

## 임신 여성의 산전우울 실태 및 영향요인

이은주<sup>1</sup>, 박정숙<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>대구과학대학교 간호학과, <sup>2</sup>계명대학교 간호대학

### Status of Antepartum Depression and Its Influencing Factors in Pregnant Women

Eun-Joo Lee<sup>1</sup> and Jeong-Sook Park<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Taegu Science University

<sup>2</sup>College of Nursing, Keimyung University

**요 약** 본 연구의 목적은 임신 여성을 대상으로 산전우울의 발생 정도와 이와 관련된 영향요인을 파악하기 위함이다. D광역시 소재 종합병원 및 산부인과 병원 외래를 방문하거나 원내 특강을 받는 160명의 임부를 연구대상으로 하였으며, 우울을 측정하기 위한 도구로 한국형 EPDS(Edinburgh Postnatal Depression Scale)를 사용하였다. 자료분석은 서술적 통계, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficients와 stepwise multiple regression을 사용하였다. 연구결과, 임신 여성의 우울점수는 평균 7.80±4.86점(0-30점)이었으며, 대상자의 56.3%가 정상(0-8점), 23.1%가 경계선(9-12점), 20.6%는 심각한 수준(13점 이상)인 것으로 나타났다. 임신 여성의 산전우울 영향요인으로는 주관적 건강상태, 임부 스트레스, 자아존중감 순이었으며, 이 변수들은 산전우울을 36.7% 설명하는 것으로 나타났다. 따라서 산전우울을 예방하기 위해 이러한 변수들이 충분히 고려되어야 할 것으로 생각된다.

**Abstract** The purpose of this study was to identify the rate and influencing factors on antepartum depression in pregnant women. A self-administered questionnaire-based study was performed in 160 pregnant women who visited outpatient clinics or attended special lectures of the general hospital in D metropolitan city. All participants were interviewed using the Korean version of Edinburgh Postnatal Depression Scale(EPDS). The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficients, and stepwise multiple regression. On the results, the mean score of antepartum depression was 7.80±4.86 scores(0-30 scores). The percentage of all participants for EPDS scale were 56.3% with normal level, 20.6% with a boundary line and 23.1% with serious level. Influencing factors on antepartum depression were accounted for 36.7% of the total variance which consisted of perceived health status, pregnancy stress and self esteem. The results indicate that these variables should be considered in preventing depression of pregnant women.

**Key Words** : Antepartum depression, Influencing factors, Pregnant women

## 1. 서 론

### 1.1 연구의 필요성

임신은 여성의 전 생애에 걸쳐 가장 높은 스트레스를 일으킬 수 있는 중대한 사건으로, 여성은 임신 기간 중

다양한 신체적 변화뿐만 아니라 정서적 변화, 사회적 변화 및 역할 변화까지도 경험하게 된다[1]. 특히 급격한 호르몬의 변화로 인한 입덧, 체중증가 등의 신체적 불편감, 태어날 아이의 성별, 향후 양육부담감 등은 임신 여성을 불안한 상태나 우울에까지 이르게 한다[2].

\*Corresponding Author : Park, Jeong Sook(Keimyung Univ.)

Tel: +82-10-8810-0412 email: jsp544@kmu.ac.kr

Received July 8, 2013

Revised (1st July 26, 2013, 2nd August 1, 2013)

Accepted August 7, 2013

임신 여성들은 산전우울로 인하여 체중 감소와 불면증 등을 경험하게 되고, 산전관리에 소홀해지며, 담배, 약물, 알코올 등에 의존하는 경우도 생기게 된다. 또한 태아에게도 스트레스를 주게 되어 저체중아[3], 조산, 태아 사망[4] 등을 초래할 우려가 있다. 산전우울을 치료하지 않고 방치하게 되면 임신 여성이 일상생활을 유지하는 것이 어려워질 수 있으며[5], 잠재적으로 산후우울증으로 발전되고[6] 자살 충동으로까지 이어질 수 있다[7]. 그럼에도 불구하고 임신 여성들이 실제 산전관리를 받는 동안 우울에 대한 스크리닝이 제대로 이루어지지 않아 정확한 진단이나 치료를 받지 못하는 실정이다[8,9]. 그러므로 산전우울로 인한 2차적인 문제가 발생하지 않도록 하기 위해 산전우울에 관심을 가지고 초기에 발견하고 관리해야 할 필요가 있다.

임신 여성의 우울 발생빈도는 5-15%[4,10] 정도로 보고되고 있는데, 최근 고령 산모와 조산 등 고위험 임신이 증가하는 추세에 비추어 보면[11] 더 증가할 것으로 예상된다. 이미 선진국에서는 산전우울의 심각성을 인식하여 다양한 국가정책을 추진하고 있다. 미국에서는 정부 지원금을 이용하여 출산 전후(주산기) 우울 관련된 정책, 제도 및 서비스를 마련하여 주별로 실시하고 있으며[12], 영국에서도 지역사회 보건사업을 통하여 우울을 포함하는 산전관리를 실시하고 있다. 우리나라의 경우 2013년 모자보건정책으로 산전, 산후 우울증 예방, 선별 및 사후 관리에 대한 방향이 설정되었고[13], 일부 보건소 및 산부인과 병원 등에서 산전우울에 대한 선별검사를 실시하는 등 관심이 증가되고 있다. 하지만 아직 도입단계 수준으로 구체적인 추진계획이 없으며, 예방 및 치료방법에 대해서도 명확하게 제시하지 못하고 있는 실정이다[14].

임신 여성의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하는 것은 임신 여성의 산전우울을 예방하고 건강한 자녀를 출산하는데 매우 중요하다. 국내외 선행연구를 살펴보면 산전우울과 관련된 변수로 결혼만족도, 고위험 임신, 연령, 임신계획 여부, 산과력, 입덧 여부, 소득, 가정폭력, 임신주수, 우울 가족력[2,4,14-16] 등 인구사회학적 및 임신관련 특성과 자아존중감[6,17-20], 스트레스[6,7,18,20] 등이 보고되고 있다. 그 외에도 개인의 건강상태를 측정하는 지표인 주관적 건강상태[18,19,21,22]와 수면[15,23,24]도 우울과의 관련성이 보고되고 있다. 그러므로 이러한 다양한 변수들을 산전우울에 영향을 미치는 변수로서 함께 고려해 볼 필요가 있다.

지금까지 국내에서는 산전우울의 영향요인에 대한 다변량 분석연구가 몇 편 이루어졌다[15,18,19]. 그러나 이들 연구에서는 다양한 심리적 및 생리적 변수를 포함하지 않았고, 김은숙과 류소연[19], 김혜원과 정연이[15]의

연구에서는 우울 측정도구로 일반적 우울측정 도구인 BDI (Beck Depression Inventory)를 사용하였다. 임신 여성들에게는 BDI보다 EPDS(Edinburgh Postnatal Depression Scales, 이하 EPDS)가 임신 여성의 우울 측정하는데 민감도와 특이도가 더 높은 것으로 알려져 있다[25].

이에 본 연구는 EPDS를 사용하여 임부의 산전우울 정도를 파악하고, 선행연구들에서 유의하게 보고된 다양한 변수들을 포함하여 임신 여성의 우울에 영향을 미치는 요인을 알아보고자 한다. 이는 임신 여성에게 발생할 수 있는 산전우울의 예방과 관리를 위한 간호중재의 기초자료를 제공하는데 도움이 될 것이다.

## 1.2 연구 목적

본 연구는 임신 여성의 우울 정도를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 임신 여성의 산전우울 정도를 조사한다.
- 2) 임신 여성의 일반적 및 임신관련 특성, 자아존중감, 산전스트레스, 주관적 건강상태, 수면 만족도를 파악한다.
- 3) 임신 여성의 일반적 특성 및 임신관련 특성에 따른 우울정도의 차이를 파악한다.
- 4) 임신 여성의 우울, 연령, 임신주수, 자아존중감, 산전스트레스, 주관적 건강상태, 수면 만족도 간의 상관관계를 파악한다.
- 5) 임신 여성의 우울과 관련된 영향요인을 파악한다.

## 2. 연구 방법

### 2.1 연구 설계

임부를 대상으로 산전우울 정도와 이와 관련된 영향요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2.2 연구 대상 및 자료수집

연구 대상은 다단계 비비례층화표출법을 사용하여 D광역시에 소재한 대학병원 및 산부인과전문병원에 번호를 부여한 후 추점을 통하여 각각 1/4, 1/5의 비율로 표집단위를 추출하였다. 이를 통해 대학병원 1개, 산부인과전문병원 2개가 선정되었으며, 표집병원의 산부인과 외래를 방문하거나 특강에 참여한 임부 각 60명씩, 180명을 연구대상으로 하였다. 제외기준은 심한 중증 합병증을 동반한 자, 연구 참여를 거부한 자, 의사소통이 불가능한 자로 정하였다.

이 가운데 30% 이상 무응답인 20부(11.1%)를 제외하여 최종 160부(88.9%)를 분석에 사용하였다. 표본크기는 G\*power 프로그램을 사용하여 유의수준 .05, 검정력 .80, 효과크기 .15, 관련변인의 수 9로 하였을 때 다중회귀분석(multiple regression)을 위한 최소 표본수가 114명[26]이 제시되었으므로, 본 연구의 대상자 수는 필요한 표본수를 충족하였다.

자료수집은 2013년 5월 1일부터 6월 30일까지 이루어졌으며, 사전에 해당병원 간호부의 승인을 받았다. 연구자와 훈련된 간호대학생 2인이 대학병원 산부인과 외래를 방문한 임부 혹은 산부인과 전문병원 원내 특강에 참석하거나 외래를 방문한 임부를 대상으로 연구의 목적 및 내용을 설명한 후 설문지를 배부하고 회수하였다. 대상자의 설문지 작성 소요시간은 평균 10-15분 정도였다.

## 2.3 연구 도구

### 2.3.1 일반적 특성

선행연구[14,15]를 바탕으로 연령, 종교, 최종학력, 직장상태, 결혼상태, 월평균 수입, 담배, 음주, 결혼만족도, 현재 내과적 질환, 우울 가족력, 가정 폭력 경험 등을 포함하였다.

### 2.3.2 임신 관련 특성

선행연구[14,15]를 바탕으로 임신 주수, 임신 횟수, 임신 계획의도, 임신 중 입원 경험, 태아 합병증, 고위험 임신, 이전 임신에서 유산, 사산, 조산의 경험 등을 포함하였다.

### 2.3.3 우울 측정도구

우울은 Cox, Holden과 Sagovsky[27]가 임신과 관련된 우울을 평가하기 위해 개발된 도구를 한귀원, 김명정과 박제민[28]이 한국어로 수정한 한국어판 EPDS를 사용하였다. EPDS는 산후우울을 측정하기 위해 개발되었으나 주산기 여성들에게 타당성과 신뢰성이 입증되어[4] 산전 우울 측정에도 널리 사용되고 있다[18, 20, 29]. 이 도구는 총 10문항으로 지난 일주일 간 경험한 기분에 해당하는 항목을 체크하는 자가보고식 측정도구이다. 각 문항은 ‘매우 그렇다’ 0점, ‘전혀 그렇지 않다’ 3점의 4점 척도로 구성되어있다. 점수 범위는 0-30점이고, 점수가 높을수록 우울정도가 높음을 의미한다. 도구 개발당시 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .85이었으며, 본 연구의 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .84로 나타났다.

### 2.3.4 자아존중감 측정도구

자아존중감은 Rosenberg[30]가 개발한 자아존중감 척도 10문항을 전병제[31]가 번역한 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 신뢰도와 타당도가 입증되었으며 우울 증 연구에 널리 사용되고 있다[17]. 긍정적 문항 5개와 부정적 문항 5개, 총 10문항으로 구성되어있으며, 4점 척도로 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .87이었으며, 본 연구의 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .77로 나타났다.

### 2.3.5 산전스트레스

산전스트레스는 초임부를 대상으로 안황란[32]이 개발한 도구를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 태아스트레스 9문항, 배우자스트레스 6문항, 임부스트레스 11문항으로 총 26문항이다. 5점 척도이며, 점수가 높을수록 산전스트레스가 높음을 의미한다. 도구 개발 당시의 신뢰도 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .82이었으며, 본 연구의 Cronbach’s  $\alpha$  값은 .91로 나타났다.

### 2.3.6 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 “현재 귀하가 느끼시는 전반적인 건강상태는 어떠합니까?”라는 1개 문항을 사용하여 측정하였다. 11점 Likert 척도(0점-매우 나쁘다, 10점-최상이다)로 측정하였으며, 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋음을 의미한다.

### 2.3.7 수면 만족도

수면 만족도는 “현재 귀하께서 느끼시는 전반적인 수면에 대한 만족도는 어떠합니까?” 라는 1개 문항을 사용하여 측정하였다. 11점 Likert 척도(0점-매우 나쁘다, 10점-최상이다)로 측정하였으며, 점수가 높을수록 수면 만족도가 높음을 의미한다.

## 2.4 자료 분석

수집된 자료는 SPSS 18.0 version 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다.

- 임부의 일반적 특성, 임신 관련 특성, 우울, 자아존중감, 산전스트레스, 주관적 건강상태, 수면 만족도는 빈도, 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 일반적 특성 및 임신관련 특성에 따른 우울의 차이는 t-test와 ANOVA를 통해 분석하였다.
- 임부의 우울과 관련요인(연령, 임신주수, 자아존중감, 산전스트레스, 주관적 건강상태, 수면 만족도) 간의

상관관계 분석은 피어슨 상관관계 분석(Pearson's correlation coefficients)을 사용하였다.

· 산전우울에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 단계적 다변량 회귀분석(stepwise multiple regression)을 실시하였다.

### 2.5 윤리적 고려

본 연구는 대상자를 보호하기 위하여 계명대학교 동산병원 연구윤리심의위원회로부터 연구의 목적, 방법, 피험자 권리보장 및 설문지 등에 대한 심의를 거쳐 연구승인(2013-04-004)을 받았다.

## 3. 분석 결과

### 3.1 임부의 일반적 및 임신 관련 특성

임부의 평균 연령은 32.6±3.2세였고, 종교는 불교 20.6%, 가톨릭 13.7%, 기독교 11.3% 순이었다. 49.4%의 임부가 대졸 이상이었으며, 48.8%의 임부가 직업을 가지고 있지 않았다. 월수입은 201-300만원이 30.6%였으며, 임신 중에도 음주 경험이 있는 사람은 9.4%로 나타났다. 또한 내과적 질환을 가진 경우가 3.8%이었으며, 우울 가족력이 있는 경우가 4.4%, 가정폭력을 경험한 경우가 5.6%로 나타났다.

임신주수는 평균 27.3±7.8주이었으며, 초임부가 68.1%로 가장 많았다. 72.5%가 계획된 임신이었으며, 17.5%가 이번 임신으로 인해 병원에 입원한 경험이 있었다. 태아 합병증이 있는 경우는 2.5%이었으며 고위험 임신인 경우가 23.8%로 나타났다. 산과력에서는 이전에 유산 경험이 있는 경우가 20%, 조산 경험은 3.1%로 나타났다. 또한 임부의 자아존중감은 40점 만점에 29.71±4.40점이었으며, 주관적 건강상태는 10점 만점에 6.89±1.66점, 수면 만족도는 10점 만점에 6.12±2.12점으로 나타났다[Table 1].

### 3.2 임부의 산전우울 실태

임부의 우울점수는 평균 7.80±4.86점(0-30점)이었다. 전체 임부 중 56.3%가 정상(0-8점)이었으며, 23.1%가 우울의 경계선(9-12점), 20.6%는 심각한 수준(13점 이상)으로 나타났다.

산전 우울에 대해 들어본 경험이 있는 경우가 79.4%이었으며, 대상자의 4.4%는 자살생각을 해 본 경험이 있었다. 또한 임신 전 우울 진단을 받았거나 약물을 복용한 경험이 있는 경우가 3.1%로 나타났다[Table 2].

### 3.3 제 변수에 따른 우울의 차이

일반적 특성에서는 폭력 경험에서만 유의한 차이를 보여( $t=1.91, p=.058$ ), 가정폭력을 경험한 여성일수록 우울한 것으로 나타났다. 임신관련 특성에서는 고위험 임신인 경우( $t=2.67, p=.008$ ), 이전 임신에서 유산, 사산, 조산의 산과력이 있는 경우( $t=3.46, p=.001$ )에 우울점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다[Table 3].

### 3.4 산전우울과 제 변수와의 상관성

산전우울은 자아존중감( $r=-.46, p<.001$ ), 임부스트레스( $r=.46, p<.001$ ), 태아스트레스( $r=.40, p<.001$ ), 배우자스트레스( $r=.38, p<.001$ ), 주관적 건강상태( $r=-.47, p<.001$ ), 수면 만족도( $r=-.43, p<.001$ )와 유의한 상관관계를 보였다. 즉 자아존중감이 낮을수록, 산전스트레스(임부스트레스, 태아스트레스, 배우자스트레스)가 높을수록, 주관적 건강상태가 낮을수록, 수면 만족도가 낮을수록 산전우울이 높은 것으로 나타났다[Table 4].

### 3.5 산전우울에 영향을 미치는 요인

산전우울에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 산전우울에 유의한 상관성을 보였던 가정폭력, 고위험 임신, 산과력, 자아존중감, 산전스트레스(임부스트레스, 태아스트레스, 배우자스트레스), 주관적 건강상태, 수면 만족도를 단계적으로 투입하는 회귀분석(stepwise multiple regression)을 실시하였다.

회귀분석 결과 임신 여성의 산전우울 회귀모형이 유의한 것으로 나타났다( $F=31.8, p<.001$ ). 회귀모형에서 다중공선성을 확인한 결과 공차 한계의 범위가 .74에서 .89로 0.1이상이었으며, 분산팽창계수(VIF)는 1.15에서 1.33으로 기준치 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제가 없으므로 본 회귀모형은 적합한 것으로 평가된다.

회귀분석 결과 산전우울의 설명력은 36.7%이었고, 가장 영향력 있는 요인은 주관적 건강상태( $\beta =-.24, p=.001$ )로 산전우울의 22.1%를 설명하였으며, 그 다음이 임부스트레스( $\beta =.31, p<.001$ ), 자아존중감( $\beta =-.27, p<.001$ ) 순으로 나타났다[Table 5].

[Table 1] General and Pregnant-related Characteristics, Self esteem, Antepartum stress, Perceived health status, and Sleep satisfaction of Pregnant women (n=160)

Characteristics	Categories	M±SD, n(%)	Characteristics	Categories	M±SD, n(%)	
Age(yr)		32.62±3.22	Gestational period (weeks)		27.26(7.87)	
Religion	Christianity	18(11.3)	Number of pregnancy	First	109(68.1)	
	Catholicism	22(13.7)		Second	44(27.5)	
	Buddhism	33(20.6)		Third	7(4.4)	
	None/Others	87(54.4)				
Educational level	High school	21(13.1)	Pregnancy plan	Yes	116(72.5)	
	College	60(37.5)		No	44(27.5)	
	More than University	79(49.4)	Hospitalization experience during pregnancy	Yes	28(17.5)	
Occupation	Yes	61(38.1)	Fetal complication	Yes	4(2.5)	
	No	78(48.8)		No	156(97.5)	
	Taking time off after pregnancy	21(13.1)	High risk pregnancy	Yes	38(23.8)	
Marital status	Marriage	159(99.4)	Parity	Abortion	32(20.0)	
	Single	1(.6)		Preterm birth	5(3.1)	
Monthly income (₩10,000)	100 ≤	20(12.5)		Others	1(.6)	
	101-200	42(26.3)		None	122(76.3)	
	201-300	49(30.6)	Self esteem		29.81±4.40	
	301-400	17(10.6)			69.14±14.28	
	400 >	12(7.5)		Antepartum stress	Pregnancy stress	30.99±6.86
Smoking experience*	Yes	1(.6)			Fetal stress	25.50±6.10
No	159(99.4)	Spouse stress			12.65±4.14	
Drinking experience	Yes	15(9.4)	Perceived health status		6.89±1.66	
	No	145(90.6)	Sleep satisfaction		6.12±2.12	
Taking drug due to medical disease	Yes	6(3.8)				
	No	154(96.3)				
Depression history	Yes	7(4.4)				
	No	153(95.6)				
Violence from family	Yes	9(5.6)				
	No	151(94.4)				

[Table 2] Depression of Pregnant women (n=160)

Characteristics	Categories	M±SD, n(%)
Have you heard antepartum depression?	Yes	127(79.4)
	No	33(20.6)
Clinically depressed before pregnancy	Yes	5(3.1)
	No	155(96.9)
Suicidal ideation	Yes	7(4.4)
	No	153(95.6)
Depression(scores)		7.80±4.86
	0-8(normal)	90(56.3)
	9-12(boundary line)	37(23.1)
	13 ≥(serious level)	33(20.6)

[Table 3] Differences of Antepartum Depression according to General and Pregnant-related Characteristics (n=160)

Characteristics	Categories	Depression			Characteristics	Categories	Depression		
		M±SD	F or t	p			M±SD	F or t	p
Religion	Christianity	7.89±4.40	.61	.610	Number of pregnancy	First	7.22±4.75	2.70	.070
	Catholicism	6.50±4.17				Second	8.86±4.78		
	Buddhism	8.00±4.68				Third	10.14±5.96		
	None/Others	8.03±4.99			Pregnancy plan	Yes	7.38±4.82	-1.79	.075
Educational level	High school	9.33±6.20	1.72	.164	No	8.91±4.84			
	College	7.60±4.95			Hospitalization experience	Yes	8.50±5.52	.84	.403
	More than University	7.54±4.36				No	7.65±4.72		
Occupation	Yes	7.20±4.82	.76	.469	Fetal complication	Yes	11.50±6.14	1.55	.123
	No	8.19±5.02				No	7.71±4.81		
	Taking time off after pregnancy	8.10±4.37			High risk pregnancy	Yes	9.61±5.12	2.67	.008
Marital status	Marriage	7.82±4.87	.58	.565	No	7.24±4.65			
	Single	5.00			Parity(abortion, stillbirth, preterm)	Yes	10.11±4.96	3.46	.001
Monthly income (₩10,000)	100 ≤	7.65±4.40	.79	.560	No	7.08±4.61			
	101-200	8.64±4.96							
	201-300	7.08±4.4							
	301-400	7.29±5.44							
	400 >	6.92±4.23							
Smoking experience*	Yes	15	1.49	.138	Drinking experience	Yes	8.0±5.03	.17	.868
	No	7.75±4.84				No	7.78±4.86		
Taking drug due to medical disease	Yes	9.50±6.19	.87	.38	Depression history	Yes	10.43±5.10	1.47	.144
	No	7.73±4.81				No	7.68±4.83		
Violence from family	Yes	10.78±5.85	1.91	.058					
	No	7.62±4.76							

[Table 4] Correlation among the factors related to antepartum depression (n=160)

r(p)	Age	Gestational period	Self esteem	Pregnancy stress	Fetal stress	Husband Stress	Perceived health status	Sleep satisfaction
Antepartum depression	-.08 (.129)	.02 (.793)	-.46 (<.001)	.46 (<.001)	.40 (<.001)	.38 (<.001)	-.47 (<.001)	-.43 (<.001)

[Table 5] Influencing Factors on Antepartum depression (n=160)

Variable	Standard coefficients	R <sup>2</sup>	t	p
Perceived health status	-.24	21.1	-3.30	.001
Pregnancy stress	.31	10.3	4.61	<.001
Self esteem	-.27	5.3	-3.76	<.001
Total		36.7		

#### 4. 논 의

본 연구는 임신 여성의 우울 발생빈도 및 우울에 영향을 주는 요인들을 파악하여 산전, 산후우울을 예방하고 관리하는 간호중재의 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다.

본 연구에서 임부의 평균 연령은 32.6세로 나타나, 우리나라 여성의 평균 분만 연령인 31.2세[33]에 근접하였다. 또한 고위험 임신은 23.8%로 전체 임신 여성의 1/4 정도를 차지하였는데, 이는 최근 결혼 연령이 점점 늦어지고 평균 분만 연령도 높아짐에 따른 고위험 임신의 증가된 추세[33]를 반영한다고 볼 수 있다.

본 연구에서 대상자의 일반적 특성 중 가정폭력만이 우울 점수에 유의한 차이를 보였다. 이러한 결과는 가정폭력이 산전우울의 가장 중요한 변수이며, 폭력을 경험한 여성일수록 우울이 발생할 확률이 3.45배나 높다고 보고한 Melville 등[7]의 연구결과를 지지한다. 가정폭력은 최근 ‘사회적 범죄’로 인식되고 있으며 부부관계가 유지되기 어려운 물론이고 피해자의 자신감과 자존감을 저하시켜[34] 우울한 정서에 이르게 하는 것으로 여겨진다. 임신은 여성의 인생에서 매우 가치 있는 사건이고 존중받고 보호받아야 할 시기이다. 이러한 임신기에 여성이 가정폭력에 노출되면 임부와 태아에게 신체적 위해가 되는 것은 물론이고 심리적으로 임신 유지에 어려움을 유발할 수 있다. 임부는 하나의 인격체로서 자신의 강점을 발견하고, 숨기기보다는 가정폭력 상담 서비스를 이용하여 적극적인 대처를 하고 치유를 받아야 한다. 또한 폭력 환경에의 재노출을 막기 위해 사회적, 정책적으로 근본적인 해결방안이 마련되어야 할 것이다.

임신관련 특성에서는 고위험 임신 정도에 따라 우울 점수에 유의한 차이를 보여 김혜원, 정연이[15], 문은혜 등[35]의 연구결과와 유사하였다. 고위험 임부는 임신 합병증, 태아기형, 조산과 같은 예견되지 않은 상황에 대한 불확실성과 불안[36]으로 인해 더 우울한 것으로 여겨진다. 고위험 임부의 부담을 줄이기 위해 정부에서 고위험 임신부 의료비 지원사업 등을 지원하고 있지만, 건강보험심사평가원[33]에 따르면 산전검사료 등의 진료비 비중은 늘어난 것으로 보고되고 있다. 따라서 고위험 임부의 경제적 부담을 줄이는 경제적 지원을 확대, 강화시켜 태아의 안녕을 위한 철저한 산전관리가 이루어지도록 하여야 하겠다. 이는 임신 여성의 우울을 감소시킬 뿐만 아니라 건강한 자녀를 출산하는데도 도움을 주어 우리나라의 당면 과제인 저출산의 해결책으로도 작용할 수 있을 것이다.

본 연구에서 임신부들의 산전우울 정도는 30점 만점

에  $7.80 \pm 4.86$ 점으로 나타나 이명은과 권영란[18] 연구에서의 7.2점보다 다소 높았다. 그러나 산욕부를 대상으로 한 선행연구들[37-39]에서 평균 8.4 ~ 9.22점으로 나타나 임신시 보다 출산후 우울이 더 심각함[6]을 알 수 있다.

선행연구마다 산후우울 척도가 다르며, EPDS 도구를 사용하였다 하더라도 우울점수의 절단점이 달라 절대적인 차이를 비교하기 어렵다. 이명은과 권영란[18]의 연구와 최세경 등[14]의 연구에서는 절단점을 10점으로 하였다. 임신 중 우울을 연구한 Breedlove와 Fryzelka[29]는 12점 이상인 경우 심각한 우울로의 가능성이 있다고 하였다. 본 연구에서는 보건복지부[40]의 구분 기준에 따라 EPDS 점수가 0-8점은 정상, 9-12점은 상담수준(경계선), 13점 이상은 심각한 수준(치료 필요)으로 구분하였다. 이에 따라 심각한 우울수준(13점 이상)으로 확인된 20.6%의 임부는 산전 선별검사를 통한 지속적인 관리가 필요하다. 그러나 현재 우리나라 대부분의 산부인과에서 임신 중 우울에 대한 선별검사 뿐만 아니라 치료도 제대로 이루어지지 않아[14] 임신 여성들은 우울의 사각지대에 놓여 있다. 특히 우리나라는 아직 우울과 같은 정신적 문제에 대해 부정적으로 여기기 때문에 검사나 치료를 꺼려하기 쉬운 우울에 더욱 취약하다. 따라서 임신 여성뿐만 아니라 의료인들도 산전우울에 대한 경각심을 가지고 산전진료 시 우울검사를 의무적으로 실시하여 우울을 발견하고 예방하도록 노력해야 할 것이다. 또한 전 국민을 대상으로 우울에 대한 부정적인 인식을 개선하는 홍보 노력이 필요하며 주변 가족들도 임부의 우울을 이해하고 도와려는 태도를 가지도록 해야 할 것이다.

본 연구에서 임신 여성의 우울에 영향을 미치는 요인은 주관적 건강상태, 임부스트레스, 자아존중감으로 나타났다. 이들 변인은 산전우울을 36.7% 설명하는 것으로 나타났다. 즉, 자신의 건강상태를 좋다고 지각할수록, 임부스트레스가 낮을수록, 자아존중감이 높을수록 우울 점수가 낮아지는 것을 알 수 있었다.

먼저, 주관적 건강상태는 산전우울의 가장 큰 영향요인으로, 이명은과 권영란[18]의 연구와 김은숙과 류소연[19]의 연구결과와 유사하였다. 이러한 결과는 임신으로 인해 피로, 체중증가, 빈뇨, 변비, 요통, 부종 등의 신체적 변화를 경험하면서 자신의 건강상태가 변화되었다고 인식하기 때문으로 생각된다. 즉 신체적 불건강 상태와 정신적 우울은 어느 정도 관계가 있으므로[16], 임부에게 신체적 변화가 정상적인 증상임을 이해시키고, 자신의 건강상태에 대한 긍정적인 태도와 자신감을 갖도록 하는 것이 중요하다. 또한 임부는 체중 조절 및 다양한 영양소 섭취를 통해 신체적 균형과 정신적 건강을 함께 유지하도록 노력해야 할 것이다.

다음으로 자아존중감이 산전우울의 영향요인으로 나타나 조현주 등[6]의 연구와 김은숙과 류소연[19]의 연구 결과와 일치하였다. 임신이 여성의 삶에서 가장 심오한 과정임을 인식하고 자신을 가치 있는 존재로 여기게 될 때 개인의 취약성이 감소되고[41] 회복력이 증가하면서 우울이 낮아지는 것으로 여겨진다. 특히 임신 여성들은 남편의 지지를 받지 못할 때 자아존중감에 손상을 받게 되고 이로 인하여 우울을 경험하게 된다[42]. 따라서 향후 임신 및 종족보존과 여성의 가치를 결부시키는 문화를 조성하고, 임신부를 존중하고 배려하는 가정과 사회적 분위기 확장이 필요하다.

마지막으로 임부스트레스가 산전우울에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 임신부는 임신으로 인한 신체적 불편감, 분만 시 통증에 대한 걱정, 가사 및 양육 걱정, 남편과의 관계 등으로 스트레스를 받게 되고[33] 이는 우울에 부정적인 영향을 미치는 것으로 여겨진다. 따라서 임신부가 자신의 감정을 표현하고 긍정적인 마인드를 가져 스트레스를 해소할 수 있도록 하는 스트레스관리 프로그램을 산전관리에 포함시킬 필요가 있다. 산전우울과 관련된 57개의 연구를 체계적 고찰로 분석한 Lancaster 등[20]의 연구에서는 이혼, 가족의 죽음 등과 같은 생활사건 스트레스가 산전우울의 중요한 영향요인으로 나타났다. 본 연구의 임부스트레스는 임신으로 인한 불편감, 외모변화 등에 대한 것이기 때문에 생활사건 스트레스와는 성격이 다르다고 볼 수 있으므로 추후연구에서 고려될 필요가 있다.

본 연구에서는 임신 계획, 수면, 고위험 임신이 산전우울의 유의한 영향요인으로 나타나지 않아서 선행연구 결과[15,18]와 일치하지 않았다. 계획되지 않은 임신 시 임부는 당황하고 막막하고 자기 조절력을 상실한 부정적 반응을 보이며 우울한 정서를 경험하게 될 것이다. 하지만 본 연구에서 임신을 계획한 임부가 계획하지 않은 임부보다 우울점수가 낮았지만 유의하지는 않았다. 수면은 김혜원과 정연이[15]의 연구에서 산전우울의 강력한 영향요인으로 확인되었지만 본 연구에서는 역상관만 있고 영향요인에서는 제외되었다. 그러나 수면은 우울과 상관관계가 있으므로 임부에게 사정해야 할 변수이며, 추후 반복적인 연구를 통해 검증될 필요가 있다. 또한 본 연구에서 고위험 임신 여부가 산전우울에 유의한 차이를 보였지만 영향요인에서는 제외되었다. 김혜원과 정연이[15]의 연구에서는 고위험을 주요 변수로 여겨 고위험 임부가 많은 종합병원 임부를 대상으로 하였다. 이에 비해 본 연구에서는 대학병원과 산부인과전문병원 임부를 대상으로 하였기 때문에 중증도에서 차이가 있었을 것으로 생각된다.

본 연구는 일 지역 산부인과 병원 외래를 방문한 임신 여성을 대상으로 하였기 때문에 연구결과를 일반화하여 적용하는 데 제한점이 있으므로 향후 전국적인 대상자 표집을 통한 재연구가 필요하다고 본다. 본 연구는 다양한 생리적 및 심리사회적 변수를 포함하여 산전우울의 영향요인을 확인하였으며, 주관적 건강상태가 가장 중요한 영향요인으로 파악한 점에 의의가 있다고 본다. 따라서 임신 여성의 우울을 감소시키기 위해서는 주관적 건강상태의 중요성을 제고하여 자신의 건강에 대한 긍정적인 생각을 가지게 하는 방안을 마련할 필요가 있다.

## 5. 결론

본 연구의 목적은 임신 여성의 산전우울에 영향을 주는 요인을 파악하여 우울을 예방하고 관리하는 간호중재의 기초자료를 제공하는데 있다. 비비례층화표출법을 사용하여 D광역시에 소재한 대학병원 1곳과 여성전문병원 2곳에서 산부인과 외래를 방문한 160명의 임부를 연구대상으로 하였다. 자료분석은 SPSS 18.0 version 프로그램을 사용하였으며, 서술 통계, t-test, ANOVA, Pearson's correlation coefficients, 그리고 multiple regression을 사용하여 분석하였다. 본 연구에서 한국형 EPDS로 임신 여성의 우울을 측정된 결과 전체의 56.3%가 정상(0-8점)이었고, 23.1%가 경계선(9-12점), 20.6%는 심각한 수준(13점 이상)으로 확인되었다. 회귀분석을 통하여 임신 여성의 산전우울 영향요인으로는 주관적 건강상태, 임부스트레스, 자아존중감 순으로 나타났고, 이들 영향요인들에 의한 산전우울의 전체 설명력은 36.7%로 나타났다. 따라서 산전우울을 감소시키기 위해서는 이러한 변수들을 충분히 고려하여야 한다. 즉, 주관적 건강상태를 강화시키고, 임부스트레스를 낮추며, 자아존중감을 향상시킬 수 있는 간호중재를 개발하여 제공해야 할 것이다. 또한 의사나 간호사 등의 의료인들도 산전우울에 대한 경각심을 가지고 임부 진료시 산전 스크리닝을 통하여 우울 가능성이 있는 임신부를 선별하여 진단하고 치료하도록 노력해야 할 것이다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 임신 기간이 경과함에 따라 임신 여성에게 나타나는 심리적 및 신체적 변화가 다르기 때문에 임신 기간 별 우울의 변화 및 영향요인을 살펴볼 것을 제언한다. 둘째, 본 연구에서 밝혀진 산전우울의 영향요인을 바탕으로 산전우울 예방 프로그램의 개발을 제언한다.



## References

- [1] H. J. Lee, O. K. Hyun, and J. H. Rha, "Longitudinal study on the changes of mothers' stress and cortisol from pregnancy to postpartum period", *Korean J Community Living Science*, 17(3), 109-121, 2006.
- [2] M. K. Kwon, "Antenatal Depression and Mother-Fetal Interaction", *J Korean Acad Child Health Nurs*, 13(4), 416-426, 2007.
- [3] H. W. Kim and Y. Y. Jung, "Effects of Antenatal Depression and Antenatal Characteristics of Pregnant Women on Birth Outcomes: A Prospective Cohort Study", *J Korean Acad Nurs*, 42(4), 477-485, 2012.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2012.42.4.477>
- [4] O. Chatillon, & C. Even, C. "Antepartum depression: Prevalence, Diagnosis and treatment", *Encephale*, 36(6), 443-451, 2010.
- [5] American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Screening for Depression During and After Pregnancy [Internet], [cited 2010 Feb] Available From: <http://www.acog.org>. (accessed May, 10, 2013)
- [6] H. J. Cho, et al., "A Study of Predicting Postpartum Depression and the Recovery Factor from Prepartum Depression", *The Korean Society of perinatology*, 15(3), 245-254, 2004.
- [7] J. L. Melville, A. Gavin, Y. Guo, M. Y. Fan, & W. J. Katon, "Depressive Disorders During Pregnancy: Prevalence and Risk Factors in a Large Urban Sample", *Obstet Gynecol*, 116(5), 1064-1070, 2010.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a>
- [8] R. Kelly, D. Zatzick, & T. Anders, "The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics", *American Journal Psychiatry*, 158, 213-219, 2001.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.213>
- [9] O. Vesga-Lopez, C. Blanco, K. Keyes, M. Olfson, B. F. Grant, & D. S. Hasin, "Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States", *Arch Gen Psychiatry*, 65, 805-815, 2008.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>
- [10] B. N. Gaynes, et al., "Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes", *Evid Rep Technol Assess (Summ)*, 119, 1-8, 2005.
- [11] Korean Society of Maternal Fetal Medicine, Ministry of Health & Welfare. "The survey on the actual conditions of delivery room and delivery of high-risk pregnancy", p1, 2012.
- [12] University Management center for health promotion. "The study for policy plan on the actual depressed condition of perinatal and the decrease of incident rate", p33-37, 2010.
- [13] Ministry of Health & Welfare. "Maternal and Child Health Policy 2013", p5, 2012.
- [14] S. K. Choi, S. Y. Ahn, J. C. Shin, and D. G. Jang, "A clinical study of depressive symptoms during pregnancy", *Korean Journal of Obstetrics & Gynecology*, 52(11), 1102-1107, 2009.
- [15] H. W. Kim and Y. Y. Jung, "Influencing Factors on Antenatal Depression", *Korean J Women Health Nurs*, 16(2), 95-104, 2010.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2010.16.2.95>
- [16] W. Hwee and S. Y. Park, "The Relationships between Anxiety, Depression, Prenatal Stress, Maternal-Fetal Attachment and Gratitude", *J Korean Soc Matern Child Health*, 16(2), 274-286, 2012.
- [17] H. J. Cho, J. H. Kwon, "A test of the Attachment Model of Prepartum Depression", *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 21, 727-744, 2002.
- [18] M. E. Lee and Y. R. Kweon, "Psycho-social Factors Associated with Depression in Pregnant Women", *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(3), 252-260, 2011.
- [19] E. S. Kim, S. Y. Rhu, "The Relationship between Depression and Sociopsychological Factors in Pregnant Women", *J Korean Soc Matern Child Health*, 12(2), 228-241, 2008.
- [20] C. A. Lancaster, K. J. Gold, H. A. Flynn, H. Yoo, S. M. Marcus, & M. M. Davis, "Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review", *American Journal Obstetric Gynecology*. 202(1), 5-14, 2010.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- [21] J. E. Song, "Influencing Factors of Postpartum Depression between 4 to 6 Weeks after Childbirth in the Postpartum Women", *Korean J Women Health Nurs*, 15(3), 216-223, 2009.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2009.15.3.216>
- [22] S. J. Jun, H. K. Kim, S. M. Lee, and S. A. Kim, "Factors Influencing Middle-aged Women's Depression", *The J of Korean Community Nursing*, 15(2), 266-272, 2004.
- [23] J. S. Kim, H. S. Hong, and Y. K. Na, "A study of Fatigue, Depression and Sleep Disorders in Patients with Chronic Liver Disease", *J Korean Biol Nurs Sci*, 14(1), 1-7, 2012.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.7586/jkbns.2012.14.1.1>
- [24] K. S. Lee, J. S. Kang, I. S. Kwon, and Y. C. Cho, "Influence of Sleep Quality, Occupational Stress and Fatigue on Depression Among Small-scale Manufacturing Male Workers", *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 12(5), 2230-2240, 2011.

DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.5.2230>

[25] B. Harris, P. Huckle, R. Thomas, S. Johns, & H. Fung, "The use of rating scales to identify post-natal depression", *Br J Psychiatry*, 154, 813-7, 1989.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.154.6.813>

[26] J. Cohen, "Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)" Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988

[27] J. L. Cox, J. M. Holden, & R. Sagovsky, "Detection of postnatal Depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression scale", *British Journal of psychiatry*, 150(JUNE), 782-786, 1987.

[28] K. W. Han, M. J. Kim, and J. M. Park, "The Edinburgh Postnatal Depression Scale, Korean Version : Reliability and Validity", *J Korean Soc Biol Ther Psychiatry*, 10(2), 201-207, 2004.

[29] G. Breedlove, & D. Fryzelka, "Depression Screening During Pregnancy", *J Midwifery Womens Health*, 56(1), 18-25, 2010.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2010.00002.x>

[30] M. Rosenberg, "Society and the adolescent self image" Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965.

[31] B. J. Jeon, "Self-esteem: A test of its measurability", *Yonsei Form*, 11, 107-129, 1974.

[32] H. R. Ahn, "An experimental study of the effects of Husband's supportive behavior reinforcement education on stress relief of primigravidas", *J Korean Acad Nurs*, 15(1), 5-16, 1985.

[33] Health Insurance Review & Assessment Service. HIRA trend of policy. [Internet]. [cited 2012 May 1], Available From: <http://www.hira.or.kr>. (accessed June, 25, 2013)

[34] H. S. Jung, "The Effect of psychoanalytically informed music therapy on social avoidance & distress, depression, somatization, and the growth index of domestic violence women victims", [master thesis], Seoul: MyongGii University, 2006.

[35] E. H. Moon, J. Y. Kim, M. K. Jung, H. M. Son, and J. A. Oh, "Anxiety-depression and Maternal Fetal Attachment Behaviors of Pregnant Women with Preterm Labor and Normal Pregnant Women", *Korean parent-child health journal*, 9(2), 128-139, 2006.

[36] K. W. Kim and E. H. Lee, "Womans experience of Risk Situation on the High-Risk Pregnancy", *Korean J Women Health Nurs*, 4(1), 161-178, 1989.

[37] K. S. Bang, "Infants' Temperament and Health Problems according to Maternal Postpartum Depression", *Journal of Korean academy of nursing*, 41(4), 444-450, 2011.

[38] J. H. Youn, and I. S. Jeong, "Predictors of Postpartum Depression : Prospective cohort study", *J Korean Acad Nurs*, 43(2), 225-235, 2013.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2013.43.2.225>

[39] E. J. Cho, "Subjective sleep quality in depressed and non-depressed mothers during the late postpartum period", *Korean J Women Health Nurs*, 15(2), 108-120, 2009.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2009.15.2.108>

[40] Ministry of Health & Welfare, Postpartum depression [Internet]. [cited 2010 Mar 8], Available From: <http://health.mw.go.kr>. (accessed June, 12, 2013)

[41] M. R. Choi and I. H. Lee, "The Moderating and Mediating Effects of Self-Esteem on the Relationship between Stress and Depression", *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 22(2), 363-383, 2003.

[42] J. Y. Bae, "Construction of a Postpartum Depression Model", *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*, 11(4), 572-587, 2002.

**이 은 주(Eun-Joo Lee)**

[정회원]



- 1999년 5월 ~ 2004년 4월 : 대구파티마병원 내과중환자실 간호사
- 2011년 2월 : 계명대학교 일반대학원 간호학과 (간호학 석사)
- 2013년 2월 : 계명대학교 일반대학원 간호학과 (간호학 박사 수료)
- 2011년 9월 ~ 현재 : 대구과학대학교 간호과 조교수

<관심분야>

자궁경부암, 산전우울, 산후우울

**박 정 숙(Jeong-Sook Park)**

[정회원]



- 1989년 2월 : 연세대학교 간호학과 박사
- 1990년 3월 ~ 현재 : 계명대학교 간호대학 교수
- 1994년 3월 ~ 2009년 2월 : 계명대학교 간호대학 학장, 간호과학연구소장, 동산의료원 간호처장 역임
- 2007년 3월 ~ 2009년 2월 : 대한간호학회지 출판위원장 역임

<관심분야>

간호학, 통증간호, 종양간호, 건강증진