

# 임신 중 우울에 영향을 미치는 심리사회적 요인

이명은<sup>1</sup> · 권영란<sup>2</sup>

광주광산구정신보건센터 간호사<sup>1</sup>, 조선대학교 간호학과 조교수<sup>2</sup>

## Psycho-social Factors Associated with Depression in Pregnant Women

Lee, Myoung Eun<sup>1</sup> · Kweon, Young Ran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Staff Nurse, Gwanju Gwansangu Mental Health Center, <sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Chosun University

**Purpose:** The purpose of the study was to investigate the psycho-social factors such as self-esteem, stress, and family support that affect the depression in pregnant women. **Methods:** The participants were 149 pregnant women who were seen at the urban G and M woman hospital. Data were collected using structured questionnaires from January 10 to May 20, 2011, and were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson Correlation Coefficients, and Stepwise Multiple Regression with SPSS/WIN 17.0 program. **Results:** Mean age was 31 years, and 28.9% of the participants reported depression. Depression in the pregnant women showed a negative correlation with self-esteem ( $r=-.47, p<.001$ ) and family support ( $r=-.38, p<.001$ ), but a positive correlation with stress ( $r=.42, p<.001$ ). In addition, variables that predicted depression in pregnant women were general health condition, stress, self-esteem, communication with husband, and planned pregnancy (39.0%). **Conclusion:** The findings from this study indicate the need to screen pregnant women for depression. There is also a need for programs to prevent depression in pregnant women and assess risk considering psycho-social factors.

**Key Words:** Depression, Pregnancy, Woman

## 서론

### 1. 연구의 필요성

현대사회의 정신건강 영역에서 임신부의 우울증은 관리해야 되는 중요한 사회적 문제의 하나로 간주되고 있다. 임신과 출산을 경험하는 여성들은 신체적, 정신적, 사회적 변화를 경험하게 되고, 이러한 변화과정 동안 적응이라는 새로운 도전에 직면하게 된다. 따라서 임신에서 출산까지의 전 과정 동안의 임신부들에게는 다양한 형태의 정신건강 문제가 나타날 수 있다(Choi, Ahn, Shin, & Jang, 2009).

임부들이 경험하는 일반적인 정신건강상의 문제로는 가

장 혼란 것이 기분의 변화이다(Kim, Yang, & Jeong, 2004). 기분변화 중에서도 특히 우울 증상이 임신한 여성들에게 빈번하게 발생하는데 실제 Choi 등(2009)의 연구결과 25.0% 이상의 발생률을 보여주었다. 일반적으로 임신 및 출산과 관련된 우울 증상은 산욕기보다 임신 중에 더 발생하기 쉬우며(Gavin et al., 2005), 약 20.0%의 발생률을 보여주고 있다(Leigh & Milgrom, 2008).

임신 중 우울증상이 관리되지 않고 그대로 방치되었을 경우 산후우울증과 같은 심각한 정신장애로 발전할 가능성이 있으며, 또한 조산과 같은 부정적 산과적 결과를 초래할 가능성과 밀접한 관련이 있다(O'Keane & Marsh, 2007). 뿐만 아니라 장기적으로는 산모와 영아의 상호작용을 비롯한

**주요어:** 임부, 우울, 자아존중감, 스트레스, 가족지지

**Address reprint requests to:** Kweon, Young-Ran, Department of Nursing, Chosun University, 375 Susuk-dong, Dong-gu, Gwangju 501-759, Korea. Tel: 82-62-230-6325, Fax: 82-62-230-6329, E-mail: yrk@chosun.ac.kr

- 이 논문은 제1저자의 조선대학교 석사학위논문 의 축약본임.

- This article is a condensed form of the first author's master's thesis from Chosun University.

투고일 2011년 6월 18일 / 수정일 1차: 2011년 8월 26일, 2차: 2011년 9월 18일 / 게재확정일 2011년 9월 18일

다양한 신체적 건강에도 심각한 영향을 미치기 때문에 임신 중 우울에 대한 관심과 연구는 매우 중요하다(Kwon, 2007). 그러나 산후우울증에 비해 임신 중 우울에 관한 연구는 거의 이뤄지지 않고 있다(Cantwell & Cox, 2006).

정신건강의 문제를 다룰 때 중요한 것은 예방과 조기 중재이다. 따라서 정신건강영역에서 임신 기간 동안에 경험하는 우울에 대한 관심을 갖고 연구를 하는 것은 중요하다. 지금까지 국내의 임신 중 우울과 관련된 연구로는 임신 중 우울증상에 관한 연구(Choi et al., 2009), 임신 중 우울과 모아 관계성에 관한 연구(Kwon, 2007), 그리고 산전 우울 영향 요인에 관한 연구(Kim & Jung, 2010) 등이 있다. 그러나 이러한 선행연구들은 주로 신체 생리적 변인들만을 중점적으로 다루고 있어, 심리사회적 변인에 관한 연구가 필요한 실정이다.

일반적으로 임신과 출산은 여성에서 어머니가 되는 과정으로 발달단계에서 가장 많은 신체적, 정서적, 사회적 변화를 경험하는 시기이다. 즉 임산부들은 임신과 관련된 다양한 스트레스를 경험한다. 이와 같이 임산부에게 주어지는 정신적, 신체적 긴장은 정서적 위기를 촉진시키는 요인이 된다(Leigh & Milgrom, 2008). 또한 임신한 여성들은 남편이나 가족들에게 특별한 대우를 받고 싶어 한다. 그러나 가족 관계 내에서 만족스런 지지를 경험하지 못했을 때 짜증이 증가하고 예민해진다. 즉 남편이나 가족들의 사소한 말 한마디나 적절하지 못한 사회적 지지에 쉽게 섭섭하거나 짜증을 내며 정서적으로 불안정해진다(Kim & Jung, 2010). 뿐만 아니라 이러한 인간관계 문제가 자아존중감에 영향을 미쳐 우울해 질 수 있다. 특히 임신한 여성은 남편의 지지와 신뢰를 얻지 못할 때 자아존중감에 손상을 받고 이로 인해 우울을 경험할 수 있다(Bae, 2002).

이에 본 연구에서는 자아존중감, 스트레스, 그리고 가족 지지와 같은 심리사회적 변인을 포함하여 임신 중 우울과 관련된 요인을 탐색하고자 한다. 임신 중 우울의 문제가 사회적 관심현상으로 부각되고 있는 현 시점에서 본 연구는 향후 임신 중 우울을 예방하고 중재하기 위한 프로그램 개발의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

## 2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 인구학적 및 임신 관련 특성을 파악한다.
- 대상자의 자아존중감, 가족 지지, 스트레스 및 우울 정

도를 파악한다.

- 대상자의 인구학적 및 임신 관련 특성에 따른 우울 정도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 자아존중감, 가족 지지, 스트레스 및 우울 간의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 임신 중 우울에 영향을 미치는 심리사회적 요인을 확인하기 위한 서술적 상관관계연구이다.

### 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구대상자 선정 및 자료수집방법은 다음과 같다. 첫째, 2011년 1월에 G병원 및 M병원에 연구 계획서를 제출하여 환자들의 인권에 침해되지 않음을 확인받고 자료수집을 승인받았다. 둘째, 동일기관의 병원장 및 간호과장의 협조를 통해 외래진료 중인 임부를 연구대상자로 선정하였다. 셋째, 2011년 1월 10일부터 5월 20일까지 연구자가 병원을 직접 방문하여 대상자에게 연구대상자의 권리와 비밀보장 및 연구목적에 대해 구두로 설명한 후 자발적으로 연구참여에 동의한 자에게 서면동의를 받은 후 설문조사를 실시하였다.

표본수를 결정하기 위하여 G\*Power 3.1.3 프로그램을 이용하여, 회귀분석에 필요한 중간 효과크기 .15, 유의수준  $\alpha$ 를 .05, 검정력(1- $\beta$ )을 .85, 예측변수 7개로 계산하였을 경우 최소 115명이 요구되었다. 본 연구에서는 탈락률을 고려하여 159명을 선정하였다. 자료분석 시에는 응답이 불성실하여 신뢰성이 의심되는 설문지 10부를 제외한 149부를 최종 분석 자료로 활용하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 우울

우울이란 자신에 대한 부정적 인식의 결과를 의미하며 근심, 침울, 실패감, 상실감, 무기력 및 무가치감 등을 나타내는 정서장애이다(Beck, 1976). 본 연구에서 사용한 우울 측정도구는 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

로 Cox, Holden과 Sagovsky (1987)에 의해 임신과 관련된 일반적인 우울 증상들을 평가하도록 개발된 도구를 Kim 등 (2004)이 한국의 실정에 맞도록 변안하여 타당성을 확보한 도구를 사용하였다. EPDS는 도구 개발 시 산후우울증에 대한 선별검사를 목적으로 사용되었으나, Cox, Murray와 Chapman (1993)에 의해 임신 전 기간 동안 사용할 수 있도록 도구의 타당성을 확보하였다. 이 도구는 총 10 문항 4점 척도이며, 총점은 0점에서 30점으로 점수가 높을수록 우울이 심각함을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Cox 등(1987)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .92$ 였으며, Kim 등(2004)의 연구와 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .85$ 로 나타났다.

## 2) 자아존중감

자아존중감은 자신에 대한 부정적 또는 긍정적 평가와 관련되는 것으로서 자신을 가치 있게 생각하는 것을 말한다(Rosenberg, 1965). 본 연구에서는 Rosenberg (1965)가 개발한 자아존중감 척도를 Jeon (1974)이 한국판으로 변안하여 타당화를 거친 척도를 사용하였다. 이 도구는 총 10문항 5점 척도이며, 총점은 10점에서 50점으로 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Jeon (1974)의 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .87$ 이었으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .81$ 로 나타났다.

## 3) 스트레스

스트레스란 생리적, 심리적, 사회적 체계에서 부과되는 환경적 자극과 개인의 내적 요구를 자신이 자각하는 상태로써 개인의 적응능력을 넘어설 때 경험하는 현상을 말한다(Lazarus & Folkman, 1984). 본 연구에서는 Ahn (1985)이 임신부에게 적합하도록 임신과 관련된 변화에 따라 태아, 배우자, 임신과정에 대한 걱정이나 불편감 등으로 수정·보완하여 타당도를 확보한 스트레스 측정 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 26문항 5점 척도로 총점은 26점에서 130점으로 점수가 높을수록 스트레스가 높은 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Ahn (1985)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .82$ 였으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .94$ 로 나타났다.

## 4) 가족 지지

가족 지지란 가족구성원으로 구성되는 가족체계가 가족구성 간의 상호작용을 통하여 서로 돌보아 주고 사랑하고 존중하며 가치감을 갖도록 해주는 사랑을 의미한다

(Hamburg, 1967). 본 연구에서는 Jo (1998)가 임신부를 대상으로 타당도를 확보한 가족 지지 측정 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 9문항 4점 척도이며, 총점은 9점에서 36점으로 점수가 높을수록 가족 지지가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Jo (1998)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha = .94$ 였고 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .93$ 으로 나타났다.

## 4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 17.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 인구학적 및 임신 관련 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 자아존중감, 가족 지지, 스트레스와 우울 정도를 확인하기 위하여 평균과 표준편차로 분석하였다. 일반적 특성 및 임신 관련 특성에 따른 우울 정도의 차이는 t-test와 ANOVA로, 각 변수 간의 관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다. 또한 임신 중 우울에 영향을 미치는 독립변수를 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression)을 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 인구학적 특성 및 임신 관련 특성

연구대상자의 인구학적 및 임신 관련 특성은 Table 1과 같다. 인구학적 특성을 살펴보면, 연령은 '30세 미만' 43.7%(n=65), '30세 이상 35세 미만' 38.9%(n=58), '35세 이상' 17.4%(n=26)로 나타났다. 결혼상태로는 '기혼'이 98.7%(n=147)였으나 '미혼'도 1.3%(n=2) 존재하였으며, 본인의 학력은 '초대졸 이상' 67.8%(n=101), '고졸' 32.2%(n=48)로 나타났고, 배우자의 학력은 '초대졸 이상' 76.8%(n=114), '고졸' 23.5%(n=35)로 보고되었다. 종교는 '없음' 53.7%(n=80), '기독교' 26.2%(n=39), '천주교' 10.1%(n=15), '불교' 10.1%(n=15)로 나타났다. 가족구조는 '핵가족'이 89.9%(n=134), '확대가족'이 10.1%(n=15)로 조사되었으며, 가계 월수입은 '200~400만원' 51.0%(n=76)로 가장 많았고, '400만원 이상' 26.2%(n=39), '200만원 미만' 22.8%(n=34) 순으로 나타났다. 배우자와의 의사소통은 '보통' 67.1%(n=100), '잘 됨' 25.5%(n=38), '잘 안됨' 7.4%(n=11) 순이었다.

임신 관련 특성을 살펴보면, 임신개월 수는 '임신 2기'와 '임신 3기'가 각각 44.3%(n=66)이었고, '임신 1기'가 11.4%(n=17)로 나타났으며, 계획된 임신 여부에서는 '예'가 71.8%

**Table 1.** General and Pregnancy Related Characteristics (N=149)

Variables	Categories	n (%)
Age (year)	< 30	65 (43.7)
	30 ~34	58 (38.9)
	≥35	26 (17.4)
Married state	Marriage	147 (98.7)
	Single	2 (1.3)
Education state	≤ High school	48 (32.2)
	≥ College	101 (67.8)
Spouse education state	≤ High school	35 (23.5)
	≥ College	114 (76.8)
Religion	None	80 (53.7)
	Christian	39 (26.2)
	Catholic	15 (10.1)
	Buddhism	15 (10.1)
Family type	Nuclear	134 (89.9)
	Extended	15 (10.1)
Monthly income (10,000 won)	≤ 200	34 (22.8)
	> 200~400	76 (51.0)
	> 400	39 (26.2)
Communication with spouse	Bad	11 (7.4)
	Moderate	100 (67.1)
	Good	38 (25.5)
Gestational age	≤ 14 wks	17 (11.4)
	15~28 wks	66 (44.3)
	≥ 29 wks	66 (44.3)
Planned pregnancy	No	42 (28.2)
	Yes	107 (71.8)
Pregnant method	Spontaneous	145 (97.3)
	Artificial	4 (2.7)
Pregnant number	1	73 (49.0)
	2	56 (37.6)
	≥ 3	20 (13.4)
Perceived health status	Bad	17 (11.4)
	Moderate	50 (33.6)
	Good	82 (55.0)
Perceived health status in pregnancy	Bad	12 (8.1)
	Moderate	61 (40.9)
	Good	76 (51.0)
Depression group	Normal	106 (71.1)
	Risk	43 (28.9)

(n=107), ‘아니오’가 28.2%(n=42)였다. 임신방법에서는 ‘자연임신’이 97.3%(n=145), ‘체외수정’이 2.7%(n=4)로 나

타났으며, 대상자의 임신횟수로는 ‘1회’가 49.0%(n= 73), ‘2회’는 37.6%(n=56), ‘3회 이상’이 13.4%(n=20)였다. 전반적인 건강상태는 ‘건강’ 55.0%(n=82), ‘보통’ 33.6% (n=50), ‘불건강’ 11.4%(n=17) 순이었고, 임신 시 건강상태는 ‘건강’ 51.0%(n=76), ‘보통’ 40.9%(n=61), ‘불건강’ 8.1%(n=12) 순이었다. 우울 집단의 구분은 Kim, Yang과 Kim (2009)이 제안한 10점을 기준으로 할 때, 10점 미만의 ‘우울하지 않은 집단’이 71.1%(n=106), 10점 이상의 ‘우울한 집단’은 28.9%(n=43)로 나타났다.

## 2. 자아존중감, 가족 지지, 스트레스와 우울 정도

연구대상자의 자아존중감, 가족 지지, 스트레스 및 우울의 정도는 Table 2와 같다. 자아존중감의 평균은 28.6±3.48 점, 가족 지지는 28.7±4.58점, 스트레스는 68.3±14.69점으로 나타났으며, 우울은 7.2±4.81점으로 나타났다.

**Table 2.** Degree of the Self-esteem, Family Support, Stress, and Depression (N=149)

Variables	M±SD	Min	Max
Self-esteem	28.6±3.48	15.0	38.0
Family support	28.7±4.58	9.0	36.0
Stress	68.3±14.69	34.0	108.0
Depression	7.2±4.81	0.0	20.0

## 3. 일반적 특성에 따른 우울정도의 차이

연구대상자의 일반적 특성에 따른 우울정도는 Table 3과 같다. 일반적 특성 중 우울정도는 월수입(t=5.93, p=.003), 배우자와의 의사소통(t=15.82, p<.001), 계획된 임신여부(t=3.45, p=.001), 임신방법(t=5.65, p=.004), 전반적인 건강상태(t=17.45, p<.001), 임신 중 건강상태(t=15.70, p<.001)에서 유의한 차이를 보였다. 즉 월수입이 높을수록, 배우자와의 의사소통이 잘될수록, 계획된 임신인 경우, 자연임신인 경우, 전반적인 건강상태가 좋을수록, 그리고 임신 중 건강상태가 좋을수록 우울정도가 더 낮게 나타났다.

## 4. 자아존중감, 가족 지지, 스트레스와 우울의 상관관계

연구대상자의 자아존중감, 가족 지지, 스트레스와 우울과의 관련성을 보기 위해 상관분석을 한 결과는 Table 4와

Table 3. Difference of Depression by General and Pregnancy Related Characteristics

(N=149)

Characteristics	Categories	n	M±SD	t or F	p	Scheffe
Age (year)	< 30	65	6.7±4.36	2.68	.072	
	30~34	58	6.9±4.47			
	≥35	26	9.2±6.16			
Married state	Marriage	147	7.2±4.81	0.36	.777	
	Single	2	9.0±7.07			
Education state	≤ High school	48	7.3±4.67	0.09	.933	
	≥ College	101	7.2±4.90			
Spouse education state	≤ High school	35	8.3±5.13	1.53	.128	
	≥ College	114	6.9±4.69			
Religion	None	80	6.4±4.53	1.80	.151	
	Christian	39	7.9±5.30			
	Catholic	15	8.3±4.86			
	Buddhism	15	8.6±4.52			
Family type	Nuclear	134	7.3±4.92	1.02	.310	
	Extended	15	6.0±3.57			
Monthly income (10,000 won)	≤ 200 <sup>a</sup>	34	9.6±5.37	5.93	.003	a > b, a > c
	> 200~400 <sup>b</sup>	76	6.5±4.06			
	> 400 <sup>c</sup>	39	6.4±5.08			
Communication with spouse	Bad <sup>a</sup>	11	12.5±4.87	15.82	<.001	a > b > c
	Moderate <sup>b</sup>	100	7.6±4.58			
	Good <sup>c</sup>	38	4.5±3.67			
Gestational age (week)	≤ 14	17	6.4±4.60	0.93	.398	
	15~28	66	7.8±5.01			
	≥ 29	66	6.8±4.67			
Planned pregnancy	No	42	9.4±5.05	3.45	.001	
	Yes	107	6.3±4.45			
Pregnant method	Spontaneous	145	7.4±4.78	5.65	.004	
	Artificial	4	1.5±1.91			
Pregnant number	1	73	7.0±4.75	0.33	.720	
	2	56	7.2±5.03			
	≥ 3	20	8.00±4.57			
Perceived health status	Bad <sup>a</sup>	17	10.9±4.33	17.45	<.001	a > c, b > c
	Moderate <sup>b</sup>	50	9.0±5.22			
	Good <sup>c</sup>	82	5.4±3.74			
Perceived health status in pregnancy	Bad <sup>a</sup>	12	9.3±3.60	15.70	<.001	a > c, b > c
	Moderate <sup>b</sup>	61	9.3±5.10			
	Good <sup>c</sup>	76	5.2±3.87			

같다. 대상자의 자아존중감( $r=-.47, p<.001$ )과 가족 지지( $r=-.38, p<.001$ )는 우울과 통계적으로 유의한 역 상관관계를 보였으며, 스트레스와 우울은 유의한 순상관관계로 나타났다( $r=.42, p<.001$ ).

## 5. 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인

임신 중 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단일변량분석을 통해  $p<.05$  수준에서 우울과 통계적으로 유의한 관련성을 보인 배우자와의 의사소통, 계획된 임신여

부, 전반적인 건강상태, 임신 시 건강상태와 자아존중감, 가족 지지, 스트레스를 독립변인으로 하여 단계적 다중 회귀 분석을 실시하였다. 회귀모형 진단은 다중공선성, 잔차, 특이값을 진단한 결과 임신 중 우울에 영향을 미치는 각 변수들 간의 상관관계수는 -.37~.52로 .80 이상인 변수가 없어서 독립적임이 확인되었다. 또한 오차항에 대한 기본 가정을 검증한 결과 Durbin-Watson 통계량이 2.00으로 자기상관이 없었고, 다중공선성의 문제는 공차한계(tolerance)는 .69~.95로 0.1 이상으로 나타났으며, 분산팽창인자(VIF)도 1.05~1.45로 10보다 작아 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 특히 잔차의 가정을 충족하기 위한 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하여 회귀분석 결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다.

단계적 다중회귀분석 결과 전반적 건강상태( $\beta = -.24, p = .001$ ), 스트레스( $\beta = .20, p = .006$ ), 자아존중감( $\beta = -.20, p = .010$ ), 배우자와의 의사소통( $\beta = -.19, p = .009$ ), 계획된 임신 여부( $\beta = -.18, p = .008$ )가 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인으로 확인되었으며, 이들 변수들은 임신 중 우울을 39.0%( $F = 19.94, p < .001$ ) 설명하는 것으로 나타났다. 즉

임신 중 스트레스 점수가 높고, 전반적인 건강상태가 나쁘며, 자아존중감이 낮고, 계획하지 못한 임신이며, 의사소통이 잘 안된다고 인식하는 경우에 더 우울한 것으로 나타났다(Table 5).

## 논 의

임신과 출산을 통해 경험하게 되는 다양한 변화는 여성의 정신건강을 위협하는 원인이 되고 있다. 특히 임신 중 우울과 같은 정서적 문제를 경험하는 여성은 출산 후에도 신체·심리적 문제를 경험하게 된다. 따라서 임신 중 우울은 정신보건 영역에서 관리되고 다루어져야 하는 중요한 문제의 하나이다. 본 연구는 이러한 여성 건강을 위협하는 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인을 파악하고, 이를 통하여 향후 임신 중 우울 예방을 위한 간호중재 개발의 기초자료를 제공하고자한다. 본 연구결과에 따른 주요 논의로는 다음과 같다.

첫째, 임신 중 우울 실태를 살펴보면 28.9%가 우울한 것으로 파악되었다. 또한 우울의 평균 점수는 7.2점으로 나타났다. 이는 EPDS 도구를 사용하여 임신 중 우울점수를 측정된 결과, 평균 점수는 7.3점이었으며 우울 빈도는 26.3%

**Table 4.** Correlation with Self-esteem, Family Support, Stress, and Depression

(N=149)

Variables	Self-esteem	Family support	Stress	Depression
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Self-esteem	1			
Family support	.52 (<.001)	1		
Stress	-.39 (<.001)	-.37 (<.001)	1	
Depression	-.47 (<.001)	-.38 (<.001)	.42 (<.001)	1

**Table 5.** Predicting Factors on Depression in Pregnant Women

(N=149)

Variables	B	$\beta$	t	p
Perceived health status <sup>†</sup>	-1.66	-.24	-3.38	.001
Stress	0.07	.20	2.79	.006
Self-esteem	-0.27	-.20	-2.63	.010
Communication with spouse <sup>†</sup>	-1.67	-.19	-2.64	.009
Planned pregnancy <sup>†</sup>	-1.89	-.18	-2.68	.008
Adjusted R <sup>2</sup> = .39, F = 19.94, p < .001.				

<sup>†</sup> Dummy variables (Perceived health status: bad=0, moderate=1, good=2, Communication with spouse: bad=0, moderate=1, good=2, Planned pregnancy: no=0, yes=1).

였다는 Choi 등(2009)의 연구결과와 일치하는 부분이다. 그러나 일반적으로 EPDS를 이용한 기존의 연구들에서 10~20%의 발생빈도(Bowen & Muhajarine, 2006; Leigh & Milgrom, 2008)를 볼 때 그 빈도가 상대적으로 높게 나타난 것을 알 수 있다. 이에 대해 McKee, Cunningham, Jankowski와 Zayas (2001)는 임신 중 우울에 대한 빈도의 차이는 민족의 특성이나 사회적 지지정도에 따라 11~50%까지 다양하게 나타날 수 있음을 보고한 바 있다. 특히 남아선호사상이나 남성 중심적 문화적 배경을 갖는 국가에서 일반적으로 임신 중 우울 빈도가 높게 나타난다는 주장(Lee et al., 2004; Mohammad, Gamble, & Creedy, 2010)은 추후 연구에서 국가 간 또는 문화적 특성에 따른 비교 연구로 확인해 보아야 할 중요한 문제로 사료된다.

둘째, 연구대상자의 자아존중감, 가족 지지, 스트레스와 우울과의 상관관계를 살펴본 결과, 자아존중감과 가족 지지는 우울과 통계적으로 유의한 역상관관계를 보였으며, 스트레스와 우울은 유의한 순상관관계로 나타났다. 또한 연구대상자의 일반적 특성에 따른 우울 정도의 차이를 확인한 결과 배우자와의 의사소통이 어려울수록, 전반적인 건강상태가 나쁠수록, 그리고 임신 중 건강상태가 좋지 않을수록 우울정도는 높게 나타났다. 따라서 연구대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단일변량분석에서 차이가 있는 것으로 나타난 변수들을 투입하여 다중회귀분석을 실시한 결과 전반적 건강상태, 스트레스, 자아존중감, 배우자와의 의사소통, 계획된 임신여부가 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인으로 확인되었으며, 이들 변수들은 임신 중 우울의 39.0%를 설명하는 것으로 나타났다. 본 연구결과처럼 Mohammad 등(2010)의 연구에서도 임신 중 우울에 영향을 미치는 변수로 전반적 건강에 대한 개인의 불안을 꼽고 있다. 즉 임신 중 자신이 지각하는 일반적 건강에 대한 염려나 걱정을 많이 할수록 우울 정도가 높음을 의미한다. 따라서 임신 중 우울을 예방하기 위해 임부를 관리하는 간호사들은 전반적인 건강상태에 대한 인식정도에 관심을 갖고 적극적으로 대처해야 할 것으로 사료된다.

본 연구의 임신 중 우울에 영향을 미치는 심리적 요인으로는 스트레스와 자아존중감이 포함되었다. 임신은 여성호르몬의 변화를 초래하고 이러한 변화는 스트레스에 취약하도록 만든다. 실제 Brummelte와 Galea (2010)는 동물실험을 통하여 우울한 임부들의 경우에는 스트레스와 밀접한 관련이 있는 당질 코르티코이드 분비가 증가함을 확인하였다. 또한 임신 중 스트레스는 사회 문화적 특성과 밀접한 연

관을 갖고 있는데, Lee 등(2004)의 연구에서 남아 선호사상이 팽배한 분위기에서 여아의 임신이나 여성에 대한 사회적 편견이 존재할 때 임신 그 자체가 부정적 스트레스로 작용하여 우울이 촉발됨을 보고하였다. 임신동안 경험할 수 있는 또 다른 스트레스 요인은 부모역할에 대한 스트레스이고 이는 우울과 밀접하게 관련되어 있다(Field et al., 2003; Milgrom, Ericksen, McCarthy, & Gemmill, 2006). 따라서 간호사는 임부들이 임신 동안 경험할 수 있는 다양한 종류의 스트레스에 대해 파악하고 이에 적절하게 대처할 수 있도록 교육해야 하며, 또한 정기적으로 스트레스 정도를 평가하여 대처방안을 마련해줌으로써 임신 중 우울을 예방할 수 있을 것으로 사료된다.

임신 중 우울과 관련된 또 하나의 심리적 변인으로는 자아존중감으로 낮은 자아존중감은 임신 및 출산 동안 다양한 우울증상을 경험하도록 한다(Agoub, Moussaoui, & Battas, 2005). 또한 낮은 자아존중감은 임신 중 우울뿐만 아니라 출산과 관련된 스트레스 수준을 증가시켜 난산을 초래하고, 나아가 산후에 적절한 대처기전이 작동하지 못하도록 만들어 양육활동에 저해를 가져온다(Alami et al., 2006). 따라서 자아존중감이 낮은 임부에게는 임신출산과 관련된 전반적인 스트레스 대처방안을 마련하고 예방적 차원에서 지속적인 관리와 감독이 이뤄져야 할 것으로 사료된다.

본 연구결과 임신 중 우울에 영향을 미치는 또 다른 변수로 배우자와의 의사소통임이 확인되었다. Pajuloa, Savonlahtia, Sourander, Heleniusb와 Pihaa (2001)의 연구에서도 임신 중의 우울과 남편이나 친정어머니의 지지정도와 역상관관계를 갖고 있음을 보고하였으며, 특히 남편과의 의사소통은 가족 지지의 근간이 되기 때문에 매우 중요하다고 주장하였다. Raymond (2009)는 임신 중 남편의 지지가 부족한 경우 극심한 정서적 혼란과 우울을 경험하기 때문에 이를 도울 수 있는 사회적 지지체계가 필요함을 주장하였다. 따라서 임신 동안 남편을 가족교육 프로그램에 포함시켜 의사소통 방법이나 가족 지지의 중요성에 대해 교육하여야 한다.

본 연구에서는 계획된 임신여부가 임신 중 우울에 영향을 미치는 다섯 번째 독립변수로 확인되었다. 이는 Choi 등(2009)의 연구에서 계획된 임신의 경우에 계획하지 않은 경우에 비해 유의하게 낮은 우울증상을 보여, 임신의 계획 여부가 임신 중 발생하는 우울증상과 밀접히 연관되어 있는 것으로 나타나 본 연구결과를 지지한다. Mohammad 등(2010)의 연구에서도 계획되지 않은 임신은 임신 중 우울에 영향을 미치는 주요한 변인으로 확인되었다. 따라서 계획

되지 않은 임신으로 인한 우울을 경험하지 않도록 예방적 차원의 교육이 필요할 것으로 사료된다.

지난 2005년부터 우울과 자살 예방을 위해 국가적 차원에서 각 정신보건센터를 통하여 관리되고 있다. 그러나 임신부의 경우 본인이 직접 어려움을 호소하고 관리받기를 원하는 경우가 아니고는 실제 관리 대상에서 제외되고 있다. Marcus (2009)는 임부를 대상으로 하는 우울 실태조사를 통해 국가적 차원에서 체계적으로 관리되어야 함을 주장하였다. 그러나 임신 중 우울은 정신보건영역에서 관리되어야 하는 중요한 정신건강의 문제임에도 불구하고 아직까지 국내에서는 구체적인 관리체계도 형성되어 있지 않을 뿐더러 전국단위의 실태조사도 실시되지 않은 상황이다. 따라서 향후에는 임신 중 우울증상을 경험하는 임부에 대한 국가적 차원의 실태조사와 더불어 다양한 생리·심리·사회적 변인을 포함하여 영향 요인을 확인해야 할 필요성이 제기된다. 본 연구의 제한점은 대상자가 일 지역에 한정되어 있어 확대해석하는 데는 무리가 있으나 그럼에도 불구하고 임신 중 우울에 영향을 미치는 심리사회적 요인을 확인하였다는 데 의의가 있다. 따라서 본 연구의 결과를 근거로 간호연구, 실무, 교육 측면에서 다음과 같은 제언을 한다. 첫째, 임신 중 우울에 영향요인을 파악하기 위해 반복 연구가 필요하다. 둘째, 임신 중 우울을 예방하고 중재하기 위한 프로그램 개발이 필요하다. 셋째, 임신 중 우울예방 프로그램이 산후우울증에 미치는 영향에 대한 연구가 필요하다.

## 결론

본 연구는 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인을 예측하는 서술적 조사연구로, 연구결과 전반적인 건강상태, 스트레스, 자아존중감, 남편과의 의사소통, 그리고 계획된 임신여부가 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

따라서 임신 중 우울을 예방하기 위해서 임부들의 정기검진 시 전반적인 정신건강상태와 관련된 선별검사를 수행하고 이에 따라 우울에 취약한 대상자와 스트레스가 높고 자아존중감이 낮은 대상자를 위한 우울 중재 프로그램을 제공하여야 한다. 또한 배우자인 남편에게는 의사소통 향상과 가족 지지를 위한 가족 교육을 실시하여야 하며, 동시에 임신하기 전에 임신에 대해 미리 준비하고 계획을 세울 수 있도록 교육을 실시하고, 계획되지 않은 임신 시 임신 및 출산에 적응할 수 있도록 충분한 정서적 지지를 제공하여야 할 것이다.

## REFERENCES

- Agoub, M., Moussaoui, D., & Battas, O. (2005). Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample. *Archives of Women's Mental Health, 8*, 37-43.
- Ahn, H. L. (1985). An experimental study of the effects of husband's supportive behavior reinforcement education on stress relief of primigravidas. *Journal of Korean Academy of Nursing, 15*, 5-16.
- Bae, J. I. (2002). Construction of a postpartum depression model. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*, 572-587.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. NY: International University Press.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing, 35*, 491-498.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 34*, 766-776.
- Cantwell, R., & Cox, J. L. (2006). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics and Gynecology, 16*, 14-20.
- Choi, S. K., Ahn, S. Y., Shin, J. C., & Jang, D. G. (2009). A clinical study of depressive symptoms during pregnancy. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology, 52*, 1102-1108.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. A. (1993). Controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163*, 27-31.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., et al. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety, 17*, 140-151.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Prenatal depression: A systemic review of prevalence and incidence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 106*, 1071-1083.
- Hamburg, D. A. (1967). A perspective on coping behavior. *Archives of General Psychiatry, 17*, 277-284.
- Jeon, B. J. (1974). *Self-esteem: A test of its measurability*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- Jo, L. (1998). *A study on factors influencing the health pro-*



- moting behaviors in postpartum women*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Gwangju.
- Kim, H. W., & Jung, Y. Y. (2010). Influencing factors on antenatal depression. *Korean Journal of Women Health Nursing, 16*, 95-104.
- Kim, M. W., Yang, H. S., & Kim, J. R. (2009). A study on agreements among screening tests and related factors with postpartum depression. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology, 52*, 1133-1143.
- Kim, S. J., Yang, S. O., & Jeong, G. H. (2004). Physical and psychological symptoms of pregnancy experienced by pregnant couples. *Korean Journal of Women Health Nursing, 10*, 200-209.
- Kwon, M. (2007). Antenatal depression and mother-fetal interaction. *Journal of Korean Academy Children Health Nursing, 13*, 416-426.
- Lasarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer.
- Lee, D. T. S., Chan, S. S. M., Sahota, D. S., Yip, A. S. K., Tsui, M., & Chung, T. K. H. (2004). A prevalence study of antenatal depression among Chinese women. *Journal of Affective Disorders, 82*, 93-99.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression, and parenting stress. *BMC Psychiatry, 8*(24), 1-11.
- Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: Rates, risks and consequences. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 16*, 15-22.
- Mckee, D. M., Cunningham, M., Jankowski, K. R. B., & Zayas, L. (2001). Health related functional status in pregnancy: Relationships to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetrics and Gynecology, 97*, 988-993.
- Milgrom, J., Ericksen, J., McCarthy, R., & Gemmill, A. W. (2006). Stressful impact of depression on early mother infant relations. *Stress and Health, 22*, 229-238.
- Mohammad, K. I., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2010). Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women, Midwifery, in press available online December 4, 2010, [www.elsevier.com/midw](http://www.elsevier.com/midw)
- O'Keane, V., & Marsh, M. S. (2007). Depression during pregnancy. *British Medical Journal, 334*, 1003-1005.
- Pajuloa, M., Savonlahtia, E., Sourander, A., Helenius, H., & Pihaa, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders, 65*, 9-17.
- Raymond, J. E. (2009). Creating a safety net: Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. *Midwifery, 25*, 39-49.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.