



산후우울의 영향요인과 모성 정체성과의 관련성

정연이¹ · 김혜원²의료기관 평가인증원 연구개발실¹, 서울대학교 간호대학·간호과학연구소²

Factors associated with Postpartum Depression and Its Influence on Maternal Identity

Jung, Yoen Yi¹ · Kim, Hae Won²¹Division of Research and Development, Korea Institute for Healthcare Accreditation, Seoul²College of Nursing, Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

Purpose: This study aimed to examine the factors associated with postpartum depression and its influence on maternal identity of postpartum women. **Methods:** Research design was a cross sectional descriptive study with a total of 89 women within the six month postpartum period. Associations of eating habits, overall sleep quality and other factors with postpartum depression utilizing the Korean Beck Depression Inventory (K-BDI) were done. The influence of postpartum depression on maternal identity was analyzed. Variables yielding significant associations ($p < .05$) were included in an adjusted logistic regression and a stepwise multiple regression. **Results:** Mean scores of postpartum depression was 9.42 ± 6.08 and 31.5% ($n=28$) for mild depression, 11.2% ($n=10$) was moderate and 4.5% ($n=4$) was severe depression on the K-BDI scale. Perceived health status and overall sleep quality were predictors of postpartum depression. Postpartum depression and the husband's love were predictors of maternal identity. **Conclusion:** Awareness of poor health perception and sleep quality will be helpful to detect for postpartum depression. Strategies to increase maternal identity during the postpartum period would be tailored by level of depression.

Key Words: Depression, Postpartum, Identity

서론

1. 연구의 필요성

산후우울은 보통 출산 후 1년 동안 10~15% 여성이 경험한다[1]. 최근 국내 조사연구결과 산후우울 발생률은 산후 2주에서 6주시점에 최소 7.5%에서 최대 44.5% [2-4], 6개월 시점에 14.3%로 보고되고 있어서[5], 출산직후 및 초기 산후기 뿐 아니라 후기 산후기까지 산후우울 발생을 지속적으로 모니터링하

고 관리할 필요성을 제시한다.

우울의 영향요인은 사회심리학적 요인과 생물학적 요인으로 구분할 수 있는데, 산후우울의 사회 심리적 영향요인에는 사회적 지지, 결혼관계, 사회경제적 수준이 알려져 있으며[6], 국내 연구에서는 사회적 지지, 생활사건, 및 자존감 등이 유의한 관련요인이었다[4,5,7]. 반면 생물학적 특성을 반영하는 산후우울의 영향요인에는 건강상태[8], 수면의 질[9] 그리고 분만특성 등이 보고되어 있다[2]. 주산기 관점에서 볼 때 산후우울은 산전우울과의 유의한 관련이 있을 것으로 예상된다. 왜

주요어: 우울, 산후, 정체성**Corresponding author:** Kim, Hae WonCollege of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongro-gu, Seoul 110-799, Korea.
Tel: +82-2-740-8820, Fax: +82-2-765-4103, E-mail: haewon@snu.ac.kr

Received: Nov 27, 2013 / Revised: Feb 3, 2014 / Accepted: Feb 11, 2014

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

나하면 산후우울의 약 50%가 이미 임신동안 시작되므로[10], 산전우울은 산후우울의 강력한 예측요인이라고 주장되고 있다[4,11,12]. 이런 맥락에서 산전우울의 관련요인들 또한 산후우울에도 영향을 줄 것으로 예상할 수 있다.

한편, 산후우울은 자존감과 자기효능감을 변화시켜서 어머니 역할에 부정적인 영향을 미치고, 아기의 인지적 정서적 발달에 악영향을 주기 때문에, 산후 어머니 역할을 위협하고 어머니 적응을 방해하는 결정적 요인으로 생각된다[13,14]. 국내 조사연구에서 산후우울에 유의한 관련성을 보였던 어머니 역할 개념으로는 양육 스트레스 및 모성역할 자신감[15], 모성정체성[16,17], 및 산모의 삶의 질 등이었다[8].

본 연구는 출산 후 6개월 시점 산후우울 발생을 보고한 선행연구결과를 바탕으로[5] 산후우울 사정을 출산 후 6개월 이내의 여성까지 확대할 필요성을 인식하였으며, 선행연구에서 산전우울의 유의하였던 생물학적 영향요인인 고 위험 특성, 식습관 및 수면의 질이[18] 산후우울에도 유의한 영향요인인지를 확인하고자 시도되었다. 또한 출산 후 산후우울이 어머니로서 자신을 받아들이는 인지적 적응, 즉 모성정체성 형성을 방해한다고 전제한다면, 출산 후 여성에서 산후우울이 모성정체성의 유의한 예측요인인지를 검증할 필요가 있다. 본 연구를 통해 산후우울이 모성정체성에 인과성을 보이는 설명변수임을 밝힐 수 있다면 산후여성에게 우울을 중재함으로써 어머니로서의 자신을 긍정적으로 받아들이는 모성정체성 형성에도 도움이 된다는 근거를 마련하게 될 것이다.

2. 연구목적

이 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 출산 6개월 이내 산후 여성의 우울 수준을 조사한다.
- 산후우울의 영향요인으로서 고 위험 임신 및 고 위험 분만 특성, 식습관, 전반적인 수면의 질 그리고 기타 특성들의 영향력을 확인한다.
- 모성정체성에 대한 산후우울의 영향력을 확인한다.

연구방법

1. 연구설계

산후 6개월 이내의 여성을 대상으로 산후우울의 영향요인과 모성정체성과의 관련성을 조사하는 단면적 상관성 조사연구이다.

2. 연구대상

대상자 수는 G*Power 3.12 프로그램을 이용하여 $\alpha = .05$, 검정력 $1-\beta = .80$, 다중회귀분석에서 예측변수 14개, 효과크기는 0.1으로 가정할 때[19], 필요한 대상자는 81명이었다. 연구대상자 선정기준은 분만 후 6개월 이내의 여성으로 자발적으로 연구동참을 허락한 경우였고, 제외기준은 산후 합병증이 심각하여 연구참여가 어려운 경우로 한정하였다. 본 연구에서는 일 종합병원에 산후 관리를 위해 외래를 방문한 여성을 편의표집방식으로 모집하였다. 자료수집과정에서 연구참여를 거부한 여성은 13명으로, 최종적으로 본 연구의 분석에 포함시킨 대상자는 89명이었다.

3. 연구도구 및 측정

- 산후우울: Korean version Beck Depression Inventory [BDI] 사용하였다[20]. 한국판 BDI는 선행연구에서 사용한 동일한 것으로서[18,21], 21개 문항으로 구성된 4점 척도이며 점수 범위는 0~63점으로 0~9점은 우울 없음, 10~15점은 경한 우울군, 16~23점 중등도 우울군, 24점 이상은 중증 우울군으로 분류한다. 도구의 신뢰도는 선행연구[18]에서 Cronbach's $\alpha = .81$, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .84$ 였다.
- 고 위험 임신 및 고 위험 분만 특성: 고혈압, 임신성 당뇨, 심한 입덧, 쌍둥이 임신, 조산, 전치태반, 태반 조기박리, 임신 이전 동반된 내과적 질환, 분만이나 출산 후 출혈, 산후 감염, 그리고 기타로 분류하였다.
- 식습관: 선행연구에서 임신부의 건강한 식습관 행태를 사정하는 13문항으로 측정하였다[18]. 총 점수는 0~13점 범위로 부정문항은 역환산하여 총점이 많을수록 산모의 식습관이 양호한 것으로 해석하였다. 도구의 신뢰도는 선행연구에서 KR 20 = .72, 본 연구에서 KR 20 = .70이었다.
- 주관적 수면의 질: 최근 1주일 동안 전반적인 수면의 질을 매우 좋다(0점), 좋은 편이다(1점), 나쁜 편이다(2점), 매우 나쁘다(3점)으로 평가하였다.
- 모성정체성: 어의구별척도를 이용하여 어머니로서의 역할 정체성을 긍정적으로 지각하고 있는지를 확인하였다[22]. 16문항의 5점 척도로 최저 16점에서 최고 80점으로 도구의 신뢰도는 개발당시 Cronbach's $\alpha = .93$, 본 연구에서 Cronbach's $\alpha = .95$ 였다.
- 인구사회학적 특성: 일반적 특성으로 연령, 수입, 직업,

종교와 분만특성으로 출산력, 출산기간, 아기 성별, 출산 횟수, 수유형태를 포함하였고, 운동, 건강상태 지각, 남편의 지지, 남편의 사랑 및 결혼만족을 포함하였다.

4. 연구진행

1) 윤리적 고려

본 연구는 임신부 대상 우울, 수면의 질, 및 영양 상태에 관한 연구 프로젝트의 일부이며, 마지막 조사단계의 결과를 분석한 것이다. 이미 발표된 프로젝트의 단계적 결과는 산전우울의 영향요인과 산전우울이 분만결과에 미치는 영향이었으며[18,23,24], 본 연구는 산후 여성을 대상으로 산후우울의 영향요인 및 산후우울과 모성정체성 간 관련성을 파악하는 목적으로 수행되었다. 이 프로젝트는 S병원 임상심의위원회(IRB; 2008-05-014)에서 승인절차를 거쳤다.

2) 자료수집

자료수집은 연구보조원이 담당하였고 자료수집 장소는 일 종합병원 산부인과 외래에서 이루어졌다. 자발적으로 참여할 의사가 있는 출산 여성으로 출산 후 6개월까지 산후 관리를 위해 병원을 방문한 여성을 대상으로 연구목적, 내용 및 자료의 비밀보장을 설명하였고 연구 동의서에 서명을 받은 후 설문지를 작성하도록 요청하였다. 임신 분만 특성은 담당간호사의 의무기록 확인을 거쳐서 연구보조원이 기록하였다. 자료수집 기간은 2008년 12월 20일부터 2009년 2월 20일까지였고, 설문지 작성시간은 대략 20분이 소요되었으며 설문지는 완성 직후 회수하였다.

5. 자료분석

SPSS/WIN 20.0 프로그램을 이용하였으며, 인구사회학적 특성 및 측정변수들은 기술통계인 평균, 표준편차, 빈도, 백분율을 구하였고, 산후우울과 모성정체성의 정규성 분포를 확인하였다.

- 산후우울은 정규성 분포를 하지 않았기 때문에 산후우울의 영향요인분석을 위해서 산후우울수준을 우울 있음(BDI 10점 이상)과 우울 없음(BDI 9점 이하)으로 구분하여 종속변수로 간주하였다. 모든 독립변인들의 영향력은 단변량 로지스틱 분석으로, 식습관, 고 위험 임신 및 분만 특성, 수면의 질이 미치는 영향력은 보정된 로지스틱 분석을 이용하여 Odd Ratio (OR)와 confidence in-

terval (CI)을 구하였다. 독립변수를 선택할 때 인구사회학적 특성에서 학력, 경제수준, 운동 여부 및 운동시간은 응답비율이 낮고 편중된 자료 값을 지니고 있어서 독립변수 투입에 제외하였다. 최종적으로 산후우울에 투입된 독립변인은 연령(22~34세/ 35~44세), 산후 기간(1~4주/ 5~24주), 출산력(1회/2~8회), 아기 성별(남/여), 직업(없음/있음), 고 위험 임신 및 분만 특성(있음/없음), 주관적 건강상태 지각(좋음/좋지 않음), 모유수유 상태(함/안함), 남편도움(크다/보통이다, 적다), 남편사랑(크다/보통이다, 적다), 결혼만족(높다/ 보통이다, 적다), 전반적 수면의 질(좋다/나쁘다)로 구분하였고, 식습관은 평균 점수를 기준으로(2~6점/7~17점)구분하였다.

- 모성정체성과 산후우울 및 기타 특성 간 상관성은 Spearman correlation coefficient로 확인하였고, 산후우울이 모성정체성에 미치는 영향은 단계적 회귀분석을 적용하였다. 독립변인 중 직업, 종교, 고 위험 임신 분만특성, 아기 성별, 및 모유 수유는 더미변수로 처리하였다. 회귀모형의 유의성은 F 통계량으로, 개별 독립변수들이 종속변수에 미치는 영향력은 표준화 계수로 확인하였다. 회귀모형의 적합성 여부는 공차한계(tolerance)와 분산팽창계수(Variance Inflation Factor, VIF)로 확인하였고, 잔차의 정규성, 선형성, 등분산성 및 상호독립성 여부를 Durbin-Watson통계량으로 판단하였다. 모든 검증에서 유의수준은 .05 미만으로 정하였다.

연구결과

1. 인구사회학적 특성, 산후우울 및 모성정체성 수준

대상자의 평균 연령은 33.1±3.7세로, 30~34세가 49.5%를 차지하였다. 출산 이후 기간은 평균 5.07±5.73주였으며 분만 후 1주인 여성은 11.2%였다. 출산 횟수는 평균 1.63±1.08회, 최대 5회까지로 나타났다. 월 평균 수입은 436.44만 ±158.96원으로 최소 200만원에서 최대 1,000만원까지였고, 직업이 있었던 여성은 46.1%, 94.7%는 대졸학력이었으며, 종교가 있는 여성은 40.4%였다.

고 위험 임신, 분만 특성을 동반하였던 경우는 25명(28.1%)이었는데, 조산 9명(22.0%), 고혈압 6명(14.6%), 당뇨와 전치태반이 각각 5명(12.2%)을 차지하였다. 현재 건강상태가 좋다고 지각한 여성은 57.3%, 산후 운동을 하는 경우로는 6명으로 6.7%에 불과하였으며, 수유형태는 모유수유 42.7%, 혼합

논 의

수유 11.2%였다. 남편도움이 많다고 응답한 여성은 69.7%, 남편사랑이 크다고 응답한 여성은 48.3%, 결혼만족이 높다고 응답한 여성은 77.5%였다.

K-BDI로 측정된 산후우울의 평균점수는 9.42 ± 6.08 이었고, 우울 없는 군(0~9점)이 47명으로 52.8%, 경증 우울군(10~15점)은 28명(31.5%), 중등도 우울군(16~23점)은 10명(11.2%), 그리고 중증 우울군(24점 이상)은 4명(4.5%)으로 분류되었다. 식습관 점수는 최저 2점 최고 17점으로 평균 6.00 ± 2.93 점, 전반적인 수면의 질 평가는 매우 좋다 12.4%, 좋다 56.2%였으며, 모성정체성은 최저 38점, 최고 80점으로 평균 63.98 ± 10.77 점이었었다(Table 1).

2. 산후우울의 영향요인

단변량 분석 및 보정된 로지스틱 분석결과 산후우울에 유의한 독립변수는 주관적 건강상태지각(OR=0.23, 95% CI=[0.08~0.62])과 전반적인 수면의 질 평가(OR=0.15, 95% CI=[0.05~0.44])였으며, 식습관의 영향은 유의하지 않았다. 즉 주관적으로 건강상태가 나쁘다고 지각할수록, 전반적인 수면의 질을 나쁘다고 평가할수록 산후우울 군에 포함될 확률이 높았다(Table 2).

3. 모성정체성에 대한 산후우울의 영향력

먼저 스피어만 상관성 분석 결과 모성정체성에 유의한 특성은 주관적 건강상태($r=.34, p=.001$), 모유 수유($r=.23, p=.035$), 남편사랑($r=.34, p=.001$), 결혼만족($r=.30, p=.005$) 및 산후우울($r=-.31, p=.004$)이었다. 이 변수들을 단계적으로 회귀분석에 투입한 결과 남편사랑($\beta=.33, p=.002$)과 산후우울($\beta=-.26, p=.013$)이 유의한 영향요인이었으며, 모성정체성에 대한 산후우울의 설명력은 5.3%였다(Table 3, 4). 회귀분석모형은 통계적으로 유의하였고($F=11.08, p<.001$), 회귀모형에서 다중 공선성을 확인한 결과 공차한계(tolerance)는 각각 0.95, 분산팽창계수(VIF)도 각각 1.055로 나타났으며, Durbin-Watson 값은 2.21이었다. 이는 공차한계가 1에 가까우며, 분산팽창계수가 10 이상을 넘지 않을 때 다중공선성이 없고 Durbin-Watson값이 2에 가까우면 잔차들의 상호 독립성을 인정한다는 조건에 부합하므로 [25], 회귀모형 분석의 적합성을 인정할 수 있다.

본 연구는 산후우울에 대한 생물학적 요인의 유의성을 살펴보고 산후우울이 모성정체성에 영향을 미치는 지 확인하고자 수행되었다. 아쉽게도 선행연구에서[18] 산전우울에 유의하였던 식습관, 고 위험 임신 특성(본 연구에서는 고 위험 분만 특성까지 포함)이 산후우울과는 유의성을 보이지 않았다. 그러나 본 연구결과 나타난 중요한 발견은 출산 후 여성들의 건강 상태에 대한 지각과 전반적인 수면의 질 평가가 산후우울 여부를 구분 짓는 중요한 지표가 된다는 것이었다. 즉, 이 두 가지 특성은 복잡한 평가척도가 아닌 단순한 측정이다라도 산후우울을 사정하고 관리할 때 효율적으로 활용할 수 있음을 암시하고 있다. 그리고 예상한 바와 같이 산후우울은 모성정체성에 인과적 관련성을 나타냄으로써 산후우울을 중재함으로써 산후 모성 정체성 형성에 긍정적 변화를 초래할 수 있다는 전제도 확인하였다.

본 연구에서 산후 우울 발생은 47.2%였는데, 이는 서양에서 보고된 10~15%[13], 20~40%[26], 국내에서 보고하였던 산후 6주 여성의 7.5%[2], 산후 6개월 여성의 14.3%[5] 보다 훨씬 많이 발생한 것이지만, 산후 4~6주 여성의 44.5%[3,9]와는 유사한 수준이다. 그런데 산후우울 수준을 비교하기 위해서는 출산 후 경과 시점, 대상자 특성 및 측정도구에 따른 차이를 감안하여야 한다. 본 연구에 포함된 대상자들은 주로 고 학력과 경제적으로 여유 있는 여성들로 구성되어 있고, 본 연구에서 사용된 우울 측정도구는 BDI도구로서 다른 도구로 측정된 선행연구의 결과와 비교할 때 제한이 있다. 또한 본 연구에서 대상자들의 산후 기간은 1주일부터 24주까지 폭 넓게 포함되어 있었지만, 한 달 이내 산모가 전체의 70% 이상을 차지하였기 때문에 6개월 시점을 기준으로 산후우울을 측정하였던 선행연구결과[5]와 단순 비교하기는 제약이 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서 확인된 점은 산후우울을 분만 직후나 초기 산육기 뿐 아니라 산후 6개월 까지 넓혀서 지속적으로 감시해야 한다는 것이고, 나아가 출산 후 6개월 이후에도 산후우울의 지속적으로 추세를 확인할 필요가 있다는 것이다.

이미 언급하였듯이 산후여성의 주관적인 건강상태 지각은 산후우울을 구분하는 중요한 지표로 확인되었다. 이는 선행연구결과와 유사한데[3], 산후우울과 피로 간 상관관계[8], 산후 건강상태와 산후우울의 관련성을 보였던 선행연구결과를[2] 직, 간접적으로 지지하는 것이다. 물론 절대적이고 객관적인 산후우울의 진단과 평가 과정은 타당화된 설문측정 및 심층면접을 통해 가능하지만, 간호사는 산후여성의 우울 관리 동안

Table 1. Descriptive Statistics of Socio-demographic and Measurement Variables

(N=89)

Variables	Categories	n (%)	M±SD	Min-Max
Age (year)	22~29	22 (24.7)	33.1±3.7	22~45
	30~34	44 (49.5)		
	35~45	23 (25.8)		
Postpartum period (week)	1	10 (11.2)	5.07±5.73	1~24
	2~4	53 (59.6)		
	5~24	26 (29.2)		
Number of delivery	1	52 (58.5)	1.63±1.08	1~5
	2	26 (29.2)		
	3	7 (7.9)		
	≥ 4	4 (4.4)		
Baby's sex	Boy	43 (48.3)		
	Girl	46 (51.7)		
Monthly income (10,000 won, n=45)	≤ 400	26 (57.8)	436.44±158.96	200~1,000
	> 400	19 (42.2)		
Education (n=76)	High school	4 (5.3)		
	≥ University	72 (94.7)		
Working status	No	48 (53.9)		
	Yes	41 (46.1)		
Religion	No	53 (59.6)		
	Yes	36 (40.4)		
High risk in pregnancy or during labor	No	64 (71.9)		
	Yes	25 (28.1)		
Specific problems (multiple responses; 41 cases)	Premature delivery	9 (22.0)		
	Multiple pregnancy	2 (4.9)		
	Hypertension	6 (14.6)		
	Diabetes	5 (12.2)		
	Hyperemesis	3 (7.3)		
	Placenta previa	5 (12.2)		
	Bleeding	2 (4.9)		
	Infection	1 (2.4)		
	Others	8 (19.5)		
Perceived health status	Good	51 (57.3)		
	Bad	38 (42.7)		
Exercise	No	83 (93.3)		
	Yes	6 (6.7)		
Exercise time (min/day, n=6)	20~30	3 (50.0)		
	50~60	3 (50.0)		
Type of feeding	Artificial	41 (46.1)		
	Artificial+ breastmilk	10 (11.2)		
	Breastmilk	38 (42.7)		
Perceived husband's help	High	62 (69.7)		
	Moderate	25 (28.1)		
	Low	2 (2.2)		
Perceived husband's love	High	43 (48.3)		
	Moderate	37 (41.6)		
	Low	9 (10.1)		
Perceived marital satisfaction	High	69 (77.5)		
	Moderate	18 (20.2)		
	Low	1 (1.1)		
Eating habits scores (n=88)			6.00±2.93	2~17
Overall quality of sleep	Very good (0)	11 (12.4)	1.25±0.74	0~3
	Good (1)	50 (56.2)		
	Bad (2)	23 (25.8)		
	Too bad (3)	5 (5.6)		
Postpartum depression (BDI scores)	No depression (0~9)	47 (52.8)	9.42±6.08	0~32
	Mild depression (10~15)	28 (31.5)		
	Moderate (16~23)	10 (11.2)		
	Severe (≥ 24)	4 (4.5)		
Maternal identity (n=85)			63.98±10.77	38~80

Table 2. Influencing Factors on Postpartum Depression

Variables	Categories	n (%)	Postpartum depression			
			Uni-variate		Adjusted	
			OR	95% CI (p)	OR	95% CI (p)
Age (year)	22~34	66 (74.2)	1.06	0.65~1.45		
	35~45	23 (25.8)	1			
Postpartum period (week)	1~4	63 (70.8)	1.65	0.65~4.19		
	5~24	26 (29.2)	1			
Number of parity	1	52 (58.5)	1.09	0.47~2.54		
	2~8	37 (41.5)	1			
Baby's sex	Boy	43 (48.3)	1.01	0.89~1.15		
	Girl	46 (51.7)	1			
Working	No	48 (53.9)	0.89	0.39~2.05		
	Yes	41 (46.1)	1			
Religion	No	53 (59.6)	0.99	0.43~2.33		
	Yes	36 (40.4)	1			
High risk in pregnancy or labor	No	64 (71.9)	0.61	0.24~1.55		
	Yes	25 (28.1)	1			
Perceived health status	Good	51 (57.3)	0.21	0.08~0.52	0.23	0.08~0.62
	Not good	38 (42.7)	1	(.001)		(.004)
Breast feeding	No	41 (46.1)	1.62	0.70~3.76		
	Yes	48 (53.9)	1			
Perceived husband's help	High	62 (69.7)	0.77	0.31~1.89		
	Moderate, low	27 (30.3)	1			
Perceived husband's love	High	43 (48.3)	0.66	0.28~1.53		
	Moderate, low	46 (51.7)	1			
Perceived Marital satisfaction	High	69 (77.5)	0.59	0.21~1.66		
	Moderate, low	20 (22.5)	1			
Eating habits score	2~6	53 (60.2)	0.64	0.27~1.52		
	7~17	35 (39.8)	1			
Overall quality of sleep	Good	61 (68.6)	0.13	0.05~0.38	0.15	0.05~0.44
	Bad	28 (31.4)	1	(<.001)		(.001)

OR=odd ratio; CI=confidence interval.

여성들이 주관적으로 호소하는 증상에 좀 더 관심을 두어야 할 것이다. 특히 출산 여성들에게 스스로 건강상태를 어떻게 느끼는지를 직접 표현하게 한다면 산후우울의 위험성을 확인하는데 결정적인 역할을 할 것으로 생각된다. 따라서 출산 후 여성들에게 스스로 건강 상태에 대한 인식이 중요함을 교육하고, 여성들 스스로가 건강상태에 대한 부정적인 변화를 감지할 때 지체하지 말고 간호사나 의료인에게 변화내용을 알리도록 격려하는 것이 도움이 될 것으로 보인다.

연구결과 산후우울을 구분하는 두 번째 요인은 전반적인 수면의 질 평가로 나타났다. 수면의 질이 나쁘다고 대답한 여성

은 전체의 31.4%로 적지 않은 비율을 보이고 있다. 이들 여성들에게 양질의 수면을 유도할 수 있는 간호중재는 결과적으로 산후우울을 낮출 것으로 기대되므로, 산후우울 중재 프로그램 과정에 수면증진 간호를 적극적으로 포함시켜서 적용할 것을 제안한다. 한편 선행연구에서[9,18] 수면의 질 평가는 다차원적인 평가도구인 Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)로 측정하였는데[27], 수면의 질을 PSQI로 측정하였을 때 산전 우울에서는 유의성을 보였지만[18], 산후우울에서는 오히려 우울군이 비 우울군보다 양질의 수면을 더 많이 취한다는 상반된 결과가 보고된 바 있다[9]. 즉, PSQI 도구가 다차원적인

수면의 질 측정에는 도움이 될 수 있지만 산후우울을 설명하는 수면 특성을 반영하지 못할 수도 있고, 또 복잡한 설문문항이 불성실한 답변으로 나타날 가능성이 있다고 보아 본 연구에서는 간단한 1문항으로 산후여성에게 주관적인 수면의 질을 평가하게 된 것이다. 결과적으로 단순한 평가항목으로 산후우울 사정동안 수면의 질 평가를 간편하게 활용할 수 있다는 근거를 확인하였지만 만일 복잡한 산모의 수면의 질을 평가하는 것이 목적이라면 다양한 정보를 제공해 주는 PSQI가 적절할 것이다. 요약하면 산후여성이 수면의 질을 나쁘게 느끼고 스스로 건강상태가 좋지 않다고 느끼는 증상은 산후우울의 조기발견에 중요한 단서이므로 출산여성은 물론 가족과 일반 대중들에게도 이 두 가지 증상의 조기발견을 적극 홍보

하여 산후우울 경향이 심한 여성을 효율적으로 선별할 수 있을 것이다.

식습관은 산전우울의 유의한 영향요인이었지만[18], 본 연구에서는 산후우울과의 관련성을 보여주지 못하였다. 그러나 선행연구결과 특정 영양소 결핍, 예를 들면 니아신 결핍은 산전우울[23] 또는 주산기 우울을 야기하는 것으로 나타났으므로[28], 추후 연구에서는 더 많은 산후 여성 대상자를 확보하여 산후 식이섭취 수준 및 영양소 섭취량과 산후우울과의 관련성을 심층적으로 분석하는 연구를 제안한다.

연구결과 산후우울이 모성정체성에 영향을 미치는 예측변수라는 전제는 지지되었고, 따라서 향후 산후우울 중재 모형에 모성정체성을 주요 변수로 포함시킬 수 있다. 또한 선행연구결과 산후우울이 심할수록, 피로도가 심할수록 모성정체성이 낮았다고 보고되었는데[17], 이는 본 연구결과 모성정체성이 주관적 건강상태 지각과 산후우울과 유의한 상관성을 보인 점과 유사하다. 또한 본 연구에서 모유수유를 하는 여성이 모성정체성이 높았던 결과는 선행연구결과를 지지하고 있다[29]. 또 회귀분석 결과, 남편의 사랑은 여성이 어머니로서 자신을 긍정적으로 바라보는데 결정적으로 중요한 역할을 하므로, 간호사는 남편의 애정이나 결혼만족이 산후여성의 적응과정에 결정적으로 중요하다는 사실을 대중에게 널리 인식시켜야 한다. 산후 우울관리의 핵심적 요소는 우울을 경험하는 여성들이 자신의 생각을 돌아보고 그들이 직면한 새로운 역할을 현실적으로 받아들이고 적응할 수 있도록 배려하고 상담하는 것이며 [13], 모성정체성이란 모성적응의 중요한 정서적 차원이기 때문에 출산 후 모성적응을 증진시킬 때 행동으로 수행하는 돌봄 능력 뿐 아니라 정서적 중재도 포함시켜야 한다[30]. 따라서 간호사는 산후여성의 우울 평가과정동안 여성들이 어머니로서 스스로를 얼마나 긍정적으로 받아들이고 있는지를 함께 사정하고, 산후우울 중재 프로그램에 포함시킬 정서적 모성적응 중재 프로그램을 개발할 필요가 있다.

본 연구의 제한점은 일 종합 병원을 방문한 여성만을 대상

Table 3. Relationship between Maternal Identity and Measurement Variables

Variables	Maternal identity
	Spearman rho (ρ)
Age	.02 (.455)
Postpartum period	.11 (.317)
Number of parity	-.04 (.698)
Baby's sex [†]	.00 (.998)
Working [†]	-.20 (.066)
Religion [†]	.09 (.407)
High risk pregnancy or labor [†]	.06 (.577)
Eating habits scores	.02 (.892)
Perceived health status	.34 (.001)
Breastfeeding [†]	.23 (.035)
Perceived husband's help	.06 (.577)
Perceived husband's love	.34 (.001)
Perceived marital satisfaction	.30 (.005)
Postpartum depression	-.31 (.004)

[†]Dummy variables.

Table 4. Stepwise Multiple Regression Results: Influencing Factors on Maternal Identity

Variables	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	Adjusted R ²	t	p
	β	SE	β			
(Constant)	77.44	3.11	-	-	24.91	< .001
Perceived husband's love	-6.79	2.20	0.33	14.2	3.10	.002
Postpartum depression	-0.63	0.25	-0.26	5.3	-2.59	.013
	(F=11.08, $p < .001$)		total	19.5 (cumulative)		

자로 하였기 때문에 다양한 사회경제적 수준에 의한 산후우울의 관련성을 확인하기 어려웠으며, 이 같은 대상자의 편중된 인구 사회적 특성은 독립변인이 종속변수에 미치는 인과관계를 일반화하는데 신중을 기해야 한다. 또한 산후우울의 모성정체성에 대한 설명력이 5.3%로 낮게 나타난 결과는 산후우울 이외에 모성정체성에 대한 다른 인지적, 사회적 영향요인의 설명력이 추가로 설명될 필요가 있다. 본 연구의 의의는 산후 6개월까지 산후우울 발생을 모니터링하고 관리해야 함을 재확인한 것이고, 산후우울을 선별하고 평가하는 동안 여성의 주관적인 건강상태와 수면의 질 평가가 도움이 될 수 있다는 것을 확인하였다.

결론

89명의 산후 6개월 이내 여성을 대상으로 산후우울의 관련 요인 및 산후우울과 모성정체성 간 관련성을 조사한 결과 47.2%가 우울군에 해당하였다. 산후여성 스스로의 주관적인 건강상태 지각과 전반적인 수면의 질 평가가 나쁠수록 산후우울 군에 속할 가능성이 많았으며, 산후우울점수가 낮고 남편의 사랑이 많다고 느끼는 여성일수록 산후 모성정체성을 긍정적으로 지각하였다. 본 연구를 바탕으로 산전우울과 산후우울 간 관련성을 종단적으로 추적하고, 산후우울모형에 모성정체성을 함께 포함시킬 필요가 있다. 또한 산후우울에 대한 생물학적 영향요인의 설명력을 재확인할 것을 제언한다.

REFERENCES

- Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms-17 states, 2004-2005. *MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2008; 57(14):361-366.
- Lee SO, Yeo JH, Ahn SH, Lee HS, Yang HJ, Han MJ. Postpartum depressive score and related factors pre- and post-delivery. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2010;16(1): 29-36.
- Song JE. Influencing factors of postpartum depression between 4 to 6 weeks after childbirth in the postpartum women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2009;15(3):216-223.
- Youn JH, Jeong IS. Predictors of postpartum depression: Prospective cohort study. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(2):225-235.
- Yeo JH. Postpartum depression and its predictors at six months postpartum. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2006;12(4):355-362.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*. 2001;50(5):275-285.
- Park YJ, Shin HJ, Ryu HS, Cheon SH, Moon SH. The predictors of postpartum depression. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2004;34(5):722-728.
- Choi SY, Gu HJ, Ryu EJ. Effects of fatigue and postpartum depression on maternal perceived quality of life (MAPP-QOL) in early postpartum mothers. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2011;17(2):118-125.
- Cho EJ. Subjective sleep quality in depressed and non-depressed mothers during the late postpartum period. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2009;15(2):108-120.
- O'Keane V, Marsh MS. Depression during pregnancy. *British Medical Journal*. 2007;334(7601):1003-1005.
- Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006;35(4):491-498.
- Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression, and parenting stress. *BMC Psychiatry*. 2008;8(24):1-11.
- Barr JA. Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: A phenomenological hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(3):362-369.
- Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2006;35(5):652-658.
- Kwon MK, Kim HW, Kim NS, Jang JA. Postpartum depression and maternal role confidence, parenting stress, and infant temperament in mothers of young infants. *Child Health Nursing Research*. 2006;12(3):314-321.
- Kim JI. A validation study on the translated Korean version of the Edinburgh postnatal depression scale. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2006;12(3):204-209.
- Kim JI. Related factors to postpartum care performance in postpartum women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2007;13(2):98-104.
- Kim HW, Jung YY. Influencing factors on antenatal depression. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2010;16(2): 95-104.
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 2007;39(2):175-191.
- Lee YH. The relations between attribution style, life events, event attribution, hopeless and depression. [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 1993.
- Kwon MK. Antenatal depression and mother-fetal interaction.

- Child Health Nursing Research. 2007;13(4):416-426.
22. Kim HW, Hong KJ. Development of a maternal identity scale for pregnant women. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1996;26(3):531-543.
 23. Kim HW. Associations of dietary intake levels with ante-natal depression. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2011; 17(3):256-264.
 24. Kim HW, Jung YY. Effects of antenatal depression and antenatal characteristics of pregnant women on birth outcomes: A prospective cohort study. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012;42(4): 477-485.
 25. Sung TL. Understandable statistical analysis using SPSS/AMOS: From descriptive statistics to structural equation model. Seoul: Hakjisa; 2007.
 26. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*. 2010;33(1):1-6.
 27. Buysse DJ, Reynold III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989;28 (2):193-213.
 28. Leung BM, Kaplan BJ. Perinatal depression: Prevalence, risks, and the nutrition link-a review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(9):1566-1575.
 29. Kim HW, Hwang MS, Hong KJ. Primipara 's maternal identity and self confidence for caring the baby during the immediate postpartum period. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 1998;4(1):84-102.
 30. Song JE, Ahn JA. Effect of intervention programs for improving maternal adaptation in Korea: Systematic review. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2013;19(3):129-141.

Summary Statement

■ **What is already known about this topic?**

Postpartum depression has been known to have an association with psychosocial factors and maternal identity, particularly within 6 weeks of postpartum period.

■ **What this paper adds?**

Womens' subjective evaluation for health status and overall sleep quality were influencing factors for postpartum depression, with husband's love and postpartum depression being influencing factors on maternal identity.

■ **Implications for practice, education and/or policy**

Postpartum depression management could be helpful to enhance maternal identity of women experiencing depression. Womens'subjective evaluation of their health perception of overall sleep quality would be indicators for early detect postpartum depression.