



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 이용허락조건을 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](#)

서 수 연 교수 지도

석사학위 청구논문

영유아 수면에 대한 부모의 역기능적
믿음과 객관적 영유아 수면 지표의
관련성에 대한 혼합연구

2022

성신여자대학교 대학원

심리학과

강 솔 비

영유아 수면에 대한 부모의 역기능적
믿음과 객관적 영유아 수면 지표의
관련성에 대한 혼합연구

서 수 연 교수 지도

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2022년 5월

성신여자대학교 대학원


심리학과


강 솔 비


인 준 서

강솔비의 석사학위 논문으로 인준함

2022년 5월

심사위원장 진 경 선 (서명 또는 )

심 사 위 원 차 옥 균 (서명 또는 )

심 사 위 원 서 수 연 (서명 또는 )

성신여자대학교 대학원

논문개요

본 연구는 혼합연구 방식을 채택하여 유아 수면 문제의 발생과 유지의 핵심 요인인 부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 내용을 각기 양적·질적으로 파악하고, 기존 유아 수면 측정도구의 한계를 보완한 객관적 도구인 영상수면검사기기(videosomnography)를 이용하여 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념 수준에 따른 수면 지표를 비교하였다.

정량적 연구는 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념 수준에 따른 객관적으로 측정한 수면 지표 차이를 탐색하기 위해 수행되었다. 이를 위해 가정에서 영상수면검사기기를 사용 중인 생후 6-26개월 자녀를 둔 1,420명을 대상으로 인구통계학적 정보, 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준, 부모의 불면증 심각도 척도, 부모의 수면에 대한 역기능적 신념 및 객관적으로 측정한 유아 수면 지표를 수집한 데이터를 활용하였다. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 수면 지표 차이에 대해 탐색하기 위해 인종과 소득수준을 통제한 후, 유아 연령집단별 공분산분석을 실시하였다. 그 결과, 객관적으로 측정한 유아의 총수면시간은 부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 전 연령집단에서 유의미한 차이를 나타냈으며 사후분석 결과 역기능적 신념 수준이 높은 집단에서 가장 짧은 유아의 총수면시간을 보이는 경향이 있었다(6-11개월: [$F(2, 767)=14.96, p<.001$]; 12-17개월: [$F(2, 321)=9.73, p<.001$]; 18-26개월: [$F(2, 296)=6.09, p=.003$]). 객관적으로 측정한 부모의 개입횟수 또한 부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 유의미한 차이가 있었으며 역기능적 신념 수준이 높은 집단에서 더 많은 야간 개입횟수가 있었다 (6-11개월: [$F(2, 767)=21.33, p<.001$];

12-17개월: [$F=(2, 331)8.20, p<.001$]). 부모 자신의 수면에 대한 역기능적 신념과 불면증 심각도 또한 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 유의미한 차이를 보였다.

질적 연구는 유아 수면 문제를 경험한 부모가 해당 현상에 갖는 의미와 태도를 파악하기 위해 추가로 수행되었다. 이를 위해 생후 6-36개월 자녀를 둔 어머니 10인을 대상으로 심층 인터뷰를 진행하였다. 인터뷰 내용은 현상학적으로 분석하였으며 유아 수면 문제에 대한 6개의 큰 의미 범주인 ‘어머니의 도움을 구함’, ‘정확한 원인을 모름’, ‘어머니의 노력과 희생이 필요함’, ‘아이의 발달’, ‘피로와 부정적 정서 경험’, ‘불면 경험’ 이 도출되었다.

이상의 연구 결과를 종합하여 유아 수면에 대한 역기능적 신념과 유아 수면 문제의 유기적 관련성에 대한 종합적 고찰을 제시하였으며, 유아 수면 문제 해소를 위한 다각적인 개입 방법과 연구의 한계에 대하여 논하였다.

주요 단어: 유아 수면, 영상수면검사, 수면에 대한 역기능적 신념, 행동 불면증, 혼합연구

목 차

논문개요

I. 서론	1
1. 연구의 필요성 및 목적	1
II. 이론적 배경	6
1. 유아 수면 문제의 특성	6
1) 유아 수면 발달	6
2) 유아기 불면증	7
3) 유아 수면 문제의 영향	10
2. 유아기 불면증의 발생과 지속 요인	11
1) 학습을 통한 유아기 불면증의 형성	11
2) 유아 수면의 상호작용 모델	12
3) 부모의 인지적 요인과 유아기 불면증	14
4) 유아기 수면 문제 인식에 대한 문화적 관점	16
3. 유아 수면의 측정	17
1) 기존 유아 수면측정법의 한계	17
2) 영상수면검사를 활용한 유아 수면의 측정	18
III. 연구 문제 및 가설	20

IV. 연구 방법	22
1. 연구 (1): 정량적 연구	22
1) 연구 대상	22
2) 측정 도구	22
3) 연구 절차	25
4) 분석 방법	26
2. 연구 (2): 질적 연구	26
1) 연구 대상	26
2) 측정 도구	27
3) 연구 절차	29
4) 분석 방법	29
V. 연구 결과	32
1. 연구 (1): 정량적 연구	32
1) 인구통계학적 정보	32
2) 부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 통제변인	34
3) 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 유아 수면 지표 및 부모 수면 지표의 공분산분석 결과	38
2. 연구 (2): 질적 연구	49
1) 인터뷰 참가자의 인구통계학적 정보	49
2) 한국 어머니가 경험하는 유아 수면 문제의 의미 구조	49

VI. 논의 및 제한점	69
1. 연구 결과에 대한 논의	69
2. 제한점 및 후속 연구를 위한 제언	83
참고문헌	
ABSTRACT (영문초록)	

표 목차

<표 1> ICSD-3의 만성 불면증 진단 기준	8
<표 2> 영상수면검사기기로 측정한 유아의 수면 지표	23
<표 3> 반구조화된 심층 면담 지침	28
<표 4> 연구대상자의 인구통계학적 특성	32
<표 5> 전체 연구참가자의 PUMBA-Q 점수 기술통계치	34
<표 6> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준 집단별 PUMBA-Q 점수 기술통계치	34
<표 7> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준 집단 간 인구통계학 적 변인 교차분석 결과	36
<표 8> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적으로 측정한 유아 TST의 공분산분석 결과	41
<표 9> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 주관적으로 측정한 유아 TST의 공분산분석 결과	42
<표 10> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적으로 측정한 부모의 개입횟수의 공분산분석 결과	44
<표 11> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적으로 측정한 유아의 각성 횟수 공분산분석 결과	45
<표 12> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 DBAS 점수의 공분산분석 결과	46
<표 13> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 부모의 불면증 심각도 공분산분석 결과	47
<표 14> 인터뷰에 참여한 연구참가자의 인구통계학적 특성	49

<표 15> 한국 어머니가 경험하는 유아 수면 문제의 의미 구조 50

그림 목차

<그림 1> 상호작용 모델	13
<그림 2> 영상수면검사기기 NANIT	23
<그림 3> 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 유아 수면 지표 및 부모 수면 지표의 차이	39

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

출생 전 태아의 생체리듬은 모체의 영향을 받는다(Mirmiran & Lunshof, 1996). 그러나 출생 이후 유아는 독립적인 수면-각성 패턴을 형성하며 생애 초기 급격한 수면 변화를 경험한다(Bruni et al., 2014; Henderson et al., 2011). 약 24시간의 생리적 주기를 가져 유아가 밤낮을 구분할 수 있게 도와주는 일주기 리듬은 신체적 성숙에 따라 단계적으로 발달한다. 일주기 리듬에 따라 체내 농도가 다르게 나타나는 호르몬인 코르티솔이 생후 8주 무렵 분비되기 시작하며 곧이어 수면 촉진 호르몬으로 알려진 멜라토닌도 서서히 분비된다. 생후 10주 무렵에는 잠든 이후 기초체온이 떨어지는 리듬이 확립되기 시작하며 유아는 점차 안정적으로 잘 수 있게 되는데, 이러한 변화는 생후 6개월 시점까지 비약적으로 나타나며 생후 12개월에 이르면 약 70~80%의 유아에서 일주기리듬이 정착되어 일정한 밤잠을 자게 된다(Iglowstein et al., 2003; Joseph et al., 2015).

유아기 수면 문제의 대표 유형은 취침시간에 잠들기 어려워하는 수면개시 문제와 밤 동안 수면을 유지하지 못하고 중간에 깨어나는 야간 각성 문제이다(Adair et al., 1991; Palmstierna et al., 2008). 유아는 대부분 생후 1년 이내에 안정된 수면 패턴을 확립하나, 유아 수면 문제는 보고에 따라 적게는 17%에서 많게는 20~30% 사이로 발생하는 비교적 흔한 문제이다(Mindell et al., 2006b; Williamson et al., 2019).

유아 수면 문제가 흔히 발생하는 것과 대조적으로, 이는 저절로 사라지지 않으며 유아와 가족 구성원 전체에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Byars et al., 2012; Lam et al., 2003; Zuckerman et al., 1987). 최

근 유아 수면 문제와 발달의 관련성에 대해 진행된 메타분석 연구 결과, 유아 수면 문제는 아동기의 과체중, 사회-정서적 문제, 신경발달 등과 관련이 있었으며(Field, 2017), 이러한 경향성은 국내 연구에서도 재현되어 유아 수면 문제와 정서 및 행동문제 간 관련성이 관찰되었다(유수옥, 조유나, 2014; 김수정, 2015). 유아 수면 문제는 비단 유아의 발달뿐 아니라 부모의 정서 문제나 건강 지각에까지 영향을 미치는 것으로 알려져(Bayer et al., 2007; Cook et al., 2017) 가족 기능의 유지와 원만한 유아 발달을 위해서는 유아기 수면 문제의 원인 규명과 동시에 적절한 개입을 취해야 한다.

선행연구는 유아 수면 문제의 발생과 유지 원인으로 부모가 취침시간에 보이는 행동과 그들이 유아 수면에 대해 가지는 역기능적 인지를 조명한다(France et al., 1999; Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2007). 부모의 취침시간 행동이 유아의 수면 문제 발생에 끼치는 대표적인 예시로 자기조절 능력의 발달 저해를 들 수 있다. 일반적으로 유아가 밤 동안 깨지 않고 자는 것(Sleep Through the Night, STN)은 자기조절(self-regulation)능력 발달과 관계되어 있다(Henderson et al., 2010). 자기조절 능력이란 생후 6개월 경 발달하는 것으로 유아가 내부의 각성 상태를 스스로 제어해 입면 시나, 야간에 각성했을 때 부모나 다른 보호자의 도움 없이 잠들 수 있는 능력을 칭한다(Goodlin-Jones et al., 2001). 그러나 부모가 취침시간에 지나치게 개입해 유아가 자기조절 능력을 함양하는 것을 방해하게 되면 유아는 자기 진정(self-soothing)을 하지 못하고 수면개시를 위한 단서로 부모의 돌봄을 연합해 수면 문제를 보이게 된다(France et al., 2003). 즉, 부모의 도움이 없이 혼자서는 잠들지 못하게 되는 것이다. 밤 동안 유아가 더 자주 각성하는 것이 부모의 더 잦은 야간 개입과 관련되어 있다는 연구들이 부모의 취침시간 행동과 유아의 수

면 문제가 관련 있음을 뒷받침한다(DeLeon & Karraker, 2007; Sadeh et al., 2009).

부모의 취침시간 개입 행동은 부모가 유아 수면에 대해 가지는 인지(예: 유아 수면에 대한 기대, 해석, 지각)에 영향을 받으며 유아의 수면 문제를 유지하는 것으로 알려져 있다(Tikotzky & Sadeh, 2010). 이러한 흐름은 개인의 행동이 상황을 해석하는 내적 인지 도식에 영향을 받는다는 Beck의 인지이론에 근간한 것으로(Beck, 1979) 잘 자는 아이라면 자다가 깨어나서는 안 된다는 비현실적인 기대나, 아이가 자다가 잠시 깨어나 우는 것을 받드시 부모의 도움이 필요한 고통스러운 상황으로 해석하는 것 같은 왜곡된 인지가 부모의 취침시간 행동에 영향을 주게 된다. 선행연구에서도 부모의 인지와 행동, 그리고 유아 수면 문제 간 관련이 드러났는데, 어머니가 유아 수면에 대해 갖는 인지는 밤 중에 유아의 수면에 더 많이 개입하는 것과 상관이 있었으며 더 나아가 유아가 밤중에 더 자주 깨는 것과 관련이 있었다(Morrell & Steele, 2003; Teti & Crosby, 2012; Tikotzky & Sadeh, 2009). 부모가 유아 수면에 대해 역기능적인 신념을 가지는 것 뿐 아니라 그들이 유아 수면에 대해 가지고 있는 지식과 정보도 유아의 수면 문제와 관련이 있는 것으로 나타났다. 연구에 따르면, 유아의 수면 패턴 발달과 수면 문제의 발생 원인에 대한 교육을 제공했을 때 수면 문제를 예방하는 데 긍정적인 효과가 있었다(Stremmler et al., 2006). 이상을 종합할 때, 유아 수면 문제의 해결을 위해서는 부모가 유아 수면에 대해 가지는 왜곡된 인지의 수준과 유아 수면에 대해 이해하고 있는 질적인 내용을 정확히 파악하여 적절한 개입을 제공하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

부모가 유아 수면에 대해 가지는 인지가 아이의 수면에 영향을 미침이 선행연구를 통해 알려져 있으나 현행 연구에는 몇 가지 한계가 존재한다. 첫째로, 부모의 유아 수면에 대한 왜곡된 인지 수준을 파악함과 동시에 유아

의 수면 지표를 객관적으로 측정하여 그 관련성을 밝힌 연구가 드물다. 많은 연구가 유아의 수면 문제를 가늠해 볼 수 있는 총수면시간(Total Sleep Time, TST)과 같은 수면 지표 측정을 부모의 주관적 보고에 한정하고 있는데(Bates et al., 2002; Symon et al., 2005), 유아 수면 문제를 측정함에 있어 주관적 보고를 사용하는 것은 유아의 수면 문제로 인해 증가한 부모의 피로, 분노 또는 부정적 인식 때문에 평가에 편향이 발생할 수 있다는 문제점이 제기되어온바(Sadeh, 1996) 객관성이 확보된 측정 도구의 사용이 필요하다. 둘째로, 대부분의 연구에서 부모의 인지 측정 대상을 어머니만으로 하고 있었다(Sadeh et al., 2010). 최신 연구는 아버지와 어머니가 유아 수면 문제의 원인을 해석하고 개입하는 것에 대한 인지 수준에 차이가 있음을 밝혀 (Lollies et al., 2022) 연구 대상에 아버지를 포함해야 할 필요를 강조한다. 마지막으로 부모가 유아 수면에 대해 가지는 인지와 지식에 대한 질적인 파악이 부족하다. 국내에서 부모와 유아의 수면을 이해하고자 질적 연구가 수행된 바 있으나, 취침시간 루틴이나 수면을 촉진하기 위한 행동을 파악하는 것에 그쳐(Chae et al., 2022) 유아 수면에 대한 부모의 인지를 질적으로 파악한 연구는 전무한 실정이다.

본 연구는 선행 연구의 한계를 극복하여 다음 혼합연구설계를 제시한다. 첫째, 양적 연구단계에서 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념 수준에 따른 객관적 유아 수면 지표의 양상을 탐색할 것이다. 이때, 연구 대상은 기존에 영상수면검사기기를 사용 중인 여러 나라의 다양한 인종으로 하여 문화 보편적인 관점에서 유아 수면에 대한 부모의 인지와 유아 수면 지표 간 관련성을 알아볼 것이다. 더불어 인지 측정에 어머니만을 포함했던 선행연구를 보완하여 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준을 어머니와 아버지 모두를 대상으로 측정할 것이다. 둘째, 질적 연구단계에서 국내에서 본격적인 연구가 이루어진 바가 없는 유아 수면에 대한 부모의 지식과 인지의 내용을

정성적으로 분석할 것이다. 이를 통해 양적 연구만으로는 설명할 수 없는 한국 문화권에서 특징적으로 나타나는 유아 수면에 대한 인지의 내용을 파악할 것이며 나아가 유아와 부모 모두의 수면을 개선할 수 있는 국내 실정에 맞춘 개입의 개발 방향을 제시하려 한다.

II. 이론적 배경

1. 유아 수면 문제의 특성

1) 유아 수면 발달

유아의 수면 발달은 크게 통잠자기(sleep consolidation)와 자기 조절(self-regulation)과정으로 나누어 볼 수 있다(Bathory & Tomopoulos, 2017; Henderson et al., 2011). 신생아는 성인과 달리 수면과 각성에 영향을 미치는 약 하루의 주기성을 띠는 생리현상인 일주기리듬이 아직 확립되지 않아 밤낮 구분 없이 수면을 취한다(Davis et al., 2004). 일주기리듬은 유아의 신체적 성장과 더불어 발달하는 것으로 알려져 있는데, 이때 신체적 성장의 주요한 지표로는 기초체온의 변화, 코르티솔 및 멜라토닌의 분비를 들 수 있다. 기초체온은 깊은 수면 단계로 이행할수록 떨어지는데, 유아의 경우 성장과 함께 기초체온이 점차 낮아져 생후 10주 경 가장 낮은 기초체온을 보이며 더 깊은 수면을 취한다(Joseph et al., 2015). 또한, 수면과 관계된 호르몬인 영아의 체내 코르티솔 분비는 생후 6주 무렵부터 활성화되기 시작하여 생후 6개월경이면 이른 아침에 농도가 가장 높고 자정께 농도가 가장 낮은 패턴이 나타나게 되며(Joseph et al., 2015; Tryphonopoulos et al., 2014) 일주기를 조절하는 호르몬인 멜라토닌 또한 생후 6개월 경이면 분비량이 충분히 증가해 코르티솔과 함께 신체 내부의 시간 단서로 쓰이며 일주기리듬을 발달시키게 된다(Bathory & Tomopoulos, 2017). 즉, 점차 밤잠을 길게 자고 낮잠을 짧게 자는 통합된 수면 패턴이 생후 6개월경에는 자리 잡기 시작한다.

통합된 수면 패턴이 나타나더라도 유아가 밤 동안 내내 깨지 않고 자는 것은 아니다. 유아는 밤 동안 5~7회 각성하며 약 1~5분 동안 각성이 지속

되는 것으로 알려져 있다(Davis et al., 2004). 밤중에 깨더라도 자신의 각성 상태를 스스로 조절하여 다음 수면 주기로 이행하는 것이 중요한데, 이때 필요한 능력이 자기조절 능력이다. 자기조절 능력의 발달은 유아의 가장 긴 자기조절 수면시간(longest self-regulated sleep period, LSRSP)의 변화를 통해 가늠해 볼 수 있다. LSRSP는 유아의 실제 수면시간에 깨어 있더라도 큰 소리로 우는 등의 신호를 보내지 않는 조용한 각성 시간을 더한 것으로, Henderson과 그의 동료들에 따르면 생애 첫 4개월 동안 두드러지게 증가하였으며 12개월까지도 점차 증가하는 양상을 보였다(Henderson et al., 2011). 종합하면, 유아는 생후 첫 6개월 무렵 수면 발달의 두 핵심 과업인 통잠자기와 자기조절능력의 습득을 이룩하게 된다. 이후 유아의 수면 발달은 생후 1년 시점까지 가장 급격한 발달을 이루며, 2세까지도 활발한 변화가 나타나는 것으로 알려져(Paavonen et al., 2020) 유아의 수면 지표의 변화를 발달 시점에 근거하여 알아볼 필요가 있다.

2) 유아기 불면증

유아의 수면은 대부분 생후 1년 이내에 안정된다(Sadeh & Anders, 1993). 그럼에도 유아의 20~30%에서 수면 문제가 보고되고 있다(Mindell et al., 2006b; Owens, 2007). 유아기 수면장애는 유형에 따라 유병률이 다르지만, 가장 빈번하게 나타나는 행동 불면증(BIC, Behavioral Insomnia of Childhood)은 20~30%에 달한다(Meltzer et al., 2010). 이 비율은 한국 1, 2차 소아과병원 외래환자를 대상으로 진행한 연구에서도 재연되어 0~1세 영유아에서 21%가 행동 불면증을 호소하였다(Kim et al., 2017).

행동 불면증은 소아 불면증에서 가장 빈번하게 발생하는 문제이나, 임상적 진단과 연구장면에서 통용되는 절대적인 정의는 없는 실정이다(Meltzer & Mindell, 2014). 임상적 기준인 미국수면장애학회가 발간한 국제수면장

에분류 3판(International Classification of Sleep Disorders 3rd edition, ICSD-3)은 2판에서 정의된 유아의 행동 불면증의 하위유형인 수면개시 관련 유형, 한계 설정 유형, 복합 유형(American Academy of Sleep Medicine, 2005)을 만성 불면증으로 통합하였으며(Sateia, 2014) 자세한 기준은 <표 1>과 같다(American Academy of Sleep Medicine, 2014).

수면개시 관련 유형(Sleep-onset association type)은 생후 6개월에서 3세 사이에서 주로 나타나며 빈번한 야간 각성이 특징으로, 일반적으로 유아가 취침시간에 잠들기 위해 사용한 부적절한 수면 연합(예: 아이를 안고 흔들여 주기, 수유 등)의 결과이다. 한계 설정 유형(Limit-setting type)은 유아가 잠자리에 드는 것을 거부하거나, 부모에게 반복적인 요청을 해 취침 시간을 연기하는 것으로 영유아기보다는 학령기 전 아동에서 더 빈번하게 나타난다. 복합 유형(Mixed type)은 수면개시 관련 유형과 한계 설정 유형이 복합적으로 나타나는 유형을 칭한다(Mindell & Meltzer, 2008; Owens & Mindell, 2011).

표 1. ICSD-3의 만성 불면증 진단 기준

기준 A-F가 모두 충족해야 함.

A. 환자는 다음 중 하나 이상을 보고하거나 환자의 부모 또는 돌보는 사람이 관찰한다:

1. 수면개시의 어려움.
2. 수면을 유지하기 어려움.
3. 원하는 시간보다 일찍 깨어남.
4. 적절한 시간에 취침하는 것에 대한 저항.
5. 부모나 돌보는 사람 없이 수면개시의 장애.

B. 환자는 야간 수면장애와 관련되어 다음 중 하나 이상을 환자가 자기 보고하거나 환자의 부모 또는 돌보는 사람이 관찰한다:

-
1. 피로/권태.
 2. 주의, 집중 또는 기억장애.
 3. 사회, 가족, 직업 또는 학업 수행 장애.
 4. 기분장애/과민성.
 5. 주간졸림.
 6. 행동문제(예: 과잉행동, 충동성, 공격성).
 7. 동기/에너지/기획력 감소.
 8. 오류/사고 발생 경향.
 9. 수면에 대한 우려 또는 불만족.

C. 보고된 수면/각성 호소 증상이 불충분한 기회(즉, 충분한 시간이 수면에 할당됨) 또는 부적절한 환경(즉, 환경이 안전하고 어둡고 조용하며 편안함)으로 설명할 수 없음.

D. 수면장애 및 관련 주간 증상이 최소 일주일에 3회 이상 발생.

E. 수면장애 및 관련 주간 증상이 최소 3개월 이상 지속.

F. 수면/각성장애가 다른 수면장애로 더 잘 설명되지 않음.

출처: International Classification of Sleep Disorders 3rd edition, ICSD-3

그러나 실제 연구장면에서 수면 문제의 유무를 판단할 때 ICSD 기준을 활용한 경우는 드물다(Reuter et al., 2020; Vriend & Corkum, 2011). ICSD의 정의에 따르자면 빈번한 증상과 3개월 이상의 지속이 필요하나, 유아의 수면 양상이 발달에 따라 빠른 변화를 보임을 고려했을 때 해당 정의를 충족하기 어려움을 그 이유로 짐작할 수 있다. 실질적인 적용의 어려움을 고려하여 합의된 또 다른 정의로 ‘연령에 적합한 수면 기회가 주어졌음에도 발생하는 수면개시, 지속, 통합 또는 수면의 질에 대한 반복적인 어려움으로 인해 유아 및/또는 가족의 주간 기능 손상을 초래하는 것’ (Meltzer & Mindell, 2014; Mindell et al., 2006a)이 있다. 최근 문헌에서도 실제 임상 현장에서 특정 수면 문제를 평가하고 구체적인 개입을 제공하기 위하여 유아의 행동 불면증을 수면개시 관련 유형과 부적절한 한계 설

정의 문제의 두 가지 문제로 분류해서 개입하기를 권장하고 있어(Owens, 2020) 본 연구에서는 유아의 수면 문제를 ‘적절한 수면 기회가 주어졌음에도 발생하는 지속적인 수면개시 또는 한계 설정의 문제로 유아 및/또는 가족의 기능 손상을 초래하는 것’이라 정의하고자 한다.

3) 유아 수면 문제의 영향

유아 수면 문제는 적절한 개입이 없는 경우 아동기 이후까지도 장기간 지속하는 경향이 있으며(Byars et al., 2012; Lam et al., 2003; Zuckerman et al., 1987) 특히 유아의 발달과 가족 기능 손상을 초래한다. 유아의 발달과 관련하여 생후 8개월 시점의 수면 문제가 2세 시점에서 증가한 정서 및 행동문제와 관련이 있었으며(Wake et al., 2006), 대조군과 비교했을 때 수면에 심각한 어려움을 보고한 유아 네 명 중 한 명이 5세 시점에서 주의력 결핍 과잉행동장애 진단을 받았다는 연구 결과가 보고된 바 있다(Thunstrom, 2002). 이러한 관련성은 최신 연구에서도 지속 보고되어 생후 첫 1년 동안 심각한 수면 문제가 지속된 경우, 10세 시점에서 불안과 정서 관련 장애의 위험이 증가하였으며(Cook et al., 2020), 1세 시점의 수면-각성 패턴이 3~4세 시점의 주의 통제기능을 예측하는 등 유아 수면 문제가 발달에 끼치는 장기적 영향에 주의를 기울여야 함이 강조되어 왔다(Sadeh et al., 2015).

국내에서도 유아기 수면과 행동문제의 관련성을 살펴본 연구가 소수 진행되었다. 3~5세 유아를 대상으로 진행된 연구에서 수면의 질은 높은 정서 조절력과 낮은 공격성과 상관이 있었으며(유수옥, 조유나, 2014), 4세 유아를 대상으로 한 연구에서도 수면의 질이 좋은 유아는 그렇지 않은 유아와 비교했을 때 인지 발달 수준이 높고 우울과 불안, 외현화 행동 수준이 낮은 것으로 나타났다(김수정, 2015). 비록 국내에서 종단 연구 방법으로 생애

초기의 수면 문제가 향후의 발달에 미치는 영향을 알아본 바는 없으나 한번 형성된 수면 문제가 지속될 가능성이 높다는 선행연구에 비추어 보았을 때, 문화권을 막론하고 영유아기의 수면 문제가 발달에 미칠 수 있는 영향에 대해 고려해야 할 것이다.

더 나아가 유아 수면 문제는 가족 구성원에까지 영향을 미치는데, 자녀의 수면 문제를 보고한 어머니들은 그렇지 않은 어머니들과 비했을 때 자신의 정신건강과 신체 건강을 더 나쁜 것으로 보고하였으며(Bayer et al., 2007), 자녀의 수면 문제를 보고한 아버지도 높은 우울 수준과 분노가 나타나(Cook et al., 2017) 가족 기능의 유지와 원활한 유아 발달을 위해서는 유아기 수면 문제의 원인 규명과 조기개입이 필요하다.

2. 유아기 불면증의 발생과 지속요인

1) 학습을 통한 유아기 불면증의 형성

유아 수면 문제의 형성과 유지는 학습의 원리로 설명할 수 있다. 파블로프는 특정한 자극과 반응을 연합하여 행동을 이끌어내는 고전적 조건형성의 원리를 제시한 바 있다. 이 원리를 유아 수면에 적용하면, 유아는 취침시간에 관습적으로 나타나는 특정한 행동(예: 어머니가 아이를 목욕시켜 줌)이나 환경 자극(예: 아이를 눕히고 불을 끄)과 수면을 연합해 어머니가 자신을 씻겨주고 불을 끈 잠자리에 눕히면 잘 시간이라는 것을 학습하게 된다. 이러한 수면 관련 자극과 반응 연합을 ‘수면 연합(sleep associations)’이라 칭한다(Kang & Kim, 2021). 이때 수면 연합이 잘못 이루어지면 수면 문제가 발생할 수 있는데, 예를 들어 어머니가 안아줘야만 잠들 수 있다는 연합을 형성한 유아라면 혼자서는 잠들지 못하고 수면개시를 위해 반드시 부모의 개입이 필요하게 될 수 있다.

유아 수면 문제의 유지는 조작적 조건형성의 원리로 조금 더 자세히 설명할 수 있다. 조작적 조건형성은 어떤 행동의 결과가 향후 그 행동의 발생빈도에 영향을 미치는 학습 과정을 의미한다(Skinner, 1965). 즉, 긍정적인 행동 경험이 향후 같은 행동의 발생을 증가시킨다는 것이다. 수면은 유아와 부모 모두에게 긍정적 행동의 결과로, 강화물의 기능을 한다. 밤 동안 안정적인 수면을 취하는 유아의 경우, 유아는 잠들기 위해 부모의 도움을 요구하는 울음 등의 신호를 보내지 않고 조용히 자기 진정을 하는 것이 강화되며 부모는 수면개시에 적합한 차별적 자극(예: 규칙적인 취침시간, 수면을 개시할 수 있도록 다른 자극이 없는 환경)을 제공하도록 강화된다.

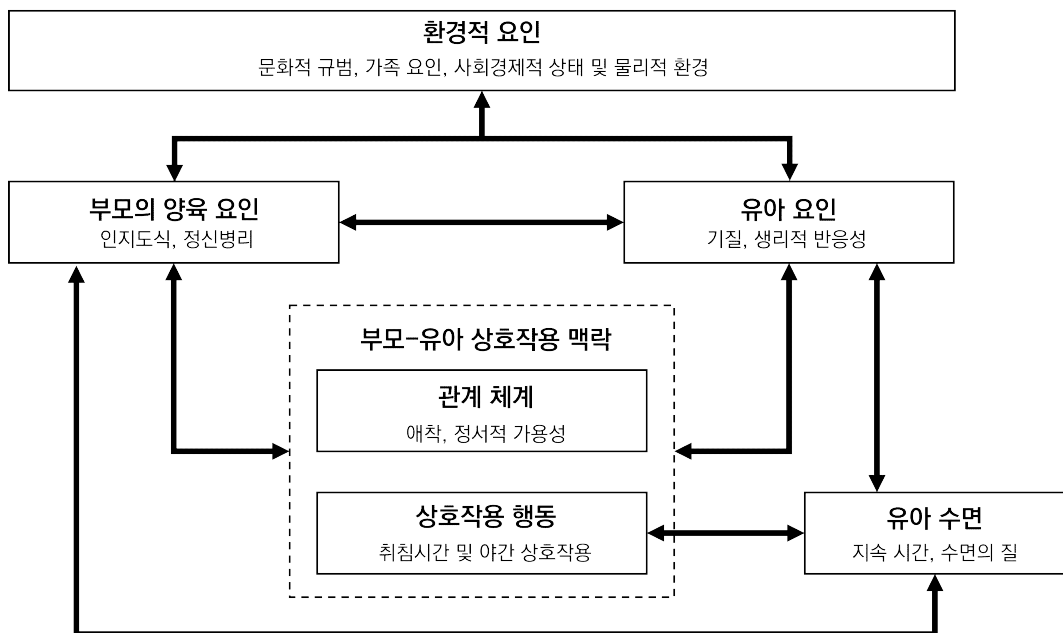
반대로 밤 동안 수면 문제를 보이는 유아의 경우, 유아는 잠들기 위해 울음 등의 신호를 보내며 부모의 개입을 요구하는 행동이 강화되며 부모는 수면개시에 부적절한 차별적 자극(예: 더 많이 아이를 안아서 달래는 것, 과도하게 수유하는 것)을 제공하도록 강화된다. 부적절한 강화를 통해 유아는 수면개시와 부모의 개입을 연합하게 되어 처음 잠자리에 들 때나 야간 각성 이후 다시 잠들기 위해 부모의 개입을 필요로 하게 되고, 부모의 개입이 없으면 스스로 잠들지 못하게 된다(France et al., 2003).

2) 유아 수면의 상호작용 모델

부모와 유아의 상호작용을 통한 학습은 유아기 불면증에 영향을 미친다. 이는 Sadeh와 동료들이 제시한 상호작용 모델(Transactional model)<그림1>로 더 잘 설명된다(Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010). 상호작용 모델은 유아의 수면 문제가 일방향으로 형성되는 것이 아니며, 유아의 특성과 부모의 양육 요인이 상호 작용하여 유아 수면 문제 발달에 직접적으로 기여한다는 점을 강조한다. 상호작용 모델에 의하면 유아 수면 문제는 부모-유아의 밤 중 행동적 상호작용, 부모가 유아의 수면에 대해

갖는 기대 및 해석으로 대표되는 양육 요인, 그리고 유아 자신의 기질적 요인에 직접적인 영향을 받으며 문화적 맥락과 가족 지지체계, 사회경제적 상태로 대표되는 환경적 요인에는 이차적인 영향을 받게 된다. 상호작용 모델은 순환적인 모형으로, 한 번 형성된 수면 문제가 다시 부모-유아의 상호작용, 부모의 정신적 웰빙, 그리고 유아의 기질에까지 영향을 미치게 되어 (Sadeh & Anders, 1993) 수면 문제의 지속을 설명하게 된다.

그림 1. 상호작용 모델(Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010)



상호작용 모델에서 가장 직접적인 경로는 부모의 취침시간 행동과 유아 수면 사이의 연관성을 이은 부분으로(Sadeh et al., 2010) 그만큼 부모의 행동이 유아 수면 문제의 형성과 지속에 관여하는 바가 크다고 볼 수 있다. 많은 선행연구에서도 부모의 행동과 유아 수면 문제의 관계를 일관적으로 보고하고 있는데, 밤 동안 부모가 유아의 수면에 더 적극적으로 개입할수록

유아가 더 잦은 각성과 더 짧은 수면 유지 시간을 보였으며, 중단 연구에서도 유아기 부모의 더 적극적인 취침시간 개입 행동이 이후 시점의 더 짧은 유아 수면시간과 수면장애의 증가 및 느린 자기조절능력의 발달을 예측하였다(Camerota et al., 2019; Sheridan et al., 2013; Voltaire & Teti, 2018).

취침시간의 부모 행동과 유아의 수면 문제 간 관련성은 취침시간 부모 개입을 제한하여 궁극적으로 유아의 수면을 개선하고자 하는 행동 개입연구의 결과로도 뒷받침된다. 행동 개입은 학습과 행동 원리를 기반으로 한 유아 행동 불면증에 가장 적합한 1차 치료로 유아의 수면을 개선하기 위해 주로 부모를 개입 대상으로 삼아 행동 변화를 꾀한다(Vriend & Corkum, 2011). 유아 수면 문제에 행동 개입을 실시한 52건의 연구의 94%에서 임상적으로 유의한 효과가 있었으며, 연구에 참여한 유아의 80% 이상이 3~6개월 동안 유지된 수면 개선 효과를 보여 (Mindell et al., 2006b) 유아 수면 문제 개선을 위해 부모의 행동 요인에 집중하는 것의 중요성이 강조되었다. 최근 생후 6~16개월 영아를 대상으로 무선할당 임상시험을 실시한 연구에서도 마찬가지로 통제집단에 비해 각각 행동개입법인 점진적 소거와 취침시간 연기(Bedtime fading)를 적용한 집단에서 개입 종료 후 3개월 시점까지 더 적은 야간 각성 횟수와 더 짧은 수면 잠복기를 보고하여(Gradisar et al., 2016) 부모의 취침시간 행동이 유아 수면 문제와 깊은 관련이 있음을 보였다.

3) 부모의 인지적 요인과 유아기 불면증

부모의 취침시간 개입 행동을 이해하기 위해서는 그들의 인지에 주목할 필요가 있다. 인지행동모델은 인간의 행동이 상황을 해석하는 개인 내부의 인지 도식에 영향을 받는다고 설명한다(Beck, 1979). 즉, 같은 사건에 대

해서도 개인이 그것을 어떻게 받아들이고 해석하느냐에 따라 비합리적 행동 반응이 나타날 수 있다는 것이다. 이는 다시 말하면 특정 상황에서의 비합리적 행동-부모의 취침시간 개입 행동-을 줄이기 위해서는 기저에 자리한 역기능적 인지 도식을 파악하고 그에 개입해야 한다는 뜻이기도 하다.

부모의 인지 도식은 부모가 자녀의 행동을 인지하고 그에 반응하는 방식에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Bugental & Johnston, 2000; Miller, 1995). 이는 수면에서도 예외가 아니다. 상호작용 모델은 부모의 개인 내적 신념이 유아와의 취침시간 상호 행동에 영향을 줄 수 있음을 설명하고 있으며 이후에 진행된 연구들도 부모가 수면에 관해 가지고 있는 인지는 취침시간에 부모가 자녀의 수면에 반응하는 방식에 영향을 미칠 수 있음을 밝혔다(Tikotzky & Sadeh, 2009; Tikotzky & Shaashua, 2012).

부모의 취침시간 행동은 ‘유아 수면은 어떠한 형식이어야 한다’는 당위적 기대나 유아 수면 문제에 대한 해석에 영향을 받을 수 있다(Tikotzky & Sadeh, 2010). 밤 중에 유아가 우는 것을 고통스럽기 때문이라 해석하는 부모는 자신이 개입하지 않는 것을 학대나 방임으로 인지할 가능성이 더 크다는 연구 결과가 있다(Sadeh et al., 2007). 이러한 해석은 부모가 취침시간에 유아에게 개입할 가능성을 높이는데(Whittall et al., 2021), 최근의 무작위 배정 임상시험에서도 취침시간에 유아의 울음을 고통의 징후로 해석할수록 부모가 보고한 수면 문제의 개선이 더 적음이 예측되었다.

취침시간에 부모가 취해야 할 태도에 대한 역기능적 신념 또한 유아의 수면 문제와 연관이 있다. 선행연구에 따르면 ‘아이가 밤중에 깬을 때 다시 잠들 수 있도록 부모가 개입해야 한다’는 생각으로 대표되는 부모 개입 제한의 어려움을 보고할수록 더 많은 유아의 야간 각성이 예측되었다(Morrell, 1999; Sadeh et al., 2009). 종합하면, 유아의 야간 각성을 즉각적인 도움이 필요한 고통스러운 상황으로 해석할수록 부모는 취침시간 개

입을 더 많이 하게 되며, 유아는 더 많은 수면장애를 보고하게 된다.

Tse & Hall은 부모가 유아 수면에 대해 ‘아이들은 스스로 잠드는 자기 진정기술을 배워야 할 필요가 있다’ 와 같은 보다 적응적인 인지를 갖게 된 것이 올바른 행동 개입을 촉진할 필요를 더 느끼게 해준다는 연구 결과를 발표하며(Tse & Hall, 2008) 부모의 인지 수준 변화가 행동에도 영향을 줄 수 있음을 제시하였다. 이에 착안하여 본 연구에서는 부모가 유아의 수면에 대해 가지는 인지의 수준과 취침시간 행동 및 실제 유아의 수면 사이의 관련성을 양적 연구를 통해 탐색하고, 인터뷰를 통해 그들이 가지고 있는 인지의 질적 내용을 파악하고자 한다.

4) 유아기 수면 문제 인식에 대한 문화적 관점

타인으로부터 분리되어 고유한 자신을 구성하기를 추구하는 서구권의 개인주의적 문화와 달리, 일반적으로 비 서구문화권에서 나타나는 집단주의적 문화는 개인과 타인의 연결을 중시하며 자신을 포괄적인 사회적 관계의 일부로서 타인과 상호의존을 경험하는 데 가치를 둔다. 즉, 자아는 개인을 강조하기보다 자신이 타인의 생각, 감정 및 행동에 영향을 받음을 이해하고 적절한 사회적 관계에 위치할 때 완전해지며 이는 특히 가족과 같은 가까운 내집단에서 두드러지게 나타난다(Markus & Kitayama, 1991). 한국은 ‘우리’ 를 강조하는 집단주의 문화로, 서구의 개인주의적 문화와 달리 자신을 한 개인으로 생각하기보다 ‘우리 가족’ 이라는 내집단의 부분으로 생각하는 경향이 있다. 따라서 가족 전체의 요구는 개인보다 우선시 되며 아이를 포함한 더 큰 전체인 가족이 잘 자기 위해 나라는 개인(부모)이 수면을 희생하는 것이 당연하게 여겨지는 경향이 나타난다(Chung & An, 2014).

단일 문항을 조사에 사용했다는 한계가 있으나 부모가 유아의 수면을 문

제라고 인식하는 비율은 동양 문화권에서 더 높게 나타났으며(Ahn et al., 2016; Mindell et al., 2010; Sadeh et al., 2011), 미국 내 조사에서는 유아 수면 문제를 야기하는 대표적인 과잉 개입으로 여겨지는 부모와 자녀의 코슬리핑(Co-sleeping)비율이 백인 가정에 비해 아시아계 미국인 가정에서 두 배 이상 더 흔하게 보고되었다(Willinger et al., 2003). 이렇듯 문화에 따라 수면에 대한 태도와 행동 양식이 다름에도 실질적으로 한국의 부모가 유아 수면에 대해 가지는 인지의 내용을 파악한 연구는 없는 실정이다. 유아 수면 문제와 문화적 요인을 함께 고려해야 함은 여러 연구에서 강조되어 왔기에(Tikotzky & Sadeh, 2010; Whittall et al., 2021) 본 연구에서는 양적 연구에서도 인종의 영향을 통제할 뿐 아니라, 질적 연구를 통한 한국 부모가 가지는 유아 수면에 대한 인지의 내용을 파악하여 추후 개입 개발이 나아가야 할 방향성을 제시하고자 한다.

3. 유아 수면의 측정

1) 기존 유아 수면 측정법의 한계

여러 유아 수면 연구는 최근까지도 유아의 수면 지표 측정을 부모의 주관적 보고에 의존해 왔다(Humphreys et al., 2014; Symon & Crichton, 2017). 주관적 보고는 두 가지 가정에 의해 신뢰성이 확보되는데, 첫째는 부모가 보고해야 할 시간의 대부분을 자고 있을지라도 부모는 유아 수면에 대해 정확하게 보고할 수 있다는 것이며, 두 번째는 부모의 보고가 정확하지 않더라도 이는 연구에 참여한 모든 가족에 걸쳐 일관적으로 나타날 것이므로 전체 연구 결과에 영향을 미치지 않을 것이라는 내용이다(Rudzik et al., 2018). 그러나 부모의 주관적 보고만을 사용한 연구에는 의문이 제기된 바 있다. 일례로 Mindell과 동료들의 연구에서는 주관적으로 보고된 부

모의 각성 횟수와 자녀의 각성 횟수 간 강한 상관성이 보고되었으며, 이는 각성 시 울음 등의 신호를 보내는 일이 줄어들어는 학령기 이전 유아기 시점에 더 큰 것으로 나타났다(Mindell et al., 2015). 이러한 결과는 부모가 확실히 신호로써 알아차릴 수 있는 유아의 각성은 보고할 수 있으나, 유아가 자기 진정능력을 갖춘 경우에는 신호를 알아차리지 못하고 각성 보고를 누락할 수 있다는 의문을 제기한다(Tikotzky et al., 2022). 더불어 부모의 보고는 객관적 수면측정기기인 액티그래피를 사용하여 측정한 것과 비교했을 때, 수면시간을 과대평가하였으며 밤중의 각성 시간을 과소평가하는 부정확함을 보여(Simard et al., 2013) 객관적 수면측정기기를 활용한 보완이 필요함이 제기되어 왔다.

이에 유아의 팔이나 발목에 착용하여 빛과 활동 정도를 측정해 수면-각성 상태를 파악하는 객관적 측정 도구인 액티그래피를 활용한 후속 연구들이 등장하였다. 그러나 액티그래피 또한 수면을 측정하기 위해 움직임에 의존하는 간접적 측정방식을 취해 유아의 각성 상태 예측을 신뢰하기 어렵다는 보고들이 있었으며, (Insana et al., 2010; Sung et al., 2009) 유아의 양 발목에 액티그래피를 착용하고 수면-각성 패턴을 분석했을 때 총 측정시간의 1/3에서 각기 다른 야간 각성 횟수를 보고하는 문제가 추가로 보고되어(Atun-Einy et al., 2018) 새로운 객관적 수면측정도구의 사용이 요구되어 왔다.

2) 영상수면검사를 활용한 유아 수면의 측정

영상수면검사(Videosomnography)는 유아의 수면을 촬영한 영상을 연구자가 시청하며 수면-각성 상태를 주관적으로 코딩하는 것에서 시작되었다(Schwichtenberg et al., 2018). 최근 기술의 발전으로 연구자가 진행하던 영상수면검사의 코딩 과정은 자동화되어 촬영된 영상을 컴퓨터 알고리즘을

통해 프레임 단위로 분석, 수면-각성 상태를 파악하는 영상수면검사기기가 출시되기에 이르렀다.

최신 기기를 활용한 영상수면검사에는 다양한 장점이 있다. 첫째로 유아의 수면을 침대 위나 옆에서 촬영해 사용하므로 신체접촉이 가장 적은 비침습적 방법이다. 둘째로 전신을 촬영하여 수면 상태를 파악하므로, 액티그래피가 유아의 한쪽 팔이나 다리에 착용함으로써 생기는 측정불일치가 해소되었다(Atun-Einy et al., 2018). 셋째, 자동화된 영상수면검사의 수면-각성 코딩은 연구자의 주관적 코딩과 0.46의 카파 상관계수(Kappa Coefficient)를 보여 Landis & Koch의 기준에 따랐을 때 적절한 수준의 일치도를 보였다(Landis & Koch, 1977; Schwichtenberg et al., 2018). 동일한 연구에서 액티그래피와 연구자 간 일치도가 0.41이었다는 점을 고려한다면 영상수면검사기기는 충분히 유아의 수면-각성 상태를 객관적이고 신뢰할 수 있게 측정한다고 판단할 수 있다. 최근 영상수면검사기기는 대중화되어 Nanit, Angel Care, BabyCam 등 일반 가정에서도 유아 수면 지표를 확인할 수 있는 기기들이 출시되었는데(Schwichtenberg et al., 2018), 이러한 기기들은 연구 참여와 같은 외부 동기 때문이 아니라 보통 개인의 안녕을 위해 사용되므로 자연적인 환경에서 실제 수면을 측정한다는 생태학적 타당성을 갖추었다는 장점을 더한다(Kuula et al., 2019).

최신 연구에서도 유아의 입면 및 각성 시각과 밤 동안의 각성 횟수, 부모의 개입횟수 등 다양한 수면 지표를 측정하는 데 이들 기기가 신뢰할 수 있는 도구로 쓰이고 있어(Kahn et al., 2021) 본 연구에서는 가정에서 영상수면검사기기를 사용하고 있는 부모를 대상으로 질문지를 실시, 유아 수면에 대한 인지 수준을 파악함과 동시에 질문지 응답 전 1~15일 동안 가정에 있는 영상수면검사기기로 측정된 유아의 객관적 수면 지표를 수령해 두 변수 간 관련성을 탐색하였다.

III. 연구 문제 및 가설

본 연구는 혼합연구로, 부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적 유아 수면 지표의 차이와 부모 자신의 수면 양상을 정량적인 연구 방법으로 탐색하였다. 이때, 유아는 생후 6개월에서 12개월 사이 급격한 자기조절 능력의 발달을 이루며 유아의 수면 발달은 생후 2년 동안 가장 급격히 나타남에 근거해 연령집단을 생후 6개월에서 11개월 군, 생후 12개월에서 18개월 군, 생후 19개월에서 26개월 군으로 나누어 발달적 관점을 통합하였다. 이후 한국 문화권에서 특징적으로 나타나는 유아와 자신의 수면에 대한 부모의 인지를 질적으로 분석하였다. 본 연구의 연구 문제와 가설은 다음과 같다.

연구 문제 1. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 부모와 유아의 수면 지표는 어떻게 달라지는가?

가설1-1. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 객관적으로 측정된 유아의 총수면시간 평균은 인종, 소득수준을 통제한 이후에도 세 연령집단 모두에서 차이가 있을 것이다.

가설1-2. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 주관적으로 측정된 유아의 총수면시간 평균은 인종, 소득수준을 통제한 이후에도 세 연령집단 모두에서 차이가 있을 것이다.

가설1-3. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 객관적으로 측정된 부모의 평균 개입횟수는 인종, 소득수준을 통제한 이후에도 세 연령집단 모두에서 차이가 있을 것이다.

가설1-4. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 객관적으로 측정된 유아의 야간 각성 횟수는 인종, 소득수준을 통제한 이후에도

세 연령집단 모두에서 차이가 있을 것이다.

가설1-5. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 부모 자신의 수면에 대한 역기능적 기대 평균점수는 인종, 소득수준을 통제한 이후에도 세 연령집단 모두에서 차이가 있을 것이다.

가설1-6. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 부모의 불면증 심각도의 평균점수는 인종, 소득수준을 통제한 이후에도 세 연령 집단 모두에서 차이가 있을 것이다.

연구 문제 2. 한국 부모에게서 특징적으로 나타나는 자신과 유아 수면에 대한 인지의 내용에는 어떤 것이 있는가?

연구 문제 2는 질적 연구 방법을 통해 탐색적으로 알아보았다. 구체적으로 부모가 보고하는 아이의 수면 문제와 원인, 그리고 예상되는 결과에 대해 파악하고 부모 자신의 수면에 대한 태도를 도출하는 것에 주안점을 두었다.

IV. 연구 방법

1. 연구 (1): 정량적 연구

1) 연구 대상

유아의 수면에 대한 부모의 인지와 객관적으로 측정된 유아 수면 지표와의 관계를 살펴보고자 한 정량적 연구단계에서는 2021년 5월 10일부터 2021년 5월 12일까지 온라인을 통해 수집된 정량적 자료를 후향적으로 활용하였다. 연구 참여자는 객관적으로 수면 측정이 가능한 영상수면검사기기를 사용하는 생후 6~26개월 자녀를 둔 부모로, 자녀가 임신 기간 37주 미만으로 태어난 경우는 참여대상에서 제외하였다.

2) 측정 도구

(1) 인구통계학적 정보

본 연구에서는 유아의 연령과 성별, 부모의 연령 및 인종에 대한 인구통계학적 정보를 수집하였다.

(2) 영상수면검사

유아의 수면 지표를 측정하기 위하여 본 연구에서는 객관적 수면 측정이 가능한 영상수면검사기기인 NANIT을 사용하였다 <그림 2>. 영상수면검사기기의 측정과 분석 메커니즘은 다음과 같다. 수면 중인 유아의 전신을 촬영하여 얻은 영상의 여러 프레임 중 자고 있는 유아가 찍힌 것을 판별한다. 이 판별을 반복하여 컴퓨터는 자고 있는 유아의 이미지를 학습하며 이를 바탕으로 수면-각성 상태를 판별하게 된다. 이렇듯 자동화된 영상수면검사의 수면-각성 상태의 판별은 연구자가 직접 판별한 결과와 비교했을 때에도

충분한 일치도를 가진 것으로 나타났으며(Schwichtenberg et al., 2018), NANIT은 수면 측정의 황금기준이라 불리는 PSG와 비교했을 때에도 수면-각성 상태를 정확하게 결정하는 것으로 나타나 본 연구의 유아 수면 측정 도구로 활용하였다(Barnett et al., 2019; Horger et al., 2021). 본 연구에서는 개인마다 최소 1일에서 15일간 영상수면검사기기를 통해 수집된 야간 유아 수면 지표의 평균치를 활용하였으며, 획득한 주요 수면 지표는 아래 <표 2>와 같다.

그림 2. 영상수면검사기기 NANIT



표 2. 영상수면검사기기로 측정한 유아의 수면 지표

지표	내용
Total Sleep Time (TST)	유아의 야간 총 수면시간
Number of Awakening (NWAK)	유아의 입면 후 각성 횟수
Parental Interventions	부모의 야간 개입횟수

(3) 부모가 유아 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 (PUMBA-Q)

부모가 유아의 수면에 대해 가지는 역기능적 신념을 측정하기 위해 개발된 질문지인 PUMBA-Q (Parental Understanding and Misperceptions about Baby's sleep Questionnaire, PUMBA-Q)를 사용하였다(장은영 외, 2021). PUMBA-Q는 23개 문항으로 이루어진 자기보고식 질문지로, 부모가 유아 수면에 대해 가지는 역기능적 신념, 부모의 야간 개입에 대한 역기능적 신념, 수유와 야간급식에 대한 역기능적 신념, 그리고 일반적인 부모의 불안의 4개 하위요인을 측정한다. 각 문항은 영문으로 제작되었으며, 0~4점으로 평가하는 5점 리커트 척도로 점수가 높을수록 유아 수면에 대해 역기능적인 신념을 가짐을 뜻한다.

(4) 주관적으로 보고된 유아의 수면 지표(Brief Infant Sleep Questionnaire-Revised, BISQ-R)

부모가 평가하는 유아의 주관적 수면 지표를 측정하기 위해 Sadeh(2004)가 개발한 영아용 수면 질문지의 개정판인(Brief Infant Sleep Questionnaire-Revised, BISQ-R)을 사용하였다(Sadeh, 2004). BISQ-R은 생후 0 ~ 36개월 영유아의 수면 패턴을 측정하기 위해 개발된 질문지로, 부모가 지난 2주간 유아의 수면을 회고하여 응답하는 33개 문항으로 구성된 자기보고식 질문지이다.

(5) 불면증 심각도 척도 (Insomnia Severity Index, ISI)

부모 자신의 불면증 심각성을 측정하기 위해 Bastien, Vallieres과 Morin(2001)이 개발한 불면증 심각성 척도(Insomnia Severity Index, ISI)를 사용했다(Bastien et al., 2001). ISI는 최근 2주간 경험한 불면증 심각성을 측정하는 7문항으로 구성되어 현재 수면에 대한 만족도, 수면 문

제가 주간 기능에 손상을 주는 정도, 수면에 대한 걱정 등을 0~4점으로 평가하는 5점 리커트 척도이다. 총점의 범위는 0~28점으로 점수가 높을수록 높은 불면증 심각도를 가짐을 의미한다.

(6)부모의 수면에 대한 역기능적 신념 (Dysfunctional Beliefs About Sleep, DBAS-30)

부모가 자신의 수면에 대해 가지는 인지를 측정하기 위해 Morin(1993)이 개발한 수면에 대한 역기능적 신념 및 태도 척도(Dysfunctional Beliefs About Sleep-30)을 사용했다(Morin et al., 1993). DBAS-30은 불면증의 원인에 대한 잘못된 인식, 수면 장애의 결과에 대한 평가, 수면에 대한 비현실적인 기대, 수면에 대한 감소된 지각과 통제 가능성, 수면을 촉진하는 활동에 대한 잘못된 믿음의 다섯 가지 하위 내용을 측정하는 30문항의 자기보고식 질문지이다. DBAS-30은 11점 리커트 척도로, 각 문항에 0(강하게 동의하지 않음)에서 10점(강하게 동의함) 사이로 응답하게 되며 점수가 높을수록 수면에 대해 역기능적인 신념을 가짐을 뜻한다.

3) 연구 절차

유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 부모와 유아의 수면 지표의 추이를 살펴보는 연구 문제 1은 영상수면검사기기를 사용 중인 6~26개월 자녀를 둔 부모를 대상으로 수집된 자료를 후향적으로 분석하였다. 연구 참여에 동의한 참가자는 온라인으로 자기보고식 질문지를 작성하며, 그와 동시에 영상수면기기로 수집된 유아의 객관적 수면 지표를 제공하는 데 동의하였다. 본 연구는 성신여대 윤리심의위원회의 승인하에 수행되었다 (SSWUIRB-2020-034).

4) 분석 방법

연구 1의 자료 분석은 SPSS version 21.0을 사용하여 다음과 같이 실시하였다.

첫째, 연구 대상자의 인구통계학적 특성과 유아 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 수준을 알아보기 위해 기술통계를 실시하였다.

둘째, 부모가 유아의 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 수준과 유아의 수면 지표 및 부모의 불면증 심각도와 자신의 수면에 대한 역기능적 신념의 관련성을 탐색하기 위해 인종과 소득수준을 공변량으로 두고 공분산분석을 실시하였다. 이때, 유아의 연령에 따라 생후 6~12개월, 13~19개월, 20~26개월의 세 집단으로 나누어 분석을 실시해 부모의 역기능적 신념 수준과 유아의 수면 지표 간 관계를 발달적으로 살펴보았다.

2. 연구 (2): 질적 연구

1) 연구 대상

한국 부모가 가지는 유아 수면 문제에 대한 이해도와 태도 및 자신의 수면에 대한 특징적인 인지 내용을 파악하기 위하여 본 연구 과정에서는 심층면담 방법을 활용하였다. 한국에서 취침시간뿐 아니라 수면 문제로 인해 야기된 주간 문제 경험에 대한 풍부한 서술이 가능한 육아에 전념 중인 보호자는 주로 어머니인 실정으로, 본 연구에서는 만 19세 이상 65세 미만인 성인 어머니를 연구 대상으로 삼았다. 더불어 실제 연구장면에서 유아 수면 문제 유무를 판단하는 데 임상적 진단 기준을 적용하기 어려움을 감안하여 (Reuter et al., 2020; Vriend & Corkum, 2011) 본 연구에서는 어머니가 주관적으로 보고한 수면 문제가 있는 경우를 연구 대상에 포함하였다. 즉, 앞서 정의하였듯 적절한 수면 기회가 주어졌음에도 발생하는 지속적인

수면개시 또는 한계 설정의 문제로 유아 및/또는 가족의 기능 손상을 초래하는 경험을 보고하는 자를 모집하였다. 이에 참가자는 약 1시간 30분가량 자신의 경험을 충분히 회상하고 언어적으로 이야기할 수 있는 능력을 갖춘 자로서, 생후 6개월에서 36개월의 수면 문제가 있는 자녀를 두었으며 그로 인해 자신도 수면 문제를 보고하는 18세 이상 65세 미만의 어머니 10인으로 한정하였다.

2) 측정 도구

(1) 심층 면담

본 연구단계에서 사용할 자료는 심층 면담 방법을 이용하여 수집하였다. 심층 면담은 질적 연구의 대표적 연구 방법으로, 개인 또는 다수의 연구 참여자 간 대화에서 연구 결과를 이끌어내는 방법이다(Seidman, 2012; 조재성, 2019에서 재인용). 심층 면담의 다양한 실시방법 중, 본 연구에서는 반구조화된 면담법을 사용하였다. 반구조화된 면담은 사전에 연구자가 구성한 면담 매뉴얼에 따르되, 연구 참여자의 응답이나 면담의 흐름에 따라 질문의 순서와 내용이 달라질 수 있어 유연하고 폭넓은 정보의 수집이 가능하다. 연구 대상자가 ‘자신과 자녀의 수면 경험’이라는 주제에 대해 가능한 다양한 답변을 할 수 있도록 면담에서 제시한 질문은 수면장애에 대한 논문을 90편 이상 출판한 지도교수의 검수를 받았으며, 개방형 질문과 공감, 반영 등의 상담 기법을 활용하여 연구 대상자의 적극적인 발화를 도울 수 있도록 하였다. 자세한 면담 지침은 <표 3>과 같다.

표 3. 반구조화된 심층 면담 지침

단계	주요 주제 및 질문 예시
<p>1. 도입 (10~15분)</p>	<p>1) 면담의 목적과 방식에 대해 안내한다.</p> <p>○ 안녕하세요? 저는 심리학을 전공하는 석사과정 연구원입니다. 이번 면담을 통해 아이와 부모님이 현재 어떻게 살고 있는지 그리고 부모님이 생각하시는 원인은 어떤 것인지를 파악해 앞으로 아이와 부모님의 수면을 증진하는 방법을 찾는 데 도움을 얻고자 합니다.</p> <p>2) 최근 근황을 묻고 나누기 쉬운 소재의 이야기로 면담을 시작한다.</p> <p>○ 코로나19 때문에 아이들과 집에서 함께하는 시간도 더 길어지고 생활에 변화가 많을 것 같아요. 요즘 어떻게 지내고 계시나요?</p>
<p>2. 촉진 (50~55분)</p>	<p>각 질문을 순서대로, 모두 할 필요는 없으나 가능한 모든 범주를 포괄할 수 있도록 한다.</p> <p>1) 부모가 생각하는 아이의 수면 문제</p> <p>2) 부모가 생각하는 아이가 잘 자지 않는 이유</p> <p>3) 아이를 잘 재우기 위해 기울인 노력</p> <p>4) 아이의 수면 문제로 예상되는 부정적 결과</p> <p>5) 아이의 수면에 대한 기대</p> <p>6) 아이의 수면 문제가 부모에게 가지는 의미</p> <p>7) 어머니의 수면 양상</p> <p>8) 어머니가 생각하는 불면의 원인과 결과 및 수면에 대한 기대</p>
<p>3. 마무리 (5분)</p>	<p>- 연구 참여자가 미처 이야기하지 못한 부분이 없는지 확인한다.</p> <p>- 면담 내용 중 모호한 부분을 추가로 질문한다.</p> <p>- 연구 참여자에게 질문할 것은 없는지 확인하고, 질문이 있는 경우 경청한 다음 답변한다.</p> <p>- 연구자와 연구 참여자가 함께 소감을 나누며 마무리한다.</p>

3) 연구 절차

한국 어머니가 특징적으로 보이는 유아와 자신의 수면에 대한 인지의 내용을 파악하고자 한 연구 문제 2는 생후 6~36개월의 수면 문제를 보고하는 자녀를 두며 그 자신도 수면 문제를 보고하는 만 19세 이상 65세 미만의 성인 어머니 10인을 모집하여 심층 면담을 진행하고 그 내용을 질적 방법론을 통해 파악하였다. 모집은 온라인 홍보에 자발적으로 응한 자들을 대상으로 하며, 비대면 화상 면담을 진행하였다. 본 연구는 성신여대 윤리심의 위원회의 승인하에 수행되었다(SSWUIRB-2020-034).

4) 분석 방법

본 연구는 한국 부모가 유아와 자신의 수면에 대해 가지는 인지의 내용을 파악하고자 질적 분석을 수행하였다. 질적 분석 방법에는 다양한 방법이 있으나 본 연구에서는 하나의 현상에 대한 여러 개인의 체험적 의미를 기술하는 현상학적 연구를 진행하였다. ‘현상’이란 개인의 의식 작용으로 나타난 대상의 모습이다(유혜령, 2015). 현상학적 관점에서 인간은 주관적 경험을 통해 의미를 찾아내는 존재로, 현상학적 연구는 각 개인이 현상을 경험하며 공통적으로 갖게 된 것을 기술하는 데 초점을 둔다(Creswell & Poth, 2016). 현상학에 대한 접근법은 크게 해석학적 현상학과 초월론적 현상학의 두 가지로 나뉜다. 해석학적 현상학의 연구자가 보다 체험의 해석에 관여하는 것과 달리 초월론적 현상학은 연구자의 해석보다는 연구 대상자의 경험 기술에 더 중점을 두고 있어(Creswell & Poth, 2016) 한국의 부모가 보고하는 유아 수면에 대한 인지 내용의 탐색이 전무한 현재, 초월론적 접근 방식을 택해 있는 그대로의 정보 수집과 분석에 무게를 두고자 한다.

본 연구는 Giorgi(1997)가 제안한 초월론적 접근 방식에 근거한 분석 방

법을 사용하여 심층 면담 내용을 분석했다(Giorgi, 1997). 분석에는 MAXQDA와 엑셀 프로그램을 사용했으며, 분석 단계별 자세한 내용은 다음과 같다.

첫 단계는 내용을 전체적으로 인식하는 것이다. 이 과정에서 연구자는 축어록을 여러 차례 읽으며 연구 참여자의 진술을 거시적으로 파악하게 된다. 이때 연구자는 편향된 태도를 배제하고 개방적인 자세로 연구 참여자가 표현한 의미를 곡해하지 않고 그대로 받아들이기 위해 노력해야 한다.

두 번째 단계는 의미 단위를 구분하는 것이다. 이 단계에서는 연구 참여자의 언어로 표현된 의미의 단위를 만들어가게 되는데, 축어록 중 연구 문제와 관련된 내용이 들어간 문장에 표시를 해가며 의미 단위를 추출하게 된다. 이 단계는 한 번에 완성되지 않으며, 여러 차례 축어록을 숙독하며 수정을 거쳐 점차 정교한 의미를 도출하게 된다.

세 번째 단계는 의미 단위를 학문적 용어로 변환하는 것이다. 앞선 단계에서 도출해 낸 의미 단위는 일상적인 언어로 표현되어 있어 이를 적절한 학문적 용어로 대치하게 된다.

마지막 단계는 의미 단위를 구조로 통합하는 것이다. 세 번째 단계에서 얻어진 의미 단위를 원자료의 구조 맥락에서 다시 살펴보고, 연구 문제의 근본을 통합할 수 있는 현상에 대한 일관적인 진술을 도출해내는 것이다.

본 연구는 타당성을 확보하기 위하여 Lincoln & Guba(1985)가 제시한 질적 연구의 네 가지 평가 기준을 따르고자 하며, 자세한 내용은 다음과 같다(신경림, 2004). 첫 번째 기준은 사실적 가치(truth value)이다. 이는 질적 연구가 실재를 얼마나 잘 반영하였는지를 평가하는 것으로, 연구결과와 해석을 신뢰할 수 있는 정도에 관한 것이다. 둘째는 적용성(applicability)이다. 이는 연구 결과를 다른 상황에 일반화할 수 있는지를 평가하는 것으로, 비슷한 경험이 있는 제 3자가 결과 자료를 보았을 때에도 자신의 경험

에 비추어 의미 있는 것으로 볼 수 있는지를 확인하게 된다. 셋째는 일관성 (consistency)으로 연구 방법과 분석과정을 자세히 기술하여 연구자 이외의 사람이 연구 과정을 이해할 수 있는가를 평가한다. 마지막 네 번째 중립성 (neutrality)은 연구자가 편견을 배제하고 의식적으로 중립적인 자세로 연구 과정에 참여하였는가를 점검하게 된다.

V. 연구 결과

1. 연구 (1): 정량적 연구

1) 인구통계학적 정보

정량적 연구의 총참여자는 1,420명으로, 이들 중 93.5% (n=1329)가 북미 지역에 거주하고 있었으며 참여자의 78.8% (n=1119)는 백인이었다. 자녀의 월령 범위는 생후 6개월 - 26개월이었으며, 평균 월령은 12.34(± 5.56)개월이었다. 참여자의 68% (n=966)는 어머니였다. 연구 참여자의 인구통계학적 특성, 수면 지표를 <표 4>에 제시하였다.

표 4. 연구대상자의 인구통계학적 특성 (N=1,420)

	빈도 (%)	평균 (표준편차)
국가		
미국	1121 (78.9)	
캐나다	208 (14.6)	
영국	38 (2.7)	
기타 국가	53 (3.7)	
자녀와의 관계		
어머니	966 (68.0)	
아버지	452 (31.8)	
기타	2 (0.1)	
부모의 학력 수준 (n=1418)		
고등학교 졸업 미만	2 (0.1)	
고등학교 졸업	96 (6.8)	
2/4 년제 대학 졸업	771 (54.3)	
대학원 과정 이상	538 (37.9)	
기타	11 (0.8)	
인종 (n=1417)		

백인/코카시안	1119 (78.8)	
아시아	119 (8.4)	
히스패닉	86 (6.1)	
아프리카계 미국인	21 (1.5)	
기타	72 (5.1)	
연간소득 수준 (미화) (n=1417)		
\$75,000 미만	118 (8.3)	
\$75,000 - \$99,999	166 (11.7)	
\$100,000 - \$149,999	321 (22.6)	
\$150,000 - \$199,999	260 (18.3)	
\$200,000 초과	423 (29.8)	
밝히고 싶지 않음	129 (9.1)	
유아의 성별 (n=1417)		
남아	753 (53.1)	
여아	664 (46.9)	
부모의 연령대 (n=1416)		
24 세 이하	17 (1.2)	
25-29	190 (13.4)	
30-34	634 (44.6)	
35-39	433 (30.5)	
40 세 이상	139 (9.8)	
밝히고 싶지 않음	3 (0.2)	
유아의 연령(개월)		12.34 (5.56)
유아 수면 지표		
객관적으로 측정 한 총수면시간 (min)		607.09 (65.79)
주관적으로 측정 한 총수면시간 (min) (n=1415)		636.42 (90.53)
입면 후 각성 횟수 (회)		1.11 (1.54)
부모의 야간 개입횟수 (회)		2.78 (1.46)
부모의 수면 지표		
DBAS		3.41 (1.27)
ISI		7.37 (5.24)

DBAS: Dysfunctional Beliefs About Sleep; ISI: Insomnia Severity Index

2) 부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 통제변인

연구 대상자가 유아 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 수준을 알아보기 위해 기술통계를 실시한 결과 PUMBA-Q 점수의 평균은 23.06(±11.28) 점이었으며, 삼분위수는 각각 17점과 28점이었다. 결과는 <표 5>에 제시하였다.

표 5. 전체 연구참가자의 PUMBA-Q 점수 기술통계치

	최소값	최대값	백분위수		평균 (표준편차)
			33	66	
PUMBA-Q	0	92	17	28	23.06 (11.28)

PUMBA-Q: Parental Understanding and Misperceptions about BABy' s sleep Questionnaire

이어 PUMBA-Q 점수의 삼분위수 값을 절단 기준으로 사용하여 전체 연구참가자를 유아 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 수준이 낮은 집단(0 - 16점), 중간 집단(17 - 27점), 높은 집단(28 - 92점)으로 구분하였다. 각 집단의 크기와 PUMBA-Q 점수의 평균은 <표 6>에 제시하였다.

표 6. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준 집단별 PUMBA-Q 점수 기술통계치

	낮은 집단 (n=424)	중간 집단 (n=502)	높은 집단 (n=494)
점수 범위	0 - 16	17 - 27	28 - 92
평균 (표준편차)	10.08 (4.45)	22.17 (3.21)	35.11 (6.90)

PUMBA-Q: Parental Understanding and Misperceptions about BABy' s sleep Questionnaire

유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준 집단에 따른 부모와 유아의 수면 지표 차이를 분석하기에 앞서, 유아의 수면 문제와 관련이 있는 것으로 보

고되어 온 인구통계학적 변인(인종 등)을 공변인으로 고려하고자 하였다. 이에 교차분석을 통해 각 집단 간 유의미한 차이를 보이는 인구통계학적 변인을 도출, 통제하고자 하였으며 분석 결과는 <표 7>에 제시하였다.

표 7. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준 집단 간 인구통계학적 변인 교차분석 결과

(N=1420)

		낮은집단 (n=424)	중간집단 (n=502)	높은집단 (n=494)	χ^2	p
		빈도				
응답자-자녀관계 (n=1420)	아버지	158	154	140	12.408	.053
	어머니	266	348	352		
	기타	0	0	2		
자녀의 성별 (n=1417)	남아	211	270	272	2.735	.255
	여아	212	231	221		
부모의 최종학력 (n=1418)	고등학교 졸업 미만	0	1	1	3.586	.892
	고등학교 졸업	28	32	36		
	2/4년제 대학 졸업	236	266	269		
	대학원 과정 이상	158	196	184		
	밝히고 싶지 않음	2	6	3		
인종 (n=1417)	백인/코카시안	350	395	374	10.543	.588
	아시안	36	42	41		

	히스패닉	19	29	38		
	아프리카계 미국인	4	7	10		
	기타	15	28	29		
<hr/>						
소득수준 (<i>n</i> =1417)	\$75,000 미만	25	35	58		
	\$75,000 - \$100,000 미만	35	59	72		
	\$100,000 - \$150,000 미만	97	116	108	39.530***	<.001
	\$150,000 - \$200,000 미만	79	95	86		
	\$200,000 이상	159	150	114		
	밝히고 싶지 않음	29	46	54		
<hr/>						
부모의 연령대 (<i>n</i> =1416)	24세 이하	4	3	10		
	25세 이상 29세 이하	50	71	69		
	30세 이상 34세 이하	191	223	220	10.952	.361
	35세 이상 39세 이하	143	146	144		
	40세 이상	36	55	48		
	밝히고 싶지 않음	0	2	1		

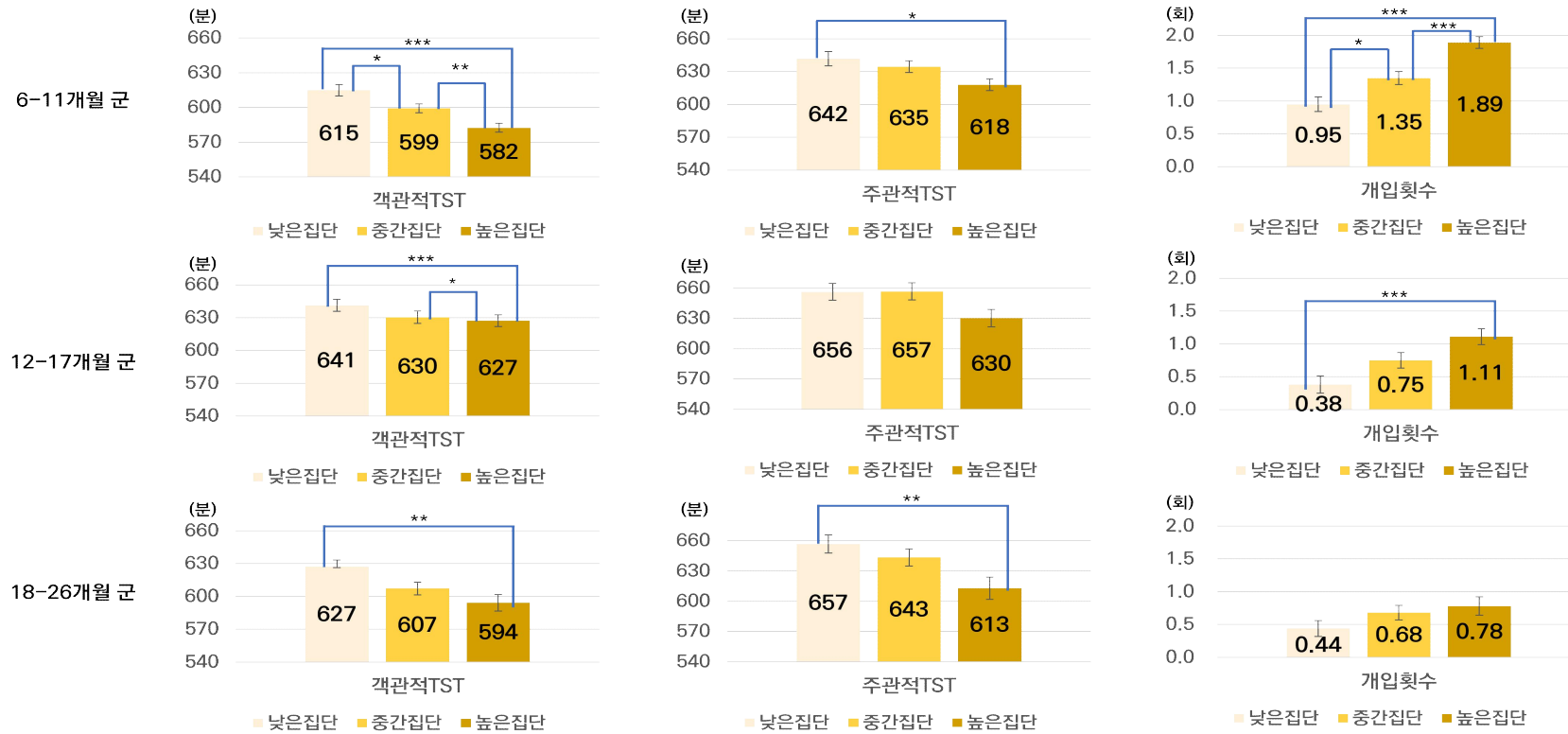
p*<.05, *p*<.01, ****p*<.001

교차분석 결과 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 집단 간 소득수준에서 $x^2=39.530$, $p<.001$ 로 유의미한 차이가 나타났다. 인종의 경우 본 분석에서 유의미한 차이가 나타나지는 않았으나, 선행연구에서 인종과 문화권에 따른 유아 수면 지표의 차이를 보고하고 있는 바(Mindell et al., 2010; Willinger et al., 2003), 본 연구에서는 소득수준과 인종을 통제 변인으로 설정하였다. 소득수준과 인종은 범주형 변수로, 이를 통제하기 위해 각 변수를 더미 변수화하여 사용하였다. 구체적으로 소득수준과 인종에서 가장 보편적인 응답이었던 ‘\$200,000 이상’ 과, ‘백인’ 을 준거로 하여 각각 5개와 4개의 더미변수를 생성해 이를 통제하였다.

3) 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 유아 수면 지표 및 부모 수면 지표의 공분산분석 결과

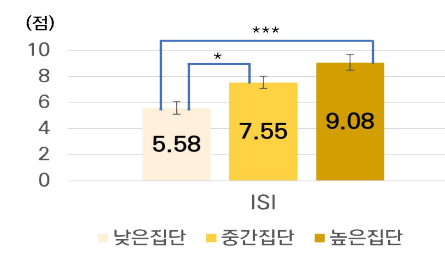
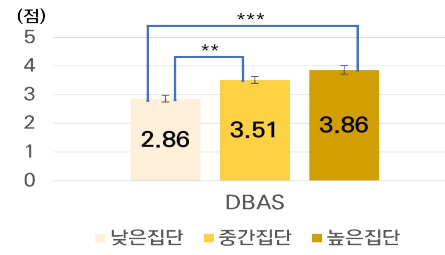
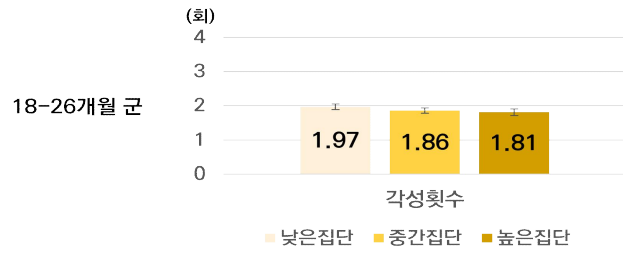
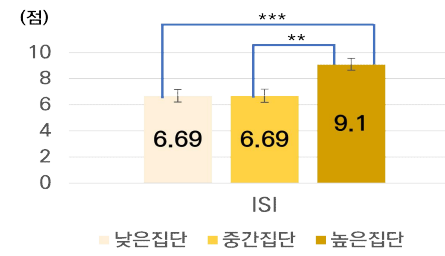
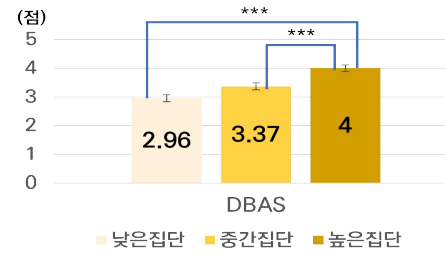
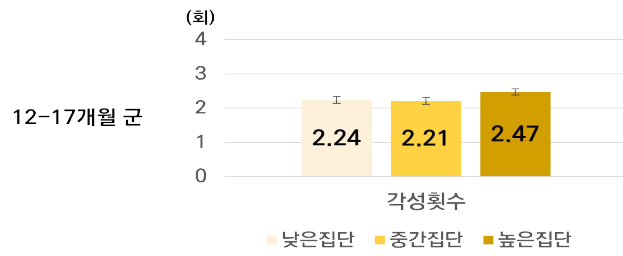
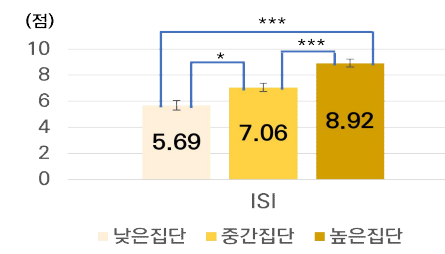
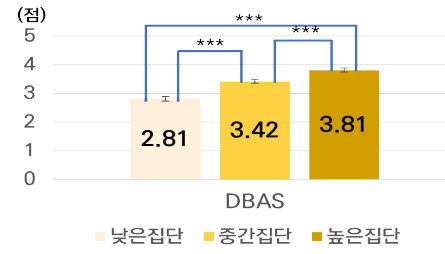
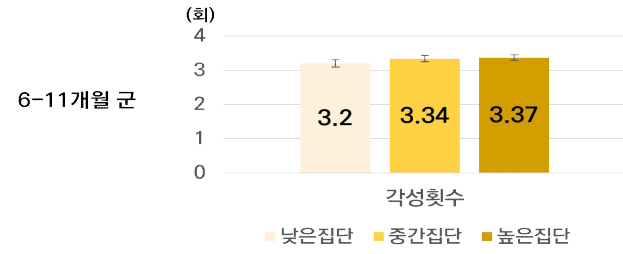
소득과 인종을 통제한 후에도 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따라 유아 수면 지표 및 부모의 불면증 심각도와 자신의 수면에 대한 역기능적 신념에서 차이가 나타나는지 검증하기 위하여 공분산분석을 실시하였다. 이때, 유아의 수면 양상이 생애 첫 2년 동안 발달에 따라 급격한 변화를 보임을 고려하여 생후 6-11개월, 생후 12-17개월, 생후 18-26개월로 연령집단을 나누어 분석을 진행하였다. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적으로 측정된 유아 TST, 주관적으로 측정된 유아 TST, 부모의 야간 개입횟수, 유아의 NWAK, 부모의 수면에 대한 역기능적 신념, 부모의 불면증 심각도에 대한 공분산분석 결과를 <표 8>부터 <표 13>과 <그림 3>에 제시하였다.

그림 3. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 유아 수면 지표 및 부모 수면 지표의 차이



TST(Total Sleep Time): 총수면시간

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$



DBAS(Dysfunctional Beliefs About Sleep): 수면에 대한 역기능적 신념 및 태도 척도; ISI(Insomnia Severity Index): 불면증 심각도 척도

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

① 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적 유아 TST

소득수준과 인종을 통제한 상태에서 공분산분석을 수행한 결과, 객관적으로 측정된 유아 TST는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 관련이 있는 것으로 나타났다. <표 8>에 제시된 결과에 따르면 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높을수록 객관적으로 측정된 유아 TST는 짧게 나타났는데, 소득수준과 인종을 통제한 이후에도 6-11개월 군 [$F(2, 767)=14.96, p<.001$], 12-17개월 군 [$F(2, 321)=9.73, p<.001$], 18-26개월 군 [$F(2, 296)=6.09, p=.003$] 모두에서 유의미한 차이를 보였다.

표 8. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적으로 측정된 유아 TST의 공분산분석 결과

N=1420

	유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준	n	평균(분) 표준오차		F	p	Bonferroni
			M	SE			
생후 6-11개월 (n=779)	낮은집단 ^a	202	614.95	4.95	14.96***	<.001	a>b
	중간집단 ^b	280	599.27	3.87			a>c
	높은집단 ^c	297	582.49	3.78			b>c
생후 12-17개월 (n=333)	낮은집단 ^a	110	642.23	5.54	9.73***	<.001	a>c
	중간집단 ^b	102	630.48	5.69			b>c
	높은집단 ^c	121	611.17	5.27			
생후 18-26개월 (n=308)	낮은집단 ^a	112	627.25	6.17	6.09**	.003	a>c
	중간집단 ^b	120	607.16	5.93			
	높은집단 ^c	76	594.13	7.53			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ 소득수준과 인종을 통제하였음.

구체적으로 살펴보면, 생후 6-11개월 군에서 객관적으로 측정된 유아 TST는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 중간 집단($p<.05$), 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$), 중간 집단과 높은 집단($p<.01$) 모두에서 유의미한 차이를 보였다. 생후 12-17개월 군에서는 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$), 중간 집단과 높은

집단($p<.05$)에서 유의미한 차이를 보였으며 생후 18-26개월 군에서는 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 높은 집단($p<.01$)에서 유의한 차이를 드러내 전 연령군에 걸쳐 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높은 집단에서 가장 짧은 TST를 보였다.

② 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 주관적 유아 TST

소득수준과 인종을 통제한 상태에서 공분산분석을 수행한 결과, 주관적으로 측정된 유아 TST는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 관련이 있는 것으로 나타났다. <표 9>에 제시된 결과에 따르면 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높을수록 주관적으로 측정된 유아 TST는 짧게 나타났는데, 소득수준과 인종을 통제한 이후에도 6-11개월 군 [$F(2, 765)=4.54, p=.011$], 12-17개월 군 [$F(2, 319)=3.53, p=.031$], 18-26개월 군 [$F(2, 295)=4.79, p=.009$] 모두에서 유의미한 차이를 보였다.

표 9. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 주관적으로 측정된 유아 TST의 공분산분석 결과

N=1415

	유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준	n	평균(분) 표준오차		F	p	Bonferroni
			M	SE			
생후 6-11개월 (n=777)	낮은집단 ^a	202	641.86	6.41	4.54*	.011	a>c
	중간집단 ^b	280	634.52	5.40			
	높은집단 ^c	295	618.05	5.29			
생후 12-17개월 (n=331)	낮은집단 ^a	110	656.31	8.21	3.53*	.031	-
	중간집단 ^b	101	656.78	8.47			
	높은집단 ^c	120	630.22	7.84			
생후 18-26개월 (n=307)	낮은집단 ^a	112	656.72	8.90	4.79**	.009	a>c
	중간집단 ^b	120	643.37	8.55			
	높은집단 ^c	75	612.98	10.95			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ 소득수준과 인종을 통제하였음.

생후 6-11개월 군에서 주관적으로 측정한 유아 TST는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 높은 집단에서 유의미한 차이를 보였다($p<.05$). 생후 12-17개월 군에서는 공분산분석 결과 집단 간 유의미한 차이가 있음이 검증되었으나 사후검정에서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 생후 18-26개월 군에서는 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 높은 집단에서 유의한 차이가 나타났다($p<.01$). 비록 생후 12-17개월 군에서 유의미한 사후검정이 이루어지지 않았으나, 집단 간 차이가 있음에 미루어 볼 때, 전 연령군의 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높은 집단에서 가장 짧은 주관적 TST를 보였다.

③ 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 부모의 개입횟수

소득수준과 인종을 통제한 상태에서 공분산분석을 수행한 결과, 객관적으로 측정한 부모의 개입횟수는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 관련이 있는 것으로 나타났다. <표 10>에 제시된 결과에 따르면 소득수준과 인종을 통제한 이후에도 6-11개월 군 [$F(2, 767)=21.33, p<.001$], 12-17개월 군 [$F(2, 321)=8.20, p<.001$]에서 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높을수록 객관적으로 측정한 부모의 개입횟수가 유의미하게 많았다.

표 10. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적으로 측정된 부모의 개입횟수 공분산분석 결과

N=1420

	유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준	n	평균(회) 표준오차		F	p	Bonferroni
			M	SE			
생후 6-11개월 (n=779)	낮은집단 ^a	202	0.95	0.11	21.33***	<.001	a<b
	중간집단 ^b	280	1.35	0.10			a<c
	높은집단 ^c	297	1.89	0.09			b<c
생후 12-17개월 (n=333)	낮은집단 ^a	110	0.38	0.13	8.20***	<.001	a<c
	중간집단 ^b	102	0.75	0.13			
	높은집단 ^c	121	1.11	0.12			
생후 18-26개월 (n=308)	낮은집단 ^a	112	0.44	0.12	1.88	.154	-
	중간집단 ^b	120	0.68	0.11			
	높은집단 ^c	76	0.78	0.14			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ 소득수준과 인종을 통제하였음.

생후 6-11개월 군에서 객관적으로 측정된 부모의 개입횟수는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 중간 집단($p<.05$), 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$), 중간 집단과 높은 집단($p<.001$) 모두에서 유의미한 차이를 보였다. 생후 12-17개월 군에서는 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 높은 집단에서 유의미한 차이가 나타났으며($p<.001$), 생후 18-26개월 군에서는 집단 간 유의미한 차이가 없어 사후검정을 하지 않았다. 유의미한 결과가 도출된 생후 6-11개월과 12-17개월 군에서 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높은 집단의 부모 개입횟수가 가장 많은 것으로 관찰되었다.

④ 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 유아의 각성 횟수

소득수준과 인종을 통제한 상태에서 공분산분석을 수행한 결과, 객관적으로 측정된 유아의 각성 횟수는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 관련이 없는 것으로 나타났다. <표 11>에 제시된 결과에 따르면

통제 변인과 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준 모두 유아의 각성 횟수와 관련이 없었다.

표 11. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 객관적으로 측정된 유아의 각성 횟수 공분산분석 결과

N=1420

	유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준	n	평균	표준오차	F	p
			M	SE		
생후 6-11개월 (n=779)	낮은집단 ^a	202	3.20	0.11	0.72	.488
	중간집단 ^b	280	3.34	0.09		
	높은집단 ^c	297	3.37	0.09		
생후 12-17개월 (n=333)	낮은집단 ^a	110	2.24	0.10	2.14	.120
	중간집단 ^b	102	2.21	0.10		
	높은집단 ^c	121	2.47	0.09		
생후 18-26개월 (n=308)	낮은집단 ^a	112	1.97	0.08	0.83	.438
	중간집단 ^b	120	1.86	0.08		
	높은집단 ^c	76	1.81	0.10		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ 소득수준과 인종을 통제하였음.

⑤ 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 DBAS 점수

소득수준과 인종을 통제한 상태에서 공분산분석을 수행한 결과, 부모 자신의 수면에 대한 역기능적 신념을 측정된 DBAS 점수는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 관련이 있는 것으로 나타났다. <표 12>에 제시된 결과에 따르면 소득수준과 인종을 통제한 이후에도 6-11개월 군 [$F(2, 767) = 41.66, p < .001$], 12-17개월 군 [$F(2, 321) = 20.60, p < .001$], 18-26개월 군 [$F(2, 296) = 14.47, p < .001$]에서 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높을수록 DBAS 점수가 높은 것으로 나타났다.

표 12. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 DBAS 점수의 공분산분석 결과

N=1420

	유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준	n	평균	표준오차	F	p	사후검정
			M	SE			
생후 6-11개월 (n=779)	낮은집단 ^a	202	2.81	0.08	41.66***	<.001	a<b
	중간집단 ^b	280	3.42	0.07			a<c
	높은집단 ^c	297	3.81	0.07			b<c
생후 12-17개월 (n=333)	낮은집단 ^a	110	2.96	0.12	20.60***	<.001	a<c
	중간집단 ^b	102	3.37	0.12			b<c
	높은집단 ^c	121	4.00	0.11			
생후 18-26개월 (n=308)	낮은집단 ^a	112	2.86	0.12	14.47***	<.001	a<b
	중간집단 ^b	120	3.51	0.12			a<c
	높은집단 ^c	76	3.86	0.15			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ 소득수준과 인종을 통제하였음.

더 자세히, 생후 6-11개월 군에서 부모의 DBAS 점수는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 중간 집단($p<.001$), 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$), 중간 집단과 높은 집단($p<.001$) 모두에서 유의미한 차이를 보였다. 생후 12-17개월 군에서는 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$), 중간 집단과 높은 집단에서 유의미한 차이가 나타났다($p<.001$). 생후 18-26개월 군에서는 낮은 집단과 중간 집단($p<.01$), 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$)에서 유의미한 차이를 보여 전 연령군에서 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높은 집단이 가장 높은 DBAS 점수를 보이는 경향이 드러났다.

⑥ 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 ISI 점수

소득수준과 인종을 통제한 상태에서 공분산분석을 수행한 결과, 부모의 불면증 심각도를 측정한 ISI 점수는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준과 관련이 있는 것으로 나타났다. <표 13>에 제시된 결과에 따르면

소득수준과 인종을 통제한 이후에도 6-11개월 군 [$F(2, 767)=24.26, p<.001$], 12-17개월 군 [$F(2, 321)=10.10, p<.001$], 18-26개월 군 [$F(2, 296)=10.40, p<.001$]에서 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높을수록 ISI 점수가 높은 것으로 나타났다.

표 13. 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준에 따른 부모의 불면증 심각도 공분산분석 결과

N=1,420

	유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준	n	평균	표준오차	F	p	사후검정
			M	SE			
생후 6-11개월 (n=779)	낮은집단 ^a	202	5.69	0.36	24.26***	<.001	a<b
	중간집단 ^b	280	7.06	0.31			a<c
	높은집단 ^c	297	8.92	0.30			b<c
생후 12-17개월 (n=333)	낮은집단 ^a	110	6.28	0.49	10.10***	<.001	a<c
	중간집단 ^b	102	6.69	0.50			b<c
	높은집단 ^c	121	9.10	0.46			
생후 18-26개월 (n=308)	낮은집단 ^a	112	5.58	0.49	10.40***	<.001	a<b
	중간집단 ^b	120	7.55	0.47			a<c
	높은집단 ^c	76	9.08	0.60			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ 소득수준과 인종을 통제하였음.

더 구체적으로, 생후 6-11개월 군에서 부모의 ISI 점수는 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 중간 집단($p<.05$), 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$), 중간 집단과 높은 집단($p<.001$) 모두에서 유의미한 차이를 보였다. 생후 12-17개월 군에서는 역기능적 신념 수준이 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$), 중간 집단과 높은 집단에서 유의미한 차이가 나타났다($p<.01$). 생후 18-26개월 군에서는 낮은 집단과 중간 집단($p<.05$), 낮은 집단과 높은 집단($p<.001$)에서 유의미한 차이를 보여 전 연령군에서 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높은 집단이 가장 높은 ISI 점수를 보이는 경향을 보였다.

이상 연구 1을 통해 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념 수준에 따른 유아와 부모의 수면 지표를 비교하였다. 객관적으로 측정한 유아의 총수면시간은 전 연령군에서 공변인을 통제한 이후에도 부모의 역기능적 신념 수준이 가장 높은 집단에서 유의미하게 짧은 경향을 보였다. 이러한 경향은 부모의 주관적 보고에서도 12-17개월 군을 제외하고 같게 나타났다. 객관적으로 측정한 부모의 개입횟수 또한 18-26개월 군을 제외한 연령군에서 유의한 차이를 보여 역기능적 신념 수준이 가장 높은 집단에서 빈번히 개입함이 드러났다. 객관적으로 측정한 유아의 각성 횟수는 전 연령군에서 유의한 차이가 나타나지 않았다. 부모 자신의 수면에 대한 역기능적 신념과 불면증 심각도 또한 전 연령군에서 유의한 차이를 보여 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 높은 집단에서 높은 불면증 심각도와 자신의 수면에 대한 역기능적 신념이 높은 것으로 나타났다.

2. 연구 (2): 질적 연구

1) 인터뷰 참가자의 인구통계학적 정보

유아의 수면 문제를 경험한 한국 부모의 태도를 파악하고 자신의 수면에 대해 가지는 인지의 내용을 파악하기 위하여 인터뷰를 진행하였다. 참가자는 총 10인의 어머니로 평균 연령은 34.1(± 3.42)세였으며 평균 불면증 심각도 점수는 18.0(± 2.79)점이었다. 자녀의 연령은 6-11개월, 12-17개월, 18-23개월, 24-29개월, 30-36개월의 다섯 개 연령군으로 나눠 각 두 명씩을 모집하였다. 연구참가자의 자세한 인구통계학적 특징을 아래 <표 14>에 제시하였다.

표 14. 인터뷰에 참여한 연구참가자의 인구통계학적 특성

ID	연령 (세)	자녀 연령 (개월)	자녀의 출생순위	ISI (점)
참가자 1	36	8	첫째	24
참가자 2	30	10	첫째	19
참가자 3	37	14	둘째	17
참가자 4	28	17	첫째	18
참가자 5	36	18	첫째	17
참가자 6	33	23	첫째	16
참가자 7	31	27	미상	18
참가자 8	34	28	첫째	17
참가자 9	41	30	둘째	21
참가자 10	35	34	둘째	13

ISI: Insomnia Severity Index

2) 한국 어머니가 경험하는 유아 수면 문제의 의미 구조

한국 어머니가 경험하는 유아 수면 문제를 의미 구조로 구성한 결과 ‘어머니의 도움을 구함’, ‘정확한 원인을 모름’, ‘어머니의 노력과 희생이 필요함’, ‘아이의 발달’, ‘피로와 부정적 정서 경험’, ‘불면 경험’ 6개의 의미 구조가 도출되었다. 하위 구성요소 및 의미 단위는 <표 15>에 제시하였다.

표 15. 한국 어머니가 경험하는 유아 수면 문제의 의미 구조

연번	의미 단위	하위 구성요소	구성요소
1.1.1	우리 아이는 혼자서는 잠들지 못함	어머니 없이 잠들지 못함	어머니의 도움을 구함
1.1.2	우리 아이는 잠들 때 꼭 엄마를 필요로 함		
1.2.1	우리 아이는 자다 깨서 엄마를 찾음	자다가 깨어나서 어머니를 찾음	
1.2.2	아이가 자다 깬을 때 엄마의 도움이 없으면 안 됨		
1.3.1	우리 아이는 자기 전 엄마에게 여러 요구를 함	한계 설정의 문제	
2.1.1	다른 아이들과는 비교가 되지 않는 아이의 울음	아이가 기질적으로 예민함	
2.1.2	우리 아이는 소리에 민감함		
2.1.3	우리 아이는 날 때부터 예민함을 타고남		
2.2.1	나의 돌봄이 부족했기 때문에 잘 자지 못하는 것이라 여김	애정 부족	

연번	의미 단위	하위 구성요소	구성요소
2.2.2	엄마와의 애착에 문제가 있어서 잘 자지 못하는 것이라 여김		
2.3.1	배가 불러야 잘 잘 수 있을 것이라 여김	배고픔	
2.3.2	아이가 깨는 이유는 배가 고프기 때문일 것이라 여김		
2.4.1	애착 대상인 어머니가 없기에 깨는 것이라 여김	어머니의 부재	
2.4.2	어머니가 빠르게 돌봐주지 않기 때문에 깨는 것이라 여김		
3.1.1	육아용품을 사고 여러 활동을 함	다양한 방법을 시도함	
3.2.1	아이가 깨면 어머니가 빠르게 대처해야 한다고 여김	즉각적인 대처	어머니의 노력과 희생이 필요함
3.3.1	아이의 울음소리를 참을 수 없음		
3.3.2	아이가 힘들어하는 것이 싫기에 달리 대처할 수 없음	아이의 고통을 감내할 수 없음	
3.3.3	내가 고생하는 것이 나음		

연번	의미 단위	하위 구성요소	구성요소
4.1.1	아이의 성격 형성에 좋지 않은 영향을 미칠 것이라 여김	정서적 문제	
4.2.1	뇌 발달에 문제가 생길 것이라 여김	발육의 문제	아이의 발달
4.2.2	성장에 문제가 생길 것이라 여김		
5.1.1	피곤하고 기능이 떨어짐	육체적 문제	
5.1.2	신체적 질병이 생김		
5.2.1	아이에게 부정적인 정서를 표출함	짜증의 표출	피로와 부정적 정서 경험
5.2.2	피로로 인한 짜증을 경험함		
5.2.3	배우자와의 불화		
5.3.1	내가 아는 것과 달라 막막하게 느껴짐	답답함	
5.3.2	올바른 방법을 모르겠음		

연번	의미 단위	하위 구성요소	구성요소
5.4.1	엄마로서 능력이 부족한가 의구심이 들		
5.4.2	내가 더 잘했어야 한다 여김	죄책감	
5.4.3	유전적인 문제인가 하는 생각에 미안함		
5.5.1	우울감 또는 자살 사고를 경험함	우울감	
6.1.1	아이가 잘 때만이 나만의 시간이기에 누리고 싶음	온전한 나만의 시간	
6.1.2	아이가 잘 때 나도 자는 것은 아까운 일이라 여김		
6.2.1	휴대전화를 하며 잠자기를 미룸		불면 경험
6.2.2	어서 자야 한다고 생각하지만 그렇게 하지 않음	취침 지연 행동	
6.2.3	나만의 시간을 위해 일부러 자지 않음		
6.3.1	아이가 깬 것을 알기에 잠을 자지 않음	수면에 대한 생각	

연번	의미 단위	하위 구성요소	구성요소
6.3.2	불면의 결과로 피로할 것을 생각함		
6.3.3	아이의 수면 문제가 해결되면 나의 문제는 해결됨		

이하 여섯 가지 의미의 하위 구성요소와 어머니들의 인터뷰 내용을 발췌하여 상세히 제시하였다. 이때, 참가자들이 서술한 경험의 시점은 정확히 회고할 수 없는 과거의 경험임을 밝힌다.

(1) 어머니의 도움을 구함

어머니들이 경험하는 유아 수면 문제의 유형은 ‘어머니가 없이는 잠들지 못함’, ‘자다가 깨어나서 어머니를 찾음’, ‘한계 설정의 문제’로 구성되어 크게 아이가 자기 위해 어머니의 도움을 구한다는 주제로 귀결되었다.

① 어머니 없이 잠들지 못함

참여자들은 최초 입면 시 아이가 잠들기 위해 어머니를 필요로 한다고 여겼다. 아이는 어머니가 옆에 없으면 혼자서는 잠들 수 없으며, 잠들기 직전까지 다른 보호자가 돌봐주어도 마지막 순간에는 어머니를 찾는다고 보고해 잠들기 위해 가까이에 물리적인 어머니의 존재를 필요로 함을 보고하였다.

“옆에 사람이, 제가 없으면 특히 잠을 잘 못자고 그리고 혼자 침대에서 잘 수가 없더라고요.” -참가자 8, 28개월

“우유는 아빠 품에서 먹더라도 나중에 스프르 잠드는 거는 꼭 엄마를 찾아서.” -참가자 2, 10개월

② 자다가 깨어나서 어머니를 찾음

아이가 처음 잠들 때뿐 아니라, 밤중 자다 깰 때도 어머니를 찾는 문제 경험의 보고가 있었다. 아이들은 실제로 다른 방에 있는 어머니를 찾아 돌아다니거나, 어머니와의 신체적 접촉이나 돌봄을 요구하기도 하였다.

“방 밖으로 나가서 저를 찾고 있더라고요. 계속. 한 번 잠에 들 때 새벽에 4, 5번은 기본적으로 그러는 것 같아요.” -참가자 5, 18개월

“중간에 깨면 그 방법밖엔 없더라고요. 깨면 안아달라고 와요. 제가 안아서 들어주면 좀 자요.” -참가자 9, 30개월

“제가 처음에 수면을 들 때 팔베개를 해서 잠을 재우는데 그 팔베개가 자고 나면 빼거든요. 그걸 다시 해달라고 하는 건데...” 참가자 8, 28개월

③ 한계 설정의 문제

참가자 7(27개월)은 잠들기 전 여러 가지 요구를 하며 잠들기를 미루는 문제를 보고하였다. 이러한 요구는 책을 읽어달라거나 잠자리에서 역할놀이를 하자 등 어머니를 향해 나타났다.

(2) 정확한 원인을 모름

어머니들은 아이의 수면 문제를 경험하며 그 이유를 ‘기질적으로 예민함’, ‘애정 부족’, ‘배고픔’, ‘어머니의 부재’와 같이 추측하였다. 그러나 어떠한 어머니도 명확한 원인을 알고 있지 않았으며 ‘~인 것 같다.’나 ‘~가 아닐까 생각한다.’와 같이 유아 수면 문제의 원인을 추론하고 있었다. 이렇듯 수면 문제의 원인을 정확히 알지 못하기에 어머니들은 여러 가능성을 따져보며 막연함을 느끼게 되고 내 탓이 아닐까 하는 죄책감을 가지는 것으로 보인다.

① 아이가 기질적으로 예민함

어머니들은 다른 아이와 비교하여 우리 아이는 훨씬 심하게 운다거나 날 때부터 예민하다고 보고하는 등 유달리 타고 난 특성이 예민하기 때문임을 수면 문제의 원인으로 여기고 있었다.

“다른 애들하고 비교가 안 되게 울어요. 설 만큼 토할 만큼 울어요.” - 참가자 1, 8개월

“그리고 되게 예민하거든요. 귀가 밝다고 해야 하나? 잠귀가?” - 참가자 10, 34개월

“기질상 예민한 것 같더라고요. 아기 때부터 먹는 것, 잠자리 환경 이런 것에 예민한 걸 보니 아무 데서나 잘 자는 아이는 아닌 것 같다는 생각이 들어요. (중략) 영양적인 문제는 전혀 없고 그런 성격적인 문제.” - 참가자 9, 30개월

② 애정 부족

어머니들은 아이 수면 문제의 원인을 애정으로 대표되는 돌봄 행동이나 애착 형성이 잘 안 되었기 때문으로 귀인 하기도 하였다. 이러한 추측은 후술할 어머니의 정서 경험 중 죄책감과 연관되어 나타나기도 하였다.

“낮에 돌봄을 충분히 받지 못했거나 사랑을 받지 못한 그런 것들이 잠 자면서 불편함으로 나타나는 것이 아닐까, 혹은 뭔가 스트레스를 받아서 애가 밤잠에 그렇게 표현하는 것이 아닐까 그렇게도 생각해보기도 했어요,” - 참가자 3, 14개월

“인터넷 찾아보니 불안정 애착 때문에 자면서도 엄마를 더듬으면서... (중략) 엄마랑 눈 맞출 시간이 없어서... 제가 그냥 부엌에 있을 때도 제가 없으면 막 ‘엄미~’ 이러면서 뛰어오거든요. 그래서 엄마에 대한 불안함이 큰가? 엄마랑 떨어지는 것에 대한 불안감이 있나?” - 참가자 4, 17개월

“애기가 사랑을 듬뿍 못 받아서 그런 건가? 라는 생각이 계속 드는 것 같아요. (중략) 아빠의 역할을 엄마가 다 못 해줘서 그런 건가... 그래서

사랑이 되게 부족하게 자란 탓인가? 이런 생각을 많이 하는 것 같아요.”

- 참가자 5, 18개월

③ 배고픔

어머니들은 아이가 배가 고프기 때문일 것이라 여기며 수면 문제의 원인을 찾기도 하였다. 실제로 아이가 배가 고픈지는 알 수가 없으나 배가 불러야 잘 잘 것이며, 배가 고파 깨는 것이므로 아이를 잘 먹여야 한다는 인식이 함께 관찰되었다.

“저는 지금까지 조금 그런 편인 것 같아요. 배고파서 일어나는 것 같다는 생각...” -참가자 2, 10개월

“졸려 하면 무조건 먹였어요. 저녁에는 자주 먹여요. 먹이고서 안 자면 두 시간 뒤에 또 먹이고 그랬어요, 왜냐하면 배가 불러야 잘 것 같아서.” -참가자 1, 8개월

“처음에 애가 배가 고파서 그런가보다 싶어서 정말 배부르게 한 240을 줬어요. (중략) 너무 많이 먹으면 부대껴서 못 잔다는 얘기를 들어서 안 먹여서 최대한 재워보려고 하고 있어요. (중략) 그래도 진정이 안 되면 우유를 먹이거나, 또 우유가 먹여서 안 되는 경우에는 바나나같이 달콤한 걸 먹여서 진정을 시키는 경우가 있어요.” -참가자 3, 14개월

④ 어머니의 부재

유아 수면 문제의 원인에 대한 또 다른 추측으로는 애착 대상인 어머니가 곁에 없거나, 어머니가 옆에 없어 빠르게 돌봐주지 않기 때문이라는 ‘어머니의 부재’가 도출되었다.

“살에 애착이 있다 보니까 그게 밤중에 안 느껴지면 깨는 게, 밤중에 일어나서 자꾸 찾는게 살에 대한 애착이 점점 더 심해지면서 수면이 개선이 잘 안 되는 게 아닌가 그런 생각이 들거든요.” -참가자 6, 23개월

“저는 거실에 나와서 제가 할 일을 하고 하잖아요. 그래서 아가가 제가 옆에 없는 순간을 아는 것 같아요. 그것 때문에 저를 계속 찾는 게 아닐까. 엄마가 또 내 옆에 없나? 자는데? 이런 생각을 갖고 있나 해가지고.” -참가자 5, 18개월

“제가 만약에 밖에 나와서 책을 본다거나 컴퓨터를 한다거나, 아니면 부엌에서 뭔가를 한다거나 그러면, 자기가 일어났을 때 즉각 대처가 안 되잖아요? 그래서 잘 깨는 것 같아요.” -참가자 8, 28개월

(3) 어머니의 노력과 희생이 필요함

어머니들은 아이의 수면 문제를 해결하기 위해 육아용품을 구매하거나 잠자리를 바꿔보는 등 여러 노력을 기울였다. 그뿐 아니라 밤 동안 아이의 곁에 계속 머무르며 아이의 요구에 즉각적으로 대처하기도 하였다. 이러한 노력은 대부분 아이가 깨거나 우는 것을 막기 위함이었었는데 이들은 아이가 우는 것, 즉 고통스러운 상황을 감내할 수 없어 그 상황을 면하고자 피로움에도 자신의 잠을 희생하는 것이 낫다고 보고하였다.

① 다양한 방법을 시도함

어머니들은 아이의 수면에 도움이 된다고 알려진 상품이나 행동에 대한 정보를 찾고 그것을 실천하기도 하였다. 그러나 대부분의 노력은 실제 효과가 없었으며 이는 후술할 답답함의 경험과 이어졌다.

“따로 자는 게 문제인가 싶어서 매트리스도 샀고, 먹이는 게 잘못되었나

싶어서 영양제나 고기도 먹여보고. 낮에 활동이 부족한가 해서 어린이집 안 다닐 땐 밖에서 계단도 걸어보고. 근데 똑같더라고요. 낮에 많이 놀아도, 먹여도, 애정표현을 덜 했나 싶어서 더 안아주고, 혹시 잘 때 잠옷이 추웠나 싶어서 다른 것도 사보고. 기저귀에 문제가 있었나 해서 바꿔보고, 습도에 문제가 있나? 해서 가습기도 사보고. 제가 해 볼 수 있는 건 다 했다고 생각이 들거든요. 해탈한 것 같아요. 여기서 더 해볼 게 없더라고요. 제 건강만 나빠졌지.” -참가자 9, 30개월

② 즉각적인 대처

어머니들은 아이가 깨면 빠르게 대처해야 한다고 여기며 아이의 변화에 민감하게 반응하는 모습을 보였다. 이를 위해 아이와 물리적으로 가까운 거리를 유지했는데, 조금 먼 곳에 떨어져 있더라도 아이의 신호가 감지되면 바로 그것에 반응해주기 위해 아이의 곁으로 돌아갔다.

“일단 제가 옆에 같이 누워있는 상황이면은 옆에서 살, 배를, 이렇게 찾아다가 애 손에 대주고요. 밖에 나와 있어서 자리를 비웠던 상황이면 이제 빨리 잉~하는 소리 듣자마자 바로 뛰어들어가서 바로 토닥토닥하면서 그때도 이제 살 바로 보여주고.” -참가자 6, 23개월

“쪽쪽이가 없으면 그때 잠 다 깨거든요. 근데 그때 제가 쪽쪽이를 빨리 찾아서 입에 넣어주지 않으면 애기가 바로 잠을 다 깨버려요. 그래서 잠은 안 자버린다거나 일어서 버린다거나.(중략) 그래서 항상 옆에 누워있으면서 휴대폰 하다가 애기가 우웅~하는 것 같으면 한 번 툼툼 다독여주고, 쪽쪽이 혹시 빠진 것 같으면 입에 넣어주고.” -참가자 2, 10개월

③ 아이의 고통을 감내할 수 없음

특히 어머니들은 울거나 힘들어한다고 여겨지는 상황을 감내하기 어려워하는 모습을 보였다. 우는 것을 빨리 달래야 하고, 아이가 힘들어하는 것은 피하고 싶기에 어머니들은 다른 방법을 시도하기보다 자신의 수면을 희생하며 밤 동안 아이를 달래기 위해 노력했다.

“애가 깨기 시작했을 때 울어서 우는 걸 달래는 데 일단 급급했어요. 새벽에 막 울고 하니까 윗집 눈치 보고 아랫집 눈치 보고 그래서 막 달래보자 했는데.” -참가자 3, 14개월

“울 수도 있고, 처음엔 힘들어하겠지만 사실 시간은 좀 걸리는데, 그것도 어느 정도 시간 후에는 그거에도 적응해서 잘 잘 수 있을 것 같기도 해요. 근데 그 시간을 버텨내는 게, 훈련하는 힘들어하는 거를 엄마도 힘들어하고, 아빠도 힘들고, 아이들도 그거를 힘들어하는 게 무서우니까 시도를 못하고 있는 것 같아요.” -참가자 10, 34개월

“아기띠를 하면 그냥 쉽게 빨리 잠이 들더라고요. 최대 긴 게 한 10분만에 자는 거니까...그냥 내가 좀 고생하고 말자? 이런 생각으로... 아기가 못 자고 나면 그 다음날까지 많이 힘들어 하길래.” -참가자 2, 10개월

“아 저는 못하겠어요. 어쨌든 애기를 울려야 하잖아요. 되게 많이. 차라리 그렇게 울리느니 그냥 힘들어도 내가 조금 더 그러고 말지. 아기를 교육한다고 그렇게 울리는 거는 좀... 제가 못 감당할 것 같아요.” -참가자 5, 18개월

(4) 아이의 발달

아이의 수면 문제를 경험하는 어머니들은 수면 문제의 결과로 아이의 발달에 문제가 생길 것을 염려하였다. 이는 크게 정서 발달과 신체 발달에 대한 걱정으로 나타났다.

① 정서적 문제

아이의 수면 문제가 계속된다면 향후 자기조절 능력 발달에 문제가 생길 수 있으며 성격 형성에 좋지 않은 영향을 미칠 수 있을 것이라는 예측이 보고되었다.

“짜증도 많이 내고 성격도 안 좋을 것 같은. 성격 형성에 안 좋지 않을까요?” -참가자 3, 14개월

“자기감정을 스스로 컨트롤하고 진정하는 것보다는 그 감정을 누군가가 해결해주지 않으면 자기 혼자 극복이 잘 안 되는, 그렇게 되지 않을까 그런 생각이 들기는 해요.” -참가자 6, 23개월

② 발육의 문제

어머니들은 수면 문제의 결과로 정서 발달뿐 아니라 키가 크지 않을까, 뇌 발달에 문제가 생기지 않을까 염려하기도 하였다.

“근데 제일 우려되는 거는 두뇌발달이거든요.” -참가자 7, 27개월

“걱정을 많이 했어요. 이러다 키도 안 자라고.” -참가자 9, 30개월

(5) 피로와 부정적 정서 경험

아이의 수면 문제를 경험하는 어머니들은 그 자신의 육체적 피로와 짜증, 답답함, 죄책감, 우울감과 같은 부정적 정서를 경험하였다. 이들이 경험하는 피로는 신체적 질병으로 이어지기도 하였으며 부정적 정서를 유발해 배우자와 불화를 경험하거나 아이에게 짜증을 표출하기도 하였다. 이러한

정서 표출 경험은 또다시 죄책감으로 이어져 부정적 정서를 가중하기도 하였다.

① 육체적 문제

아이의 수면 문제를 경험하는 어머니들은 피로와 일상 기능의 저하를 호소하였다. 피로의 영향은 인지적 영역뿐 아니라 실제 신체 질환으로도 이어짐이 관찰되었다.

“피곤하고 머리가 계속 아프니까, 잠을 못 자서 머리가 계속 아프고. 그러면 내가 오늘 무슨 일을 꼭 해야 하는데 그것도 잊어버리고. 되게 생각만 많아지는 것 같아요. 머릿속이 복잡해지는 것 같아요.” -참가자 5, 18개월

“새벽에 깨면 그때부터 못 자요. 저는 그때부터 아이가 깰 때까지 움직이면 안 되니까 옆에 그대로 누워있어야 해요. 그것 때문에 이명이 생겼어요.” -참가자 9, 30개월

② 짜증의 표출

아이의 수면 문제로 인한 반복적인 피로감은 짜증이나 화를 유발하기도 하였다. 실제로 어머니들은 자녀에게 부정적인 정서를 표출하기도 하였으며 배우자와 불화를 경험하기도 하였다. 그러나 피로와 짜증의 원인인 자녀의 수면 문제가 해결되지 않기에 어머니들은 같은 경험을 지속하고 있었다.

“근데 어느 순간부터 계속 잠을 못 자고 이런 게 연속되다 보니까 아침에 눈 뜨면 짜증부터 나는 거예요. 아 피곤해가지고, 아 오늘도 피곤하구

나... 아침에 일어나도 잔 것 같지도 않고. 아침에 눈만 뜨면 짜증나고. 그렇다고 아이 등원시키고 다시 잘 수 있는 것도 아니고. 해야 할 일은 많고. 반복되는 것 같아요.” -참가자 5, 18개월

“낮에 막 짜증이 나더라고요. 저도 잘 못 잔 상태에서 애를 봐야 하니까.” -참가자 1, 8개월

“애기가 조금만 징징대도 왜 그러냐고, ‘왜 그래!’ 이러면서 잘 안 받아주고, 징징대도 안 달래주고. 그냥 좀 방에 들어가 버리거나 그런 경우도 있고요.” -참가자 6, 23개월

“사소한 일에 화가 나게 되고, 약간 애기한테 화를 내게 되고 아빠한테도 화를 내게 되고(중략) 계속 아빠랑 부딪치게 돼요.” - 참가자 2, 10개월

③ 답답함

어머니들은 아이의 수면 문제를 해결하고 싶으나 올바른 해결 방법을 알지 못해 답답함을 호소하였다. 이러한 답답함과 막막함은 자신의 능력에 대한 의구심으로 이어지는 것으로도 보인다.

“뭔가 제가 알고 있는 지식에 계속 엇나가는 것을 하니까 조금... 제가 어떤 방향을 잡고 나가야 할지.” -참가자 2, 10개월

“모르겠어요. 뭐가 정답인 건지. 어쩔 때는 잘 자고, 어쩔 때는 잘 안 자고. 내가 뭘 잘못하고 있는 건지. 환경이 제대로 안 된 건지. 모르겠더라고요.” -참가자 3, 14개월

④ 죄책감

어머니들은 자녀 수면 문제의 원인을 자신의 능력이나 노력이 부족했기

때문이라 여기며 스스로 탓하기도 하였다. 또 아이가 못 자는 까닭이 노력으로 해소할 수 없는 유전적 소인 때문이라 여기며 죄책감을 느끼기도 하였다.

“여기저기서 조언을 주잖아요. 이렇게 저렇게 해 봐야 해 하고. 그러면 내가 그런 것을 할 줄 몰라서 애가 이렇게 안 자는 건가? 그런 생각이 들죠…” -참가자 1, 8개월

“내가 애한테 뭘 잘못해줘서 그런가 그런 생각도 들고. 내가 엄마로서 뭔가 부족해서 애가 이렇게 우는 건가 그런 생각은 늘 갖는 것 같아요.” -참가자 3, 14개월

“더 화가 나요. 왜 이거를 아가한테 참지 못하고 애가 뭘 안다고… 이 조그만 애한테 내가 짜증을 이렇게 내고 있지? 이러면서… 그냥 시간 쪼개 가지고 내가 조금 더 십 분이라도 더 자려고 노력해보면 되는데. “ -참가자 5, 18개월

“아 나를 닮아서 아이가 폭 못 자는 것 같아서 사실은 좀 미안할 때도 많이 있거든요. “ -참가자 10, 34개월

⑤ 우울감

해소되지 않는 수면 문제로 인한 답답함과 자신의 능력에 대한 의구심은 끝내 어머니들에게 우울감을 불러일으키는 것으로 보인다. 실제 전문가의 진단을 받은 이는 없었으나 전문적인 도움을 받는 것을 고려하거나, 자살 사고를 보이는 등 중한 수준의 우울감이 보고되었다.

“수면제 먹고 우울증약 먹을 생각까지 했거든요?” -참가자 1, 8개월
“좀 우울증처럼, 우울증 진단을 받은 건 아닌데 스스로 느낄 때 좀 약간

화도 많이 내고, 무기력함도 많이 느끼고 했어요. 그래서 좀 고층 아파트에 살고 있었는데 애랑... 아기띠를 매고 애랑 같이 뛰어내릴까? 이런 생각도 많이 했던 것 같아요. 힘들었던 것 같아요.” - 참가자 10, 34개월

(6) 불면 경험

아이의 수면 문제를 경험함은 곧 어머니도 불면을 경험한다는 의미와 맞닿아있었다. 어머니들의 수면은 아이가 자다 깨거나 다시 잠들기 위해 어머니를 필요로 하기에 분절된 형태로 나타났는데, 어머니들은 아이가 다시 깨어나기까지 잠들어 있는 시간을 자신만의 시간으로 여기며 온전히 누리기를 희망해 피로함에도 일부러 잠들기를 미루기도 하였다. 이로 인한 수면 부족이 다음 날의 부정적인 상황을 가져올 것을 예측하기도 하였으나 아이는 어차피 곧 다시 깰 것이기에 이 시간을 누리지 못하고 자는 것은 아까운 일로 어머니들은 깨어 있기를 선택하였다.

① 온전한 나만의 시간

아이가 잠시 자는 시간은 어머니들이 방해받지 않는 유일한 자신만의 시간이었다. 그렇기에 이들에게 자율적으로 운용할 수 있는 귀중한 시간 동안 잠을 자는 것은 무척이나 아까운 일이다.

“그런데 아이가 잠들고 바로 자지 않고 그렇게 시간을 딜레이 해서 자는 이유가 바로 누워서 잠이 들지도 않고, 또 바로 자고 그 다음날 애가 깨어 있을 때는 자기만의 시간을 누리지 못하니까 그 시간만이라도 누리고 싶은 그런 것도 있는 것 같아요...” - 참가자 5, 18개월

“잠자는 게 너무 아깝다는 생각이 자꾸 드는 거예요. 아이 잘 때 내가 깨어서 뭐라도 집안일이라도 하나 더 하고, 내 스스로 할 수 있는 일. 뭐

쇼핑이라도 해서 아이 기저귀라도 사고 이런 것들을 해야 한다는 생각에 잠을 낮에도 아이가 없으면 잘 법도 한데 잠을 잘 안자는 편이에요.” - 참가자 3, 14개월

② 취침 지연 행동

나만이 누릴 수 있는 시간은 한정되어 있기에 어머니들은 피로함에도 불구하고 의도적으로 취침을 지연하고 있었다. 이 시간 동안 주로 하는 활동은 휴대폰 보기이다.

“거의 2-3시까지 저의 시간을 보내야 한다고 생각해요. 일부러 잠 깨고 화장실 다녀오면서 휴대폰 하고 드라마 보기.” - 참가자 4, 17개월

“내가 이거 하는 시간에 빨리 자야 하는데 조금이라도 자야 하는데... 이런 마음이 있었던 것 같아요.” - 참가자 10, 34개월

③ 수면에 대한 생각

어머니들의 수면 부족은 취침 지연 행동과 더불어 ‘곧 아이가 깰 것이기 때문’이라는 생각에 잠을 이루지 못하는 것에서도 기인한다. 어차피 나의 수면은 방해받을 것이라는 해석은 다음 날의 피로가 예상됨에도 쉬이 잠을 이루지 못하게 하는 것으로 보인다. 또 이러한 문제는 아이의 수면 문제에서 기인한 것으로 그것이 먼저 해결되면 저절로 해결되는 부차적인 문제로 해석되고 있었다.

“일단 애가 새벽에 깨니까, 조만간 애가 일어날 것이란 생각에, 제가 잠을 푹 자다가 애가 깬 때 그냥 주는 거랑, 제가 한참 깨서 놀다가 이제 막 자려고 하는데 애가 조만간 깰 거라고 생각하는 거랑, 그런데 그렇게

생각이 되면 그만큼 더 잠이 제가 원하는 대로 안 들게 되는... 그런 것들도 있고. 그걸 알면서도 그게 실천이 잘 안 되는 거죠. 어쨌든 무조건 2시에 자면 내가 내일 분명히 피곤하겠구나 아침에 일어나도. 또 임신 중이라 커피도 못 먹으니까. 분명히 내일 힘들겠구나 예상을 하죠. 내일 무조건 낮에 힘들겠구나.” -참가자 6, 23개월

“애가 또다시 한 시에 일단 울어서 먹여서 재웠는데, 3시에 또 일어날 걸 아니까 그 두 시간 동안 자고 일어나고 하는 게. 푹 자고 있다가 누군가한테 방해받으면 되게 기분이 별로 안 좋잖아요. 그래서 차라리 기다리는 거예요. 애가 깨기를. 저도 자지 않고.” -참가자 3, 14개월

“엄마도 수면에 장애가 생기는 게 아이의 수면 때문에 결국에 나에게 가장 큰 영향이 미치는 거잖아요. 그렇기 때문에 내 아이의 수면이 보장이 어느 정도 되고 아이의 분리 수면이 완벽히 된다면 그다음에 내가 잠드는 것에 있어서는 그렇게 큰 문제가 된다고 생각하지는 않을 것 같아요.” -참가자 8, 28개월

VI. 논의 및 제한점

1. 연구 결과에 대한 논의

본 연구는 아버지를 포함한 부모가 유아 수면에 대해 갖는 역기능적 신념 수준에 따른 유아 수면 지표의 차이를 영상수면검사기기로 측정하고, 질적 연구를 통해 양적 연구가 포괄하지 못한 문화권인 한국에서 부모의 유아 수면 문제 경험이 갖는 의미를 파악한 데 의미가 있다. 본 연구의 주요 결과 및 함의는 다음과 같다.

부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념과 유아의 수면 지표

본 연구의 양적 연구 부분은 아버지를 포함한 해외 성인 부모를 대상으로 그들이 유아 수면에 대해 갖는 역기능적 신념 수준을 측정하고, 영상수면검사기기와 주관적 보고를 통해 획득한 유아와 부모의 수면지표와의 관련성을 탐색하였다. 연구 결과, 영상수면검사기기를 통해 객관적으로 측정된 부모의 개입횟수는 공변인을 통제한 이후에도 6-11개월 집단과 12-17개월 집단에서 부모가 유아의 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 수준에 따라 차이가 있었다. 사후분석에서도 유의미한 결과가 나타나 두 연령집단 모두에서 역기능적 신념 수준이 가장 높은 집단의 부모 개입횟수가 가장 많은 것으로 나타났다. 부모가 유아 수면에 대해 더 많은 역기능적 신념을 가질수록 취침시간에 더 많은 개입을 취함은 선행연구와도 일치하는 결과로(Morrell & Steele, 2003; Teti & Crosby, 2012) 본 연구결과는 부모의 높은 유아 수면에 대한 역기능적인 신념수준과 야간 행동 (부모 개입횟수)이 관련되어 있다는 인지행동모델을 지지했다.

반면 영상수면검사기기를 통해 객관적으로 측정된 유아의 각성 횟수는 인

종과 소득수준을 통제한 후 전 연령집단에서 유의미한 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과는 유아 수면에 대해 역기능적 신념이 높을수록 유아가 더 빈번하게 각성한다는 선행연구들과는 다른 결과이다(Morrell, 1999; Morrell & Steele, 2003; Teti & Crosby, 2012). 이러한 결과에 대하여 다음의 가능성을 제시할 수 있다. 최신 선행연구는 생후 3개월에서 2세 사이의 아동이 평균 1~3회가량 각성하는 것이 일반적이라고 보고하고 있다(Paavonen et al., 2020). 본 연구에서 유아의 평균 각성 횟수는 연령군 별로 6-11개월 군에서 3.3회, 12-17개월 군에서 2.3회, 18-26개월 군에서 1.9회로 선행연구 결과에 비추어 볼 때 통상적인 수준이었다. 즉, 유아의 자연스러운 각성 횟수에는 차이가 없으나 역기능적 신념 수준이 높은 부모가 자녀의 각성을 도움이 필요한 상황으로 인지하고 개입함으로써 유아의 수면 분절이 일어난 것일 수 있다.

영상수면검사기기를 통해 객관적으로 측정된 유아의 총수면시간은 전 연령집단에서 부모가 유아의 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 수준에 따라 차이가 있었다. 유아 총수면시간의 차이는 부모의 주관적인 보고에서도 동일하게 나타났다. 사후 분석에서도 집단 간 차이는 유의미하게 나타나 역기능적 신념 수준이 높은 집단에서 가장 짧은 객관적/주관적 유아 총수면시간을 보이는 경향이 있었으며 이는 유아 수면에 대한 역기능적 신념과 유아 총수면시간 사이의 상관을 보인 선행연구와 일치하는 결과였다(Sadeh et al., 2007). 앞서 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념과 유아의 각성 횟수에서 유의미한 관련이 발견되지 않았음에도 객관적/주관적으로 측정한 유아의 총수면시간에서는 다시 유의미한 관계가 관찰되었다. 이는 유아의 자연스러운 각성을 부모가 개입이 필요한 상황으로 해석하고 더 많은 개입을 취함으로써 발생한 수면 분절이 결과적으로 총 수면시간의 차이를 가져온 것일 수 있다. 실제로 유아의 야간 각성을 고통을 경험하거나 불안하기

때문으로 인식하는 것(역기능적인 신념을 가지는 것)은 부모의 더 많은 개입과 짧은 유아의 수면시간을 보임이 여러 선행연구에서 밝혀진 바 있다 (Tikotzky & Sadeh, 2009; Adair et al., 1991; Goodlin-Jones et al., 2001).

본 연구는 영유아의 발달에 따른 자연스러운 총수면시간과 각성 횟수의 감소를 고려, 연령집단을 나누어 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념과 유아 수면 지표의 관련성을 살펴보았다. 그 결과 12-17개월 군의 주관적 총수면시간과 18-26개월 군의 부모 개입횟수를 제외하고 모든 분석에서 유의한 차이가 도출되었다. 부모의 주관적 보고에 따른 총수면시간은 보고의 편향이 있을 수 있으며(Sadeh, 1996), 실질 각성 횟수가 약 1회 이하로 나타나는 생후 18개월 이후 시점(Paavonen et al., 2020)에서는 부모의 오해석이 개입할 여지 또한 적기에 12-17개월 군의 주관적 총수면시간과 18-26개월 군의 부모 개입횟수 분석에서 유의미한 결과가 도출되지 않았음을 가정해볼 수 있다. 이외의 유의미한 결과는 발달에 따른 수면 양상의 변화를 고려하고도 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념이 더 짧은 유아의 총수면시간과 부모 개입횟수와 관련이 있음을 시사하며 영유아의 연령을 막론, 부모가 가지는 역기능적 신념에 주목해야 할 필요를 강조한다.

그러나 본 연구는 유아 수면 지표와 부모의 역기능적 신념 간 관계의 상관만을 살펴보고 있어 인과적인 해석이 불가하다. 이에 부모의 역기능적 신념이 높을수록 더 짧은 유아의 총수면시간과 더 잦은 개입횟수가 나타났다는 해석과 동시에 유아 수면의 질이 낮을수록 부모가 역기능적인 신념을 가지게 될 가능성에 대해서도 고려해야 한다. 실제로 유아 수면 문제의 설명에 부모의 행동과 역기능적 신념에서 유아의 수면 문제가 기인한다는 부모 주도 모델과 만성적인 유아의 수면 문제가 부모의 과도한 개입을 불러일으킨다는 유아 주도 모델(infant-driven model)이 동시에 고려되고 있으며

(Teti & Crosby, 2012), 상호작용 모델(Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010)에서도 유아의 수면 문제와 부모의 행동 및 인지가 쌍방향으로 연결되어 있음을 헤아려보면 유아 수면 문제와 부모의 역기능적 신념 간 관계를 다각도에서 살피며 후속 연구를 통해 인과관계를 검증해야 할 것이다.

유아 수면에 대한 역기능적 신념과 부모의 수면 지표

본 연구에서는 더 높은 유아 수면에 대한 역기능적 신념이 부모의 불면과 그 자신의 수면에 대한 역기능적 신념과 관계가 있는 것으로 드러났다. 자세히, 부모 자신의 수면에 대한 비현실적 신념은 전 연령집단에서 부모가 유아의 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 수준에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 사후 분석에서도 유의미한 차이를 보여 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 가장 높은 집단에서 부모 자신의 수면에 대한 역기능적 신념 수준도 가장 높은 것으로 나타났다.

이어 자기보고식 질문지인 ISI를 통해 측정된 부모의 불면증 심각도 또한 전 연령집단에서 부모가 유아의 수면에 대해 가지는 역기능적 신념 수준에 따라 차이가 있었다. 이는 사후 분석에서도 유의미한 차이를 보여 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 가장 높은 집단에서 부모의 불면증 심각도가 가장 높은 것으로 나타났다.

불면증의 원인을 설명하는 대표적인 이론인 과각성 모델(Hyperarousal model)은 스트레스 사건으로 유발된 불면 경험이 인지 및 신체적 각성에 의해 유지되어 만성 불면증으로 이행하는 과정을 설명한다(Riemann et al., 2010). 실제로 유아 수면 문제를 경험하는 어머니들은 ‘아이가 또 일어날 것을 알’ 기에 잠을 이루지 못하였으며, 불면의 결과로 ‘다음 날 피곤’ 하겠다는 예측을 하고 있었다. 수면장애와 다음 날의 기능 저하에 대해 걱정하고 주의를 기울이는 인지적 각성은 잠자리에 깨어 있는 채로 더 오래 머

무르게 하며, 이 과정은 종국에 조건화되어 부모의 불면이 계속될 수 있다.

최근 연구에 따르면 더 높은 불면증 증상을 보이는 어머니는 아동기 자녀의 수면 관련 문제를 더 많이 보고하였다(Ronlund et al., 2016). 불면증이 있는 부모는 아이의 수면 문제를 포함, 부정적인 수면 관련 자극에 주의 편향을 나타낼 수 있는데(Urfer-Maurer et al., 2017), 수면에 대한 선택적 주의와 모니터링이 수면장애를 유발하고 지속하는 데 주요한 역할을 한다(Harvey, 2002)는 점을 고려하면 부모와 자녀의 수면 문제가 순환할 수 있음을 짐작하게 한다. 순환적 관계는 청소년기에서까지 관찰되었는데, 자녀의 수면 문제는 부모의 수면에 영향을 미칠 수 있으며 역방향으로도 작용할 수 있음을 밝힌 선행연구(Brand et al., 2009; Bajoghli et al., 2013)들이 그것이다. 따라서 장기 지속의 가능성이 있는 유아 수면 문제를 해결하기 위한 조기개입은 필수적이며, 이때 유아 수면에 대한 역기능적 신념에만 개입하는 것이 아닌 부모 자신의 수면에 대한 생각과 불면 증상에도 개입해볼 필요가 있음을 제시할 수 있다.

한국 어머니의 유아 수면 문제 경험에 대한 고찰

본 연구 중 질적 연구 부분은 유아 수면 문제를 경험하는 한국 어머니들이 보고하는 의미를 바탕으로 유아 수면 문제의 유형을 파악하며 그와 관련된 태도와 신념을 도출하기 위해 수행되었다. 분석을 통해 도출한 의미를 중심으로 기저 신념을 다음과 같이 고찰하였다.

첫 번째로 유아 수면 문제 경험에 대해 도출한 의미와 기저 신념은 “어머니의 도움을 구함 - 아이가 잠들기 위해서는 내가 있어야만 한다” 였다. 어머니들은 아이가 잠들기 시작할 때나 중간에 깨어났을 때 어머니의 도움이 없이는 잠들지 못하는 경험을 통해 아이의 수면

문제를 ‘어머니의 도움을 구하는 것’ 이라는 의미로 해석하고 있었다. 어머니를 향한 아이의 도움 요청은 다양한 형태로 나타났는데, 중간에 깨어나 ‘안아달라고 오는 것’ 이나 ‘팔베개를 다시 해달라고 하는 것’ 같은 직접적인 접촉의 요구나 잠들기 위해 ‘꼭’ 엄마가 있어야 하는 존재의 요구로 나타났다. 아이들은 이러한 요구를 울음, 엄마를 더듬음, 또는 언어로 전달하였다. 한 어머니는 아이의 요구에 응해주는 것 외에는 ‘방법이 없다고’ 언급했는데, 이를 통해 아이가 잠들기 위해서는 내가 필요하다는 신념이 기저에 위치함을 짐작해 볼 수 있다. 아이가 잠드는 동안, 그리고 자는 동안 늘 곁을 지키는 것은 실제로 수행하기 무척 어려운 일이다. 그러나 ‘다른 방법이 없기에’ 이러한 목표를 수행해야만 한다는 어머니들의 완벽주의는 유지되고 있었다. Basco(1999)가 제안한 완벽주의적 인지 도식은 ‘나는 완벽해야 하며 그렇지 않으면 나쁜 일이 일어날 것이다.’ 로 대표되는데, 실제로 어머니들은 내가 아이 곁에 있어 주지 않으면(높은 기준) 아이는 잘 못 잘 것이고(즉각적인 결과) 결국 정서나 신체 발달에 문제가 일어날 것(파국적인 최종 결과)이라는 염려를 하고 있었다.

항상 아이의 요구에 즉각적으로 반응하는 것은 실로 달성하기 어려운 일로 어머니들은 중간중간 아이가 깨서 우는 실패 경험을 하게 된다. 이러한 실패 경험에서 완벽주의자들은 비판적인 자기평가를 하게 되는데, ‘나는 실패자다’, ‘내가 더 노력하는 것은 무의미하다’ 와 같은 결론에 이르게 된다(김윤희, 서수균, 2008). 어머니들은 아이가 잘 자지 않는 경험에서 자신의 탓이 아닐까 자책하거나 해 볼 것은 다 해봤다는 ‘해탈’ 을 보고하였는데, 이러한 결론은 우울과도 높은 관련성이 있음이 여러 연구에서 보고되고 있다(Flett et al., 1996; 이동귀 외, 2015). 한 연구에서 어머니의 우울은 완벽주의와 자녀 수면 문제 사이의 관계를 유의미하게 매개하는 것으로 나타나(Gu, 2018) 유아 수면 문제의 궁극적 해결을 위해 어머니의

유아 수면에 대한 완벽주의 신념과 파생된 우울감을 해소해야 할 필요가 강조된다.

두 번째 의미와 기저 신념은 “피로와 부정적 정서 경험 - 나는 부족한 엄마이다.” 였다. 아이가 잠들기 위해 어머니를 필요로 하는 상황은 어머니의 수면을 방해하고 단절시키게 된다. 어머니들은 수면 단절로 인해 신체·정신적 피로를 경험했는데, 이는 기능의 저하나 부정적 정서의 경험으로 이어져 피로가 일상 기능과 사고 명료성 손상과 관련이 있다는 선행연구 결과와 일치하였다(Fisher et al., 2004). 피로로 인한 부정적 정서는 배우자나 자녀에게 짜증으로 표출되기도 하였는데, 이는 ‘아무것도 모르는 아기’에게 화를 냈다는 자책으로 이어지기도 하였다. 한 선행연구는 어머니의 죄책감을 유발하는 주원인으로 이상적인 어머니상에 부응하지 못하는 것을 제시한 바 있다(Rotkirch & Janhunen, 2010). 아이의 수면 문제를 잘 다루는 이상적인 어머니상에서 벗어나는 경험-밤 중에 아이가 실제로 깨어나거나 그로 인한 수면 부족으로 아이에게 짜증을 냄-을 어머니들은 무능력함으로 해석하고 있었는데, 그 원인을 ‘내가 아이에게 잘 해주지 못했기 때문’에 즉, 내가 부족하기 때문으로 귀인하고 있었다. 나는 부족한 사람이라는 신념은 그것을 보완하기 위한 과도한 노력을 수반하기에 어머니들은 아이의 곁에 머무르며 즉각적으로 아이의 요구에 반응하는 비합리적 행동을 지속하게 된다.

세 번째 의미는 “정확한 원인을 모름, 유아 수면에 대한 정보 부족” 이었다. 어머니들은 아이의 수면 문제를 경험하며 그 원인을 다양하게 추론하고 있었다. ‘기질상 예민하기 때문인 것’ 같다는 추론은 ‘나를 닮아서 아이가 못 자는 것’ 같다는 해석과도 닿아 있는데, 개인의 노력으로 해소하기 어려운 타고난 기질에 원인을 돌리는 것은 수면 문제를 더욱

막연하고 답답한 것으로 여기게 한다. 또, ‘낮에 사랑을 받지 못해서’, ‘배부르지 않아서’, ‘엄마가 옆에 없어 즉각 대처가 안 돼서’ 잘 자지 못한다는 추론은 수면 문제의 원인을 어머니의 탓으로 귀인하는 것으로 이는 다시 ‘내가 부족해서 아이가 우는 것’이라는 죄책감으로 귀결된다. 이러한 어머니들의 추측은 한 어머니의 ‘왜 그러는지 모르겠다’는’ 보고에서 짐작할 수 있듯 유아 수면 문제의 원인에 대한 정보의 부족에 기인하는 것으로 유아 수면에 대한 올바른 정보제공과 교육이 필수적임을 알 수 있다.

네 번째 의미와 기저 신념은 “어머니의 노력과 희생이 필요함 - 어떤 일이 있어도 아이를 울려선 안 된다.” 였다. 원인을 모를 수면 문제를 해소하기 위해 어머니들은 다양한 방략을 시도하고 있었다. 여러 가지 육아용품을 사보거나 더 많은 애정을 쏟거나 낮에 더 많은 활동을 하는 것이 그것이다. 이러한 노력 중 행동 기반의 수면 교육과 같이 효과가 입증된 방법을 시도한 이는 없었는데, 어머니들은 ‘어쨌든 애기를 울려야 하는’ 수면 교육은 ‘감당할 수 없는’ 일로 여기며 아이에게 고통을 주는 것보다 ‘바로 뛰어 들어가’ 달래 주는 ‘내가 좀 고생하고 마’ 는 대처 방략을 택해 아이의 울음소리(고통)를 감내하지 못하는 모습을 보였다.

선행연구에 따르면 아이의 울음소리를 잘 견디지 못하는 낮은 울음감내력(Parental Cry Tolerance)을 가지는 부모는 자녀의 수면 문제가 없는 부모들보다 아이의 울음에 더 기민하게 반응했으며(Sadeh et al., 2016) 밤 중에 아이가 깨어 우는 것을 즉각적인 부모의 주의가 필요한 고통의 신호로 해석하는 어머니는 아이를 더 적극적으로 달래는 경향이 있었으며 아이들 또한 밤에 깨어 있을 가능성이 높았다(Tikotzky & Sadeh, 2009). 이렇듯 아이의 울음을 해석하는 부모의 인지 도식이 유아 수면 문제와 직결되는 만큼 궁극적인 유아 수면 문제 해소를 위해서는 부모의 인지에

개입할 필요가 있다.

울음소리를 무시할 수 없는 어머니의 부단한 노력과 희생에도 불구하고, 아이의 수면 문제는 해결되지 않았는데 이는 더는 해볼 수 있는 것이 없다는 ‘해탈’과 ‘건강의 악화’를 가져와 어머니의 무력감과 피로를 가중하고 있었다. 해결되지 않는 수면 문제는 결국 우울감을 불러오기도 하는데, ‘아기와 함께 뛰어내릴’까 생각하는 극단적인 형태로도 나타나고 있어 수면 문제 해소를 위해 적극적인 정서 개입 시도 또한 필요함이 강조된다.

다섯 번째 의미와 기저 신념은 “아이의 발달 - 아이가 잘 자지 못하면 발달에 문제가 생길 것이다.”였다. 유아 수면 문제의 원인과 대처방안을 명확히 알지 못함에도 어머니들은 아이의 발달을 걱정하며 수면 문제의 해소를 희망하고 있었다. 먼저 어머니들은 밤중에 깨어 짜증으로 나타나는 수면 문제가 계속된다면 ‘성격 형성에 안 좋을 것’이라고 생각하거나, ‘감정을 스스로 극복하지 못하는’ 자기조절 능력 발달의 문제가 생길 수 있다는 정서 발달의 문제를 염려하고 있었다. 또는 아이의 신체 발달에 문제가 생길 것을 걱정하였는데, ‘제일 우려되는 것은 두뇌발달’이라는 언급이나 ‘키가 자라지 않을 것’이라는 염려로 표현되었다. 이러한 염려는 유아 수면 문제로 나타날 수 있는 결과와 연결되는데, 어머니들은 아이가 잘 자지 못해 발달에 문제가 생긴다는 부정적인 결과를 피하고자 여러 가지 비합리적 노력을 하고 있었다.

유아 수면 문제 경험의 마지막 의미와 기저 신념은 “불면 경험 - 아이의 수면이 해결되면 나의 수면은 저절로 좋아질 것이다.”였다. 아이의 발달 저해라는 부정적인 결과를 피하고자 어머니들은 아이의 수면 문제를 해결하기

위한 노력-즉 아이의 곁에 머무르거나 즉각적인 도움-을 주려고 한다. 이러한 행동의 결과로 어머니들은 아이가 잠들 때까지 늦게까지 깨어 있거나, 아이가 밤중에 깨어날 때마다 각성하게 되어 수면 부족을 경험하게 된다. 그러나 수면이 부족함에도 불구하고, 어머니들은 아이가 자는 동안 자신도 자는 것을 ‘아까운 일’이라 여기며 다른 활동을 하기를 선호하였다. 이렇듯 취침시간을 미루는 이유는 ‘나만의 시간을 누리’고 싶기 때문이었는데, 이들은 부족한 수면의 결과로 다음 날의 피로가 예상됨에도 ‘일부러 잠 깨고 휴대폰 하고 드라마’를 보는 나를 위한 보상을 택하였다. 이러한 행동은 취침시간 지연 행동으로 설명된다. 취침시간 지연 행동이란 잠을 잘 수 없는 외부적인 요인이 없음에도 개인이 의도한 시간보다 자발적으로 늦게 잠자리에 드는 행동이다(Kroese et al., 2014). 선행연구에 따르면 취침시간 지연의 수준이 높을수록 취침 3시간 전 스마트폰과 같은 전자 기기를 사용한 여가 활동에 더 많은 시간을 할애하는 것으로 알려졌는데, (Chung et al., 2020) 실제로 어머니들이 잠들기를 미루며 주로 하는 행동은 스마트폰 보기로 선행연구와 일치하였다. 최근 연구는 취침시간 지연 행동의 기능을 ‘의도적인 지연’, ‘생각 없이 하는 지연’, ‘전략적 지연’으로 설명하고 있다(Nauts et al., 2019). 여기에 빗대어 살펴보면 어머니들의 취침지연 행동은 나에게 보상을 주려는 의도가 담긴 것, 즉 정서를 조절하기 위한 기능이 있는 행동으로 해석될 수 있다. 그러나 취침시간 지연 행동의 수준이 높을수록 불면증 심각도는 높아지는 것으로 알려져 (Chung et al., 2020) 어머니의 신체적 안녕과 불면에 따른 피로로 유아 수면 문제에 적절히 대처하지 못하는 악순환을 방지하기 위해서는 어머니를 위한 적절한 수면개입 또한 필요함을 알 수 있다.

더불어 불면의 경험은 ‘조만간 아이가 깰 것’이라는 생각에 잠을 이루지 못하는 형태로도 나타나고 있었다. 이렇게 경험되는 어머니의 불면은

‘아이의 수면이 보장’ 되는 때, 즉 ‘아이가 또 일어나지 않을 때’ 해소될 수 있는 것으로 여겨져 어머니의 수면 문제 해소를 위해서는 아이의 수면 문제 해소가 선행되어야 한다는 생각을 도출할 수 있었다. 그러나 Sadeh와 동료들의 상호작용 모델(Sadeh & Anders, 1993; Sadeh et al., 2010)에 따르면 부모 요인과 유아의 수면 요인은 양방향으로 연결되어 있으므로, 유아 수면 문제를 해소하기 위해 무엇을 먼저 해결해야 한다는 접근보다는 어머니와 자녀 모두에게 개입을 제공하는 것이 더 좋은 접근이 될 것이다.

이상 도출된 한국 어머니들이 유아 수면 문제 경험에 대해 가지는 여섯 가지 의미와 신념은 다음과 같이 선행연구 및 양적 연구 결과와 연결지을 수 있다. ‘잠들기 어려워하며 잠들기 위해 어머니를 필요로 하는 것’으로 대표되는 수면 문제 경험은 선행연구에서 유아 수면 문제의 두 유형으로 거론된 입면의 어려움과 자기 진정의 어려움과 같았다. ‘아이의 수면 문제가 지속되면 발달에 문제가 생길 것’ 이기에 ‘어떤 일이 있어도 아이를 깨워(울려)서는 안되’며 노력에도 불구하고 아이가 깨는 것은 ‘내가 부족한 어머니’인 탓이므로 자녀의 작은 각성 신호에도 바로 개입하는 것은 역기능적 신념을 가질수록 더 많은 개입을 취했던 양적 연구 결과와도 닿아 있었다. 더불어 질적 연구 결과 도출된 어머니의 부정적 정서 경험과 취침지연 행동은 취침시간 동안의 개입 행동과 수면 지표에 집중했던 양적 연구에서는 밝혀내지 못한 경험으로, 향후 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념 및 유아 수면 지표에 덧붙여 어떠한 관련이 있는지를 양적 연구를 통해 알아볼 필요가 있다.

종합적 고찰

본 연구 결과 부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념 수준이 영상수면

검사기기를 통해 객관적으로 측정한 부모의 개입횟수 및 유아의 총수면시간과 관련이 있으며, 부모 자신의 수면에 대한 인지 및 불면증 심각도와도 관련이 있음을 밝혔다. 이러한 유아 수면에 대한 역기능적 신념과 유아 수면 문제와의 관련성은 한국 어머니를 대상으로 한 질적 연구에서도 드러났는데, 자녀의 수면 문제를 경험하는 한국 어머니들은 ‘아이가 잠들기 위해서는 내가 필요하다’, ‘나는 완벽한 어머니여야 한다’, ‘나는 부족한 어머니이다(그러므로 더 많이 노력해야 한다)’, ‘아이가 잘 자지 못하면 나쁜 일이 일어날 것이므로 아이를 울려서는 안 된다(그러므로 내가 희생하는 것이 낫다)’와 같은 역기능적 신념을 가지고 있는 것으로 나타났다.

이러한 역기능적 신념은 부모로 하여 아이의 수면 문제를 해결하기 위한 비합리적 전략을 시도하게 하는데, 작은 단서에도 아이에게 즉각적으로 반응하거나 그렇게 행동하기 위해 취침시간 내내 촉각을 곤두세우고 곁에 머무르는 것이 그것이다. 그러나 유아의 수면 문제는 취침시간에 주어진 자극과 수면을 연합해 발생하는 것으로, 각성할 때마다 부모가 돌봄을 제공하는 반응이 반복되면 유아는 부모의 돌봄이 없이는 잠들 수 없음을 학습하게 된다(France et al., 2003).

더불어 역기능적 신념에 기초한 부모의 전략은 그 자신의 불면을 유발하게 된다. 불면증이 있는 부모는 자녀의 수면을 포함한 수면 관련 부정적 자극에 주의 편향을 가지게 되므로(Urfer-Maurer et al., 2017; Harvey, 2002) 유아와 부모의 수면 문제는 해소되지 못하고 유지된다. 즉, ‘취침시간에 유아가 각성함(또는 울거나 보챌) - 부모가 주의를 기울이고 과도한 돌봄을 제공함’의 과정이 계속되는 것이다.

부모의 불면 경험은 인터뷰에서도 드러났다. 어머니들은 곧 아이가 다시 깨어날 것을 알기에 잠이 오지 않는 문제를 경험하기도 하였으며, 같은 상황에서 나만의 시간을 누리하고자 일부러 취침시간을 지연하기도 하였다. 그

결과 어머니들은 다음날의 피로와 그에 수반하는 부정적 정서를 경험하며 자녀에게 짜증을 표출하기도 하였다. 어머니들은 정서 표출 이후 ‘내가 더 잘 했으면 되는데’ 같이 자책하며 밤 동안의 수면 문제를 해결하기 위해 비합리적인 전략에 더욱 매진하였다.

이상을 종합했을 때, 유아와 부모의 수면 문제는 서로 관련이 있으며 순환하는 것으로 보인다. 따라서 문제를 해결하기 위한 개입 대상을 유아나 부모 중 어느 한쪽으로 한정하기보다는 Sadeh와 동료들의 상호작용 모델을 고려한 다각적인 접근이 필요하다. 본 연구의 임상적 의의와 고찰은 다음과 같다.

첫째는 유아 수면 문제에 대한 행동적 개입의 중요성을 조명할 수 있다. 행동 개입인 수면 교육은 유아가 혼자서도 잠들 수 있도록 부모의 개입 행동을 줄이는 방법이다. 해외에서 효과가 입증되어 유아 수면 문제에 가장 적합한 개입으로 널리 활용되고 있는(Mindell et al., 2006b; Tikotzky & Sadeh, 2010) 것과 달리 인터뷰에서 한국 어머니들은 수면 교육에 대한 정보가 부족했으며, 알고 있더라도 부정적 인식을 가진 것으로 나타났다. 이들은 수면 교육이 ‘아이를 울리는 것’ 이기 때문에 좋지 못한 것이라 인식하고 있었는데, 이를 해소하기 위해서는 수면 교육에 대한 올바른 정보제공과 ‘아이를 울려서는 안 된다’ 는 신념에 함께 개입해야 할 필요가 제시된다.

둘째는 부모의 유아 수면에 대한 역기능적 신념에 개입하는 인지 개입이다. 유아 수면에 대한 역기능적 신념은 부모와 유아 모두의 수면 문제 형성과 유지에 큰 축을 맡고 있기에 수면 문제를 해소하기 위한 인지 개입은 필수적이라 할 수 있다. 유아의 수면 문제로 일어날 수 있는 파국적인 결과(예: 발달에 문제가 생길 것이다)는 무엇인지 파악하고, 자신이 자녀의 수면 문제를 해결하기 위해 취해야만 하는 태도나 가정은 무엇인지, 또 그러

한 신념과 태도의 밑바탕에 자리한 ‘나는 어떠한 부모인가’에 대한 핵심 신념을 파악하는 것이 큰 골자가 될 것이다.

마지막은 부모의 불면증에 개입하는 것이다. 부모의 불면증은 수면과 관련된 부정적 단서에 주의를 기울이게 하고 유아 수면에 대한 역기능적 신념을 가중하기에 이를 해소하기 위한 개입 또한 필요할 것이다. 특히 인터뷰를 통해 도출된 취침지연 행동에 개입해 부모의 불면을 해소하고 궁극적으로 유아 수면 문제의 개선까지 꾀해볼 수 있을 것이다.

2. 제한점 및 후속 연구를 위한 제언

본 연구의 제한점 및 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다.

첫째, 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념에 따른 유아 수면 지표와 부모 수면지표 사이의 관계를 파악함에 있어 그 대상이 한정적이라는 제한점이 있다. 연구 참여자의 대다수인 93.5%가 북미 지역에 거주하고 있었으며 참여자의 78.8%가 백인종임을 고려하면 연구 결과를 일반화하기 위해서는 더 다양한 국적과 인종의 연구참가자를 모집하여 후속 검증을 할 필요가 있다.

둘째, 유아 수면 지표를 측정하기 위해 객관적 측정 도구인 영상수면검사기기를 활용하였으나, 아직 이를 활용한 연구가 많지 않아 추후 같은 기기를 활용하여 연구 결과를 반복 검증해 볼 필요가 있다.

셋째, 본 연구의 양적 연구 부분은 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념 수준에 따른 집단 간 유아 수면 지표 및 부모의 수면 지표 수준을 비교한 것으로 인과결과를 해석할 수 없다. 이에 후속 연구를 통해 유아 수면에 대한 부모의 역기능적 신념이 실제 유아의 수면 지표 변화를 예측할 수 있을지 파악해 볼 필요가 있다.

넷째, 본 연구의 질적 분석 대상은 한국인 어머니로 한정되어 있다. 최근 아버지와 어머니가 유아 수면 문제의 원인을 해석하는 방식에 차이가 있음이 알려진 바 있어(Lollies et al., 2022), 한국 부모가 경험하는 유아 수면 문제에 대한 의미를 온전히 파악하기 위해서는 연구 대상에 아버지를 포함해 후속 연구를 진행해야 할 것이다.

본 연구는 아버지 인구를 포함해 유아 수면에 대한 부모의 인지를 파악하였으며, 그와 관련된 유아 수면 지표를 기존 측정 도구의 단점을 보완한 신뢰로운 영상수면검사기기로 파악한 데 의의가 있다. 더불어 유아

수면 연구가 부족한 한국 부모를 대상으로 그들이 경험하는 유아 수면 문제의 의미를 파악하고 기저의 인지 도식을 도출하였다. 연구를 통해 확인한 유아 수면 문제에서 부모가 가지는 인지의 중요성을 바탕으로 향후 유아 수면 문제 개선을 위한 인지 개입이 활성화될 수 있기를 바란다.

참고문헌

- Adair, R., Bauchner, H., Philipp, B., Levenson, S., & Zuckerman, B. (1991). Night waking during infancy: role of parental presence at bedtime. *Pediatrics*, *87*(4), 500–504.
- Ahn, Y., Williamson, A. A., Seo, H. J., Sadeh, A., & Mindell, J. A. (2016). Sleep Patterns among South Korean Infants and Toddlers: Global Comparison. *J Korean Med Sci*, *31*(2), 261–269.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual, 2nd edn. *American Academy of Sleep Medicine, Westchester, IL*.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). International classification of Sleep Disorders, 3rd edn. *American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL*.
- Atun-Einy, O., Tonetti, L., Boreggiani, M., Natale, V., & Scher, A. (2018). Infant motor activity during sleep: Simultaneous use of two actigraphs comparing right and left legs. *Hum Mov Sci*, *57*, 357–365.
- Bajoghli, H., Alipouri, A., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2013). Sleep patterns and psychological functioning in families in northeastern Iran; evidence for similarities between adolescent children and their parents. *Journal of adolescence*, *36*(6), 1103–1113.
- Barnett, N., Glazer, A., Ivry, T., Ankri, Y., & Veler, H. (2019).

Computer vision algorithms outperform actigraphy. In: *Eur Respiratory Soc.*

Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med, 2*(4), 297–307.

Bates, J. E., Viken, R. J., Alexander, D. B., Beyers, J., & Stockton, L. (2002). Sleep and adjustment in preschool children: sleep diary reports by mothers relate to behavior reports by teachers. *Child Dev, 73*(1), 62–74.

Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool–Age Children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 47*(2), 29–42.

Basco, M. R. (1999). *Never good enough: Freeing yourself from the chains of perfectionism*. Free Press.

Bayer, J. K., Hiscock, H., Hampton, A., & Wake, M. (2007). Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. *J Paediatr Child Health, 43*(1–2), 66–73.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.

Brand, S., Gerber, M., Hatzinger, M., Beck, J., & Holsboer-Trachsler, E. (2009). Evidence for similarities between adolescents and parents in sleep patterns. *Sleep medicine, 10*(10), 1124–1131.

Bruni, O., Baumgartner, E., Sette, S., Ancona, M., Caso, G., Di

- Cosimo, M. E., Mannini, A., Ometto, M., Pasquini, A., Ulliana, A., Ferri, R. (2014). Longitudinal study of sleep behavior in normal infants during the first year of life. *J Clin Sleep Med*, *10*(10), 1119–1127.
- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annu Rev Psychol*, *51*, 315–344.
- Byars, K. C., Yolton, K., Rausch, J., Lanphear, B., & Beebe, D. W. (2012). Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics*, *129*(2), e276–284.
- Camerota, M., Propper, C. B., & Teti, D. M. (2019). Intrinsic and extrinsic factors predicting infant sleep: Moving beyond main effects. *Developmental Review*, *53*, 100871.
- Chae, S. M., Yeo, J. Y., & Chung, N. R. (2022). A qualitative study of the sleep ecology of infants under 2 years old and their mothers in South Korea. *Sleep Health*, *8*(1), 101–106.
- Chung, S. J., An, H., & Suh, S. (2020). What do people do before going to bed? A study of bedtime procrastination using time use surveys. *Sleep*, *43*(4).
- Chung, S., & An, H. (2014). Cultural issues of co-sleeping in Korea. *Sleep Medicine Research*, *5*(2), 37–42.
- Cook, F., Conway, L. J., Giallo, R., Gartland, D., Sciberras, E., & Brown, S. (2020). Infant sleep and child mental health: a longitudinal investigation. *Arch Dis Child*, *105*(7), 655–660.

- Cook, F., Giallo, R., Petrovic, Z., Coe, A., Seymour, M., Cann, W., & Hiscock, H. (2017). Depression and anger in fathers of unsettled infants: A community cohort study. *J Paediatr Child Health, 53*(2), 131–135.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *J Pediatr Health Care, 18*(2), 65–71.
- DeLeon, C. W., & Karraker, K. H. (2007). Intrinsic and extrinsic factors associated with night waking in 9-month-old infants. *Infant Behav Dev, 30*(4), 596–605.
- Field, T. (2017). Infant sleep problems and interventions: a review. *Infant behavior and development, 47*, 40–53.
- Fisher, J., Feekery, C., & Rowe, H. (2004). Treatment of maternal mood disorder and infant behaviour disturbance in an Australian private mothercraft unit: a follow-up study. *Archives of Women's Mental Health, 7*(1), 89–93.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & DeRosa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychosocial adjustment, and social skills. *Personality and Individual Differences, 20*(2), 143–150
- France, K. G., Blampied, N. M., & Wilkinson, P. (1999). A multiple-baseline, double-blind evaluation of the effects of trimeprazine tartrate on infant sleep disturbance. *Exp Clin*

Psychopharmacol, 7(4), 502–513.

- France, K. G., Blampied, N. M., & Henderson, J. M. (2003). Infant sleep disturbance. *Current Paediatrics*, 13(3), 241–246.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology*, 28(2), 235–260.
- Goodlin–Jones, B. L., Burnham, M. M., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2001). Night waking, sleep–wake organization, and self–soothing in the first year of life. *J Dev Behav Pediatr*, 22(4), 226–233.
- Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Williams, A. S., Dolby, R., & Kennaway, D. J. (2016). Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*, 137(6).
- Gu, X. (2018). The Mediation Effect of Mother's Depression on the Relationship between Mother's Perfectionism and Children's Sleep Problem. *동중앙아시아연구*, 29, 47–60.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther*, 40(8), 869–893.
- Henderson, J. M., France, K. G., & Blampied, N. M. (2011). The consolidation of infants' nocturnal sleep across the first year of life. *Sleep Medicine Reviews*, 15(4), 211–220.
- Henderson, J. M., France, K. G., Owens, J. L., & Blampied, N. M. (2010). Sleeping through the night: the consolidation of self–regulated sleep across the first year of life. *Pediatrics*,

126(5), e1081–1087.

- Horger, M. N., Marsiliani, R., DeMasi, A., Allia, A., & Berger, S. E. (2021). Researcher Choices for Infant Sleep Assessment: Parent Report, Actigraphy, and a Novel Video System. *J Genet Psychol, 182*(4), 218–235.
- Humphreys, J. S., Gringras, P., Blair, P. S., Scott, N., Henderson, J., Fleming, P. J., & Emond, A. M. (2014). Sleep patterns in children with autistic spectrum disorders: a prospective cohort study. *Arch Dis Child, 99*(2), 114–118.
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics, 111*(2), 302–307.
- Insana, S. P., Gozal, D., & Montgomery–Downs, H. E. (2010). Invalidity of one actigraphy brand for identifying sleep and wake among infants. *Sleep Med, 11*(2), 191–196.
- Joseph, D., Chong, N. W., Shanks, M. E., Rosato, E., Taub, N. A., Petersen, S. A., Symonds, E. M., Whitehouse, P. W., Wailoo, M. (2015). Getting rhythm: how do babies do it? *Archives of Disease in Childhood–Fetal and Neonatal Edition, 100*(1), F50–F54.
- Kahn, M., Barnett, N., Glazer, A., & Gradisar, M. (2021). COVID–19 babies: auto–videosomnography and parent reports of infant sleep, screen time, and parent well–being in 2019 vs 2020. *Sleep Med, 85*, 259–267.
- Kang, E. K., & Kim, S. S. (2021). Behavioral insomnia in infants

- and young children. *Clin Exp Pediatr*, *64*(3), 111–116.
- Kim, D. S., Lee, C. L., & Ahn, Y. M. (2017). Sleep problems in children and adolescents at pediatric clinics. *Korean J Pediatr*, *60*(5), 158–165.
- Kroese, F. M., De Ridder, D. T., Evers, C., & Adriaanse, M. A. (2014). Bedtime procrastination: introducing a new area of procrastination. *Front Psychol*, *5*, 611.
- Kuula, L., Gradisar, M., Martinmaki, K., Richardson, C., Bonnar, D., Bartel, K., Lang, C., Leinonen, L., & Pesonen, A. K. (2019). Using big data to explore worldwide trends in objective sleep in the transition to adulthood. *Sleep Medicine*, *62*, 69–76.
- Lam, P., Hiscock, H., & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics*, *111*(3), e203–207.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*(1), 159–174.
- Lollies, F., Schnatschmidt, M., Schlarb, A. A., & Genuneit, J. (2022). Child Sleep Problems Affect Mothers and Fathers Differently: How Infant and Young Child Sleep Affects Paternal and Maternal Sleep Quality, Emotion Regulation, and Sleep-Related Cognitions. *Nat Sci Sleep*, *14*, 137–152.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological review*, *98*(2), 224.
- Meltzer, L. J., Johnson, C., Crosette, J., Ramos, M., & Mindell, J. A.

- (2010). Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics*, *125*(6), e1410–1418.
- Meltzer, L. J., & Mindell, J. A. (2014). Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions for pediatric insomnia. *J Pediatr Psychol*, *39*(8), 932–948.
- Miller, S. A. (1995). Parents' attributions for their children's behavior. *Child development*, *66*(6), 1557–1584.
- Mindell, J. A., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Johnson, K., Rosen, C., Steinberg, F., Roth, T., & Banas, B. (2006). Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*, *117*(6), e1223–1232.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., & Sadeh, A., American Academy of Sleep, M. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, *29*(10), 1263–1276.
- Mindell, J. A., & Meltzer, L. J. (2008). Behavioural sleep disorders in children and adolescents. *Ann Acad Med Singap*, *37*(8), 722–728.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. Y. (2015). Relationship Between Child and Maternal Sleep: A Developmental and Cross-Cultural Comparison. *J Pediatr Psychol*, *40*(7), 689–696.
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T. H., & Goh, D. Y. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler

- sleep. *Sleep Med*, 11(3), 274–280.
- Mirmiran, M., & Lunshof, S. (1996). Perinatal development of human circadian rhythms. *Prog Brain Res*, 111, 217–226.
- Morin, C. M., Stone, J., Trinkle, D., Mercer, J., & Remsberg, S. (1993). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints. *Psychol Aging*, 8(3), 463–467.
- Morrell, J., & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 24(5), 447–468.
- Morrell, J. M. (1999). The role of maternal cognitions in infant sleep problems as assessed by a new instrument, the maternal cognitions about infant sleep questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(2), 247–258.
- Nauts, S., Kamphorst, B. A., Stut, W., De Ridder, D. T. D., & Anderson, J. H. (2019). The Explanations People Give for Going to Bed Late: A Qualitative Study of the Varieties of Bedtime Procrastination. *Behav Sleep Med*, 17(6), 753–762.
- Owens, J. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 353–361.
- Owens, J. (2020). *Behavioral sleep problems in children*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/behavioral-sleep-problems-in-children#topicContent>

- Owens, J. & Mindell, J. A. (2011). Pediatric insomnia. *Pediatr Clin North Am*, *58*(3), 555–569.
- Palmstierna, P., Sepa, A., & Ludvigsson, J. (2008). Parent perceptions of child sleep: a study of 10,000 Swedish children. *Acta Paediatrica*, *97*(12), 1631–1639.
- Paavonen, E. J., Saarenpaa–Heikkila, O., Morales–Munoz, I., Virta, M., Hakala, N., Polkki, P., Kylliainen, A., Karlsson, H., Paunio, T., & Karlsson, L. (2020). Normal sleep development in infants: findings from two large birth cohorts. *Sleep Medicine*, *69*, 145–154.
- Reuter, A., Silfverdal, S. A., Lindblom, K., & Hjern, A. (2020). A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. *Acta Paediatr*, *109*(9), 1717–1732.
- Riemann, D., Spiegelhalder, K., Feige, B., Voderholzer, U., Berger, M., Perlis, M., & Nissen, C. (2010). The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep medicine reviews*, *14*(1), 19–31.
- Ronnlund, H., Elovainio, M., Virtanen, I., Matomaki, J., & Lapinleimu, H. (2016). Poor parental sleep and the reported sleep quality of their children. *Pediatrics*, *137*(4).
- Rotkirch, A., & Janhunen, K. (2010). Maternal guilt. *Evolutionary Psychology*, *8*(1).
- Rudzik, A. E. F., Robinson–Smith, L., & Ball, H. L. (2018). Discrepancies in maternal reports of infant sleep vs.

- actigraphy by mode of feeding. *Sleep Med*, 49, 90–98.
- Sadeh, A. (1996). Evaluating night wakings in sleep-disturbed infants: a methodological study of parental reports and actigraphy. *Sleep*, 19(10), 757–762.
- Sadeh, A. (2004). A brief screening questionnaire for infant sleep problems: validation and findings for an Internet sample. *Pediatrics*, 113(6), e570–577.
- Sadeh, A., & Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant mental health Journal*, 14(1), 17–34.
- Sadeh, A., De Marcas, G., Guri, Y., Berger, A., Tikotzky, L., & Bar-Haim, Y. (2015). Infant Sleep Predicts Attention Regulation and Behavior Problems at 3–4 Years of Age. *Dev Neuropsychol*, 40(3), 122–137.
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *J Fam Psychol*, 21(1), 74–87.
- Sadeh, A., Juda-Hanael, M., Livne-Karp, E., Kahn, M., Tikotzky, L., Anders, T. F., Calkins, S., & Sivan, Y. (2016). Low parental tolerance for infant crying: an underlying factor in infant sleep problems?. *Journal of sleep research*, 25(5), 501–507.
- Sadeh, A., Mindell, J., & Rivera, L. (2011). "My child has a sleep problem": a cross-cultural comparison of parental definitions. *Sleep Med*, 12(5), 478–482.
- Sadeh, A., Mindell, J. A., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep

- and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *J Sleep Res*, 18(1), 60–73.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Med Rev*, 14(2), 89–96.
- Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders—third edition: highlights and modifications. *Chest*, 146(5), 1387–1394.
- Schwichtenberg, A. J., Choe, J., Kellerman, A., Abel, E. A., & Delp, E. J. (2018). Pediatric Videosomnography: Can Signal/Video Processing Distinguish Sleep and Wake States? *Front Pediatr*, 6, 158.
- Sheridan, A., Murray, L., Cooper, P. J., Evangelini, M., Byram, V., & Halligan, S. L. (2013). A longitudinal study of child sleep in high and low risk families: relationship to early maternal settling strategies and child psychological functioning. *Sleep Med*, 14(3), 266–273.
- Simard, V., Bernier, A., Belanger, M. E., & Carrier, J. (2013). Infant attachment and toddlers' sleep assessed by maternal reports and actigraphy: different measurement methods yield different relations. *J Pediatr Psychol*, 38(5), 473–483.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. Simon and Schuster.
- Stremmler, R., Hodnett, E., Lee, K., MacMillan, S., Mill, C., Ongcangco, L., & Willan, A. (2006). A behavioral-educational intervention to promote maternal and infant sleep: a pilot

- randomized, controlled trial. *Sleep*, 29(12), 1609–1615.
- Sung, M., Adamson, T. M., & Horne, R. S. (2009). Validation of actigraphy for determining sleep and wake in preterm infants. *Acta Paediatr*, 98(1), 52–57.
- Symon, B., & Crichton, G. E. (2017). The joy of parenting: infant sleep intervention to improve maternal emotional well-being and infant sleep. *Singapore Med J*, 58(1), 50–54.
- Symon, B. G., Marley, J. E., Martin, A. J., & Norman, E. R. (2005). Effect of a consultation teaching behaviour modification on sleep performance in infants: a randomised controlled trial. *Med J Aust*, 182(5), 215–218.
- Teti, D. M., & Crosby, B. (2012). Maternal depressive symptoms, dysfunctional cognitions, and infant night waking: the role of maternal nighttime behavior. *Child Dev*, 83(3), 939–953.
- Thunstrom, M. (2002). Severe sleep problems in infancy associated with subsequent development of attention-deficit/hyperactivity disorder at 5.5 years of age. *Acta Paediatr*, 91(5), 584–592.
- Tikotzky, L., Bar-Shachar, Y., Volkovich, E., Meiri, G., & Bar-Kalifa, E. (2022). A longitudinal study of the links between maternal and infant nocturnal wakefulness. *Sleep Health*, 8(1), 31–38.
- Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2009). Maternal sleep-related cognitions and infant sleep: a longitudinal study from pregnancy through the 1st year. *Child Dev*, 80(3), 860–874.

- Tikotzky, L., & Sadeh, A. (2010). The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Med, 11*(7), 686-691.
- Tikotzky, L., & Shaashua, L. (2012). Infant sleep and early parental sleep-related cognitions predict sleep in pre-school children. *Sleep Med, 13*(2), 185-192.
- Tryphonopoulos, P. D., Letourneau, N., & Azar, R. (2014). Approaches to salivary cortisol collection and analysis in infants. *Biol Res Nurs, 16*(4), 398-408.
- Tse, L., & Hall, W. (2008). A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child Care Health Dev, 34*(2), 162-172.
- Urfer-Maurer, N., Weidmann, R., Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Grob, A., Weber, P., & Lemola, S. (2017). The association of mothers' and fathers' insomnia symptoms with school-aged children's sleep assessed by parent report and in-home sleep-electroencephalography. *Sleep medicine, 38*, 64-70.
- Voltaire, S. T., & Teti, D. M. (2018). Early nighttime parental interventions and infant sleep regulation across the first year. *Sleep Med, 52*, 107-115.
- Vriend, J., & Corkum, P. (2011). Clinical management of behavioral insomnia of childhood. *Psychol Res Behav Manag, 4*, 69-79.
- Wake, M., Morton-Allen, E., Poulakis, Z., Hiscock, H., Gallagher, S., & Oberklaid, F. (2006). Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life:

- prospective community-based study. *Pediatrics*, *117*(3), 836–842.
- Whittall, H., Kahn, M., Pillion, M., & Gradisar, M. (2021). Parents matter: barriers and solutions when implementing behavioural sleep interventions for infant sleep problems. *Sleep Med*, *84*, 244–252.
- Williamson, A. A., Mindell, J. A., Hiscock, H., & Quach, J. (2019). Child sleep behaviors and sleep problems from infancy to school-age. *Sleep Med*, *63*, 5–8.
- Willinger, M., Ko, C. W., Hoffman, H. J., Kessler, R. C., & Corwin, M. J. (2003). Trends in infant bed sharing in the United States, 1993–2000: the National Infant Sleep Position study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *157*(1), 43–49.
- Zuckerman, B., Stevenson, J., & Bailey, V. (1987). Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics*, *80*(5), 664–671.
- 김수정. (2015). 유아의 수면 습관이 인지, 정서, 행동에 미치는 영향. *아동과 권리*, *19*(3), 319–341.
- 김윤희, 서수균. (2008). 완벽주의에 대한 고찰. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, *20*(3), 581–613.
- 신경림. (2004). 질적 연구 방법론. Ewha Womans University Press.
- 유수옥, 조유나. (2014). 유아 수면의 질이 정서조절 및 공격성에 미치는 영향. *열린부모교육연구*, *6*(1), 21–40.
- 유혜령. (2015). 현상학적 질적 연구의 논리와 방법: Max van Manen의

연구방법론을 중심으로. *가족과 상담*, 5(1), 1-20.

이동귀, 배병훈, 함경애, 천영아. (2015). 완벽주의와 우울의 관계. *한국심리학회지: 일반*, 34(1), 305-333.

장은영, 강솔비, 노유리, 정석훈, & 서수연. (2021). 아이 수면에 대한 부모의 비현실적인 믿음 질문지 타당화: 영상수면검사를 이용한 빅데이터를 기반으로. *한국임상심리학회 2021 가을 학술대회 초록집*.

조재성. (2019). 심층면담 가이드 개발에 관한 방법적 탐구. *질적탐구*, 5(1), 29-52

ABSTRACT

A Mixed Study on the Relationship Between Parent' s Dysfunctional Beliefs about Infant Sleep and Objective Infant–toddler Sleep Indicators

Solbi Kang

Department of Psychology

Graduate School of

Sungshin Women's University

This study adopts a mixed research method to quantitatively and qualitatively identify parents' dysfunctional belief levels and contents about infant sleep, a key factor in the occurrence and maintenance of infant sleep problems. An objective tool, Videosomnography, was used to compare sleep indicators according to parents' dysfunctional belief levels about infant sleep.

A quantitative study was conducted to explore the differences in objectively measured sleep indicators according to the level of dysfunctional beliefs of parents about infant sleep. For this purpose, the collected data about demographic information, dysfunctional beliefs about infant sleep, parents' insomnia severity, and parents' dysfunctional beliefs about their sleep and objectively measured infant

sleep indicators were used. In order to explore the difference in sleep indicators according to the level of dysfunctional beliefs about infant sleep, a covariance analysis was conducted by infant age group after controlling race and income. As a result, the total sleep time of infants measured objectively differed significantly in all age groups according to the level of dysfunctional beliefs about infant sleep, and post-analysis showed that the shortest total sleep time of infants in the group with highest dysfunctional beliefs about infant sleep (6–11 months: [$F(2, 767)=14.96$ $p<.001$]; 12–17 months: [$F(2,321)=9.73$, $p<.001$]; 18–26 months: [$F(2,296)=6.09$, $p=.003$]). Objectively measured parental interventions also showed significant differences depending on the level of dysfunctional beliefs about infant sleep and showed a tendency to show more interventions in groups with highest dysfunctional beliefs (6–11 months: [$F(2, 767)=21.33$, $p<.001$]; 12–17 months: [$F(2, 321)=8.20$, $p<.001$]). In addition, parents' dysfunctional beliefs about their sleep and insomnia severity also showed significant differences depending on the level of dysfunctional beliefs about infant sleep.

A qualitative study was additionally conducted to understand the meaning and attitude of parents who experienced the phenomenon of infant sleep problems. For this purpose, in-depth interviews were conducted with 10 mothers with children aged 6–36 months. The interview contents were analyzed phenomenologically, and the six major meaning categories for infant sleep problems was derived: 'Seeking mother's help', 'Don't know the exact cause', 'Requiring

mother's effort and sacrifice', 'Child development', 'Fatigue and negative emotional experiences', 'Insomnia experience' .

Combining the above research results, a comprehensive review on the organic relationship between dysfunctional beliefs about infant sleep and infant sleep problems was presented, and various intervention methods for resolving infant sleep problems and limitations of the research were discussed.

Keyword: infant sleep, videosomnography, dysfunctional beliefs about sleep, behavioral insomnia, mixed study