

모자동실체계에 대한 간호사의 인식과 태도

김은영¹ · 김윤미² · 김지수³ · 조동숙⁴ · 김은경⁵

동아대학교 간호학과 조교수¹, 을지대학교 간호학과 부교수², 교수⁴, 가천의과대학교 간호학과 조교수³, 목포대학교 간호학과 부교수⁵

Attitude and Awareness of Nurses About Rooming-in System

Kim, Eun-Young¹ · Kim, Yun Mi² · Kim, Ji Soo³ · Cho, Dong Sook⁴ · Kim, Eun Kyung⁵

¹Assistant Professor, Department of Nursing, Dong-A University, ²Associate Professor, ⁴Professor, Department of Nursing, Eulji University
³Assistant Professor, Department of Nursing, Gacheon University of Medicine and Science,
⁵Associate Professor, Department of Nursing, Mokpo University

Purpose: This study was done to examine the attitude and awareness of nurses about rooming-in for new mothers and their infants. **Methods:** Data were collected from 462 nurses from 40 hospitals from August 10 to September 20, 2008 using a questionnaire, and the collected data were analyzed using descriptive statistics, t-test and ANOVA. **Results:** The mean score for attitude and awareness of nurses about rooming-in was 3.02 (range=2.13~3.80), which indicates that the nurses had positive opinions of the system. The factors with the highest and lowest scores were awareness of a successful implementation method (mean=3.35) and awareness of the advantages and disadvantages of the system (mean=2.73), respectively. The attitude and awareness of nurses about rooming-in differed significantly with age, religion, education level, parity, type of hospital, hospital nurse staffing grade (bed-to-nurse ratio), and presence of a rooming-in system. **Conclusion:** This results of the study show that attitudes and awareness of nurses to rooming-in differed significantly according to personal factors (age, parity, religion, educational level) and work characteristics (hospital type, hospital nurse staffing grade, presence of rooming-in system). These findings can be used as basic data in determining optimal strategies for a system of rooming-in in the future.

Key Words: Rooming-in care, Attitude of health personnel, Nurses

서 론

1. 연구의 필요성

모자동실체계(Rooming-in system)란 분만 직후부터 병원에 머무르는 동안 엄마와 아기를 한방에 머물게 하는 가족중심적 대상자 관리체계를 말한다(Reeder et al., 1997). 모자동실체계는 모유수유 실천을 증가시키고 퇴원 후 모유수유에 대한 문제를 감소시키는 것으로 널리 알려져 있을 뿐 아니라 분만 직후 엄마와 아기가 밀접하게 접촉함으로써

인해 출산 후 모아상호작용에도 긍정적 효과를 보이는 것으로 보고되고 있다(Bystrova et al., 2009)

세계보건기구(WHO)에서는 병원에서 모유수유실천을 높이기 위한 방안으로 “성공적인 모유먹이기 10단계”라는 국제적 기준을 마련하였다(World Health Organization, 1998). 이에 따르면 출산 후 30분 이내에 모유수유를 시작하는 것이 모유수유 성공여부를 결정하며, 이를 위하여 분만 후 병원에서 산모와 아기가 같은 방을 쓰도록 하는 정책, 즉 모자동실체계를 갖추는 것이 매우 중요함을 강조하고 있다.

우리나라에서는 세계보건기구의 권고안에 따라 국가보

주요어: 모자동실체계, 간호사, 태도, 인식

Address reprint requests to: Kim, Yun Mi, Department of Nursing, Eulji University, 212 Yangji-dong, Sujeong-gu, Seongnam 461-713, Korea.
Tel: 82-31-740-7183, Fax: 82-31-740-7359, E-mail: kyunm@eulji.ac.kr

- 본 논문은 2008년 병원간호사회 용역연구(신생아간호 운영체계와 개선방안 연구)의 일부임.

투고일: 2010년 2월 23일 / 1차심사완료일: 2010년 3월 3일, 2차심사완료일: 2010년 3월 30일 / 게재확정일: 2010년 5월 17일

건사업으로 모유수유 권장사업을 시행하고 있으나 모유수유율과 수유기간이 다른 국가에 비하여 훨씬 낮은 것으로 알려져 있다(Lim, Park, & Lee, 2003). 보건복지부는 모자동실체제와 모유수유를 권장하기 위하여 의료기관이 신생아를 모자동실에서 돌볼 경우에는 신생아실을 이용할 때보다 약 1.5배의 건강보험 수가를 산정하고, 모유 수유관리료도 별도로 지급하고 있다(Ministry for Health, Welfare, and Family Affairs, 2009). 또한 2009년부터 의료기관평가 항목에 ‘모유수유 시도 비율’이라는 임상 질지표를 추가로 도입하였다(Ministry for Health, Welfare and Family Affairs & Korea Health Industry Development Institute, 2009). ‘모유수유 시도 비율’ 지표는 모유수유에 대한 병원의 간호서비스의 질적 수준을 가늠하기 위한 것이라 할 수 있다. 즉, 병원에서 모유수유 시도 비율을 높이기 위해서는 모자동실체제를 갖추는 것을 포함한 모유수유를 위한 병원의 환경적, 제도적 변화가 필요하다.

지금까지 살펴본 모유수유와 모자동실체제에 대한 세계적 또는 국가적 차원의 노력에도 불구하고 2006년 분만을 한 253,616명의 산모중에서 45.4%만이 모자동실을 이용하였다(Kim et al., 2008). 이처럼 우리나라에서는 모자동실체제에 대한 부정적 인식으로 모자동실체제를 회피하는 경향이 있다. 산모들의 경우 모자동실은 분만 후 휴식을 방해하며 아기돌보기가 어렵다는 이유로 모자동실에 대해 부정적인 반응을 보이는 것으로 나타났다(Cuttini, Santo, Kaldor, Pavan, & Tonchella, 1995). 특히 우리나라를 비롯한 아시아권의 일부 국가에서는 문화적 가치체계에서는 출산 후 산모는 상당기간 휴식을 충분히 취해야 하고, 신체적 활동을 제한하는 전통을 가지고 있기 때문에 산모는 모자동실체제에 갈등을 느끼고 받아들이기 어려워하는 경향이 있다(Rice, 2000). Ann과 Lee(1998)의 연구에서는 우리나라 산모의 경우 “아기를 간호할 보호자가 따로 있어야 하고, 아기에게 감염의 기회가 증가할 것이고, 산모의 휴식과 안정을 방해할 것”이라는 부정적 인식이 있는 것으로 보고되었다.

또한 의사와 간호사 등 의료인들의 부정적 인식도 모자동실체제 시행의 장애가 된다(Ann & Lee, 1998). 그러나 더 큰 문제는 병원의 공간 부족, 모유수유 전문간호사 부족, 모유수유 시행지침 부족 등 병원에서 제도적, 환경적 지원이 이루어지지 않는다는 것이다(Kang, Lee, Hyun, & Kim, 2000). 실제로 병원에 근무하는 의료인을 대상으로 병원내에서 모유수유 실천이 안 되는 이유에 대하여 질문한 결과, 신생아

실과 산모 입원실이 분리된 것(모자별실체제)을 가장 큰 이유로 꼽았고, 그다음은 산모와 의료진(의사와 간호사 등)의 모유수유에 대한 의식부족과 무관심, 병원 인력의 부족 등이라고 응답하였다(Kim, Shin, & Lee, 2005).

모자동실률은 의료기관 종별구분에 따라 격차가 큰 것으로 알려져 있다. 최근 우리나라에서 분만 시장점유율이 높은 산부인과 의원과 병원의 모자동실률이 49.3%로 높고, 종합병원은 18.7%로 보고되었다. 동일한 유형의 의료기관 중에서는 간호사 확보수준이 높은(간호관리료 등급이 낮은) 기관의 모자동실률이 높다고 보고되었다(Kim et al., 2008). 또한 모자동실률은 시도별 지역적 격차가 큰 것으로 나타났다. 강원도가 74.6%로 전국에서 가장 높고, 대구는 10.8%로 가장 낮아, 두 지역의 모자동실률 격차가 63.8%p였다. 모자동실률이 낮은 지역은 대구에 이어 울산(21.8%), 경남(27.7%), 경북(31.9%) 등이었다(Kim et al., 2008).

모자동실체제에 대한 간호사의 인식과 태도에 관한 선행 연구는 Ann과 Lee(1998)의 연구 이외에 활발하게 진행된 바 없다. 특히 Ann과 Lee(1998)의 연구는 부산광역시 1개 지역의 8개 종합병원만을 대상으로 하였는데, 모자동실률의 지역별 격차와 의료기관 종별 격차가 심하므로 전국적이고 다양한 의료기관에 대한 대규모 조사가 필요하다 생각된다.

간호사는 모자동실 운영의 핵심인력이며, 출산 후 산모를 간호하는 간호사의 인식과 태도는 산모의 모자동실 또는 모자별실 선택에 영향을 줄 것이며, 모자동실체제의 성공적인 시행에 중요한 역할을 할 것이다. 본 연구는 산모와 신생아와 가장 밀접하며 직접 간호서비스를 제공하는 간호사가 모자동실체제에 대하여 어떤 인식을 가지고 있는지 파악하고, 이와 관련된 개인적 특성과 의료기관의 특성을 확인하고자 실시하였다. 즉 간호사를 대상으로 모자동실체제에 대한 전반적 태도와 인식정도를 파악하고 모자동실체제의 효율적인 시행과 운영을 저해하는 간호사와 병원 환경적 장애요인에 대한 인식을 확인하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 모자동실체제에 대한 간호사의 태도와 인식정도를 파악하고, 이와 관련된 변인들을 규명하고자 실시되었다.

- 모자동실체제에 대한 간호사의 태도와 인식을 파악한다.

- 간호사의 일반적 특성에 따른 모자동실체계에 대한 태도와 인식의 차이를 파악한다.
- 간호사가 근무하는 의료기관 특성에 따라 모자동실체계에 대한 태도와 인식에 차이가 있는지 분석한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 우리나라 모자동실체계에 대한 간호사의 태도와 인식 및 이와 관련된 변인을 파악하기 위해서 간호사를 대상으로 한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상 및 자료수집

모자동실체계에 관한 간호사의 의견을 조사하기 위하여 병원여성건강간호사회 및 병원신생아간호사회에서 추천하는 70개 의료기관을 편의표본추출 하였다. 추천받은 70개 의료기관중 40개 의료기관에서 자료수집을 허락받았다. 자료수집을 허락한 의료기관의 지역별 분포는 서울 16곳, 경기도 9곳, 부산 4곳, 울산 4곳, 대구 1곳, 대전 1곳, 충청남도 1곳, 경상북도 2곳, 강원도 2곳 등이었다.

자료수집은 2008년 8월 10일부터 9월 20일 사이에 연구대상 의료기관에서 분만실, 산모병실, 신생아실, 간호행정담당 간호사에게 본 연구의 조사목적을 설명한 후 자발적으로 조사에 협조하기로 서면 동의한 간호사로부터 자기기입식으로 설문에 답하도록 하여 자료를 수집하였다. 설문지에 응답한 간호사는 40개 의료기관의 485명이었으나 응답내용이 불성실한 23명을 제외한 462명에 대하여 최종분석을 실시하였다.

간호사가 소속된 의료기관의 유형과 간호관리료 등급 및 모자동실 비율에 관한 정보는 건강보험심사평가원의 요양기관 화일과 건강보험진료비 청구자료분석결과를 활용하였다(Kim et al., 2007).

3. 연구도구

모자동실체계에 대한 인식도를 측정하기 위하여, Ann과 Lee (1998)가 개발한 도구를 수정보완하여 사용하였다. Ann과 Lee (1998)가 개발 당시에는 총 47개 문항이었으나, 본 연구에서는 예비조사와 전문가 자문을 통하여 중복되는

문항과 내용이 명확하지 않는 문항 등을 조정하였다. 최종적으로 본 연구에서 사용한 도구는 총 41개 문항으로 구성되었으며, 모자동실에 대한 전반적인 태도 5문항, 모자동실의 장단점에 대한 인식 12문항, 모자동실의 장애요인에 대한 인식 12문항, 모자동실의 활성화 방안에 대한 인식 12문항이다. 도구는 4점 척도로, 각 문항을 '매우 그렇다' 4점, '약간 그렇다' 3점, '별로 그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다' 1점으로 측정하며, 점수가 높을수록 모자동실체계에 대한 인식이 높음을 의미한다. 부정적 문항은 역환산하였다.

본 연구에서 도구의 내적 신뢰도 계수 Cronbach's $\alpha = .89$ 였으며, 세부 항목별로는 모자동실에 대한 전반적인 태도 Cronbach's $\alpha = .91$, 모자동실의 장단점에 대한 인식 Cronbach's $\alpha = .75$, 모자동실의 장애요인에 대한 인식 Cronbach's $\alpha = .76$, 모자동실의 활성화 방안에 대한 인식 Cronbach's $\alpha = .89$ 였다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 15.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 연구대상자의 일반적 특성과 근무지 특성은 실수와 백분율, 평균과 표준편차 등의 기술통계방법으로 분석하였다. 간호사의 일반적 특성과 근무지 특성에 따른 모자동실체계에 대한 인식도의 차이를 파악하기 위하여 t-test와 ANOVA를 이용하였고, Bonferroni의 방법으로 사후 검정을 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

설문에 응답한 간호사의 평균 연령은 31세였고, 출산 경험이 있는 대상자는 37.4%였다. 종교는 없다는 대상자가 42.4%였고, 학력은 전문대학을 졸업한 대상자가 63.2%로 가장 많았다. 연구대상자의 직위는 일반간호사가 72.1%로 가장 많았다. 총 임상경력은 평균 8.1년, 현부서의 근무경력 은 평균 3.9년이었고, 산부인과 병동 근무자가 45.0%로 가장 많았다. 조사 대상 간호사가 근무하는 의료기관을 종류별로 살펴보면, 종합전문요양기관이 33.8%로 가장 많았으며, 간호관리료 등급별 분포를 보면, 1~3등급이 53%로 가장 많았다. 모자동실비율에 따라 분류하면, 모자동실을 전혀

운영하지 않는 모자별실형이 29.2%, 모자별실과 모자동실을 동시에 운영하는 질충형 46.8%, 모자동실형 24%로 나타났다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of the Participants (N=462)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Age (year)		31±7.4
Parity	Yes	173 (37.4)
	No	289 (62.6)
Religion	None	196 (42.4)
	Buddhism	59 (12.7)
	Christianity	149 (32.3)
	Catholicism	58 (12.6)
Education level	College	292 (63.2)
	Baccalaureate	119 (25.8)
	Master	45 (9.7)
	Missing	6 (1.3)
Position	Staff nurse	333 (72.1)
	Charge nurse	46 (10.0)
	Head nurse	52 (11.3)
	Nurse manager	31 (6.7)
Hospital experience (year)		8.1±6.9
Current experience (year)		3.9±3.6
Working unit	Maternity room	208 (45.0)
	Nursery room	159 (34.4)
	Rooming-in system	52 (11.3)
	Nurse administration	43 (9.3)
Working hospital	Specialized general hospital	156 (33.8)
	General hospital	119 (25.8)
	Hospital or clinic	187 (40.5)
Rank of nurse staffing	1~3	245 (53.0)
	4~5	103 (22.3)
	6~7	114 (24.7)
Presence of rooming-in system	None	135 (29.2)
	Compromise (< 70%)	216 (46.8)
	Presence (≥ 70%)	111 (24.0)

2. 모자동실체계에 대한 태도와 인식

간호사의 모자동실체계에 대한 태도와 인식은 총 평균이 3.02점(범위; 2.13~3.80)으로 비교적 높게 나타났다. 가장 높은 점수를 보인 세부 영역은 모자동실의 활성화 방안에 대한 인식이었으며 평균 3.35점이었고, 그 다음이 모자동실체계에 대한 전반적 태도로 평균이 3.22점, 모자동실의 장애요인에 대한 인식이 평균 2.92점, 모자동실의 장단점에 대한 인식이 평균 2.73점의 순으로 나타났다(Table 2).

3. 일반적 특성 및 근무지 특성에 따른 모자동실체계에 대한 태도와 인식 차이

간호사의 일반적 특성 및 근무지 특성에 따라 모자동실체계에 대한 인식에 차이가 있는지 분석한 결과, 모자동실에 대한 전반적 태도는 연령이 25~29세인 경우에 비하여 40세 이상인 경우 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다(F=3.47, p=.008). 또한 자녀가 있는 경우(t=2.71, p=.014), 무교에 비하여 기독교나 천주교인 경우(F=7.89, p<.001), 학력이 전문대졸에 비하여 석사 이상인 경우(F=4.98, p=.007)에 유의하게 높은 것으로 나타났다. 간호사의 근무지 특성별로 모자동실체계에 대한 전반적인 태도의 차이를 살펴보면, 산부인과나 신생아실에서 근무하는 경우에 비하여 모자동실에서 근무하는 경우(F=5.52, p=.001), 간호관리료 등급이 6등급 이상인 경우보다 5등급 이하인 경우(F=9.48, p<.001), 모자동실비율이 70% 미만 보다 그 이상인 경우(F=14.67, p<.001)에 통계적으로 유의하게 높은 점수를 보였다. 반면 간호사의 직위, 총임상경력, 현부서 경력, 의료기관 종별로는 모자동실체계에 대한 전반적인 태도 점수의 차이는 나타나지 않았다.

모자동실의 장단점에 대한 인식은 간호사의 종교가 없는 경우에 비하여 천주교인 경우(F=3.42, p=.019), 근무부서가 산부인과나 신생아실인 경우에 비하여 모자동실인 경우(F=7.67, p<.001), 모자동실을 전혀 하지 않는 경우에 비하여 모자동실을 하는 경우(F=14.61, p<.001)에 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다. 반면 간호사의 연령, 자녀 유무, 학력, 직위, 총임상경력, 현부서 경력, 의료기관 종류, 간호관리료 등급 등에 따라서는 모자동실의 장단점에 대한 인식의 차이는 나타나지 않았다.

모자동실의 장애요인에 대한 인식은 간호사의 종교가 없는 경우에 비하여 기독교나 천주교인 경우(F=3.88, p=.020), 전문대 졸업자에 비하여 대학 졸업자인 경우(F= 6.31, p=.002), 임상 총경력이 1년 미만에 비하여 3년 이상인 경우(F=2.96, p=.032), 현부서 근무경력이 1년 미만에 비하여 3년 이상인 경우(F=3.70, p=.012), 근무부서가 산부인과나 신생아실인 경우에 비하여 모자동실인 경우(F=6.38, p<.001), 병의원에 비하여 종합전문요양기관에 근무하는 경우(F=7.04, p=.001), 모자동실비율이 70% 미만 보다 그 이상인 경우(F=3.59, p=.028)에 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다. 반면 간호사의 연령, 자녀유무, 직위, 의료기관의 간호관리료 등급 등에 따라서는 모자동실의 장애

Table 2. Attitude and Awareness of Nurses about Rooming-in System

(N=462)

Categories	Items	M±SD
Attitude towards rooming-in	I agree with rooming-in practice	3.36±0.67
	If I delivered a baby, I would choose rooming-in	3.26±0.75
	I recommend rooming-in to my friends	3.24±0.70
	It is good that I moved to a rooming-in system as soon as I gave birth	3.22±0.75
	A system of 24-hour rooming-in is better than just daytime rooming-in	3.00±0.82
	Subtotal	3.22±0.64
Awareness of the advantages and the disadvantages	Rooming-in requires another person to take care of the baby [†]	1.75±0.64
	Rooming-in system strengthens the mother-infant bond	3.62±0.52
	Rooming-in increases the possible for infection of a baby [†]	2.57±0.73
	Rooming-in improves breastfeeding rate	3.55±0.56
	Mothers express difficulty in resting and tiredness when using rooming-in [†]	2.38±0.71
	Rooming-in increases mother's confidence with tasks of caring infants	3.23±0.67
	Rooming-in disturbs infants' sleep and rest [†]	2.93±0.70
	Rooming-in reduces the number of nursing staff	2.01±0.75
	Rooming-in increases the risk for an accident to the baby (for example, suffocation, fall) [†]	2.56±0.70
	Mothers are able to identify problems with their baby	2.82±0.65
	Rooming-in reduces mothers' insecurity about their baby	3.14±0.61
	Medical experts are not able to detect infants' problems [†]	2.28±0.74
Subtotal	2.73±0.34	
Awareness of the problems	Lack of space in the hospital	2.89±0.76
	Lack of nursed	3.18±0.68
	Lack of awareness of mothers and their family about rooming-in	3.17±0.61
	Lack of awareness of doctors about rooming-in	2.72±0.67
	Lack of awareness of nurses about rooming-in	2.25±0.64
	Mothers don't know how to handle their baby	3.06±0.55
	Mothers feel annoyed about rooming-in	2.88±0.66
	Governmental policy is negative about rooming-in	3.13±0.61
	The medical insurance premium for rooming-in is low	3.14±0.61
	Lack of promotion and education of mothers and their families	3.13±0.61
	Lack of promotion and education of doctors	2.92±0.65
	Lack of promotion and education of nurses	2.50±0.66
Subtotal	2.92±0.34	
Awareness of the successful implementation method	Strengthening promotion of rooming-in	3.37±0.56
	Preventing infection of infants	3.26±0.60
	Strengthening the education of mothers about rooming-in	3.41±0.54
	Strengthening the education of nurses about rooming-in	3.17±0.58
	Strengthening the education of doctors about rooming-in	3.27±0.59
	Securing adequate space for rooming-in	3.44±0.61
	Putting more nurses in the system for rooming-in	3.51±0.57
	Requiring more governmental policy about rooming-in	3.58±0.51
	The national health insurance cooperation has to increase premium for rooming-in	3.43±0.61
	Nurses have to change the perception of rooming-in	3.08±0.62
	Doctors have to change the perception of rooming-in	3.22±0.61
	Mothers have to change the perception of rooming-in	3.43±0.55
Subtotal	3.35±0.39	
Total	3.02±0.28	

[†]Reverse coding.

요인에 대한 인식의 차이는 나타나지 않았다.

모자동실의 활성화 방안에 대한 인식은 종교가 없는 경우에 비하여 천주교인 경우(F=3.59, p=.004), 신생아실에 근무하는 경우에 비하여 모자동실 또는 행정부서에서 근무한 경우(F=4.98, p=.002), 종합병원과 병의원에 근무하는 경우에 비하여 종합전문요양기관에 근무하는 경우(F=3.30, p=.038), 간호관리료등급이 6등급 이상에 비하여 4~5등급인

경우(F=3.38, p=.035), 모자동실을 전혀 하지 않는 경우에 비하여 모자동실비율이 70% 이상인 경우(F=5.35, p=.005)에 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다. 반면 간호사의 연령, 자녀유무, 학력, 직위, 총임상경력, 현부서 경력 등에 따라서는 모자동실의 활성화 방안에 대한 인식의 차이는 나타나지 않았다(Table 3).

Table 3. Attitude and Awareness about Rooming-in System by General Characteristics and Working Environment of Participants

Variables	Items	Attitude towards rooming-in system		Awareness of the advantages and disadvantages		Awareness of the problems		Awareness of successful implementation method	
		M±SD	t or F† (p)	M±SD	t or F† (p)	M±SD	t or F† (p)	M±SD	t or F† (p)
Age (year)	< 24	3.19±0.60 ^a	3.47 (.008)	2.70±0.34	1.20 (.312)	2.87±0.34	1.39 (.238)	3.36±0.36	0.33 (.855)
	25~29	3.10±0.63 ^b	b < e	2.72±0.34		2.89±0.35		3.34±0.41	
	30~34	3.27±0.62 ^c		2.70±0.32		2.99±0.34		3.37±0.42	
	35~40	3.36±0.74 ^d		2.78±0.38		2.91±0.37		3.37±0.41	
	≥ 40	3.36±0.56 ^e		2.80±0.32		2.93±0.28		3.31±0.35	
Parity	Yes	3.31±0.39	2.71 (.014)	2.75±0.36	0.69 (.506)	2.94±0.31	1.49 (.169)	3.38±0.39	1.36 (.167)
	No	3.16±0.60		2.73±0.33		2.90±0.35		3.33±0.40	
Religion	None	3.06±0.64 ^a	7.89 (<.001)	2.68±0.34 ^a	3.42 (.019)	2.87±0.33 ^a	3.88 (.020)	3.28±0.39 ^a	3.59 (.004)
	Buddhism	3.21±0.71 ^b	a < c	2.70±0.33 ^b	a < d	2.86±0.38 ^b	a < c	3.41±0.44 ^b	a < d
	Christianity	3.33±0.58 ^c		2.78±0.33 ^c		2.97±0.32 ^c		3.37±0.38 ^c	
	Catholicism	3.43±0.58 ^c		2.81±0.36 ^d		2.99±0.33 ^c		3.44±0.36 ^c	
	College	3.15±0.65 ^a	4.98 (.007)	2.73±0.35	1.40 (.247)	2.88±0.33 ^a	6.31 (.002)	3.32±0.40	2.40 (.092)
Education level	Baccalaureate	3.31±0.59 ^b	a < c	2.72±0.33		3.00±0.36 ^b	a < b	3.38±0.38	
	Master	3.41±0.54 ^c		2.82±0.32		2.95±0.28 ^c		3.44±0.37	
Position	Staff nurse	3.18±0.65	1.75 (.155)	2.71±0.35	1.39 (.244)	2.90±0.35	0.48 (.695)	3.35±0.41	0.02 (.997)
	Charge nurse	3.26±0.57		2.77±0.30		2.93±0.27		3.35±0.40	
	Head nurse	3.39±0.60		2.80±0.35		2.96±0.31		3.34±0.30	
	Nurse manager	3.36±0.65		2.78±0.31		2.93±0.28		3.34±0.38	

† Bonferroni post-hoc test.

Table 3. Attitude and Awareness about Rooming-in System by General Characteristics and Working Environment of Participants (Continued)

Variables	Items	Attitude towards rooming-in system		Awareness of the advantages and disadvantages		Awareness of the problems		Awareness of successful implementation method	
		M±SD	t or F† (p)	M±SD	t or F† (p)	M±SD	t or F† (p)	M±SD	t or F† (p)
Hospital experience (years)	<1	3.13±0.67	2.06 (.104)	2.69±0.30	0.73 (.538)	2.77±0.29 ^a	2.96 (.032)	3.26±0.39	0.76 (.519)
	1~3	3.24±0.57		2.78±0.34		2.90±0.36 ^b		3.35±0.38	
	3~5	3.08±0.57		2.71±0.34		2.94±0.33 ^c		3.33±0.37	
	≥5	3.26±0.66		2.74±0.34		2.93±0.33 ^c		3.36±0.40	
Current experience (years)	<1	3.17±0.67	0.51 (.676)	2.71±0.35	1.06 (.366)	2.81±0.28 ^a	3.70 (.012)	3.30±0.40	0.58 (.632)
	1~3	3.22±0.58		2.75±0.33		2.91±0.35 ^b		3.35±0.37	
	3~5	3.18±0.65		2.69±0.36		2.95±0.32 ^c		3.36±0.39	
	≥5	3.26±0.66		2.76±0.33		2.95±0.36 ^c		3.36±0.41	
Working unit	Maternity room	3.16±0.65 ^a	5.52 (.001)	2.69±0.32 ^a	7.67 (<.001)	2.87±0.33 ^a	6.38 (<.001)	3.33±0.39 ^a	4.98 (.002)
	Nursery room	3.16±0.65 ^a		2.72±0.35 ^a		2.89±0.32 ^a		3.29±0.40 ^b	
	Rooming-in system	3.52±0.50 ^c		2.93±0.30 ^c		3.09±0.37 ^c		3.48±0.36 ^c	
	Nurse administration	3.32±0.64 ^d		2.75±0.33 ^d		2.98±0.32 ^d		3.48±0.38 ^c	
Hospital type	SGH	3.31±0.63	2.49 (.084)	2.72 (0.34)	2.91 (.056)	2.99±0.32 ^a	7.04 (.001)	3.41±0.39 ^a	3.30 (.038)
	General hospital	3.18±0.56		2.69 (0.31)		2.90±0.35 ^b		3.30±0.36 ^b	
	Hospital or clinic	3.16±0.68		2.78 (0.36)		2.86±0.34 ^c		3.32±0.41 ^b	
Hospital nurse staffing grade	1~3	3.30±0.57 ^a	9.48 (<.001)	2.75±0.32	0.74 (.478)	2.95±0.34	2.44 (.088)	3.36±0.39 ^a	3.38 (.035)
	4~5	3.25±0.62 ^a		2.73±0.37		2.88±0.31		3.39±0.38 ^b	
	6~7	3.00±0.75 ^c		2.71±0.36		2.87±0.36		3.27±0.41 ^c	
Presence of rooming-in system	None	3.04±0.64 ^a	14.67 (<.001)	2.62±0.29 ^a	14.61 (<.001)	2.89±0.30 ^a	3.59 (.028)	3.28±0.38 ^a	5.35 (.005)
	Compromise (< 70%)	3.20±0.63 ^a		2.75±0.35 ^b		2.89±0.34 ^a		3.34±0.39 ^b	
	Presence (≥ 70%)	3.47±0.58 ^c		2.84±0.34 ^b		2.99±0.38 ^c		3.44±0.39 ^c	

† Bonferroni post-hoc test; SGH=specialized general hospital.

논 의

간호사의 모자동실체계에 대한 전반적인 태도는 4점 만점에 3.22점으로 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다. 이는 Ann과 Lee (1998)가 실시한 연구결과 보다 다소 낮았지만(3.40점), 긍정적인 태도를 보인다는 점에서는 동일하다고 볼 수 있다.

모자동실체계의 장단점에 대한 인식의 요인별 평균이 2.73점으로 다른 항목에 비하여 가장 낮은 점수를 보여주었다. 점수가 높을수록 인식이 높음을 의미하는데, 산모와 아기의 관계형성 증진(3.62점), 모유수유율 증가(3.55점), 아기양육의 자신감 높임(3.23) 등의 긍정적인 항목에 대해서는 비교적 인식이 높은 것으로 나타났다. 그러나 아기를 간호할 보호자가 따로 있어야 함(1.75점), 의료진이 신생아 문제의 발견의 어려움(2.28점), 산모의 휴식과 안정에 방해(2.38점), 질식, 낙상 등 사고의 위험성(2.56점), 신생아의 감염 증가(2.57점) 등의 부정적 항목에 대해서는 점수가 낮게 나타났다. 그러나 선행연구결과들에 따르면 모자동실체계는 신생아의 감염을 낮추고(Rice, 2000), 신생아가 덜 울며, 더 긴시간 동안 조용히 수면을 취하고(Keefe, 1987), 체중증가가 더 빠르며(Yamauchi & Yamanouchi, 1990), 신생아 황달이 덜 발생하는 것으로(Crenshaw, 2007) 보고되었다. 본 연구에서 간호사들이 인식하고 있는 장단점의 일부는 그 과학적 근거가 충분하지 않은 사실을 기반으로 한 잘못된 인식이므로 간호사들에게 모자동실에 대한 올바른 정보를 전달하여 모자동실체계에 대하여 긍정적인 인식을 갖도록 지원할 수 있는 정보제공 프로그램이 요구된다.

본 연구에서 간호사들은 모자동실체계의 장애요인이 간호인력의 부족(3.18점)과 산모와 보호자의 인식 부족(3.17점)이라고 인식하고 있었으며, 모자동실체계를 활성화하기 위해서는 국가의 적극적인 정책적 지원(3.58점)과 간호인력의 추가적 투입(3.51점)이 가장 중요하다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 그 다음으로 병원의 충분한 공간 확보(3.44점)와 건강보험의 모자동실 수가 인상(3.43점), 산모의 인식변화(3.43점) 등이었으며, 세부 12항목의 평균이 3.35점으로 나타났다. 따라서 간호사들이 지적한 모자동실체계의 장애요인을 극복하고 활성화하기 위하여 모자동실에 입원한 산모와 마찬가지로 신생아도 간호관리료 차등제를 적용하여 간호사 확보수준이 높은 의료기관의 모자동실료를 차등화하는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 그리고 모자동실체계에 대한 산모들의 인식을 변화하기 위하여 분

만전 교육프로그램(예:라마즈 분만교실)을 건강보험 급여 항목으로 전환하여 보다 많은 산모에게 올바른 정보를 전달하는 체계를 구축하여야 할 것으로 판단된다.

간호사들이 인식한 모자동실체계의 가장 큰 장애요인인 간호인력 부족을 해결하기 위해서는 다른 국가들의 사례를 살펴볼 필요가 있다. 호주 빅토리아주에서는 산후병동 간호사의 경우 낮번에는 산모 5명당 간호사 1인과 책임간호사 1인을 배치해야 하고, 초번에는 산모 6명당 간호사 1인과 책임간호사 1인, 밤번에는 산모 8명당 간호사 1인을 배치해야 한다(Buchan, Bretherton, Bearfield, & Jackson, 2004). 미국 캘리포니아주에서도 산후병동은 모든 근무번에 산모 6명당 간호사 1인을 배치하여야 한다(Buchan et al., 2004). 우리나라의 경우 종합전문요양기관의 간호관리료 1등급 의료기관의 간호사 확보기준은 가동병상 대 간호사 비율이 2:1 이하를 말한다. 이를 간호사의 법정근로시간(주 40시간)으로 환산해보면 근무 번 간호사 1명이 산모를 9명 담당하는 것으로 환산된다. 따라서 우리나라의 경우 모자동실을 포함한 병동의 간호사 확보수준이 미국이나 호주보다 현저히 낮은 수준임을 알 수 있다. 모자동실체계와 같은 긍정적인 변화를 유도하기 위해서는 필요한 간호인력을 의료기관이 확보할 수 있도록 정책적 방안이 모색되어야 한다.

연구대상자인 간호사의 일반적 특성에 따른 모자동실체계에 대한 전반적 태도를 분석한 결과, 간호사의 연령이 40세 이상인 경우, 자녀가 있는 경우, 종교가 기독교나 천주교인 경우, 학력이 석사 이상인 경우 모자동실체계에 대한 전반적 태도점수가 높음을 알 수 있었다. 따라서 간호사의 이러한 일반적 특성을 고려하여 모자동실병동 간호사를 배치함으로써 산모와 가족에게 모자동실체계에 대해 긍정적인 영향을 줄 수 있도록 하는 것이 필요하리라 생각된다. 그러나 본 연구결과는 Ann과 Lee (1998)의 연구에서 간호사의 일반적 특성 중 종교와 학력에 따라 모자동실체계에 대한 일부항목에 대한 인식에 차이가 있는 것으로 나타난 것에 추가하여 연령과 자녀유무에 따라서도 차이가 있는 것으로 나타났다. 두 연구는 연구대상 의료기관 및 간호사 표본에 차이가 있는데, Ann과 Lee (1998)의 연구는 부산광역시의 8개 종합병원 120명 간호사를 대상으로 한 반면, 본 연구는 종합전문요양기관을 포함하여 전국 40개 의료기관의 간호사 462명을 대상으로 하였다. 본 연구의 자료수집 기관의 62.5%가 서울 및 경기지역에 분포되어 있고, 산모와 신생아를 직접 접하는 간호사가 많은 기관을 대상으로 편의 표본 추출하였기 때문에, 대표성에 제한점이 있으나 이전 연구보

다는 대표성이 확보되었다고 생각된다.

간호사가 속한 의료기관의 특성에 따른 모자동실체계에 대한 태도와 인식을 분석한 결과, 종합전문요양기관에 근무하는 간호사는 병의원에 근무하는 간호사에 비하여 모자동실의 장단점에 대한 인식이 높았고, 병의원과 종합병원에 근무하는 간호사에 비하여 모자동실의 활성화 방안에 대한 인식도 높은 것으로 나타났다. 의료기관의 간호관리료 등급에 따라서도 인식에 차이가 있었는데, 간호관리료 등급이 6등급 이상보다 5등급 이하인 경우에 모자동실체계에 대한 전반적 태도 점수가 높았고, 6등급 이상보다 4~5등급인 경우에 활성화 방안에 대한 인식이 높은 것으로 나타났다. 모자동실형 의료기관에 근무하는 간호사는 모자별실형 의료기관 간호사에 비하여 전반적 태도, 장단점과 장애요인 그리고 활성화 방안에 대한 인식도 모두 높은 것으로 나타났다. 즉 본 연구결과를 통하여 간호사의 일반적인 특성뿐만 아니라 근무하는 의료기관이 모자동실체계에 대한 간호사의 태도 및 인식과 관련이 있음을 알 수 있었다. 특히, 간호관리료 등급은 일반병동의 간호사 확보수준을 나타내는 것으로, 본 연구결과에서 간호사들이 모자동실의 장애요인으로 가장 크게 인식하고 있는 것이 '간호사의 인력부족'이었던 것과 일치함을 알 수 있다. 따라서 간호사의 모자동실체계에 대한 태도와 인식을 높이기 위해서도 간호사 확보수준을 높이는 것이 중요하다.

모자동실체계의 운영정도는 유럽에서도 국가들마다 차이가 있고, 영국과 캐나다에서도 의료기관과 지역에 따라 변이가 큰 것으로 알려져 있다(Nelson와 Tatlor, 2001; Levitt, Kaczorowski, Hanvey, Avard, & Chance, 1996). 모자동실체계 운영에 대한 의료기관과 지역간 변이를 줄이고, 모유수유 실천을 높이기 위하여 WHO와 UNICEF가 '아기에게 친근한 병원' 만들기 운동을 실시하고 있다. 2008년 12월 현재 세계 20,000여개의 병원이 "아기에게 친근한 병원"으로 인정되었고, 우리나라에서는 1993년 부산 일신기독교병원을 시작으로 전국 45개 병원이 인정받았다(UNICEF, 2009). 이러한 노력을 통하여 의료기관간 모자동실체계의 변이를 줄이려고 하지만, 본 연구결과 여전히 의료기관간 간호사의 태도와 인식에 차이가 있는 것으로 나타났다. 신생아 및 산모에게 직접 간호서비스를 제공하는 간호사들 사이에 존재하는 모자동실체계에 대한 인식의 격차를 줄이고, 의료기관간 변이를 줄이기 위해서는 근거중심의 모자동실체계 운영에 대한 가이드라인(evidence based nursing practice guideline)을 만들어 간호사들에게 과학적 정보를

제공하고, 임상현장에서 적용하도록 동기를 부여하는 방안이 요구된다.

결론 및 제언

본 연구는 모자동실체계에 대한 간호사의 태도와 인식을 파악하고, 이와 관련된 변인들을 규명하고자 시도되었다. 연구를 위해 40개 의료기관을 편의 표본 추출하였고, 분만, 산모간호 및 신생아간호 업무를 담당하거나 간호행정 담당하는 간호사 462명을 대상으로 하였다. 연구도구는 Ann과 Lee (1998)가 개발한 도구를 수정 보완하여 사용하였다. 자료수집기간은 2008년 8월 10일부터 9월 20일까지이며, 수집된 자료는 기술통계, t-test, ANOVA와 Bonferroni의 방법을 이용하여 분석하였다. 주요 연구결과는 다음과 같다.

간호사의 모자동실체계에 대한 인식도는 총 평균이 3.02점으로 비교적 높게 나타났다. 가장 높은 점수를 보인 영역은 모자동실의 활성화 방안에 대한 인식도로 3.35점이었고, 그 다음이 모자동실체계에 대한 전반적 태도 3.22점, 모자동실의 장애요인에 대한 인식 2.92점, 모자동실의 장단점에 대한 인식 2.73점의 순으로 나타났다.

간호사의 일반적 특성과 근무지 특성에 따른 모자동실체계에 대한 태도와 인식을 분석한 결과, 모자동실에 대한 전반적 태도는 40세 이상인 경우, 자녀가 있는 경우, 기독교나 천주교 신자인 경우, 석사이상인 경우, 모자동실에 근무하는 경우, 간호관리료등급이 4등급 이상인 경우, 모자동실비율이 70% 이상인 경우에 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다. 모자동실의 장단점에 대한 인식은 천주교인 경우, 모자동실에 근무하는 경우, 모자동실을 운영하는 병원에 근무하는 간호사인 경우 높은 것으로 나타났다. 모자동실의 장애요인에 대한 인식은 기독교나 천주교인 경우, 대학 졸업자인 경우, 임상총경력과 현부서 근무경력이 3년 이상인 경우, 모자동실에 근무하는 경우, 종합전문요양기관에 근무하는 경우, 모자동실비율이 70% 이상인 기관에서 근무하는 경우에 높은 것으로 나타났다. 모자동실의 활성화 방안에 대한 인식은 천주교인 경우, 모자동실 또는 행정부서에 근무하는 경우, 종합전문요양기관에 근무하는 경우, 간호관리료 등급이 4등급인 경우, 모자동실비율이 70% 이상인 기관에서 근무하는 경우 유의하게 높은 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 종합하여 보면, 간호사의 모자동실체계에 대한 태도는 긍정적이며 인식도 높은 편임을 알 수 있

다. 그러나 모자동실체계에 대한 간호사의 태도와 인식은 연령, 종교, 자녀유무, 학력 등의 일반적 특성뿐만 아니라 간호관리료 등급, 의료기관 종류, 모자동실비율 등의 근무지 특성에 따라 차이가 있었다. 따라서 신생아 및 산모에게 직접 간호를 제공하는 간호사간의 모자동실체계에 대한 인식의 격차를 줄이기 위한 정보제공 프로그램 개발 및 그 효과를 검증하는 연구가 추후 이루어져야 하겠다. 또한 정책적으로 모자동실체계를 활성화할 수 있도록 의료기관에 동기를 부여하는 제도적 방안이 필요하리라 판단된다.

REFERENCES

- Ann, Y. M., & Lee, Y. E. (1998). A comparative study on the perceptions of the rooming-in system among nurses, physicians and mothers. *Journal of Korean Society of Maternal and Child Health, 2*(2), 239-261.
- Buchan, J., Bretherton, T., Bearfield, S., & Jackson, S. (2004). *Stable but critical: The working conditions of Victorian public sector nurses in 2003*. Retrieved September 1, 2006, from <http://www.acirrt.com>
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., et al. (2009). Early contact versus separation: Effects on mother-infant interaction one year later. *Birth, 36*(2), 97-109.
- Crenshaw, J. (2007). Care Practice #6: No separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breast feeding. *The Journal of Perinatal Education, 16*(3), 39-43.
- Cuttini, M., Santo, M. D., Kaldor, K., Pavan, C., & Tonchella, C. (1995). Rooming-in, breastfeeding and mothers' satisfaction in an Italian nursery. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 13*, 41-46.
- Kang, N. M., Lee, Y. H., Hyun, T., & Kim, K. N. (2000). Breastfeeding encouragement and support of health professionals in the hospitals. *Korean Journal of Women Health Nursing, 6*(3), 348-357.
- Keefe, M. R. (1987). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research, 36*(3), 140-144.
- Kim, K. A., Shin, S. M., & Lee, K. (2005). Evaluation of the effect of BFHI (Baby-Friendly Hospital Initiative) developed by WHO/UNICEF. *The Korean Journal of Perinatology, 16*(1), 37-48.
- Kim, Y. M., Cho, D. S., Cha, B. H., Hur, M. H., Oh, H. S., & Kim, E. Y. (2007). *A study of the health policy for the cesarean section rate reduction*. Seoul: Eulji University university-industry cooperation · Management center for health promotion.
- Kim, Y. M., Jang, H. Y., Jeong, E. J., Kim, E. Y., Kim, J. S., & Kim, E. K. (2008). *A study of the improvement of neonatal care system*. Seoul: Hospital Nurses Association.
- Levitt, C. A., Kaczorowski, J., Hanvey, L., Avard, D., & Chance, G. W. (1996). Breastfeeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care. *Canadian Medical Association Journal, 155*(2), 181-188.
- Lim, B. D., Park, J. H., & Lee, S. W. (2003). Assessment of operational conditions of baby-friendly hospital initiative and promotion strategy. *Journal of Korean Society of Maternal and Child Health, 7*(2), 131-143.
- Ministry for Health, Welfare and Family Affairs (2009). *National health insurance fee schedule book*. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs.
- Ministry for Health, Welfare and Family Affairs & Korea Health Industry Development Institute (2009). *Guidelines for hospital evaluation programme*. Seoul: Korea Health Industry Development Institute.
- Nelson, E. A., & Taylor, B. J. (2001). International child care practices study: Infant sleeping environment. *Early Human Development, 62*, 43-55.
- Rice, P. L. (2000). Rooming-in and cultural practices: Choice or constraint? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 18*(1), 21-32.
- Song, J. E. (2001). A comparative study on the level of postpartum women's fatigue between rooming-in and non rooming-in groups. *Korean Journal of Women Health Nursing, 7*(3), 241-255.
- UNICEF (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative*. Retrieved July 21, 2009, from <http://www.unicef.co.kr>
- World Health Organization (1998). *Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding* (rev.ed., WHO/CHD/98.9). Geneva, Switzerland: Author.
- Yamauchi, Y., & Yamanouchi, I. (1990). The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatrica Scandinavica, 79*(11), 1017-1022.