



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2011년 8월
석사학위논문

임신 중 우울에 영향을 미치는 요인

조선대학교 대학원

간 호 학 과

이 명 은

임신 중 우울에 영향을 미치는 요인

Predictors on Depression in Pregnant Women

2011년 8월 25일

조선대학교 대학원

간 호 학 과

이 명 은

임신 중 우울에 영향을 미치는 요인

지도교수 권 영 란

이 논문을 간호학 석사학위 신청 논문으로 제출함.

2011년 4월

조선대학교 대학원

간 호 학 과

이 명 은

이명은의 석사학위 논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 오 현 이 인

위 원 조선대학교 교수 황 선 영 인

위 원 조선대학교 교수 권 영 란 인

2011년 5월

조선대학교 대학원

목 차

ABSTRACT	v
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	2
II. 연구 방법	3
A. 연구설계	3
B. 연구대상 및 자료수집	3
C. 연구도구	3
D. 자료분석방법	5
III. 연구결과	6
A. 일반적 특성	6
B. 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울 정도	9
C. 일반적 특성에 따른 우울정도의 차이	10
D. 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울의 상관관계	11
E. 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인	12
IV. 논의	13
V. 결론 및 제언	16
A. 결론	16
B. 제언	16

참고문헌17

부록20

표 목 차

표 1. 연구대상자의 일반적 및 임신관련 특성	7
표 2. 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울의 정도	9
표 3. 일반적 특성에 따른 우울정도의 차이	10
표 4. 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울의 상관관계	12
표 5. 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인	13

부 록 목 차

부록 1. 설문지	24
-----------------	----

ABSTRACT

Predictors on Depression in Pregnant Women

Lee, Myoung Eun

Advisor : Prof. Kweon, Young-Ran Ph. D

Department of Nursing,

Graduate School of Chosun University

Purpose: The purpose of this study was to investigate the predicting factors of depression in pregnant women in a city. **Method:** The subjects were 149 pregnant women who were using G and M woman hospital in a city. Data were collected by structured questionnaires from January 10th to May 20th 2011, and analyzed with the descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's Correlation Coefficients, and Stepwise Multiple Regression using SPSS/Win 17.0 program. **Result:** Mean of age was 31 years, and mean score of depression was 7.2. Prevalence rate of depression in pregnant women was 28.9%. The depression in pregnant women showed a negative correlation with the self-esteem($r=-.47, p<.001$) and family support($r=-.38, p<.001$), but a positive correlation with the stress($r=.419, p<.001$). 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:** Based on findings from this study, it should be considered screening of depression in pregnant women. Also, it should be applied program to prevent risk group of depression in pregnant women depending on psychosocial factors.

Key Words: Depression, Pregnancy, Woman

I. 서 론

A. 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 변화과정동안 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 가장 흔한 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 발생빈도를 보여주었다. 일반적으로 임신 및 출산과 관련된 우울 증상은 산욕기보다 임신 중에 더 발생하기 쉬우며(Gavin, et al, 2005), 산후우울증 발생률의 두 배에 해당되는 것으로 나타났다(De Tychey et al., 2005).

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(Dayan et al, 2006; O'Keane & Marsh, 2007). 나아가 장기적으로는 산모와 영아의 상호작용을 비롯한 다양한 신체적 건강에도 심각한 영향을 미치기 때문에 임신 중 우울에 대한 관심과 연구는 매우 중요하다(Cohen & Slade, 2000; Kwon, 2007). 그러나 실제로는 산후우울증에 비해 임신 중 우울에 관한 연구는 거의 이뤄지지 않고 있다(Cantwell & Cox, 2006).

정신건강의 문제를 다룰 때 중요한 것은 문제가 발생되기 이전에 예방적 활동을 하는 것이고, 또한 문제의 정도가 심각해지지 않도록 조기에 중재하는 것이다. 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. 특히 Kim과 Jung (2007)의 연구에서는 임신 중 우울에 영향을 미치는 신체 생리적 변인들만을 중점적으로 다루고 있어, 심리사회적 변인에 관한 연구가 더욱 필요한 실정이다.

이에 본 연구에서는 생리적 변인뿐만 아니라 심리사회적 변인까지 포함하여 임신 중 우울과 관련된 요인을 탐색하고자 한다. 임신 중 우울의 문제가 사회적 관심현상으로 부각되고 있는 현 시점에서 본 연구는 향후 임신 중 우울증 예방프로그램 개발의 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

B. 연구의 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 및 임신관련 특성을 파악한다.
- 대상자의 자아존중감, 가족지지, 스트레스 및 우울 정도를 파악한다.
- 대상자의 일반적 및 임신관련 특성에 따른 우울 정도의 차이를 파악한다.
- 대상자의 자아존중감, 가족지지, 스트레스 및 우울 간의 상관관계를 파악한다.
- 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구 방법

A. 연구설계

본 연구는 임신 중 우울에 영향을 미치는 예측 요인을 확인하기 위한 서술적 상관 관계연구이다.

B. 연구대상 및 자료수집

본 연구 대상자 선정 및 자료수집방법은 다음과 같다. 첫째, 2011년 1월에 G정신보건센터와 G병원 및 M병원에 연구 계획서를 제출하여 임상연구윤리위원회(IRB)를 통해 연구 승인을 받았다. 둘째, 동일기관의 병원장 및 간호과장의 협조를 통해 외래진료 중인 임부를 연구대상자로 선정하였다. 셋째, 2011년 1월 10일부터 5월 20일까지 연구자가 병원을 직접 방문하여 대상자에게 연구 대상자의 권리와 비밀보장 및 연구목적에 대해 설명을 한 후 자발적으로 연구 참여에 동의한 자에게 서면동의를 받은 후 설문조사를 실시하였다.

표본수를 결정하기 위하여 G*Power 3.0.10 프로그램을 이용하여, 회귀분석에 필요한 중간 효과크기 .15, 유의수준 α 를 .05, 검정력($1-\beta$)을 .85, 예측변수 7개로 계산하였을 경우 최소 115명이 요구되었다. 본 연구에서는 탈락율을 고려하여 159명을 선정하였다. 자료 분석 시에는 응답이 불성실하여 신뢰성이 의심되는 설문지 10부를 제외한 149부를 최종 분석 자료로 활용하였다.

C. 연구도구

본 연구의 도구는 일반적 특성 및 임신관련 특성 14문항, Edinburgh 우울증 척도 10문항, 자아존중감척도 10문항, 가족지지에 대한 척도 9문항, 그리고 스트레스척도 26문항을 포함하여 총 69문항으로 구성되었다.

1. 일반적 및 임신관련 특성

대상자의 일반적 및 임신관련 특성으로는 연령, 결혼상태, 임신개월수, 계획된 임신 여부, 임신방법, 학력, 직업, 종교, 가족구조, 가계월수입 등을 조사하였고, 배우자와 의사소통이 잘되는지 및 전반적인 건강상태에 대한 설문을 포함하였다.

2. 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 증상을 평가하도록 개발된 도구를 Kim 등(2004)이 한국의 실정에 맞도록 번안하여 타당성을 확보한 도구를 사용하였다. EPDS는 도구 개발 시 산후우울증에 대한 선별검사를 목적으로 사용되었으나, 이후 임신 전 기간 동안 사용할 수 있는 도구로 타당성을 확보하였다(Murray, Cox, & Chapman, 1993). 이 도구는 총 10 문항 4점 척도이며, 총점은 0점에서 30점으로 점수가 높을수록 우울이 심각함을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Cox 등(1987)의 연구에서 Cronbach's α 값은 .92였으며, Kim 등(2004)의 연구에서 Cronbach's α 값은 .85였고 본 연구에서의 Cronbach's α 값은 .85로 나타났다.

3. 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 척도(Rosenberg's Self-Esteem Scale)를 Jeon (1974)이 한국판으로 번안하여 타당화를 거친 척도를 사용하였다. 이 도구는 총 10 문항 5점 척도이며, 총점은 10점에서 50점으로 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Jeon (1995)의 연구에서는 Chronbach's α 값은 .87이었으며, 본 연구에서의 Chronbach's α 값은 .81로 나타났다.

4. 가족지지

가족지지란 가족구성원으로 구성되는 가족체계가 가족구성간의 상호작용을 통하여 서로 돌보아 주고 사랑하고 존중하며 가치감을 갖도록 해주는 사랑을 의미한다(Hamburg, 1967). 본 연구에서는 Jo (1998)가 임산부를 대상으로 타당도를 확보한 가족지지 측정 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 9문항 4점 척도이며, 총점은 9점에서 36점으로 점수가 높을수록 가족지지 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 Jo (1998)의 연구에서 Chronbach's α 값은 .94였고 본 연구에서의 Chronbach's α 값은 .93로 나타났다.

5. 스트레스

스트레스란 생리적, 심리적, 사회적 체계에서 부과되는 환경적 자극과 개인의 내적 요구를 자신이 자각하는 상태로서 개인의 적응능력을 넘어설 때 경험하는 현상을 말한다(Lazarus & Folkman, 1984). 본 연구에서는 Ahn (1985)이 임산부에게 맞도록 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 Chronbach's α 값은 .82이었으며, 본 연구에서의 Chronbach's α 값은 .94로 나타났다.

D. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 17.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 일반적 및 임신관련 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울 정도를 확인하기 위하여 평균과 표준편차로 분석하였다. 일반적 및 임신관련 특성에 따른 우울 정도의 차이는 t-test와 ANOVA로, 각 변수 간의 관계는 Pearson Correlation Coefficients로 분석하였다. 또한 임신 중 우울에 영향을 미치는 독립변수를 파악하기 위해 단계적 다중회귀분석(Stepwise Multiple Regression)을 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

A. 일반적 특성

연구대상자의 일반적 및 임신관련 특성은 Table 1과 같다. 연령, 결혼상태, 임신개월수, 계획된 임신여부, 임신방법, 학력, 직업, 종교, 가족구조, 가계월수입, 그리고 배우자와 의사소통정도와 전반적인 건강상태 및 임신 시 건강상태 등을 조사하였다.

구체적으로 일반적 특성을 살펴보면, 연령은 '30세미만' 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 '초대졸이상' 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 '200만원 미만' 22.8%(n=34), '200만원~400만원' 51.0%(n=76), '400만원 이상' 26.2%(n=39)로 나타났다. 배우자와 의사소통은 '보통' 67.1%(n=100), '잘됨' 25.5%(n=38), '잘안됨' 7.4%(n=11) 순이었다.

임신관련 특성을 살펴보면, 임신개월 수는 '임신 1기'가 11.4%(n=17), '임신 2기'가 44.3%(n=66), '임신 3기'가 44.3%(n=66)으로 나타났으며, 계획된 임신 유무에서는 '유'가 71.8%(n=107), '무'가 28.2%(n=42)였으며, 임신방법에서는 '자연임신'이 97.3%(n=145), '체외수정'이 2.7%(n=4)로 나타났으며, 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. 임신 중 우울 수준은 Kim, Yang과 Kim (2009)이 제안한 10점을 기준으로 하여 구분하였다. 본 연구결과 10점 미만의 '우울하지 않은 집단'이 71.1%(n=106), 10점 이상의 '우울한 집단'은 28.9%(n=43)로 나타났다.

Table 1. General and Pregnancy Related Characteristics

(N=149)

Variables	Categories	N (%)
Age	< 30 yrs.	65(43.7)
	30 ~ 34 yrs.	58(38.9)
	≥ 35 yrs.	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)
	Buddism	15(10.1)
Family type	Nuclear	134(89.9)
	Extended	15(10.1)
Monthly income	≤200 ten thousand won	34(22.8)
	200 - 400 ten thousand won	76(51.0)
	> 400 ten thousand won	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)

B. 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울 정도

연구 대상자의 자아존중감, 가족지지, 스트레스 및 우울의 정도는 Table 2와 같다. 자아존중감의 평균은 28.6점(SD=3.48), 가족지지는 28.7점(SD=4.58), 스트레스는 68.3점(SD=14.69)으로 나타났으며, 우울은 7.2점(SD=4.81)으로 나타났다.

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

Variables	Mean	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

C. 일반적 특성에 따른 우울정도의 차이

연구 대상자의 일반적 특성에 따른 우울정도는 Table 3과 같다. 일반적 특성 중 우울정도는 배우자와 의사소통($t=15.82, p<.001$), 전반적인 건강상태($t=17.45, p<.001$), 임신 중 건강상태 ($t=15.70, p<.001$)에서 유의한 차이를 보였다. 즉 배우자와 의사소통이 잘될수록 전반적인 건강상태가 좋을수록 임신 중 건강상태가 좋을수록 우울정도가 더 낮게 나타났다.

Table 3. Difference of Depression by General and Pregnancy Related Characteristics (N=149)

Variables	Categories	n	Mean	SD	t/F	p	Scheffe
Age	< 30 yrs.	65	6.7	4.36	2.68	.072	
	30 ~ 34 yrs.	58	6.9	4.47			
	≥ 35 yrs.	26	9.2	6.16			
Married state	Marriage	147	7.2	4.81	.363	.777	
	Single	2	9.0	7.07			
Education state	≤High school	48	7.3	4.67	.085	.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			
	Buddism	15	8.6	4.52			
Family type	Nuclear	134	7.3	4.92	1.02	.310	
	Extended	15	6.0	3.57			
Monthly income	≤200 ten thousand won	34	9.6 ^a	5.37	5.93	.003	a>b, a>c
	200-400 ten thousand won	76	6.5 ^b	4.06			
	> 400 ten thousand won	39	6.4 ^c	5.08			
Communication with spouse	Bad	11	12.5 ^a	4.87	15.82	<.001	a>b>c
	Moderate	100	7.6 ^b	4.58			
	Good	38	4.5 ^c	3.67			

Table 3. Difference of Depression by General and Pregnancy Related Characteristics (N=149)

Variables	Categories	n	Mean	SD	t/F	p	Scheffe
Gestational age	≤14 wks	17	6.4	4.60	.93	.398	
	15 - 28 wks	66	7.8	5.01			
	≥ 29 wks	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	.33	.720	
	2	56	7.2	5.03			
	≥3	20	8.00	4.57			
Perceived health status	Bad	17	10.9 ^a	4.33	17.45	<.001	a>c, b>c
	Moderate	50	9.0 ^b	5.22			
	Good	82	5.4 ^c	3.74			
Perceived health status in pregnancy	Bad.	12	9.3 ^a	3.60	15.70	<.001	a>c, b>c
	Moderate	61	9.3 ^b	5.10			
	Good	76	5.2 ^c	3.87			

D. 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울의 상관관계

연구 대상자의 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울과의 관련성을 보기 위해 상관분석을 한 결과는 Table 4와 같다. 대상자의 자아존중감($r=-.47, p<.001$)과 가족지지($r=-.38, p<.001$)는 우울과 통계적으로 유의한 역 상관관계를 보였으며, 스트레스와 우울은 유의한 순상관관계로 나타났다($r=.42, p<.001$).

Table 4. Correlation with Self-esteem, Family Support, Stress, and Depression. (N=149)

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

E. 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인

임신 중 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 일반적 특성에서 유의한 차이를 보인 배우자와 의사소통, 전반적인 건강상태, 임신 시 건강상태를 투입하여 단계적 다중 회귀분석을 실시하였다. 회귀모형 진단은 다중공선성, 잔차, 특이값을 진단한 결과 임신 중 우울에 영향을 미치는 각 변수들 간의 상관계수는 $-0.37 \sim 0.52$ 로 0.80 이상인 변수가 없어서 독립적임이 확인되었다. 또한 오차항에 대한 기본 가정을 검증한 결과 Durbin-Watson 통계량이 2.00 으로 자기상관이 없었고, 다중공선성의 문제는 공차한계 (tolerance)는 $0.69 \sim 0.95$ 로 0.1 이상으로 나타났으며, 분산팽창인자(VIF)도 $1.05 \sim 1.45$ 로 10 보다 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($\beta = -0.24, p = 0.001$), 스트레스($\beta = 0.20, p = 0.006$), 자아존중감($\beta = -0.20, p = 0.010$), 의사소통($\beta = -0.19, p = 0.009$), 계획된 임신($\beta = -0.18, p = 0.008$)이 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인으로 확인되었으며, 이들 변수들은 임신 중 우울을 39.0% ($F = 19.94, p < 0.001$) 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).

Table 5. Predicting Factors on Depression in pregnant women (N=149)

	B	β	t	p
(Constant)	19.56		5.04	<.001
Perceived health status [†]	-1.66	-.24	-3.38	.001
Stress	.07	.20	2.79	.006
Self-esteem	-.27	-.20	-2.63	.010
Communication with spouse [†]	-1.67	-.19	-2.64	.009
Planned pregnancy [†]	-1.89	-.18	-2.68	.008
Adj. R ² = .39; F = 19.94; p < .001				

[†] Dummy variables

IV. 논의

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 간호 중재 개발의 기초자료를 제공하고자한다. 본 연구결과에 따른 주요 논의로는 다음과 같다.

첫째, 임신 중 우울 실태를 살펴보면 Kim 등(2009)이 제안한 10점을 기준으로 하여 구분하여, 본 연구결과 28.9%가 우울한 것으로 파악되었다. 또한 우울의 평균 점수는 7.2점으로 나타났다. 이는 EPDS도구를 사용하여 임신 중 우울점수를 측정한 결과, 평균 점수는 7.3점이었으며 우울 빈도는 26.3%였다는 Choi 등(2009)의 연구결과와 일치하는 부분이다. 그러나 Vollebergh, Iedema, Bijl, de Graaf, Smit와 Ormel (2001)의 연구에서는 10.0~15.0%의 임신한 여성들이 우울을 경험한다고 하였으며, Kitamura 등(2006)의 연구에서는 연구대상자의 20.0%정도가 임신 중 우울증상을 보고하였다. 그러나 일반적으로 미국이나 유럽 국가들에서 EPDS를 이용한 기존의 연구들에서 10.0~20.0%의 발생빈도(Bowen & Muhajarine, 2006; Leigh & Milgrom, 2008)를 볼 때 그 빈도가 상대적으로 높게 나타난 것을 알 수 있다. 이에 대해 McKee 등 (2001)은 임신 중 우울에 대한 빈도의 차이는 민족의 특성이나 사회적 지지정도에 따라 11.0%~50.0%까지 다양하게 나타날 수 있음을 보고한 바 있다. 특히 같은 국가 내에서도 인종에 따라 그 발생빈도가 다르게 나타난다는 보고(Canady, Bullen, Holzman, Broman, & Tian, 2008)를 감안하면 사회문화적 배경에 따라 임신 중 우울 빈도는 다양하게 나타날 수 있음을 알 수 있다. 특히 남아선호사상이나 남성중심적 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 확인해보아야 할 중요한 문제로 사료된다.

둘째, 연구 대상자의 자아존중감, 가족지지, 스트레스와 우울과의 상관관계를 살펴본 결과, 자아존중감과 가족지지는 우울과 통계적으로 유의한 역 상관관계를 보였으며, 스트레스와 우울은 유의한 상관관계로 나타났다. 또한 연구 대상자의 일반적 특성에 따

른 우울 정도의 차이를 확인한 결과 배우자와 의사소통이 어려울수록, 전반적인 건강 상태가 나쁠수록, 그리고 임신 중 건강상태가 좋지 않을수록 우울정도는 높게 나타났다. 따라서 연구 대상자의 우울에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단변량에서 차이가 있는 것으로 나타난 변수들을 투입하여 다중회귀분석을 실시한 결과 전반적 건강 상태, 스트레스, 자아존중감, 배우자와의 의사소통, 계획된 임신이 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인으로 확인되었으며, 이들 변수들은 임신 중 우울을 39.0%를 설명하는 것으로 나타났다. Choi 등(2009)의 연구에서도 임신 중 건강상태는 우울에 유의한 수준으로 차이를 보이지 않았지만 임신 이전의 건강상태가 좋은 경우와 그렇지 못한 경우에 따라 임신 중 우울에 차이가 있는 것으로 나타나 본 연구결과를 지지한다. 또한 Mohammad 등(2010)의 연구에서는 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. 또한 임신은 여성들에게 다양한 종류의 신체적 불편감을 제공하고 이를 통해 더욱 더 임신과 관련된 우울을 경험하는 것이 특징적이다(Salamero, Marcos, Guriérrez, & Rebull, 1994). 따라서 임신 중 우울을 예방하기 위해 임부를 관리하는 간호사들은 전반적인 건강상태에 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 Brummelte과 Galea (2010)는 동물실험을 통하여 우울한 임부들의 경우에는 스트레스와 밀접한 관련이 있는 당질코티코이드 분비가 증가함을 확인하였다. 또한 임신 중 스트레스는 사회 문화적 특성과 밀접한 연관(DaCosta, et al., 2000; Field et al, 2002)을 갖고 있는데, Lee 등(2004)과 Green 등(2006)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 & McCloud, 1996). 따라서 간호사는 임부들이 임신동안 경험할 수 있는 다양한 종류의 스트레스에 대해 파악하고 이에 적절하게 대처할 수 있도록 교육해야하며, 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 & Battas,

2005; Jennings & Amy, 2004). 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 의사소통이 확인되었다. Pajuloo, Savonlahtia, Sourandera, Heleniusb와 Pihaa (2001)의 연구에서도 임신 중의 우울과 남편이나 친정어머니의 지지정도와 역상관관계를 갖고 있음을 보고하였으며, 특히 남편과의 의사소통은 가족지지의 근간이 되기 때문에 매우 중요하다고 주장하였다. Raymond (2009)는 임신 중 가족의 지지, 특히 남편의 지지가 부족한 경우 극심한 정서적 혼란과 우울을 경험하기 때문에 이를 도울 수 있는 사회적 지지체계가 필요함을 주장하였다. 따라서 임신동안 남편을 가족교육프로그램에 포함시켜 의사소통 방법이나 가족지지의 중요성에 대해 교육하여야 한다.

본 연구에서는 계획된 임신 유무가 임신 중 우울에 영향을 미치는 다섯 번째 독립 변수로 확인되었다. 이는 Choi 등(2009)의 연구에서 계획된 임신의 경우에 계획하지 않은 경우에 비해 통계적으로 유의한 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 계획되지 않은 임신으로 인한 우울을 경험하지 않도록 예방적 차원의 교육이 필요할 것으로 사료된다.

지난 2005년부터 우울과 자살 예방을 위해 국가적 차원에서 각 정신보건센터를 통하여 관리되어 지고 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 않을뿐더러 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 확인하였다는데 의의가 있다.

V. 결론 및 제언

A. 결론

본 연구는 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인을 예측하는 서술적 조사연구이다. 연구 대상자는 G병원 및 M병원에서 진료받는 149명이었으며, 자료수집은 구조화된 설문지를 통해 조사자 및 교육을 받은 보조자가 직접 설명해주고 작성하는 방법으로 실시하였다. 수집한 자료는 기술통계, t-test, ANOVA, Pearson 상관관계분석 그리고 다중회귀분석을 사용하여 분석하였다.

본 연구결과 임신 중 우울에 영향을 미치는 요인으로 전반적인 건강상태, 스트레스, 자아존중감, 남편과의 의사소통, 그리고 계획된 임신으로 나타났다.

따라서 임신 중 우울을 예방하기 위해서 임부들의 정기검진 시 전반적인 정신건강 상태와 관련된 선별검사를 수행하고 이에 따라 우울에 취약한 대상자 및 스트레스가 높고 자아존중감이 낮은 대상자를 위한 우울 중재 프로그램을 제공하여야 한다. 또한 배우자인 남편에게는 의사소통 향상과 가족지지를 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.

B. 제언

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 우울예방프로그램이 산후우울증에 미치는 영향에 대한 연구가 필요하다.

참고문헌

- 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.
- Alami, K.M., Kadri, N., and Berrada, S.(2006). Prevalence and psychosocial correlacor of depressed mood during pregnancy and after chilbirth in a Moroccan sample, *Archives of Women's Mental Health* 9, pp. 343 - 346.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Korea, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726-735.
- Boweon, A., & Muhajarine, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obsteric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(4), 491-498.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: Contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34, 766 - 776.
- Canady, R. B., Bullen, B. L., Holzman, C., Broman, C., & Tian, Y. (2008). Discrimination and symptoms of depression in pregnancy among African and white women. *Womens Health Issues*, 18, 292-300.
- Cantwell, R., & Cox, J. L. (2006). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 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.
- Cohen, L. J., & Slade, A.(2000). *The psychology and the psychopathology of pregnancy: reorganization and transformation*. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*, 2nd Ed. (pp. 20-36). New York: Guilford

Press.

- 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.
- 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*, 782-6.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, *59*, 31-40.
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M., Conroy, S., Herlicoviez, M., & Savoye, C. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: A prospective cohort study among woman with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, *26*(6), 938.
- De Tychev, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., et al. (2005). Pre- and postnatal depression and coping: A comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, *85*, 323-6.
- Field, T., et al. (2002). Prenatal depression effects on the foetus and neonate in different ethnic and socio-economic status groups. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *20*, 149-157.
- Field, T., et al. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety. Special Issue: Anxiety disorders in women*, *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*, 1071-83.
- Hamburg, D. A. (1967). A perspective on coping behavior. *Archives of General Psychiatry*, *17*, 277-284.
- Jennings, K. D., & Amy, A. J. (2004). Self-efficacy in 18-month-old toddlers of depressed and non-depressed mothers, *Journal of Applied Developmental*

Psychology 25, 133 - 147.

- 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 Promoting Behaviors in Postpartum Women*. Unpublished master thesis, Chonnam National University, Gwangju, Korea.
- 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.
- Kitamura, T., *et al.*, (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression, *Archives of Women's Mental Health* 9, 121 - 130.
- 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 Publishing Co.
- 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.
- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K. Leung, T. Y. S. & Chung, T. K. H. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression: prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong, *British Journal of Psychiatry* 184, 34 - 40.
- 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., *et al.*, (2001). Health related functional status in pregnancy: Relationships to depression and social support in a multiethnic population. *Obstetrics and Gynecology* 97, 988 - 993.
- Milgrom, J., & McCloud, P. I. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12(3), 177-186.
- Milgrom, J., *et al.*, (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 4 December 2010 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.
- Salamero, M., Marcos, T., Guriérrez, F., & Rebull, E. (1994). Factorial study of the BDI in pregnant women. *Psychological Medicine*, 24, 1031-1035.
- Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R V., de Graaf, R., Smit, F., & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 597 - 603.

부록

임신 중 우울 영향 요인 조사

안녕하십니까?

귀하의 가정에 행복과 기쁨이 충만하시기를 기원합니다.

00 정신보건센터는 지역주민의 정신건강 증진과 정신장애인의 사회적응 및 삶의 질 향상을 위하여 00구청, 00 정신병원 이 함께 운영하는 기관입니다.

저는 00 정신보건센터에 근무하면서 조선대학교 일반대학원에서 간호학을 전공하고 있습니다.

본 질문지는 임신기의 부모님을 대상으로 산전 우울 영향요인 예측에 관한 연구를 하기 위해 제작되었습니다.

설문조사의 질문에 정답이 있는 것이 아니므로 귀하께서 생각하고 느끼신 대로 응답하여 주시면 감사하겠습니다.

귀하가 진실하게 응답한 내용은 연구 이외의 다른 어떤 목적에도 사용되지 않을 것이며 개인적인 정보와 비밀보장은 통계법 제13조에 의해 엄격히 보호되오니 안심하시고 적극적 협조를 부탁드립니다.

귀하의 소중한 시간을 할애해 주신 점 감사드리며 질문사항이 있으시면 아래 연락처로 문의하시기 바랍니다.

2011년 1 월

조선대학교 대학원 석사과정

간호학 전공 이명은 드림

00 정신보건센터 (☎ 062) 000 - 0000)

일련번호	2011 -
거주지	구 동
조사일시	2011년 월 일
성명	
연락처	

I. 기본적인적사항 : 다음 해당사항에 기입하거나 표시(√)해 주시기바랍니다.

1. 나이 : 만()세, ()년생
2. 결혼 상태 : ①기혼 () ②미혼 () ③별거() ④ 이혼()
3. 임신개월수 : () 주
4. 계획된 임신이었습니까? ① 예 ② 아니요
5. 임신방법 : ① 자연임신 ② 체외수정
6. 몇 번째 아기인가 : () 째
- ※ 7-8. 해당되는 번호를 고르세요
7. 학력 : 7-1 본인 () 7-2 배우자 ()
① 무학 ② 초등학교 중퇴/졸업 ③ 중학교 중퇴/ 졸업 ④ 고등학교 중퇴/졸업 ⑤ 대졸(전문대포함)
이상
8. 현재 귀하의 종교는 무엇입니까?
① 없다 ② 기독교(교회) ③ 불교(원불교포함) ④ 천주교(성당)
9. 함께 살고 있는 가족구조 : ① 핵가족 ② 대가족
10. 귀하의 가계 총 월수입은?
① 100만원미만 ② 100만원- 200만원 ③ 200만원-300만원
④ 300만원- 400만원 ⑤ 400만원- 500만원 ⑥ 500만원 이상
11. 배우자와 의사소통이 잘 됩니까?
① 안된다. ② 보통이다. ③ 잘된다.
12. 현재 귀하가 느끼시는 전반적인 건강상태는 어떠합니까?
① 나쁘다. ② 보통이다. ③ 좋다.
13. 같은 시기의 다른 산모와 비교할 때 귀하의 건강상태는 어떠합니까?
① 나쁘다. ② 보통이다. ③ 좋다.

II. 에딘버러 우울증 척도

각 문항의 답을 선택할 때에는 최근 7일간 느꼈던 감정을 토대로 가장 가깝다고 느껴지는 것에 √ 표기해 주세요. 과거 7일간:

(1) 재미있는 것을 보고 웃을 수 있습니다.

③늘 그랬던 것 만큼 할 수 있습니다.

①지금은 별로 그렇게 하지 못 합니다.

②지금은 확실히 그렇게 하지 못 합니다

③전혀 그렇게 하지 못합니다

(2) 흥미로운 일들을 기대합니다.

③예전만큼 그렇습니다.

①예전보다는 덜 그렇습니다.

②확실히 예전만큼은 아닙니다.

③거의 그렇지 않습니다.

(3) 무언가 잘못되었을 때 필요 이상으로 자책합니다.

③그런 적이 전혀 없습니다.

①드물었습니다.

②예, 가끔 그렇습니다.

③예, 대부분 그렇습니다.

(4) 별다른 이유 없이 근심하거나 걱정합니다.

③전혀 그렇지 않습니다.

①거의 그렇지 않습니다.

②예, 가끔 그렇습니다.

③예, 항상 그렇습니다.

(5) 별다른 이유 없이 무섭거나 공포감에 휩싸입니다.

③아니오, 전혀 그렇지 않습니다.

①아니오, 그다지 그렇지 않습니다.

②예, 가끔 그렇습니다.

③예, 꽤 자주 그렇습니다.

(6) 일상적인 일들이 나에게 위협이 됩니다.

③아니오, 예전처럼 잘 대처합니다.

①아니오, 대부분의 경우 잘 대처합니다.

②예, 가끔은 평소처럼 대처하지 못합니다.

③예, 대부분의 경우 전혀 대처할 수 없습니다.

(7) 너무 슬퍼서 잠을 이룰 수가 없습니다.

③아니오 전혀 그렇지 않습니다.

①자주 그렇지 않습니다.

②예, 가끔 그렇습니다.

③예, 거의 대부분 그렇습니다.

(8) 슬프거나 비참한 느낌이 듭니다.

③아니오, 전혀 그렇지 않습니다.

①자주 그렇지 않습니다.

②예, 가끔 그렇습니다.

③예, 거의 대부분 그렇습니다.

(9) 너무 슬퍼서 계속 울게 됩니다.

③아니오, 전혀 그렇지 않습니다

①자주 그렇지 않습니다.

②예, 가끔 그렇습니다.

③예, 거의 대부분 그렇습니다.

(10) 자해하고 싶다는 생각이 듭니다.

③전혀 그렇지 않습니다.

①거의 그렇지 않습니다.

②가끔 그렇습니다.

③예, 자주 그렇습니다.

Ⅲ. 자아존중감

아래의 문항들은 ‘내가 내 자신을 어떻게 생각하는가’에 대한 질문입니다. 각 문항을 읽고 여러분의 생각을 잘 나타내주는 칸에 √ 해주시기 바랍니다.

번호	내용	매우 그렇지 않다.	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다.
1	나는 자신에 대해 대체적으로 만족한다.				
2	때때로 내가 좋지 않은 사람이라고 생각한다.				
3	나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다.				
4	나는 다른 사람들만큼 일을 잘 할 수가 있다.				
5	나는 자랑할 것이 별로 없다.				
6	나는 가끔 내 자신이 쓸모없는 사람이라는 느낌이 든다.				
7	나는 다른 사람처럼 가치 있는 사람이라고 생각한다.				
8	나는 내 자신을 좀 더 존중할 수 있으면 좋겠다.				
9	나는 대체적으로 실패한 사람이라고 생각한다.				
10	나는 내 자신에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있다.				

IV. 가족지지 측정도구

다음은 귀하의 가족에 대한 질문입니다. 각 문항을 잘 읽으신 후 해당란에 √표하여 주십시오.

번호	우리가족은	매우 그렇 다	그렇 다	그렇 지 않다	전혀 그렇 지 않다
1	내가 결단을 내리지 못하고 망설일 때 용기와 격려를 준다.				
2	나를 아끼고 사랑한다.				
3	나를 귀중한 한 사람으로 인정해 준다.				
4	내가 필요한 것(물질) 모두를 헌신적으로 도움을 준다.				
5	내 기분이 언짢아질 때 나를 이해해주고 기분전환을 시키려고 애쓴다.				
6	나를 존중해 주며 잘한 일이 있을 때 칭찬해 준다.				
7	내 가족은 집안의 모든 문제를 나와 의논하며 내 의견을 존중해 준다.				
8	내 몸이 불편할 때 나의 일을 대신해준다.				
9	나는 앞으로의 회복과정 중 가족을 믿고 의지할 수 있다.				

VI. 스트레스척도

각 문항을 잘 읽으시고 걱정하고 있는 상태를 가장 잘 나타내 주는 칸에 √표 해주시기 바랍니다.

번호	질문내용	전혀 걱정 하지 않는 다	거의 걱정 하지 않는 다	기름 걱정 이 된다	자주 걱정 이 된다	항상 걱정 이 된다
1	태아가 기형일까에 대하여					
2	태아가 미숙아나 과숙아 아닌가에 대하여					
3	가족의 남아선호사상으로 인한 태어날 아이의 성별에 대하여					
4	나쁜 태교로 아기가 못생기거나 지능이 낮을까에 대하여					
5	태어난 아기가 못생기거나 지능이 낮을까에 대하여					
6	분만 이후 아기의 양육에 대하여					
7	분만 이후 아기의 교육에 대하여					
8	분만 이후 아기의 장래문제에 대하여					
9	분만 이후 아기에 대한 부모 됨의 책임에 대하여					
10	임신으로 오는 신체적인 불편함인 호흡곤란, 다리의 부종, 피곤함, 입덧, 식욕부진에 대하여					
11	임신과 더불어 나타나는 신경과민, 신경질, 짜증스러움, 생활의욕의 감소에 대하여					
12	분만 시에 경험하게 될 동통이나 난산, 개복수술에 대하여					
13	먹고 싶은 음식을 마음대로 못 먹는 것에 대하여					

14	감기나 기타 질환일 때 약물을 복용하지 못하는 것에 대하여					
15	일상생활에 있어서 행동과 활동범위가 제한되는 것에 대하여					
16	적절한 의상이 없거나 옷차림이 예쁘지 않음에 대하여					
17	출산 후 몸매의 정상적인 회복가능성에 대하여					
18	얼굴에 기미가 생기는 것에 대하여					
19	자녀양육에 대한 신체적인 힘듦에 대하여					
20	가정관리나 가사 일에 대하여.					
21	남편을 보살피고, 도와주는 일에 대하여					
22	배우자와 성생활이 태아에게 나쁜 영향을 주지 않을까에 대하여					
23	남편이 성 생활이 태아에게 나쁜 영향을 주지 않을까에 대하여					
24	외모의 변화로 인해 남편의 사랑이 감소되지 않을까에 대하여					
25	남편과 동반하여 외출할 때 남편이 곤란해 하는 것에 대하여					
26	남편의 수입으로 아기양육비를 충분히 감당할 수 있을까에 대하여					

동 의 서

아래에 서명함으로써 본인은 다음의 내용에 동의합니다.

- 본인은 연구와 관련된 설명서를 읽고 이해했습니다.
- 본인은 궁금한 사항에 대해 질문하고 충분한 설명을 들었습니다.
- 본인은 이 연구에 자발적으로 참여하기로 하였습니다.

본인은 본인이 서명한 본 동의서의 사본을 받게 될 것입니다.

참여자 성명 : _____(인)

동의서를 설명한 자 : _____(인)

연구 책임자 또는

위임 받은 자

2011년 월 일

00정신보건센터

감사의 글

궁금한 것에 대해서는 알고자 하는 호기심, 경험을 해봐야 하는 성격에 대학원에 진학한지 벌써 2년이라는 시간이 흘렀습니다.

처음부터 세심한 부분까지 챙겨주시고 격려해주신 권영란 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 또한 논문 심사 과정에서 자문과 지도로 많은 가르침을 주신 오현이 교수님과 황선영 교수님께도 감사드립니다.

대학원을 마칠 수 있도록 배려와 용기를 준 광산구정신보건센터 센터장님이하 직원들에게 감사를 드리며 또한 논문을 진행할 수 있도록 허락해주신 W여성병원의 병원장님과 간호부장님, 논문자료수집에 응해 주신 임산부들께도 감사를 드립니다.

학업을 하는데 언제나 옆에서 격려해주시는 시부모님, 친정 부모님께 감사의 마음을 전하며, 항상 제자리에서 지켜봐주며 든든한 후원자가 되어 준 남편과 사랑스럽고 든직한 아들 준범과 엄마의 마음을 잘 이해해주는 어여쁜 딸 세은이에게 고마움을 전합니다.

2011년 6월
이 명 은 드림