

일부 임신부의 사회적 지지, 수면의 질 및 구강건강영향지수가 우울수준에 미치는 영향

한세영[†] · 한양금¹

가톨릭상지대학교 치위생과, ¹대전보건대학교 치위생과

Effects of Social Support, Sleep Quality, and Oral Health Impact Profile on Depression among Pregnant Women

Se-Young Han[†] and Yang-Keum Han¹

Department of Dental Hygiene, Catholic Sangji College, Andong 36686, ¹Department of Dental Hygiene, Health Institute of Technology, Daejeon 34504, Korea

This study examined 191 pregnant women before delivery in an obstetrics and gynecology clinic in North Gyeongsang Province from May to September 2016 by using a questionnaire after obtaining informed consent for voluntary participation in the study. The study was performed to investigate the association of depression with sociodemographic characteristics, pregnancy-related characteristics, social support, sleep quality and Oral Health Impact Profile (OHIP) in pregnant women. The prevalence of depression among the pregnant women was 25.1% in the healthy group and 74.9% in the depression group. The depression level was significantly higher in women in the depression group who were unsatisfied with their marriage life, had no occupation, had lower social support, had poor sleep quality and had higher OHIP scores. The results of the logistic regression analysis indicated that, the risk ratio for more severe depression was significantly higher in the group with no experience of miscarriage and induced childbirth than in the group with childbirth experience. Conversely, the risk ratio for more severe depression was significantly lower in the group with high social support than in the group with low social support. Depression in the respondents significantly positively correlated with sleep quality and OHIP score but significantly negatively correlated with social support. The multiple regression analysis revealed that the depression level was significantly higher by 22.3% among pregnant women with lower marital satisfaction, no childbirth experience, lower social support and higher OHIP scores. In summary, depression was related to marital satisfaction, childbirth experience, social support, and OHIP score, among others, in pregnant women in this study. Therefore, further investigation is warranted to construct programs and measures that will help build positive thinking by designing and verifying a three-dimensional study model by taking into consideration various variables to reduce the incidence of depression in pregnant women.

Key Words: Depression, Oral Health Impact Profile, Pregnant women, Sleep quality, Social support

서론

여성의 정서적, 성적 발달과정에서 중요성이 높은 임신은 일생에 수많은 경험 중 많은 변화를 초래한다¹⁾. 임신과 분만은 정상적인 생리적 과정으로 임신부에게 어머니라는 새로운 역할을 요구하며, 역할에 적응하는 동안 신체적, 정신적

긴장으로 정서적 위기를 촉진시킬 수 있다²⁾. 이러한 단계에서 임신부는 감정변화로 쉽게 지치고, 짜증도 나고, 갑자기 슬퍼져 눈물을 흘리며, 우울 같은 정신적 문제를 경험하게 된다³⁾. 우울을 경험한 임신부는 자신의 건강뿐만 아니라 영아에 대한 관심결여 등으로 유대관계 형성이 저하되어 영아의 신체적, 정서적 성장에 위험요소로 작용할 수 있으므로

Received: January 11, 2017, Revised: February 22, 2017, Accepted: February 25, 2017

ISSN 1598-4478 (Print) / ISSN 2233-7679 (Online)

[†]Correspondence to: Se-Young Han

Department of Dental Hygiene, Catholic Sangji College, 45 Sangji-gil, Andong 36686, Korea
Tel: +82-54-851-3192, Fax: +82-54-851-3264, E-mail: syhan111@hanmail.net

Copyright © 2017 by Journal of Dental Hygiene Science

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

이에 대한 중요성을 보다 심각하게 인지할 필요가 있다⁴⁾. 임신 중 우울증상이 발생하는 빈도는 20%까지 보고되고 있어, 산후우울증 11%의 발생률보다 높게 나타나고 있다⁵⁾.

여러 사회심리적 요인 가운데 가족이나 주위 사람들로 부터 받는 사회적 지지는 개인의 심리적 특성을 조절하는 데 도움을 주며 스트레스나 우울에 빠질 가능성을 낮춰 심리적 건강을 도모해 준다⁶⁾. 가족의 지지, 사회적 지지, 자아존중감 등의 사회심리적 요인은 우울증 발병 및 지속과 관련이 높다고 하였으며^{7,8)}, 부부갈등으로도 산후우울증이 높아진다고 보고되어 왔다³⁾. 이러한 사회적 지지는 임신부의 정서 발달에 악영향을 줄 수 있으므로 살펴볼 필요가 있다고 본다.

임산부의 66~94%는 대부분 수면상태의 변화를 보이며, 임신 1기 동안 주간외의 졸림, 전체 수면시간 등 전반적인 수면의 질이 저하된다^{9,10)}. 수면의 질이 좋지 않으면 자주 깨고, 지속적인 수면을 취하기가 어려우며, 사회적 위축, 대인관계의 어려움, 우울 등 부정적인 결과를 야기할 수 있으므로 임신부의 건강관리 차원에서 수면관리는 매우 중요하다고 할 수 있다¹¹⁾. 수면장애는 임신부의 우울증에 중요한 위험요소가 된다. 그러므로 산후 우울로 진전되지 않도록 하기 위해서는 무엇보다 임신기간 동안 수면장애가 있는 임신부를 조기에 파악하여 지지해줘야 한다.

임신부의 구강상태는 입덧 등으로 인해 구강위생관리에 소홀하게 되며, 호르몬의 불균형, 음식 기호도 변화 등으로 인해 치아우식증, 치주질환 등 구강질환 발생 가능성이 높은 시기이다^{12,13)}. Lee¹⁴⁾는 임신 후 잇몸이 붓고 출혈이 있어 구강상태가 건강하지 못하다고 응답한 경우 64.4%로 응답자 과반수가 구강상태가 건강하지 못하다고 인식하고 있었다. Slade¹⁵⁾가 개발한 구강건강영향지수(Oral Health Impact Profile, OHIP-14)는 구강건강과 관련된 삶의 질을 측정하는 대표적인 도구로 여러 나라에서 널리 이용되고 있고, 신뢰도와 타당도가 증명되었다¹⁶⁾. Acharya 등¹⁷⁾은 구강문제가 있는 임신부에서 OHIP 점수가 높게 나타나 구강건강과 관련된 삶의 질이 낮은 것으로 보고하였고, OHIP가 높을수록 우울과 삶의 질이 낮아진다고 주장하고 있다¹⁸⁾. 하지만 임신부를 대상으로 구강건강 관련 삶의 질에 관한 연구는 미흡한 실정하기에 임신부의 OHIP를 확인하는 것은 의미 있는 일이다.

지금까지 국내에서 보고된 임신부의 우울수준에 관한 연구는 임신과 사회심리적 요인에 관한 연구^{7,19,20)}가 대부분이며, 임신부의 구강에 관한 연구는 구강실태에 관한 연구^{13,21,22)}가 대부분으로 임신부의 OHIP를 이용하여 우울수준을 평가한 연구는 대단히 미흡한 실정이다.

따라서 본 연구는 임신부의 인구사회학적 특성, 사회적

지지, 수면의 질 및 OHIP를 이용하여 우울수준을 알아보고, 사회적 지지, 수면의 질 및 OHIP가 우울수준과 어떠한 관련성이 있는지 탐색함으로써 올바른 정신건강을 갖추어 삶의 질을 증진시키고자 하였다. 향후 임신부의 우울을 예방하고 낮추기 위한 효과적인 프로그램 개발에 기초자료를 제공할 것으로 기대한다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상 및 방법

본 연구는 2016년 5월부터 9월까지 무작위로 추출한 경상북도의 3개 산부인과병원에서 외래 진료를 받는 분만 전까지의 임신부에서 연구 참여에 동의한 자를 편의표본 추출하였다. 총 214부 중에서 불완전하게 응답한 23부를 제외한 191부를 최종 자료 분석에 이용하였다. 본 연구는 대전보건대학교 생명윤리위원회(104149-20160509-HR-009)로 승인을 받은 후 진행하였다. 각 병원의 간호부장에게 연구의 취지를 설명하고 동의를 구한 후 임상적 안정상태라고 산부인과 전문의가 평가한 대상자에게 본 연구의 목적과 연구윤리에 대해 설명 후 동의한 임신부를 대상으로 자기기입식 설문지를 사용하여 설문조사를 실시하였다. 모든 대상자는 자료의 익명성, 제공정보는 연구목적만으로 사용하고, 자발적 참여 등에 대한 설명을 듣고 동의서에 서면동의를 하였다.

2. 연구도구

1) 사회적 지지

사회적 지지의 평가는 Cutrona와 Russell²³⁾의 사회적 제공 척도(social provision scale, SPS)를 사용하였다. SPS는 총 24개 항목으로 구성되어 있으며, 각 항목마다 4점 척도를 이용하여 긍정적인 문항에는 매우 그렇지 않다 1점, 그렇지 않다 2점, 그렇다 3점, 매우 그렇다 4점의 점수를 주었고, 부정적인 문항은 역채점하여 총 득점 합계 96점을 만점으로 하고 있으며, 득점이 높을수록 사회적 지지가 높다는 것을 나타낸다. 사회적 지지의 중앙값 48.0을 기준으로 48.0점 이하의 사회적 지지가 낮은 집단, 49.0점 이상은 사회적 지지가 높은 집단으로 구분하였다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 0.74였다.

2) 수면의 질

수면의 질에 대한 평가는 Buysse 등²⁴⁾이 개발한 수면의 질 지수(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)를 Kim²⁵⁾이 번안하여 만든 한국판 PSQI를 사용하였다. PSQI의 항목은

주관적 수면의 질, 수면잠재기, 수면기간, 습관적인 수면의 효율성, 수면기간, 습관적인 수면의 효율성, 수면방해, 수면제의 사용, 낮 동안의 기능장애로 총 7영역으로 분류되었다. 각 문항은 0~3의 점수를 가지며, 각 문항의 점수를 합산하고 그것을 다시 지수화하여 총 득점 합계(0~21점)를 수면의 질 지수로 하였다. 평가는 총 득점 합계점수가 높을수록 수면의 질이 좋지 않은 것으로 한다. 본 연구에서는 Buysse 등²⁴⁾이 제시한 5점을 기준으로 5점 미만을 수면의 질이 좋은 군, 5점 이상을 수면의 질이 좋지 않은 군으로 구분하였다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 0.68이었다.

3) 구강건강영향지수

1994년 Slade와 Spencer²⁶⁾에 의해 개발된 OHIP-49에서 많은 문항수와 신뢰도에 문제가 있어 문제점을 보완하여 Slade¹⁵⁾에 의해 개발된 단축형 구강건강영향지수 OHIP-14를 사용하였다. OHIP-14는 총 14개 항목으로 기능적 한계 2문항, 신체적 불편 2문항, 정신적 불안 2문항, 신체적 장애 2문항, 정신적 장애 2문항, 사회적 장애 2문항, 헨디캡 2문항으로 구성되어 있으며, 각 항목마다 5점 척도를 이용하여 구강건강에 대한 문제를 경험한 내용으로 전혀 없다 1점, 거의 없다 2점, 가끔 있다 3점, 자주 있다 4점, 매우 자주 있다 5점의 점수를 부여하여, 총 득점 합계(14~70점) 점수가 높을

수록 구강건강수준에 미치는 영향력이 크다는 것을 의미한다. 본 연구에서 OHIP 점수는 4분위수(quartile)를 이용하여 첫 번째의 가장 낮은 집단(Q1)을 OHIP가 낮은 군으로, 나머지 세 집단(Q2, Q3, Q4)을 OHIP가 높은 군으로 구분하여 분석에 사용하였다. 본 연구에서는 Cronbach's α 값은 0.72였다.

4) 우울

우울수준의 측정은 Zung²⁷⁾의 자기평가식 우울척도(Zung self-rating depression scale)를 이용하였다. 총 20개 항목으로 구성되어 있으며, 각 항목마다 4점 척도를 이용하여 긍정적인 문항에는 항상 그렇다 0점, 자주 그렇다 1점, 가끔 그렇다 2점, 그렇지 않다는 3점으로 점수를 주고, 부정적인 문항은 역채점하여 총 득점 합계 60점을 만점으로 하고 있으며, 21점 이상이면 우울상태로 판정하고 있다. 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 0.81이었다.

3. 통계분석

연구 자료는 PASW Statistics ver. 18.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA) 프로그램을 사용하여 통계처리하였으며 조사대상자의 각 독립변수에 따른 우울수준의 분포는 chi-square test로 검정하였고, 우울수준의 관련성을 파악하기 위해

Table 1. Distribution of Depression Scores by Socio-Demographic Characteristics

Variable	n	Depression		χ^2	p-value
		Normal	Depression		
Age (y)				3.502	0.320
≤29	39	10 (25.6)	29 (74.4)		
30~34	67	12 (17.9)	55 (82.1)		
35~39	62	18 (29.0)	44 (71.0)		
≥40	23	8 (34.8)	15 (65.2)		
Marital satisfaction				8.065	0.005
Satisfaction	114	37 (32.5)	77 (67.5)		
Dissatisfaction	77	11 (14.3)	66 (85.7)		
Education level				3.675	0.062
≤High school	17	1 (5.9)	16 (94.1)		
≥College	174	47 (27.0)	127 (73.0)		
Occupation status				4.848	0.028
Employed	122	37 (30.3)	85 (69.7)		
Unemployed	69	11 (15.9)	58 (84.1)		
Body mass index (kg/m ²)				4.372	0.224
<18.5	3	1 (33.3)	2 (66.7)		
18.5~22.9	108	33 (30.6)	75 (69.4)		
23.0~24.9	48	9 (18.8)	39 (81.2)		
≥25.0	32	5 (15.6)	27 (84.4)		
Total	191	48 (25.1)	143 (74.9)		

Values are presented as n only or n (%).

Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 또한 우울 수준에 미치는 위험비를 산출하기 위해 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 이용하여 교차비(odds ratio)와 95% 신뢰구간(95% confidence interval)을 구하여 실시하였으며 각 독립변수들의 우울수준에 영향을 미치는 영향력을 파악하기 위해 다중회귀분석(multiple regression)을 실시하였다. 모든 통계량의 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

1. 인구사회학적 특성에 따른 우울수준

전체 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 우울수준의 분

포는 건강군이 25.1%, 우울군이 74.9%로 나타났다.

인구사회학적 특성에 따른 우울수준은 결혼생활만족이 불만족하는 군에서($p=0.005$), 직업유무별로는 직업이 없는 군에서($p=0.028$) 우울군의 비율이 유의하게 높았다(Table 1).

2. 임신관련 특성에 따른 우울수준

임신관련 특성에 따른 우울수준은 분만경험별로는 분만 경험이 없는 군에서($p=0.047$) 우울군의 비율이 유의하게 높았다(Table 2).

Table 2. Distribution of Depression Scores by Pregnancy-Related Characteristics

Variable	n	Depression		χ^2	p-value
		Normal	Depression		
Number of baby				0.769	0.380
≤ 1	98	22 (22.4)	76 (77.6)		
≥ 2	93	26 (28.0)	67 (72.0)		
Delivery experience				3.524	0.047
Yes	101	31 (30.7)	70 (69.3)		
No	90	17 (18.9)	73 (81.1)		
Abortion experience				0.110	0.741
Yes	29	8 (27.6)	21 (72.4)		
No	162	40 (24.7)	122 (75.3)		
Gingival bleeding				3.528	0.060
Yes	98	19 (19.4)	79 (80.6)		
No	93	29 (31.2)	64 (68.8)		
Perceived health status in pregnancy				3.259	0.071
Healthy	56	19 (33.9)	37 (66.1)		
Unhealthy	135	29 (21.5)	106 (78.5)		
Total	191	48 (25.1)	143 (74.9)		

Values are presented as n only or n (%).

Table 3. Distribution of Depression Scores by Social Support Sleep Quality, Oral Health Impact Profile

Variable	n	Depression		χ^2	p-value
		Normal	Depression		
Social support				6.076	0.014
Low	59	8 (13.6)	51 (86.4)		
High	132	40 (30.3)	92 (69.7)		
Sleep quality				7.349	0.007
Good	99	33 (33.3)	66 (66.7)		
Bad	92	15 (16.3)	77 (83.7)		
Oral health impact profile				8.836	0.003
Low	52	21 (40.4)	31 (59.6)		
High	139	27 (19.4)	112 (80.6)		
Total	191	48 (25.1)	143 (74.9)		

Values are presented as n only or n (%).

3. 사회적 지지, 수면의 질 및 구강건강영향지수에 따른 우울수준

사회적 지지가 낮은 군에서(p=0.014), 수면의 질이 좋지 않은 군에서(p=0.007), 구강건강 영향지수가 높은 군에서(p=0.003) 우울군의 비율이 유의하게 높았다(Table 3).

4. 우울수준에 대한 인구사회학적 특성, 임신관련 특성, 사회적 지지, 수면의 질 및 구강건강영향지수와와의 관련성

Table 4. ORs and 95% CIs for Depression and Socio-Demographic Characteristics, Pregnancy Related Characteristics, Social Support, Sleep Quality, OHIP

Variable		OR (95% CI)
Marital satisfaction	Satisfaction	1.000
	Dissatisfaction	2.223 (0.979 ~ 5.051)
Occupation status	Yes	1.000
	No	2.148 (0.938 ~ 4.920)
Delivery experience	Yes	1.000
	No	2.291 (1.098 ~ 4.779)
Social support	Low	1.000
	High	0.942 (0.899 ~ 0.989)
Sleep quality	Good	1.000
	Bad	1.085 (0.964 ~ 1.220)
OHIP	Low	1.000
	High	1.036 (0.986 ~ 1.088)

OR: odds ratio, 95% CI: 95% confidence interval, OHIP: Oral Health Impact Profile.

Table 5. Correlation between Depression and Related Factor

Variable	Social support	Sleep quality	Oral Health Impact Profile	Depression
Social support	1.000			
Sleep quality	-0.107	1.000		
Oral health impact profile	-0.364**	0.252**	1.000	
Depression	-0.272**	0.217**	0.322**	1.000

**p < 0.01.

Table 6. Multiple Regression Analysis for Depression

Variable	B	SE	β	t	p-value	R ²
Depression						
Marital satisfaction	-2.767	1.074	-0.179	-2.576	0.011	0.223
Occupation status	-0.693	1.065	-0.044	-0.651	0.516	
Delivery experience	-3.270	0.997	-0.215	-3.280	0.001	
Social support	-0.140	0.062	-0.163	-2.257	0.025	
Sleep quality	0.289	0.159	0.123	1.818	0.071	
Oral health impact profile	0.148	0.063	0.172	2.329	0.021	
(Constant)	28.827	5.635		4.761	<0.001	

질 및 OHIP와의 관련성을 파악하기 위해 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

분만경험이 있는 군에 비해 없는 군에서, 사회적 지지가 높은 군에 비해 낮은 군에서 우울수준이 높은 군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다(Table 4).

5. 우울수준과의 상관관계

사회적 지지, 수면의 질, OHIP 및 우울수준 간의 상관관계를 보면, 우울수준은 수면의 질(r=0.217, p<0.01)과 OHIP(r=0.322, p<0.01)와는 유의한 양의 상관관계를 보인 반면, 사회적 지지(r=-0.272, p<0.01)와는 유의한 음의 상관관계를 보였다(Table 5).

6. 우울수준에 영향을 미치는 요인

우울수준에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 인구 사회학적 특성, 임신관련 특성, 사회적 지지, 수면의 질, OHIP를 독립변수로 우울수준을 종속변수로 하여 다중회귀 분석을 실시하였다. 그 결과 우울수준에 영향을 미치는 요인으로는 결혼만족도, 분만유무, 사회적 지지, OHIP가 유의한 변수로 선정되었으며 이들 변수에 대한 설명력은 22.3%였다. 즉, 결혼생활만족도가 낮은 군일수록, 분만경험이 없는 군일수록, 사회적 지지가 낮은 군일수록, OHIP가 높은 군일수록 우울수준이 유의하게 높았다(Table 6).

고 찰

일반적으로 남성보다 여성에서 우울증 발생률이 약 2배 높게 나타나며, 특히 18~44세 여성에서 높게 발생한다고 한다²⁸⁾. 여성의 우울은 출산과 관련된 부분이 많은 비중을 차지한다고 보고되고 있다²⁹⁾. 여성은 임신을 통해 태아와의 교감 등으로 행복감을 느끼는 동시에 스트레스, 우울 같은 심리적 불안감을 경험하게 된다³⁰⁾. 임신 중에 가족의 정신적 지지 부족, 경제적 궁핍상태, 불만족한 결혼생활, 이전의 정신과 병력 등의 요인이 우울발생에 영향을 주는 인자라고 보고하고 있다³¹⁾.

본 연구는 임신부의 수면의 질, 사회적 지지, OHIP가 우울수준에 미치는 영향을 규명하고자 시도하였다.

임신부의 우울수준 분포는 정상군 25.1%, 우울군 74.9%로 나타나 미국 임신부를 대상으로 한 연구³²⁾의 41.2%로 보다 다소 높은 경향이 있었다. 이러한 결과는 모집단의 표본 추출과도 관련이 있을 것이며, 조사 시기 및 문화권에 대한 이해가 상이하게 나타난 것으로 생각된다.

인구사회학적 특성은 결혼생활에 불만족하는 군과, 직업이 없는 군에서 우울수준이 유의하게 높았다. 이는 Park³³⁾의 연구에서 결혼생활이 만족스럽지 못할 때 우울을 느끼는 경향이 높게 나타나 본 연구와 유사한 경향을 보였다. 배우자와의 친밀한 관계는 일회성이 아닌 지속적인 원활한 소통으로 긍정적 감정이 형성되어 정신건강에 좋은 영향을 미쳐 우울을 낮출 것으로 생각된다. Lee와 Park¹⁹⁾의 연구에서 직업이 없는 군에서 우울이 높게 나타나 본 연구와 비슷한 경향을 보였으며, 직장생활을 통해 자아실현 및 성취감을 얻음으로써 생활의 활력이 증진되어 우울증상이 감소할 것으로 생각된다.

임신관련 특성은 분만경험이 없다는 군에서 우울수준이 유의하게 높았다. 이는 Kim과 Hur²⁰⁾의 연구와 일치하는 양상을 보였으며, 초산모는 경험해 보지 못한 출산이라는 두려움 등의 심적 갈등 때문에 경산모보다 불안한 정서를 가짐을 알 수 있었다. 따라서 임신 중 우울을 예방하기 위해서는 출산의 두려움을 극복하고 행복감을 느낄 수 있도록 마음의 안정을 찾을 수 있는 프로그램 등이 제공되어야 할 것으로 생각된다.

사회적 지지는 사회적 지지가 낮은 군에서 우울수준이 유의하게 높았다. 이는 Kim과 Ryu⁷⁾의 연구와 비슷한 경향을 보였으며, Lee와 Kweon⁸⁾의 연구에서도 배우자와의 의사소통이 잘 될수록 우울수준이 낮게 나타났다. 임신은 신체적, 심리적 및 호르몬의 변화로 인해³⁴⁾ 주위사람들의 배려가 이루어지지 않은 사소한 행동에도 쉽게 짜증을 내며 불안한

정서를 가질 것으로 생각된다. 또한 가족의 지지는 개인의 심리적 적응도를 도와 우울수준을 낮추는 변수로 나타나고 있다⁸⁾. 따라서 가족과의 관계, 사회적 지지 등 주위의 따뜻한 이해와 접근이 적극적으로 이루어질 필요가 있다.

수면의 질은 수면의 질이 좋지 않은 군에서 우울수준이 유의하게 높았다. 이는 Kim과 Hur²⁰⁾의 연구와 비슷한 경향을 보였으며, 수면장애가 있는 임신부의 경우 우울수준이 높아지는 것으로 나타났다. 따라서 임신부의 산전관리 교육 프로그램을 계획함에 있어 수면과 우울에 대한 관리전략을 수립하는 것이 필수적이라고 생각된다.

OHIP별로는 OHIP가 높은 군에서 우울수준이 유의하게 높았다. 이는 노인을 대상으로 연구한 Lee와 Kim¹⁸⁾의 연구와 일치하는 결과를 보였다. 이 같은 양상은 기존의 선행연구가 없어 비교하기 어려우나 임신부의 OHIP는 우울수준에 영향을 주는 요인임을 알 수 있었다. 또한 기능적 한계, 신체적 불편, 정신적 불안, 신체적 장애, 정신적 장애, 사회적 장애, 핸디캡 등의 7개 하위요인별 및 어떤 하위요인이 우울수준에 더 영향을 주고 있는지에 관한 후속 연구가 필요할 것으로 본다. 따라서 OHIP가 좋지 않은 임신부에게는 구강건강관리를 비롯한 구강보건교육을 실시할 수 있는 방안을 마련하여 예방적 차원에서 지속적 관리해야 하며, 또한 정기적으로 임신부의 우울수준을 평가하여 그에 맞는 대처방안을 마련해줌으로써 우울을 낮출 수 있을 것으로 생각된다.

인구사회학적 특성, 임신관련 특성, 사회적 지지, 수면의 질 및 OHIP와의 관련성이 있는가를 파악하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 분만경험이 없는 군에서, 사회적 지지가 낮은 군에서 우울수준이 높은 군에 속할 위험비가 유의하게 증가하였다. 분만경험, 사회적 지지는 우울수준에 영향을 주는 요인임을 알 수 있었다. 따라서 임신부의 심리적 안정감을 줄 수 있는 사회적 지지체계가 필요할 것으로 보이며, 추후 연구에서는 이와 같은 요인들의 특성을 반영한 연구가 수행되어야 할 것으로 생각된다.

조사대상자의 사회적 지지, 수면의 질, OHIP 및 우울수준 간의 상관관계를 보면, 수면의 질 및 OHIP와 우울수준은 유의한 양의 상관관계를 보인 반면, 사회적 지지와 우울수준은 유의한 음의 상관관계를 보였다. 즉, 사회적 지지가 낮을수록, 수면의 질이 좋지 않을수록, OHIP가 높을수록 우울수준이 높아지는 것을 알 수 있다.

이러한 결과는 Kim과 Ryu⁷⁾의 연구에서 사회적 지지가 높을수록, Lee 등³⁵⁾의 연구에서 가족의 지지가 높을수록 우울수준이 낮았고, Kim과 Hur²⁰⁾의 연구에서 수면의 질이 높을수록 우울수준이 낮았으며, Lee와 Kim¹⁸⁾의 연구에서

OHIP가 높을수록 우울수준이 높은 것을 볼 수 있어 본 연구 결과와 같은 경향임을 보여주고 있다. 2005년부터 정신보건센터에서 국가차원에서 우울과 자살을 관리하고 있는데 임신부의 경우는 본인이 호소하지 않으면 관리 대상에서 제외되고 있다. 따라서 우울을 경험하는 임신부의 실태조사가 이루어져야 하며, 더불어 정신적으로 편안할 수 있도록 다양한 사회심리적 측면의 변인이 포함된 연구가 필요하리라 본다.

본 연구의 제한점은 일부 지역의 산부인과의 외래 방문한 일부 임신부를 대상으로 한 표본조사이기 때문에 일반화시키기에는 무리가 있다고 생각된다. 또한 본 연구는 단면연구로 우울수준에 영향을 미치는 제 변수들과의 관련성은 파악할 수 있었으나 인과관계는 규명하지 못하는 제한점이 있으므로 후속 연구에서는 대상을 확대하고 다른 관련요인들을 포함시켜 세분화된 연구가 필요할 것으로 생각된다.

따라서 임신부의 우울을 감소시키기 위해서는 임신 시 행복한 정서상태를 형성하여 삶의 질이 증진될 수 있도록 향후 다양한 심리적 특성을 추가한 체계적인 연구가 필요할 것으로 본다.

요 약

연구는 2016년 5월부터 9월까지 경상북도에 소재한 산부인과에서 외래 진료를 받는 분만 전까지의 임신부에서 연구 참여에 동의한 자 191명의 자기기입식 설문지를 이용하여 분석하였다. 임신부의 인구사회학적 특성, 임신관련 특성, 사회적 지지, 수면의 질 및 OHIP와 우울수준과의 관련성을 규명하기 위해 시도되었으며, 다음과 같은 결과를 얻었다. 임신부들의 우울수준 분포는 건강군이 25.1%, 우울군이 74.9%로 나타났다. 우울수준은 결혼생활만족에 불만족하는 군일수록, 직업이 없는 군일수록, 사회적 지지가 낮은 군일수록, 수면의 질이 좋지 않은 군일수록, OHIP가 높은 군일수록 우울군의 비율이 유의하게 높았다. 로지스틱 회귀분석 결과, 분만경험이 있는 군에 비해 없는 군에서 우울수준이 높은 군에 속할 위험비가 유의하게 증가한 반면, 사회적 지지가 낮은 군에 비해 높은 군에서 우울수준이 높은 군에 속할 위험비가 유의하게 감소하였다. 우울수준은 수면의 질 및 OHIP와는 유의한 양의 상관관계를 보인 반면, 사회적 지지와는 유의한 음의 상관관계를 보였다. 다중회귀분석 결과, 결혼생활만족도가 낮은 군일수록, 분만경험이 없는 군일수록, 사회적 지지가 낮은 군일수록, OHIP가 높은 군일수록 우울수준이 높았으며, 이들의 설명력은 22.3%였다. 이상의 연구결과를 종합하여 보면 임신부의 결혼생활만족도, 분

만경험, 사회적 지지, OHIP 등이 우울과 관련이 있음을 알 수 있었다. 따라서 임신부의 우울을 감소시키기 위해서는 다양한 변수들을 충분히 고려한 입체적인 연구 모형을 구축하고 검증하여 긍정적인 사고를 형성할 수 있는 프로그램 개발 및 적용하는 방안을 모색하는 후속 연구가 계속되어야 할 것이다.

References

1. Noh HT, Kweon SH: A study on the psychiatric status of pregnant women and tumor patients. *Korean J Obstet Gynecol* 29: 59-64, 1986.
2. Mercer RT, May KA, Ferketich S, DeJoseph J: Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. *Nurs Res* 35: 339-346, 1986.
3. Kwon JH: A test of a vulnerability-stress model of prepartum depression. *J Korean Clinical Psychol* 15: 33-43, 1996.
4. Bang KS: Impact of maternal depression on their children: a literature review. *J Korean Acad Parent Child Health* 11: 15-24, 2008.
5. De Tychey C, Spitz E, Briançon S, et al.: Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *J Affect Disord* 85: 323-326, 2005.
6. Berkman LF, Syme SL: Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 109: 186-204, 1979.
7. Kim ES, Ryu SY: The relationship between depression and sociopsychological factors in pregnant women. *J Korean Soc Matern Child Health* 12: 228-241, 2008.
8. Lee ME, Kweon YR: Psycho-social factors associated with depression in pregnant women. *J Korean Acad Psych Ment Health Nurs* 20: 252-260, 2011.
9. Schweiger MS: Sleep disturbance in pregnancy: a subjective survey. *Am J Obstet Gynecol* 114: 872-882, 1972.
10. Suzuki S, Dennerstein L, Greenwood KM, Armstrong SM, Satohisa E: Sleeping patterns during pregnancy in Japanese women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 15: 19-26, 1994.
11. Zammit GK: Subjective ratings of the characteristics and sequelae of good and poor sleep in normals. *J Clin Psychol* 44: 123-130, 1988.
12. Korman KS, Loesche WJ: The subgingival microbial flora during pregnancy. *J Periodont Res* 15: 111-122, 1980.
13. Kim JS, Crichlow EC, Blakley BR, Rousseaux CG: The

- effects of thiamin on the neurophysiological alterations induced by lead. *Vet Hum Toxicol* 32: 101-105, 1990.
14. Lee SY: The influence that dental hygiene awareness and practice has before and after childbirth. Unpublished master's thesis, Dankook University, Cheonan, 2010.
 15. Slade GD: Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 25: 284-290, 1997.
 16. Bae KH, Kim HD, Jung SH, et al.: Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 35: 73-79, 2007.
 17. Acharya S, Bhat PV, Acharya S: Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hyg* 7: 102-107, 2009.
 18. Lee HS, Kim CM: Effect of Oral Health Impact Profile (OHIP) on depression and quality of life among community-dwelling Korean elderly persons. *J Korean Acad Community Health Nurs* 23: 338-346, 2012.
 19. Lee EJ, Park JS: Status of antepartum depression and its influencing factors in pregnant women. *J Korea Acad-Ind Coop Soc* 14: 3897-3906, 2013.
 20. Kim ME, Hur MH: Sleep quality, fatigue and postpartum depression of mother at six months after delivery. *Korean J Women Health Nurs* 20: 266-276, 2014.
 21. Jin BH, Huh SY, Shin MM: Study on the knowledge regarding caries prevention among pregnant women. *J Dent Hyg Sci* 2: 21-24, 2002.
 22. Kim MN, Lim DS, Kim MH, Kim AR, Kim SI, Ahn YS: Effect of health belief factor on oral health related behavior in pregnant women. *J Dent Hyg Sci* 15: 129-137, 2015.
 23. Cutrona CE, Russell DW: The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Adv Pers Relationships* 1: 37-67, 1983.
 24. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 28: 193-213, 1989.
 25. Kim GD: A study on quality of sleep and sleep disturbing factors among community dwelling elderly. *Korean J Gerontol Soc Welf* 7: 173-192, 2000.
 26. Slade GD, Spencer AJ: Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 11: 3-11, 1994.
 27. Zung WWK: A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12: 63-70, 1965.
 28. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al.: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 1427-1439, 1996.
 29. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S: Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand* 106: 426-433, 2002.
 30. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K: Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *J Affect Disord* 114: 232-242, 2009.
 31. Hanlon C, Medhin G, Alem A, et al.: Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh postnatal depression scale. *J Affect Disord* 108: 251-262, 2008.
 32. Li D, Liu L, Odouli R: Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Hum Reprod* 24: 146-153, 2009.
 33. Park KS: The relationships of marital conflicts, developmental level of object relations and depressiveness. *Korean J Stress Res* 21: 293-302, 2013.
 34. Lee KH, Lee YS, Ko MS, et al.: *Maternity & Women's health nursing I*. 2nd ed. Hyunmoonsa Publishing, Seoul, pp.274-289, 2012.
 35. Lee JW, Eo YS, Moon EH: Effects of self efficacy, body image and family support on postpartum depression in early postpartum mothers. *J Korea Acad-Ind Coop Soc* 16: 4011-4020, 2015.