

## 산욕기 산모의 산후 우울증에 영향을 미치는 요인

최 의 순\* · 오 정 아\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

산욕기는 신체·생리·심리·사회적 변화와 더불어 모성으로서의 새로운 역할이 부가되고 책임이 가중되는 생의 전환기로서, 분만후의 공허감과 상실감, 호르몬의 생리적 변화 및 부모로의 역할변화 등 여러 가지 긴장요인으로 인해 정상적인 산욕부인 경우에도 뚜렷한 이유 없이 우울한 심리반응을 일으키는 것으로 알려져 있다(Kahn & Autonucci, 1980). 이러한 이유로 산욕기는 사회 심리적 재통합이 이루어지는 중요한 시기로 간주되며(이경혜, 1982; Lesh, 1978; Rubin, 1984) 이 시기 산모의 심리적 변화는 특히 중요시되고 있다.

산후 우울증(postpartum depression)은 분만 여성의 10~22%에서 발생하는 일반적인 건강문제로서(Kendell, 1985; O'Hara, Zekoski, Phillipps, & Wright, 1990; Pop, Essed, de Geus, van Son, & Komproe, 1993) 우울 여성의 60%에서 산후 우울증이 우울에 대한 첫 경험(Stowe, Casarella, & Landry, 1995)이었다고 한 만큼 그 의미가 중요하다.

산후 우울증은 부부를 중심으로 한 핵가족의 발달과 현대 산업사회의 변화로 인해 더 증가하고 있는 경향을 보이고 있으나(조영숙, 1987), 아직까지 이에 대한 정확

한 정의나 진단에 대한 어려움이 있는 독특한 장애이기도 하다(Cutrona, 1982; Hopkins et al., 1984).

산후 우울증에 대한 연구 결과를 보면 O'Hara 등(1990)은 비분만 여성 군과 비교하였을 때 임부와 새내기 엄마들은 더 심각한 우울 증상과 정신 사회적 문제를 경험한다고 하였고, Mowbray, Oyserman, Zemencuk 와 Ross(1995)는 여성들이 중요한 정신적인 고통을 동반할 수도 있는 시기가 임신 마지막 달과 분만 첫 달이라고 하였다. Buist(1993)는 자신의 임상경험을 토대로 하여 산후 우울증은 산모와 아기뿐 아니라 가족 전체에 까지 아주 심각한 결과를 초래할 수 있으므로 예방 및 조기 진단과 신속한 치료가 매우 중요하다고 하였다.

그러나, 거의 모든 산모들이 어떤 형태로든지 산후 우울증을 경험하고 있음에도 불구하고, 대부분은 우울한 감정을 부정하고 무시해버림으로써 자칫 간과하기 쉽고, 이로 인하여 예방과 간호, 치료 측면에서의 인식이 부족한 실정이다(Allen & Frances, 1994; Millis & Kornblith, 1992). 특히 우리 나라는 전통적으로 정서적, 심리적 건강문제 역시 전문적인 치료를 받아야 한다는 것에 인식이 부족하고 정신과에 대한 기피현상마저 있어, 산후 우울증을 정신질환으로 여기지 않고 정상이거나 신체질환으로 여겨 병원을 찾기보다는 그냥 지내거나 민간요법으로 치료하려고 하는 경향이 있다(배정이, 1999). 홍종문과 송수식(1986), 최보문과 최수호

\* 가톨릭대학교 간호대학

(1981)도 우리 나라에서는 대부분 산후 심한 정신증적 우울일 경우에만 입원 치료를 받는다고 하였는데, 산후 우울증은 산후 정신증에 비해 그 빈도가 높고 오랜 기간 지속되는 경향이 있기 때문에 더욱 중요하다고 강조하였다.

산후 우울증은 대개 산후 6개월 이내에 발생하며, 빈번히 발생하는 두 시기가 있는데 그중 한 시기는 병원에서 막 퇴원을 하여 집으로 돌아왔을 때로서 이는 병원의 보호적 환경으로부터 떠나와서 주부로서의 의무를 생각하여야 하고 아직 익숙하지 못한 엄마로서의 역할을 수행하는데 따르는 육체적, 정신적 스트레스 등으로 인한 다. 또 다른 빈발시기는 퇴원 후 2~3주 후인데 이때까지 여러 친지들이 보여준 특별한 관심 및 도움이 이전의 상황으로 복귀되는 시기와 일치한다(Vandenbergh, 1980).

최근의 급격한 사회변화로 가정이 핵가족 화되면서 산모는 신생아 간호와 산후관리를 스스로 해야하는 실정이고, 또한 분만 후 최소 1박 2일 만의 조기퇴원으로 인하여 산모들이 산후 자가간호와 신생아 양육에 대해 충분한 교육을 받지 못한 채 퇴원하는 실정이어서(신혜숙, 김승희, 권숙희, 2000) 산모의 산후 우울증에 대한 취약성이 더욱 증가할 것으로 우려된다.

Rubin, Gardner와 Roth(1975)도 병원에서의 산모에 대한 간호가 너무 빨리 끝나버리고 있다고 지적하면서 분만 직후의 간호중재는 산모와 신생아를 대상으로 현재 행하고 있는 것과는 다른 형태의 간호가 더욱 집중적으로 요구된다고 주장하였다.

따라서 본 연구는 산후 우울증이 발생되기 시작하는 시기인 분만 2주 후의 산욕기 산모를 대상으로 산후 우울증 정도, 산후 우울증에 관련된 요인을 파악하여 산모들에 대한 이해와 적절한 관리로 산후 우울증을 예방하고 조기 발견할 수 있는 간호 중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 산모의 일반적 특성에 따른 산후 우울증 정도를 파악한다.
- 2) 산모의 산과적 특성에 따른 산후 우울증 정도를 파악한다.
- 3) 산후 우울증에 영향을 미치는 요인을 파악한다.
- 4) 요인별 산후 우울증 정도를 파악한다.

## 3. 용어 정의

### 1) 산후 우울증

산후 우울증은 산욕기에 있는 산모에게 생기는 감정의 심각한 변화로써 정서적인 기본변화로부터 병적인 상태에 이르기까지 근심, 침울함, 실패감, 무력감 및 무가치감을 나타내는 정서장애로서(Battle, 1978) 본 연구에서는 배정(1997)가 개발한 산후 우울증 측정 도구로 평가한 우울 정도를 말한다.

## II. 문헌고찰

많은 정신건강 전문가들에게 있어 여성은 생식기 동안에 정신적 장애의 위험이 증가된다는 사실이 널리 받아들여지고 있다(나용진, 1993). 특히 분만은 단순한 신체적 경험이 아니라 정신 사회적 상호작용과 인지과정에 영향을 주는 총체적 경험이며, 산욕기는 신체, 심리, 사회적 변화와 더불어 모성으로서의 새로운 역할이 부가되고 책임이 가중되는 생의 전환기로서 산모자신뿐 아니라 가족 전체에까지 커다란 영향을 주는 중요한 시기라 하겠다(Hans, 1986, Klaus & Kennell, 1980). 따라서 이 시기에는 여러 가지 긴장 요인이 작용하며 예기치 않았던 심리 반응을 일으켜, 정상적인 산모들에게서도 공허감과 상실감으로 인한 우울증이 흔히 나타남은 잘 알려진 사실이다(Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980).

심한 우울증을 포함하는 산후 정신 질환이 왜 인생에 있어서 가장 기쁘고도 중요한 시기에 동반이 되는지는 여전히 의문으로 남아 있다(Yoyngs, 1979의 연구, 나용진, 1993에 인용됨). 출산과 관련되어 나타나는 산후 정신장애에는 산후 우울(baby blues), 산후 우울증(postpartum depression) 및 산후 정신병(postpartum psychosis)이 포함된다(최연순 등, 1994). 산후 우울은 대개 분만 후 첫 48시간 이내에 발생하며 근본적으로 심리적인 원인으로 생각되나, 이 기간동안의 급격한 임신성 용모성 성선자극호르몬(hCG)의 저하와도 직접적인 관계가 있다고 한다(Vandenbergh, 1980). 증상들로는 정서적 불안정으로 상황에 부적절하고 예측이 불가능한 갑작스런 눈물로 환자로 왜 울었는지에 대해 알기 힘들 때가 많다. 이와 함께 불안과 초조 등이 있을 수 있는데 80% 이상의 산모들이 이러한 감정의 전부 혹은 일부를 느낀다고 한다(McIntosh, 1986; Patrizia, 1990). 증

상들은 대개 더 이상 진전이 되지 않고 발생 후 48~72 시간 이내에 회복이 되므로 정신과적 자문을 요하지는 않는다. 그러나 이들 증상들이 계속되거나 점차 그 정도가 심해진다면 산후 우울증으로 이행되고 있다는 조기 경고로 받아들여야 한다(나용진, 1993). 따라서 산후 우울증은 빈번히 정신과적인 자문을 요할 정도의 증증을 나타낼 수 있으므로 일시적인 산후 우울과는 반드시 감별되어야 한다(Patrizia, 1990). Pitt(1968)는 산후 우울증에 대하여 "자살과 유아살해 충동의 위험성을 가진 극도로 심한 산후 우울증과 아주 경한 형태의 중간 단계로서 전자보다는 빈번히 발생하며 후자보다는 훨씬 더 사람을 무력하게 만드는 것"이라고 정의하였다. 즉, 산후 우울증은 산후 우울보다 우울의 정도가 심하고 오래 지속되며 분만 6개월 이내에 발생하는 감정적인 징후로서 일반적인 우울 반응 외에도 퇴행 증상, 적응장애 및 모성 역할장애도 보여 입원치료가 요구되는 상황을 말한다(최연순, 1994). 산후 정신장애 중 가장 심한 형태인 산후 정신병은 보통 산모 1,000명 당 1~2명의 빈도로 발생되며(Kendell, 1985), 사고장애나 심한 우울증이 특징이고, 심한 경우 자살충동이나 유아살해 충동까지 느끼게 된다. 이러한 증증의 증상들로 인하여 산후 정신병은 쉽게 알아차릴 수가 있다. 이에 반해 산후 우울증은 훨씬 더 정의하기가 곤란하고 알아차리기가 쉽지 않다. 이병관(1982)의 연구에서도 자살과 유아살해에 대한 시도는 산후 정신증 보다 우울증에서 더 흔히 볼 수 있다고 보고하여 산후 우울증의 심각성을 나타내 주고 있다.

박영숙(1991)에 의하면 초산모의 85.7%가 산후 8주 이내에 산후 우울을 경험하였다고 한다. 이정균(1990)은 산후 우울의 발생빈도를 50~70%로 보았고, 발생시기는 보통 산후 수일 이내인데, 분만 후 3~5일 사이가 가장 흔히 발생된다고 하였다. 그리고, 전지아(1990)의 산후 3-7주의 산모를 대상으로 한 연구에서는 20.5%의 산모가 상당한 우울 상태에 있다고 하였다.

하지만, 산후 우울증을 겪는 산모들이 건강 전문인에게 의뢰되는 비율이 낮는데, 그 이유는 산모 자신이 우울의 원인에 대하여 지각하려 하지 않고, 정서적인 어려움을 경험하고 있다는 것을 인정하기 꺼려하기 때문이다(Beck, 1992).

홍종문과 송수식(1986), 최보문과 최수호(1981)도 우리 나라에서 대부분의 산후우울증 환자는 입원하지 않고 심한 정신증적 우울일 경우에만 입원하고 있다고 하였다. 따라서 건강전문인들은 이들이 도움을 요청하기를

기다리기보다는 미리 예방하도록 적극적인 역할을 수행해야 할 것이다(배정어, 1996).

국내에서도 산후 우울증에 대한 연구가 꾸준히 진행되어 산모와 그 주요 지지체계인 배우자를 대상으로 한 연구뿐만 아니라 도구 개발 연구도 진행되고 있으나(나용진, 1993; 배정어, 1996; 배정어, 1997; 배정어, 1999; 신자영, 1997; 윤근순, 1984; 이영화, 1989; 장혜숙, 1996; 전지아, 1990; 조영숙, 1987), 아직 수적으로 부족한 상태로 더 많은 임상적 기초 자료가 요구된다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구 대상

본 연구의 대상자는 서울특별시 K병원 산부인과 외래에서 분만 2주 후 산후진찰을 받으러 온 산모들을 편의 표출하였다. 연구에 참여하기로 한 임부는 총 569명이었으나 이들 중 한 문항이라도 응답을 하지 않아 자료분석이 곤란한 대상자는 제외시켜서 최종적으로 연구에 남은 대상자는 총 384명이었다.

#### 2. 연구 도구

##### 1) 산후 우울증 측정 도구

산후 우울증 측정 도구는 배정어(1997)가 개발한 총 46문항의 도구로서 ① '정서적 양상: 자아통제의 어려움', ② '인지적 양상: 자아개념의 손상', ③ '아기와의 관계 양상: 아기에 대한 부정적인 느낌', ④ '아기와의 관계 양상: 아기에 대한 부담감', ⑤ '부정적인 자아정체감', ⑥ '신체 생리적 양상: 신체기능의 장애', ⑦ '대인관계 양상: 타인에 대한 원망'의 7개 요인으로 구성되었다. 개발 당시의 Cronbach coefficient alpha 계수는 0.95이었으며, 본 연구에서도 0.95로 나타났다. 본 도구는 4점 척도('전혀 그렇지 않다', '그렇지 않은 편이다', '그런 편이다', '항상 그렇다')로서 점수범위는 46~184점이며, 점수가 높을수록 산후 우울증 정도가 높은 것을 의미한다.

#### 3. 자료 수집 및 분석

##### 1) 자료수집

1999년 6월 29일부터 2000년 4월까지 서울특별시 K병원에서 분만 2주 후 산후 관리를 위해 내원한 산모

들에게 연구의 목적과 구조화된 질문지의 내용을 설명한 후 그 자리에서 작성하도록 하여 회수하였다.

2) 자료분석

SAS 프로그램을 이용하여 산모들 각각의 일반적 및 산과적 특성에 따른 산후 우울증 정도의 차이는 t-test, ANOVA를 사용하였고, ANOVA 후 집단간의 차이는 Scheffe test를 하였다. 산모의 제 특성이 산후 우울증에 영향을 미치는 정도는 stepwise multiple regression 을 사용하여 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

산모들의 평균 연령은 30.2세로 20대가 48.2%, 30~34세가 38.5%, 35세 이상의 고위험군이 13.3%이었다. 종교가 있는 군이 62.5%, 대출 이상이 69.5%이었다. 전업주부가 67.7%를 차지하였으며, 경제상태는 '중'이라고 생각하는 군이 94.8%로 가장 많았다. 결혼방식은 연애가 83.6%로 많았으며, 결혼만족별로 보았을 때 '매우 만족'한 군이 68.2%, '보통' 31.5%, '불만족'이 0.3%를 차지하였다. 산모들의 71.1%가 어렸을 때 부모로부터 사랑을 '많이 받았다'라고 했으며, 1.3%만이 부모로부터 사랑을 '받지 못했다'라고 하였다. 시댁과의 관계는 71.4%가 '좋다'고 하였고, '보통'은 27.9%, '나쁨'은 0.8%이었다(표 1).

<표 1> 대상자의 일반적 특성에 따른 산후 우울증 정도 (N=384)

특 성	N (%)	산후 우울증 정도	
		Mean±SD	t or F
연령			
~ 29세	185 (48.2)	75.4±17.4	0.01
30세 ~ 34세	148 (38.5)	75.4±16.9	
35세 ~	51 (13.3)	75.1±16.7	
종교			2.42*
유	240 (62.5)	77.0±16.4	
무	144 (37.5)	72.6±18.0	
교육정도			1.40
고졸 이하	117 (30.5)	73.5±17.8	
대출 이상	267 (69.5)	76.1±16.7	
직업			0.77
유	124 (32.3)	76.3±18.2	
무	260 (67.7)	74.9±16.5	

경제상태

상	11 ( 2.9)	72.3±14.9	0.18
중	364 (94.8)	75.4±17.0	
하	9 ( 2.3)	75.3±24.7	

결혼방식

중매	63 (16.4)	74.1±16.6	0.61
연애	321 (83.6)	75.6±17.2	

결혼만족

매우 만족	262 (68.2)	73.3±16.0 <sup>a</sup>	6.28*
보통	121 (31.5)	79.8±18.6 <sup>a</sup>	
불만족	1 ( 0.3)	70.0	

부모사랑

많이 받음	273 (71.1)	75.6±17.3	0.20
보통	106 (27.6)	74.6±17.0	
받지 못함	5 ( 1.3)	72.6± 8.4	

시댁과의 관계

좋음	274 (71.4)	74.4±16.4	1.89
보통	107 (27.9)	78.0±18.6	
나쁨	3 ( 0.8)	69.7±20.8	

Total	384 (100)	75.3±17.1	
-------	-----------	-----------	--

\* p<0.05

<sup>a</sup> : 같은 문자의 군간에 유의한 차이가 있다는 것을 의미함 (by Scheffe test).

2. 대상자의 산과적 특성

대상자의 산과적 특성은 1) 임신과정 관련 특성 2) 임신 중 스트레스 사건 3) 분만 및 분만 후 관련 특성의 세 영역으로 구분하였다(표 2).

<표 2> 대상자의 산과적 특성에 따른 산후 우울증 정도 (N=384)

<표 2-1> 임신과정 관련 특성

특성	N (%)	산후 우울증 정도	
		Mean±SD	t or F
임신희망			0.97
예	328 (85.4)	75.0±16.6	
아니오	56 (14.6)	77.4±19.7	
직장생활			0.52
가사만	179 (46.6)	76.3±17.1	
지속	115 (29.9)	74.6±17.0	
그만둠	90 (23.4)	74.3±17.2	
산전교육			0.94
예	89 (23.2)	73.8±16.8	
아니오	295 (76.8)	75.8±17.2	
기분변화			12.29**
심했음	71 (18.5)	82.1±19.0 <sup>ab</sup>	
보통	277 (72.1)	74.9±16.2 <sup>ac</sup>	
없었음	36 ( 9.4)	65.5±13.9 <sup>bc</sup>	

〈표 2〉 계속

특성	N (%)	산후 우울증 정도	
		Mean±SD	t or F
<b>+체중증가</b>			
(단위: kg)			
≤ 0	15 (3.9)	76.3±15.2	1.55
0 < ~ ≤ 5	123 (32.0)	77.1±16.5	
5 < ~ ≤ 10	165 (43.0)	72.9±16.3	
10 < ~ ≤ 15	69 (18.0)	77.8±19.4	
15 <	12 (3.1)	75.4±19.4	
<b>산후 체중 회복</b>			
자신 있음	161 (41.9)	71.0±15.4 <sup>ab</sup>	11.19**
보통	213 (55.5)	78.1±17.6 <sup>a</sup>	
자신 없음	10 (2.6)	87.7±14.7 <sup>b</sup>	
<b>외모변화 관련 반응</b>			
매우 우울	40 (10.4)	88.9±16.9 <sup>ab</sup>	20.91**
보통	221 (57.6)	75.9±16.3 <sup>ac</sup>	
우울하지 않음	123 (32.0)	69.9±15.9 <sup>c</sup>	
<b>성생활관련 문제</b>			
예	22 (5.7)	80.3±17.9	1.39
아니오	362 (94.3)	75.0±17.0	
<b>남편의 가사 보조</b>			
예	289 (75.3)	73.7±17.2	3.32*
아니오	95 (24.7)	80.3±15.8	
<b>남편의 정서적 지지</b>			
예	307 (79.9)	74.3±17.1	2.34*
아니오	77 (20.1)	79.4±16.6	

\* p<0.05, \*\* p<0.001

a, b, c : 같은 문자의 군간에 유의한 차이가 있다는 것을 의미함 (by Scheffe test).

+ : 체중증가=현재 체중-임신전 체중

1) 임신과정 관련 특성

임신회망별로는 임신회망군이 85.4%이었고, 임신 후에도 직장생활을 지속한 군은 29.9%이었다. 23.2%만이 산전교육을 받았고, 18.5%에서 임신동안 심한 기분변화를 경험하였다고 하였다. 체중증가별로는 '5<~≤10kg' 군이 43.0%로 가장 많았고, 3.1%에서 '15kg<~' 증가된 것으로 나타났다. 41.9%에서 산후 체중회복에 대한 자신감을 표시하였고, 2.6%에서 자신이 없다고 하였다. 그리고, 임신 중 외모변화에 대해 10.4%가 매우 우울했었다고 대답하였으며, 5.7%에서 임신 중 남편과 성생활관련 문제를 가졌었다고 하였다. 또한 75.3%에서 임신 중 남편의 가사 보조를 받았다고 하였고, 79.9%에서 남편의 정서적 지지를 받았다고 하였다(표 2-1).

2) 임신 중 스트레스 사건

산모들은 임신 중 이사 20.6%, 재정문제 17.4%, 가족갈등 14.8%, 부부갈등 14.1%, 질병 10.4%, 배우자의 직업변화 9.9%, 가족의 사고나 사망 3.6%, 가족의 심각한 질병 2.6%, 배우자의 실직 1.3% 순으로 다양한 스트레스 사건을 경험한 것으로 나타났다(표 2-2).

〈표 2-2〉 임신 중 스트레스 사건

특성	N (%)	산후 우울증 정도	
		Mean±SD	t or F
<b>재정문제</b>			
예	67 (17.4)	80.5±17.3	2.77*
아니오	317 (82.6)	74.2±16.9	
<b>부부 갈등</b>			
예	54 (14.1)	83.5±16.5	3.86**
아니오	330 (85.9)	74.0±16.8	
<b>가족 갈등</b>			
예	57 (14.8)	81.5±19.6	2.98*
아니오	327 (85.2)	74.3±16.4	
<b>가족의 사고나 사망</b>			
예	14 (3.6)	82.6±18.8	1.62
아니오	370 (96.4)	75.1±17.0	
<b>가족의 심각한 질병</b>			
예	10 (2.6)	80.0±12.2	0.88
아니오	374 (97.4)	75.2±17.2	
<b>이사</b>			
예	79 (20.6)	74.2±17.4	0.66
아니오	305 (79.4)	75.6±17.0	
<b>배우자의 실직</b>			
예	5 (1.3)	69.8±19.3	0.73
아니오	379 (98.7)	75.4±17.1	
<b>배우자의 직업변화</b>			
예	38 (9.9)	80.9±17.0	2.12*
아니오	346 (90.1)	74.7±17.0	
<b>질병</b>			
예	40 (10.4)	78.9±17.9	1.40
아니오	344 (89.6)	74.9±17.0	

\* p<0.05, \*\* p<0.001

3) 분만 및 분만 후 관련 특성

대상자의 66.1%가 초산부이었고, 62.5%에서 질식분만을 하였다. 출산아의 성별은 남아가 52.3%를 차지하였고, 산모가 원하던 성별과 일치한 군이 69.0%이었으

며, 아기의 건강상태는 96.9%가 양호한 것으로 나타났다. 산후조리에 도움을 주는 사람은 친정어머니가 57.6%, 산후조리원 18.8%, 기타 11.2%, 시어머니 9.4%, 혼합 3.1%의 순이었다. 산모의 25.0%에서는 아기양육에 자신 있다고 대답하였으며, 31.8%는 산후조리와 관련된 어려움을 겪었다고 대답하였다(표 2-3).

3. 산후 우울증 정도

1) 대상자의 일반적 특성별 산후 우울증 정도  
산모들의 산후 우울증 정도는 평균 75.3점이였다(최저 46점, 최고 124점).

일반적 특성별 산후 우울증 정도는 종교별(p<0.05), 결혼만족별(p<0.05)에서만 통계적으로 유의한 차이가 있었는데, 종교군(평균 77.0점)이 비종교군(평균 72.6점)보다, 결혼만족 정도가 '보통'인 군(평균 79.8점)이 '매우 만족'인 군(평균 73.3점)보다 산후 우울증 정도가 높았다(표 1).

2) 대상자의 산과적 특성별 산후 우울증 정도

(1) 임신과정 관련 특성

임신과정 관련 특성별 산후 우울증 정도는 임신 중 기분변화 정도별(p<0.001), 산후 체중회복에 대한 자신감 정도별(p<0.001), 외모변화에 대한 우울 정도별(p<0.001), 남편의 가사 보조 유무별(p<0.05), 남편의 정서적 지지 유무별(p<0.05)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 임신 중 기분변화가 심할수록, 산후 체중회복에 대한 자신감이 없을수록, 임신 중 외모변화에 대해 우울하게 느낄수록 산후 우울증 정도가 높은 것으로 나타났다. 또한 임신 중 남편의 가사 보조와 정서적 지지를 받지 못했던 경우에 더욱 산후 우울증 정도가 높았다(표 2-1).

(2) 임신 중 스트레스 사건

임신 중 스트레스 사건별 산후 우울증 정도는 재정 문제별(p<0.05), 부부갈등별(p<0.001), 가족갈등별(p<0.05), 배우자의 직업변화별(p<0.05)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 임신중 재정적 곤란을 받았던 군, 부부갈등과 가족갈등을 겪었던 군, 배우자의 직업변화가 있었던 군에서 각각 그렇지 않았던 군보다 산후 우울증 정도가 높은 것으로 나타났다(표 2-2).

(3) 분만 및 분만 후 관련 특성

분만 및 분만 후 관련 특성별 산후 우울증 정도는 아기의 건강상태별(p<0.05), 양육 자신감별(p<0.001),

산후 조리관련 어려움별(p<0.001)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉 아기의 건강상태가 양호하지 않은 군, 아기 양육에 대해 자신감이 없을 수록, 산후 조리관련 어려움이 있었던 군에서 그렇지 않은 군보다 각각 산후 우울증 정도가 높게 나타났다(표 2-3).

<표 2-3> 분만 및 분만 후 관련 특성

특 성	N (%)	산후 우울증 정도	
		Mean±SD	t or F
<b>분만 경험</b>			
초산	254 (66.1)	75.6±17.1	0.39
경산	130 (33.9)	74.9±17.1	
<b>분만 방식</b>			
제왕절개	144 (37.5)	75.9±18.3	0.51
질식분만	240 (62.5)	75.0±16.3	
<b>출산아의 성별</b>			
남아	201 (52.3)	74.4±16.5	1.45
여아	182 (47.7)	76.2±17.7	
<b>성별 일치</b>			
예	265 (69.0)	74.7±16.4	1.00
아니오	119 (31.0)	76.6±18.4	
<b>아기의 건강상태</b>			
양호	372 (96.9)	74.9±16.9	2.67*
비양호	12 ( 3.1)	88.2±17.2	
<b>산후 조리자</b>			
친정 어머니	221 (57.6)	74.9±17.1	0.71
시어머니	36 ( 9.4)	73.4±18.0	
산후 조리원	72 (18.8)	78.1±18.0	
혼합	12 ( 3.1)	76.8±13.4	
기타	43 (11.2)	73.9±15.5	
<b>양육 자신감</b>			
자신 있음	96 (25.0)	68.8±16.0 <sup>ab</sup>	19.03**
보통	254 (66.1)	76.0±16.1 <sup>ac</sup>	
자신 없음	34 ( 8.9)	88.5±18.8 <sup>c</sup>	
<b>산후 조리관련 어려움</b>			
예	122 (31.8)	80.0±17.6	3.74**
아니오	262 (68.2)	73.1±16.4	

\* p<0.05, \*\* p<0.001

a, b, c : 같은 문자의 군간에 유의한 차이가 있다는 것을 의미함 (by Scheffe test).

5. 산후 우울증에 영향을 미치는 요인

산후 우울증 정도에 유의한 차이를 보인 변수들이 어느 정도 영향을 주는가를 알아보기 위하여 다단계 회귀 분석을 실시한 결과 산후 우울증 정도를 가장 잘 설명해주는 예측 변수는 외모변화 관련 반응으로써 전체 변량의 10.4%이었으며, 그 다음으로는 양육자신감(8.8%), 남편의 가사보조(2.7%) 등의 순이었다. 이들 변수들의 전체 설명력은 32.4%이었다(표 3).

〈표 3〉 산후 우울증에 영향을 미치는 요인

변 수	회귀계수 (β)	partial R2	model R2	F값
<b>외모변화 관련 반응</b>				
매우 우울	16.16	0.074	0.074	30.50**
보통	4.93	0.030	0.104	12.64**
<b>양육 자신감</b>				
자신 없음	14.98	0.052	0.156	22.78**
보통	4.26	0.036	0.192	16.27**
남편의 가사 보조	5.78	0.027	0.219	12.56**
배우자의 직업변화	7.37	0.019	0.238	9.23*
아기의 건강상태	13.55	0.019	0.257	9.36*
산후 조리관련 어려움	4.46	0.016	0.273	8.38*
<b>산후 체중 회복</b>				
보통	5.68	0.016	0.289	8.57*
자신 없음	10.61	0.008	0.297	4.34*
<b>기분변화</b>				
심했음	6.76	0.008	0.305	4.35*
보통	3.78	0.004	0.309	2.08
부부갈등	4.31	0.006	0.315	3.24

결혼만족

불만족	-27.11	0.005	0.320	2.78
재정문제	2.93	0.004	0.324	2.30

\* p<0.05, \*\* p<0.001

6. 산후 우울증 측정 요인별 산후 우울증 정도

산모들은 '신체 생리적 양상; 신체기능의 장애' 요인에  
서 최대 평점 4점에 대해 평균 2.08점으로 산후 우울증  
정도가 가장 높았고, 다음으로는 '아기와의 관계 양상;  
아기에 대한 부담감(평균 1.85점)', '부정적인 자아정체  
감(평균 1.82점)', '정서적 양상; 자아통제의 어려움(평  
균 1.74점)', '대인관계 양상; 타인에 대한 원망(평균  
1.56점)' 요인의 순이었으며 '아기와의 관계 양상; 아기  
에 대한 부정적인 느낌(평균 1.22점)' 요인과 '인지적 양  
상; 자아개념의 손상(평균 1.21점)' 요인에서 산후 우울  
증 정도가 낮았다(표 4).

〈표 4〉 산후 우울증 측정 요인별 산후 우울증 정도(N=384)

요인	문항	Mean± SD
정서적 양상 : 자아통제의 어려움	1. 마음이 조급하고 불안하다.	1.74±0.46
	2. 자주 짜증이 난다.	
	3. 아무 것도 하기 싫고 계속 잠만 자고 싶다.	
	4. 심장이 두근거린다.	
	5. 별 이유 없이 피곤하다.	
	6. 사소한 일에도 울고 싶거나 눈물이 난다.	
	7. 나 자신이 실망스럽다.	
	8. 매사에 결단력이 없어져 힘들다.	
	9. 나는 불행하다.	
	10. 감정 조절이 잘 안 된다.	
	11. 집중이 잘 안되고 멍하다.	
	12. 자신이 초라하게 생각된다.	
	13. 정신병에 걸릴까봐 두렵다.	
인지적 양상 : 자아개념의 손상	14. 세상이 무섭고 두렵다.	1.21±0.36
	15. 자살을 시도한 적이 있다.	
	16. 나는 쓸모 없는 사람이다.	
	17. 다른 사람이 나를 이상하게 보는 것 같다.	
	18. 죽고 싶다는 생각이 든다.	
	19. 나의 장래는 절망적이다.	
	20. 다른 사람들과 어울리는 것이 싫다.	
아기와의 관계 양상 : 아기에 대한 부정적인 느낌	21. 모든 것이 아기 때문이라는 생각이 들어 아기가 원망스럽다.	1.22±0.33
	22. 아기가 보기 싫고 애착이 가지 않는다.	
	23. 아기를 낳은 것이 후회스럽다.	
	24. 아기를 해치고 싶은 충동을 느낄 때가 있다.	
	25. 나를 진정으로 이해해 주는 사람이 없어 외롭다.	
	26. 일상적인 주변의 일에 관심이 없어졌다.	

아기와의 관계 양상 : 아기에 대한 부담감	27.	아기로 인해 책임이 많아져서 부담스럽다.	
	28.	아기를 돌보는 것이 귀찮게 여겨질 것 같다.	
	29.	아기에게 옆메이게 되어 부담스럽다.	
	30.	아기 때문에 많은 것을 잃었다는 생각이 든다.	
	31.	아기로 인하여 경제적인 부담이 커져 걱정이이다.	1.85±0.54
	32.	아기를 키우는 책임에서 벗어나고 싶다.	
	33.	일이 많아져 신체적으로 지치고 피곤하다.	
부정적인 자아정체감	34.	나에게 맡겨진 일을 제대로 잘 할 수 있을지 걱정이 된다.	
	35.	내가 좋은 엄마인가 걱정이 된다.	
	36.	임신 전에 가졌던 장래 계획이 변경되어 불만스럽다.	
	37.	이전의 내 모습으로 되돌아가지 못할 것 같아 절망스럽다.	1.82±0.55
	38.	아기를 잘 돌봐주지 못해 죄책감이 든다.	
신체 생리적 양상 : 신체기능의 장애	39.	허전하고 허무한 느낌이 든다.	
	40.	밤에 잠을 설친다.	
	41.	예전과 달리 식욕이 없다.	2.08±0.67
	42.	성생활에 대한 흥미가 감소되었다.	
대인관계 양상 : 타인에 대한 원망	43.	머리가 아프고 무겁다.	
	44.	육아에 관해 주위로부터 간섭을 받아 갈등스럽다.	
	45.	주위 사람들 (시댁, 친정석구)이 서운하고 밉다.	1.56±0.56
	46.	남편이 서운하고 밉다.	

## V. 논 의

본 연구에서 산모들의 산후 우울증 정도는 평균 75.3 점(최저 46점, 최고 124점)으로 그리 높지 않았지만, 본 연구의 대상자들이 분만 2주 후의 산모들이었기 때문에 산후 우울증이 분만 후 6개월 이내에 발생할 수 있다는 점을 감안할 때 우울증 정도가 높지 않다고 단정적으로 판단하기는 어렵다고 본다.

일반적 특성별 산후 우울증 정도에서 연령별로는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났는데, 이는 나용진(1993)의 연구에서는 산모의 평균 연령이 26.9세이며, 31세 이상의 연령층에서 산후 우울증의 발생 빈도가 58.8%로서 타 연령층에 비해 높은 발생빈도를 보였다고 한 것과 차이를 보였다. 산후 우울증에 취약한 요인으로 나이가 많은 여성들이 속한다고 한 연구(Vandenbergh, 1980)도 있었지만, 본 연구 대상자들의 평균 연령이 30.2세로 다른 연구에서보다 높았기 때문에 연령별 차이가 없게 나타난 것으로 생각된다.

종교별에서는 종교군이 비종교군 보다 산후 우울증 정도가 높았는데, 조영숙(1987)과 나용진(1993)의 연구에서 종교와 산후 우울증 간의 관계가 통계적으로 유의하지 않았다는 결과와 제왕절개 분만 초산모를 대상으로 한 이영화(1989)의 연구에서 비종교군이 종교군 보다 산후 우울증 정도가 높았다는 결과와는 대조적이었다. 종교는 인간이 처한 위협과 갈등의 환경 속에서 인간을

지켜줄 수 있는 가치와 힘의 중심을 찾고, 그에 대한 의미와 가치를 부여함으로써(정확실, 1986) 개인적인 위로와 지지를 얻을 수 있음(조영숙, 1987)을 고려할 때 이에 대한 반복연구가 필요하다고 생각된다.

교육정도별로는 산후 우울증과 통계적으로 유의한 차이가 없게 나타나 나용진(1993)의 결과와 같았다. 이는 임신과 신생아 양육과 관련한 정보를 예전보다는 쉽게 대중 매체나 잡지를 통해서 얻을 수 있게 되었기 때문인 것으로 생각된다.

직업별로도 산후 우울증과 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았는데, 여러 연구(송옥자, 1984; 조영숙, 1987; 홍경자와 변희재, 1982)에서도 이러한 결과를 보였다. 그리고, 나용진(1993)의 연구결과에서처럼 산과적 특성 중 임신 중 직장생활 유지 유무별에서도 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았지만, 본 연구를 수행할 당시 산모들은 분만 휴가 중으로 직업유지와 관련하여 실제적인 어려움을 실감할 수 없었기 때문에 직장 복귀 후 산모들의 우울 정도와 비교해 보는 것도 의미가 있다고 본다.

결혼만족도별에서는 결혼만족 정도가 '보통'인 군이 '매우 만족'한 군 보다 산후 우울증 정도가 높게 나타나 조영숙(1987)의 연구결과와 일치하였다. 또한 O'Hara, Rehm과 Campbell(1983)이 제시한 결혼불화와 산후 우울증간에 유의한 관계가 있다는 결과와 윤근순(1984), 홍종분과 송수식(1986)의 연구에서 남편과의



관계가 좋지 않은 산모의 우울이 높다는 결과와도 유사하였는데, Beck(1996)에 의하면 불행한 결혼 생활이 산후 정신장애를 더 많이 유발한다고 하였다.

조영숙(1987)의 연구에서 고부관계와 산후 우울증과의 관계가 통계적으로 유의하였던 것과는 달리, 본 연구에서 시댁과의 관계가 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않은 것은 시댁과의 관계가 나쁘다고 대답한 산모의 수가 너무 적었기 때문인 것으로 생각된다.

산과적 특성의 하위 특성 중 임신과정과 관련된 특성에서 임신희망별로는 조영숙(1987)의 연구와는 달리 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았으나, 임신을 희망하지 않은 군이 그렇지 않은 군보다 산후 우울증 정도가 높게 나타났다.

산전교육별로는 산후 우울증과 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았지만 산전 교육을 받은 산모가 산전 교육을 받지 않은 산모보다 산후 우울증 점수가 낮게 나타난 것은 산전교육이 산후 우울증 정도를 감소시키는데 영향을 줄 수 있음을 시사한다 하겠다.

임신 중 기분변화가 심할수록 산후 우울증 정도가 높았는데, 나용진(1993)의 연구에서 다른 군에 비해 임신 중의 감정이나 기분의 변화가 중등도 이상으로 심했던 경우에 산후 우울증의 발생빈도가 40.2%로 높았다는 결과와 일맥상통한 결과였다.

산후 체중회복에 대한 자신감이 없을수록, 외모변화에 대한 우울이 심할수록 산후 우울증 정도가 높게 나타난 것은 임신과 분만으로 인한 신체상의 변화가 산후 우울을 일으키는 주요 원인(배정미, 1996)에 속하고, 원정선(1990)의 연구에서 대부분의 산모들이 자신의 몸매를 잃는 것을 염려하였다고 답한 것과 일치하는 결과로 임신과 산육기에 체중이나 외모와 관련하여 긍정적인 신체상을 가지도록 하는 간호를 제공할 필요가 있겠다.

한편, 임신 중 남편의 가사 보조와 정서적 지지를 받지 못한 군에서 산후 우울증 정도가 높았다. 배우자의 가사노동 분담은 산모 특히, 취업모가 직업-가정 갈등에 대처하기 위한 유용한 대인적 자원이고, 가사일과 영아 돌봄에 대한 직접적인 조력은 산모에게 휴식을 제공해 주어 산모가 신체적, 심리적으로 새로운 에너지를 충전시켜 영아에게 관심을 쏟고, 영아와 빨리 친숙하게 되어 어머니로서의 역할수행을 원만하게 해준다(임혜경, 1993). Weiss(1990)에 의하면 배우자의 지지는 어떤 지지보다도 대개 지속적인 관계가 있으며 부부간의 감수성과 이해를 강화시키는 방대한 양의 경험을 갖고 있으

므로 가장 중요하며 그 중에서도 배우자로부터의 정서적 지지가 어머니역할로의 전환시 가장 도움이 된다고 하였다. 따라서 산전 교육 시 배우자들에게 가사일 분담과 정서적 지지의 중요성을 강조할 필요가 있다고 생각된다.

임신 중 스트레스 사건별 산후 우울증 정도에서는 재정적 문제가 있는 군에서, 임신 중 부부갈등과 가족 갈등이 있었던 군에서, 배우자의 직업에 변화가 있었던 군에서 산후 우울증 정도가 높았다. 재정적 문제와 배우자의 직업 변화는 가족갈등이나 부부갈등의 한 원인으로도 작용될 수 있을 것으로 본다. Beck(1996)은 경제적인 어려움을 겪은 산모는 유아를 거부하고 죄책감을 가질 수도 있다고 하였다. 산후 우울과 마음에 부담이 된 사건과의 관계에 있어서 Paykel 등(1980)의 120명의 출산 여성을 대상으로 한 연구에서는 산후 우울증에 가장 관련된 요소가 바람직하지 못한 생활사건이었다는 결과를 볼 때 임신뿐만 아니라 산육기간에 스트레스 사건을 경험한 산모들에게는 더 많은 관심과 지지가 주어져야 한다고 생각한다.

분만 및 분만 후 관련 특성에서 초산부와 경산부 간에는 산후 우울증 정도가 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았지만 초산부의 산후 우울증 점수가 높게 나타났는데, 이와 관련하여 초산부의 우울 정도가 더 높다는 주장(이길홍과 민병근, 1976; Beck, 1992)도 있고, 경산부의 우울 정도가 더 높다는 주장(윤근순, 1984; 홍종문과 송수식, 1986; Gotlib, Whiffen, Mount, Milne, & Cordy, 1989)도 있다.

분만 방식에 따른 우울 정도는 통계적으로 유의한 차이는 없었지만, 제왕절개군에서 높게 나타난 것은 여러 선행연구에서 제왕절개 산모가 자연분만 산모보다 우울 점수가 높다(윤근순, 1984; 홍종문과 송수식, 1986; Beck, 1996)고 한 것과 같은 결과로서 특별히 제왕절개 산모를 위한 정서적 지지가 필요하다고 하겠다.

출산아의 성별에서는 나용진(1993)의 연구와 마찬가지로 산후 우울증과 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았지만, 여아를 분만한 산모의 우울 점수가 높았던 점은 아기의 성별이 산모의 정신장애에 어떤 영향을 미치는지는 아직 확실치 않고 학자들의 견해도 서로 다르지만, 조영숙(1987)의 연구에서도 여아를 분만 한 산모의 우울 점수가 더 높았던 것을 볼 때 아직도 남아선호 사상이 강한 우리나라의 현실이 반영된 결과라고 생각된다.

한편 희망아기의 성별과 분만 아기의 성별 일치에서는 통계적으로 유의한 차이는 없었으나 성별 일치를 보이지

많은 군에서 산후 우울증 정도가 높았는데, 이영화(1989)의 연구에서 남아이든 여아이든 상관치 않은 집단의 우울 점수가 가장 낮고, 남아를 기대했는데 여아를 낳은 집단의 우울이 가장 높았다는 결과와 의미가 통한다고 생각된다.

아기의 건강상태가 좋지 않은 군에서 산후 우울증 정도가 높았는데, 이는 조영숙(1987)과 Blumberg (1980)의 아픈 신생아의 엄마는 덜 아픈 신생아의 엄마보다 더욱 불안하고 우울한 것으로 나타났다고 한 보고와 일치하였다. 또한 아기 건강상태와 관련하여 미숙아 부모가 산후 1년에 만삭아 부모보다 더욱 불안해했다는 연구결과도 있어(Jeffcoate, Humphery, & Lloyd, 1979) 아기가 건강하지 않으면 정상아보다 더 큰 심리적 부담을 갖게 됨은 당연하다고 하겠다.

한편 신생아 양육에 대한 자신감과 산후 우울간에 역상관계가 있는 것으로 나온 이영화(1989)의 연구결과와 마찬가지로 본 연구에서도 신생아 양육에 대해 자신이 없을수록 산후 우울증 정도가 높았다. Cutroran과 Troutman(1986)은 산모가 영아를 양육하는데 자신감을 갖기 위해서는 사회적 지지와 격려가 중요하다고 하였는데 배우자나 산후 조력인을 함께 교육에 참여시키는 것도 바람직하리라 본다.

또한 산후 조리관련 어려움이 있는 군에서 산후 우울증 정도가 높았다. 산모들은 모유수유와 관련한 어려움(50명)을 가장 많이 호소하였고, 기타 큰 아이 문제로 인한 어려움, 계절상(더위) 힘든 어려움, 회음절개 통증 등의 신체적인 어려움, 산후 조력자와 관련한 어려움, 아이 돌보는 것에 대한 어려움 등을 호소하였다. 최근 산모들에 대한 모유수유 권장 사업의 노력에도 불구하고 산모들이 여전히 모유수유와 관련하여 가장 많은 어려움을 겪고 있다는 것으로 보아 산전 및 산후에 더욱 이에 대한 중재가 필요하다고 생각된다.

산후 우울증 정도에 유의한 차이를 보인 변수들 중 외모변화 관련 반응이 10.4%로 가장 높은 설명력을 보여주었고, 양육자신감, 남편의 가사보조, 산후체중 회복, 배우자의 직업변화, 아기의 건강상태, 산후조리관련 어려움, 기분변화, 부부갈등, 결혼만족, 재정문제의 순으로 전체 설명력은 32.4%이었다.

요인별 산후 우울증 정도는 '밤에 잠을 설친다', '머리가 아프고 무겁다', '성생활에 대한 흥미가 감소되었다' 등의 '신체 생리적 양상' 요인에서 가장 높은 산후 우울증 정도를 보였고, 그 다음으로는 '아기와의 관계 양상'

아기에 대한 부담감'의 요인, '부정적인 자아정체감' 요인, '인지적 양상: 자아개념의 손상' 요인, '아기와의 관계 양상: 아기에 대한 부정적인 느낌' 요인 순이었다.

각 사회마다 문화적으로 자녀양육에 직접적인 책임감이 아버지보다 어머니에게 더 많이 부과되어 왔으며 아기가 독립적인 개체가 되기까지는 어머니의 헌신적인 보살핌이 요구되므로 첫 아기에게 적응하는데 있어 어머니가 더 많은 변화를 겪게 된다(박영숙, 1991; 이혜란, 1984). 특히 핵가족화 된 현대사회에서는 조모와 같이 살지 않으므로 가정내의 육아법이 조모로부터 며느리에게 전수되기 어렵기 때문에 어머니 혼자서 아기양육을 책임지게 되는 형편이어서 어머니는 아버지보다 더 많은 어려움을 겪을 수밖에 없다(박해미, 1994; Grossman, Pollack, Golding, & Fedele, 1987).

최근 스트레스를 감소시켜 줌으로써 건강에 긍정적인 영향을 미치는 가장 중요한 중재요인으로 사회적 지지 지적된 이후 사회적 지지에 대한 관심이 증가하고 있는데(Cobb, 1976; Dean & Lin, 1977), 여러 연구에서 일관성 있게 나타난 결과는 다른 어떤 지지체계 보다도 가족 특히 배우자로부터 제공된 지지가 영향력이 컸음을 나타내고 있다. 즉 배우자의 지지는 산육기동안에 발생한 산모의 역할긴장과 정서적 불균형을 줄여주고(Tilden, 1983), 모아의 애착을 증진시켜주며, 더 나아가서 산모의 신체적, 심리적 건강을 도모해 준다(Koniak & Griffin, 1988).

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 산모들의 산후 우울증 정도를 파악하여 산후 우울증 예방을 위한 효과적인 간호중재 프로그램을 개발하기 위한 기초 자료를 제공하기 위하여 시도되었다.

1999년 6월 29일~2000년 4월까지 서울특별시 K종합 병원 산부인과 외래에서 분만 2주 후 산후 관리를 받으러 온 산모 569명을 편의 표출하여 배정인(1997)가 개발한 46문항으로 구성된 산후 우울증 측정도구를 사용하여 자료를 수집하였다. 이중 미비한 자료를 제외한 384명의 자료를 SAS프로그램을 이용하여 산모의 일반적 특성별, 산과적 특성별 산후 우울증 정도의 차이, 산후 우울증에 영향을 미치는 요인과 요인별 산후 우울증 정도를 분석하였다.

연구의 결과는 다음과 같다.

1. 산모의 산후 우울증 정도는 평균 75.3점(최저 46점, 최고 124점)이었다.

2. 일반적 특성별 산후 우울증 정도는 종교군이 비종교군보다, 결혼만족 정도가 '보통'인 군이 '매우 만족'한 군보다 산후 우울증 정도가 통계적으로 유의하게 높았다.

3. 산과적 특성별 산후 우울증 정도

(1) 임신과정 관련 특성별 산후 우울증 정도

임신 중 기분변화가 심할수록, 산후 체중회복에 대한 자신감이 없을수록, 산후 외모변화와 관련한 우울이 심할수록 산후 우울증 정도가 높았다. 또한 남편의 가사 보조와 정서적 지지를 받지 못한 군에서 산후 우울증 정도가 통계적으로 유의하게 높았다.

(2) 임신 중 스트레스 사건과 산후 우울증 정도

임신 중 재정적 곤란, 부부갈등, 가족갈등, 배우자의 직업 변화가 있었던 군에서 산후 우울증 정도가 높았다.

(3) 분만 및 분만 후 관련 특성별 산후 우울증 정도

아기의 건강상태가 양호하지 못한 경우, 아기 양육에 대한 자신감이 없는 경우, 산후 조리에 어려움이 있었던 경우에 산후 우울증 정도가 높았다.

4. 산후 우울증 정도를 예측하는 요인은 외모변화관련 반응(10.45), 양육자신감(8.8%), 남편의 가사보조(2.7%), 산후체중 회복(2.4%), 배우자의 직업변화(1.9%), 아기의 건강상태(1.9%), 산후조리관련 어려움(1.6%), 기분변화(1.2%), 부부갈등(0.6%), 결혼만족(0.5%), 재정문제(0.4%)로써 전체 설명력은 32.4% 이었다.

5. 산후 우울증 측정 요인별 산후 우울증 정도

산모들은 '신체 생리적 양상; 신체기능의 장애' 요인에서 가장 높은 산후 우울증 정도를 보였고, 그 다음으로는 '아기와의 관계 양상; 아기에 대한 부담감', '부정적인 자아정체감', '정서적 양상; 자아통제의 어려움', '대인관계 양상; 타인에 대한 원망' 요인의 순이었으며 '아기와의 관계 양상; 아기

대한 부정적인 느낌'요인과 '인지적 양상; 자아개념의 손상' 요인에서 산후 우울증 정도가 가장 낮았다.

따라서 앞으로의 산후 우울증관련 간호 중재 및 교육 프로그램개발에서는 개별적인 산모들의 특성에 대한 고려뿐만 아니라 산모들의 중요한 지지 기반이 되는 배우자도 반드시 함께 고려해야만 한다고 생각한다. 또한 본 연구에서는 산욕기 2주 후 산부인과를 방문한 산모들을 대상으로만 연구를 시행하였는데, 추후 연구에서는 산후 우울증의 위험 요인을 가지는 임신 과정부터 산후 우울증이 잘 발생하는 산욕기간의 과정까지 일정 시점에 따른 종단적인 연구가 필요하다고 생각된다.

### 참 고 문 헌

나용진 (1993). 산후 우울증에 관한 임상적 연구. 부산대학교 대학원 학위논문.

박영숙 (1991). 산욕기 초산모의 모성전환과정. 서울대학교 대학원 학위논문.

박혜미 (1994). 자녀양육 행동과 관련된 부모의 스트레스 분석. 이화여자대학교 대학원 학위논문.

배정미 (1996). 산후 우울 경험에 관한 연구 - 근거 이론적 접근 -. 대한간호학회지, 26(1), 107-126.

배정미 (1997). 산후 우울 사정을 위한 도구 개발 연구. 대한간호학회지, 27(3), 588-600.

배정미 (1999). 산모의 산후 우울 간호관리를 위한 멀티미디어 채택 관리 시스템 개발. 대한간호학회지, 29(1), 9-20.

송옥자 (1984). 산후 적응에 영향을 미치는 제 요인에 관한 탐색적 연구. 서울대학교 대학원 학위논문.

신자영 (1997). 산후 우울이 양육 스트레스와 모아 상호작용 양상에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 학위논문.

신혜숙, 김승희, 권숙희 (2000). 초산모를 위한 산후 간호교육의 효과. 여성건강간호학회지, 6(11), 34-45.

원정선 (1990). 부모됨의 전환에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 학위논문.

윤근순 (1984). 임산부의 우울 정도에 관한 조사연구. 서울대학교 대학원 학위논문.

이경혜 (1982). 산욕기 산모의 모성 역할에 대한 인식과 간호요구에 대한 연구. 대한간호학회지, 12(2), 67-79.

- 이길홍, 민병근 (1976). 유산후 정신장애 및 출산후 정신 장애에 관한 정신역동학적 고찰. 한국의 과학, 8(5), 275-289.
- 이병관 (1982). 산후 정신장애에 대한 임상적 고찰. 고려대학교 대학원 학위논문.
- 이영화 (1989). 산욕 초기 산모의 신생아 양육에 대한 자신감의 산후 우울과의 관계 연구. 연세대학교 대학원 학위논문.
- 이정균 (1990). 정신의학. 서울 : 일조각.
- 이혜란 (1984). 부모 역할로의 전환에 따른 어려움 및 만족도 분석 연구. 연세대학교 대학원 학위논문.
- 임혜경 (1993). 취업 주부의 직업-가정갈등, 가사노동 사회화, 그리고 가정관리 만족간의 인과관계. 한양대학교 대학원 학위논문.
- 장혜숙, 김수진, 김정선, 김홍규, 최의순 (1996). 산후 우울 경험에 관한 연구 - Q 방법론적 접근 -. 대한 간호학회지, 26(4), 917-929.
- 전지아 (1990). 산후 스트레스와 사회적 관계 망이 산후 우울에 미치는 영향. 고려대학교 대학원 학위논문.
- 정확실 (1986). 한국 기독교 대학생의 신앙과 가치관 변화에 대한 연구. 연세대학교 대학원 학위논문.
- 조영숙 (1987). 산모 지지를 위한 배우자 교육이 산후 우울 감소에 미치는 효과에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 학위논문.
- 최보문, 최수호(1981). 산후 정신병의 임상적 고찰. 신경정신의학, 20(2), 121-125.
- 최연순, 조희숙, 장춘자, 이남희, 장순복, 최양자, 박영숙 (1994). 모성간호학. 서울 : 수문사.
- 홍경자, 변희재 (1982). 산모 교육의 효과와 제 요인이 산모의 불안에 미치는 영향에 관한 연구. 최신의학, 25(7), 123-133.
- 홍종문, 송수식 (1986). 산전 및 산후의 정서 변화 연구. 신경정신의학, 25(3), 341-439.
- Allen, Frances (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed.), : DSM-IV. Washington D. C. : American Psychiatric Association.
- Beck, C.T. (1992). The lived experience of postpartum depression : a phenomenological study. Nursing Research, 41, 115-119.
- Beck, C.T. (1996). A meta analysis of predictors of postpartum depression. Nursing Research, 45(5), 297-303.
- Blumberg, N. (1980). Effects of neonatal risk, maternal attitude and cognitive style on early postpartum adjustment. Journal of Abnormal Psychology, 89, 139-150.
- Buist, A. (1993). The management of postnatal depression. Aust. Fam. Physician, 22(11), 2025-2029.
- Cobb, S. (1976). Social support as moderator life stress. Psychosomatic Medicine, 33, 300-314.
- Cutrona, C.E. & Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy. A mediational model of postpartum depression. Child Development, 57, 1507-1518.
- Cutrona, C.E. (1982). Nonpsychotic postpartum depression : a review of recent research. Clin. Psychol. Rev., 2, 487-503.
- Dean, A. & Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support : problems and prospects for systematic investigation. The Journal of Nervous and Mental Disease, 165(6), 403-417.
- Gotlib, I., Whiffen, V., Mount, J., Milne, K., & Cordy, N. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J. Consult. Clin. Psychol., 57(2), 269-274.
- Grossman, F.K., Pollack, W.S., Golding, E.R., & Fedele, N.M. (1987). Affiliation and autonomy in the transition to parenthood. Family Relation, 36, 263-269.
- Hans, A. (1986). Postpartum assessment the psychological component. JOGN Nursing, January/February, 49-51.
- Hopkins, J., Marcus, M., & Campbell, S.B. (1984). Postpartum depression : a critical review. Psychol. Bull., 95, 498-515.
- Jeffcoate, J.A., Humphrey, M.E., & Lloyd, J.K. (1979). Disturbance in parent-child relationship following preterm delivery.

- Developmental Medicine and Child Neurology, 21, 344-352.
- Kahn, R.L. & Antonucci, T. (1980). Conveys over the life course : attachment, roles, & social support(eds.), P. B. Baltes & O. Brien, Life-Span Development & Behavior, Boston : Lesington Press. Vol. 3.
- Kendell, R.E. (1985). Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. J. Psychosom. Res., 29(1), 3-11.
- Klau, M.H., & Kennell, J.H. (1980). Maternal-Infant bonding. St. Louis : C. V. Mosby.
- Koniak-Griffin, D.K. (1988). The relationship between social support, self-esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. Research in Nursing & Health, 11, 269-278.
- Lesh, A.J.A. (1978). Postpartum depression. Current practice in obstetric and gynecologic nursing. California : Mosby Co.
- McIntosh, J. (1986). Postnatal blues : a biosocial phenomenon. Midwifery, 2, 187-192.
- Millis, J.B. & Kornblith, P.R. (1992). Fragile beginnings : identification and treatment of postpartum disorders. Health Soc. Work, 17(3), 192-199.
- Mowbray, C.T., Oyserman, D., Zemencuk, J.K., & Ross, S.R. (1995). Motherhood for women with serious mental illness : pregnancy, childbirth, and the postpartum period. Am. J. Orthopsychiatr., 65(1), 21-38.
- O'Hara, M.W., Rehm, L., & Campbell, S.B. (1983). Postpartum depression : a role for social network and life stress variables. Journal of Nervous & Mental disease, 171, 336-341.
- O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Phillipps, L.H., & Wright, E.J. (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders : comparison of childbearing and nonchildbearing women. J. Abnorm. Psychol. 99, 3-15.
- Patrizia, R. (1990). Postpartum depression and the experience of motherhood. Acta Obstet Gynecol Scand., 69(Suppl. 154), 5.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J., & Rassaby, E.S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. Brit. J. Psych., 136, 339-346.
- Pitt, B. (1968). Atypical depression following childbirth. Br. J. Psychiatry, 114, 1325-1335.
- Pop, V.J.M., Essed, G.G.M., de Geus, C.A., van Son, M.M., & Komproe, I.H. (1993). Prevalence of post-partum depression or is it post-puerperium depression?. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 72, 354-358.
- Rubin, B., Gardner, S., & Roth, A.V. (1975). Patterns of mood and somatic symptoms during pregnancy. Psychosomatic Medicine, 37, 136-146.
- Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. New York : Springer Pub.
- Stowe, Z.N., Casarella, J., & Landry, J. (1995). Sertraline in the treatment of women with postpartum major depression. Depression, 3, 49-55.
- Tilden, V.P. (1983). The relation of life stress and social support to emotional disequilibrium during pregnancy. Research in Nursing & Health, 6, 67-174.
- Vandenbergh, R.L. (1980). Postpartum depression. Clin. Obstet. Gynecol., 23, 1105-1111.
- Weiss, R.S. (1990). Bringing work stress home. In J. Eckenrode and G. Susan. Stress between work and family. New York : Plenum Publishing.

-Abstract-

Key concept : Postpartum depression

## A Study on the Factors related to Postpartum Depression in Postpartum Women

Choi, Euy Soon\* · Oh, Jeong Ah\*

The purpose of this study was to provide the basic data for developing a program for effective prevention for Postpartum Depression(PPD) by investigating the level of PPD in postpartum 2weeks women.

The subjects were 384 women who visited obstetrical clinics for postnatal care. The data were collected from June 29, 1999 to April, 2000, using a 46-item questionnaire related to PPD, and analyzed by SAS program for t-test, ANOVA, Scheffe test, stepwise multiple regression.

The results were as follows :

1. The level of PPD according to general characteristics  
Women had mild PPD(Min score: 46.0, Max score: 124.0). The PPD levels were significantly differences according to religion and marital satisfaction( $p<0.05$ ).
2. The level of PPD according to obstetrical characteristics
  - 1) Characteristics related to pregnancy  
The PPD levels were significantly differences according to mood change, confidence of body weight recovery, depression related to appearance change, husband's help to housework, and husbands's emotional support ( $p<0.05$ ).
  - 2) Stressful events during pregnancy

The PPD levels were significantly differences according to financial problem, conflict between partners, conflict between family, and husband's job change( $p<0.05$ ).

- 3) Characteristics related to delivery and post natal period

The PPD levels were significantly differences according to baby's health state, parenting confidence, and difficulties related to postpartum care( $p<0.05$ ).

3. The variables to predict postpartum depression in postpartum women are depression related to appearance change (10.4%), parenting confidence(8.8%), husband's help to housework(2.7%), confidence of body weight recovery(2.4%), husband's job change(1.9%), baby's health state (1.9%), difficulties related to postpartum care(1.6%), mood change(1.2%), conflict between partners(0.6%), marital satisfaction (0.5%), financial problem(0.4%). The sum total of all the above variables can account for 32.4% of postpartum depression.
4. The level of PPD according to PPD factors.  
Women had the highest degree of PPD in biophysiological phenomena-disturbance of physical functioning factor. The factors of relationship to baby-negative feeling and cognitive phenomena-self concept disturbance were showed the lowest degree of PPD.

As a result of the above findings, a systemic and individualized program is strongly recommended for PPD prevention, diagnosis, and care for PPD in postpartum women. In near future, this study should be expanded to investigate the coping skills according to the PPD levels in postpartum women.

\* College of Nursing, The Catholic University of Korea