3), 33-38.

  doi:10.2174/1874434600903010033
- Leahy-Warren, P. (2004). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488.
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs, 21*(34), 388-397. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x
- Lederman, R. P., Weigarten, C. G., Lederman, E. (1981). Postp artum Self-Evaluation Questionnaire: Measures of Maternal Adaptation. Birth Defects Original Article Series, XY II (6).

Lee, H. J. (2013). The Development and Evaluation of an Intern et Social Support Program on Mothers of Congenitally Ab normal Children. *Journal of East-West Nursing Research,*19(2), 159-167

http://dx.doi.org/10.14370/jewnr.2013.19.2.159

- Lee, J. Y., & Ju, H. O. (2014). Predictors of Early Postpartum

  Depression in Mothers of Preterm Infants in Neonatal

  Intensive Care Units. *Child Health Nursing Research*, 20(2).

  doi:10.4094/chnr.2014.20.2.87
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhrling, K. (2007). The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, *13*(4), 142–149. doi:10.1016/j.jnn.2007.05.004
- Melnyk, B. M., Crean, H. F., Feinstein, N. F., & Fairbanks, E. (2008). Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent

- empowerment program. *Nursing Research*, *57*(6), 383-394. doi:10.1097/NNR.0b013e3181906f59
- Mercer, R. T. (1981). A Theoretical framework for studying in f actors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30, 73-77.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226-232
- Miles, M. S., Carlson, J., & Brussen, S. (1999). The nurse parent support tool. *Journal of Pediatric Nursing*. 14(1), 44-50.
- Miles, M. S., Wilson, S. M., & Docherty, S. L. (1999). African American mother's responses to hospitalization of an infant with serious health problems. *Neonatal Network, 18*(8), 17-25.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr, 28*(1), 36-44,

#### doi:10.1097/01.DBP.0000257517.52459.7a

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayas, B., Barnett, B., Brooks, J., Eriksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008).
Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study, *Journal of Affective Disorders*, 108(1), 147-157.

http://doi.org.ssl.oca.korea.ac.kr/10.1016/j.jad.2007.10.01

- Mok, E., & Leung, S. F. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*. *15*(6), 726-734
- Montazeri, A., Torkan B., & Omidvar S. (2007). The Edinburgh postnatal depression scale (EDPS): Translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*. 11, 293–7.
- Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2009). Prematurity, risk and protective factors.
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., &

Yoshizawa, T. (2015). Comfort with Motherhood in Late Pregnancy Facilitates Maternal Role Attainment in Early Postpartum. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(1), 53-59. doi:10.1620/tjem.235.53

- Neerland, C. E. (2018). Maternal Confidence for Physiologic

  Childbirth: A Concept Analysis. *J Midwifery Womens Health, 63*(4), 425-435. doi:10.1111/jmwh.12719
- Özkan, H., & Polat, S. (2011). Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. *Asian Nursing Research*, 5(2), 108-117.

doi:http://dx.doi.org.oca.korea.ac.kr/10.1016/S1976-1317(11)60019-4

Pharis, M. E. (1978). Age and sex differences in expectations for infants and the parenting role among couples in a first pregnancy and among university Students. Unpublished doctoral dissertation. The university of Texas at Austin.

- Reichman, S. R. F., Miller, A. C., Gordon, R. M., & Hendricks-Munoz, K. D. (2010). Stress Appraisal and Coping in Moth ers of NICU Infants. *Children's Health Care, 29*(4), 279-293. doi:10.1207/s15326888chc2904 4
- Rogers, C. E., Kidokoro, H., Wallendorf, M., & Inder, T. E. (2013).

  Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge.

  Journal of perinatology: official journal of the California

  Perinatal Association, 33(3), 171-176.

  doi:10.1038/jp.2012.75
- Roman, L. A. (1995). Parents to parent support initiated in the Neonatal Intensive Care Unit. *Research in Nursing & Health, 18*, 385-394.
- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role, Part I. Proces ses. *Nursing Research*, 16(3), 237-245.

- Rubin, R. (1967). Attainment of the maternal role, Part II. Model s and referents. *Nursing Research*, 16(4), 342-346.
- Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience.

  New York: Springer.
- Shieh, S. J., Chen, H. L., Liu, F. C., Liou, C. C., Lin, Y. I., Tseng, H. I., & Wang, R. H. (2010). The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. *J Clin Nurs,* 19(23-24), 3307-3313. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03382.x
- Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., Larsson, H., & Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depression and anxiety*, 34(2), 178-187. doi:10.1002/da.22597

- Song, J. E. (2009). Factors related to the childcare stress amon g primiparous women who delivered at women's health h ospitals. *Journal of the Korean Society of Maternal and C hild Health, 13*(2), 158-70.
- Statistics Korea. Preliminary results of birth and death statistics in 2020 [Internet]. 2021 Available from: <a href="http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action">http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action</a>
- Statistics Korea. Birth statistics in 2019 [Internet]. 2020

  Available from:

  http://kostat.go.kr/portal/korea/index.action
- Snyder, J. C., & Wilson. (1977). Elements of a psychological ass essment. *American Journal of Nephrology, 2*, 235-239.
- Trumello, C., Candelori, C., Cofini, M., Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Babore, A. (2018). Mothers' Depression, A nxiety, and Mental Representations After Preterm Birth:

- A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal I ntensive Care Unit. *Front Public Health, 6*, 359. doi:10.33 89/fpubh.2018.00359
- Turner, R. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health&Social Behavior, 22*, 357-367.
- Valizadeh L., Zamanzadeh, V., Akbarbegloo, M., & Sayadi, L. (2012). Importance and availability of nursing support for mothers in NICU. *Iran Journal of Pediatrics*, 22. 191-196.
- Watson. D.. Clark. L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect:

  The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54, 1063-1070.
- Wereszczak. J., Miles M. S., & Holditch-Davis, D. (1997).

  Maternal recall of the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network, 16*(4), 33-40.

- WHO. (2017). WHO recommendations on newborn health guidelines approved by the WHO guidelines review committee.

  \*Retrieved May, 2017.\* Retrieved from from http://www.who.int/maternal\_child\_adolescent/documents/9789241548366.pdf
- Yeo, J. H. (2006). Postpartum depression and its predictors at si x months postpartum. *Journal of Korean Academy of Wo mens Health Nursing, 12*(4), 355-362.
- 강경아, & 김신정. (2004). 초산모와 경산모의 신생아에 대한 지각, 자신감, 양육태도의 차이. *부모자녀건강학회지, 7*(2), 133-143
- 강민철, 김수임, & 김동민. (2012). 산후우울증 유병률 및 관련요인에 대한 메타연구: 사회적 지지와 양육스트레스를 중심으로. *Kor* ean Journal of Counseling, 13(1), 149-168.

- 강혜자, 한덕웅, & 전겸구. (2000). 정서측정을 위한 도구 개발: 자기 차이 이론을 중심으로. *예술치료학회, 7*(1), 51-67.
- 김사라. (2017). 미숙아 어머니의 불확실성, 사회적 지지 및 가족 중심 돌봄 인식이 산후우울에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 석사논문
- 김영혜, 최정녀, 주현옥, & 조영란. (2006). 모유팩 모유수유아 어머니와 인공수유아 어머니간의 모아애착과 모성역할자신감 비교 NICU의 저출생체중아를 중심으로. *아동간호학회지 = Korean journal of child health nursing, 12*(3), 386-397.
- 박홍석, & 이정미. (2016). 정적정서 부적정서 척도(PANAS)의 타당화. 한국심리학회지, 35(4), 617-641
- 박영숙. (1991). 산욕기 초산모의 모성 전환과정. 서울대학교 대학원 박사학위논문
- 방경숙, 강현주, & 권미경. (2015). 미숙아와 어머니의 인구사회학적, 임상적 특성과 산후우울과의 관련성. *한국아동간호학회*, *21*(1 ), 1-10.

- 안영미, & 김정현. (2003). 일반아모와 추후관리를 받은 저출생체중 아모의 모성자존감, 산후우울, 가족기능의 비교. *대한간호학회* 지, 33(5), 580-590.
- 이혜란. (1984). 부모역할로의 전환에 따른 어려움 및 만족도 분석연구.
- 이인혜 (2000). 사회적지지 중재가 미숙아 어머니의 정서와 모성역할 자신감에 미치는 영향. Journal of Korean Academy of Nur sing, 30(5), 1111-1120
- 임지영. (1996). 지지간호와 정보제공이 미숙아어머니의 스트레스인 지와 건강상태에 미치는 영향.
- 장영숙. (2005). 워크북 프로그램이 미숙아 어머니의 스트레스, 모성역할 자신감, 모유수유 실천에 미치는 효과. *대한간호학회지,* 35(2), 419-427.

# 부 록

# 부 록 1. 연구대상자 설명서

# 연구대상자 설명문

연구 과제명 : 퇴원 시 미숙아의 어머니가 인지한 간호사의 지지, 정서 상태와

모성 역할 자신감

연구 책임자명 : 서울대학교병원 신생아 중환자실 간호사 정유진

이 연구는 신생아 중환자실에서 집으로 퇴원하는 시기의 미숙아의 어머니가 인지한 간호사의 지지, 정서 상태, 모성 역할 자신감 간의 관계를 파악하는 연구입니다. 귀하는 신생아 중환자실에서 입원한 미숙아의 어머니로서 이 연구에 참여하도록 권유 받았습니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 익명으로 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련이 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중하 읽어 보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논해 보십시오. 만일 어떠한 질문이 있다면 담당 연구원이 자세하게 설명해 줄 것입니다.

# 1. 이 연구는 왜 실시합니까?

본 연구는 신생아 중환자실에서 집으로 퇴원하는 시기의 미숙아의 어머니가 인지한 간호사의 지지, 정서 상태, 모성 역할 자신감 간의 관계를 파악하여, 긍정적 정서 상태를 위한 적절한 중재를 제공하는 방안 마련에 기초 자료를 제공하고자 합니다.

# 2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

본 연구는 신생아 중환자실에서 입원한 후, 집으로 퇴원 직전의 약 70명의 미숙아의 어머니가 자발적으로 참여할 예정입니다.

## 3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행됩니까?

설문 작성은 1회 시행되며 수집된 자료는 본 연구 목적으로만 사용될 것이며 서면설문지로 작성될 예정으로 연구 참여자들의 익명성이 보장됩 니다.

설문지 작성은 병원에서 이루어지게 될 것이며 연구자가 설명문과 동의서를 드리며 본 연구의 목적과 내용 및 참여에 대한 설명할 예정입니다.

설문 내용은 '대상자의 일반적 특성'을 묻는 11문항, '미숙아의 어머니의 모성 역할 자신감'을 묻는 31문항, '미숙아의 어머니가 인지한 간호사의 지지'를 묻는 21문항, '미숙아의 어머니의 정서 상태'를 묻는 20문항으로 구성되어 있으며, 작성 하신 후에 병원에서 회수할 예정입니다. 또한 의무기록 열람을 통하여 어머니의 나이, 경제 상태, 임신 방법(자연, 인공 임신) 및 인공 임신 방법, 임신 합병증 유무, 분만 형태, 수유 형태, 출생 시 재태 기간과 출생 시와 퇴원 시 아기의 체중, 아기의 입원 기간, 입원 중 치료 행위(수술력, 호흡 보조 기간, 복막 투석, 지속적 신대체요법, 체외막 산소공급), 진단명을 수집할 예정입니다.

### 4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

설문지 작성 시간은 대략 10~15분 정도 소요될 것으로 예상됩니다.

### 5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예. 귀하는 언제든지 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶으시다면 작성하지 않은 설문지를 제출하거나 설문지를 제출하지 않으시면 됩니다.

# 6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

본 연구는 설문 조사를 통하여 이루어지는 연구이므로 설문 조사가 진행되는 과정에서 소요되는 시간으로 인하여 불편감을 느끼실 수 있습니다. 이러한 경우 귀하는 언제든 설문 조사 참여를 중단할 수 있습니다.

또한, 개인정보의 유출을 예방하고 익명과 비밀 보장을 위하여 신원을 알수 있는 이름이나 주소, 연락처와 같은 개인정보는 일체 수집하지 않을 것이고, 수집된 자료는 암호화하여 잠금 장치가 설치된 서류함에 연구 종료 시점으로부터 3년간 자료를 보관하고 분쇄 폐기할 것입니다.

### 7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 제공하는 정보는 미숙아의 어머니가 인지한 간호사의 지지, 정서 상태와 모성 역할 자신감과의 관련성에 대한 이해를 증진하는데 도움이 될 것입니다.

# 8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

# 9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

개인정보관리책임자는 서울대학교병원의 정유진 입니다.

저희는 이 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 생명윤리심의위원회는 피험자의 비밀보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다.

# 10. 이 연구에 참여한 대가가 지급됩니까?

귀하의 연구 참여시 감사의 뜻으로 5,000원 정도 되는 작은 기념품이 증정될 것입니다.

# 11. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구 담당자에게 연락하십시오. 이름: <u>정 유 진</u>

전화번호:010-\*\*\*\*-\*\*\*

만일 어느 때라도 연구대상자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회(IRB) (02-2072-0694) 또는 임상연구윤리센터(02-2072-3509)로 연락하십시오.

# 부 록 2. 설문지

1. 다음은 다양한 아기 돌보기에 대해 귀하가 어느 정도 자신이 있다고 느끼시는 지를 묻는 문항입니다. 해당 란에 V표 하여 주십시오.

	전혀	별로	조금	대체로	매우
내 <del>용</del>	자신이	자신이	자신이	자신이	자신
	없다	없다	있다	많다	있다
1. 수유 중 편안하게 아기 안기					
2. 아기가 배고픈 것을 알아차리기					
3. 아기가 배부른 것을 알아차리기					
4. 수유 후 트림을 시키기					
5. 아기의 수유 간격 알기					
6. 아기에게 적합한 수유형태 결정하기					
7. 젖꼭지 청결히 관리하기					
8. 아기의 적절한 수유 량 알기					
9. 수유를 준비하기					
10. 수유 시 우유의 흐름을 적절히 하기					
11. 젖이 잘 돌게 하는 방법 알기					
12. 수유 후 아기가 삼킬 때 문제 대처하기					
13. 아기 목욕시키기					
14. 기저귀를 능숙하게 갈아주기					
15. 아기의 옷 갈아 입히기					
16. 외부온도에 따라 적절하게 옷 입히기					
17. 아기가 열이 날 때 대처하기					
18. 아기와 함께 놀아 주기					
19. 아기가 아픈 것을 알아내기					
20. 병원에 가야할 이상 증상 알아차리기					
21. 아기에게 안전한 환경 만들어 주기					
22. 기저귀 발진 예방법					
23. 아기의 체온을 재기					
24. 아기 잠재우기					
25. 아기가 울 때 그 이유 알아차리기					
26. 아기가 울 때 그치도록 달래주기					
27. 아기가 딸꾹질 할 때 대처하기					
28. 아기가 사래 들었을 때 대처하기					
29. 아기의 상태를 의료진에게 설명하기					
30. 아기에게 적정 온도, 습도 유지하기					
31. 아기의 대변이 정상인지 파악하기					
	l	L		<u> </u>	

# 2. 다음은 신생아중환자실 간호사가 아기의 부모님들에게 제공하는 간호내용입니다. 귀하가 느끼시는 정도에 V표 해주십시요.

내용	전혀	가끔	자주	항상
-11 0	아니다	그렇다	그렇다	고렇다
1. 나의 감정, 걱정, 염려에 대해 이야기 할 수			- ,	
있도록 도와주었다.				
2. 아이에게 행해지고 있는 것이 무엇인지 이해할 수 있도록				
도와주었다.(예: 검사, 처치, 약물치료)				
3. 아이 돌보는 법을 교육해주었다.				
4. 내가 부모로서 중요하다는 것을 느낄 수 있도록 해주었다.				
5. 아이에게 의료행위가 행해지는 동안 내가 곁에 있을지 잠시				
자리를 피할지 결정하게 해주었다.				
6. 내 질문에 대해 적절히 대답해주거나 혹은				
대답을 해줄 수 있는 사람을 찾아주었다.				
7. 아이의 상태변화나 호전에 대해 이야기해주었다.				
8. 아이를 돌보는 것에 관한 의사결정을 논의할 때 나를 포함				
시켰다.				
9. 아이의 행동과 반응에 대해 이해할 수 있도록 도와주었다.				
10. 처치 중이나 처치 후에 아이를 편안하게				
## 10. 저지 중이다 저지 주에 아이들 원인하게 ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ##				
11. 내가 아이를 돌보는 과정에서 잘하고 있음을 알게 해주었				
다.				
12. 나의 걱정과 염려에 대해 반응해주었다.				
23. 11 10 1 11 11 11 20 11 1 1 1 1				
13. 나의 안녕상태에 관심을 보여주었다.				
(예: 수면, 식이 등)				
14. 아이를 돌보는 병원직원들의 이름과 역할에				
대해 알 수 있도록 도와주었다.				
15. 아이를 잘 보살펴주었다.				
16. 내가 아이에 대해 질문할 수 있도록 격려해주었다.				
17. 아이의 특별한 요구에 민감하게 반응하였다.				
18. 참여가 가능할 때 언제든지 내가 아이를				
돌보는 과정에 참여하게 해주었다. 19. 내 아이를 좋아하는 모습을 보여주었다.				
120. 제 구기를 중기에도 소비를 포격하였다.				
20. 아이의 요구에 대해 시기 적절하게 반응하였다.				
20. 그 그 프 마 에에 시기 적절에게 한동어졌다.				
21. 아이의 상태에 대해 낙관적이었다.				

3. 다음은 우리가 일상생활에서 느끼는 다양한 기분들입니다.각 단어를 읽고 지난 1주일 동안 귀하가 느끼고 있는 기분을 잘 나타내는 해당 칸에 V표하여 주십시오.

	매우	대체로	보통	대체로	전혀
감정 상태	그렇다	그렇다	그렇다	그렇지	그렇지
				않다	않다
1. 흥미로웠다					
2. 짜증스러웠다					
3. 괴로웠다					
4. 맑은 정신이었다					
5. 신이 났다					
6. 부끄러웠다					
7. 화가 났다					
8. 영감을 받았다					
9. 강인했다					
10. 긴장했다					
11. 죄책감이 들었다					
12. 확고했다					
13. 겁이 났다					
14. 주의 깊었다					
15. 적대적이었다					
16. 초조했다					
17. 열정적이었다					
18. 활기찼다					
19. 자랑스러웠다					
20. 두려웠다					

4. 다음은 아기양육에 관련된 나 내용을 직접 기입해주시기		번호에 V표 하시거
1) 지난 일주일 동안 신생아 중 번	뜻환자실에 몇 번 방문 <sup>8</sup>	하셨습니까?
2) 신생아 중환자실에서 머무는	- 시간은 얼마 정도 였	습니까?
3) 신생아 중환자실에서 아기야 주세요.	게 직접 수행해 보신	항목에 <u>모두</u> 체크해
① 수유하기	② 기저귀 갈기	③ 안아주기
	⑤ 재우기	
<ol> <li>4) 현재 아기의 상태는 어떻다</li> <li>① 매우 건강하다</li> <li>② 건강하다</li> <li>③ 보통이다</li> <li>④ 좋지 않다</li> <li>⑤ 매우 좋지 않다</li> </ol>	고 생각합니까?	
5) 퇴원 후 양육을 도와줄 사람 ① 네 (누구입니까?		② 아니오
6) 배우자는 아빠로서 역할을 니까?		
① 준비가 잘 되어있다       ②         ④ 부족하다       ⑤	대체로 준비가 되어있다 매우 부족하다	가 ③ 보통이다
7) 결혼기간은 어느정도 되었습	국니까?	_

- 8) 귀하가 배우자로부터 받는 지지는 어느 정도라고 느끼십니까?
  - ① 매우 충분하다
- ② 충분하다
- ③ 보통이다

④ 부족하다

- ⑤ 매우 부족하다
- 9) 퇴원할 때 아기 양육에 있어서 가장 염려되는 것은 무엇입니까?
- 10) 퇴원 후 아기의 양육을 위하여 준비하고 있는 것이 있습니까? (자유롭게 작성해주세요.)
- 11) 현재 귀하의 건강상태는 어떠하다고 생각합니까?
- ① 매우 건강하다
- ② 건강하다
- ③ 보통이다
- ④ 좋지 않다
- ⑤ 매우 좋지 않다

# 부 록 3. 생명윤리심의위원회 심의결과 통보서

### 서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회



서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회
Tel: 82-02-2072-0694/2266
FAX: 82-02-3676-6824 서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)03080

# 심의결과통보서

IRB No.	H-2008-124-1149		제출경로	서울대병원			
수신	책임연구자 정유진			소속	간호본부	간호직	
70	의로	기관					
연구과제명	퇴원 시 미숙아의 어머니가 인지한 간호사의 지지와 정서 상태. 모성 역할 자신감						
Protocol No.	2020-3098			Version No.	1.1		
생명 윤리법에	■ 인간대상	연구 [	인체유래물	변구 🗆 배아줄기	세포주이용연구 [	비아	연구
따른 분류	□ 체세포복	제배아연구 [	단성생식배(	아연구 🗆 배아생성	의료기관 [	인체:	유래물은행
□ 중례보고 □ 생태학적 연구 ■ 단면조사연구							7
	임상	■ 조사,설문,인터뷰 연구 □ 환자군 연구 □ 환자-대조군연구					
	■ 시험외						
연구 □ 인체유래물저장소 연구 □ 등록(레지스트리) 연구 □ 시판추사용성적조사						8727	
		□ 선명적 회	호트 연구				
			□ 의약물	□ 생물학적제		등식품	1
연구종류		연구	□ 의료기기		□ 기타		
		대상	일반명				
	_ 임상		상품명				
	교 시험		□ 제1상 □ 제1/2상 □ 제2상 □ 제2/3상				
		Phase	□ 제3상 [	]제3상 □제4상 □생물학격동등성			
			□ 기타				
		식약처 승인 🗆 식약처승인대상					
		대상 여부	여부 □ 승인 제외 대상				
		임상시험 🗆 학술용		□ 국내(MFDS)허가용			
		목적	□ 해외 허가	ଆଠା ଅମଧ୍ୟ			
연구계획서승인일	2020년 09월	21일 (정기					
승인유효 만료일	2021년 09월	20일		심의대상	연구계획변경 :	의뢰서	
심의종류	신속심의			심의일자	2020년 10월 16일		
접수일자	2020년 10월 08일			심의결과통보일	일 2020년 10월 16일		
	1. 연구계획서 변경 V1.1						
심의목록							
심의결과	3. PANAS(Positive Affect Negative Affect Scale) 제출						
	승인 - 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이 이						
연구의 위험도	최소위험 연구(minimal risk)						
심의의견	IRB 승인 기준에 부합하여 승인합니다.						

### 의 학 연 구 윤 리 심 의 위 원 회 위 원 장 등



본 통보서에 기재된 사항은 IRB의 기록된 내용과 일치 함을 증명합니다. 본 기관 IRB는 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법, 의료기기법 및 ICH-GCP 등 관련 법규를 준수합니다. 본 연구와 이해관계(Conflict of Interest)가 있는 위원이 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.

### 서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회



### 서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구유리심의위원회

Tel: 82-02-2072-0694/2266

FAX: 82-02-3675-6824 서울특별시 종로구 대학로 101번지 (우)03080

본 위원회에서 승인된 모든 연구자들은 다음의 사항을 준수하여야 합니다.

- 1. 연구계획서 및 변경계획서의 승인 이전에 연구대상자의 해당 임상연구의 참여 금지됩니다.
- 승인 받은 계획서에 따라 연구를 수행하여야 합니다. 변경계획서에 대한 승인 이전에 원 임상연구 계획서와 다른 임상연구의 실시는 금지됩니다.
- 3. IRB 승인 받은 동의서를 사용하여야 합니다.
- 연구대상자에게 강제 혹은 부당한 영향이 없는 상태에서 충분한 설명에 근거하여 동의과정을 수행할 것이며. 장재적인 연구대상자에게 연구의 참여여부를 고려할 수 있도록 충분한 기회를 제공하여야 합니다.
- 5. 연구진행에 있어 연구대상자를 보호하기 위해 불가피한 경우를 제외하고 연구의 어떠한 변경이든 위원회의 사전승인을 받고 수행하여야 합니다. 연구대상자들의 보호를 위해 취해진 어떠한 응급상황에서의 변경도 즉각 위원회에 보고하여야 합니다.
- 6. 연구대상자에게 발생한 즉각적 위험 요소의 제거가 필요하여 원 계획서와 다르게 연구를 실시해야 하는 경우, 연구대상자에게 발생하는 위험요소를 증가 시키거나 연구의 실시에 중대한 영향을 미칠 수 있는 변 경사항, 예상하지 못한 중대한 약물/의료기기 이상반응에 관한 사항, 연구대상자의 안전성이나 임상연구의 실시에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 새로운 정보에 관한 사항은 위원회에 신속히 보고하여야 합니다.
- 7. 위원회의 승인을 받은 연구대상자 모집 광고문을 사용해야 합니다.
- 위원회의 승인은 1년을 초과할 수 없습니다. 1년 이상 연구를 지속하고자 하는 경우에는 반드시 연차지속 보고를 하여야 합니다. 단, 심의면제는 해당 없습니다.
- 심의결과가 승인이 아닌 경우에는 답변서를 제출하여야 하며, 심의일로부터 6개월 이내에 이루어져야 합니다.
- 10. 위원회 결정사항에 대하여 심의통보일로부터 1개월 이내에 이의신청을 할 수 있으며, 같은 사항에 대하여 한 번의 이의신청만 가능합니다.
- 11. 연구 종료 시에는 종료 및 결과보고서를 작성하여 제출해야 합니다.
- 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 약사법/의료기기법, 헬싱키 선언 및 ICH-GCP 가이드라인 등 국내외 관련 법규를 준수하여야 합니다.
- 13. 헬싱키선언에 따라 첫 연구대상자를 모집하기 전 공개적으로 접근이 가능한 데이터베이스(primary registry)에 연구에 대하여 공개하여야 하며, 예를 들어 http://register.clinicaltrials.gov 를 이용하실 수 있습니다.
- 14. 승인 받은 연구에 대하여 기관의 내부 정검 및 외부의 실태조사를 받을 수 있습니다. 기관의 내부 정검자, 외부의 모니터요원 및 정검자, 규제기관의 실태조사자 등이 연구 관련 문서(전자문서 포함)에 대한 일량을 요청하는 경우 연구답당자는 이에 적극 협조해야 합니다.

# **Abstract**

# The Relationship Between Mood State, Maternal Role Confidence and Perceived Nurse support of the Mothers of premature babies

Jung, Youjin
Department of Nursing
Seoul National University
Directed by Professor, Chung, Chaeweon, PhD., RN

The purpose of this study is to identify the mood state, maternal role confidence and perceived nurse support of the mothers of premature babies, and the relationship between the mood state, maternal role confidence and perceived nurse support.

Thus, this study can provide fundamental data with the Neonatal Intensive Care Unit(NICU) nurses in the establishment of interventions to improve positive mood state and maternal role confidence.

This study conducted a descriptive research of 65 mothers of premature babies whose babies were hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit(NICU). Data collection took place from October, 2020 to May, 2021. This study used a questionnaire format. The questionnaire included the Positive Affect Negative Affect Schedule(PANAS) for asking mood state. Furthermore the questionnaire assessed maternal role confidence using revised and complemented Pharis Self Confidence scale. Also the questionnaire included Nurse Parental Support Tool(NPST) for asking perceived nurse support.

The collected data was analyzed by descriptive statistics, independent t-test, one-way ANOVA, and Pearson's correlation analysis using SPSS 25.0 statistical program.

The results of this study are as follows.

- 1) Positive and negative mood state were each 32.48±7.50 points(range 11-49 points) and 23.82±7.19 points(range 10-46 points) out of 50 total points. Positive mood state showed a negative correlation between negative mood state(r=-.34, p=.006).
- 2) Positive mood state exists a difference according to perceived own health status(F=2.99, p=.038), and a positive correlation between time spent on NICU visit(r=.30, p=.017). Negative mood state exists differences according to perceived own health status(F=3.47, p=.021), perceived baby's health status(F=5.61, p=.002) and perception of spouse support(F=4.96, p=.004), and a positive correlation between

premature babies body weight at discharge(r=.25, p=.049).

- 3) Maternal role confidence was 88.26±20.66 points(range 50-145 points) out of 155 total points.
- 4) Perceived nurse support was  $69.60\pm10.23$  points(range 46-84 points) out of 84 total points. The difference was related to perceived spouse's readiness as the father(F=3.62, p=.030).
- 5) Among mood state, maternal role confidence and perceived nurse support, only positive mood state and perceived nurse support(r=.35, p=.004) were found to have a positive correlation.

The results of this study showed that the positive mood state of the mothers of premature babies in the Neonatal Intensive Care Unit(NICU) was significantly related to perceived nurse support. In addition, the positive mood state of the subjects increased with the higher the perception of own health status. The negative mood state decreased with the higher the perception of both own and baby's health status and spouse support. Also, the perceived nurse support increased with the higher the perception of spouse's readiness as the father.

Thus, in order to emotional and informational preparation for nurture, it is necessary to develop and complement education programs for mothers of premature babies to increase positive mood state and maternal role confidence considering characteristics and educational needs of the subjects.

**Keywords:** mothers of premature babies, mood state, maternal role confidence, perceived nurse support

**Student Number: 2019-22651**