

## 미숙아와 저체중출생아의 추후관리를 위한 이론적 배경

권 미 경\*

### I. 서 론

우리 나라는 영아사망의 주요요인인 미숙아와 저체중출생의 정확한 발생 빈도를 파악하기가 어렵지만 총 출생건수중 약 7.7%로 나타나 있다(이철, 1997). 1995년 1년동안 미숙아 또는 저체중출생관련 입원진료건수는 1991년과 비교해볼 때 22% 증가한 것으로 보고되고 있으며 점차 증가하는 경향을 보이고 있으며(황나미, 문병윤, 1996) 2500g미만 저체중출생아의 생존율에 있어서 1977년 77.7%에서 1986년 93%, 1000g 이상인 신생아의 생존율은 96% 이상으로 최근에 많이 향상되었다(최혁 등, 1995, 김행미, 1996). 더욱이 극소저체중출생으로부터의 생존은 더욱 심각한 장애발생과 더불어 신생아집중치료후 다양한 내과적 합병증에 비롯한 뇌성마비등의 만성문제를 초래하기 때문에 신경운동 및 발달등의 지속적 사정을 포함하는 장기간의 추후관리가 절대적으로 필요하다(Hack & Amiel-Tison, 1986).

미숙아나 저체중출생아의 부모는 영아의 건강, 영아의 행동, 발달과 관련된 영아 욕구에 대한 정

보와 지지적 도움에 관한 관심이 퇴원후 몇달동안 지속되기 때문에 적절한 추후관리가 중요한데(McCain, 1990; Gennaro et. al., 1990), 이들은 퇴원 후에도 지속적인 건강문제들에 직면하고 특히 첫 1년동안 재입원율이 높으며, 언어, 학습, 학교생활의 어려움등을 포함하는 신경발달상의 후속문제들에 대한 위험성이 있다. 그러므로 병원환경에서부터 퇴원 후에 직면할 수 있는 문제점들을 기초로 하여 적절한 퇴원계획과 퇴원교육, 추후관리를 하는 것이 필수적이며(Blackburn, 1995) 건강전문가에 의한 미숙아나 저체중출생아 부모를 위한 지속적인 지지의 필요성은 퇴원 후 몇년간 지속된다 (Miles & Holditch-Davis, 1997).

따라서 미숙아를 양육하고 부모의 관심사를 설명할 특수한 프로토콜과 프로그램은 개발되고 검증될 필요가 있다. 따라서 프로그램을 적용하고자 하는 대상자를 중심으로 그와 관련된 이론적 배경을 살펴보고자 한다.

### II. 본 론

\* 관동대학교 간호학과

아동의 건강과 발달을 위한 프로그램들은 적용 대상자, 접근 방법, 중재의 내용에 따라 매우 다양하다. 여기서는 중재 대상자를 중심으로 접근방법의 차이점을 중점으로 생각해 보고자 한다.

### 1. 아동중심의 접근 프로그램

유전적, 생물학적 문제들은 극복 또는 회석시킬 수 있으며 초기 경험은 아동발달에 중요하다라는 이 두가지 가정으로부터 프로그램 개발을 위한 다른 이론적 명제들이 세워진다.

- 1) 발달장애를 가진 아동은 많은, 다른 초기경험이 필요하다
- 2) 훈련된 요원이 하는 공식적인 조기중재 프로그램은 발달 장애를 보상하기 위해서는 필수적이다
- 3) 조기중재 프로그램에 참여하는 장애아의 발달 진행은 더 좋아진다

아동 중심의 접근은 세가지 단계로 나누어진다.

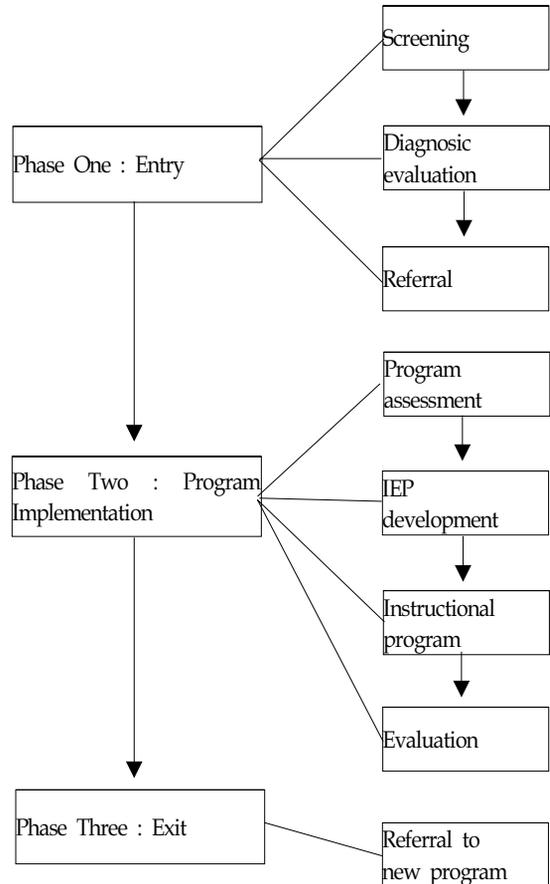
1단계 (Entry) : 발견, 규명, 프로그램으로 연계로 이 단계의 목표는 아동이 장애가 있는 지 여부를 결정하는 것이다.

2단계 (Program implementation) : 프로그램 운영자들은 사정도구들의 다양성, 프로그램에 참여하는 아동을 위한 개별적 교육 계획(Individualized Educational Plan: IEPs)을 개발하기 위한 활동을 전개한다.

3단계 (Exit) : 다음의 적절한 setting, 새로운 프로그램으로 연계하는 것이다.

아동중심 조기중재 프로그램은 서비스의 연속선상에서 제공되는 것으로 사정(screening)으로 시작하여 진단을 위한 사정, 연계, 프로그램 적용을 위한 초기 사정, IEP 프로그램의 개발, instructional program의 개발, 평가, 다음 setting

으로의 이행을 통해 진행된다(Bricker & Veltman, 1990).



### 2. 간호제공자(caregiver) 중심의 접근 프로그램

간호제공자에게 중심을 둔 조기중재는 영아의 건강, 안녕, 발달을 위해 부모의 중요성을 깨닫게 한다. 아동의 건강을 보호하고 사회적, 문화적 전통을 계승하는 부모는 사고하고(thinking), 행동하고(acting), 느끼는(feeling) 자로서 아동 발달을 위한 principal guide이며 아동이 친밀성, 안전성, 사랑을 경험하게 하는 유일한 사람이다. 전문가의

중요한 역할 중에 하나는 건강과 발달에 관한 지식을 잘 사용하고 아동 가족의 중요성에 대해 민감한 관심을 가지고 아동의 신체적, 정서적, 지적 안녕을 위해 부모와 간호제공자를 지지하는 것이다.

이와 같은 간호제공자 중심의 접근 프로그램이 효과적이기 위해서는 필수적인 요건이 있다.

- 1) 서비스 제공자의 능력(competence)
- 2) 서비스 제공자로부터의 간호의 지속성
- 3) 서비스 제공자와 간호제공자간에 partnership

〈부모-자녀가 함께 하는 중재 프로그램 모델〉

- 1) General pediatric model : 이는 아동 발달에 관한 안내를 받는 사람으로서 부모를 강조하는 것으로서 아동의 건강을 유지하는 법, 아프거나 다쳤을때 간호하는 법등에 대해 부모에게 조언하는 것으로 전문가의 중요한 역할 중의 하나이다.

Anticipatory guidance(사전지도)를 하는 것은 부모역할을 하는데 편안함과 자신감을 주게 한다. 첫 번째 관심사는 아동이지만 일은 부모와 전문가간에 이루어지므로 협력관계가 이루어지고, 전문가를 신뢰할 수 있고 전문가가 관심이 있다고 보여지고 부모의 질문과 관심이 있는 내용에 대해 충분한 논의를 허락할 만한 시간이 주어질 때 더 효과적이며 도움이 된다(Seitz & Provence, 1990).

- 2) Parent & Child model

Barnard 의 Parent-child interaction model  
Barnard(1978)는 영아의 건강한 성장발달을 위한 관련 요인으로 어머니-영아-환경의 상호작용을 중시하고 모아상호작용을 결정하는 어머니, 환경, 영아의 특성을 설명하고 이들 간의 관계를 설명하였다.

Barnard 모델의 궁극적인 목적은 가능한 건강과 발달적 문제를 미리 발견하여 가장 효과적인 시기에 주로 환경의 변화를 촉진하여 모아상호작용을 증진하고자 하는 것이다.

Barnard 모델의 기본적 가정은 엄마와 영아가 각각의 특성을 가지고 있고 각 특성에 의해 영향을 받는다는 것이다.

Barnard 모델의 가장 작은 원은 영아의 특성을 나타내는 것으로 신체적 외모, 기질, 수유와 수면 양상, 자기조절 등을 나타낸다.

그 다음의 원은 엄마(caregiver)의 특성을 나타내는 것으로 엄마의 사회 심리적 자산, 신체적 정신적 건강, 삶의 변화, 영아에 대한 기대와 관심, 가장 중요한 것은 엄마의 자녀양육 스타일과 적용 기술이다.

가장 큰 원은 영아와 엄마가 모두 포함되는 환경으로서 도와주는 사람의 여부, 적절한 환경(안전한 가정, 집, 음식), 지역사회 도움 등과 같은 사회적 재정적 자원 등이 포함된다.

각 원이 겹쳐지는 부분은 각 영역이 상호작용함을 의미하며 세 가지 원이 겹쳐지는 부분은 영아, 엄마, 환경간의 상호작용을 의미하는 것이다.

모아상호작용에 영향을 미치는 엄마의 특성

- 1) sensitivity to cues (영아의 신호에 대한 민감성)
- 2) Alleviation of Distress (영아의 고통 경감)
- 3) Providing growth-fostering situation (사회, 정서 및 인지적 발달을 위한 양육활동)

모아상호작용에 영향을 미치는 영아의 특성

- 1) Clarity of cues (신호의 명확성)
- 2) Responsiveness to caregiver (어머니에 대한 반응)

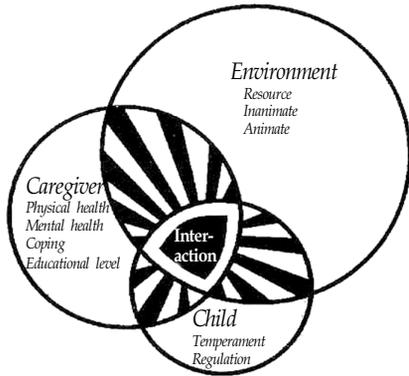
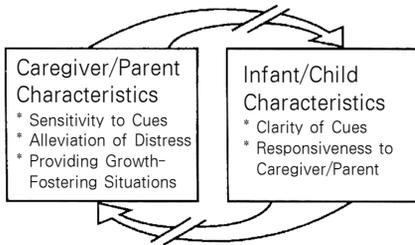


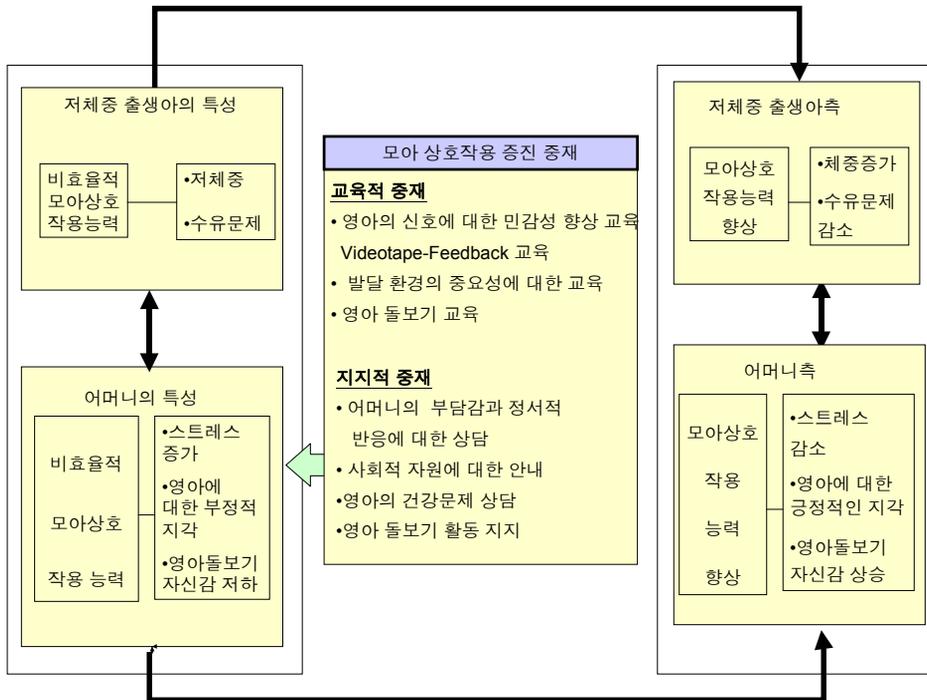
Figure 1. Child Health Assessment Model

The Barnard Model



Barnard의 모아상호작용 모델을 이용한 저체중 출생아와 어머니의 모아상호작용 증진 프로그램의 개념적 기틀(1998, 권미경)

3) 치료사로서 부모(parent as therapist) 모델  
 전문가들이 아동을 위해 하는 일을 부모가 해야하는 경우가 다양한 장애 상황에서 발생한다. 부모는 간호사, 언어 치료사, 작업치료사, 물리치료사가 될 수 있으며 특별한 요구를 가진 아동을 위한 교육적, 치료적 프로그램의 한 부분을 실행하는 교사가 될 수 있다. 최근에 복잡한 건강요구를 가진 기술적으로 의존적인 아동의 가정간호의 주된 책임이 부모에게 있으며 부모가 이런 기술들을 배우는 것은 중요한 것으로 여겨지고 있다. 또한 그런 아동을 효과적으로 간호하도록 부모에게 필요한 교육을 하고 정신적으로 부모를 지지하는 전문가의 훈련이 증가되고 있다.



‘치료사로서 부모’의 접근방법을 하기 위해서는 아동의 상태를 이해하기 위해 조심스럽게 아동을 사정하는 것이 필수적이다. 즉, 아동에게 직접적인 활동을 하지 않고 치료는 부모에게 guide를 제공하는 것으로 가능한지를 결정한다.

부모는 아동의 특별한 문제에 초점을 맞추어야 하며 task-orient 되어야 한다. 그러나 모든 부모가 효과적인 치료사가 될 수는 없다.

불안, 긴장, 분노는 부모나 아동이 모두 치료과정을 잘 진행되게 하는데 방해가 된다, 한가지 문제는 맡겨진 일을 잘할 수 없을 것 같은 공포와 부모로서 사랑을 잃게 될까봐 두려워지는 것이다. 부모와 아동에게 생기는 스트레스는 아동의 장애 때문에 이미 갖고 있는 것 이상의 정서적 합병증을 발생시킨다. 따라서 전문가들은 부모-자녀 간에 스트레스가 언제 많이 발생하는 가를 알기 위해서 민감해져야 한다.

#### 4) 교사로서 부모(parent as teacher) 모델

개념적으로 이 모델은 ‘치료사로서 부모’와 비슷하지만 치료사로서의 역할보다는 강도가 약하다. 이것은 다른 사람에 의해 ‘교사로서의 부모’를 받아들이게 하기보다는 오히려 부모가 문제를 인지하고 도움을 요청하기 때문에 받아들이게 된다. (아동이 지적 결함이 있을 때 적절한 인지 자극을 주기 위해 전문가에게 배우고 전문가처럼 행동하게 된다)

#### 간호제공자 중심의 접근 프로그램에 부정적인 영향을 주는 요인

- ① 간호제공자를 둘러싼 환경이 취약한 경우(가난)
- ② 미숙이나 장애와 같은 특별한 어려움을 갖고 있는 경우
- ③ 부모가 특별한 취약점이 있는 경우(우울증

엄마, 십대 엄마)

이와같은 요인을 고려하여 프로그램이 디자인 되어야 한다(Seitz & Provence, 1990).

### 3. 가족 중심의 접근 프로그램

환아의 가족을 위한 가족중심의 프로그램은 대부분 가정에 적합한 전략으로부터 특별한 문제를 가진 아동이나 가족에게만 적합한 더 집중적이고 특수한 전략까지를 포함한다.

조기중재에서 가족의 참여가 증가하고 있는 것은 다음과 같은 이유에서이다.

- 1) 부모는 일반적으로 아동을 위한 서비스 이용자가 되고 있으며 자신과 아동이 요구하는 서비스 영역에 대한 많은 지식을 갖게 되었다.
- 2) 아동에게만 초점을 두면 조기중재에 대한 효과성이 불분명해진다.
- 3) 아동 행동을 수정하는데 있어 부모의 역할의 중요성이 지지되고 있다
- 4) 장애를 가진 아동이 있는 경우 그 가족은 특수한 요구를 가지고 있다.

아동발달에 있어 가족은 시간이 지남에 따라 아동에게 영향을 주고 아동에 의해 영향을 받는 caregiving environment의 필수 요소이다(Simeonsson, & Bailey, 1990).

이 모델에서 가족은 체계로 보았으며 가족체계는 변화와 적응이 계속되는 역동적 체계, 에너지 전환체계이며 인간은 다른 체계와 환경과의 상호 의존적인 교류에 의해 유지되는 전체 생명체의 일부로 존재하며 가족은 상호작용하는 개인들로 구성되거나 부분의 합 이상의 독특한 전체로서의 특성을 지닌다고 본다. 가족은 외부와 고립해서 존재하는 것이 아니라 그를 둘러싸고 있는 물리적, 사회적 환경과 끊임없이 상호작용을 통하여 에너지와 정보를 주고 받으며 개인과 사회의 생존과 발

전에 중요한 작용을 한다(홍춘실 등, 1999).

#### 4. 병원중심의 접근 프로그램

병원 입원 이후에 서비스 제공자와 부모의 관심사는 영아의 생존이나 건강상태로부터 가정에서 영아의 미래와 영아의 발달과정으로 옮겨간다.

영아의 추후관리 프로그램, 일차건강간호제공자, 지역사회 간호사, 가정간호협회, 조기 중재프로그램 간의 밀접한 협조는 3차 의료기간에서 지역 병원이나, 가정으로의 성공적 이행에 필수적이다.

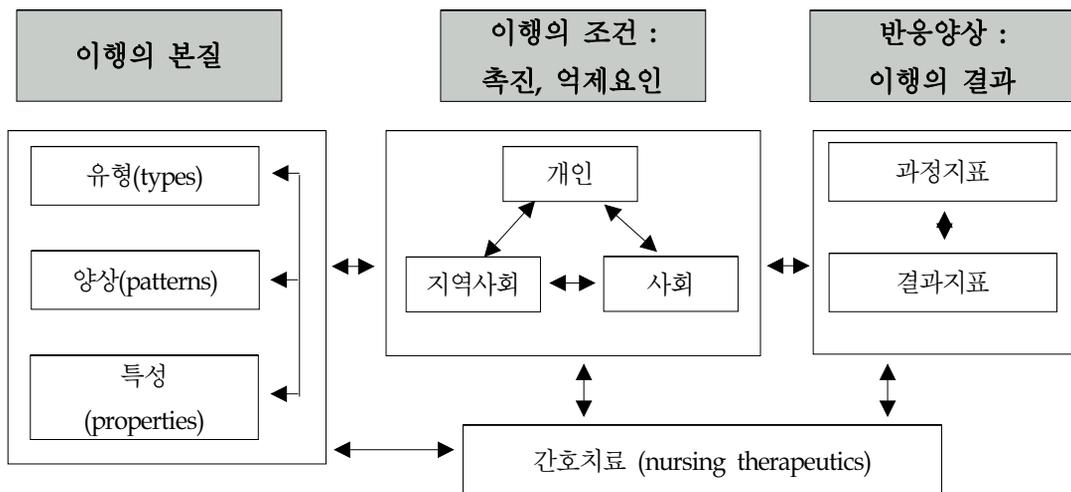
##### 이행이론(transitional model)

이행이란 한 상태나 조건 또는 장소에서 다른 상태, 조건, 장소로의 이동을 말하며 시간과 움직임을 내포하고 있어 시간의 변화에 따른 경험과정이다. 또한 한 개인이 안정감을 느끼던 생활이 파괴되고 친숙한 것에서 벗어나 새로운 것을 시도하게 되는 것을 의미한다. 이에 이행을 경험하는 개인은 변화하는 상황이나 환경과 복합적인 상호작용을 통해 그에 적응하게 된다. 이와같은 이행은 개인의 일상생활과 건강, 관계, 환경의 변화를 초래하기도 하지만 또한 개인의 생활이나 건강, 관계, 환경의 변화가 이행을 유발하기도 한다.

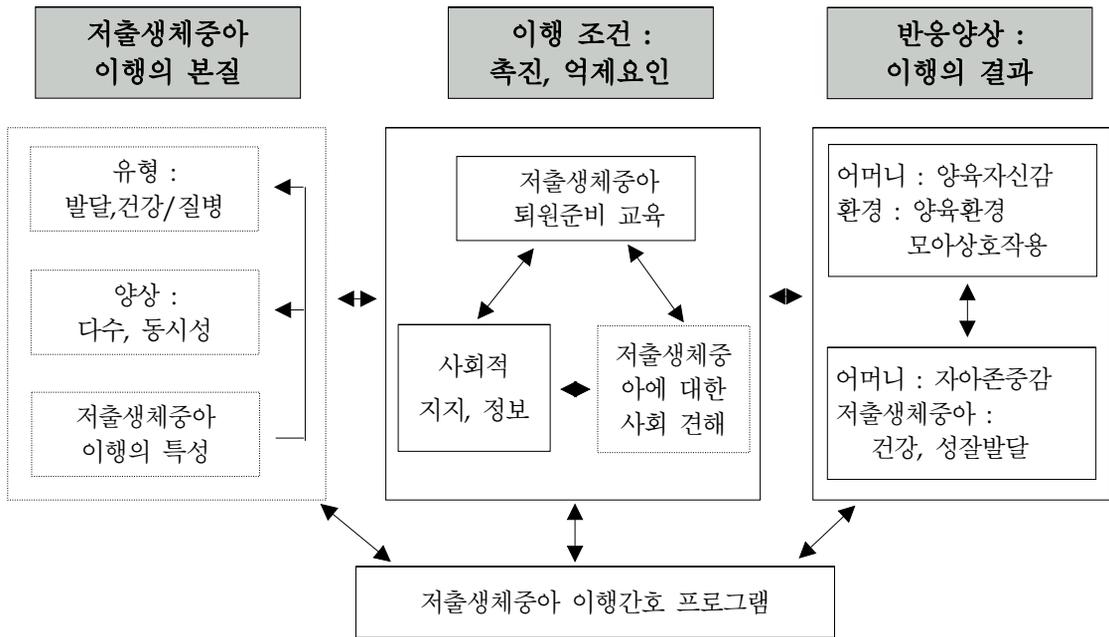
건강한 이행의 성취를 촉진하거나 방해하는 개인적 그리고 환경적 조건들은 건강한 이행과정과 이행의 결과에 영향을 미친다.

##### \* 퇴원중재 프로그램(Hospital to Home Transition)

사회적 지지모형에 근거하여 병원의 신생아 집중간호단위로부터 집으로 이행하는 미숙아 가족의 지지를 제공하는 것으로 엄마의 관심에 따라 영아 발달, 미숙아의 특성에 대한 정보 제공, 정서적지지, 자원에 대한 정보에 대하여 가정방문을 통해 제공하였다(Affleck, 1989).



< 연구의 이론적 기틀 >



< 연구의 변인 >

5. 지역사회 중심의 접근 프로그램

지역사회 중심의 중재프로그램은 전문가, 가족 상담가(family worker), 지역에 있는 여러 기관들과 함께 협력하여 저소득층 가족에게 임신기간, 영아기 동안 지속적인 goal-oriented support를 제공하는 것이다. 지지의 구성요소로는 프로그램, 정보, 안내, feedback을 가족이 제대로 알 수 있도록 하는 것이며 문제를 해결하도록 협력하고 격려하고 정신적 지지를 하는 것 등이 포함된다.

지지는 가정방문과 같은 개인 활동, 동료지지 그룹, 부모교육 클래스와 같은 그룹 활동을 통해 가족에게 제공된다(Halpern, 1990).

사회적 지지의 주효과는 스트레스와 상관없이 대인관계를 통해 개인에게 사회적인 환경을 통합하는 능력을 제공하여 개인의 적응에 영향을 주어 언제나 대상자의 긍정적인 건강결과와 연관된다. 완충효과로는 개인 또는 가족이 스트레스 상황에

직면했을 때 문제해결을 제공하거나 문제의 중요성, 위협에 대한 평가를 약화함으로써 위기에 대처하는 능력을 증강시키고 적응을 촉진시킴으로서 스트레스가 그들의 건강 및 삶에 미칠 수 있는 부정적인 영향을 경감시킨다. 매개효과로 다른 외적인 인자가 스트레스 발생에 미치게 될 직접적인 효과를 감소시켜준다(Baron & Kenny, 1986; Rook, 1990) 특히 양육과 자녀돌보기에 대한 지지는 부담감을 극복시키는 완충효과와 직접적 효과를 모두 가지고 있는데(Chapieski & Evankovich, 1997) 이러한 지지의 부족은 저체중출생아의 부모가 부모역할에 대한 자신감 부족과 불안감을 증가시키는 원인이 되기 때문에(McKim, 1993) 퇴원 후 위기에 적응할 수 있도록 도와주며 특히 이 시기에 부모 역할(parenting) 증진중재는 저체중출생아의 발달도모에 매우 중요하다(Hertzig & Farber, 1996).

사회적 지지의 속성은 정서적지지(신뢰, 애정,

감정이입, 친밀감), 평가적 지지(수용, 긍정적 환류, 긍정적 자기평가), 정보적 지지(사람들이 스스로 돕도록 돕는 것), 도구적 지지(실제적 도움의 교환, 욕구충족의 효과를 가지는 실제적 도움)로 구분할 수 있다(House, 1981).

사회적 지지의 단위로는 개인 대 개인의 개별적인 지지, 지지모임을 통한 그룹지지 및 지역사회 단위의 지지가 있는데, 개별적인 지지의 장점은 개인의 구체적인 요구에 근거하여 전문적인 지지를 받을 수 있고 표출하기 어려운 깊은 감정을 잘 노출시킬 수 있다는 점이 있고, 지지모임을 통한 그룹지지는 사회적 지지망의 형성도 포함한다고 할 수 있다(Hansell 등, 1998).

사회적 지지망은 가족, 친구, 친척, 이웃과 같은 비공식적인 집단과 공식적인 관계를 형성하는 집단으로 크게 구별할 수 있다.

지역사회 중심 프로그램은 지역사회의 다양한 기관으로부터 도움을 받는다.

### III. 결 론

위에서 살펴본 바와 같이 중재 프로그램을 적용하는 대상자에 따라 접근방법은 다양할 수 있다.

그러나 아동을 돌보는 부모는 자녀의 건강, 안녕 그리고 발달에 있어 핵심적인 위치에 있으며 자녀에게 가장 밀접한 환경이 되므로 부모를 중심으로 하는 간호중재가 중요하리라 생각된다. 그러나 아동, 부모가 속해 있는 가족은 아동을 지지하는 중요한 환경이 되며 가족은 사회를 구성하는 단위로서 사회에 영향을 미칠 뿐 아니라 사회로부터 영향을 받게 된다.

따라서 어떤 접근 방법이든 간에 아동을 둘러싼 모든 사람, 환경이 상호 밀접한 관계가 있으므로 아동의 건강 유지와 적절한 발달을 위해서는

모든 것을 고려하는 것이 바람직하다고 생각한다.

위에서 살펴 본 접근방법과 다양한 중재 내용들이 고려된 프로그램을 몇가지 소개하고자 한다.

#### \* 부모에게 적용한 지지중재 프로그램

##### 1) 영아건강발달 프로그램(Infant Health and Development Program : IHDP)

IHDP는 기관과 가정에 기초한 조기중재 프로그램으로 저체중출생아를 대상으로 하였다. 이 프로그램은 미숙아의 발달지연을 감소시키기 위한 교육적 서비스와 가족 지지의 효율성을 검증하는 것이다.

IHDP의 목적은 아동의 능력 향상이며 영유아와의 직접적인 발달적 작업, 엄마의 상호작용 능력과 교육능력 향상 촉진, 엄마의 문제해결 능력 교육, 그리고 사회적 지지 등 다양한 전략이 사용되었다. 프로그램은 퇴원 후 36개월까지 적용되었으며 8개 지역의 985명의 영아를 대상으로 하였다. 대상자의 1/3은 중재 프로그램을 받았고 나머지는 추후관리만 받았다. 중재군에게는 12개월부터 36개월까지 기관에서 교육적, 발달적 프로그램을 적용하였으며 첫 1년은 매주 1회 가정방문, 2,3년째는 2주 1회 가정방문을 하였다. 2,3년째는 두 달에 한번씩 부모모임이 열렸으며 가족에 대한 사회적 지지는 가정방문시 스스로 발견한 문제를 관리하는 형식으로 제공되었으며 부모모임을 통해 비공식적으로도 제공되었다.

이 프로그램은 지지과정이 중재에 포함되었으며 사회적 지지는 정보제공과 정서적 지지를 포함하는 전문가의 지지와 부모집단에 의한 지지가 있는데 구조화된 중재형태 내에서 더 효과적으로 적용될 수 있음을 보여주었다.

이 프로그램의 효과는 중재군에서 긍정적인 아동 발달이 촉진되었고 행동문제는 적었으며 중재

군의 40%가 인지발달, 건강, 성장, 사회적, 적응적 결과에서 정상적인 범위안에 들었으나 대조군은 11%만이 정상범위 안에 들었다. 정상적인 범위안에 든 아동의 부모는 더 수용적이며 아동에게 발달자극을 제공하였다(Brooks-Gunn, Klebanov, Liaw, Spiker, 1993)

2) 시카고 아동부모센터 및 확장 프로그램(Chicago Child Parent Center and Expnsiom Program : CCPC)

CCPC 프로그램은 주로 기관에서 중재를 하면서 가정에서도 병행하여 중재를 하였다. 이 프로그램은 학교 교육에 실패할 위험이 있는 학령전기부터 3학년까지의 아동을 가진 저소득층 아프리카계 미국인을 대상으로 하였다.

교육중재를 중심으로 3-4세의 아동에게 읽기와 언어능력 증진을 위한 반일제 학교 프로그램을 제공하였으며 그 외에 학습활동과 실무진 훈련, 소수 학급제, 부모참여 등을 통해 정서 발달을 도모하였다.

사회적 지지가 직접적인 중재의도는 아니었지만 전반적인 요소가 중재에 포함되어 가족과 부모에 대한 사회적 지지로서 기능하였다. 학교-지역사회의 대표자가 필요시 가정방문을 하였으며 학교에는 부모자원실을 두었다(Reynolds, 1994).

3) 부모-영아 프로젝트(Parent-Infant Project : PIP)

저소득층 영아 부모에게 준 전문가를 통해 가족 지지를 제공하는 프로그램으로서 임신 3기에 시작하여 영아가 14개월 될 때까지 지속되었다. 비전문가인 가정방문자를 선택하여 아동발달과 간호에 대해 집중훈련을 하고 보건간호사의 감독을 받도록하였다. 가정방문은 대상자와의 지지적이고 신뢰적인 관계를 발달시키도록 하였으며 직접적인

지지제공과 대상자가 다른 지지체계를 발달시키도록 돕는데 중점을 두었다(정서적지지, 구체적인 도움, 엄마의 공식, 비공식적 지지망 증진시키기, 정보제공, 자녀돌봄에 대한 제안)(Dawson, 등1991).

참 고 문 헌

권미경. 저체중출생아와 어머니의 모아상호작용 증진 중재 프로그램 효과에 대한연구. 서울대학교 박사학위 논문, 1998

김행미. 신생아 관리의 최신 지견 및 저출생체중아의 예후, 소아과, 39(5), 762-772

이철. 우리나라 저체중아 출생현황 및 문제점. 대한 신생아 학회지 모음집 1997; 제5권: 1109-1114

채선미. 저체중출생아 이행간호 프로그램 개발 및 평가. 연세대학교 박사학위 논문, 2001

황나미, 문병윤 (1996). 선천성 이상 및 저체중 출산관련 장애 현황과 관리대책. 한국보건사회연구원

홍춘실, 김영희 (1999). 가족건강학, 현문사

Affleck, G., Tennen, Rowe, J., Roscher, B., Walker, L. (1989). Effects of formal support on mother's adaptation to the hospital-to-home transition of high risk infants. Child Development, 60, 488-601

Barnard Kathryn E. (1978a). The Nursing Child Satellite Training series, Nursing Child Assessment Satellite Training, learning resource manual.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic. and statistical considerations. Blackburn, S. Problems of Premature Infant

- 
- After Discharge. *JOGNN* 1995; 24(1): 43-49
- Brooks-Gunn, J., & Klebanov P. K., Liaw F., Spiker, D. (1993) Enhancing the Development of low birthweight premature infants : Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development*, 64, 736-753
- Chapieski M. L. & Evankovich K. D (1997). Behavioral Effects Prematurity. *Seminars in Perinatology*, 21(3) : 221-239
- Bricker, D. & Veltman, M. (1990). Early intervention programs : Child-focused approaches. Cambridge University press.
- Dawson, P. M., Robinson, J. L., Butterfield, P. M., van Doorninck, W. J., Gaensbauer, T. J., Harmom, R. J. (1991). Supporting new parents through home visit. *Topics in Childhood Special Education*, 10, 29-44
- Halpern, R. (1990). Community-based early intervention. Cambridge University press.
- House, S. (1981). *Work, Stress, and social Support*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Hertzig M. E., Faber E. A. (1996) *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development* Brunner/ Mazel Publishers. New York
- Hack, M., Amiel-Tison, C. (1986). in *Care of the High-Risk Neonate*, edited by Klaus, M. H., & Fanaroff, A. A. 378-384, W.B. Saunders.
- Gennaro, S., Zukowsky K., Brooten D., Lowell L., Visco A. (1990). Concerns of Mothers of Low Birthweight Infants. *Pediatric Nursing*, 16(5): 459-462
- McCain G. C. (1990). Parenting Growing Preterm Infants. *Pediatric Nursing*, 16(5): 467-470
- McKim, E. M. (1993). The information and support of mothers of premature infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 8(4): 233-244
- Meisles S. J. & Shonkoff J. P. (1990) *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge University press.
- Miles M. S. & Holditch-Davis D. (1997). Parenting the Prematurely Born Child : Pathways of Influence. *seminars in perinatology*, 21(3): 254-266
- Reynolds, A. J. (1994). Effects of a preschool plus follow-on intervention for children at risk. *Developmental Psychology*, 30, 787-804
- Seitz, V. & Provence, S. (1990). *Caregiver-focused models of early intervention*, Cambridge University press.
- Simeonsson, R. J. & Bailey, D. (1990). *Family dimensions in early intervention*, Cambridge University press.