

우울증상이 있는 기혼여성의 우울 감소 영향요인: 여성가족패널 5, 6차 조사자료를 이용하여

서지민¹ · 이해진²

부산대학교 간호대학 교수¹, 부산대학교 간호대학 대학원생²

Factors Influencing the Decrease in Depression among Married Women with Depression: Using the Fifth and Sixth Wave Data of Korean Longitudinal Survey of Women and Families

Seo, Ji Min¹ · Lee, Hyejin²

¹Professor, College of Nursing, Pusan National University, Yangsan

²Doctoral Student, College of Nursing, Pusan National University, Yangsan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify factors influencing decreasing depressive mood of married women with depression. **Methods:** Data that integrate the Korean longitudinal survey of women and families in 2014 and 2016 were used. Subjects for this study were 974 people who participated in the fifth survey in 2014 and the sixth survey in 2016, and married women were included in the depression group in the fifth survey. The data was analyzed with χ^2 test, t-test, and logistic multiple regression analysis using the SPSS 23.0 program. **Results:** The decreased-depression group's depression decreased from 11.78 points in the fifth survey to 6.31 points in the sixth survey. This study showed that main factors such as age (OR=0.96, $p=.002$), educational level (OR=0.54, $p=.007$), economical status (OR=0.62, $p=.037$), satisfaction with marriage life (OR=1.15, $p<.001$), use of medical services (OR=1.65, $p=.002$), and physical activity (OR=1.08, $p=.019$) help decrease married women's depression. **Conclusion:** This study findings indicate a need to develop the strategies to increase satisfaction for marriage life and physical activity and to enhance health promotion to decrease depression among depressed married women.

Key Words: Women; Depression; Longitudinal studies

서론

1. 연구의 필요성

전 세계적으로 우울증 환자가 증가하고 있는 추세로, 세계 보건기구(World Health Organization, WHO)는 2005년에

서 2015년 사이에 18.4%가 증가하여 이러한 추세가 지속되면 2030년에는 우울증이 주요 10대 질환 중에 가장 큰 부담을 주는 질환이 될 것으로 예상하고 있다[1,2]. 특히 한국은 성인 10명 중 1명이 우울증을 경험하고 있는 것으로 조사되어[3], 국제 사회의 우울증 유병률의 2배에 이른다[2]. 또한 전체 우울증 환자 중 여성이 70%를 차지하여 여성이 남성보다 우울증에 취약

주요어: 여성, 우울증, 종단연구

Corresponding author: Lee, Hyejin <https://orcid.org/0000-0002-5158-7556>

College of Nursing, Pusan National University, 49 Pusandaeak-ro, Mulgeum-eup, Yangsan 50612, Korea.

Tel: +82-51-510-8351, Fax: +82-51-510-8308, E-mail: snu18@hanmail.net

- This work was supported by a 2-Year Research Grant of Pusan National University

Received: Aug 17, 2018 | Revised: Oct 22, 2018 | Accepted: Nov 22, 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.

하고, 그 중 기혼여성이 미혼남성과 여성 및 기혼남성보다 우울 증으로 인한 정신건강문제를 더 많이 경험하는 것으로 조사되었다[4].

기혼여성은 출산으로 인한 신체적 변화뿐만 아니라 직장에서의 자발적 또는 강압적 이직 압박과 자녀양육 및 가사노동 등 복합적인 스트레스원으로 인해 우울증에 이환되기 쉽다[5]. 기혼여성의 우울증은 자신뿐만 아니라 배우자와 자녀 등 가족 전체의 정신건강에 직·간접적으로 영향을 주게 되는데, 특히 기혼여성의 우울 정서는 자녀의 정서 및 사회성 발달에 악영향을 미칠 뿐만 아니라[6] 부부간의 갈등 및 불화의 원인이 되며 심하면 가족해체와 본인의 자살로 이어질 수 있다[7]. 따라서 기혼여성의 우울은 개인 차원을 넘어 가족구성원 전체의 정신건강 차원에서 다루어져야 할 과제라고 할 수 있다.

기혼여성의 우울에 대한 선행연구는 스트레스, 가족관계와 결혼만족도 및 건강상태를 중심으로 영향요인을 확인하는 연구들로 이루어져 왔다[8-14]. 그러나 대부분의 연구가 대상자의 우울증 여부를 고려하지 않고 일반인 전체를 대상으로 한 횡단자료를 이용하여 분석이 이루어져, 실제 우울증을 겪고 있는 사람의 우울 감소를 위한 중재 개발이나 정책 방향을 결정하는데 필요한 정보를 얻는데 한계가 있었다[15]. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 우울증 환자나 우울 위험군에 대한 종단자료를 이용하여 우울 영향요인을 확인하는 연구가 필요하다.

이러한 관점에서 국가적으로 건강 관련 종단자료를 확보하기 위해 시행되고 있는 패널조사자료를 이용하여, 우울 점수가 높은 대상자를 선정하여 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인하거나[5,15] 관측시점에 따른 우울 점수의 변화양상과 변화에 영향을 미치는 요인을 확인하는 연구들이 시행되고 있다[16,17]. 청소년, 성인, 노인 등 다양한 연령층을 대상으로 연구되고 있지만[5,15-17] 기혼여성이나 중년여성을 대상으로 한 종단자료분석연구는 Kang과 Jeon의 연구[16]와 Sung [18]의 연구에 불과하였다. 청소년, 성인 및 노인을 대상으로 한 선행 연구에서는 연령[5,15,16], 교육수준[15,16], 경제상태[15,17], 사회서비스 이용[17] 등의 인구·사회학적 요인이 우울 감소에 영향을 미치는 것으로 보고하였다. 이는 대부분 사회복지학에서 이루어진 연구로, 주로 일반 성인이나 노인을 대상으로 경제수준과 빈곤이 우울 변화에 미치는 영향을 분석하였다. 기혼여성을 대상으로 한 Kang과 Jeon의 연구[16]도 한국복지패널 자료를 이용하여 기혼여성의 빈곤 여부와 가구주 여부에 따른 우울 수준의 변화를 분석하였다.

기혼여성의 우울에 대한 선행연구에서 보고된 우울 관련 요인으로는 나이, 교육수준, 경제상태, 직업만족도, 결혼만족도

및 배우자와의 관계 등의 인구사회학적 요인[8-12]과 가사노동, 자녀 돌봄 부담, 역할부담 등의 가사노동 관련요인[19], 그리고 건강상태, 스트레스, 갱년기 증상 등의 건강 관련 요인 등 [13,14]이 있으며, 이 요인들 중에 결혼만족도, 스트레스, 건강상태가 영향력이 높은 것으로 보고되었다[8,9,13,14]. 그러나 이 연구들은 횡단자료를 이용하여 분석이 이루어져, 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 이해하는 데는 한계가 있다.

이에 본 연구는 여성가족패널의 2014년(5차년도)과 2016년(6차년도) 자료를 이용하여 5차년도 조사에서 임상적으로 우울 증상이 있는 우울군 기혼여성 중에 6차년도 조사에서 여전히 우울군에 속해 있는 자와 우울이 감소하여 비우울군에 속하게 된 자의 특성을 비교하고, 우울군에서 비우울군으로 변화되는데 어떤 특성이 영향을 미치는지 확인하고자 한다. 이를 통해 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소를 위한 간호중재와 정책 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 한국여성정책연구원의 여성가족패널조사의 5, 6차년도(2014, 2016년) 자료를 사용하여 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인하는 것이며 구체적인 연구목표는 다음과 같다.

- 연구대상자의 일반적 특성과 건강 및 건강행태 특성을 확인한다.
- 우울 유지군과 우울 감소군의 우울 정도를 확인한다.
- 우울 유지군과 우울 감소군 간에 일반적 특성과 건강 및 건강행태 특성의 차이를 확인한다.
- 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 여성가족패널조사자료를 이차 분석한 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

한국여성정책연구원의 여성가족패널조사는 가구와 가구에

존재하는 19세 이상 64세 이하의 여성을 표본대상으로 한다. 본 연구는 여성가족패널조사의 2014년(5차년도), 2016년(6차년도) 자료를 사용하였다. 여성가족패널조사의 표본을 추출하기 위해 시설수용자를 제외한 대한민국 영토 내에 거주하고 있는 모든 가구를 모집단으로 하여 도시화의 정도, 산업별 종사자 수 비율, 주거형태별 가구 비율, 가구원 수별 가구분포, 가구주의 연령, 가구주의 성별을 층화변수로 지정하여 층화하였고, 층화된 각 시도별 조사구 중에서 조사구 내의 가구 수 규모의 크기에 비례하는 확률비례계통추출법을 적용하여 1,700개의 조사구를 추출하였다. 선정된 조사구 내에 거주하는 가구를 계통추출하여 조사가구로 선정하였다. 1개 표본 조사구에서 5가구를 계통추출하였고 실제 조사에서는 조사구당 4~7가구 정도가 추출되었다. 계통추출방법에 의해 선정된 조사대상 가구에 19세 이상 64세 이하의 여성 가구원이 1명도 없는 경우에는 차 순위에 있는 가구를 조사대상 가구로 선정하였다[20].

본 연구는 5, 6차년도 조사에 모두 참여한 자 중에 기혼여성 이면서 5차년도 조사에서 한국판 The Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) 단축형 도구 상 10점 이상의 우울점수를 나타내 우울군으로 분류된 자를 대상으로 하였다. 이 중에 6차년도 조사에서 우울 점수가 10점 이상인 자를 우울 유지군으로, 10점 미만인 자를 우울 감소군으로 분류하였다. 5, 6차년도 조사에 모두 참여한 기혼여성은 5,498명이었으며, 이 중에 974명(17.7%)이 우울군으로 분류되어, 연구대상자는 974명이었다.

3. 연구도구

1) 우울

우울은 Radloff [21]가 개발한 CES-D를 Andersen과 Malmgren [22]이 10문항으로 축약한 CES-D 10으로 측정하였다. 이 도구는 0점에서 3점까지의 4점 Likert-type 척도로 점수가 높을수록 우울이 심한 것을 의미한다. 총점범위는 0에서 30점까지이며, 총점이 10점 이상이면 임상적으로 우울함을 의미한다[22]. 여성가족패널자료에서는 1점에서 4점까지의 4점 Likert-type 척도로 조사되어, 본 연구에서는 원 도구와 동일하게 0점에서 3점까지로 변환하여 점수화하였다. 총점 10점 이상이면 우울군으로 분류하였다. 5차년도와 6차년도 조사 모두 총점 10점 이상인 자를 우울 유지군, 5차년도 조사에서 총점 10점 이상이었던가 6차년도에서 10점 미만이 된 자를 우울 감소군으로 정의하였다. 내적일관성 신뢰도 Cronbach's α 는 5차년도 자료 .68, 6차년도 자료 .70이었다.

2) 일반적 특성

일반적 특성은 연령, 교육수준, 경제상태, 결혼만족도, 직업유무, 직업만족도로 구성하였다. 경제 상태는 1문항으로 구성되었고 '매우 여유가 있다' 1점에서 '매우 어렵다' 5점까지의 5점 Likert 척도로 조사하였고, 본 연구에서는 '매우 여유가 있다'와 '조금 여유가 있다'를 묶어서 '여유가 있다'로 변환하고, '조금 어렵다'와 '매우 어렵다'를 묶어서 '어렵다'로 변환하여 사용하였다. 결혼만족도는 1문항으로 구성되었고, 남편과의 결혼생활에 대한 전반적인 느낌을 '매우 불행하다' 1점에서 '매우 행복하다' 10점까지의 10점 평정척도로 측정하였다. 직업만족도는 10문항으로 구성되었고 '매우 만족' 1점에서 '매우 불만족' 5점까지의 5점 Likert 척도로 총점범위는 10점에서 50점까지이며, 점수가 높을수록 직업에 대해 만족함을 의미하며, 내적일관성 신뢰도 Cronbach's α 는 .90이었다.

3) 건강 및 건강행태 특성

건강 및 건강행태 특성은 폐경 여부, 진단받은 질환 유무, 지각된 건강상태, 주관적 체형인식, 음주문제, 흡연, 의로서비스 이용 여부, 신체활동, 스트레스 정도로 구성하였다. 폐경 여부는 현재 폐경 상태인지 아닌지의 여부를 묻는 1문항, 진단받은 질환 유무는 현재 진단받은 질환이 있는지를 조사하는 1문항을 사용하였다. 지각된 건강상태는 '매우 좋다' 1점에서 '매우 나쁘다' 5점까지의 5점 Likert 척도의 1문항으로 조사하였고, 본 연구에서는 '매우 좋다'와 '대체로 좋은 편이다'를 묶어서 '좋은 편이다'로 변환하고, '조금 나쁜 편이다'와 '매우 나쁘다'를 묶어서 '나쁘다'로 변환하여 사용하였다. 주관적 체형인식은 '매우 마른 편이다' 1점에서 '매우 비만이다' 5점까지의 5점 Likert 척도의 1문항으로 조사하였고, 본 연구에서는 '매우 마른 편이다'와 '약간 마른 편이다'를 묶어서 '마른 편이다'로 변환하고, '약간 비만이다'와 '매우 비만이다'를 묶어서 '비만이다'로 변환하여 사용하였다.

음주문제 측정도구는 CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty-feeling, Eye-opening) 자가진단척도[23]를 사용하였으며, 4문항으로 구성되었고 '없다' 0점, '있다' 1점으로 측정하였다. 문항은 '술을 끊거나 줄여야겠다고 생각한 적이 있다', '술 때문에 가정이나 직장에서 문제가 된 경우가 있다', '술을 마시고 나서 후회한 경우가 있다', '술을 깨기 위해 아침에 다시 술을 마시는 경우가 있다'로 구성되었다. 총점범위는 0점에서 4점이며, 점수가 높을수록 음주문제가 심함을 의미하며, 내적일관성 신뢰도 KR-20은 .77이었다.

흡연은 현재 흡연 여부를 조사하는 1문항으로 측정하였고,

의료서비스이용 여부는 지난 1년 동안 본인의 건강문제로 의료서비스를 받은 적이 있었는지를 1문항으로 조사하였다. 신체활동은 최근 일주일 동안 격렬한 신체운동을 수행한 일수를 측정하였다. 스트레스 측정도구는 직장, 가정, 학교, 경제, 관계 등의 문제로 인한 스트레스 정도를 측정하는 8문항으로 구성되었고, ‘매우 그렇다’ 1점에서 ‘전혀 그렇지 않다’ 4점까지의 4점 Likert 척도로 구성되었다. 6번을 제외한 문항은 점수가 높을수록 스트레스 정도가 낮은 것으로 해석되는 문항이어서 6번을 제외한 나머지 문항을 모두 역 변환하여 총점을 내었다. 총점범위는 8점에서 32점까지이며, 점수가 높을수록 스트레스 정도가 높은 것을 의미하며, 내적일관성 신뢰도 Cronbach’s α 는 .65였다.

4. 자료수집

연구자가 속한 기관의 생명윤리위원회의 심의면제 승인(IRB No. 2016_81_HR)을 받은 후 연구를 수행하였다. 한국여성정책연구원에서 주관하여 원시 데이터를 일반인에게 공개하고 있는 여성가족패널 웹사이트를 통해 연구자가 연구의 목적에 대해 설명하고 자료 활용 승인을 받은 다음, 설문지 및 원자료를 다운로드 받아 분석하였다. 본 연구는 기혼여성의 우울감에 대한 연구로 성별에 대한 차이를 분석하는 것이 목적이 아니므로 남성이 포함되지 않는 여성 단일군으로 자료분석이 진행되었다.

5. 자료분석

자료분석을 위해 SPSS/WIN 23.0 프로그램을 이용하였다. 여성가족패널조사의 5, 6차년도 자료를 개인 아이디를 중심으로 개체병합한 다음 개인별 횡단가중치를 적용하여 분석하였다. 개인별 횡단가중치는 가구내 종단면 개인가중치의 평균을 사용하였으며, 해당 가중치를 적용하여 모집단의 데이터를 추정하고, 추정된 데이터의 평균을 계산하여 모평균을 추정하였다. 연구대상자의 일반적 특성과 건강 및 건강행태 특성은 5차년도 자료를 사용하였으며, 우울 점수는 5, 6차년도 자료를 사용하였다. 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 연구대상자의 일반적 특성과 건강 및 건강행태 특성은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 우울 유지군과 우울 감소군의 우울 정도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 산출하였다.
- 우울 유지군과 우울 감소군 간에 일반적 특성과 건강 및

건강행태 특성의 차이는 χ^2 test, independent t-test로 분석하였다.

- 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 우울 유지군을 0으로, 우울 감소군을 1로 하여 이분형 로지스틱 다중회귀분석을 시행하였다.

연구 결과

1. 연구대상자의 특성

연구대상자는 5차년도 자료에서 우울군에 속했던 기혼여성으로 974명이었다(Table 1). 일반적 특성을 살펴보면, 연령은 50대가 31.7%, 60대 이상이 28.5%로 많았으며, 교육수준은 고등학교 졸업이 39.8%로 가장 많았다. 경제상태가 보통이라고 답한 대상자가 60.3%로 가장 많았으며, 직업이 없다고 응답한 경우가 56.5%로 많았고, 직업이 있는 대상자의 직업만족도는 50점 만점에 평균 30.47 ± 5.87 점이었으며, 결혼만족도는 10점 만점에 평균 6.18 ± 1.67 점이었다.

연구대상자의 건강 및 건강행태 특성을 살펴보면, 폐경하였다고 답한 대상자가 55.6%로 많았으며, 진단을 받은 질환이 없다고 답한 대상자가 66.5%였다. 지각된 건강상태는 나쁨이라고 답한 대상자가 43.2%, 본인의 체형이 보통이라고 생각하는 대상자가 59.5%로 많았다. 음주문제는 4점 만점에 평균 0.07 ± 0.38 점이었고, 현재 흡연하고 있다고 답한 대상자는 0.6%로 조사되어 흡연자가 드물었다. 지난 1년간 의료서비스를 이용한 적이 있는 대상자가 53.3%였다. 최근 1주일간 격렬한 신체활동을 한 적이 전혀 없다고 답한 대상자가 66.8%였고, 신체활동을 평균 1.22 ± 2.04 일 하는 것으로 나타나 운동량이 부족하였다. 스트레스 점수는 32점 만점에 평균 22.34 ± 3.07 점이었다.

2. 우울 유지군과 우울 감소군의 우울 점수

연구대상자 중에 39.0%가 우울 유지군으로 분류되었고, 61.0%가 우울 감소군으로 분류되어 우울 감소군이 더 많았다. 우울 유지군의 5차년도 우울 점수는 30점 만점에 평균 12.79 ± 2.84 점, 6차년도는 12.86 ± 2.81 점으로 0.07 ± 0.03 점이 증가하였다. 우울 감소군의 5차년도 우울 점수는 평균 11.78 ± 2.28 점이었다가 6차년도는 6.31 ± 1.77 점으로 감소하여, 2년 동안 5.47 ± 0.51 점이 감소하였다(Table 2).

Table 1. Characteristics of the Study Sample and Population

Variables	Characteristics	Categories	Depression group of 5th			
			n=974		N=2,057,702	
			n (%)	M±SD	W%	M±SD (W)
General characteristics	Age (year)	≤ 39	111 (11.4)	53.07±10.57	15.8	52.07±10.89
		40~49	264 (27.1)		24.0	
		50~59	283 (29.1)		31.7	
		≥ 60	316 (32.4)		28.5	
	Education level	≤ Elementary school	255 (26.2)		16.5	
		Middle school	149 (15.3)		14.3	
		High school	338 (34.7)		39.8	
		≥ University	232 (23.8)		29.4	
	Economical status	Good	105 (10.8)		11.1	
		Fair	609 (62.5)		60.3	
		Poor	260 (26.7)		28.6	
	Job	Yes	489 (50.2)		43.5	
		No	485 (49.8)		56.5	
	Working satisfaction			30.20±5.44		30.47±5.87
	Satisfaction for marriage life			6.19±1.74		6.18±1.67
Health and health behavior characteristics	Menopause	Yes	551 (56.6)		55.6	
		No	423 (43.4)		44.4	
	Diagnosed disease	Yes	383 (39.3)		33.5	
		No	591 (60.7)		66.5	
	Perceived health status	Good	266 (27.3)		22.5	
		Fair	316 (32.4)		34.3	
		Poor	392 (40.3)		43.2	
	Perceived body type	Slim	116 (11.9)		10.8	
		Fair	557 (57.2)		59.5	
		Obesity	301 (30.9)		29.7	
	Drinking			0.05±0.35		0.07±0.38
	Smoking	Yes	7 (0.7)		0.6	
		No	967 (99.3)		99.4	
	Use of medical services	Yes	604 (62.0)		53.3	
		No	370 (38.0)		46.7	
	Physical activity (day/week)	Yes	292 (30.0)	1.17±2.07	33.2	1.22±2.04
		No	682 (70.0)		66.8	
	Stress			22.28±3.08		22.34±3.07

W=weighted estimate.

Table 2. Depression Scores of the Maintenance and Decreased Group

Variables	n (%)	W%	5th (2014)		6th (2016)		Change (6th~5th)	
			M±SD	M±SD (W)	M±SD	M±SD (W)	M±SD	M±SD (W)
Maintenance group	411 (42.2)	39.0	13.00±3.11	12.79±2.84	13.13±2.97	12.86±2.81	-0.13±3.76	0.07±0.03
Decreased group	563 (57.8)	61.0	12.16±2.58	11.78±2.28	6.31±1.81	6.31±1.77	5.85±3.27	-5.47±0.51

W=weighted estimate.

3. 우울 유지군과 우울 감소군 간에 일반적 특성과 건강 및 건강행태 특성의 차이

연구대상자의 일반적 특성에 따른 우울 유지군과 우울 감소군의 차이를 분석한 결과는 Table 3과 같다. 연령은 우울 유지

군이 평균 54.52 ± 10.70 세였고, 우울 감소군이 평균 50.51 ± 10.71 세로 우울 감소군의 연령이 더 낮았다($t=5.01, p < .001$). 교육수준은 두 군 모두 고등학교 졸업이 가장 많았고, 우울 유지군의 38.2%, 우울 감소군의 40.8%가 고등학교 졸업이었으며, 집단 간에 교육수준이 유의한 차이가 있었다($\chi^2=23.30, p < .001$).

Table 3. Differences in Participants' Characteristics between Maintenance and Decreased Group

Variables	Characteristics	Categories	Maintenance group (n=411, N=802,515)		Decreased group (n=563, N=1,255,187)		χ^2 or t	p
			n (%) or M \pm SD	W% or M \pm SD	n (%) or M \pm SD	W% or M \pm SD		
General characteristics	Age (year)	≤ 39	32 (7.8)	11.0	79 (14.0)	18.8	25.65	< .001
		40~49	100 (24.3)	21.1	164 (29.1)	25.9		
		50~59	112 (27.3)	28.3	171 (30.4)	33.8		
		≥ 60	167 (40.6)	39.6	149 (26.5)	21.5		
			55.02 \pm 10.28	54.52 \pm 10.70	51.65 \pm 10.56	50.51 \pm 10.71	5.01	< .001
	Education level	\leq Elementary school	119 (29.0)	21.6	136 (24.2)	13.3	23.30	< .001
		Middle school	84 (20.4)	19.2	65 (11.5)	11.1		
		High school	130 (31.6)	38.2	208 (36.9)	40.8		
		\geq University	78 (19.0)	21.0	154 (27.4)	34.8		
	Economical status	Good	36 (8.8)	7.3	69 (12.3)	13.5	6.37	.041
		Fair	275 (66.9)	65.5	334 (59.3)	57.0		
		Poor	100 (24.3)	27.2	160 (28.4)	29.5		
	Job	Yes	199 (48.4)	40.4	290 (51.5)	45.4	0.91	.341
		No	212 (51.6)	59.6	273 (48.5)	54.6		
	Working satisfaction		29.70 \pm 5.57	30.22 \pm 6.13	30.54 \pm 5.33	30.62 \pm 5.71	-1.69	.092
	Satisfaction for marriage life		5.91 \pm 1.74	5.85 \pm 1.70	6.39 \pm 1.72	6.40 \pm 1.61	-4.26	< .001
Health and health behavior characteristics	Menopause	Yes	259 (63.0)	64.9	292 (51.9)	49.7	12.03	.001
		No	152 (37.0)	35.1	271 (48.1)	50.3		
	Diagnosed disease	Yes	178 (43.3)	36.1	205 (36.4)	31.7	4.74	.030
		No	233 (56.7)	63.9	358 (63.6)	68.3		
	Perceived health status	Good	135 (32.8)	28.1	131 (23.3)	18.8	11.17	.004
		Fair	126 (30.7)	29.8	190 (33.7)	37.2		
		Poor	150 (36.5)	42.1	242 (43.0)	44.0		
	Perceived body type	Slim	56 (13.6)	12.8	60 (10.7)	9.4	5.47	.019
		Fair	228 (55.5)	54.4	329 (58.4)	62.8		
		Obesity	127 (30.9)	32.8	174 (30.9)	27.8		
	Drinking		0.04 \pm 0.30	0.03 \pm 0.25	0.06 \pm 0.39	0.09 \pm 0.44	-1.09	.275
	Smoking	Yes	6 (1.5)	1.3	1 (0.2)	0.1	5.47	.019
		No	405 (98.5)	98.7	562 (99.8)	99.9		
	Use of medical services	Yes	288 (70.1)	63.6	316 (56.1)	46.7	19.61	< .001
		No	123 (29.9)	36.4	247 (43.9)	53.3		
	Physical activity (day/week)	Yes	103 (25.1)	30.8	189 (33.6)	34.8	8.20	.004
		No	308 (74.9)	69.2	374 (66.4)	65.2	-2.58	.010
	Stress		0.98 \pm 1.94	1.13 \pm 1.99	1.32 \pm 2.15	1.27 \pm 2.08	-1.02	.307

W=weighted estimate.

.001). 경제상태는 두 군 모두 보통이라고 답한 대상자가 가장 많았고, 우울 유지군의 65.5%, 우울 감소군의 57.0%가 보통이라고 답하였으며, 집단 간에 경제상태가 유의한 차이가 있었다($\chi^2=6.37, p=.041$). 직업은 두 군 모두 없다고 많았고, 우울 유지군의 59.6%, 우울 감소군의 54.6%가 직업이 없다고 답하여 집단 간에 유의한 차이가 없었다($\chi^2=0.91, p=.341$). 직업이 있는 대상자의 직업만족도는 우울 유지군이 30.22 ± 6.13 점, 우울 감소군이 30.62 ± 5.71 점으로 집단 간에 유의한 차이가 없었다($t=-1.69, p=.092$). 결혼만족도는 우울 유지군이 5.85 ± 1.70 점, 우울 감소군이 6.40 ± 1.61 점으로 우울 감소군의 결혼만족도가 더 높았다($t=-4.26, p<.001$).

건강 및 건강행태 특성에 따른 우울 유지군과 우울 감소군의 차이를 분석한 결과를 보면, 폐경 여부는 우울 유지군의 35.1%, 우울 감소군의 50.3%가 폐경하지 않았다고 답하여 우울 감소군에서 폐경하지 않은 대상자가 더 많았다($\chi^2=12.03, p=.001$). 진단받은 질환 유무는 우울 유지군의 63.9%, 우울 감소군의 68.3%가 진단받은 질환이 없다고 답하여 우울 감소군에서 진단받은 질환이 없는 대상자가 더 많았다($\chi^2=4.74, p=.030$). 지각된 건강상태는 두 군 모두 나쁘다고 답한 대상자가 많았고, 우울 유지군의 42.1%, 우울 감소군의 44.0%가 나쁘다고 응답하여 집단 간에 유의한 차이가 있었다($\chi^2=11.17, p=.004$). 주관적 체형인식은 두 군 모두 보통이라고 답한 대상자가 많았고, 우울 유지군의 54.4%, 우울 감소군의 62.8%가 보통이라고 답하여 집단 간에 유의한 차이가 있었다($\chi^2=5.47, p=.019$). 음주문제는 우울 유지군이 평균 0.03 ± 0.25 점, 우울 감소군이 평균 0.09 ± 0.44 점으로 집단 간에 유의한 차이가 없었다($t=-1.09, p=.275$). 흡연 여부는 우울 유지군의 98.7%, 우울 감소군의 99.9%가 흡연하지 않는다고 답하여 우울 감소군에서 비흡연자가 더 많았다($\chi^2=5.47, p=.019$). 의료서비스이용 여부는 우울 유지군의 36.4%, 우울 감소군의 53.3%가 의료서비스를 이용하지 않는다고 답하여 우울 감소군이 의료서비스를 더 적게 이용하였다($\chi^2=19.61, p<.001$). 신체활동은 우울 유지군의 30.8%, 우울 감소군의 34.8%가 신체활동을 한다고 답하여 우울 감소군에서 신체활동을 하는 대상자가 더 많았다($\chi^2=8.20, p=.004$). 우울 유지군은 1주일에 평균 1.13 ± 1.99 일, 우울 감소군은 평균 1.27 ± 2.08 일 신체활동을 한다고 답하여 우울 감소군이 신체활동을 더 많이 하는 것으로 나타났다($t=-2.58, p=.010$). 스트레스 정도는 우울 유지군이 22.01 ± 3.08 점이고, 우울 감소군이 평균 22.56 ± 3.05 점으로 집단 간에 유의한 차이가 없었다($t=-1.02, p=.307$).

4. 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소 영향요인

5차년도에서 조사된 연구대상자의 일반적 특성과 건강 및 건강행태 특성 중 단변량 검정에서 통계적으로 유의한 변수를 이분형 로지스틱 다중 회귀분석에 투입하였다. 일반적 특성은 연령, 교육수준, 경제상태, 결혼만족도, 건강 및 건강행태 특성은 폐경 여부, 진단받은 질환 유무, 지각된 건강상태, 주관적 체형인식, 흡연 여부, 의료서비스이용 여부, 신체활동이 투입되었다. 투입된 독립변수의 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)를 확인한 결과, 최댓값이 4.0으로 10에 크게 못 미치는 것으로 나타났고, 공차값(tolerance)은 최저값이 0.3으로 0.1을 초과하여 다중공선성에는 문제가 없는 것으로 판단하였다. 연구대상자의 교육수준, 경제상태, 폐경 여부, 진단받은 질환 유무, 지각된 건강상태, 주관적 체형인식, 흡연 여부, 의료서비스이용 여부는 가변수(dummy variable)로 모형에 투입되었다.

로지스틱 다중 회귀분석 결과, 연령, 교육수준, 경제상태, 결혼만족도, 의료서비스이용 여부, 신체활동 일수가 통계적으로 유의한 영향요인으로 나타났다(Table 4). 연령이 1세 높아질수록 우울 감소군이 될 확률이 0.96배이고, 초졸 이하에 비하여 중졸인 기혼여성이 우울 감소군에 속할 확률이 0.54배, 경제상태가 좋음에 비하여 보통인 기혼여성이 우울 감소군에 속할 확률이 0.62배로 나타났다. 반면에 기혼여성이 결혼만족도가 1점 증가할수록 우울 감소군에 속할 확률이 1.15배 높았고, 의료서비스를 이용하지 않는 기혼여성은 1.65배, 격렬한 신체활동을 1일 더 많이 할수록 1.08배 높은 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 여성가족패널 5, 6차년도 자료를 이용하여 로지스틱 다중 회귀분석을 시행하였다. 본 연구에서 5, 6차년도 여성가족패널조사에 참여한 기혼여성 5,498명 중에 17.7%(974명)가 우울군으로 분류되었다. 2015년 여성가족패널조사 보고서[20]에 의하면, 전체 여성의 16.7%가 우울군이었고, Lee 등[8]의 연구에서 지역사회 기혼여성의 13.0%가 우울군으로 보고되어, 본 연구의 기혼여성의 우울군 비율이 더 높게 나타났다. 본 연구대상자의 연령이 평균 52.1세인데 비해 Lee 등[8]의 연구대상자는 평균 39.4세로, 45세 이상 중년여성에서 우울증 발생빈도가 급격히 증가하는 점[4]을 고려하면, 본 연구대상자의 연령이 상대적으로 높아 우울군 비율이 높게

Table 4. Factors Influencing the Decrease in Depression among Married Women with Depression (N=974)

Variables	Characteristics	Categories	OR	95% CI	p
General characteristics	Age (year)		0.96	0.94~0.99	.002
	Education level	≤ Elementary school (reference)			
		Middle school	0.54	0.35~0.84	.007
		High school	0.87	0.56~1.37	.553
		≥ University	0.91	0.53~1.56	.732
	Economical status	Good (reference)			
		Fair	0.62	0.39~0.97	.037
		Poor	0.80	0.49~1.32	.384
	Satisfaction for marriage life		1.15	1.07~1.25	<.001
Health and health behavior characteristics	Menopause	No (reference)			
		Yes	1.55	0.96~2.50	.075
	Diagnosed disease	No (reference)			
		Yes	0.85	0.57~1.26	.419
	Perceived health status	Good (reference)			
		Fair	1.21	0.81~1.83	.351
		Poor	1.09	0.69~1.72	.716
	Perceived body type	Slim (reference)			
		Fair	1.27	0.83~1.93	.275
		Obesity	1.33	0.85~2.10	.216
	Smoking	No (reference)			
		Yes	0.18	0.02~1.53	.115
	Use of medical services	Yes (reference)			
		No	1.65	1.21~2.26	.002
	Physical activity (day/week)		1.08	1.01~1.16	.019

OR=odds ratio; CI=confidence interval.

나타난 것으로 생각된다.

본 연구에서 5차년도에 우울군이었던 기혼여성의 61.0%가 6차년도에 비우울군으로 분류되어, 2년 사이에 우울이 유의하게 감소한 기혼여성이 많았다. Park과 Lee [5]가 한국복지패널 2006~2009년도 자료를 분석한 연구에서 2006년에 우울군이었던 여성의 17.6%가 2009년에 비우울군으로 분류되었고, Kahng과 Jeon [15]이 한국고령화연구패널 2006~2008년도 자료를 분석한 연구에서 2006년에 우울군이었던 노인의 29.9%가 2008년에 비우울군으로 분류되어, 본 연구의 우울 감소군 비율이 상대적으로 높았다. 이러한 차이는 각 연구에서 서로 다른 우울 측정도구를 사용한 것과 관련이 있을 것으로 생각된다. 본 연구와 선행연구 2편[5,15]은 Radloff [21]가 개발한 CES-D 20문항 도구를 서로 다른 연구자가 축약한 도구를 사용하였다. 본 연구는 Andersen과 Malmgren [22]이 10문항으로 축약한 도구를 사용하고, Park과 Lee [5]는 한국복지패널에서 11문항으로 축약한 도구를, Kahng과 Jeon [15]은 Irwin 등 [24]이 10문항으로 축약한 도구를 사용하였다. 이 도구들은 척

도가 서로 다르고(4점, 5점, 1점), 우울군으로 분류하는 기준점수(10점, 16점, 4점)도 달라, 연구결과를 직접적으로 비교하기에는 어려움이 있다. 또한 본 연구에서 우울 감소군은 5차년도 조사에서 우울 점수가 평균 11.78 ± 2.28 점이었다가 6차년도 조사에서는 6.31 ± 1.77 점으로 낮아져 5.47점이 감소한 것으로 나타나, 2년 사이에 호전정도가 높았다. 이와 같이 본 연구에서 기혼여성의 우울 감소군 비율이 높은 것은 여성의 우울증 문제가 심각한 현시점에 매우 고무적이라고 볼 수 있다. 그러나 본 연구에서 우울 측정도구의 신뢰도 Cronbach's α 가 5, 6차년도 각각 .68과 .70으로 조금 낮은 편이었던 반면, Park과 Lee [5]는 .89와 .86이었으며 Kahng과 Jeon [15]은 .82와 .86으로 높은 신뢰도를 보였고, 우울 감소군의 비율이 이들 연구[5,15]의 결과와 차이가 있었으며, 기혼여성을 대상으로 우울 감소군의 우울 변화를 조사한 연구가 없으므로 향후 여성가족패널 조사의 7차년도 자료가 공시되면, 이에 대해 재분석해 볼 필요가 있다.

본 연구결과를 보면, 기혼여성의 연령, 교육수준, 경제상태,

결혼만족도, 의료서비스이용 여부, 신체활동 일수가 우울 감소에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이 중에 결혼만족도, 의료서비스이용 여부, 신체활동 일수가 우울 감소에 긍정적인 영향을 주었으며, 의료서비스이용이 가장 영향력이 높았다. 의료서비스를 이용하지 않은 경우에 우울이 감소할 확률이 더 높았는데, 건강하기 때문에 의료서비스를 이용하지 않았을 가능성이 높으므로 의료서비스를 이용하지 않은 건강한 기혼여성이 우울이 더 쉽게 감소하는 것으로 해석할 수 있다. 지역사회 성인 18,104명을 대상으로 한 Kim 등[25]의 연구에서 성인여성 중에 정상군이 우울증 추정군에 비해 외래의료 이용률이 유의하게 낮게 나타나 본 연구결과를 지지하였다. 또한 본 연구의 회귀분석결과에서는 진단받은 질환 유무와 지각된 건강상태는 우울 감소에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났으나, 카이제곱검정결과를 보면 진단받은 질환이 없는 경우에 우울 감소군의 비율이 높은 것으로 나타났다. 한국복지패널자료를 분석한 Kang과 Jeon [16]은 기혼여성의 건강상태가 좋을수록 우울 감소에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 이러한 결과들을 볼 때 건강상태가 우울 감소에 영향을 주는 것으로 생각된다. 그러나 본 연구결과에서 건강하기 때문에 의료서비스를 이용하지 않았을 가능성이 높다고 해석하는 것이 단편적이고 타당성이 부족할 수 있다는 한계점이 있다. 따라서 진단받은 질환, 지각된 건강상태 및 의료서비스 이용 여부가 우울 감소에 어떻게 영향을 미치는지에 대해서 향후 추가적인 연구가 필요하다고 생각된다.

본 연구에서 기혼여성의 결혼만족도가 우울 감소에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 기혼여성의 결혼만족도[9], 배우자 만족도[10], 결혼행복감[11]이 우울에 영향을 미치는 요인으로 보고되었으며, 성인[18]과 저소득층 중년여성[12]의 가족관계만족도의 증가가 우울 감소에 영향을 주는 것으로 보고되어 본 연구결과를 지지하였다. 따라서 우울 증상이 있는 기혼여성의 경우 남편과의 원활한 관계 및 가족구성원들의 지지는 우울을 감소시키는데 도움이 된다고 볼 수 있다. 과거에 비해 핵가족화가 보편화되면서 가족구성원들의 상호작용이 적어지고, 부부간의 대화단절 등으로 부부갈등이 심각해지고 있는 현실정[26]은 우울 증상이 있는 기혼여성의 정신건강에 부정적으로 작용할 수 있으므로 원만한 부부관계를 유지하는데 도움이 되는 중재 개발과 적용이 필요하다.

기혼여성이 1주일 동안 격렬한 신체활동을 한 일수가 우울 감소에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 국민건강영양조사에 참여한 중년여성의 경우[27] 1주일 동안 10분 이상의 걷기운동을 3일 이상 수행하는 운동군이 비운동군에 비해 우울감을 경

험하지 않는 여성이 많았고, 생애전환기 건강검진을 받은 만 40세 성인[28]이 고강도의 운동을 2일 이상 수행하는 경우에 비운동군이 더 많은 것으로 보고되어, 본 연구결과를 지지하였다. 신체활동과 우울과의 관련성에 대한 체계적 문헌고찰 연구에서[29], 격렬한 신체활동을 하는 것이 저강도의 신체활동에 비해 우울과 더 강한 관련성이 있었고, 중강도 이상의 신체활동을 짧은 시간 또는 긴 시간 동안 수행하는 경우 우울 감소와 관련성이 있는 것으로 보고되었다. 반면에 중년여성을 대상으로 한 연구[30]에서 규칙적인 걷기운동과 우울이 관련성이 없는 것으로 나타났으며, 기혼 취업여성[19]에서도 규칙적인 운동이 우울과 관련성이 없는 것으로 나타나, 본 연구결과와 차이가 있었다. 본 연구에서는 신체활동을 달리기, 등산, 빠른 속도의 자전거 등과 같은 격렬한 활동으로 정의하고, 이를 얼마나 하는지 구체적으로 질문하여 조사한 반면에, 운동과 우울이 관련성이 없는 것으로 보고한 연구[19,30]는 단순히 규칙적인 운동 여부에 대해 조사한 점이 본 연구와 차이가 있었다. 이상의 연구결과를 통해 중강도 이상의 신체활동이 기혼여성의 우울 감소에 효과적일 것으로 생각된다. 따라서 기혼여성의 우울을 감소시키기 위해서는 중강도 이상의 신체활동을 수행할 수 있도록 돕는 것이 필요하다.

기혼여성의 연령 증가가 우울 감소에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한국복지패널자료를 이용하여 우울 변화를 분석한 Kang과 Jeon [16]의 연구에서 기혼여성의 연령이 높아질수록 우울 감소 속도가 낮은 것으로 나타났으며, Park과 Lee [5]의 연구에서 성인여성의 연령이 높을수록 우울증이 지속되는 경향이 있는 것으로 나타나 본 연구결과를 지지하였다. 그리고 본 연구에서 초졸 이하에 비하여 중졸인 기혼여성이 우울 감소군에 속할 확률이 낮았는데, Kang과 Jeon [16]의 연구에서 기혼여성의 교육수준이 높을수록 우울 감소 속도가 낮으며, Park과 Lee [5]의 연구에서 성인여성은 중졸 이하일 때 우울증이 지속되는 경향이 있는 것으로 나타나 연구결과와 차이가 있었다. 그러나 이들 선행연구는 중졸 이하를 초졸과 중졸로 세분해서 분석하지 않아 본 연구결과와 구체적으로 비교하기는 어려웠다. 또한 기혼여성의 경제상태가 좋음에 비하여 보통일 때 우울 감소군에 속할 확률이 낮은 것으로 나타났다. Park과 Lee [5]의 연구에서 성인여성은 저소득가구에 속할 때 우울증이 지속되는 경향이 있는 것으로 나타나 본 연구결과를 지지하였다. Sung [12]의 연구에서 가족소득은 우울 감소에 영향을 미치지 않은 반면에 가족수입 만족도가 높을수록 우울이 감소하는 것으로 나타났다. 본 연구와 선행연구의 결과에서 다소 차이가 있었지만, 연구결과들을 종합해 볼 때 연령의 증가

및 낮은 교육수준과 경제상태는 기혼여성의 우울 감소에 부정적인 영향을 미칠 것으로 생각된다.

본 연구는 여성가족패널자료를 이용하였기 때문에 전체 성인인구를 대상으로 한 패널자료에 비해 기혼여성의 사례수가 많고 조사자료가 구체적이었다는 점에서 다른 패널자료분석 연구와 차별화된다. 지금까지는 기혼여성의 우울 관련연구의 대부분이 횡단연구로 우울 정도에 관계없이 전체 기혼여성을 대상으로 영향요인을 분석하였다. 그러나 본 연구는 기존의 횡단연구가 가지는 한계를 보완하기 위하여 패널자료를 이용하여 우울 증상이 있는 기혼여성 중에 일정 시간이 경과한 후 우울이 감소한 자를 대상으로 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인함으로써 우울증을 겪고 있는 기혼여성의 우울 감소를 위한 간호중재와 정책 개발에 필요한 실증적 근거를 제시하고자 노력하였다는 점에 의의가 있다. 지금까지 우울 감소에 대해 분석한 연구는 사회복지학 분야에서 인구·사회학적 요인에 초점을 두어 분석한 연구가 대부분이었는데, 본 연구는 건강 및 건강행태 특성을 추가하여 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 분석하였다는데 차별점이 있다. 따라서 본 연구는 대표성이 보장된 국가단위 패널조사를 이용하여 기혼여성의 우울 감소군 비율을 확인하고, 우울 감소군으로 변화되는데 영향을 미치는 요인을 확인함으로써 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 관리를 위한 중재 개발에 필요한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

여성가족패널에서 우울 조사를 시행한 것은 4, 5, 6차년도였는데, 4차년도는 5, 6년도와 다른 우울 조사도구를 사용하여 본 연구에서는 5, 6차년도 자료만을 분석하였다. 따라서 시간 경과에 따른 우울 감소를 확인하기에는 누적 차수가 부족한 자료를 분석하였으므로 향후 동일한 측정도구를 적용한 여성가족패널자료를 이용하여 후속연구를 시행하여 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인에 대해 반복하여 분석할 것을 제안한다. 또한 본 연구에서 도출된 우울 감소의 영향요인을 고려하여 기혼여성의 우울 감소를 위한 중재 프로그램을 개발하고 효과를 검증하는 연구를 제안한다.

결론

본 연구는 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 한국여성정책연구원에서 실시한 여성가족패널조사의 2014년(5차년도)과 2016년(6차년도)의 자료를 통합하여 분석하였다. 연령, 교육수준, 경제상태, 결혼만족도, 의료서비스이용 여부, 신체활동 일수가 우울 감소에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 특히 결혼만족도가 높아지

고, 의료서비스를 이용하지 않는 경우, 신체활동 일수가 증가할수록 우울 감소군에 속할 확률이 높은 것으로 확인되었다. 따라서 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울을 감소시키기 위해서는 결혼만족도와 신체활동을 증가시키며 건강을 증진시키기 위한 국가적 노력이 필요하다. 본 연구는 대표성이 보장된 국가단위 패널조사를 이용하여 시간 경과에 따라 우울 점수가 감소된 기혼여성의 우울 감소에 영향을 미치는 요인을 확인함으로써 우울 증상이 있는 기혼여성의 우울 관리를 위한 다각적인 간호중재 전략과 국가사업의 방향을 결정하는데 도움이 될 것으로 기대된다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Seo, Ji Min

<https://orcid.org/0000-0002-1182-0800>

Lee, Hyejin

<https://orcid.org/0000-0002-5158-7556>

REFERENCES

1. Park JH, Kim KW. A review of the epidemiology of depression in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 2011;54(4):362-369. <https://doi.org/10.5124/jkma.2011.54.4.362>
2. World Health Organization. Depression. Fact Sheet [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 23]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=D127AB787B4D3C307E7FB8CD1CC9E719?sequence=1>
3. Moon HP. Korea Health Statistics 2013: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI-1). Seoul: Ministry of Health and Welfare, Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2014 December. Report No. 11-1351159-000027-10.
4. Ministry of Health and Welfare. 2011 The epidemiological survey of mental disorders in Korea. Ministry of Health and Welfare Academic Research Service Project Report [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 8]. 1-383. Available from: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=0321&CONT_SEQ=274852&page=1
5. Park CK, Lee JR. Analysis of factors affecting the change of depression of Korean adult male and female. *Health and Social Science*. 2011;29:99-128.
6. Hoffman C, Crnic KA, Baker JK. Maternal depression and parenting: implications for children's emergent emotion regulation and behavioral functioning. *Parenting: Science and Practice*. 2006;6(4):271-295.

- https://doi.org/10.1207/s15327922par0604_1
7. Paulson JF, Basemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 2010;303(19):1961-1969.
<https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
8. Lee KM, Choi YK, Kang RH, Lee MS. Factors associated with depressive symptoms of the married women: focused on family relationship satisfaction and conflict-coping method. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 2004;43(2): 229-236.
9. Kim EK, Yi HT, Paik JH, Lee SY, Hong JM, Lee JW, et al. The effect of marital satisfaction and dysfunctional attitudes on married women's depression. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 1999;38(4):702-712.
10. Jung SM, Kim EH. A study of the influence into the psychosocial factors associated with depression in married women: focused on the differences between low-income group and general group. *Counseling Psychology Education Welfare*. 2017;4(2):5-21. <https://doi.org/10.20496/cpew.2017.4.2.5>
11. Lee JS, Choi WS. A study on path of depression of married working women. *Korean Journal of Social Welfare Studies*. 2011;42(4):389-412.
12. Sung JM. Effects of family and household's economic factors on depression: panel regression analysis using fixed-effect model. *Journal of Institute for Social Sciences*. 2013;24(2):207-228.
<https://doi.org/10.16881/jss.2013.04.24.2.207>
13. Im SY, Yim WS. A comparative study on factors influencing depression in married women in Korea and Japan. *Journal of Family Relations*. 2012;17(1):175-194.
14. Heo JE. Structural equation model on depression in middle aged married women [master's thesis]. Busan: Kosin University; 2014. 70 p.
15. Kahng SK, Jeon HS. A study on the predictors of depression improvement using 1st & 2nd wave data. *Mental Health & Social Work*. 2012;40(3):145-174.
16. Kang SI, Jeon HJ. Influence factors of married women's depression change: focused on householder and poverty. *Health and Social Science*. 2013;33:161-188.
17. Kim BK, Ha YJ, Choi SS. A vertical study on the factors which are influenced on depression of the aged: focusing on physical, psychological, social factors. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2014;34(1):115-132.
18. Sung JM. Longitudinal study on the effects of relationship satisfaction and self-esteem on the depression among the low-income, middle-aged Korean women. *Health and Social Welfare Review*. 2010;30(2):110-133.
<https://doi.org/10.15709/hswr.2010.30.2.110>
19. Kim SA, Nam KA, Cheong HI. Depression in married employed women. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;15(2):179-186.
20. Joo JS, Moon YK, Kim YT, Kim YR, Song CS, Lim YG, et al. Korean longitudinal survey of women and families: the 2015 annual report. Seoul: Korean Women's Development Institute; 2015 December. Report No. 2015 research report-20.
21. Radloff LS. The CES-D scale: a self report of depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977;1(3):385-401.
<https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
22. Andersen EM, Malmgren JA, Carter WB, Patrick DL. Screening for depression in well older adults: evaluation of a short form of the CES-D. *American Journal of Preventive Medicine*. 1994;10(2):77-84.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30622-6](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30622-6)
23. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*. 1984;252(14): 1905-1907.
<https://doi.org/10.1001/jama.1984.03350140051025>
24. Irwin M, Artin KH, Oxman MN. Screening for depression in the older adult: criterion validity of the 10-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Archives of Internal Medicine*. 1999;159(15):1701-1704.
<https://doi.org/10.1001/archinte.159.15.1701>
25. Kim RB, Park KS, Lee JH, Kim BJ, Chun JH. Factors related to depression symptom and the influence of depression symptom on self-rated health status, outpatient health service utilization and quality of life. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2011;28(1):81-92.
26. Oh J. Research on attitudes toward divorce of married women in Korea: focusing on internal factors and external factors. *Family and Culture*. 2015;27(1):233-270.
<https://doi.org/10.21478/family.27.1.201503.009>
27. Kang IW, Cho WJ. The influence on mental health status and health-related quality of life in middle-aged women by the regular walking exercise: by based on the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI). *Journal of Wellness*. 2016;11(1):207-215.
28. Chu JE, Lee HJ, Yoon CH, Cho HI, Hwang JY, Park YJ. Relationships between depressed mood and life style patterns in Koreans aged 40 years. *Journal of Korean Society of Food Science and Nutrition*. 2014;43(5):772-783.
<https://doi.org/10.3746/jkfn.2014.43.5.772>
29. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. *Preventive Medicine*. 2008;46(5):397-411.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.01.009>
30. Lee HS, Kim C, Lee D. Factors influencing middle-age women's depression. *Korean Journal of Health Promotion*. 2016;16(1):1-10. <https://doi.org/10.15384/kjhp.2016.16.1.1>