

산후우울증의 심리사회적 위험요인*

박 시 성** · 한 귀 원***†

Psychosocial Risk Factors of Postpartum Depression

Si-Sung Park, M.D.,** Kwi-Won Han, M.D.***†

국문 초록

연구목적 :

산후우울증은 여러 요인이 관여하여 발생하며, 이들 위험요인에는 다양한 심리사회적 요인이 포함된다. 이전의 여러 연구결과들을 통해 산후우울증의 위험요인이 알려지고 있지만 아직까지 국내에서 산후우울증을 대상으로 위험요인을 연구한 경우는 별로 없다. 본 연구는 국내에서 산후우울증의 심리사회적 위험요인으로는 어떤 것이 있는지를 알아보기 위하여 시행되었다.

방 법 :

일신기독병원을 방문한 출산 후 약 6~8주에 있는 산모 119명을 대상으로 하였다. 설문지를 이용하여 산후우울증의 위험요인에 대하여 조사하고 산후우울의 정도를 측정하였다. 설문지는 이전 연구들을 통해 알려진 위험요인들을 참고하고 산모들의 스트레스와 관계되는 요인들을 추가하여 작성하였다. 산후우울증을 평가하기 위해 EPDS(Edinburgh postnatal depression scale)를 번안해서 사용하였고, 산후우울의 정도는 측정된 EPDS 점수에 따라 판단하였다.

결 과 :

총 대상 산모 119명 중 EPDS에 의해 산후우울증으로 진단될 수 있는 고위험군은 16명으로, 13.45%의 빈도를 보였다. 고위험군에서는 과거 우울증상을 경험한 경우와 결혼생활에 대한 만족도가 낮은 경우가 저위험군에 비해 유의하게 많았다. 또 과거 우울증상을 경험하였던 군, 임신중 우울과 불안증상을 경험한 군, 임신 및 산욕기동안 스트레스 생활사를 경험하였다고 보고한 군, 결혼생활에 대한 만족도가 낮은 군, 그리고 나이가 많을수록 EPDS 점수가 유의하게 높았다. 반면, 산모의 교육수준, 종교, 직업의 유무, 임신과 출산에 따른 직업중단, 희망임신 여부, 분만방법, 수유방법, 유아의 입원여부, 그리고 기대했던 유아의 성별 및 실제 유아의 성별은 우울증상에 영향을 미치지 않았다.

결 론 :

이상의 결과로 볼 때 산후우울증은 산후에 비교적 높은 빈도로 발생 가능하며, 우울증의 과거력, 임신 동안 우울과 불안증상의 경험, 스트레스 생활사, 결혼생활에 대한 낮은 만족도, 그리고 산모의 연령과 같은 요소들이 산후우울증의 위험요인이었다. 임신과 산욕기 동안 산모에 대하여 적절히 정신의학적으로

*이 논문의 요지는 1998년 10월 22일 대한신경정신의학회 추계학술대회에서 포스터 발표되었음.

**고신대학교 의과대학 신경정신과학교실

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Kosin University, Pusan, Korea

***일신기독병원 신경정신과

Department of Neuropsychiatry, Ilsin Christian Hospital, Pusan, Korea

†Corresponding author

개입함으로써 조기에 산후우울증을 발견하고 치료할 수 있으며, 산후우울증으로 인하여 산모와 유아에게 미치는 다양한 손실을 예방할 수 있을 것으로 생각된다.

중심 단어 : 산후우울증 · 심리사회적 위험요인.

서 론

산후우울증은 출산에 따른 여러 가지 호르몬 상태의 변화나 감염과 같은 분만전후의 의학적 상태 변화 등 생물학적 요인들, 스트레스 사건이나 심리적 갈등 등의 심리사회적 요인들과 연관되어 발생한다^{1,2)}.

산후우울증의 발생을 높이는 위험요인에는 기분장애의 과거력과 가족력, 산후 우울증의 과거력, 산후 우울 기분(postpartum blue)의 경험과 같은 정신과 병력이 포함되며, 출산횟수, 산모의 나이, 산과적인 합병증과 같은 산과적인 요인도 산후우울증의 발생에 원인적 역할을 할 가능성이 높다. 다른 다양한 심리사회적 요인 또한 산후우울증의 발생위험을 증가시킨다. Stowe와 Nemeroff³⁾는 이전의 여러 연구들에서 산후우울증과 관련이 있는 것으로 알려진 심리사회적 위험요인들을 (1) 수유, 수면장애, 유아의 건강과 기질 등 육아와 관련된 스트레스, (2) 결혼생활의 갈등과 불만족, (3) 배우자 등 사회적 지지의 결여, (4) 임신중의 스트레스 생활사건의 증가 등으로 구분하였다.

실제로 사회문화적으로 많은 차이가 있는 국내에서는 어떤 심리사회적 요인들이 산후우울증을 유발하는지에 대한 연구가 아직 없다. 한 연구에서 출산전후 여성들의 스트레스 지각 정도를 비교한 결과 산모의 건강상태, 임신중 및 출산후의 정서적인 불안정, 남편에 대한 불만, 출생한 유아에 대한 불만, 높은 교육수준 등이 스트레스 지각을 높인다고 하였다³⁾. 임신중에 발생한 우울증과 달리 출산후에 발생한 우울증의 경우 최근의 스트레스 생활사건이 유발인자로서 특히 중요한 역할을 한다는 점을 고려하면⁴⁾, 스트레스 지각을 높이는 이들 요인들은 산후우울증을 유발하는 위험요인이 될 수 있다고 하겠다.

그러나 문화적 배경^{5,6)}, 사회경제적 수준과 교육수준⁷⁾, 분만방법과 모유영양 여부 및 유아의 성별¹⁾은 산후우울증의 발생과 무관한 것으로 생각되었다.

따라서 국내에서는 산모의 어떤 심리사회적 특징들이 산후 우울증과 관련되는지에 대해 알아보고, 이전의 연구결과들과 비교해 볼 필요가 있다.

한편 산후우울증은 출산한 산모의 10~15% 정도에서 발생한다고 알려져 있다^{8,9)}. 국내에서는 출산후 우울증상을 경험하는 산모가 24.5%¹⁰⁾에서 31.6%¹¹⁾에 이르는 것으로 보고되고 있으나, 산후우울증으로 진단된 산모의 비율에 대한 보고는 아직 없다. 우울증이 특정한 문화적 특성에 따라 다르게 정의되며, 발생율도 서구사회에 비해 비서구권 사회에서 더 낮다는 주장을 감안하면¹²⁾, 산후우울증의 발생을 또한 문화적 특성에 따라 달라질 수 있음을 고려해야 한다.

따라서 저자들은 산후우울증의 선별에 유용한 것으로 알려진 EPDS(Edinburgh postnatal depression scale)¹³⁾을 이용하여 산후우울증의 발생빈도를 알아보고, 산후우울증의 발생에 영향을 미치는 위험요인들을 조사하여 비교해 보고자 하여 본 연구를 시행하였다.

대상 및 방법

일신 기독병원 산부인과에서 출산후 약 6~8주에 있는 산모 119명을 대상으로 하였다. 산모들은 출생한 아기의 예방접종을 위해 육아상담실로 내원하였거나, 산부인과적 추적을 위해 외래로 내원한 산모들로서, 설문지를 이용하여 산후우울증의 위험요인들에 대하여 조사하고, 산후우울증상의 정도를 측정하였다. 설문지는 이전 연구들을 통해 알려진 위험요인들을 참고하고 산모들의 스트레스와 관계되는 요인들을 추가하여 작성하였다.

산후우울증을 선별하고 우울증상의 정도를 측정하기 위해 EPDS를 번안하여 사용하였다. EPDS는 Cox등¹³⁾에 의해 개발되었으며 10문항으로 구성된 자기보고형(self-report) 우울척도로서 미국과 유럽 등지에서는 이미 산후우울증의 선별에 높은 타당도를 보이는 것으로 입증된 검사이다^{13,14)}. 산후 6~8주에 있는 산모들에

게 적용하여 지난 일주일동안 경험한 우울증상을 네 단계 수준으로 측정하는데, 증상의 정도는 각 문항마다 0점에서 3점까지이고 총점은 0점에서 30점이다. 산후우울증의 선별을 위해서는 EPDS의 점수가 13점 이상에 해당될 경우를 고위험군, 10점 이상 12점 이하에 해당될 경우는 위험군, 9점 이하에 해당될 경우를 저위험군으로 평가하여, 고위험군에 해당될 때 산후우울증으로 진단하였다¹³⁾. EPDS의 신뢰도 검증을 위해 구한 Cronbach의 alpha 계수는 전체 대상군(N=119)에서 0.8148이었다.

산후 우울증상의 정도와 위험요인들간의 관련성에 있어서 산모의 심리사회적 특성들중 교육수준, 직업의 유무, 임신과 출산으로 인한 직업중단여부, 자녀수, 희망임신 여부, 분만방법, 기대했던 유아의 성별 및 출생한 유아의 성별간의 일치 및 불일치, 유아의 입원여부, 결혼생활에 대한 만족도, 임신 및 산육기동안의 스트레스 생활사의 경험 여부, 우울증의 과거력, 임신중 우울과 불안증상의 경험 등이 EPDS의 점수에 따라 차이가 있는지를 알아보기 위하여 Student t-test를 시행하였다. 종교, 수유방법이 EPDS 점수에 따라 차이를 보이는지에 대해서는 One-way ANOVA, EPDS 점수와 나이와의 상관관계는 Pearson correlation test를 시행하여 검증하였다. EPDS의 고위험군과 저위험군간 위험요인의 차이는 Chi-square test로 비교하였다. 모든 통계는 윈도우용 SPSS(Release 7.5)를 이용하여 분석하였다.

결 과

1. 인구통계학적 특성 및 심리사회적 특성

대상 산모들의 인구통계학적 특성 및 심리사회적 특성은 각각 Table 1, 2에 기술하였다. 산모의 나이는 평균 28세였으며, 산모는 모두 기혼자였다. 학력은 대학 졸업 이상이 63.9%로서 36.1%인 고등학교 이하의 경우보다 많았다. 직업이 없는 경우가 76.5%로서 직업을 가진 산모 23.5%에 비해 많았으며, 임신으로 인해 직장을 사직하게 된 경우도 29.4%에 달했다. 종교는 없다고 한 경우가 43.7%, 불교 26.1%, 기독교 19.3%의 순이었다. 산모의 74.8%는 결혼생활에 대해 만족한다고 보고하였다.

91.6%가 원했던 임신에 의한 출산이었으며, 초산부

Table 1. Demographic data(N=119)

	N(%)
Age	28.18±3.41*
Education	
Lower than high	43(36.1)
Higher than college	76(63.9)
Religion	
No religion	52(43.7)
Protestant	23(19.3)
Catholic	7(5.9)
Buddhism	31(26.1)
Other	3(2.5)
No response	3(2.5)
Occupation	
Present	28(23.5)
Absent	91(76.5)
Marital status	
Married	119(100)
No. of parity	
One	79(66.4)
Two	36(30.3)
Three	4(3.3)

* : mean±SD

가 66.4%, 경산부는 33.6%였다. 산모의 72.3%가 정상분만을 통해 출산하였고, 제왕절개수술을 받은 경우는 24.4%였다. 산모의 62.2%, 남편의 59.7%, 시댁가족의 75.6%가 남아를 원했으며, 출생한 유아의 실제 성별은 남아가 51.3%였다. 23.5%인 28명의 유아가 병원에 입원한 경험이 있었다. 유아의 52.9%는 모유영양을, 28.6%는 우유, 18.5%는 혼합형의 수유를 받고 있었다.

한편 산모중 11.8%(14명)는 과거에 우울증상을 경험한 적이 있었으며, 이중 6명(5%)이 이전 출산후에 우울증상을 경험하였다고 보고하였다. 임신중 우울, 불안을 경험한 산모는 44.5%(53명)이었고, 임신 및 산육기동안 스트레스 생활사를 경험하였다고 보고한 산모도 49.6%(59명)으로 나타났다.

2. 산후우울증의 빈도

EPDS에 의한 산후우울증 고위험군으로 평가된 산모는 16명이었으며, 고위험군을 산후우울증으로 진단할 때 산후우울증의 빈도는 13.45%였다(Table 3).

3. 산후우울증의 고위험군과 저위험군간의 위험요인의 차이

대상 산모들을 EPDS 점수에 따라 고위험군과 저위

Table 2. Psychosocial characteristics of subjects(N=119)

	N(%)
Retirement due to pregnancy	
Yes	35(29.4)
No	84(70.6)
Delivery method	
Normal delivery	86(72.3)
Cesarian section	29(24.4)
No response	4(3.4)
Feeding method	
Breast	63(52.9)
Milk	34(28.6)
Mixed	22(18.5)
Wanted pregnancy	
Yes	109(91.6)
No	10(8.4)
Wanted gender of infant	
Subject	
Male	74(62.2)
Female	33(27.7)
Indifferent	6(5.0)
No response	6(5.0)
Husband	
Male	71(59.7)
Female	36(30.3)
Indifferent	8(6.7)
No response	4(3.4)
Husband's family	
Male	90(75.6)
Female	18(15.1)
Indifferent	5(4.2)
No response	6(5.0)
Gender of infant	
Male	61(51.3)
Female	57(47.9)
No response	1(0.8)
Hospitalization of infant	
Yes	28(23.5)
No	90(75.6)
No response	1(0.8)
Past history of depression	
Yes	14(11.8)
Postpartum onset	6(5.0)
Non postpartum onset	8(6.8)
No	105(88.2)
Symptoms of anxiety and depression during pregnancy	
Yes	53(44.5)
No	64(53.8)
No response	2(1.7)
Experience of stressful life events during pregnancy and postpartum period	
Yes	59(49.6)

Table 2. Continued

No	58(48.7)
No response	2(1.7)
Marital satisfaction	
Good	89(74.8)
Moderate	27(2.7)
Bad	2(1.7)
No response	1(0.8)

Table 3. Frequency of postpartum depression

EPDS score	N(%)
<10 (low risk group)	81(68.1)
10 - 12 (risk group)	22(18.5)
12 < (high risk group)	16(13.4)

EPDS : edinburgh postnatal depression scale

험군으로 분류하여 위험요인을 비교하였을 때, 고위험군에서 과거의 우울증상 경험 및 결혼생활에 대한 낮은 만족도를 보인 경우가 유의하게 많았다(Table 4). 다른 요인들의 경우 고위험군과 저위험군간의 유의한 차이는 없었다.

4. 산후우울증상의 정도와 심리사회적 위험요인

조사한 산모들의 심리사회적 요인들에 따른 산후우울증상의 정도는 Table 5에 기술하였다. 대상 산모들 중 과거에 우울증상을 경험하였던 군, 임신중 우울과 불안증상을 경험한 군, 임신 및 산육기동안 스트레스 생활사를 경험하였다고 보고한 군, 그리고 결혼생활에 대한 만족도가 낮은 군에서 EPDS 점수가 유의하게 높았다. 반면, 산모의 교육수준, 종교, 직업의 유무, 임신과 출산에 따른 직업중단, 희망임신 여부, 분만방법, 수유방법, 유아의 입원여부, 그리고 기대했던 유아의 성별 및 실제 유아의 성별은 우울증상에 영향을 미치지 않았다.

산모의 나이와 산후우울증상의 정도간의 상관관계는 Table 6에 기술하였는데, 산모의 나이가 많을수록 EPDS의 점수가 유의하게 높았다.

고 찰

1. 산후우울증의 빈도와 진단

본 연구 결과 EPDS에 의한 산후우울증의 빈도는 13.45%로서, 출산한 산모의 10~15%에서 산후우울증이 발생한다는 이전 연구 결과들^{8,9)}에 일치하고 있다. 반

Table 4. Comparison of risk factors between high risk group and low risk group of postpartum depression according to EPDS

	High risk group N(%)	Low risk group N(%)	χ^2
Education			.107
Lower than high school	5(31.2)	27(35.5)	
Higher than college	11(68.8)	49(64.5)	
Religion			2.497
Protestant or catholic	5(31.2)	39(52.0)	
Buddhism	6(37.5)	17(22.7)	
Other	5(31.2)	19(25.3)	
Occupation			.758
Present	10(62.5)	55(73.3)	
Absent	6(37.5)	20(26.7)	
Number of parity			1.661
One	9(56.2)	53(72.6)	
Two	7(43.8)	20(27.4)	
Retirement due to pregnancy			.102
Yes	4(25.0)	22(28.9)	
No	12(75.0)	54(71.1)	
Delivery method			3.111
Normal delivery	13(92.9)	52(70.3)	
Cesarian section	1(0.1)	22(29.7)	
Feeding method			.129
Breast	9(56.2)	39(51.3)	
Milk	4(25.0)	21(27.6)	
Mixed	3(18.8)	16(21.1)	
Wanted pregnancy			.880
Yes	16(100.0)	72(94.7)	
No	0(0.0)	4(5.3)	
Wanted gender of infant			.077
Subject			
Accorded	9(69.2)	47(65.3)	
Discorded	4(30.8)	25(34.7)	2.744
Husband			
Accorded	10(76.9)	37(52.1)	
Discorded	3(23.1)	34(47.9)	3.627
Husband's family			
Accorded	42(60.9)	13(86.7)	
Discorded	27(39.1)	2(13.3)	
Gender of infant			5.007
Male	13(81.3)	38(50.7)	
Female	3(18.7)	37(49.3)	
Hospitalization of infant			.570
Yes	6(37.5)	21(28.0)	
No	10(62.5)	54(72.0)	
Past history of depression			37.346*
Yes	10(62.5)	3(4.0)	
No	6(37.5)	73(96.0)	
Symptoms of anxiety and depression during pregnancy			4.915

Table 4. Continued

Yes	10(62.5)	25(32.9)	
No	6(37.5)	51(67.1)	
Experience of stressful life events during pregnancy and postpartum period			1.098
Yes	9(56.2)	31(41.9)	
No	7(43.8)	43(58.1)	
Marital satisfaction			13.939*
Good	7(46.7)	66(88.0)	
Moderate	8(53.3)	9(12.0)	

* : $p < .01$, Chi-square test

EPDS : edinburgh postnatal depression scale

면 국내에서 출산후 우울증상을 경험하는 산모의 빈도인 24.5%¹⁰⁾나 31.6%¹¹⁾에 비해서는 낮게 측정되었다.

이러한 차이는 첫째, 각 연구에서 사용한 평가도구가 서로 다르기 때문에 발생하는 것일 수 있다. 둘째, 산후 우울증은 기존의 우울장애와는 구분되는 질환으로 볼 수도 있음을 의미한다. 실제 이전의 여러 연구들에서도 적용된 진단기준에 따라 산후우울증의 빈도는 다양하게 보고되었다^{15,16)}. DSM-IV¹⁷⁾에서는 산후우울증을 주요우울증 삽화, 산후 발생(postpartum onset)의 항목에서 다루고 있지만 명확하게 정의하기 위해서는 더 많은 비교 연구자료들이 필요하며, 산후에 발생하는 정신장애를 하나의 독립된 질환으로 이해하여야 하는지의 문제 또한 여전히 논란으로 남아 있다¹⁾. 따라서 산후우울증을 진단하기 위해서 다른 적절한 진단적 기준이 필요한지를 고려하여야 한다.

우울증 선별에 이용되는 일반적인 도구들을 산후의 산모들에게도 적용할 수 있는지에 대해서는 논란의 여지가 있다. 왜냐하면 식욕, 수면, 활력수준 등에 있어서의 변화와 같은 우울증의 신체증상 항목에 해당되는 증상들은 많은 여성들이 산후에 우울증이 없어도 정상적인 생리적 변화로 인해 겪을 수 있는 증상들이기 때문이다¹⁸⁾. 일례로 흔히 사용되는 선별도구인 Beck Depression Inventory를 산후 상태의 여성들에게 사용하였을 때 우울증 선별에 있어서의 타당도가 낮은 것으로 입증되었다^{19,20)}.

EPDS는 여러 연구에서 산후우울증의 선별진단에 유용한 도구라고 제시되었다. 그 이유는 우선 소요시간이 짧고 간편하여, 전화 면담 또는 신생아 검진 상황에서 적용하기에 용이하다²¹⁻²³⁾. 또한 EPDS는 여러 신체 증상을 동반할 수 있는 산후 시기에 비신체적 증상에

Table 5. Comparisons of EPDS score according to psychosocial factors

	Mean±SD	T value
Education		.176
Lower than high school	7.21±4.06	
Higher than college	7.07±4.34	
Religion		1.571†
No religion	6.46±4.12	
Protestant or catholic	7.50±4.42	
Buddhism	7.29±4.23	
Occupation		.991
Present	6.44±4.77	
Absent	7.36±4.05	
Retirement due to pregnancy		.290
Yes	6.94±3.92	
No	7.19±4.37	
No. of parity		1.716
One	6.21±4.26	
Two	8.17±4.14	
Wanted pregnancy		.375
Yes	7.07±4.26	
No	7.60±4.06	
Delivery method		1.638
Normal delivery	7.40±4.44	
Cesarian section	5.93±3.18	
Feeding method		.168†
Breast	7.14±4.19	
Milk	7.35±4.44	
Mixed	6.68±4.13	
Gender of infant		.901
Male	7.46±4.46	
Female	6.75±4.00	
Accordance of wanted gender and real gender of infant		.122
Subject		
Accorded	6.82±4.31	
Discorded	6.72±3.99	
Husband		1.170
Accorded	7.31±4.50	
Discorded	6.36±3.50	
Husband's family		.809
Accorded	7.33±4.57	
Discorded	6.65±3.70	
Hospitalization of infant		.190
Yes	7.29±4.46	
No	7.11±4.17	
Past Hx of depression		4.970*
Yes	11.93±3.56	
No	6.48±3.89	
Symptoms of anxiety and depression during pregnancy		3.534*
Yes	8.51±3.95	
No	5.86±4.11	

Table 5. Continued

Experience of stressful life events during pregnancy and postpartum period		2.824*
Yes	8.20±3.98	
No	6.05±4.29	
Marital satisfaction		3.974*
Good	6.19±3.82	
Moderate	9.59±4.15	

* : p<.01, student t-test

† ; F value, one-way ANOVA

EPDS ; edinburgh postnatal depression scale

Table 6. Correlation between EPDS score and age

	EPDS Score
Age	0.189*

* : p<0.05, 2-tailed, Pearson correlation test

EPDS : Edinburgh postnatal depression scale

초점을 두고 있어서 우울증상의 정도 평가와 우울증의 감별이 용이하며²⁾, 또한 산모로 하여금 자신의 감정에 대해 표현할 수 있는 기회를 제공해 준다²¹⁾. 뿐만 아니라 다음 출산후에 발생할 수 있는 산후우울증의 위험을 조기에 평가할 수 있다²⁵⁾.

본 연구는 대상군의 수가 적다는 점과 국내에서 표준화 되지 않은 EPDS를 사용하였다는 점에서 진단적 정확성이 떨어진다는 한계를 지니고 있다. 따라서 향후 산후우울증의 빈도를 조사하기 위해서는 많은 수의 산모를 대상으로 표준화된 EPDS를 적용하여 선별조사를 해야할 것으로 생각된다.

2. 산후우울증의 위험요인 : 우울증의 병력 및 심리사회적 요인

우울증의 과거력^{16,25,26)}과 가족력²⁶⁾, 임신중의 우울증상 경험^{5,8,27)}은 많은 연구들에서 거의 일치하는 산후우울증의 위험요인이다. 과거력과 가족력과의 관계를 고려하면 산후우울증은 주요우울장애 등 일반적인 우울장애의 범주에서 이해되어야 한다. 그러나 산후우울증을 경험하는 산모의 50% 이상은 처음으로 우울증을 경험하는 것이며, 따라서 출산 자체가 산후우울증의 중요한 유발요인이라는 점 또한 과소평가해서는 안된다는 견해도 있다¹⁾.

본 연구에서 EPDS의 점수에 따라 위험군을 분류하였을 때 고위험군에서 과거에 우울증상을 경험하였던 경우가 유의하게 더 많았다. 우울증상의 정도도 과거에

우울증상을 경험하였던 경우와 임신중 우울과 불안증상을 경험한 경우에 우울증상이 더 심한 것으로 나타나, 우울증의 병력이 산후우울증의 증상 정도에 영향을 미치는 중요한 요인이라는 이전의 연구결과에 일치하였다. 이러한 결과는 임신중인 산모에 대한 정신의학적인 평가를 통해 과거력과 가족력, 임신중의 우울증상을 조사함으로써 출산후에 우울증의 발생위험을 예측할 수 있다는 임상적 의미를 지닌다고 하겠다.

반면 출산이 산후우울증의 발생에 미치는 영향에 대해서는 출산전후의 산과적 상태를 고려하여 출산에 따른 여러 가지 호르몬 상태의 변화나 감염과 같은 분만 전후의 의학적 상태 변화 등 생물학적 요인들과의 상관성을 살펴보아야 한다. 그러나 본 연구에서는 이들 생물학적 요인들에 대해서는 조사하지 않았으며, 따라서 출산 자체와 연관된 중요한 요인을 다루지 못했다는 점에서 한계를 지니고 있으며, 추후 생물학적 요인과의 상관성에 대해 조사해 보아야 한다.

다양한 심리사회적 요인도 산후우울증의 위험요인으로 작용하는데, 결혼생활에서의 갈등^{16,25,28)}, 임신중의 스트레스 생활사^{16,28)}, 육아와 관련된 스트레스^{25,29)} 등이 일관되게 보고되는 위험요인들이다. 본 연구에서도 산후우울증의 고위험군에서 결혼에 대한 만족도가 낮았던 경우가 유의하게 많았고, 결혼에 대한 만족도가 낮았던 경우와 임신 및 산육기동안 스트레스 생활사를 경험하였다고 보고한 경우에 산후 우울증상이 더 심하였던 것으로 나타나, 심리사회적 위험요인 역시 이전의 여러 연구 결과들에 일치하고 있었다. 고경봉과 김세광³⁾은 출산후의 산모들에서 산모의 건강상태가 불량할수록, 임신중이나 출산후 정서적으로 불안정할수록, 교육수준이 높을수록, 태어난 아기에 대한 불만이 높을수록, 그리고 남편에 대한 불만이 높을수록 스트레스지각이 높아진다고 하였다. 따라서 결혼생활에 만족하지 못하는 산모, 임신중 또는 출산후 정서적으로 불안정한 산모는 스트레스지각이 높아짐과 동시에 이러한 스트레스로 인해 산후우울증이 유발될 위험이 높다고 하겠다. 반면 스트레스지각을 높이는 것으로 보고된 산모의 교육수준은 저자들의 연구결과 산후 우울증상의 정도와는 무관하였다.

Stowe와 Nemeroff¹⁾는 수유, 수면장애, 유아의 건강과 기질 등 육아와 관련된 스트레스가 산후우울증의 위험요인이라고 하였으며, 이승휘 등³⁰⁾의 연구에서도 출

산과 동반된 양육 스트레스와 유아의 어려운 기질은 산후의 우울증에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다. 본 연구에서는 검사 시기가 산후 6~8주로서 유아의 기질과 양육 스트레스를 객관적으로 평가하기에는 다소 짧은 기간이어서 아동의 기질과 양육 스트레스가 산후 우울증과 어떤 관련을 가지는지 평가할 수 없었다. 대신 수유방법과 유아의 입원 유무가 산모의 우울증상에 영향을 미치는지를 살펴보았는데, 이들은 산모의 우울증상과 무관하였다.

또한 여아를 출산한 산모가 남아를 출산한 산모보다 스트레스지각이 현저히 높았다는 보고³¹⁾나 남아를 특히 선호하는 국내의 문화적 특성을 고려할 때, 출생한 유아의 성별이 우울증상의 정도에 영향을 미칠 것으로 추측된다. 그러나 저자들의 연구결과 유아의 성별은 산후 우울증상의 정도와 무관하였으며, 이러한 소견은 이병관¹¹⁾의 보고나 유사한 문화적 배경을 지닌 일본인 산모들을 대상으로 한 연구⁶⁾에서도 보고되고 있다.

관련 산모의 나이와 관련한 이전 연구에서 Wickberg와 Hwang²²⁾이 산모의 나이는 산후우울증과 무관하다고 한 반면, 10대 산모의 23%³¹⁾, 청소년 산모의 26%³²⁾가 출산후에 우울증상을 경험하였다는 보고도 있다. 또 과거 분만횟수가 많을수록 우울과 불안의 정도가 높았고³³⁾, 산후우울증의 위험이 높았다는 연구³⁴⁾들이 있는 반면, 초산부에서 산후우울증의 발생율이 높았다는 보고²⁸⁾도 있어서 상반되는 결과를 보이고 있다. 저자들의 연구결과에서는 오히려 나이가 많을수록 산후 우울증상이 더 심한 것으로 조사된 반면, 분만 횟수는 우울증상과 무관하였다. 본 연구의 대상 산모중에는 청소년 산모가 없었기 때문에 직접적으로 비교할 수는 없지만 나이가 많은 산모는 젊은 산모에 비해 자신의 건강, 육아 등에 대해 더 많은 부담을 가질 가능성이 있다. 또 정서장애에 대한 취약성이 경산부에서 더 높다는 것과 연관될 수도 있다³⁵⁾. 그러나 이에 대해서는 추후 청소년 연령의 산모를 포함한 모든 연령의 산모를 대상으로 하여 산과적, 심리사회적 특성을 고려한 상태에서 우울증상의 정도를 조사하여 비교해 보아야 할 문제이다.

산후우울증은 일찍 찾아내고 치료하면 경과가 좋다. 그러나 치료를 하지 않을 경우 증상은 심화되어 만성화하거나, 치료에 반응하지 않게 되기도 하며, 삽화가 반복되거나 이후에 심각한 기능적인 장애를 초래할 수 있

다³⁶⁾. 산모는 산후우울증의 증상으로 인해 정서적인 고통을 겪게 되고, 개인의 삶의 질이 떨어지게 될 뿐만 아니라 남편 및 유아와의 관계에도 많은 부정적인 영향을 미치게 된다. 모자관계에 미치는 해로운 영향의 결과, 아동의 인지발달 지연과 정서적 문제 및 행동이상의 발생 가능성을 높이기도 하는데³⁷⁾, 특히 이러한 영향은 영아기처럼 아동의 연령이 어릴수록 크다³⁸⁾. 따라서 산후우울증의 조기발견과 조기치료는 산모와 유아, 가족 모두를 위해 중요한 것이라 할 수 있다.

본 연구결과로 볼 때 많은 이전 연구에서도 일관되게 제시되는 것과 같이 임신과 산육기 동안 산모에 대한 적극적인 정신의학적인 개입을 통해서 산후우울증의 위험요인을 더 용이하게 발견할 수 있다. 위험요인을 찾아냄으로써 이후 산모에 대한 적절한 정신의학적인 관찰이 가능하며, 결과적으로 산후우울증의 발생과 이로 인한 다양한 손실을 예방할 수 있도록 조기에 치료적으로 개입하는데 도움이 된다고 하겠다.

REFERENCES

- 1) Stowe ZN, Nemeroff CB(1995) : Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 173 : 639-645
- 2) Suri R, Burt VK(1997) : The Assessment and treatment of postpartum psychiatric disorders. *J Pract Psychiatry Behav Health* 3 : 67-77
- 3) 고경봉, 김세광(1991) : 출산 전후 여성들간의 스트레스지각 및 정신병리의 비교. *신경정신의학* 30 : 863-872
- 4) Inwood DG(1985) : Postpartum psychiatric disorders. Washington DC, American Psychiatric Press, pp42-57. 고경봉, 김세광(1991) : 출산 전후 여성들간의 스트레스지각 및 정신병리의 비교. *신경정신의학* 30 : 863-872에서 인용
- 5) Kendell RE, Rennie D, Clarke JA, Dean C(1981) : The social and obstetrical correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychol Med* 11 : 341-350
- 6) Shimizu YM, Kaplan BJ(1987) : Postpartum depression in the United States and Japan. *J Cross-Cultural Psychol* 18 : 15-30
- 7) Cox JL, Rooney A, Thomas PF(1984) : How accurately do mothers recall postnatal depression? Further data from a 3-year follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 3 : 185-187
- 8) Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R (1994) : Screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res* 38 : 539-545
- 9) Kumar R, Robson KM(1984) : A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 144 : 35-47
- 10) 이성인, 이병관, 김 임(1990) : 출산전후의 우울과 불안의 비교. *신경정신의학* 29 : 320-333
- 11) 이병관(1982) : 산후 정신장애에 대한 임상적 고찰. *신경정신의학* 21 : 579-586
- 12) Marsella AJ(1980) : Depressive experience and disorder across cultures. In : *Handbook of cross-cultural psychology*. Ed by Triandis HC and Draguns JG, Vol 6, Psychopathology, Boston, Allyn and Bacon, pp237-289. Cited from Shimizu YM, Kaplan BJ(1987) : Postpartum depression in the United States and Japan. *J Cross-Cultural Psychol* 18 : 15-30
- 13) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R(1987) : Detection of postnatal depression : Development of Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* 150 : 782-786
- 14) Murray L, Carothers AD(1990) : The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 157 : 288-289
- 15) Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, et al(1989) : Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 57 : 269-274
- 16) Whiffen VE(1988) : Vulnerability to postpartum depression : A prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol* 97 : 467-474
- 17) American Psychiatric Association(1994) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed, Washington DC, American Psychiatric Association, pp386-387
- 18) Wickberg B, Hwang CP(1996) : The Edinburgh Postnatal Depression Scale : Validation on a swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 94 : 181-184
- 19) Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H (1989) : The use of rating scales to identify postnatal depression. *Br J Psychiatry* 154 : 813-817
- 20) Whiffen VE(1988) : Screening for postpartum depression

- ression : A methodological note. *J Clin Psychol* 44 : 367-371
- 21) Holden JM(1991) : Postnatal depression : Its nature, effects, and identification using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Birth* 18 : 211-221
 - 22) Wickberg B, Hwang CP(1997) : Screening for postnatal depression in a population-based swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* 95 : 62-6
 - 23) Zekowitz P, Milet TH(1995) : Screening for postpartum depression in a community sample. *Can J Psychiatry* 40 : 80-86
 - 24) Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silva PD(1994) : Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 39 : 620-624
 - 25) Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH(1991) : Prospective investigation of postpartum depression : Factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 100 : 122-132
 - 26) O'Hara MW, Neuenaber DJ, Jekoski EM(1984) : Prospective study of postpartum depression : Prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 93 : 158-171
 - 27) O'Hara MW, Jekoski EM, Phillips LH, Wright EJ(1990) : Controlled prospective study of postpartum mood disorders : Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 99 : 3-15
 - 28) O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Varner MW(1991) : Controlled prospective study of postpartum mood disorders : Psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol* 100 : 63-73
 - 29) Cutrona CE(1983) : Causal attributions of perinatal depression. *J Abnorm Psychol* 92 : 161-172
 - 30) 이승휘, 전성일, 김영미, 이정호, 최영민, 이기철(1998) : 출산후 여성의 우울성향과 영아기질, 양육 스트레스 및 대처방식과의 연관성. *신경정신의학* 37 : 95-103
 - 31) Piyasil V(1998) : Anxiety and depression in teenage mothers : A comparative study. *J Med Assoc Thai* 81 : 125-129
 - 32) Troutman BR, Cutrona CE(1990) : Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *J Abnorm Psychol* 99 : 69-78
 - 33) 홍종문, 송수식(1986) : 산전 및 산후의 정서변화 연구. *신경정신의학* 25 : 431-439
 - 34) Rhighetti-Veltrema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J(1998) : Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 49 : 167-180
 - 35) Jarrahi-Zadeh A, Kane FJ Jr, Van de Castf RL, Lachenbruch PA, Ewing JA(1969) : Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. *Br J Psychiatry* 115 : 797-805
 - 36) Parry BL(1995) : Postpartum psychiatric syndromes. In : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6th ed, Ed by Kaplan HI and Sadock BJ, Baltimore, Wiliams and Wilkins, pp1059-1066
 - 37) Murray L, Hipwell A(1995) : The impact of maternal psychiatric disorders occuring after childbirth on the child. *Current Obstetrics and Gynecology* 5 : 75-80
 - 38) 최진숙(1998) : 모성 정신병리와 소아의 발달. *여성정신의학* 2 : 3-12

Psychosocial Risk Factors of Postpartum Depression

Si-Sung Park, M.D., Kwi-Won Han, M.D.

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Kosin University, Pusan, Korea

Objective : Postpartum depression(PPD) was known to be caused by many factors including various psychosocial risk factors. This study was performed to identify the psychosocial risk factors for ppd, preliminarily in Korea.

Methods : A group of 119 postpartum women, each of whom was at 6 to 8 weeks after delivery was identified at the time when they visited to the child health clinic or postnatal check-up clinic. The risk factors were surveyed by the self-reported questionnaire. The items of questionnaire were consisted of known risk factors in other studies and other possible stress-related factors. PPD was assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale(EPDS) and the degree of postpartum depression was determined by its score.

Results : 16 women(13.45%) in the high risk group were diagnosed as PPD among the 119 women. Risk factors including past experience of depressive symptoms and low level of marital satisfaction were founded more frequently in women in the high risk group than in the low risk group. The score of EPDS was significantly high in the group who experienced depressive symptoms in the past, anxiety or depression during pregnancy, stressful life event during the period of recent pregnancy and postpartum, and who had low level of marital satisfaction. There was a positive correlation between age and the score of EPDS. However, the postpartum depressive symptoms were not influenced by the level of education, job, retirement due to pregnancy and delivery, wanted or unwanted pregnancy, delivery method, feeding method, the hospitalization of infant, expected and real gender of infant.

Conclusion : These results suggest that PPD is quite frequent at postpartum period. Various risk factors contribute to the development of PPD. If clinicians pay attention to the risk factors of PPD and give appropriate psychiatric intervention to the mothers during pregnancy and postpartum, it will be easy for the clinicians to recognize and treat PPD in the early stage.

KEY WORDS : Postpartum depression · Psychosocial risk factors.
