



지시간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 미치는 효과

김은숙¹⁾ · 김은영²⁾ · 이지연³⁾ · 김진경³⁾ · 이현주³⁾ · 이승희³⁾ · 김지영³⁾ · 원하연³⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

심각한 건강문제를 지닌 고위험 신생아의 출생과 병원 입원은 어머니에게는 정신적으로 고통스럽고 충격적인 경험이다(Peebles-Kleiger, 2000). 어머니들은 정상적인 방법으로 움직일 수 없고 각종 튜브들과 기구들에 둘러싸여 있을 뿐만 아니라 아파 보이는 자신의 아기로 인해 당황하게 되고 아기의 질병, 치료, 예후에 대하여 걱정하게 된다. 더불어 자신의 아기를 위한 예정된 부모로서의 돌봄 행위 상실로 인하여 고민하게 된다. 대신에 그들은 고도로 기술적인 집중치료단위에 있는 아기를 방문해야만 한다. 기구, 소음, 다른 아픈 아기들을 보아야 하는 등 병원 환경에서의 상황 또한 스트레스를 발생케 한다(Meyer, Garcia Coll, Seifer, Ramos, & Kilis, 1995). 즉 심각하게 아프거나 어린 미숙아의 어머니들은 진단 유형에 상관없이 아기의 건강에 대하여 걱정하게 되므로, 걱정과 관련된 고민거리를 감소시키려면 아기의 상태를 이해하고 극복해나가기 위하여 간호사로부터의 지지를 필요로 하고 있다(Docherty, Miles, & Holditch-Davis, 2002).

장기적으로 병원에 입원해 있는 아픈 아기의 어머니들을 후향적으로 조사한 결과 간호사들을 포함한 다른 건강관리팀으로부터 높은 지지를 받은 것으로 어머니들이 회상함으로써 가족구성원보다 간호사와 건강관리팀이 더 도움이 되었다는 것을 발견하였다(Miles, Wilson, & Docherty, 1999). 즉 아기가 병원에 입원하고 있는 동안 간호사에 의해 부모에게 제공되는 환경적 지지는 간호의 중요한 한 부분으로 부모를 위한 간호

지지에 영향을 환경적, 인간적 요인들에 관하여 좀 더 이해하고자 하는 연구가 필요하다(Miles, Carlson, & Brunssen, 1999).

산후에 정신사회적 문제를 가진 어머니는 정체성 형성이나 어머니 역할 수행을 완수하기가 어렵게 되고 이는 산후 우울로 이어질 수 있다. 이러한 산후 우울 예측요인으로는 가족으로부터 받게 되는 주관적, 사회적 지지인 가족지지와 양육하는 과정에서 여성이 갖게 되는 부담감과 관계되는 양육스트레스로, 가족지지를 높일 수 있는 전략 모색과 양육스트레스를 줄여줄 수 있는 간호전략으로서 가족지지를 대체할 수 있는 전략 모색이 필요하다고 하였다(박영주, 신현정, 유호신, 천수희와 문소현, 2004).

지지만 어떠한 유형이든 제공하고자 하는 목표가 긍정적인 결과를 이끌어내기 위하여 의도된 활동을 포함하는 것이며, 사회적 지지는 그 활동을 받는 사람과 개인적 관계를 갖는 사람에 의해 제공된다(Hupcey, & Morse, 1997). 즉 지지를 제공할 수 있는 인적 자원으로는 간호사를 비롯한 의료진과 남편이나 주위의 다른 가족이나 도우미들이 있을 수 있는데 연약한 아기들이 병원에 입원하고 있는 동안, 그들의 아기와 밀착되어 있으며 어머니들에게 처음으로 지지를 제공하게 되는 간호사의 위치는 매우 중요하다. 그러나 체계적인 접근을 시도하길란 쉬운 일이 아니라서 외상 후 스트레스 증후군으로 분류되는 미숙아 어머니의 경험에서 스트레스를 느끼게 되는 부분에 대한 지시간호를 미숙아 어머니에게 제공함으로써 미숙아 어머니의 산후 우울에 미치는 효과를 파악하여 미숙아 어머니에 대한 적절한 간호중재 방안의 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

주요어: 지시간호, 미숙아 어머니, 산후 우울

1) 제1저자: 고대구로병원 수간호사, 2) 고대구로병원 신생아중환자실 수간호사, 3) 고대구로병원 신생아중환자실 간호사
투고일: 2009년 9월 24일 심사외뢰일: 2009년 10월 5일 게재확정일: 2009년 10월 23일

2. 연구목적

본 연구의 목적은 다음과 같다. 간호사의 지지간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 미치는 효과를 파악한다.

3. 연구가설

“지지간호를 제공받은 미숙아 어머니는 제공받지 않은 미숙아 어머니보다 산후 우울정도가 낮을 것이다.”

4. 용어정의

1) 지지간호

- 이론적 정의: 간호사와 환자 간에 이루어지는 일련의 상호과정으로서 간호사는 환자의 문제점을 인지하고 경청과 감정이입에 의한 정서적 지지를 해 주고 건강에 관련된 정보와 함께 신체적 보살핌을 제공하면서 환자의 반응을 확인하는 대인관계적 상호작용이다(김정아, 1990)
- 조작적 정의: 본 연구에서 지지간호는 미숙아 부모지지 도구(Miles 등, 1999)를 활용한 아기에 대한 정보, 정서, 칭찬과 돌봄의 4가지 영역으로 구성된 교육자료를 가지고 아기의 입원기간동안 미숙아 어머니와 4차례의 만남을 가지며 아기의 면회시간에는 연구자가 동행하며 어머니의 행동이나 언어에 대하여 반응해 주고, 아기가 퇴원한 후에는 미숙아 어머니 전화방문 protocol을 가지고 3차례의 전화방문을 통하여 아기의 건강상태, 어머니의 건강상태를 확인하고 질문을 받아 답변해주는 상호과정으로 구성된 프로그램을 의미한다.

2) 산후 우울

- 이론적 정의: 출산 후 여성에게 생기는 심각한 감정의 변화로 기분변화에서부터 병적인 상태에 이르기까지 근심, 침울함, 실패감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 정서장애(Battle, 1978)를 말한다(배정어, 1996, 재인용).

- 조작적 정의: 본 연구에서는 Cox, Holden과 Sagovsky(신화진, 2007, 재인용)가 개발한 Edinburgh Postnatal Depression Scales(EPDS)의 국문판을 이용하여 측정된 것으로 점수가 높을수록 산후 우울이 높음을 의미한다.

5. 연구의 제한점

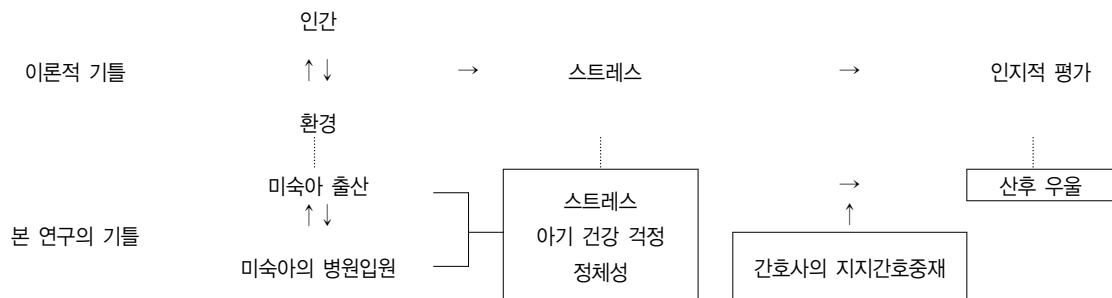
본 연구의 대상자는 일 대학병원 신생아중환자실에서 편의표집 하였으므로 연구 결과를 확대해석하는데 신중을 기하여야 한다.

II. 문헌고찰

1. 미숙아 어머니 지지간호

간호사는 대상자와의 의사소통을 통해 특정한 목표나 문제점 또는 건강상의 장애 등을 식별하여 함께 목표를 설정하고, 목표달성을 위한 방법들을 찾아내며, 목표성취를 위해 대상자와 끊임없는 상호작용을 한다(이숙자, 1993). 김정아(1990)는 개념분석을 통하여 지지간호의 속성을 지지욕구의 인지, 상호호혜관계의 형성, 경청과 감정이입, 건강에 관련된 정보제공, 언어적 비언어적 반응의 확인이라고 제시하였고, 개별적인 지지간호를 제공한 결과 우울, 기분, 만족에 유의한 영향을 주는 것으로 보고하였다. 또한 지지간호란 대상자와 간호사 간에 돌봄(caring)이 진행되는 일련의 과정 중 특정한 시점에서 요구되는 간호 또는 대상자에게 접근하는 기본방법이므로, 모든 인지적 간호중재방안의 기본이 된다고 하였다(김명자, 1992).

아기가 신생아중환자실에 입원해 있을 때 가족, 건강전문인에 의해 제공된 지지에 관하여 부모 지각을 규명하기 위한 연구에서, 사회적 지지의 의미는 그들의 스트레스를 감소시키고 아기의 질병에 대처하는데 도움이 되는 미숙아 부모의 상호관계적 교류로서 개념화되었으며, 부모들은 매우 도움이 되는



[그림 1] 이론적 기틀

사람으로 신생아중환자실 간호사들을 인식하고 있었으므로, 간호사들의 독특한 지지적 중재를 규명함으로써 가족들에게 도움이 되는 그들의 역할을 개발하고 발전시켜야 할 필요가 있다고 하였다(Miles 등, 1999).

Knafel, Breitmayer, Gallo와 Zoeller(1992)는 병원에 입원해 있는 아기들의 부모와의 면담을 분석한 결과 부모에게 성공적인 제공자 관계의 구성요소들은 정보를 교환하고, 아픈 아기들에 대한 부모의 능력을 촉진시키고 알아차리게 하고, 감정입입과 관심을 가지고 의사소통하고 병약한 아기들과의 관계를 수립할 수 있도록 도와주는 것이라고 하였다.

간호사들은 아픈 아기들과 상호작용하고 접촉을 통하여 통제하고, 정보를 제공하는 중요한 통로로서 부모들과 계속 상호작용하게 된다(Kristensson-Hallstroem, & Elander 1997). 결과적으로 간호사들의 반응은 부모들이 아기의 질병과 병원 입원과 퇴원 후 계속되는 건강 문제들에 대처하는데 필수불가결한 요소이다. 부모들은 아기들에 대한 치료방법, 병원의 관습과 규칙에 대하여 배우기 위해 간호사들로부터의 지지와 아기들의 요구에 대한 최선의 대처방법과 부모로서의 중요한 역할에 대한 인정, 부모로서의 긍정적인 재강화에 관한 정보를 필요로 한다. 그들은 자기들의 감정과 관심을 들어주고, 개별적으로 이해해 주는 간호사를 원하며, 간호사가 자기 아기를 위해 최선의 돌봄을 제공하고, 자기 아기에 대하여 특별하고도 개별적으로 접근하여 치료해 준다는 느낌을 받기를 원한다. 그래서, 병원에 입원한 아기들의 부모에 대한 간호사 지지는 격려, 긍정적 회환과 칭찬으로 부모역할을 유지할 수 있도록 부모를 돕고, 정서적으로 지지하고 아기에게 전문적인 간호를 제공하는 등의 지지적인 의사소통과 계속되는 정보로서 개념화될 수 있다(Miles 등, 1999)

본 연구에서 지지간호란 간호사와 미숙아 어머니가 만나는 단계에서부터 이루어지는 상호작용과 미숙아 어머니가 스트레스를 받을 수 있는 병원환경과 관련된 아기들에 대한 정보, 정서, 칭찬과 직접적인 돌봄의 4가지 영역으로 구성되어 있으며, 입원기간 뿐 아니라 아기 퇴원 후 아기를 혼자 돌보게 되는 시기에도 지속적인 지지간호 기회를 만들어 미숙아 어머니의 표현에 대한 경청 및 이에 따른 감정입입 등으로 치료적 대인관계의 정서적 지지를 제공하고, 아기들에 대한 걱정과 관심과 돌보기에 대하여 표현하게 하거나, 안심시키고 낙관적으로 말하는 것을 포함하는 일련의 간호행위를 포함하였다.

2. 산후 우울

미국 정신의학협회의 정신질환 분류 DSM-III에 의하면 우울은 주요 정서장애 중의 하나로 다음 8가지 증상, 즉 죽음을 생

각하거나 죽고 싶은 욕망, 무력감과 죄의식, 사고와 집중력 감퇴, 피로감, 식욕감퇴와 체중감소, 성욕감퇴, 수면장애, 정신운동의 변화 중 4가지가 2주간 지속될 때 우울증이라고 한다(배정미, 1996). 대부분의 미숙아 어머니들은 미성숙하고 연약한 자신의 아기를 볼 때 대체적으로 울면서 “엄마가 미안해”라고 하면서 무력감과 죄의식을 표현하거나, 면회 후 집에 돌아간 후에도 울면서 가족에게 호소하는 경우가 많다.

Nonacs의 연구(김중임, 2006, 재인용)에서는 산후 우울의 정도로서 산후 우울감(baby blues)은 분만 후 수일 이내에 흔히 일어날 수 있는 비교적 경한 기분으로 정의되며, 증상은 일시적이나 쉽게 슬퍼하며 눈물을 흘리는 양상이 있으며, 산후 2주 이내로 제한되며 여성의 85%가 경험하며 발생 시기는 수개월 이내라고 하였다.

Beck(2001)은 산후 우울증(postpartum depression)은 산후 우울감보다 증상 정도가 심하고 오래 지속되며, 부적절한 감정, 불안, 부부관계에 대한 관심저하 등이 나타나고, 태어난 아기들에 대해서도 부정적인 태도를 갖게 되는 것으로 출산 여성의 10~15%에서 발생된다고 하였다.

Beck(2001)은 1990년대에 출간된 84편의 연구를 메타분석하여 사회적 지지, 산전 우울, 생활 스트레스, 결혼 관계, 우울 병력, 영아 기질, 사회경제적 상태, 양육 스트레스, 임신계획 여부, 산후 우울, 산전 불안, 결혼 상태 등의 요인을 제시하였다. Preyde와 Ardal(2003)은 신생아중환자실에 입원해 있는 미숙아 부모 동료프로그램의 효과를 검증한 결과 사회적 지지를 위한 동료프로그램을 제공받은 실험군이 부모 스트레스, 상태 불안, 우울이 더 낮은 것으로 나타났으며, 사회적 지지가 더 높게 지각된 것으로 나타났다고 보고함으로써 사회적 지지의 중요성을 제시하였다.

27개월 동안 미숙아 어머니에서의 우울 증상의 수준을 서술한 종단적 연구에서 출생으로 인한 어머니의 정서적 고통과 미숙아로 태어난 아기의 부모됨이 개인적, 가족적 요인, 아기의 건강상태의 중증도, 질병-관련 스트레스와 걱정에 의해 영향을 받을 것이라는 가설 하에, 인공호흡기를 제거하고 다른 큰 기술적 장치에 의존하지 않는 102명의 미숙아 어머니들을 대상으로 병원에 입원하고 있는 동안 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)의 평균 우울 증상은 높았으며, 어머니들의 반 이상(63%)이 우울의 위험을 가리키는 16점 이상의 점수분포를 보였다. 어머니 역할변화를 좀 더 경험한 어머니와 아기 건강을 좀 더 걱정하는 어머니는 CES-D 점수가 더 올라가 우울의 위험상태라는 것을 보여주었다. 이러한 결과들에 비추어 볼 때 병원 입원 기간 동안과 미숙아 어머니가 부모가 되어가는 초기 1년 동안 어머니 지지가 제공되어야 한다고 하여 산후 6~12개월 간의 사회적 지지가 필요함을 역설하였다(Miles,

Holditch-Davis, Schwartz, & Scher, 2007).

따라서 이러한 우울 증상을 감소시키기 위해서는 가족 뿐 아니라 의료인의 지지가 필요하며 특히 아기와 가장 가까이 있게 되는 간호사는 미숙아 어머니의 산후 우울을 최소화할 수 있는 최적의 중재자라고 할 수 있겠다.

3. 산후 우울에 영향을 미치는 요인

산후 우울에 영향을 미치는 요인으로서 첫 번째는 미숙아 어머니의 스트레스이다. 어머니들은 만삭까지 아기를 유지시키지 못하고 실패한 것, 아기 상태의 불확실성, 슬픔, 도움을 줄 수 없는 상황 등에 대하여 죄책감을 보고하고 있다(Holditch-Davis, & Miles, 2000). 결과적으로 그들은 심각한 정서적 스트레스 특히 불안과 우울을 흔히 경험하게 된다. 아픈 미숙아의 어머니들은 퇴원 후 자기 아기에 대하여 책임질 준비가 되어 있지 않다고 흔히 느끼며 아기가 죽을지도 모른다는 공포감과 불안과 우울을 느끼게 된다. 그들은 또한 만삭아 어머니들보다 어머니 역할과 아기에 대한 애착을 느끼는데 더 시간이 오래 걸리는 것으로 보고되고 있다. 미숙아 출산과 아기의 병원 입원은 어머니에게 정신적 충격이 매우 높은 사건이므로 이는 외상 후 스트레스 반응으로서 이해되어야 한다(Holditch-Davis, Bartlett, Blickman, & Miles, 2003).

산후 우울에 영향을 미치는 요인으로서 아기에 대한 건강 걱정이 있다. 걱정이란 속을 태우거나 마음을 끓이는 일로서 정상적인 어머니의 길을 갈 것으로 기대하고 있다가 예상치 못했던 미숙아 출산으로 정상에서 벗어남으로써, 아기의 예후가 불확실하게 되는 것으로 인하여 마음속의 근심을 갖게 되는 것을 의미한다.

서로 다른 건강문제를 가지고 병원에 입원한, 38%의 만삭아와 의학적으로 연관한 62%의 미숙아를 포함한 78명의 아기 어머니들에서의 아기 건강에 관한 걱정을 조사하고 어머니의 걱정과 관련된 요인을 규명한 연구에서 가장 높은 걱정 요인은 의학적 문제이며, 다음으로는 아기가 집에 갔을 때 정상적으로 될 것인지, 항상 아프지나 앓을지에 대한 걱정으로 나타났다. 이러한 어머니들의 걱정과 관련된 고통을 감소시키기 위해서 아기의 질병을 이해하고 대처할 수 있도록 간호사의 지지가 필요하다고 하였다(Docherty 등, 2002).

Erikson(김혜원, 1996, 재인용)은 인생주기와 정체성과의 관계에서 정체성이란 개인이 자기가 누구이며, 어디에 있으며, 어디로 향하여 가고 있는가에 대한 과거, 현재, 미래의 연속성을 인식하는 것이고, 자신을 독특한 존재로 인지하며 동일시와 사회적 역할을 융합하여 하나의 자아를 찾으려는 자아통합 과정인데, 특히 여성이 어머니가 되는 것(motherhood)은 여성 자신의 정체성 탐색에 있어서 필수불가결한 요소라고

하였다. 미숙아 어머니는 아기의 입원과 치료과정으로 인해 이러한 과정에 방해를 받게 된다. 아기 상태의 심각성이 모성정체성에 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 아기의 통합성 또는 기능에서의 문제는 그 곳에 중심화 현상을 야기하고 문제가 지속되는 동안 역할 형성 과정이 멈추게 된다고 하였다(Zabielski, 1994).

따라서 이러한 미숙아 어머니의 대처전략에 기여할 수 있는 위치에 있는 간호사의 적극적인 간호중재가 요청된다고 하겠다. 즉 정서적 대처를 위한 정서적 지지, 예상치 못했던 상황 재정의에 위한 설명, 문제해결적 대처를 위한 방법 제공, 정보탐색을 돕는 지식제공 등이 미숙아 어머니 지시간호 내용에 반영되어야 할 것으로 생각된다. 본 연구는 지시간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 미치는 고유 효과를 파악하고자 미숙아 어머니의 우울에 영향을 미칠 수 있는 요인들로서 스트레스, 아기 건강 걱정, 정체성과 사회적 지지로서 남편과 주위 가족들의 지지가 동일한 상태에서 그 효과를 검증하고자 하였다.

III. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 미숙아 어머니에게 실시된 상호 대인관계적 활동인 지시간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 미치는 영향을 분석하기 위한 비동등성 대조군 전후시차설계이다(표 1).

〈표 1〉 연구 설계

대조군		실험군		
C1	C2	E1	X	E2

X: 지시간호 중재

2. 연구대상 및 표집방법

연구대상자는 서울에 소재한 일 대학병원 신생아집중치료실에 입원한 미숙아 어머니로서 구체적인 선정 기준은 다음과 같다. 대상자는 대조군 대상자 중 2명이 퇴원 후 설문에 자진 철회함으로써 실험군 10명, 대조군 11명, 총 21명이었다.

- 1) 재태 기간이 28주 이상 34주 미만인 미숙아의 어머니
- 2) 선천적 기형 및 염색체 기형이 없고 단태아인 미숙아의 어머니
- 3) 연구의 설명을 들은 후 연구 참여에 동의한 미숙아의 어머니

3. 연구도구

본 연구에서 사용된 연구도구는 미숙아 어머니의 산후 우울, 스트레스, 아기 건강 걱정, 정체성, 남편의 정서적 및 신체적 지지, 주위 사람의 지지 측정도구이다.

1) 산후 우울(EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale)

산후 우울의 측정은 Cox 등(1977)에 의해 개발된 Edinburgh Postnatal Depression Scales(EPDS) 도구로, 산후 우울이 있는 여성을 식별하기 위한 서술적 자가평정 측정도구이며 총 10 문항의 각 문항은 '매우 그렇다' 0점에서 '전혀 그렇지 않다' 3점의 4점 척도로, 지난 한 주 동안 대상자가 느낀 감정과 가장 가까운 곳에 응답하도록 하고, 점수가 높을수록 산후 우울의 정도가 높음을 의미한다(신화진, 2007, 재인용). 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.881$ 였다.

2) 스트레스(PSS: Parental Stressor Scale)

미숙아 입원에 따른 어머니의 스트레스로서 눈에 보이는 광경이나 소리들과 관련하여 지각된 스트레스를 평가하는 병원 환경 관련 6항목, 미숙아의 행동이나 표정 관련 8항목, 그리고 부모역할 변화 관련 8항목으로 구성되어 있으며, "스트레스가 없다" 1점에서 "극도로 스트레스가 있다" 5점으로 점수가 높을수록 부모의 스트레스가 높음을 의미한다(Miles, Burchinal, Holditch-Davis, Brunssen, & Wilson, 2002). 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.936$ 였다.

3) 아기 건강 걱정(CHWS: Child Health Worry Scale)

아기 건강 걱정은 아기의 건강상태에 대한 미숙아 어머니의 걱정 정도로 아기의 건강, 정상인지, 죽을 것인지, 장애가 있을 것인지, 그리고 집으로 데려갈 수 있을지에 대하여 "전혀 걱정되지 않는다" 1점에서 "매우 걱정된다" 5점까지 5점 척도로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 걱정 정도가 높음을 의미한다(Miles 등, 2002). 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.914$ 였다.

4) 정체성(MIS: Maternal Identity Scale)

어머니로서의 정체성과 아기정체성에 대한 평가를 위해 Osgood 등(1957)에 의해 개발된 어의구별척도를 이용하여 Walker(1997)가 발전시킨 형용사 어의구별척도(semantic differential scale)를 고효정이 수정한 도구를 이용하였다(고효정, 1995, 재인용). 어머니로서 정체성(이하: 어머니로서의 나)은 양극에 대립시킨 형용사를 이용하여 11항목 7점 척도로 개발된 도구로, 점수가 높을수록 어머니 정체성이 긍정적인임을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.834$ 였다. 아기에 대한 정체성(이하: 우리 아기)은

양극에 대립시킨 형용사를 이용하여 6항목 7점 척도로 개발된 도구로 점수가 높을수록 아기에 대한 긍정적인 평가를 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.696$ 이었다.

5) 남편의 정서적 및 신체적 지지

남편의 정서적, 신체적 지지 정도 측정을 위해 정서적 지지는 Taylor(1985)의 도구로 4점 척도 7문항으로 구성되어 있고 신체적 지지는 이해경(1992)이 개발한 도구를 배정(1996)이 수정보완한 도구로 4점 척도 11문항으로 구성되어 있어 점수가 높을수록 남편의 정서적, 신체적 도움이 많음을 의미한다(배정, 1996, 재인용). 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.919$ 이었다.

6) 주위 사람의 지지

주위 사람의 지지 정도 측정을 위해 이해경(1992)이 작성한 도구를 배정(1996)이 수정한 도구를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 4점 척도 12문항으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 주위로부터 도움이 많음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.914$ 였다.

4. 자료수집방법

본 연구의 자료수집 기간은 2007년 5월 27일부터 2008년 7월 10일까지였다.

1) 예비조사 및 연구조원 훈련

본 연구의 예비조사는 2007년 4월 19일부터 4월 24일까지 지지간호를 제공할 간호사가 미숙아 어머니에게 지지를 제공하지 않은 상태에서 자료수집의 타당도를 높이기 위한 설문조사를 하였고, 지지간호 제공을 위하여 입원기간 protocol 4일분과 퇴원 후 전화방문 protocol 3일분을 작성하여 내용 검토 및 질문에 대비한 답변을 작성하여 연구조원 훈련을 하였다.

2) 사전조사

사전조사는 실험군과 대조군에게 신생아중환자실 간호사가 미숙아 어머니에게 연구의 취지와 기록 방법을 설명한 후 스트레스, 아기 건강 걱정, 정체성, 산후 우울 측정도구가 들어 있는 질문지를 대상자에게 나누어 주고 작성하게 한 후 제출하도록 하였으며, 그때 질문지의 기록을 확인하고 회수하였다. 질문지 작성에 소요된 시간은 평균 20분 정도였다. 시기는 미숙아가 병원에 입원하고 나서 어머니가 한 두 번의 면회로 인하여 궁금증이 생겨 질문을 하게 되며, 어머니의 건강 상태가 어느 정도 회복되어 교육을 받을 수 있을 정도가 되는 시기로 미숙아 입원 4일 후에 사전조사를 실시하였다.

3) 실험처치

지시간호는 훈련된 연구자가 미숙아 어머니에게 사전 조사 후 1주에 2회, 2주간 총 4회 약 15~20분간 면회시작 전 오후 1시에 진행되었으며, 지시간호 제공에 사용된 시간은 60~80분이었다. 또 미숙아 퇴원 후 1, 2, 3주에 전화방문을 통하여 약 10~20분간 아기와 어머니의 상태를 묻고 질문에 응답하는 지시간호를 제공하였으며 사용된 시간은 30~60분이었다. 이는 미숙아 어머니가 아기를 데리고 집에 갔을 때 병원에서와는 달리 아기를 전적으로 돌보게 됨으로써 아기를 다루는 지식이나 방법을 알고 있다고 하더라도 많은 궁금증이 유발될 수 있으며 성공적으로 수행하지 못하였을 때 산후 우울로 발전할 가능성도 있으므로 전화방문을 통하여 정서적 지지와 더불어 아기를 보다 능숙하게 다룰 수 있도록 돕고, 약 3주간 지속함으로써 지시간호의 연속성을 도모하기 위함이다. 입원기와 퇴원 후 지시간호 중재 총 소요 시간은 90~140분이었다. 실험 도중 초래될 수 있는 내적·외적 타당도의 위협요소를 제거하기 위하여 실험상황을 다음과 같이 통제하였다.

- (1) 실험처치의 확산을 방지하기 위하여 대조군을 먼저 측정 한 후 실험군을 측정하였다.
- (2) 실험 도중 일어날 수 있는 외부변수의 개입을 줄이기 위해 개별적인 지시간호를 미숙아 어머니에게 제공하였고, 이 시간 동안에는 다른 사람이 접근하지 않는 신생아 중환자실 내 독립된 교육실에서 실시하였다.
- (3) 호오손 효과(Hawthorne effect)를 방지하기 위해 연구, 실험과 같은 말을 사용하지 않도록 하여, 실험대상이 되고 있음을 모르게 하였다.

대조군과 실험군에게는 면회시간 동안 1명의 간호사가 다른 업무를 하지 않으면서 미숙아 어머니의 질문에 답변을 해 주고, 동시에 의사가 면회시간 내내 신생아중환자실에 상주하면서 질문에 대한 설명을 제공하였으며, 면담 요청시에는 접수하여 면회시간 종료 후 개별적으로 의사의 면담이 제공되었다.

면담 시간 이외에 설명이 필요할 경우는 보호자를 호출하여 설명함으로써 실험군과 대조군은 똑같은 일상적 간호와 면담을 제공하여 동일한 환경이 유지되도록 하였다. 또한 아기가 퇴원한 후에도 대조군은 실험군과 마찬가지로 3회에 걸친 전화방문을 통하여 예약일을 알려주거나 아기의 상태를 묻는 등 약 5분 간씩 소요되는 일상적 퇴원전화 방문간호를 제공하였다.

4) 사후조사

미숙아가 태어나면 곧바로 퇴원을 하지 못하고 병원에 입원해 있기 때문에 입원기간 동안 4회의 지시간호를 제공하고, 산후 우울이 분만 후 4주 혹은 6주 이내에 발생하는 것으로 보고되고 있으나(배정이, 1996) 미숙아를 출산한 어머니는 미숙아가 병원에서 일정기간 머물고 퇴원한 후 어머니 혼자서 돌보게 되는 시기로부터 4주 이내에 발생할 것으로 보아 미숙아 퇴원 후 3회의 전화방문을 통한 지시간호를 제공한 후 미숙아 퇴원 후 4주 경과된 시점을 사후조사 시점으로 잡았다. 외래 방문 예약일을 확인하여 외래로 찾아가거나 신생아실을 방문토록 하여 질문지를 나누어 주고 작성케 한 다음 제출토록 하였으며, 기록을 확인하고 질문지를 회수하였다. 본 연구의 자료수집방법은 <표 2>와 같다.

5. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS 프로그램(9.1)을 이용하여 전산통계 처리하였으며 사용된 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균 및 표준편차로 분석하였다.
- 2) 일반적 특성, 미숙아 특성 및 질병관련 특성에 따른 동질성 검정은 정규성 검정 후 t-test 혹은 Mann-Whitney U test와 χ^2 -test 혹은 Fisher's exact test를 이용하여 분석하였다.

<표 2> 자료수집방법

연구도구	시점	미숙아 입원 4일 후	실험처치 (미숙아 어머니 지시간호)				미숙아 퇴원 시	실험처치 (전화방문 3회)			미숙아 퇴원 4주 후
			X1	X2	X3	X4		X5	X6	X7	
실험처치			X1	X2	X3	X4		X5	X6	X7	
일반적 특성		✓									
스트레스		✓					✓				
아기 건강 걱정		✓					✓				
정체성		✓					✓				
질병관련 특성							✓				
남편의 정신적 및 신체적 지지											✓
주위 사람의 지지											✓
산후 우울		✓					✓				✓

- 3) 우울 영향요인 특성에 따른 시점별 동질성 검정은 정규성 검정 후 t-test 혹은 Mann-Whitney U test를 이용하여 분석하였다.
- 4) 가설검정은 Repeated Measures ANOVA를 이용하여 분석하였고, 시점 간 유의한 차이를 보여 Bonferroni 다중 비교를 이용하여 사후검정하였다.

아 특성, 미숙아의 질병관련 특성의 동질성 검정에 앞서 정규성 검정을 실시하였으며, 정규분포를 보이는 변수는 모수적 방법인 t-test와 χ^2 -test를, 정규분포를 보이지 않는 변수는 비모수적 방법인 Fisher's exact test와 Mann-Whitney U test를 이용하여 분석하였다.

일반적 특성에서 종교, 경제수준, 가족형태, 교육정도, 직업, 연령에서 통계적으로 유의한 차이가 없어 동질성이 유지되었다 <표 3>.

IV. 연구결과

1. 대상자의 특성에 따른 동질성 검정

1) 일반적 특성에 따른 동질성 검정

본 연구에서는 소표본을 이용하였으므로 일반적 특성, 미숙

2) 미숙아 특성에 따른 동질성 검정

아 특성에서 성별, 출생순위, 분만유형, 재태기간, 입원기간, feeding 시작일, 출생시 체중, 1분 apgar 점수, 5분 apgar 점수에서 통계적으로 유의한 차이가 없어 동질성이 유지되었다 <표 4>.

<표 3> 일반적 특성에 따른 동질성 검정

특성	구분	실험군(n=10)		대조군(n=11)		χ^2 or t	p
		n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD		
종교	기독교	6(60.0)	3(27.3)			4.23	.120
	천주교	0(0.0)	0(0.0)				
	불교	1(10.0)	0(0.0)				
	없음	3(30.0)	8(72.7)				
경제수준	월 100만원 미만	0(0.0)	1(9.1)			3.40	.333
	월 100~200만원 미만	3(30.0)	5(45.4)				
	월 200~300만원 미만	4(40.0)	1(9.1)				
	월 300만원 이상	3(30.0)	4(36.4)				
가족형태	핵가족	9(90.0)	10(90.9)			0.00	1.000
	대가족	1(10.0)	1(9.1)				
교육정도	고졸	4(40.0)	3(27.3)			0.38	.659
	대졸	6(60.0)	8(72.7)				
직업	주부	5(50.0)	9(81.8)			2.38	.182
	직장인	5(50.0)	2(18.2)				
연령		32.0±3.5	32.1±2.7			-0.49	.618

<표 4> 미숙아 특성에 따른 동질성 검정

특성	구분	실험군(n=10)		대조군(n=11)		χ^2 or t	p
		n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD		
성별	남아	5(50.0)	6(54.5)			0.04	1.000
	여아	5(50.0)	5(45.5)				
출생순위	첫째	6(60.0)	8(72.7)			1.24	.537
	둘째	3(30.0)	3(27.3)				
	셋째	1(10.0)	0(0.0)				
분만유형	자연분만	1(10.0)	4(36.4)			2.00	.310
	제왕절개	9(90.0)	7(63.6)				
재태기간(일)		224.6±7.3	223.8±14.2			-0.16	.878
입원기간(일)		37.5±18.7	35.6±13.8			-0.21	.832
feeding 시작일	1일	8(80.0)	8(72.7)			2.29	.514
	2일	1(10.0)	2(18.2)				
	3일	1(10.0)	0(0.0)				
	14일	0(0.0)	1(9.1)				
출생시 체중		1,524.0±267.2	1,764.5±538.4			1.31	.208
1분 apgar		6.2±2.4	7.0±1.4			0.92	.372
5분 apgar		8.6±1.1	8.2±1.3			-0.62	.534

3) 미숙아 질병관련 특성에 따른 동질성 검정

미숙아의 질병관련 특성에서 ventilator 사용유무 및 사용기간, NCPAP 사용유무 및 사용기간, incubator 안에서 산소 투여유무 및 투여기간, hood를 이용한 산소 투여유무 및 투여기간, 산소 투여유무 및 투여기간, EKG 사용기간, pulse oxymeter 사용기간, ABP Monitor 사용유무, phototherapy

사용기간, Umbilical Artery Catheter 적용유무, Umbilical Vein Catheter 적용유무, Peripherally Inserted Central Catheter 적용유무 및 유치기간, peripheral line 적용유무 및 유치기간, gavage tube 적용유무 및 gavage tube 유치기간에서 통계적으로 유의한 차이가 없어 동질성이 유지되었다 <표 5>.

<표 5> 미숙아 질병관련 특성에 따른 동질성 검정

특성	구분	실험군(n=10)	대조군(n=11)	χ^2 , t or U	p
		n(%) or Mean±SD	n(%) or Mean±SD		
Ventilator	유	3(30.0)	2(18.2)	0.40	.635
	무	7(70.0)	9(81.8)		
Ventilator 사용기간		2.6±0.5	9.0±11.3	0.00	1.000
NCPAP	유	3(30.0)	2(18.2)	0.40	.635
	무	7(70.0)	9(81.8)		
NCPAP 사용기간		3±2.6	14.5±10.6	-1.73	.083
Incubator 내 oxygen 사용	유	6(60.0)	2(18.2)	3.88	.080
	무	4(40.0)	9(81.8)		
Incubator내 oxygen 투여기간		1.7±1.63	5.0±1.4	-1.90	.056
Oxygen hood	유	1(10.0)	6(54.5)	4.67	.063
	무	9(90.0)	5(45.5)		
Oxygen hood 사용기간		3.00±0.0	6.2±12.1	-1.10	.269
Oxygen	유	6(60.0)	7(63.6)	0.02	1.000
	무	4(40.0)	4(36.4)		
Oxygen 사용기간		2.2±1.8	6.7±10.9	-1.01	.311
EKG Monitor 사용기간		23±15.6	18.8±16.6	-0.59	.561
Pulse Oxymeter 사용기간		29.3±13.3	28.3±17.0	-0.14	.890
BP Monitor(ABP)	유	1(10.0)	3(27.3)	-1.34	.179
	무	9(90.0)	8(72.7)		
Phototherapy 기간		10.6±8.0	11.1±9.5	0.00	1.000
Umbilical Artery Catheter	유	0(0.0)	1(9.1)	0.95	1.000
	무	10(100.0)	10(90.9)		
Umbilical Vein Catheter	유	0(0.0)	1(9.1)	0.95	1.000
	무	10(100.0)	10(90.9)		
Peripherally Inserted Central Catheter	유	3(30.0)	4(36.4)	0.95	1.000
	무	7(70.0)	7(63.6)		
PICC 유치기간		14.3±11.8	21.5±16.5	-0.35	.723
Peripheral line	유	9(90.0)	11(100.0)	1.15	.476
	무	1(10.0)	0(0.0)		
Peripheral line 유치기간		10.7±9.3	13.0±11.4	-0.26	.789
Gavage tube	유	10(100.0)	7(63.6)	4.49	.090
	무	0(0.0)	4(36.4)		
Gavage tube 유치기간		11.8±12.2	17.2±15.9	-0.58	.556

4) 산후 우울 영향요인 특성에 따른 시점별 동질성 검정

본 연구에서는 소표본을 이용하였으므로 우울 영향요인의 시점별 동질성 검정에 앞서 정규성 검정을 실시하였다. 그 결과 미숙아 입원 4일 후 스트레스, 정체성에서 모성정체성, 아기에 대한 정체성, 산후 우울이 실험군과 대조군 모두 정규분포를 따르는 것으로 나타났으며 아기 건강 걱정은 정규분포를 따르지 않는 것으로 나타났다. 미숙아 퇴원시에는 대조군에서 아기에 대한 정체성을 제외한 모든 변수에서 정규분포를 따르는 것으로 나타났다. 미숙아 퇴원 4주 후 시점에서는 대조군에서 주위사람의 지지를 제외한 변수에서 정규분포를 따르는 것으로 나타났다.

따라서 정규분포를 보이는 변수는 모수적 방법인 t-test를 이용하여, 정규분포를 보이지 않는 변수는 비모수적 방법인

Mann-Whitney U test를 이용하여 분석하였다(표 6).

(1) 미숙아 입원 4일 후 산후 우울 영향요인에 따른 동질성 검정

실험 전인 미숙아 입원 4일 후 산후 우울 영향요인의 동질성 검정 결과 스트레스, 아기 건강 걱정, 정체성, 모성정체성, 아기에 대한 정체성, 연구 변수인 산후 우울에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않아 두 군은 동질성이 유지되었다(표 7).

(2) 미숙아 퇴원시 산후 우울 영향요인에 따른 동질성 검정

미숙아 퇴원시 산후 우울 영향요인에 따른 동질성 검정 결과 스트레스, 아기 건강 걱정, 정체성, 모성정체성, 아기에 대한 정체성에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않아 동질성이 유지되었다(표 8).

〈표 6〉 산후 우울 영향요인과 우울의 정규성 검정

특성	미숙아 입원 4일 후		미숙아 퇴원시		미숙아 퇴원 4주 후	
	실험군	대조군	실험군	대조군	실험군	대조군
스트레스	.951(.691)	.966(.851)	.943(.595)	.929(.407)		
아기 건강 걱정	.917(.335)	.849(.041)	.984(.985)	.891(.144)		
정체성	.955(.739)	.887(.129)	.911(.294)	.934(.461)		
모성정체성	.978(.955)	.955(.713)	.871(.103)	.951(.664)		
아기에 대한 정체성	.945(.614)	.931(.430)	.900(.224)	.833(.025)		
산후 우울	.913(.308)	.925(.371)	.914(.315)	.937(.496)	.923(.390)	.913(.270)
남편의 정서적, 신체적 지지					.942(.581)	.901(.194)
주위 사람의 지지					.852(.062)	.837(.029)

〈표 7〉 미숙아 입원 4일 후 산후 우울 영향요인에 따른 동질성 검정

특성	실험군	대조군	t or U	p
	Mean±SD	Mean±SD		
스트레스	3.61±0.6	3.83±0.5	0.86	.399
아기 건강 걱정	3.92±0.9	3.87±1.2	-0.07	.943
정체성	81.2±13.1	83.0±11.3	0.19	.848
모성정체성	49.9±10.2	50.6±6.9	0.34	.739
아기에 대한 정체성	31.3±4.5	32.3±5.5	0.48	.640
산후 우울	11.1±5.4	9.5±5.6	-0.64	.532

〈표 8〉 미숙아 퇴원시 산후 우울 영향요인에 따른 동질성 검정

특성	실험군	대조군	t or U	p
	Mean±SD	Mean±SD		
스트레스	3.33±0.80	3.24±0.90	-0.19	.851
아기 건강 걱정	3.20±0.80	2.67±1.10	1.62	.103
정체성	85.9±13.5	89.6±10.1	-0.07	.947
모성정체성	54.5±8.7	54.2±6.6	0.72	.480
아기에 대한 정체성	31.4±5.8	35.5±4.8	-1.55	.118

(3) 미숙아 퇴원 4주 후 산후 우울 영향요인에 따른 동질성 검정

미숙아 퇴원 4주 후 산후 우울 영향요인에 따른 동질성 검정 결과 남편의 정서적, 신체적 지지, 주위 사람의 지지에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않아 두 군은 동질한 것으로 나타났다(표 9).

2. 가설검정

“지시간호를 제공받은 미숙아 어머니는 제공받지 않은 미숙아 어머니보다 산후 우울정도가 낮을 것이다”를 검정하기 위하여 산후 우울 점수를 반복측정 분산 분석하였다. 검정 결과 두 군간 산후 우울은 유의한 차이를 보이지 않았으며($F=0.01, p=.917$) 시간의 경과에 따라서는 유의한 차이를 보였고($F=6.74, p=.003$), 두 군과 측정시점 간의 교호작용이 통계적

으로 유의한 차이를 보여($F=3.59, p=.037$) 가설이 지지되었다(표 10).

지시간호를 제공받은 실험군의 산후 우울 점수는 실험 전인 입원 4일 후 11.1점, 미숙아 퇴원시 8.2점, 미숙아 퇴원 4주 후 5.4점이었고 대조군은 실험 전인 입원 4일 후 9.5점, 미숙아 퇴원시 7.1점, 미숙아 퇴원 4주 후 8.5점으로 나타났다. 즉 실험군의 산후 우울 점수는 점차 낮아지는 양상을 보인 반면 대조군의 산후 우울 점수는 낮아지다가 다시 상승하는 양상을 보였다. 시간의 경과에 따라 유의한 차이를 보이는 산후 우울 점수를 시점 간 사후 검정한 결과 미숙아 입원 4일 점수와 미숙아 퇴원시 점수 간에는 유의한 차이가 있었으며($F=8.91, p=.007$), 미숙아 퇴원시 점수와 미숙아 퇴원 4주 후 외래방문시 점수와는 유의한 차이가 없는 것으로($F=0.52, p=.478$) 나타났다(표 11), [그림 2].

〈표 9〉 미숙아 퇴원 4주 후 산후 우울 영향요인에 따른 동질성 검정

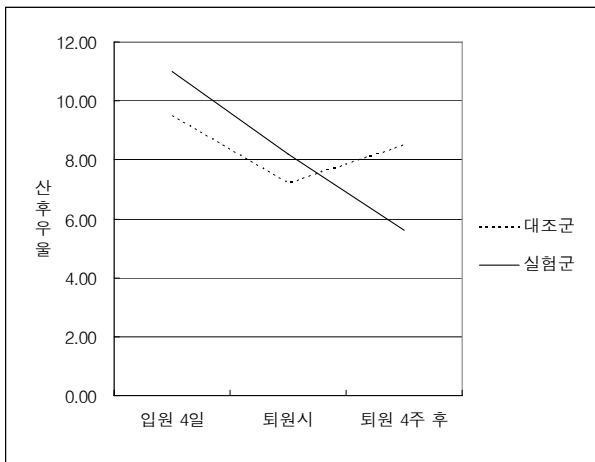
특성	실험군	대조군	t or U	p
	Mean±SD	Mean±SD		
남편의 정서적, 신체적 지지	64.6±6.8	60.0±10.0	-1.21	.240
주위 사람의 지지	44.7±4.9	39.5±8.2	1.81	.070

〈표 10〉 산후 우울 차이 검정

요인	자유도(df)	제곱합(SS)	평균제곱(MS)	F	p
집단간					
집단(A)	1	0.005	0.005	0.01	.917
오차	19	9.967	0.524		
집단내					
시간(B)	2	1.303	0.651	6.74	.003
집단*시간(A*B)	2	0.693	0.346	3.59	.037
오차	38	3.672	0.096		

〈표 11〉 측정시점간 산후 우울 점수

특성	측정시점	실험군	대조군	F	p
		Mean±SD	Mean±SD		
산후 우울	미숙아 입원 4일 후	11.1±5.4	9.5±5.6	8.91	.007
	미숙아 퇴원시	8.2±4.3	7.1±4.0		
	미숙아 퇴원 4주 후	5.4±4.6	8.5±4.8	0.52	.478



[그림 2] 측정시점간 산후 우울 점수

V. 논 의

본 연구는 지지간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 미치는 효과를 파악하기 위하여 미숙아 입원 4일 후, 미숙아 퇴원시, 미숙아 퇴원 4주 후에 미숙아 어머니의 산후 우울을 EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scales)를 이용하여 측정하였다. 연구 결과 두 집단 간 우울은 유의한 차이를 보이지 않았으며($F=0.01$, $p=.917$) 시간의 경과에 따라서는 유의한 차이를 보였고($F=6.74$, $p=.003$), 두 군과 측정시점 간의 교호작용이 통계적으로 유의한 차이를 보여($F=3.59$, $p=.037$) 가설이 지지되었다.

미숙아 어머니는 정상아 어머니보다 정상적인 아기를 출산하지 못하였다는 죄책감으로 산후 우울에 빠질 가능성이 더 높다. 그러한 미숙아 어머니에게 사회적 지지의 일부분으로서 간호사의 미숙아 어머니에 대한 지지간호 제공이 긍정적인 효과를 가져왔음이 입증되었다. 이는 정상아 어머니와 추후관리를 받은 저출생체중아 어머니의 모성자존감, 산후우울, 가족기능의 비교 연구(안영미와 김정현, 2003)에서 추후관리를 제공받지 않은 정상아 어머니 집단과 추후관리를 제공받은 저출생체중아 어머니 집단 간에 모성의 내적 개념인 모성자존감과 산후 우울 정도에서 두 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않아 고위험요인을 가지고 있는 집단이라도 추후관리 서비스를 통해 고위험 신생아 어머니의 부정적 결과를 다소 감소시킬 수 있다고 함으로써 본 연구 결과와 일치한다고 볼 수 있다.

안영미와 이상미(2004)의 통합적 NICU 입원교육이 고위험 신생아 어머니의 모애착, 모성자존감, 산후 우울에 미치는 영향 연구에서 산후 우울에서 유의한 차이를 보이지 않은 결

과와 다르게 나타났는데 이는 본 연구에서 입원시 지지간호와 퇴원 후 전화방문을 통한 지지간호를 퇴원 후 1개월까지 지속적으로 제공함으로써 입원교육 위주로 만들어진 프로그램의 우울 감소 효과와 차이를 보인 것으로 생각된다. 신화진(2007)은 어머니와 미숙아를 직접 접촉할 수 있도록 도와 준 캥거루식 돌보기가 모애착에서는 유의한 차이를 보인 반면 산후 우울에서는 유의한 차이를 보이지 않았다고 하였는데 캥거루식 돌보기가 복합적 개념인 우울 감소에는 영향을 미치지 못하였음을 알 수 있다. 본 연구에서 제공된 지지간호란 간호사와 대상자간에 이루어지는 일련의 상호과정으로서 간호대상자의 문제를 경청과 감정이입의 자세로 인지하고 정서적, 신체적, 사회적 지지를 제공하여 대상자의 에너지를 활성화하는 것을 기본 틀로 하는 간호중재법(김명자와 송경애, 1991)으로 적당하다고 생각된다.

또한 본 연구는 미숙아 어머니의 산후 우울에 영향을 미칠 수 있는 요인들의 동질성을 검정함으로써 미숙아 어머니에게 제공되는 간호사의 지지간호만의 효과를 파악하고자 하였으며 그 요인으로는 스트레스, 아기 건강 걱정, 정체성, 남편의 정서적, 신체적 지지 및 주위 사람의 지지이다.

신생아 집중치료실에 입원한 고위험 신생아 어머니의 스트레스 정도 및 내용에 관한 연구에서 성미혜(2002)는 스트레스로 인하여 간호계획시 신생아 집중치료실의 외적, 심리적 환경의 제공은 물론 환아 어머니들의 스트레스에 대처하기 위한 지지적 간호중재가 필요하다고 하였다. 스트레스를 일으키는 영역으로는 신생아중환자실 환경, 아기의 모습과 행동 및 처치, 아기와 관계 및 부모역할 변화, 의료진과의 의사소통 등이 있었다. 이러한 영역에 대하여 실험군과 대조군 간에 미숙아 입원 4일 후와 미숙아 퇴원 시점에 동질성을 검정한 결과 유의한 차이를 보이지 않았으며, 따라서 미숙아 어머니에게 제공된 지지간호는 미숙아 어머니의 산후 우울에 고유한 영향을 미쳤을 것으로 생각된다.

미숙아를 출산하게 되면 미숙아 어머니는 아기의 불확실한 미래 때문에 걱정하게 된다. 아기가 나중에 의학적으로 완벽하게 정상으로 돌아올 지, 성장과정이 다른 아기들과 같이 정상적으로 진행될 지, 갑자기 죽지나 않을 지, 자주 병치레를 하거나 않을 지, 언제나 아기를 집으로 데리고 갈 수 있을 지에 대하여 끊임 없이 궁금해 하고 질문하게 된다. 이러한 걱정은 개인에 따라서 간호사나 의료진의 설명에 쉽게 수긍하는 반면에 자신의 궁금증이 해소될 때까지 반복적인 질문을 하는 등 매우 다른 반응 양상을 보이게 된다. 따라서 본 연구에서는 미숙아 어머니의 아기 건강 걱정을 미숙아 입원 4일 후와 미숙아 퇴원시에 측정한 결과 동질한 집단이었으므로 실험군과 대조군 간 산후 우울이 유의한 차이를 보인 것은 지지간호 중재의 효과라고 생각된다.

모성정체성과 어머니 역할수행 자신감과 산후우울 사이의 연관성을 연구한 오현이(2001)는 산후 4주 시점에서 어머니로서의 나와 산후 우울과는 $r=-0.34(p=.00)$, 우리 아기와 산후 우울과는 $r=-0.33(p=.00)$ 으로 역상관관계를 보였으며, 통합적 NICU 입원교육이 고위험신생아 어머니의 모애착, 모성자존감, 산후 우울에 미치는 영향 연구(안영미와 이상미, 2004)에서 모성자존감이 낮을수록 심한 산후 우울을 보였다고 했으므로 모성자존감이 산후 우울과 상관이 있음을 알 수 있다. 본 연구에서는 산후 우울에 영향을 미칠 수 있는 정체성을 동질성 검정을 하여 지시간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 미치는 영향을 보고자 미숙아 입원 4일 후, 미숙아 퇴원시에 측정된 결과 두 군 간에 유의한 차이를 보이지 않아 동질하였으므로 이는 지시간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 고유한 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

출산 후 6개월 여성의 산후 우울 정도와 예측요인에서 여정희(2006)는 남편의 정서적 신체적 지지가 $r=-0.32(p=.010)$ 로 산후 우울에 영향을 미친다고 하였으며, 박영주 등(2004)은 산후 우울 예측요인에서 가족지지가 $r=-0.52(p=.0001)$ 로 산후 우울과 통계적으로 유의한 상관관계가 있다고 하였다. 정명희와 김중임(2005)은 산욕기 산모의 임신시 정서상태, 분만준비도, 산후 사회적 지지도 및 산후 우울감과의 관계연구에서 사회적 지지도로서 남편의 지지도와 주위 사람의 지지도를 측정된 결과 사회적 지지도와 산후 우울과는 유의한 차이를 보이지 않았으며 남편의 지지도만이 역상관관계를 나타냈으나 유의하지는 않다고 하였다. 본 연구에서는 산후 우울에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 미숙아 퇴원 4주 후 시점에서 남편의 도움과 주위사람의 도움을 차이 검정한 결과 실험군과 대조군간 유의한 차이가 없어 두 군의 동질성이 유지되었으며 이 또한 지시간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 고유한 영향을 미친 것으로 생각된다.

이상에서 살펴본 바와 같이 입원기간 동안 4차례의 만남과 퇴원 후 3차례에 걸친 전화상담을 통하여 제공된 지시간호는 미숙아 어머니의 산후 우울을 감소시키는 효과가 있는 것으로 나타나 고위험 신생아를 출산한 미숙아 어머니에게 아기와 자신에 대하여 긍정적인 가치관이 성립될 수 있도록 지속적으로 제공되어야 할 간호중재로서 유용한 가치가 있다고 생각된다.

VI. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 지시간호가 미숙아 어머니의 산후 우울에 미치는 효과를 알아보기 위한 비동등성 대조군 전후 시차설계의 유사

실험연구이다.

자료수집 기간은 2007년 5월 27일부터 2008년 7월 10일까지이며 연구대상자는 서울시 소재 일 대학병원의 신생아집중치료실에 입원한 미숙아 어머니로서 실험군 10명, 대조군 11명이었다.

실험군에게는 지시간호를 입원 중 총 4회 약 15~20분간 면회 시작 전 오후 1시에 진행하였으며, 지시간호 제공에 사용된 시간은 60~80분이었다. 또 퇴원 후 1, 2, 3주에 퇴원전화방문을 통하여 약 10~20분간 아기와 어머니의 상태를 묻고 질문에 응답하는 지시간호를 제공하였으며 사용된 시간은 30~60분이었다. 지시간호 중재의 총 소요 시간은 90~140분이었다. 대상자의 일반적 특성과 미숙아 특성, 질병관련 특성을 조사하고 연구 변수에 영향을 미칠 수 있는 스트레스, 아기 건강 걱정, 정체성, 남편과 주위 사람의 지지 및 연구 변수인 우울을 미숙아 입원 4일 후, 미숙아 퇴원시, 미숙아 퇴원 2주 후에 측정하였다.

수집된 자료는 SAS 9.1 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 평균 및 표준편차로, 두 집단의 일반적 특성, 미숙아 특성 및 미숙아 질병관련 특성과 우울 영향요인 특성에 대한 시점별 동질성 검정은 정규성 검증 후 t-test 혹은 Mann-Whitney U test와 χ^2 -test 혹은 Fisher's exact test로, 가설검정은 Repeated Measures ANOVA를 이용하여 분석하였고 시점 간 유의한 차이가 있어 Bonferroni 다중비교로 사후 검정하였다.

본 연구를 통하여 얻은 결론은 다음과 같다.

“지시간호를 제공받은 미숙아 어머니는 제공받지 않은 미숙아 어머니보다 산후 우울정도가 낮을 것이다”를 검정한 결과 두 군간 우울은 유의한 차이를 보이지 않았으며($F=0.01, p=.917$) 시간의 경과에 따라서는 유의한 차이를 보였고($F=6.74, p=.003$), 두 군과 측정시점 간의 교호작용이 통계적으로 유의한 차이를 보여($F=3.59, p=.037$) 가설이 지지되었다.

따라서 지시간호는 미숙아 어머니의 산후 우울을 감소시키는데 독자적인 간호영역으로 임상에서 적극적으로 활용할 수 있는 간호중재라고 사료된다.

2. 제 언

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 미숙아 어머니에 대한 지시간호를 임상에서 활용해 볼 것을 제언한다.
- 2) 미숙아 아버지를 포함하여 미숙아 부모를 대상으로 하는 반복 연구를 제언한다.
- 3) 정상아 어머니보다 미숙아 어머니는 산후 우울이 더 오래 지속되므로 기간을 연장한 반복연구를 제언한다.

참고문헌

- 고효정(1995) *취업유무에 따른 초산모의 역할긴장과 어머니로서의 정체감 형성 및 관계*. 이화여자대학교 박사학위논문, 서울.
- 김명자(1992). 인지적 간호중재. *대한간호학회지*, 22(3), 337-351.
- 김명자, 송경애(1991). 지지간호가 만성질환자의 삶의 질과 자존감에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 21(3), 323-338.
- 김정아(1990). *지지간호가 군 요통환자의 우울, 기분, 만족에 미치는 영향*. 연세대학교 박사학위논문, 서울.
- 김증임(2006). 한국판 에딘버러 산후우울측정도구의 타당성 연구. *여성건강간호학회지*, 12(3), 204-209.
- 김혜원(1996). *초임부의 모성 정체성에 관한 모형 구축*. 서울대학교 박사학위논문, 서울.
- 박영주, 신현정, 유호신, 천소희, 문소현(2004). 산후우울 예측요인. *대한간호학회지*, 34(5), 722-728.
- 배정아(1996). *산후 우울의 이론적 모형 구축에 관한 연구*. 이화여자대학교 박사학위논문, 서울.
- 성미혜(2002). 신생아 집중실에 입원한 고위험 신생아 어머니의 스트레스 정도 및 내용에 관한 연구. *아동간호학회지*, 8(1), 97-109.
- 신화진(2007). *강아루식 돌보기가 미숙아의 성장 및 모아애착과 산후우울에 미치는 효과*. 을지대학교 석사학위논문, 대전.
- 안영미, 김정현(2003). 일반아모와 추후관리를 받은 저출생체중 아모의 모성자존감, 산후우울, 가족기능의 비교. *대한간호학회지*, 33(5), 580-590.
- 안영미, 이상미(2004). 통합적 NICU입원교육이 고위험신생아 어머니의 모아애착, 모성자존감, 산후 우울에 미치는 영향. *아동간호학회지*, 10(3), 340-349.
- 여정희(2006). 출산 후 6개월 여성의 산후우울 정도와 예측요인. *여성건강간호학회지*, 12(4), 355-362.
- 오현이(2001). 산욕기 산모의 모성 정체성, 어머니역할수행자신감과 산후우울과의 관계. *한국모자보건학회지*, 5(2), 255-266.
- 이숙자(1993). *지지적 간호행위가 혈액투석 환자의 대처방식에 따라 우울과 삶의 질에 미치는 영향*. 연세대학교 박사학위논문, 서울.
- 이혜경(1992). *산욕기 초산모의 모성역할획득 모형구축*. 서울대학교 박사학위논문, 서울.
- 정명희, 김증임(2005). 산욕기 산모의 임신시 정서상태, 분만준비도, 산후 사회적 지지도 및 산후 우울감과의 관계연구. *여성건강간호학회지*, 11(1), 38-45.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Docherty, S. L., Miles, M. S., & Holditch-Davis, D. (2002). Worry about child health in mothers of hospitalized medically fragile infants. *Advances in Neonatal Care*, 2(2), 84-92.
- Holditch-Davis, D., Bartlett, T. R., Blickman, A. L., & Miles, M. S. (2003). Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(2), 161-171.
- Holditch-Davis, D., & Miles, M. S. (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 19(3), 13-24.
- Hupcey, J. E., & Morse, J. M. (1997). Can a professional relationship be considered social support? *Nursing Outlook*, 45(6), 270-276.
- Knafl, K., Breitmayer, B., Gallo, A., & Zoeller, L. (1992). Parents' views of health care providers: An exploration of the components of a positive working relationship. *Children's Health Care*, 21(2), 90-95.
- Kristensson-Hallstroem, I., & Elander, G. (1997). Parents' experience of hospitalization: Different strategies for feeling secure. *Pediatric Nursing*, 23(4), 361-370.
- Meyer, E. C., Garcia Coll, C. T., Seifer, R., Ramos, A., Kilis, E., & Oh, W. (1995). Psychological distress in mothers of preterm infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 16(6), 412-417.
- Miles, M. S., Burchinal, P., Holditch-Davis, D., Brunssen, S., & Wilson, S. M. (2002). Perceptions of stress, worry, and support in black and white mothers of hospitalized, medically fragile infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 82-88.
- Miles, M. S., Carlson, J., & Brunssen, S. (1999). The nurse parent support tool. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 44-50.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(1), 36-44.
- Miles, M. S., Wilson, S. M., & Docherty, S. L. (1999). African american mothers' responses to hospitalization of an infant with serious health problems. *Neonatal Network*, 18(8), 17-26.
- Peebles-Kleiger, M. J. (2000). Pediatric and neonatal

- intensive care hospitalization as traumatic stressor: Implications for intervention. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 257-280.
- Preyde, M., & Ardal, F. (2003). Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Canadian Medical Association Journal*, 168(8), 969-973.
- Zabielski, M. T. (1994). Recognition of maternal identity in preterm and fullterm mothers. *Maternal Child Nursing Journal*, 22(1), 2-36.

The Effects of Supportive Nursing Management on Postpartum Depression of Mothers with Premature Infants

Kim, Eun Sook¹⁾ · Kim, Eun Young¹⁾ · Lee, Ji Yeon²⁾ · Kim, Jin Kyoung²⁾
Lee, Hyun Ju²⁾ · Lee, Seung Hee²⁾ · Kim, Ji Young²⁾ · Won, Ha Yeon²⁾

1) HN, Department of Nursing, Korea University Guro Hospital

2) RN, Department of Nursing, Korea University Guro Hospital

Purpose: This quasi-experimental study was conducted to investigate the effects of supportive nursing management on postpartum depression in the mothers with premature infants. **Methods:** The subjects were 21 mothers who delivered premature babies in a university hospital. The experimental group of 10 mothers was provided with supportive nursing management program by nurses in neonatal ICU and the control group of 11 mothers was provided with usual management only. The designed programs were given 4 times to the experimental group while their babies were hospitalized, and telephone consultation was provided 3 times after discharge. The stress, anxiety, identity, support from their husbands & family members, and postpartum depression were measured 3 times using Edinburgh Postnatal Depression Scale (the 4th day of premature's hospitalization, the day of discharge and the day of 4 weeks after discharge). **Results:** There was no significant difference in general characteristics and the influential factors of postpartum depression between the two groups, so they were homogeneous. There was no significant difference in depression ($F=0.01$, $p=.917$). However there was significant difference over time ($F=6.74$, $p=.003$) and the interaction between measurement time and treatment ($F=3.59$, $p=.037$). **Conclusion:** The supportive nursing management on postpartum depression of mothers with premature infants is considered effective and useful in reducing postpartum depression. Further research is warranted to investigate paternal depression and the program's long-term effects.

Key words: Supportive nursing management, Mothers with premature infant, Postpartum depression

Corresponding author: Kim, Eun Sook

Department of Nursing, Korea University Guro Hospital
97, Gurodonggil, Gurogu, Seoul 152-703, Korea
Tel: 82-2-2626-1604, E-mail: eun6349@empal.com