

완벽주의와 산후우울증의 관계

최수영¹ · 현미열²

제주대학교 간호대학 조교수¹, 제주대학교 간호대학 교수²

Relationships of Perfectionism Dimensions with Postpartum Depression

Choi, Suyoung¹ · Hyun, Mi Yeul²

¹Assistant Professor, College of Nursing, Jeju National University, Jeju

²Professor, College of Nursing, Jeju National University, Jeju, Korea

Purpose: The aim of this study was to explore the relationship between perfectionism dimensions and postpartum depression among parturient women between 2 weeks to 12 months, using the Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). **Methods:** Participants were 150 women who had their infants examined for health in two public health centers in a city. The participants completed a self-administered questionnaire, which included the FMPS, Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised and the Korean version of the Edinburgh Postpartum Depression Scale (K-EPDS). The data were analyzed using independent t-tests and a multiple linear regression. **Results:** The prevalence of postpartum depression was 43.3% (K-EPDS ≥ 9.5). Multiple regression analysis showed that postpartum depression was significantly associated with parental criticism ($\beta=.21$), concern over mistakes ($\beta=.19$), postnatal maternal blues ($\beta=.22$), history of depression ($\beta=.20$), social support ($\beta=.13$), marital relationship/satisfaction ($\beta=.14$), prenatal anxiety ($\beta=.17$), and self-esteem ($\beta=.15$, all p values $< .05$). These variables explained 57.2% of the variance in postpartum depression. **Conclusion:** Parental criticism and concern over mistakes are personality dimensions that can be exhibited by participants and are therefore associated with the development of postpartum depression in parents of infants. The perfectionism assessment is needed to detect postpartum depression and develop strategies to provide effective and preventive interventions.

Key Words: Perfectionism; Postpartum period; Depression; Women

서론

1. 연구의 필요성

어머니가 된다는 것은 인생의 중요한 전환기에 속하며 이 과정은 다양한 개인적인 변수와 상황적인 변수들에 의해 쉽게 진행되기도 하고 지체되기도 한다. 또 어떤 여성들에게는 이와 같은 역할 전환이 더 어렵고 우울증상이 생기기도 한다. 출산 직후 일시적으로 나타나는 슬프고 우울한 기분인 산후우울감은

5일째에 최고조를 보이며 10~14일 정도의 시간이 흐르면 자연적으로 호전되는 데 비해 산후우울증은 출산 후 10일에서 길게는 1년까지 지속될 수 있다[1].

주산기에 발생하는 정신질환 중 가장 흔한 것이 산후우울증이다. 비교적 짧은 기간 동안, 슬프고 저조한 기분을 보이는 산후우울감과 달리 산후우울증은 주요우울장애의 특징적인 증상과 더불어 자녀에 대한 모호한 감정, 때로는 유아 살해의 사고나 어머니로서의 기능에 대한 의심이 극도에 달하고 불안이 동반되기도 하는 특성을 가지고 있다[2]. 산후우울증의 유

주요어: 완벽주의, 산후기간, 우울, 여성

Corresponding author: Hyun, Mi Yeul <https://orcid.org/0000-0002-4087-1260>
College of Nursing, Jeju National University, 102 Jejudaehak-ro, Jeju 63243, Korea.
Tel: +82-64-754-3886, Fax: +82-64-702-2686, E-mail: hpeople@jejunu.ac.kr

Received: Sep 21, 2018 | Revised: Nov 9, 2018 | Accepted: Dec 21, 2018

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.

병률은 세계적으로 13.0~19.0%[3], 국내에서는 10~20% 전후의 발생빈도를 보인다[4]. 산후우울증의 문제는 산모에게 미치는 다양한 부정적인 영향만이 아니라 모아 관계와 가족 전체의 기능에 변화를 가져온다[5]. 특히 아동의 발달적인 측면에 장기적으로 영향을 주며, 아동에 대한 영향은 어머니가 더 이상 우울의 영향을 받지 않는 시기에도 지속되는 것으로 밝혀져[5] 산후우울에 대한 적극적인 관리를 함으로써 아동이 건강하게 양육되고 가족이 정상적인 기능을 할 수 있도록 도와줄 필요가 있다.

이제까지 산후우울과 관련된 요인 연구에 포함된 변수들은 주로 우울 병력, 가족의 정신장애력, 생활 스트레스 사건, 사회적 지지의 결핍 등이 영향요인으로 보고되어 왔다[6]. Beck [7]은 산후우울의 발생원인을 산전우울, 자존감, 양육 스트레스, 산전불안을 높은 위험요인으로, 사회적 지지, 결혼관계, 우울 병력을 중간 정도 위험요인으로, 모성우울감, 결혼상태, 사회경제적 수준과 계획되지 않은 임신을 저위험 요인으로 보고하였다. 국내 연구의 경우 사회적 지지, 양육 스트레스, 영아 기질, 산후조리 만족, 주관적 건강상태, 수면 만족[8], 모아 애착, 삶에 대한 만족도[9], 분만 준비도[10], 피로[11], 배우자 지지, 모성 자존감, 결혼 적응도[12] 등이 산후우울과 연관되는 변수로서 보고되어 왔다.

최근 들어서는 산후우울과 관련된 내적요인으로서 신경증적 경향(neuroticism), 위험회피(harm-avoidance), 자기 지향성(self-directedness) 등과 같은 성격적 특성에 관한 연구가 시도되고 있다[1]. 성격적 특성 중 완벽주의는 우울에 대한 중요한 취약 요인으로서 밝혀져 왔으나[13] 산후우울과 관련한 연구는 활발하지 않으며 국내에서 산모를 대상으로 한 연구는 찾아보기 어렵다. 산후우울증은 우울장애의 증상 이외에도 독특한 임상적 특성을 가지고 있어[2] 발병 기전도 우울장애와는 다른 측면이 있을 것으로 추정되고 있으며, 나아가 예방 및 중재 방법 역시 주요우울장애와는 다른 접근법이 필요하다는 의견이 꾸준히 제기되고 있다. 이에, 완벽주의 성격적 특성이 산후우울과의 관련성을 확인하는 연구는 의미가 있다고 할 수 있다.

완벽주의란, 높은 기준을 설정해놓고 이 기준을 추구하는 데 있어서 지나치게 비판적인 자기평가를 하는 것을 말한다[13]. 개인의 완벽주의적인 성향은 자신에게 엄격하고 비현실적인 기준을 부과하게 되며 작은 실패경험에도 자신이 가치 없다고 느끼며 우울증에 빠지게 하는 부정적 특성을 띤 단일 차원의 개념으로 이해되어 왔으나, 1990년대 이후 연구가 축적됨에 따라 완벽주의를 다차원적으로 이해하려는 시도가 대세를 이루게 되었다[13]. Frost 등[14]은 완벽주의를 측정하기 위해 다차

원적 완벽주의 척도(Frost Multidimensional Perfectionism Scale, FMPS)와 개념을 제시하였다[15]. 이후 일련의 연구자들이 부정적 평가 염려를 부정적 완벽주의로, 긍정적 성취 욕구를 적응적 완벽주의로 명명하였다[16,17]. 부정적 완벽주의에 해당하는 요인들은 우울 수준을 높이고 자존감을 낮추며, 우울, 후회, 인지적 역기능, 정서적 억압 등과 유의한 관련이 있는 데 반해 적응적 완벽주의 요인들은 이와 같은 부정적인 기능을 하지 않는 것으로 보았다[16]. 그러나 부정적 완벽주의 하위요인 중에서도 우울과의 관련성 크기나 영향요인으로 유의하게 작용하는 요인들이 연구들마다 다소 차이를 보인다[6,7,17]. 이는 완벽주의 하위요인들이 집단에 따라 다른 양식으로 나타날 가능성이 있는 것으로 볼 수 있으므로 완벽주의 하위요인별로 어떤 차별적 유형이 나타나는지 연구를 진행할 필요가 있다.

산모를 대상으로 완벽주의가 산후우울증에 미치는 영향을 본 Maia 등[6]의 연구에서 부정적 완벽주의 하위요인들이 우울과 유의한 상관관계를 보였으나 영향요인은 아닌 것으로 나타났다. 그러나 Oddo-Sommerfeld 등[2]의 연구에서는 부정적 완벽주의 하위요인 중 실수에 대한 염려가 산후우울증에 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타나는 등 선행연구들에서 완벽주의 하위요인들과 산후우울 변수 간의 결과가 일관되지 않아 관련성을 확인할 필요가 있다. 이와 같은 연구를 통하여 산후우울증에 영향을 미치는 완벽주의 하위요인이 밝혀진다면 대상자 사정이나 중재에 이들 요인들을 중점적으로 사정하거나 중재하는 등의 방법으로 활용할 수 있을 것으로 생각된다. 이에 본 연구에서는 산모들을 대상으로 부정적 완벽주의 하위요인들이 산후우울증에 미치는 영향을 확인해보고자 하였다.

한편, Beck 등[18]은 산모들을 대상으로 산후우울증에 영향을 미치는 요인에 대한 메타분석결과를 바탕으로 구성한 산후우울예측도구(Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised, PDPI-R)의 문항을 활용하여 산후우울증에 영향을 미치는 일련의 변수들에 대해 조사하였다. 산후우울예측도구(PDPI-R)는 일반적 특성과 산전요인인 자아존중감, 산전우울감, 산전불안, 임신의도, 우울병력, 사회적 지지, 결혼/배우자 만족, 생활 스트레스의 8개 요인과 산후요인으로 양육 스트레스, 영아 기질, 모성우울감의 3개 요인으로 구성되어 있다. Beck 등[18]은 산후우울예측도구(PDPI-R)가 산후우울을 예측하는 데 다음 두 가지의 방법으로 사용될 수 있다고 제시하였다. 첫째, 위험요소를 사정하기 위하여 각 문항을 독립적으로 점수화하여 사용할 수 있다. 둘째, 문항의 총점을 합산하여 절

단점을 기준으로 산후우울 위험군으로 분류할 수 있다고 하였다. 이에 본 연구에서는 산전·산후 요인 각 문항을 산후우울 관련 사정 요소로 활용하였다. 본 연구는 산후 2주부터 1년 이내 산모들의 부적응적 완벽주의 하위요인과 산전·산후 요인, 산후우울 정도를 측정하고, 각 변수들이 산후우울에 미치는 관련성을 확인하여 산후우울 선별과 증재에 도움이 되는 토대를 마련하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 출산 후 2주~1년 이내의 산모를 대상으로 완벽주의, 산전·산후 요인과 산후우울 정도를 파악하고, 완벽주의, 산전·산후 요인 변수가 산후우울에 미치는 관련성을 확인하는 것이다. 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 완벽주의, 산전·산후 요인, 산후우울 수준을 파악한다.
- 대상자의 완벽주의, 산전·산후 요인, 산후우울 각 변수 간의 관계를 파악한다.
- 대상자의 산후우울과 관련요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 출산 후 2주~1년 이내 산모를 대상으로 완벽주의, 산전·산후 요인과 산후우울 정도를 측정하고, 산후우울증의 관련요인을 규명하기 위한 후향적 조사연구이다

2. 연구대상

본 연구는 일개 도시에 소재한 2개의 보건소에 영유아 예방접종을 받기 위해 내소한 산모를 대상으로 하였다. 대상자 선정기준은 산후우울은 대개 산후 첫 10일 이후에 나타나서 산후 1년까지도 지속될 수 있다는[1] 선행연구에 근거하여 출산 후 2주에서 1년 이내의 산모를 편의 추출하였다. 본 연구의 대상자 수는 G*Power 3.1 프로그램을 이용하여 산출하였다. 산모를 대상으로 수행된 산후우울증 관련 선행연구 중 본 연구에 포함된 예측변수를 모두 포함하여 다중회귀분석을 시도한 연구가 없어, Cohen이 제시한 중간 정도의 효과크기 0.15를 기준으로, 예측변수 18개(연령, 결혼상태, 사회경제적 지위, 완벽주의 하위요인 4개, 산전요인 8개, 산후요인 3개), 유의수준 .05, 검

정력 .80을 설정하여 150명의 대상자수가 산출되었다. 10.0%의 탈락률을 고려하여 165명으로부터 자료를 수집하려 하였으나, 설문조사기간 동안 총 157부의 자료가 수집되었고 자료 검토 결과 일부 주요 질문 사항에 대한 불충분한 응답을 한 7부를 제외한 150부가 최종 자료분석에 포함되었다.

3. 연구도구

본 연구의 자료수집은 구조화된 설문지를 통해 이루어졌으며, 일반적 특성 3문항, 완벽주의 22문항, 산전·산후 요인 43문항, 산후우울증 10문항 등 총 78문항이었다. 일반적 특성은 연령과 Beck 등[18]의 PDPI-R 도구에 포함된 일반적 특성 2문항(결혼상태, 사회경제적 지위)으로 구성하였다. PDPI-R 도구 사용에 대해 원저자와 한국어 번안자의 허락을 받아 사용하였다.

1) 완벽주의

완벽주의는 개인 내적인 경향성을 중심으로 완벽주의를 다차원적으로 측정할 수 있는 것으로 알려진 Frost 등[14]의 다차원적 완벽주의 척도(FMPS)를 Hyun과 Choi [19]가 번안한 도구를 사용하였다. FMPS는 개발 당시에는 총 6개의 하위요인, 35문항으로 구성되었으나, Frost 등[15]이 요인분석을 통해 이중 4개의 하위요인(실수에 대한 염려 9문항, 행동에 대한 의심 4문항, 부모의 비난 4문항, 부모의 기대 5문항)을 부적응적 평가염려(maladaptive evaluative concerns)로, 나머지 2개 하위요인(개인적 기준 7문항, 조직화 6문항)을 긍정적 성취욕구(positive striving need)로 분류하였다. 따라서 본 연구에서는 선행연구[16,17]에서 우울과의 관련성이 높다고 나타난 부적응적 평가염려 완벽주의 유형인 4개 하위요인을 사용하였다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’부터 ‘매우 그렇다(5점)’까지 점수화할 수 있으며 총 22문항의 점수 범위는 22~110점으로 점수가 높을수록 부적응적 평가염려 완벽주의 성향이 강함을 의미한다. 개발 당시 FMPS 하위요인별 신뢰도 Cronbach's α 는 실수에 대한 염려 .88, 행동에 대한 의심 .77, 부모의 비난 .84, 부모의 기대 .84였다. 본 연구에서 부적응적 평가염려 완벽주의 4개 하위요인 총 22문항의 신뢰도 Cronbach's α 는 .88이었으며, 하위 차원 별로 실수에 대한 염려 .84, 행동에 대한 의심 .69, 부모의 비난 .70, 부모의 기대 .74였다.

2) 산전·산후 요인

산전·산후 요인은 Beck 등[18]의 PDPI-R에 포함된 8개 산

전요인(자아존중감 3문항, 산전우울감 1문항, 산전불안 1문항, 임신의도 4문항, 우울병력 1문항, 사회적 지지 16문항, 결혼/배우자 만족 3문항, 생활 스트레스 7문항) 36문항과 3개의 산후요인(양육 스트레스 3문항, 영아 기질 3문항, 모성우울감 1문항) 7문항으로 구성되어 있다. 산전요인 중 자아존중감 3문항은 ‘예(0점)’, ‘아니오(1점)’로 점수화하며, 점수 범위는 0~3점으로 점수가 높을수록 자아존중감이 낮음을 의미한다. 산전우울감, 산전불안, 우울병력은 각 1문항으로 ‘예(1점)’, ‘아니오(0점)’로 점수화하며 1점인 경우 각각 산전우울감, 산전불안, 우울병력이 있음을 의미한다. 임신의도는 계획된 임신과 원하지 않는 임신에 관한 2문항을 산모 자신과 배우자의 의견에 각각 응답하도록 구성되어 있으며 계획된 임신의 경우 ‘예(0점)’, ‘아니오(1점)’로 원하지 않는 임신 문항의 경우 ‘예(1점)’, ‘아니오(0점)’로 점수화한다. 임신의도의 점수 범위는 0~4점으로 점수가 높을수록 계획되지 않았거나 원하지 않았던 임신의도를 의미한다. 사회적 지지 16문항은 모두 ‘예(0점)’, ‘아니오(1점)’로 점수화하며, 점수범위는 0~16점으로 점수가 높을수록 사회적 지지가 낮음을 의미한다. 결혼/배우자 만족 3문항 중 결혼생활에 만족하는지와 배우자와 사이가 좋은지를 묻는 2문항은 ‘예(0점)’, ‘아니오(1점)’로, 현재 결혼에서 문제를 겪고 있는지를 묻는 1문항은 ‘예(1점)’, ‘아니오(0점)’로 점수화하며, 점수 범위는 0~3점으로 점수가 높을수록 결혼/배우자 만족도가 낮음을 의미한다. 생활 스트레스 7문항은 모두 ‘예(1점)’, ‘아니오(0점)’로 점수화하며, 점수 범위는 0~7점으로 점수가 높을수록 생활 스트레스가 심한 것을 의미한다.

산후요인 중 양육 스트레스 3문항과 영아 기질 3문항, 모성우울감 1문항은 모두 ‘예(1점)’, ‘아니오(0점)’로 점수화하며, 점수 범위는 양육 스트레스와 영아기질이 각각 0~3점으로 점수가 높을수록 양육 스트레스가 높고, 영아기질이 까다로움을 의미하며, 모성우울감은 0~1점으로 1점인 경우 모성우울감이 있음을 의미한다. 개발 당시 산전·산후 요인은 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)로 측정된 산후우울증 점수 10.5점을 절단점으로 하는 경우 민감도 76%, 특이도는 54%였다[20]. 본 연구에서 산전·산후 요인의 수렴타당도를 평가하기 위하여 EPDS로 측정된 산후우울증 점수와 산전요인, 산후요인, 산전·산후 요인 총점 간의 Pearson 상관계수를 계산한 결과, 산전요인과의 상관계수는 .57 ($p < .001$), 산후요인과의 상관계수는 .39 ($p < .001$), 산전·산후 요인 총점과의 상관계수는 .60 ($p < .001$)으로 중간 크기의 상관관계를 나타냈으며, 모두 통계적으로 유의하였다.

3) 산후우울증

산후우울증은 문화적 맥락에 큰 영향을 받지 않으면서도 문항수가 간결하고, 신뢰도와 타당도가 검증되어 널리 쓰이고 있는 Cox 등[20]의 에딘버러 산후우울증 도구(EPDS)를 Kim 등[21]이 번안하여 한국인 산모에게 타당도가 검증된 한국판 에딘버러 산후우울증 도구(Korean version of Edinburgh Postnatal Depression Scale, K-EPDS)로 측정하였다. K-EPDS는 10문항으로 각 문항별로 0점에서 3점까지 점수가 부여되며 총점은 0~30점으로 점수가 높을수록 산후우울증 정도가 심한 것을 의미한다[21]. Cox 등[20]이 제시한 절단점은 12.5점이었으나 Kim 등[21]의 연구에서는 절단점을 9/10으로 하는 경우가 타당도가 높게 나타났다. 본 연구에서는 선행연구[4,21]를 근거로 하여 9.5점을 절단점으로 채택하여 9.5점 이상인 경우를 산후우울증 위험군으로, 9.5점 미만인 경우를 산후우울증 비위험군으로 구분하였다. 개발 당시 EPDS의 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's α 는 .87이었고, Kim 등[21]이 번안하여 한국인 산모에게 적용 당시 K-EPDS의 Cronbach's α 는 .84였고, 본 연구에서는 .85였다.

4. 자료수집

본 연구는 2013년 10월부터 2014년 7월까지 일개 시 소재 2개 보건소를 방문한 산모들을 대상으로 조사를 시행하였다. 자료수집 전 해당 보건소의 협조를 구하였고 자료수집은 보건소 입구에 설문조사를 위한 책상과 의자를 설치하고, 보건소를 방문한 산모들에게 연구보조원이 연구의 목적을 설명하고 연구 참여에 서면 동의한 자를 대상으로 조사하였다. 조사 시작 전에 3명의 연구보조원들에게 연구자가 연구의 목적과 설문지 작성법, 설문작성자의 권리와 연구윤리에 대해 사전교육을 실시하였다. 산모들은 대부분 보호자와 같이 보건소를 방문하였고 설문에 응하는 동안 보호자가 영유아를 돌보았으며, 간혹 보호자 없이 내소한 산모의 경우에는 연구보조원들이 영유아를 돌보도록 하였다. 설문이 끝난 후 설문응답에 대한 감사의 표시로 소정의 선물을 제공하였다. 모든 도구는 저자와 저작권 소유 출판사에 사용에 대한 승인을 획득한 후 자료수집에 사용하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 PASW Statistics 18.0 프로그램을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성과 완벽주의, 산전·산후요인, 산후우울증 정도는 기술통계를 통해 확인하였다. 대상자의

일반적 특성에 따른 산후우울증 정도는 independent t-test를 시행하였고, 변수들 사이의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient와 Point-Biserial correlation coefficient로 분석하였다. 대상자의 일반적 특성, 완벽주의, 산전·산후 요인이 산후우울증과의 관련요인을 규명하기 위하여 단계적(stepwise) 방법을 사용하여 다중선형회귀분석(multiple linear regression)을 시행하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 연구자 소속 기관 생명윤리심의위원회의 승인(IRB-2013-23)을 받은 후 시행하였다. 설문조사를 시작하기 전에 대상자에게 연구의 목적, 방법에 대해 충분히 설명한 후, 연구참여에 동의한 자에 한해 서면 동의서를 받았다. 연구참여 동의서의 내용은 본 연구의 참여가 자발적으로 이루어지고, 연구대상이 원하지 않을 경우 언제라도 철회가 가능하고, 설문지는 본 연구목적으로만 사용할 것이며, 연구대상자의 익명을 보장함을 포함하였다. 연구대상이 동의서를 읽고 서명을 한 직후에 해당 페이지를 분리하여 따로 보관하고, 응답한 설문지는 연구자만 접근할 수 있는 보관함에 따로 묶어서 연구대상자의 윤리적 측면을 고려하였다. 본 연구는 산후우울에 대한 조사 연구로 성별에 대한 고려는 하지 않는다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성에 따른 산후우울증

대상자의 일반적 특성 중 평균 연령은 만 31.5세로 64.7%가 30세 이상이었고, 결혼 상태는 배우자가 있는 경우가 97.3%였으며, 대상자의 73.3%가 자신의 사회경제적 수준을 '중' 또는 '상'으로 인식하고 있었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 산후

우울증의 차이를 분석한 결과, 만 30세 미만의 산모가 만 30세 이상의 산모에서보다 산후우울증 점수가 통계적으로 유의하게 높았으며($t=2.10, p=.039$), 배우자 유무와 사회경제적 수준에 따른 산후우울증 정도의 차이는 없었다(Table 1).

2. 완벽주의, 산전·산후 요인과 산후우울증의 정도

FMPS로 측정한 대상자의 부적응적 평가염려 완벽주의 평균 점수는 110점 만점에 54.16 ± 11.78 이었고, 하위요인들의 평균 점수는 실수에 대한 염려 22.29 ± 6.11 , 행동에 대한 의심 10.55 ± 2.84 , 부모의 비난 8.62 ± 3.02 , 부모의 기대 12.70 ± 3.54 점이었다. 산후우울증 예측요인 중 산전요인은 32점 만점에 평균 9.31 ± 6.67 , 산후요인은 7점 만점에 평균 1.71 ± 1.87 이었다. K-EPDS로 측정한 산후우울증 평균 점수는 9.02 ± 5.16 이었고 산후우울증 위험군($K-EPDS \geq 9.5$)은 43.3%였다(Table 2).

3. 완벽주의, 산전·산후 요인과 산후우울증 간의 관계

대상자의 완벽주의, 산전·산후 요인과 산후우울증 간의 관계를 분석한 결과는 Table 3과 같다. 산후우울증은 완벽주의 하위요인 중 부모의 기대를 제외하고 실수에 대한 염려($r=.49, p<.001$), 행동에 대한 의심($r=.40, p<.001$), 부모의 비난($r=.42, p<.001$)과 통계적으로 유의한 양의 상관관계를 나타내었다. 산전요인 중에서는 임신의도를 제외하고 자아존중감($r=.44, p<.001$), 사회적 지지($r=.47, p<.001$), 결혼/배우자 만족($r=.47, p<.001$)이 낮을수록, 산전우울감($r=.33, p<.001$), 산전불안($r=.46, p<.001$), 우울병력($r=.37, p<.001$)이 있는 경우와 생활 스트레스($r=.17, p=.034$)가 높을수록 산후우울증 점수가 높았다. 산후요인으로 양육 스트레스가 높을수록($r=.31, p<.001$), 영아 기질이 까다로울수록($r=.28, p<.001$), 그리고 모성우울감이 있는 경우($r=.35, p<.001$) 산후우울증 점수가 더 높게 나타났다.

Table 1. Differences in Postnatal Depression Scores according to General Characteristics

(N=150)

Characteristics	Categories	n (%)	K-EPDS		
			M±SD	t	p
Age (year)	< 30	53 (35.3)	10.26±5.68	2.10	.039
	≥ 30	97 (64.7)	8.34±4.75		
Presence of spouse?	Yes	146 (97.3)	8.99±5.16	0.48	.631
	No	4 (2.7)	10.25±5.91		
Perceived economic status	High/Middle	110 (73.3)	8.80±4.96	-0.87	.388
	Low	40 (26.7)	9.63±5.71		

K-EPDS=Korean version of Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Table 2. Levels of Multidimensional Perfectionism, Postpartum Depression Predictors, and Postnatal Depression Scores (N=150)

Variables	Categories	n (%) or M±SD	Min	Max	Possible range
FMPS	Total	54.16±11.78	24	90	22~110
	Concern of mistakes	22.29±6.11	9	39	9~45
	Doubts about actions	10.55±2.84	4	18	4~20
	Parental criticism	8.62±3.02	4	18	4~20
	Parental expectations	12.70±3.54	5	23	5~25
PDPI-R	Total	11.02±7.49	0	36	0~39
	Prenatal	9.31±6.67	0	29	0~32
	Postnatal	1.71±1.87	0	7	0~7
K-EPDS	Total	9.02±5.16	0	22	0~30
	< 9.5	85 (56.7)			
	≥ 9.5	65 (43.3)			

FMPS=Frost Multidimensional Perfectionism Scale; PDPI-R=Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised; K-EPDS=Korean version of Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Table 3. Correlations among Multidimensional Perfectionism, Postpartum Depression Predictors, and Postnatal Depression Scores (N=150)

Variables	Categories	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
FMPS	1. Concern of mistakes	1														
	2. Doubts about actions	.61 ($< .001$)	1													
	3. Parental criticism	.44 ($< .001$)	.35 ($< .001$)	1												
	4. Parental expectations	.38 ($< .001$)	.26 (.002)	.30 ($< .001$)	1											
PDPI-R (Prenatal)	5. Self-esteem	.27 (.001)	.31 ($< .001$)	.18 (.026)	-.18 (.027)	1										
	6. Prenatal depression [†]	.23 (.004)	.19 (.022)	.17 (.042)	.09 (.258)	.22 (.006)	1									
	7. Prenatal anxiety [†]	.26 (.002)	.27 (.001)	.17 (.037)	.02 (.801)	.19 (.022)	.34 ($< .001$)	1								
	8. Unplanned pregnancy	.13 (.114)	.17 (.043)	.07 (.382)	-.13 (.123)	.11 (.182)	.14 (.083)	.25 (.003)	1							
	9. History depression [†]	.18 (.025)	.15 (.063)	-.00 (.935)	-.08 (.336)	.28 ($< .001$)	.10 (.203)	.17 (.042)	.03 (.723)	1						
	10. Social support	.17 (.034)	.17 (.040)	.28 (.001)	-.15 (.075)	.30 ($< .001$)	.23 (.005)	.32 ($< .001$)	.21 (.010)	.24 (.003)	1					
	11. Marital relationship	.31 ($< .001$)	.27 (.001)	.22 (.007)	.04 (.662)	.36 ($< .001$)	.21 (.012)	.29 ($< .001$)	.06 (.460)	.25 (.002)	.46 ($< .001$)	1				
	12. Life stress	.14 (.089)	.17 (.044)	.19 (.024)	.04 (.617)	.11 (.190)	.10 (.225)	.21 (.010)	.26 (.001)	.14 (.084)	.35 ($< .001$)	.31 ($< .001$)	1			
PDPI-R (Postnatal)	13. Child care stress	.11 (.178)	.04 (.599)	.13 (.116)	-.04 (.615)	.16 (.047)	.20 (.016)	.20 (.013)	.09 (.276)	.17 (.033)	.23 (.006)	.22 (.007)	.16 (.045)	1		
	14. Infant temperament	.16 (.050)	.17 (.037)	.18 (.028)	.10 (.226)	.17 (.033)	.21 (.012)	.14 (.088)	.05 (.587)	-.01 (.929)	.21 (.011)	.21 (.011)	.07 (.373)	.52 ($< .001$)	1	
	15. Maternal blues [†]	.11 (.196)	.05 (.522)	.03 (.676)	-.13 (.119)	.14 (.094)	.15 (.059)	.29 ($< .001$)	.13 (.125)	.03 (.758)	.20 (.012)	.08 (.362)	.14 (.093)	.23 (.005)	.19 (.020)	1
K-EPDS	16. Postpartum depression	.49 ($< .001$)	.40 ($< .001$)	.42 ($< .001$)	.00 (.958)	.44 ($< .001$)	.33 ($< .001$)	.46 ($< .001$)	.14 (.088)	.37 ($< .001$)	.47 ($< .001$)	.47 ($< .001$)	.17 (.034)	.31 ($< .001$)	.28 (.001)	.35 ($< .001$)

[†] Point-Biserial correlation; FMPS=Frost Multidimensional Perfectionism Scale; PDPI-R=Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised; K-EPDS=Korean version of Edinburgh Postnatal Depression Scale; Marital relationship=marital relationship/satisfaction.

4. 산후우울증 관련요인

산후우울증의 관련요인을 파악하기 위하여 회귀분석을 실시하였다. 사전에 회귀분석의 기본가정을 검토하기 위해 독립변수들 간의 다중공선성과 종속변수의 자기상관을 확인하였다. 종속변수의 자기상관은 Durbin-Watson 지수를 이용하여 확인하였는데, Durbin-Watson 지수가 2.00으로 나타나 오차의 자기상관 없이 독립적인 것으로 나타났다. 독립변수 간 다중공선성은 분산팽창요인(Variance Inflation Factor, VIF) 지수를 이용하여 확인하였고, VIF 지수는 1.13~1.47로 10 미만이므로 다중공선성이 없는 것으로 나타나 본 자료는 회귀분석을 실시하기에 적합한 것으로 확인되었다. 회귀모형의 적합도를 알아보기 위하여 잔차의 정규성과 등분산성 검정을 이용한 모형적합도 검정(goodness of fit test)을 실시한 결과, 잔차의 정규성(Kolmogorov-Smirnov's $p=.866>.05$)과 등분산(Breusch-Pagan's $p=.408>.05$) 가정을 모두 만족하여 회귀모형이 적합한 것으로 나타났다.

독립 t-test에서 산후우울증에 유의한 차이를 보인 일반적 특성(연령)과 상관관계 분석에서 산후우울증과 유의한 상관성을 보인 부적응적 평가염려 완벽주의 하위요인(실수에 대한 염려, 행동에 대한 의심, 부모의 비난), 산전요인(자아존중감, 산전우울감, 산전불안, 우울병력, 사회적 지지, 결혼/배우자 만족, 생활 스트레스), 산후요인(양육 스트레스, 영아 기질, 모성 우울감)을 독립변수로 투입하여 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 명목변수(연령, 산전우울감, 산전불안, 우울병력, 모성 우울감)는 가변수 처리하여 회귀식에 포함하였다. 전진방법으로 단계 선택의 기준(입력할 F의 확률 $\leq .05$, 제거할 F의 확률

$\geq .10$)에 의해 연령, 행동에 대한 의심, 산전우울, 생활 스트레스, 양육 스트레스, 영아기질은 제외되었으며, 완벽주의 하위요인 중 실수에 대한 염려, 부모의 비난과 산전요인 중 자아존중감, 산전불안, 우울병력, 사회적 지지, 결혼/배우자 만족, 그리고 산후요인 중 모성우울감이 회귀식에 포함되었다. 산후우울증 관련요인을 확인하기 위해 실시한 다중회귀분석의 결과는 Table 4와 같다.

다중회귀분석 결과, 회귀모형은 유의하였고($F=25.87, p<.001$), 제시된 회귀식은 산후우울증 변인의 57.2%를 설명하였다. 산후우울증에 가장 관련이 높은 요인은 모성우울감($\beta=.22, p<.001$)이었으며, 부모의 비난($\beta=.21, p=.001$), 우울병력($\beta=.20, p=.001$), 실수에 대한 염려($\beta=.19, p=.004$), 산전불안($\beta=.17, p=.005$), 자아존중감($\beta=.15, p=.017$), 결혼/배우자 만족($\beta=.14, p=.040$), 사회적 지지($\beta=.13, p=.050$) 순이었다. 즉, 대상자의 모성우울감이 높을수록, 부모의 비난이 많을수록, 우울병력이 있고, 실수에 대한 염려와 산전불안이 높을수록 산후 우울증은 높아지는 것으로 보고되었다. 반면, 자아존중감, 결혼/배우자 만족, 사회적 지지가 낮을수록 산후우울증과 관련이 있는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 산후 2주에서 1년 이내의 산모들을 대상으로 산후우울증의 수준을 알아보고 완벽주의 하위요인을 포함하여 산후우울증 관련요인들을 파악하고자 시도되었다. 연구결과, 산후우울증 위험군의 비율이 43.3%로 나타났으며, 완벽주의 하위요인 중 부모의 비난과 실수에 대한 염려가 산후우울증의 관

Table 4. Factors associated with Postpartum Depression

(N=150)

Variables	B	SE	β	t	p
(Constant)	-1.43	1.13		-1.26	.209
Maternity blues (reference: No)	2.38	0.63	.22	3.78	<.001
Parental criticism	0.36	0.11	.21	3.34	.001
History depression (reference: No)	2.83	0.83	.20	3.41	.001
Concern over mistakes	0.16	0.05	.19	2.93	.004
Prenatal anxiety (reference: No)	1.76	0.62	.17	2.85	.005
Self-esteem	0.81	0.34	.15	2.42	.017
Satisfaction at marital relationship	0.80	0.38	.14	2.70	.040
Social support	0.15	0.08	.13	1.98	.050
Adjusted $R^2=.57$, $R^2=.60$, $F=25.87$, $p<.001$					

련요인으로 나타났다.

본 연구대상자의 산후 우울 점수는 9.0점으로 분만 후 1~3주의 산모들을 대상으로 시행한 연구에서의 EPDS 평균점수 8.0점[11], Lee 등[9]의 연구에서 산후 1일째 5.3점, 1주째 7.5점, 6주째 5.7점, 산후 6주 산모의 9.0점[4], 산후 6개월 산모의 6.5점[12]보다 높은 것으로 나타났다. 또한, 본 연구대상자의 산후 우울증 위험군 비율은 43.3%로 산후 6주 산모를 대상으로 한 연구[4]에서 보고한 위험군 비율 36.7%보다 높았다. 이는 산후 우울증의 경우 출산 후 3~4개월 경과 후 증상이 더 심해지는 경우가 있다는 연구[22]와 산후우울증이 산후 1년까지 지속된다는 선행연구[1]의 결과로 미루어볼 때, 본 연구의 대상자들이 산후 1년까지의 산모를 포함하여 나타난 결과로 추측된다. 산후우울증 위험군이 43.3%라는 것은 산모 2명 중 한 명은 산후 우울증을 의심해봐야 한다는 수치로 위험비율이 매우 높으나 실제로는 일부 산부인과나 보건소에서 산모들을 대상으로 우울과 관련된 선별검사나 도움을 제공하고 있을 뿐이다. 국내 선행연구의 경우 대부분 6~8주 경과한 산모들을 대상으로 조사를 하거나 EPDS 절단점에 대한 기준이 각기 달라 단순비교가 어려우나, 본 연구의 대상자와 동일하게 터키에서 1년 이내의 산모들을 대상으로 한 연구[23]에서 EPDS 9점을 절단점으로 하였을 때 42.0%가 위험군으로 나타났다. 또한 분만 후 2년 이내의 산모들을 대상으로 한 연구에서 산후우울위험군(EPDS 10점 이상) 비율은 산후 6개월 시점에서 33.1%, 12개월 31.2%, 18개월 28.1%, 24개월 33.5%로 나타났다[24]. 즉, 분만 후 시작된 우울비율이 1년, 2년이 경과되는 시점에서도 큰 차이를 보이지 않는다는 것으로 산후우울증 위험 대상군에 대한 범위를 넓혀서 고려할 필요가 있음을 시사한다고 하겠다.

회귀분석 결과에서 연령은 산후우울증에 유의한 관련요인은 아니었으나, 단변량 분석에서 대상자의 일반적 특성 중 만 30세 미만인 경우 만 30세 이상의 대상자보다 우울수준이 더 높게 나타났다. 대규모 대상자를 모집한 선행연구에서는 연령이 영향요인으로 나타났고[24], 나이가 어린 산모들의 경우보다 주의 깊은 사정과 증재가 필요할 것으로 제언하고 있다. 그러나 일부 다른 연구에서는 연령별 우울에 차이가 없거나 연령이 산후우울증 영향요인이 아니었다[8,11]. 혹은 연령이 높은 군에서 중등도 이상의 우울이 더 많이 나타난다는 결과[22]가 있다. 이처럼 서로 상이한 결과를 보이는 연령 변수는 통계를 위해 그룹으로 나눌 때의 기준 연령이 연구마다 다른 점, 조사 대상의 규모 등이 결과에 영향을 주는 것으로 사료된다.

본 연구대상자의 완벽주의 하위요인의 수준은 실수에 대한 염려 22.29점, 행동에 대한 의심 10.55점, 부모의 비난 8.62점,

부모의 기대 12.70점으로 나타났다. 완벽주의 관련 연구 중 동일한 도구를 사용하여 유사한 대상군에게 사용한 연구를 찾기 어려워 대학생들을 대상으로 한 선행연구와 비교해 보면, 실수에 대한 염려 26.07점, 행동에 대한 의심 12.22점, 부모의 비난 9.20점[25], 실수에 대한 염려 26.58점, 행동에 대한 염려 12.38점, 부모의 비난 8.56점, 부모의 기대 17.04점[26]으로 나타났다. 대학생 대상의 두 개의 논문에서 완벽주의 하위요인에 대한 값이 비슷한 반면, 본 연구대상자들의 완벽주의 하위요인의 점수는 대학생 그룹에 비하여 낮은 편이었다. 이와 같은 결과는 대학생보다는 본 연구의 대상자들이 연령이 높고 발달단계상 성인기에 들어서면서 실수에 대한 염려나 행동에 대한 의심, 부모의 비난, 부모의 기대 등의 부적응적 요인에 대해 보다 적응적인 태도를 습득하게 되는 것으로 추정되나 연령별 완벽주의 척도의 수준이나 연령별 변화에 대한 연구가 부족하여 관련 연구가 활발히 이루어지길 제언하는 바이다.

산후우울증과 완벽주의 하위요인 중 부모의 기대를 제외하고 실수에 대한 염려, 행동에 대한 의심, 부모의 비난은 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈다. 즉, 부적응적 완벽주의 성향을 지닌 사람들이 산후우울증을 더 많이 경험하는 것으로 이는 선행연구들과 일치하는 결과이다[15,25]. 부모의 기대는 우울과 가장 낮은 상관성을 보이는 변수로[17] 본 연구에서도 상관성이 나타나지 않았다. 산전요인 중 자아존중감, 사회적 지지, 결혼/배우자 만족이 낮을수록, 산후요인으로 양육 스트레스가 높을수록, 영아기질이 까다로울수록, 모성우울감이 있는 경우 산후우울 점수가 높았고, 산전우울감, 산전불안, 우울병력이 있는 경우 산후우울증 점수가 더 높은 것은 선행연구[4]와 일치하였다. 다만, 선행연구와 달리 본 연구에서는 임신의도가 산후우울증 점수와 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 임신의도를 산후우울증과 관련하여 조사한 연구를 찾아보기 어렵고 동시에 본 도구를 활용한 연구가 많지 않아 추후 보다 많은 연구가 이루어져 실증적 연구결과를 구축해나갈 필요가 있을 것으로 생각된다.

산후우울증 관련요인으로서는 완벽주의 하위요인 중 부모에 의한 비난과 실수에 대한 염려, 산후요인 중 모성우울감, 산전요인의 우울병력, 산전불안, 자아존중감, 결혼/배우자만족, 사회적 지지였고 이들의 설명력은 57.2%였다. 완벽주의 하위요인 중 산후우울증 관련요인은 부모의 비난과 실수에 대한 염려가 유의하게 나타났다. 산후우울증에 영향을 미치는 완벽주의 하위요인은 연구마다 조금씩 차이를 보인다. 본 연구에서는 완벽주의 하위요인 중 부모의 비난과 실수에 대한 염려가 유의한 관련요인으로 나타났으나, Gelabert 등[27]의 연구에서는 실

수에 대한 염려만이 우울에 유의한 관련변수로 나왔다. 선행연구[27]와 비교할 때 나타나는 이러한 차이는 문화적인 부분을 일부 반영하는 것이라고 추정해 볼 수 있다. 즉, 비교적 어릴 때부터 부모로부터 독립적으로 양육되고 생활하는 서구와 달리 한국의 경우 자녀들이 성인이 되어서도 부모에 대한 심리적 종속감이 크고 부모의 가치관을 내재화하고 받아들이는 특성[17]이 반영된 것으로도 해석이 가능하다. 산모를 대상으로 완벽주의를 연구한 것은 부족하여 일반인을 대상으로 한 연구와 비교해보면, 우울한 대상자들은 우울하지 않은 대조군에 비해 부모의 비난 척도에서 높은 점수를 보여주고 있다[28]. 부모의 비난은 부모가 지나치게 비판적이라는 지각을 반영하는 것으로 비판적인 부모의 태도를 받아들여 본인 스스로 자신에 대해 비난하거나 타인의 평가에 지나치게 예민한 상태가 되어 우울 수준을 높이게 된다. 아동을 양육하면서 산모는 부모의 도움을 받게 되거나, 부모의 양육형태를 상기하거나 부모의 양육방식을 모방하는 등 부모로부터의 영향이 심리적으로 혹은 현실적으로 증가할 것으로 예상할 수 있다. 이러한 심리적 배경 하에 부모가 비판적이라고 지각하는 산모의 경우 아이출산 이전과 비교했을 때 더 많은 심리적 스트레스를 느끼게 되고 우울정서를 경험하게 될 수 있을 것으로 사료된다. 실수에 대한 염려 요인은 실수나 실패에 대한 두려움과 부정적인 생각을 반영하는 내용으로 구성되어 있으며 우울수준을 높이고 자존감을 낮추는 기능을 한다[16]. Mazzeo 등[29]이 수행한 연구에서 실수에 대한 염려 요인과 산후우울증 간에 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났으며, 실수에 대한 염려 요인은 산후우울증의 위험을 4배 이상 높이는 것으로 나타났다[27]. 이와 같은 결과는 완벽주의와 우울의 관계에 대한 메타분석에서 Lee 등[17]이 실수에 대한 염려는 우울과 완벽주의의 가장 중심적인 현상이라고 주장한 것과 일치하는 것으로 볼 수 있다. 아동 양육은 매우 역동적인 과정으로 어머니 역할을 수행하는데 있어서는 실수를 통한 배움이 자연스러운 현상이라고 할 수 있는데, 어머니가 실수에 대한 다양한 두려움을 가지고 성공적인 수행도 불만스러워하는 성격을 가진 경우 아동양육 과정의 어려움은 배가되고 우울에 대한 취약성이 증가할 가능성을 추정해 볼 수 있겠다.

모성우울감은 ‘출산 후 첫 주에 슬픔을 느낀 적이 있습니까?’라는 질문으로 조사한 변수로 본 연구대상자의 산후우울증에 가장 관련이 높은 변수로 나타났다. 이와 같은 결과는 출산 후 첫 주에 산모의 정서상태를 사정하고 슬픈 감정을 경험하는 경우에는 이후에도 철저한 추적조사를 함으로써 산후우울증으로 발전하는 것을 조기 발견할 수 있는 유용한 사정자료임을 알 수 있다. 본 연구와 동일하게 PDPI-R을 이용하여 산후우울에 미치

는 영향요인을 연구한 선행연구[4,7]에서는 산전우울감, 사회적 지지, 모성우울감이 공통으로 포함된 영향변수였는데, 본 연구에서는 산전우울감이 관련요인으로 나타나지 않았다. 이는 임신 시 정서상태가 우울할수록 산후우울감이 높았다는 Jung과 Kim [10]의 연구와도 다른 결과로 해석할 수 있다. 더욱이 선행연구[4]에서 산전우울감이 영향변인으로 높은 값을 나타냈으나 본 연구에서는 모성우울감이 가장 높은 값이었다. 이와 같은 차이는 산전요인을 산후에 측정함으로써 생기는 회상편견의 크기를 파악하기 위한 선행연구[4]에서 주관성이 강한 변수일수록, 측정대상시점과 측정 시점이 멀어질수록 회상편견이 좀 더 크게 작용한 것과 관련이 있을 것으로 사료된다. 본 연구는 산후 2주, 6주의 산모들을 대상으로 한 선행연구와 달리 대상자들을 산후 1년까지 포함함으로써 인하여 산전우울감이라는 주관적 변수가 관련변인으로서 유의한 값을 보일 만큼 높게 측정되지 못했을 가능성에서 나타난 결과로 생각해 볼 수 있다.

산전불안은 산후우울증의 위험요소로 보고된 선행연구[2]와 유사한 결과를 보였다. 그러나 Youn과 Jeong [4]의 연구에서는 산전불안이 영향요인이 아닌 것으로 나타나 연구결과에 차이가 있다. 불안과 우울은 정신병리적으로 밀접한 관계가 있는 변수들이나 PDPI-R 도구를 이용한 연구가 부족하고 국내 연구에 산전불안을 포함한 연구 또한 부족하여 대상자를 충분히 확보한 대규모 연구를 시도해 볼 필요가 있을 것으로 보인다. 이외에도 본 연구의 결과, 우울병력, 결혼/배우자만족, 자아존중감이 산후우울증 관련요인으로 나온 것은 Beck [7]의 연구와 유사하였으나 Youn과 Jeong [4]의 연구에서는 유의한 요인으로 포함되지 않은 점이 다른 연구결과이다. 우울증을 예견하는 데 있어 우울병력은 매우 중요한 자료이며 낮은 자아존중감은 우울과 밀접한 연관이 있는 것으로 알려져 있다[30]. 그러나 출산 후 6개월 산모를 대상으로 한 연구[12]에서 모성자존감이 산후우울증 예측요인에 포함되지 않았고, Youn과 Jeong [4]의 연구에서도 자아존중감이 유의한 예측변수가 아닌 것으로 나타나 출산 후 경과 기간과 연관 지어 자아존중감과 산후우울의 관련성에 대한 연구를 시도해보는 것도 의미가 있을 것으로 사료된다. 즉, 출산이라는 상황은 여성의 인생에 있어서 심리적으로나 육체적으로 매우 큰 사건으로 이를 경험한 산모들이 출산한 아이가 점점 자라나고 자신의 몸이 회복되어 감에 따라 산모의 자아의식에 어떤 변화가 오는 것으로 인한 결과인지, 단순한 측정도구나 조사대상자의 규모가 영향을 미치는 결과인지 연구해 볼 것을 제언한다.

사회적 지지는 우울증상을 완화시키는 데 효과적인 변수로 알려져 왔다. 산욕초기 산모들을 대상으로 한 연구[22]에서도

사회적 지지는 산후우울증의 주요한 영향요인이었다. 그러나 오늘날 한국의 경우 핵가족화로 인하여 산모들이 육아에 대하여 주변사람들과의 의사소통이나 도움을 받을 기회가 적어짐에 따라 적절한 사회적 지지를 받기 어려운 상황에 놓여 있어 [22] 우울에 더욱 취약해진다고 할 수 있겠다. 아울러 변화하는 시대의 특성에 맞추어 산모들에게 사회적 지지를 제공할 수 있는 다양한 방안에 대한 연구도 필요한 것으로 보인다. 전통적인 가족체계 내에서의 사회적 지지가 부족해지는 면을 보완하기 위하여 산모 대상의 가정방문 간호 등을 체계적으로 활성화하는 것을 검토해 볼 수 있겠다.

본 연구의 제한점으로는 선행연구에서 산모의 우울에 영향을 미치는 변수로 보고된 바 있는 직업여부와 산과적 합병증 여부를 확인하지 않은 점, 일부 지역에서 조사가 이루어진 점, 자기기입법에 의존한 도구를 활용하여 응답편의의 가능성이 있는 점을 들 수 있다. 이와 같은 제한점에도 불구하고, 지역사회 2개 보건소에서 대상자군을 모집하여 보다 다양한 대상자들을 포함하고자 노력한 점, 산모들의 성격적 특성요인까지 확대하여 분석하였다는 점이 본 연구의 의의라고 할 수 있겠다. 아울러 추후 산후우울증에 대한 중재를 고려할 때 부적응적 완벽주의 요인에 대한 사정과 이에 대한 심리적 중재를 중요한 부분으로 포함하는 것이 대상자들에게 보다 효율적인 도움을 제공할 수 있는 방안이 될 것으로 볼 수 있다.

결론

본 연구는 산후 2주 이후 1년 이내의 산모들을 대상으로 산후우울증 수준과 관련요인을 확인하고자 시도되었다. 본 연구 대상자의 43.3%가 산후우울증 위험군으로 조사되었다. 회귀분석 결과, 완벽주의 하위요인 중에서는 부모의 비난, 실수에 대한 염려가 산후우울증에 대해 설명력이 높게 나타났으며, 이외에 산후요인 중 모성우울감, 산전요인의 우울병력, 산전불안, 자아존중감, 결혼/배우자만족, 사회적 지지 순으로 산후우울증의 관련요인임을 알 수 있었고 이들 요인에 의한 설명력은 57.2%였다. 이와 같은 결과를 고려하여 산후우울증의 예방적 중재에 성격적 요인을 포함하여 접근할 필요가 있으며 이와 더불어 산모들의 우울위험군 가능성 기간을 좀더 확대하여 주의 깊게 사정하는 것이 바람직하다고 하겠다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Choi, Suyoung

<https://orcid.org/0000-0003-2377-9187>

Hyun, Mi Yeul

<https://orcid.org/0000-0002-4087-1260>

REFERENCES

1. Ahn CS, Kang MS, Park SY, Choi YR. Usefulness of Edinburgh Postnatal Depression Scale for postpartum depression. *Korean Journal of Perinatology*. 2015;26(1):21-27. <https://doi.org/10.14734/kjp.2015.26.1.21>
2. Oddo-Sommerfeld S, Hain S, Louwen F, Schermelleh-Engel K. Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: pathways through antepartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*. 2016;191:280-288. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.040>
3. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013;9:379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
4. Youn JH, Jeong IS. Predictors of postpartum depression: prospective cohort study. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(2):225-235. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.2.225>
5. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011;14(1):1-27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
6. Maia BR, Pereira AT, Marques M, Bos S, Soares MJ, Valente J, et al. The role of perfectionism in postpartum depression and symptomatology. *Archives of Women's Mental Health*. 2012; 15(6):459-468. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0310-2>
7. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*. 2001;50(5):275-285.
8. 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. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2009.15.3.216>
9. 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. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2010.16.1.29>
10. Jung MH, Kim JI. A study on the relationship among prenatal emotional status, preparation for delivery, postpartum social support and postpartum blues. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2005;11(1):38-45.
11. 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.
<https://doi.org/10.4069/kjwhn.2011.17.2.118>
12. Yeo JH. Postpartum depression and its predictors at six months postpartum. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2006; 12(4):355-362.
13. Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(2):203-212.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
14. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990;14(5): 449-468.
15. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JL, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 1993;14(1):119-126.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
16. Bergman AJ, Nyland JE, Burns LR. Correlates with perfectionism and the utility of a dual process model. *Personality and Individual Differences*. 2007;43(2):389-399.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.12.007>
17. Lee DG, Bae BH, Ham KA, Chun YA. Relationship between perfectionism and depression: a trend and meta analysis on articles published in Korea from 1990 to 2014. *Korean Journal of Psychology: General*. 2015;34(1):305-333.
18. Beck CT, Records K, Rice M. Further development of the postpartum depression predictors inventory-revised. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2006;35(6):735-745. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00094.x>
19. Hyun JW, Choi JH. The effects of perfectionism and evaluative threat on the performance of task. 1992 Annual Conference of Korean Psychological Conference. 1992;1:463-472.
20. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(6):782-786.
<https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
21. Kim YK, Won SD, Lim HJ, Choi SH, Lee SM, Shin YC, et al. Validation study of the Korean version of Edinburgh Postnatal Depression Scale (K-EPDS). *Journal of Korean Society for Depression and Bipolar Disorders*. 2005;3(1):42-49.
22. Cho YC, Namkung YO, Yang HK. Relationship between women's postpartum depression and social support. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*. 2007;11(2):149-161. <https://doi.org/10.21896/jksmch.2007.11.2.149>
23. Dindar I, Erdogan S. Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*. 2007; 24(2):176-183.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2007.00622.x>
24. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2007;36(6):542-549.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x>
25. Han JY, Park K. The mediating effects of shame and cognitive coping strategies between maladaptive perfectionism and depression. *Korean Journal of Youth Studies*. 2011;18(9):169-188.
26. Park HJ, Jeong DY. Clusters of perfectionists and their characteristics in procrastination, problem-solving appraisal, and interpersonal problems. *Korea Journal of Counseling*. 2010;11 (3):975-991.
27. Gelabert E, Subirà S, García-Esteve L, Navarro P, Plaza A, Cuyàs E, et al. Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136(1-2):17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.030>
28. Sassaroli S, Lauro LJR, Ruggiero GM, Mauri MC, Vinai P, Frost R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 46(6):757-765. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.007>
29. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MC, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(3):202-211.
<https://doi.org/10.1002/eat.20243>
30. Choi MR, Lee IH. The moderating and mediating effects of self-esteem on the relationship between stress and depression. *Korean Journal of Clinical Psychology*. 2003;22(2):363-383.