

연구보고서 2017-18

산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구



이소영 · 임지영 · 홍진표

【책임연구자】

이소영 한국보건사회연구원 연구위원

【주요 저서】

임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제

-임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

한국보건사회연구원, 2016(공저)

임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제

한국보건사회연구원, 2015(공저)

【공동연구진】

임지영 한국보건사회연구원 연구원

홍진표 서울삼성병원 정신의학과 교수

연구보고서 2017-18

산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구

발 행 일 2017년 12월

저 자 이 소 영

발 행 인 김 상 호

발 행 처 한국보건사회연구원

주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370

세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전 화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인 쇄 처 ㈜현대아트컴

정 가 6,000원

한국 사회에서 지속되고 있는 저출산과 인구의 고령화는 사회 구성원 모두에게 영향을 미치는 중요한 현상이다. 저출산과 인구의 고령화 문제에 대응하기 위해 정부는 2005년 9월 ‘저출산·고령사회기본법’을 제정하고 ‘저출산·고령사회위원회’를 설치하였다. 2016년부터 현재까지는 제1차, 2차, 3차 저출산·고령사회기본계획을 수립하여 추진하고 있다. 그러나 2016년 출산율은 뚜렷한 반등세 없이 지속적으로 낮은 상태이다. 임신과 출산은 이제 개인의 선택의 문제만이 아니라 사회의 책임으로 보아야 한다는 인식이 확대되었다.

임신과 출산을 지원하기 위한 다양한 정책은 대체로 비용 지원이 대부분이고, 출산 전까지의 단계에 집중되어 있다. 그러나 산모의 출산 후 정신건강은 당사자인 산모의 건강뿐만 아니라 양육의 질에 영향을 줌으로써 영아의 성장과 발달에 중요한 역할을 한다. 더 나아가 추가적인 출산을 결정하는 데에도 영향을 미친다. 그럼에도 우리 사회에서는 산후우울 증 유병률에 대한 공식 통계조차 산출되지 않고 있다.

이러한 배경에서 본 연구는 그동안 강조되지 못했던 산후 정신건강의 실태를 파악하고 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 하였고, 이를 통해 산모와 신생아의 건강을 증진함으로써 초저출산 문제에 대응하는 실효성 있는 정책 방향을 제시하고 있다는 점에 그 의의가 있다고 하겠다.

본 보고서는 이소영 연구위원의 책임하에 원내에서는 임지영 연구원이, 원외에서는 삼성서울병원 정신건강의학과 홍진표 교수가 참여하였다. 바쁜 중에도 본 보고서를 읽고 조언해 주신 본원의 전진아 연구위원

과 순천향대학교 이정재 교수에게 감사의 뜻을 전한다. 그리고 건강보험
데이터 분석에 지속적으로 자문에 응해 주신 국민건강보험공단 빅데이터
운영실 박종현 전문연구위원, 조규동 부연구위원, 박보람 주임연구원, 이
은주 주임연구원 및 본 연구를 위해 많은 지원과 조언을 해 준 여러 전문
가 및 심층 면접 참여자들에게도 깊은 감사를 드린다.

2017년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	9
제1절 연구의 배경 및 목적	11
제2절 연구의 내용 및 방법	17
제2장 산후 정신건강의 개념과 현황	21
제1절 산후 정신건강의 개념	23
제2절 산후 정신건강 현황	28
제3장 선행 연구 고찰	31
제1절 산후우울 측정 도구	34
제2절 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인	36
제3절 산후 정신건강이 양육 및 아동 발달에 미치는 영향	39
제4장 산후 정신건강 관련 법률 및 지원 사업 현황	43
제1절 국내 사례	46
제2절 해외 사례	60
제5장 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인 분석	67
제1절 연구 자료 및 방법	69
제2절 연구 결과	76

제3절 소결	104
제6장 심층 면접 분석	107
제1절 연구 대상 및 방법	109
제2절 연구 결과	111
제3절 소결	149
제7장 결론	151
제1절 요약 및 함의	153
제2절 정책 제언	157
참고문헌	169

표 목차

〈표 1〉 생애 주기별 체계적 지원 방안	7
〈표 2-1〉 에딘버러 검사 문항	27
〈표 3-1〉 산후우울증 측정 도구와 관리 체계에 관한 국내 연구	35
〈표 3-2〉 산후우울증 측정 도구와 관리 체계에 관한 국외 연구	36
〈표 3-3〉 산후우울에 영향을 미치는 요인에 관한 국내 연구	36
〈표 3-4〉 산후우울에 영향을 미치는 요인에 관한 국외 연구	39
〈표 3-5〉 산후우울과 자녀의 양육·발달의 관계에 관한 국내 연구	40
〈표 3-6〉 산후우울과 자녀의 양육·발달의 관계에 관한 국외 연구	41
〈표 4-1〉 추진 과제	55
〈표 4-2〉 WHO 산후 건강관리에 관한 12가지 권고안	62
〈표 5-1〉 산후 정신건강 관련 데이터 현황	70
〈표 5-2〉 2015년 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’의 산후우울증 관련 문항	75
〈표 5-3〉 산모의 일반적 특성	77
〈표 5-4〉 산모의 출산 관련 특성	78
〈표 5-5〉 산모의 일반 특성에 따른 산후우울증 유병률	80
〈표 5-6〉 산모의 출산 관련 특성에 따른 산후우울증 유병률	82
〈표 5-7〉 산후우울증으로 의료 이용을 한 대상자의 일반적 특성	83
〈표 5-8〉 산후우울증 환자의 의료 이용 현황	85
〈표 5-9〉 산후우울증 환자의 입원 및 외래 서비스 이용 현황	86
〈표 5-10〉 산후우울증에 영향 미치는 요인: 인구사회학적 요인	88
〈표 5-11〉 산후우울증에 영향 미치는 요인: 출산 관련 요인	89
〈표 5-12〉 산후우울증에 영향 미치는 요인: 우울증 치료 경험	90
〈표 5-13〉 산후우울증에 영향 미치는 요인	91
〈표 5-14〉 여성(18~64세)의 특성에 따른 주요우울장애 발병률(2006, 2011, 2016)	93
〈표 5-15〉 우울 증상 경험 여부 및 건강 상태에 따른 주요우울장애 발병률(2006, 2011, 2016)	95
〈표 5-16〉 여성(18~64세)의 특성에 따른 주요우울장애 발병률(2016)	97

〈표 5-17〉 우울 증상 경험 여부 및 건강 상태에 따른 주요우울장애 발병률(2016)	98
〈표 5-18〉 여성(18~64세)의 사회적 관계 및 지지 정도에 따른 주요우울장애 발병률(2016)	99
〈표 5-19〉 기혼 여성(15~49세)의 산후우울증 진단 혹은 상담 경험	101
〈표 6-1〉 심층 면접에 대한 개요	110
〈표 6-2〉 심층 면접 참여자 특성	111
〈표 7-1〉 생애 주기에 따른 체계적 지원 방안	166

그림 목차

[그림 1-1] 합계출산율 추이	11
[그림 1-2] 평균 초산 연령 추이	12
[그림 1-3] 개념적 모형 : 출산에 영향을 미치는 과정	14
[그림 1-4] 평균 출산 연령 추이	16
[그림 1-5] 가족의 형태별 분포 추이	16
[그림 4-1] 정책 목표 및 전략	54
[그림 4-2] 사업 단계	57
[그림 5-1] 산모의 연령과 학력에 따른 산후우울증 진단 혹은 상담 경험 여성의 분포 ...	102
[그림 5-2] 산모의 거주 지역에 따른 산후우울증 진단 혹은 상담 경험 여성의 분포 ...	102
[그림 5-3] 산모의 취업 여부에 따른 산후우울증 진단 혹은 상담 경험 여성의 분포 ...	103
[그림 5-4] 출산 순위(parity)에 따른 산후우울증 진단 혹은 상담 경험 여성의 분포 ...	103
[그림 5-5] 산후우울증 진단 또는 상담 장소	104
[그림 7-1] 정책적 지원 방안의 틀(Conceptual Model)	158
[그림 7-2] 산후 정신건강 증진을 위한 국가-지역사회-의료기관의 역할	165

Abstract <<

Policy Implications for Promoting Postpartum Mental Health

Project Head · Lee, So-Young

This study contributes to the limited number of studies of postnatal depression using the latest data sets. The purpose of this study is to explore how Korean women suffer from postpartum depression and what the protective factors and risk factors of postpartum mental health(depression) are. This study uses the National Health Insurance Service(2012~2016), the Survey of Mental Disorders in Korea of 2006, 2011, and 2016, and the National Survey on Fertility, Family Health and Welfare of 2015. Additionally, interviewing mothers with infants under a year old is performed as a qualitative method.

The results show that 17.3% of women aged 18~64 who gave a birth suffered from postpartum depression and 1.43% of women who gave a birth in 2012~2016 used postpartum mental health service. Binary logistic regression demonstrates that significant protective factors affecting postnatal depression are marital status(married), maternal employment status(employed), parity(first birth), and method of birth(vaginal birth). Significant risk factors of postpartum depression include low income and

depression during pregnancy.

The findings from this study have policy implications. First, national prevalence of postpartum depression should be reported and monitored. Second, public policies should focus on maternal mental health by building the targeted and tailored supporting system. Finally, public policies should support maternal mental health by providing assistance in the whole process of pregnancy, childbirth, and after childbirth.

Key words: postpartum depression, maternal mental health

1. 연구의 배경 및 목적

- 한국이 ‘초저출산의 위기’ 상태에 머물면서, 저출산 현상이 사회 문제로 대두됨으로써 출산은 이제 개인의 선택이라기보다는 사회의 책임이라고 인식됨.
- 산모의 산후 정신건강 상태는 당사자인 산모의 건강뿐만 아니라 양육의 질에 영향을 줌으로써 다음 출산의 결정에 직접적인 영향을 미치며, 모아 상호작용을 통한 영아의 성장 및 발달에 영향을 미치는 중요한 요인임.
- 산후우울증 및 관리에 대한 인식이 미흡함에 따라 산후우울증을 경험하면서도 관리가 제대로 되지 않고, 위기 상황에 놓인 산모가 방치되고 있음.
- 산후우울증은 산모에게서 발생하는 비교적 흔한 질환으로 영아 살해 후 자살이라는 최악의 결과를 낳을 수 있으나 국내에서는 정확한 유병률조차 파악되지 않았으며 이에 대한 사회적 인식과 지원은 미비함(이동우 등, 2015).
- 인구보건복지협회의 저출산 인식 설문조사(2015년도 제4차)에 따르면 기혼 여성의 33.7%가 산후우울증으로 인한 자살 충동을 느꼈으며, 2%는 자살 시도를 한 것으로 나타나 산후 정신건강 상태에 대한 심각성을 보임.

2. 주요 연구 결과

- 국민건강보험공단의 데이터 분석 결과 2012~2016년 출산한 전체 산모 중 산후우울증으로 의료 서비스를 이용한 산모가 차지하는 비율인 산후우울증 유병률은 1.43%(1.36~1.50%)로 나타남.
- 산후우울에 영향을 미치는 요인에 대한 이항 로지스틱 회귀분석 결과, 산후우울증의 유의한 위험 요인(risk factor)은 배우자가 있는 경우에 비해 배우자가 없는 경우, 출산 시 비취업인 경우, 소득이 낮은 경우, 초산에 비해 경산인 경우, 제왕절개 분만인 경우, 출산 전에 우울증을 경험한 경우, 종합병원에서 분만한 경우로 나타남.
 - 특히, 임신 중 또는 임신 전 우울증의 경험은 산후우울에 가장 크게 영향을 미치는 위험 요인으로 나타나 이들에게 지속적으로 개입할 필요가 있음을 시사함.
- 2006년, 2011년, 2016년 정신질환실태 조사 자료를 병합하여 살펴본 결과, 전체 여성의 산후우울을 포함한 주요우울장애의 평생발병률은 각각 1.3%(산후우울), 6.6%(그 외 우울)로 나타남.
- 2016년 정신질환실태 조사 대상자 중 주요우울장애를 경험했으며 출산한 적이 있는 18~64세 여성의 약 17.3%가 산후우울증을 겪은 것으로 나타남.
- 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사를 활용하여 2015년 조사 대상 기간(2013년 1월 1일~2015년 7월 31일)에 출생한 자녀가 있는 만 15~49세 기혼 여성의 산후우울증 진단 또는 상담 경험 분석

결과, 최근 3년 이내에 출산한 기혼 여성 중 산후우울증과 관련하여 진단이나 상담을 받은 경험이 있는 기혼 여성은 2.6%에 불과함.

- 산후우울증에 대해 진단 혹은 상담을 받은 기혼 여성이 이용한 기관을 살펴본 결과, 가장 많이 이용한 기관은 정신건강의학과로 43.6%로 나타났고 다음으로 산부인과(31.5%), 보건소(11.7%)로 나타남.

□ 출산 후 1년 이내 산모를 대상으로 에딘버러 검사를 통한 산모의 정신건강 상태를 알아보고, 산모가 느끼는 산후 정신건강의 문제, 산후 정신건강 증진을 위한 정책적 욕구 등에 대해 심층 면접을 통한 질적 분석 결과는 다음과 같음.

- 에딘버러 검사 결과, 낮게는 1점부터 높게는 23점까지 다양하게 나타났고, 10점 이상인 위험군이 8명으로 나타남.

- 우울의 원인과 정도는 첫 번째 출산인지 아닌지에 따라 다르게 나타남. 초산일 때는 육아에 대한 두려움 등 정신적인 이유로 힘들었다면, 경산일 때는 돌봐야 할 어린 자녀가 있는 상태에서 산후를 보내야 하는 육체적 부담과 스트레스로 인한 어려움이 있음.

- 산후우울에 영향을 미치는 요인은 임신과 출산 과정에서 겪은 힘든 경험, 엄마라는 새로운 역할에 대한 부담감, 육아에 대한 정보의 부재와 부담감, 가까운 사람 특히 남편과의 불만족스러운 관계로 요약됨.

- 산후우울을 개선하기 위한 서비스와 정책적 욕구는 산후우울과 육아와 관련된 정보 제공, 산모를 바라보는 시각과 산후우울에 대

한 인식 전환, 남성의 육아 참여 활성화를 위한 다양한 제도적 뒷받침과 직장 문화의 개선, 돌봄 지원 정책, 재정 지원 정책, 상담 서비스 지원 정책에 대한 홍보·확대·내실화·행정적 절차의 내실화로 요약할 수 있음.

3. 결론 및 시사점

- 산후 정신건강 증진을 위한 지원은 출산모의 정신건강 수준에 따라 개별 대응이 가능할 정도로 촘촘하게 이루어져야 함.
- 산후 우울감을 경험하는 대다수 산모의 산후 우울감이 우울증으로 악화되지 않도록 하기 위한 산모 개인과 가족을 대상으로 교육을 하는 등 예방 차원의 지원이 필요함. 동시에 산후우울증을 경험하고 있는 산모가 우울증을 방치하지 않고 치료를 받는 의료 이용률을 높이기 위한 정책적 노력이 필요함.
- 산후우울에 관한 포괄적인 개념에 대한 명확한 정리, 신뢰성이 있는 자료(database)를 통한 산후 정신건강 실태 파악과 점검, 이를 활용한 연구, 교육과 인식 개선, 이용할 수 있는 서비스와 기관에 대한 홍보가 필요함.
- 생애 주기에 따라 임신부에 대한 체계적 지원이 필요함.
- 본 연구는 선행 연구에서 다루지 않았던 대표성 있는 최근 자료들을 가지고 최근의 연구 동향(Stuart-Parrigon et al., 2014)을 반영하여 출산 후 1년까지의 기간에 나타나는 우울장애를 산후우울증으로 정의하여 산후우울증의 유병률과 산후우울증에 영향을 미치는 요인

에 대해 분석을 수행했다는 점에서 의의가 있음.

〈표 1〉 생애 주기별 체계적 지원 방안

체계 생애	체계적(systematic) 지원		
	미시(micro) 체계	중간(mezzo) 체계	거시(macro) 체계
	개인	가족	사회
임신 전	- 임신과 관련된 상담과 검진. - 임신·출산 관련 신체적·정신적 변화 등에 관한 교육과 이를 통한 인식 개선. - 자원(서비스 및 서비스 제공 기관)에 대한 인지.	- 배우자의 임신·출산에 따른 신체적·정신적 변화 등에 대한 이해, 육아 분담의 중요성 등에 대한 교육과 이를 통한 인식 개선. - 정서적 지지.	- 산후 정신건강을 위한 기본 계획 수립. - 산후우울증 유병률 산출 및 점검(국가 데이터 구축). - 관련 전문가 양성. - 산후 정신건강 지원을 위한 서비스 전달 체계 구축. - 국가 차원의 임신·출산과 관련된 표준화된 지침 작성.
임신 중	- 산전 관리 시 정신건강 점검(screening).		
출산 후	- 산후 정신건강 점검(screening). - 사회적 관계 유지(자조 집단 등).	- 정서적 지지. - 육아 분담.	- 산후 정신건강 실태 파악을 위한 조사 실시. - 산후 도우미(산모 신생아 건강관리) 지원. - 정신건강 방문 서비스 지원. - 자조 집단(모임) 지원. - 국민행복카드 사용처 및 지원 확대. - 배우자의 육아 휴직 활성화. - 취약 계층 지원.

*주요 용어: 산후 정신건강, 산후우울

제 1 장

서론

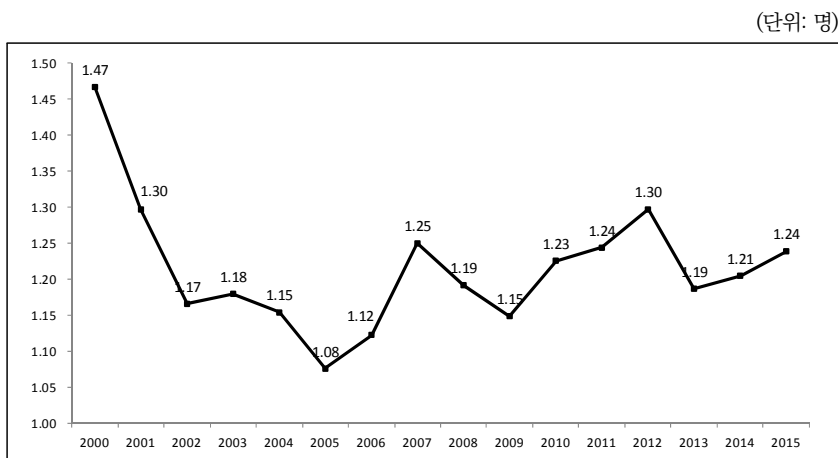
제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

한국 사회는 1983년에 가임기(15~49세) 여성 한 명이 가임 기간에 낳을 것으로 예측되는 평균 자녀 수인 합계출산율이 2.1명이라는 인구 대체 수준이 된 이후, 30년 넘게 저출산 현상을 겪고 있다. 특히 2001년에 합계출산율이 초저출산의 기준인 1.3명이 된 후 15년 이상 초저출산 사회로 머무르고 있다. 한국의 저출산 현상은 그 지속 기간이 길다는 특징 외에도 합계출산율의 변동 폭이 크고, 저출산의 진행 속도가 빠르다는 점에서 세계에서 유례를 찾기 어려운 심각한 수준이라고 볼 수 있다.

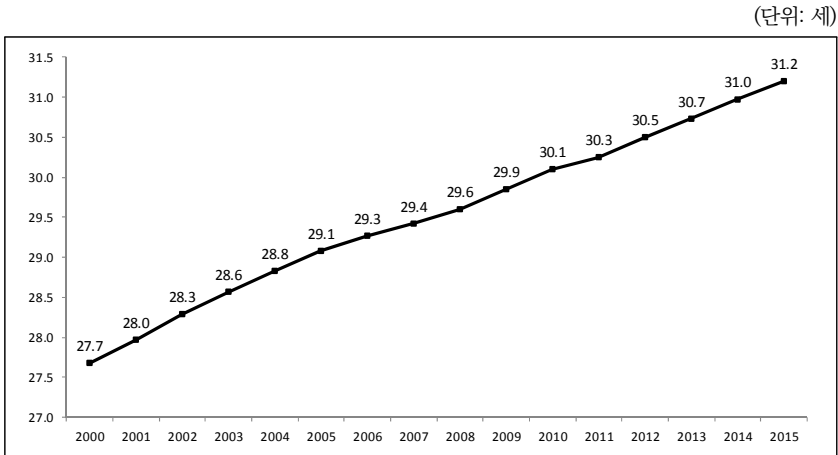
[그림 1-1] 합계출산율 추이



자료: 통계청. (각 연도). 인구동태조사.

저출산 현상이 지속되는 가장 큰 원인은 비혼과 만혼 현상이라고 볼 수 있다. 실제로 우리나라 여성의 초산 연령은 지속적으로 높아지고 있음을 알 수 있다.

[그림 1-2] 평균 초산 연령 추이



자료: 통계청. (각 연도). 인구동태조사.

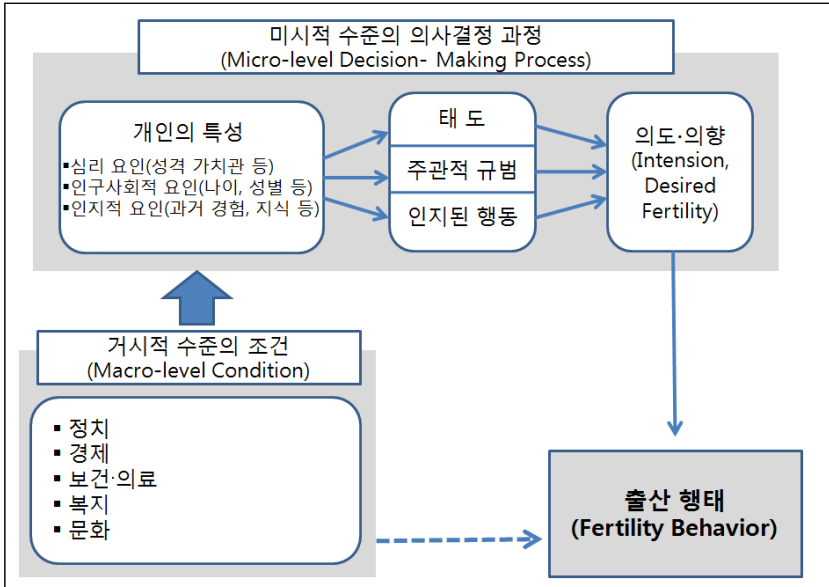
이처럼 저출산 현상이 심해지면서 저출산 현상은 이제 사회현상이 아닌 사회문제이며, 출산은 개인의 선택이라기보다 사회의 책임으로 인식되고 있다. 정부는 저출산 문제를 해결하기 위해 10년 이상 다양한 지원 사업을 운영하며 대응책을 마련하고 있다. 2005년에 ‘저출산·고령사회 기본법’을 제정하고 ‘저출산·고령사회위원회’를 구성하면서 저출산 문제에 국가에서 본격적으로 개입하기 시작하였다. ‘저출산·고령사회기본법’을 토대로 범국가적 중장기 계획인 저출산·고령사회기본계획이 5년마다 수립되고 있다. 2006년 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010), 2010년 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015), 2015년 제3차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020)이 수립되어 시행되고 있다. 이러

한 저출산·고령사회기본계획 하에서 중앙정부와 지방자치단체는 다양한 임신 및 출산 지원 사업을 운영하고 있다. 구체적으로 임신·출산과 관련된 의료비 경감을 위한 지원, 산모 지원, 분만 취약지 지원, 난임 부부 종합 지원 체계 구축 등을 통해 ‘건강한 임신·출산을 위한 사회 책임 시스템을 확립’하고자 하는 한편, ‘태어난 모든 아동이 건강하고 행복하게 자랄 수 있는 사회 구현’을 목적으로 하는 정책을 시행하고 있다.

이처럼 출산 후 산모의 건강은 모성보호의 차원에서 중요하다. 산모의 산후 정신건강 상태는 당사자인 산모의 건강뿐만 아니라 양육의 질에 영향을 줌으로써, 다음 출산의 결정에 직접적인 영향을 미친다. 선행 연구에서는 이러한 출산에 이르는 과정을 설명하기 위해 다양한 개념적 모형(conceptual model)을 제시하였고, 이러한 선행 연구를 토대로 이소영, 최인선(2016)의 연구에서 도식화한 모형은 다음과 같다(그림 1-3 참조). 거시적 차원의 사회적 배경(정치, 경제, 문화, 정책 등)은 미시적 차원의 출산에 대한 개인의 의사 결정 과정에 영향을 미침으로써 출산을 하는 일련의 과정을 도식화한 모형이다. 즉, 거시적 수준의 조건인 출산을 지원하는 보건 의료 서비스 및 인프라의 수준은 산모의 정신건강 상태와 같은 심리 요인에 영향을 미치고, 이는 산모의 태도에 영향을 미침으로써 산모는 추가 출산의 의도(의향)를 갖게 되고, 궁극적으로 이를 통해 추가 출산이 이루어진다는 것이다. 이러한 측면에서 산모의 정신건강을 증진하기 위한 지원은 중요하다.

14 산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구

[그림 1-3] 개념적 모형 : 출산에 영향을 미치는 과정



자료: Philipov et al. (2011); Namboodiri, (1972); 이소영, 최인선. (2016), p. 19에서 재인용.

또한 산모의 산후 정신건강 상태는 모아 상호작용을 통한 영아의 성장 및 발달에 영향을 미치는 중요한 요인으로, 저출산에 대응하기 위해 중요하다. 다시 말해, 효과적으로 저출산에 대응하려면 단순한 인구의 양적 증가만이 아니라 인구의 질적 향상이라는 측면을 목표에 포함시켜야 하는데, 이러한 측면에서 모성의 건강과 영유아의 건강 증진은 중요하다. 즉, 모성을 보호함으로써 향후 건강한 추가 출산이 가능하게 되고 모성과 영유아의 건강을 통해 인구의 질이 향상된다는 것이다. 따라서 산모의 산후 정신건강 증진을 위한 지원은 산모의 건강과 영아의 건강한 성장·발달, 이를 통한 저출산 대응이라는 측면에서 사회정책적 요구에도 부합된다.

그러나 현실적으로 우리 사회에서는 산후우울에 대한 인식이 미흡하여 산후우울증을 경험하면서도 건강관리를 제대로 하지 못한 채 사각지대에

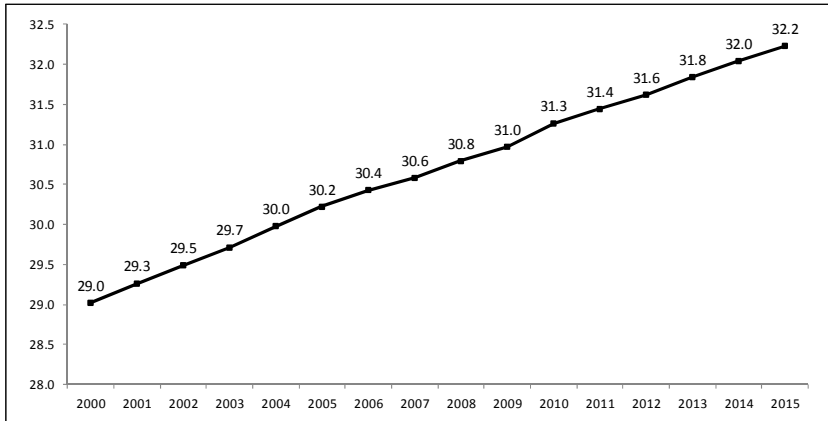
있는 산모가 많다. 인구보건복지협회의 저출산 인식 설문조사(2015년도 제4차)에 따르면 실제로 기혼 여성의 33.7%가 산후우울증으로 인해 자살 충동을 느꼈으며, 2%는 자살 시도를 한 것으로 나타나 산후 정신건강 상태가 심각한 것을 알 수 있다. 이처럼 산후우울증은 산모의 10~20%가 경험하는 비교적 흔한 질환으로 영아 살해 후 자살이라는 최악의 결과까지 낳을 수 있으나 국내에서는 정확한 유병률도 파악되지 않고 있는 실정이며 이에 따라 산후 정신건강에 대한 사회적 인식과 지원은 미비하다고 볼 수 있다(이동우 등, 2015, p. 1). 따라서 산후우울증과 관련한 인식(진료 기피 등)을 변화시키는 동시에 필요한 시기에 적절한 개입이 가능하도록 하는 체계를 구축할 필요가 있다.

한편, 우리나라 산모의 연령은 점차 높아지고 있다. 평균 출산 연령은 급속한 속도로 높아져, 2015년 현재 우리나라 산모의 평균연령은 32.2세로 나타났다. 산모의 고령화는 산후 건강관리와 밀접한 관계가 있다. 이소영, 임지영(2013)의 연구에 따르면, 산모가 고령이 되면 산후에 도와줄 수 있는 부모도 고령이기 때문에 실질적인 도움을 받기 어렵고, 산모 스스로의 신체적 부담감과 정신적 스트레스가 커서 산후우울감도 커지고 있다. 실제로 우리나라 가족 형태의 변화를 보면 직계가족 3대가 함께 사는 가정이 지속적으로 감소하여 2015년에는 전체 가정 형태 중 5.3%에 불과함을 알 수 있다. 따라서 우리나라 산모가 고령화되고 자녀 돌봄에 대한 가족의 도움을 받기 어려워진 현실은 산모의 산후 정신건강 증진을 위한 지원이 더욱 필요함을 시사한다고 할 수 있다.

16 산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구

[그림 1-4] 평균 출산 연령 추이

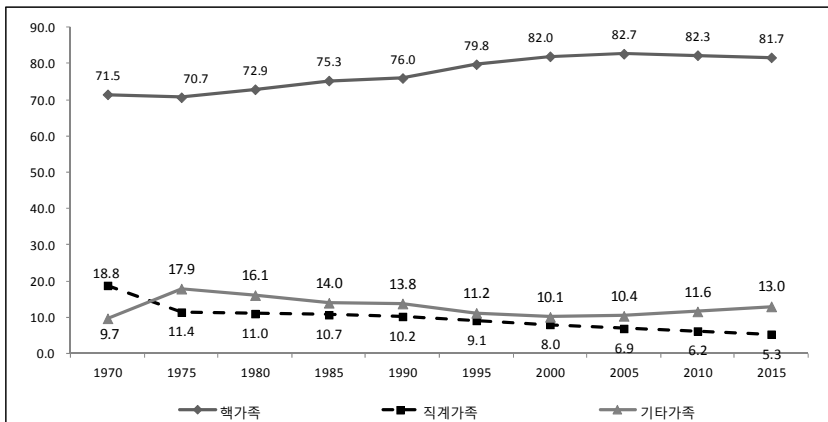
(단위: 세)



자료: 통계청. (각 연도). 인구동태조사.

[그림 1-5] 가족의 형태별 분포 추이

(단위: %)



자료: e-나라지표. www.index.go.kr에서 2017. 8. 29. 인출, 연구진 재구성.

이러한 배경 하에 본 연구는 산후 정신건강의 실태를 파악하고 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인을 규명하여 위험 요인의 완화 및 제거를 통해 산모와 신생아의 건강을 증진하고 초저출산 문제에 대응하는 실효성 있는 정책 방안을 제시하고자 한다. 세부적으로 산후 정신건강 상태 및 관리 실태를 파악하고, 산후우울에 영향을 미치는 요인을 분석하며 이를 토대로 산모의 건강과 신생아의 건강을 증진할 지원 방안의 틀을 도출하고자 한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구는 산모의 산후 정신건강 실태를 파악하고 산후우울에 영향을 미치는 요인을 규명하며 산모의 산후 정신건강을 증진하여 초저출산 문제에 대응하는 실효성 있는 지원 방안을 도출하고자 한다. 제1장 서론에서는 연구의 배경과 목적, 각 장에서 다루고 있는 연구의 내용을 기술하였다. 또한 본 보고서에서 활용되는 연구의 틀과 방법에 대해 설명하였다. 제2장에서는 산후우울에 대한 개념을 정리하고, 산후 정신건강의 현황에 대해 살펴보았다. 제3장에서는 산후우울 또는 산후 정신건강에 관한 국내외의 선행 연구를 고찰하고자 한다. 특히 산후우울 측정 도구를 중심으로 연구한 내용과 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인을 중심으로 연구한 내용을 구분하여 각 절에서 제시하였다. 제4장에서는 제1절에서 국내의 산후 정신건강과 관련된 법률과 지원 사업의 현황을 정리하였고 제2절에서 세계보건기구(WHO)의 ‘산모와 신생아의 산후 관리에 관

한 권고안'과 영국 보건임상연구소(NICE)의 산전 산후 정신건강 지침을 중심으로 외국의 사례를 정리하였다.

제5장에서는 산후 정신건강의 현황과 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인에 관한 분석을 수행하였다. 분석을 위해 전국 실태 조사 자료(2차 자료)의 현황을 파악하였다. 관련 데이터인 2008년 출생 아동 및 가구를 패널로 하여 출산 전후 우울 수준을 조사한 한국아동패널조사와 4차(2012년)와 5차(2014년)에 산후우울을 측정할 수 있는 CES-D 문항을 조사한 여성가족패널조사, 2015년 조사에 산후우울 관련 문항을 신규로 포함한 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사와 전국적으로 주요우울장애(기분장애)를 조사한 정신질환실태(역학)조사²⁾를 살펴보고 이들이 분석에 활용될 수 있는지를 우선적으로 점검하였다. 최종적으로 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사, 정신질환실태 조사, 건강보험 빅데이터를 활용하여 산후 정신건강 상태, 의료 이용 등에 영향을 미치는 요인에 관해 교차분석과 회귀분석 등 통계분석을 수행하였다.

제6장에서는 출산 한 지 1년 미만인 산모를 대상으로 심층 면접 조사를 수행하였다. 산후 정신건강 상태 파악을 위한 에딘버러 산후우울 검사(한국어판) 10문항(대한의학회, 대한신경정신학회)을 포함하여 산모의 일반 사항, 사회경제적 특징, 산과적 특징, 가족 및 사회 요인, 산후 활용하고 있는 정신 관리 방법 및 욕구 등을 파악하여 수요자의 관점에서 산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안을 도출하고자 하였다. 제7장에서는 고찰한 선행 연구와 국외 사례, 다양한 2차 자료(데이터) 분석 결과, 심층 면접 분석 결과를 토대로 산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안의 체계를 제시하였다.

2) 정신질환실태(역학) 조사는 정신건강 실태조사, 국민정신건강실태조사, 정신질환실태 역학조사, 정신질환실태 조사 등 여러 용어로 불리고 있으나, 본 보고서에서는 2016년 보고서에 제목으로 사용된 '정신질환실태 조사'라는 용어를 사용하도록 한다.

2. 연구 방법

본 연구는 우리 사회 산모의 산후 정신건강 실태를 파악하고 산후우울에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 선행 연구 고찰, 관련 법안과 지원 사업에 대한 국내외 사례 분석, 기존 통계자료 분석, 관련 전국실태 조사 자료(2차 자료) 파악 및 기술 통계분석, 건강보험 전산 청구 자료 심층 통계분석(회귀분석), 산모를 대상으로 하는 질적 조사 방법(심층 면접)을 활용하였다.

양적인 방법으로 2차 자료의 분석은 산후 정신건강과 관련된 내용을 담고 있는 자료(data)의 현황을 파악한 후, 조사의 사례 수 등을 감안하여 분석이 가능하며 최근에 공개된 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태 조사 자료(2015)’, ‘정신질환실태 조사 자료(2006, 2011, 2016)’, ‘국민건강보험공단 빅데이터’를 활용하여 추가 분석을 수행하였다. 특히 산모에 관한 많은 요인을 포함하고 있는 국민건강보험공단의 국민건강정보 데이터베이스를 활용한 회귀 모형을 통해 산후우울에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석을 수행하였다.

질적 방법으로 심층 면접 분석은 출산 후 1년 이내인 산모를 대상으로 인지하고 있는 정신건강의 상태, 에딘버러 검사를 통한 산모의 정신건강 상태를 알아보고, 산모가 느끼는 산후 정신건강의 문제, 산후 정신건강 증진을 위한 정책 욕구 등에 대해 심층 면접을 하는 질적 분석을 수행하였다. 이를 통해 산모들이 처한 상황을 파악하고 그들의 정책 욕구를 분석하였다. 심층 면접을 위해 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 승인(문서 번호 제2017-10호)을 받은 후 심층 면접을 진행하였다. 심층 면접을 완료한 대상자는 산후우울 검사인 에딘버러 검사(한국어판) 결과에 따라 9점 이하인 우울 비위험군을 A집단으로 분류하고, 10점 이상인

우울 위험군을 B집단으로 분류하였다. 에딘버러 검사 결과 9점 이하인 A 집단 8명과 검사 결과 10점 이상으로 우울 위험군인 B집단 7명 등 출산한 지 1년 이내인 산모 총 15명이 본 연구를 위해 심층 면접에 참여한 분석 대상자이다.

또한 국내외 사례 분석을 위해 국내의 산후 정신건강 관련 법률인 정신건강 증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률과 모자보건법, 국가의 정신건강 종합대책, 서울시의 산후 정신건강 관련 지원 사업인 서울아기 건강 첫걸음 사업을 살펴보았다. 국외 사례로는 미국의 산후우울증 관련 법안, 세계보건기구(WHO)의 산후 관리 권고안, 영국 보건임상연구소(NICE)의 산후 정신건강 지침을 살펴보았다.

제 2 장

산후 정신건강의 개념과 현황

제1절 산후 정신건강의 개념

제2절 산후 정신건강 현황

2

산후 정신건강의 개념과 현황 <<

제1절 산후 정신건강의 개념

본 장에서는 산후 정신건강의 현황에 대해 살펴보고자 한다. 구체적인 현황을 살펴보기 전에 본 절에서 산후우울의 개념을 우선적으로 정리해 보고자 한다. 출산 후 발생하는 산후우울은 산후우울감(postpartum blues)과 산후우울증(postpartum depression)을 포함하는 개념이다. 산후우울감은 산후우울증의 가장 약한 형태로 약 85%의 산모가 경험하는데, 특히 경산인 산모에 비해 초산인 산모가 더욱 우울감을 경험할 수 있다(Newport et al., 2002). 산후우울감은 대체로 분만 후 2~4일 내에 시작되어 4일째에 최고조에 다다르고, 10일이 지난 후 나아지는 경향을 보인다. 산후우울증과 달리 일상적인 기능을 수행하는 데 심각한 장애를 일으킬 만큼 심한 상태는 아니다. 그러나 출산 전과 비교해서 짜증과 불안 등의 감정을 더 자주 느끼고 잠들기가 어렵다는 점, 산후우울증으로 이행되는 사례도 있다는 점에서 주의가 필요하다.³⁾

산후우울증은 미국정신의학회(American Psychiatric Association)의 정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM)을 기준으로 진단할 수 있다. 정신질환의 진단 및 통계 편람(DSM)은 신뢰할 만한 정신질환 진단이 가능하도록 고안된 관련 기준을 통칭하는 정신질환 분류법이다(APA, 2015, p. xlv).

3) 해당 단락은 삼성서울병원 우울증센터에서 제시한 정보를 토대로 작성하였다(http://www.samsunghospital.com/dept/medical/healthSub01View.do?content_id=406&DP_CODE=DEP&MENU_ID=004025&ds_code=D0001673&main_content_id=859에서 2017. 8. 1. 인출).

DSM은 현재 5판까지 개정된 상태이며, 산후우울에 대한 내용도 포함되어 있다. DSM에서 산후우울은 ‘주요우울장애’ 부문에 포함되어 있고, 일부 산후우울은 양극성 장애와 함께 나타나기 때문에 ‘양극성 장애 및 관련 장애’ 부문에도 명시되어 있다. 따라서 산후우울증은 우울장애 등 기분 증상이 임신 기간 중 또는 분만 후 4주 이내에 증상이 발병하는 경우에 적용할 수 있으나 산후우울 증상의 50%는 산전에 시작되기 때문에 DSM-5에서는 ‘주산기(peripartum) 발병 동반’이라는 용어로 출산 전부터 출산 후까지를 포괄하고 있다.

주산기 발병 동반

이 명시자는 기분 증상이 임신 기간 중 또는 분만 후 4주 이내에 발병하는 경우에 적용할 수 있다. 제Ⅰ형 또는 제Ⅱ형 양극성장애의 현재의 기분 삽화에 적용하거나, 만약 현재 기분 삽화와 진단기준을 만족시키지 않는다면 가장 최근의 조증, 경조증 또는 주요우울 삽화에 적용할 수 있다.

주의점: 기분 삽화는 임신 중 또는 출산 후에 발병할 수 있다. 출산 후 추적 관찰의 기간에 따라 추산의 차이가 있지만, 3~6%의 여성에서 임신 중 또는 출산 후 수주 혹은 수개월 이내에 주요우울장애가 발병한다. “산후” 주요우울 삽화의 50%는 실제로는 분만 전에 시작된다. 그러므로 이러한 삽화들을 총괄하여 주산기 삽화로 일컫는다. 주산기 주요우울 삽화가 있는 여성들은 종종 심한 불안과 심지어 공황 발작을 경험한다. 전향적 연구들에서 임신 중 기분 및 불안 증상과 “출산 후 우울”이 출산 후 주요우울 삽화의 위험을 증가시킨다는 보고가 있었다.

주산기 발병 기분 삽화는 정신병적 양상을 포함할 수도 있고, 그렇지 않을 수도 있다. 영아 살해는 종종 영아를 살해하라고 명령하는 환청이나 영아에 악마가 씌었다는 망상과 관련된 산후 정신병적 삽화에서 일어난다. 하지만 이러한 특정 망상이나 환청이 없는 고도의 산후 기분 삽화에서도 영아 살해가 나타날 수 있다. 정신병적 양상을 동반하는 산후 기분 삽화(주요우울 삽화 또는 조증 삽화)는 500~1,000건의 분만당 1건의 비율로 나타나고, 초산부들에서 더욱 흔하게 나타난다. 정신병적 양상이 있는 산후 삽화를 경험할 위험성은 이전에 산후 기분 삽화를 경험했던 여성들에게서 특히 높지만, 산후 기분 삽화의 과거력이 있거나 양극성 장애의 가족력이 있는 경우에도 높아진다.

어떤 여성이 정신병적 양상 동반 산후 기분 삽화를 경험했다면 그 후 각 분만 시마다 재발할 위험도는 30~50%다. 산후 삽화는 산육기에 발생하는 섬망과는 반드시 감별되어야 하며, 이는 자각이나 집중력이 감소된 정도에 의해 구별된다. 산후기는 신경내분비계 변화와 정신사회적 적응의 측면에서 특별한 의미를 지니며, 치료 계획이 모두 수유에 미칠 잠재적인 영향 및 가족 계획에 있어 산후 기분장애 병력이 미치는 장기적인 영향이 고려되어야 한다.

자료: APA. (2015). 정신질환의 진단 및 통계 편람. pp. 195-196.

DSM-5에서 제시하는 산후우울을 포함한 주요우울장애의 진단기준은 다음과 같다.

- A. 다음의 증상 가운데 5가지(또는 그 이상)의 증상이 2주 연속으로 지속되며 이전의 기능 상태와 비교할 때 변화를 보이는 경우, 증상 가운데 적어도 하나는 (1) 우울 기분이거나 (2) 흥미나 즐거움의 상실이어야 한다.
1. 하루 중 대부분 그리고 거의 매일 지속되는 우울 기분에 대해 주관적으로 보고(예, 슬픔, 공허감 또는 절망감)하거나 객관적으로 관찰됨(예, 눈물 흘림).
(주의점: 아동·청소년의 경우는 과민한 기분으로 나타나기도 함)
 2. 거의 매일, 하루 중 대부분, 거의 또는 모든 일상 활동에 대해 흥미나 즐거움이 뚜렷하게 저하됨.
 3. 체중 조절을 하지 않은 상태에서 의미 있는 체중의 감소(예, 1개월 동안 5% 이상의 체중 변화)나 체중의 증가, 거의 매일 나타나는 식욕의 감소나 증가가 있음.
(주의점: 아동에서는 체중 증가가 기대치에 미달되는 경우)
 4. 거의 매일 나타나는 불면이나 과다수면
 5. 거의 매일 나타나는 정신운동 초조나 지연(객관적으로 관찰 가능함, 단지 주관적인 좌불안석 또는 치지는 느낌뿐만이 아님)
 6. 거의 매일 나타나는 피로나 활력의 상실
 7. 거의 매일 무가치감 또는 과도하거나 부적절한 죄책감(망상적일 수도 있는)을 느낌
(단순히 병이 있다는 데 대한 자책이나 죄책감이 아님).
 8. 거의 매일 나타나는 사고력이나 집중력의 감소 또는 우유부단함(주관적인 호소나 객관적인 관찰이 가능함).
 9. 반복적인 죽음에 대한 생각(단지 죽음에 대한 두려움이 아닌), 구체적인 계획 없이 반복되는 자살 사고, 또는 자살 시도나 자살 수행에 대한 구체적인 계획
- B. 증상이 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 현저한 고통이나 손상을 초래한다.
- C. 삽화가 물질의 생리적 효과나 다른 의학적 상태로 인한 것이 아니다.
주의점: 진단기준 A부터 C까지는 주요우울 삽화를 구성하고 있다.
주의점: 중요한 상실(예, 사별, 재정적 파탄, 자연재해로 인한 상실, 심각한 질병이나 장애)에 대한 반응으로 진단기준 A에 기술된 극도의 슬픔, 상실에 대한 반추, 불면, 식욕 저하, 그리고 체중의 감소가 나타날 수 있고 이는 우울 삽화와 유사하다. 비록 그러한 증상이 이해될 만하고 상실에 대해 적절하다고 판단된다 할지라도 정상적인 상실 반응 동안에 주요우울 삽화가 존재한다면 이는 주의 깊게 다루어져야 한다. 이러한 결정을 하기 위해서는 개인의 과거력과 상실의 고통을 표현하는 각 문화적 특징을 근거로 한 임상적인 판단이 필요하다.
- D. 주요우울 삽화가 조현정동장애, 조현병, 조현양상장애, 망상장애, 달리 명시된, 또는 명시되지 않는 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애로 더 잘 설명되지 않는다.
- E. 조증 삽화 혹은 경조증 삽화가 존재한 적이 없다.
주의점: 조증 유사 혹은 경조증 유사 삽화가 물질로 인한 것이거나 다른 의학적 상태의 직접적인 생리적 효과로 인한 경우라면 이 제외 기준을 적용하지 않는다.

자료: APA. (2015). 정신질환의 진단 및 통계 편람. pp. 169-170.

비록 DSM-4의 기준을 따르면 ‘산후(postpartum) 발병’이고 DSM-5의 기준에 따르면 ‘주산기(peripartum) 발병’으로 출산 후 4주라고 명시되어 있으나, 일반적으로 산후 기간(postnatal period; postpartum period) 또는 산욕기(puerperium)는 대체로 분만 후 6주간으로 임신 및 분만 등에 따라 변화된 여성의 신체적, 정신적, 사회적 기능이 임신 이전의 상태로 되돌아가는 시기로 정의되기 때문에(이소영 등, 2015) 이러한 기준에 따르면 출산 후 6주까지는 포함해야 할 필요가 있다.

선행 연구에서는 출산 후 4주로 한정하는 협의의 산후우울증 개념을 확장하여 다양한 기간을 포함하는 광의의 산후우울 개념이 제시되고 있다. 구체적으로 역학적 관점에서 산후우울증을 출산 후 3개월까지가 일반적으로 수용되는 개념이라고 보기도 하며(Kendell et al., 1987; Wisner et al., 2002에서 재인용), 산후우울증을 출산 후 6개월 이내에 발병하는 우울장애로 정의하기도 한다(Forty et al., 2006). 더 나아가 DSM-5의 기준과 달리 전문가들은 최근 산후우울증을 출산 후 1년 이내에 나타나는 우울장애로 정의하고 있다(Stuart-Parrigon et al., 2014). 이에 따라 영국도 산후 1년까지의 산모를 대상으로 산후우울증의 예방과 치료 등의 개입을 하고 있다. 국내에서도 산후우울 유병률을 도출한 연구에서 출산 후 12개월(박영주 등, 2004)에서 24개월(안영미, 김정현, 2003)까지 다양하게 보고 있다.

산후우울증을 진단하는 또 다른 방법은 에딘버러 검사(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)과 같이 산후우울증만을 평가하는 선별 검사 또는 설문 도구를 사용하는 것이다. 다만, 이러한 척도는 대체로 국내 의료기관에서 산후우울증 진단의 기준으로 활용되지는 않는 것으로 보인다. 1987년 Cox 등이 개발한 에딘버러 검사는 자기 기입식 선별 도구로 한글판이 보급되어 산후우울증 선별을 위해 보건복지부 홈페이지

이지 등에서 널리 활용되고 있다. 총 10문항이며 문항별 0~3점으로 이루어져 0~30점까지 도출된다. 총점이 높을수록 우울감이 높은 것으로 해석한다. 대체로 출산 6주에 측정한 문항별 점수의 합에 따라 세 가지 집단으로 구분한다. 총점이 10점 미만이면 비우울군, 10~12점이면 경도 우울군(minor depression), 13점 이상이면 주요 우울군(major depression)으로 분류된다(김용구 등, 2008; Cox et al., 1987).

〈표 2-1〉 에딘버러 검사 문항

지난 7일 동안에	☐ ①	☐ ②	☐ ③	☐ ④
1. 나는 사물의 재미있는 면을 보고 웃을 수 있었다	☐ 예전과 똑같았다	☐ 예전보다 조금 줄었다	☐ 확실히 예전보다 많이 줄었다	☐ 전혀 그렇지 않았다
2. 나는 어떤 일들을 기쁜 마음으로 기다렸다	☐ 예전과 똑같았다	☐ 예전보다 조금 줄었다	☐ 확실히 예전보다 많이 줄었다	☐ 전혀 그렇지 않았다
3. 일이 잘못될 때면 공연히 자신을 탓하였다	☐ 대부분 그랬다	☐ 가끔 그랬다	☐ 자주 그렇진 않았다	☐ 전혀 그렇지 않았다
4. 나는 특별한 이유 없이 불안하거나 걱정스러웠다	☐ 전혀 그렇지 않았다	☐ 거의 그렇지 않았다	☐ 가끔 그랬다	☐ 자주 그랬다
5. 특별한 이유 없이 무섭거나 안절부절못하였다	☐ 꽤 자주 그랬다	☐ 가끔 그랬다	☐ 거의 그렇지 않았다	☐ 전혀 그렇지 않았다
6. 요즘 들어 많은 일들이 힘겹게 느껴졌다	☐ 대부분 그러하였고, 일을 전혀 처리할 수 없었다	☐ 가끔 그러하였고, 평소처럼 일을 처리하기가 힘들었다	☐ 그렇지 않았고, 대개는 일을 잘 처리하였다	☐ 그렇지 않았고, 평소와 다름없이 일을 잘 처리하였다
7. 너무 불행하다고 느껴서 잠을 잘 잘 수가 없었다	☐ 대부분 그랬다	☐ 가끔 그랬다	☐ 자주 그렇진 않았다	☐ 전혀 그렇지 않았다
8. 슬프거나 비참하다고 느꼈다	☐ 대부분 그랬다	☐ 가끔 그랬다	☐ 자주 그렇진 않았다	☐ 전혀 그렇지 않았다
9. 불행하다고 느껴서 울었다	☐ 대부분 그랬다	☐ 가끔 그랬다	☐ 자주 그렇진 않았다	☐ 전혀 그렇지 않았다
10. 자해하고 싶은 마음이 생긴 적이 있다	☐ 자주 그랬다	☐ 가끔 그랬다	☐ 거의 그렇지 않았다	☐ 전혀 그렇지 않았다

산후우울증보다 심한 정신적 손상 상태는 산후정신병(postpartum psychosis)이다. 산후정신병은 정신과적인 응급 질환으로 분류되어 즉각적인 개입이 필요하다. 산후정신병은 자살과 영아 살해의 위험을 유발할 정도로 심각한 질환이다. 대체로 출산 2주 후에 발생하며 극대화된 사고의 혼란, 기이한 행동, 흔히 않은 환각(시각, 후각, 촉각), 망상 등의 증상 때문에 산후우울증과는 구분된다(Newport et al., 2002).

산후정신병과 같은 심각한 상태는 정책적인 개입보다 즉각적이고 정신과적인 개입이 필요한 질환이므로 본 연구에서는 고려하지 않는다. 따라서 산후우울증 발병 후의 치료와 개입 역시 본 연구의 범위에서는 벗어난다. 오히려 산후우울증 예방을 위해 일상적인 기능을 수행하는 데 있어서 심각한 장애를 일으킬 정도의 심한 상태가 아닌 산후우울감을 경험하는 산모가 본 연구의 대상이다. 본 연구에서는 정신과적 정의에 따른 산후우울증에 한정 짓기보다는 산후에 전반적으로 발생할 수 있는 산후우울감 등 전반적인 정신건강 상태에 대해 폭넓게 접근하고자 한다. 이를 통해 산모가 산후에 느끼는 정신건강의 수준을 향상시키기 위해 산모의 관점에서 필요한 지원 방안을 전반적으로 도출하고자 한다.

제2절 산후 정신건강 현황

미국의 질병관리본부(CDC: Centers for Disease Control and Prevention)에 따르면, 대체로 산모의 11%가 산후우울증을 경험하고 있다(Ko et al., 2017). 일부 선행 연구는 산후우울증이 10~15%의 산모에게서 발생한다고 보고하고 있다(Horowitz et al., 2011; O'Hara, Swain, 1996; Zlotnick et al., 2016, p. 1에서 재인용). 우리나라에서

는 전체 산모의 어느 정도가 산후우울증을 경험하는지에 대한 통계 수치가 공식적으로 제시되지 않고 있다. 다시 말해, 국내에서는 산후우울증의 정확한 유병률이 파악되지 않고 있다. 다만, 언론에서 우울한 산모가 자신과 자신이 양육하는 영아의 건강을 위협하는 위험 행동에 관해 지속적으로 보도할 뿐이다. 산후우울의 심각성이 알려지면서 산후우울증과 관련된 수치들이 최근 들어 전국 조사를 통해 밝혀지고 있다.

5년마다 조사하는 정신질환실태 조사에서도 최근 관련 수치를 제시하였다. 최근(2016년)에 실시된 조사에 따르면, 주요우울장애를 경험한 성인 여성 10명 중 1명(9.8%)이 산후우울증을 경험한 것으로 나타났다(보건복지부 정신건강정책과, 2017). 이전(2006년, 2011년) 정신질환실태 조사에서는 조사 완료한 성인 중 679명의 여성이 DSM-4의 주요 우울을 경험한 것으로 나타났고, 이 중 96명(14.0%)이 출산 후 1개월 이내에 주요 우울증을 경험한 것으로 나타났다(이동우 등, 2015, p. 47).

그러나 2015년 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’(이삼식 등, 2015)에 따르면 2013~2015년 조사 시점까지 출산한 기혼 여성 중 산후우울증에 대해 진단받았거나 상담한 사람은 전체의 2.6%에 불과하다. 따라서 실제 산후우울증을 경험하거나 산후우울감을 경험한 산모에 대한 전국적 통계 수치가 존재하지 않는다는 문제 외에도 실제 산후우울증을 경험하거나 산후우울감을 경험한 산모 중에도 보건의료적 개입을 받은 산모는 적다는 점을 고려해 볼 때, 산후우울증에 정책적으로 개입하고 적절한 치료로 연계해 주어야 할 필요성에 대한 사회적 인식 전환이 필요하다고 볼 수 있다.

제 3 장

선행 연구 고찰

제1절 산후우울 측정 도구

제2절 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인

제3절 산후 정신건강이 양육 및 아동 발달에 미치는 영향

본 장에서는 2007년 이후 산후 정신건강과 관련하여 국내외에서 수행된 선행 연구를 고찰하였다. 국내에서 수행된 연구는 산후우울에 영향을 미치는 위험 요인(risk factor)에 관한 분석이 주를 이루고 있다. 또 자녀 양육에 있어서 아동 발달과의 관련성에 대한 연구, 산후우울을 선별할 수 있는 척도에 대한 평가 등이 주를 이룬다. 분석 방법으로는 메타분석을 포함한 문헌 분석, 설문 조사를 이용한 기초 통계 분석, 패널 조사 또는 실태 조사 자료를 활용한 심층 통계분석을 활용하였다.

국내에서 수행된 산후 정신건강 관련 선행 연구는 직접 설문 조사를 수행하거나, 2차 자료를 활용하여 산후 정신건강의 여러 측면을 분석하였다. 직접 설문 조사를 실시한 경우, 대부분 특정 지역의 병원이나 보건소를 이용한 산모를 대상으로 하여 비교적 적은 사례를 분석하였으나, 예외적으로 사례가 비교적 많은 연구에서는 한 병원에서 788명의 사례를 분석하기도 하고(최진영 등, 2010), 특정 지역 957명의 사례를 활용하기도 하였다(권혜진 등, 2011). 또한 전국을 대표하는 2차 자료를 활용한 선행 연구는 한국아동패널과 정신질환실태 조사를 활용하였다.

국외에서는 산후 정신건강에 관해 수행된 연구가 오랜 시간 축적되어 그 양이 방대하다. 최근 수행된 연구의 경우 국내의 연구와 비슷한 주제로 분석하였으나, 산후우울 측정 척도, 취약 계층의 산후우울 실태, 산후우울의 다양성에 대한 재분류 등 더욱 구체적인 연구가 활발히 수행되었다.

본 장에서는 국내외에서 수행된 산후 정신건강 관련 연구를 세부 주제로 분류하여, 제1절에서는 산후우울 측정 도구를 주제로 수행된 연구를

고찰하고, 제2절에서는 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인에 관해 분석한 연구를 고찰하고자 한다.

제1절 산후우울 측정 도구

산후우울증과 같은 정신질환은 앞에서 언급했듯이 미국정신의학회(American Psychiatric Association)의 정신질환의 진단 및 통계 편람(DSM)을 기준으로 다른 정신질환과 함께 의료기관에서 전문 의료인이 진단하고 이를 통해 치료와 개입이 이루어진다. 산후우울증에 대한 효과가 검증된 산후우울증만을 측정하는 표준 검사 도구는 아직 없다. 이에 따라 국내외에서 산후우울 측정 도구에 관한 연구가 지속적으로 수행되고 있는 상황이다. 현재 DSM을 제외하고 산후우울증만을 측정하는 자기 기입식 선별 도구 가운데 대표적인 것은 에딘버러 검사(EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale)이다. 이에 따라 산후우울 측정 도구와 관련한 국내외 선행 연구는 에딘버러 검사에 관한 것이 대부분이다.

국내에서 산후우울 측정 도구와 관련하여 수행한 연구는 대체로 산후우울의 수준을 측정하는 선별 도구 검증, 여러 선별 도구 간의 비교, 선별 도구 개발을 위한 연구 등이다. 좀 더 구체적으로 살펴보면, 김미운 등(2009)의 연구에서는 설문 조사 및 로지스틱 회귀분석을 통해 산후우울증 선별 도구 간의 일치도를 분석하였다. 김은경(2007)의 연구에서는 산후우울 측정 도구와 직접적인 관련은 없으나 측정 도구를 활용하여 산후우울증을 발견하고 등록하는 등의 관리 체계 개발을 위한 프로그램을 분석하였다. 최근에 수행한 안치석 등(2015)의 연구에서는 산후우울증 관

리를 위해 에딘버러 검사의 유용성에 관해 검증하기도 하였다. 더 나아가 이은주 등(2015)은 산후우울을 예측할 수 있는 모형, 즉 산후우울증 선별 도구를 개발하고자 하였다.

〈표 3-1〉 산후우울증 측정 도구와 관리 체계에 관한 국내 연구

연구자	연구 방법 (분석 방법)	연구 내용
김미운 등(2009)	설문 조사/ 로지스틱 회귀분석	산후우울증의 선별 도구 간 일치도 및 관련 요인 연구.
김은경(2007)	프로그램 분석	산후우울증 등록 발견 관리 체계 개발을 위한 프로그램 분석.
안치석 등(2015)	설문 조사/ 상관관계 분석	산후우울증 관리를 위한 에딘버러 검사의 유용성 확인 연구.
이은주 등(2015)	설문 조사/ bootstrapping	산후우울에 영향을 미치는 요인 규명 및 산후우울 예측 모형 개발 연구.

최근의 국외 연구에서도 국내 연구 동향과 유사하게 산후우울증의 척도로 보편적으로 사용하는 에딘버러 검사를 중점적으로 분석하였고, 선별 도구를 개발하고 에딘버러 검사와 비교하여 분석하기도 하였다(표 3-2 참조). 구체적으로, 에딘버러 검사를 평가한 연구(Venkatesh, 2017), 에딘버러 검사를 통해 진단했을 때의 정확성에 대한 연구(Thombs et al., 2015), 산전의 에딘버러 검사 실행이 산후우울증 발병의 보호 요인인지에 관한 연구(Meijer et al., 2014), 에딘버러 검사를 청소년 산모에게 적용했을 때의 정확성에 관한 연구(Venkatesh et al., 2014), 산후우울증 척도를 개발하고 이를 에딘버러 검사와 비교한 연구(McDonald et al., 2012)가 있다.

〈표 3-2〉 산후우울증 측정 도구와 관리 체계에 관한 국외 연구

연구자	연구 방법(분석 방법)	연구 내용
Venkatesh et al.(2017)	설문 조사	에딘버러 검사에 대한 평가.
Thombs et al.(2015)	체계적 문헌 분석, 환자 조사 메타분석	에딘버러 검사의 진단에 있어서의 정확성 검토.
Meijer et al.(2014)	전향적 코호트 연구 (prospective cohort study)	산전 에딘버러 검사 실행과 산후우울증 발생 위험 감소 효과 분석.
Venkatesh et al.(2014)	실험 조사	청소년 산모에게 있어서 에딘버러 검사의 적용 평가.
MaDonald et al.(2012)	2차 데이터 분석	산후우울 척도 개발.

제2절 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인

산후 정신건강에 영향을 미치는 요인에 관한 연구는 국내외에서 지속적으로 많이 수행되고 있다. 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인에 관한 국내의 연구에서는 사회적 지지, 양육 스트레스, 임신기의 스트레스, 분만 유형, 수면의 질, 산후 피로도, 산후조리원 이용 여부, 여가 활동, 초산 여부 등 다양한 요인이 산후 정신건강에 영향을 미치는 것으로 나타났다(표 3-3 참조).

〈표 3-3〉 산후우울에 영향을 미치는 요인에 관한 국내 연구

연구자	연구 방법(분석 방법)	연구 내용
강민철 등(2012)	메타분석	사회적 지지와 양육 스트레스를 중심으로 한 산후우울증 유병률과 관련 요인 연구.
고효정 등(2010)	설문 조사/회귀분석	분만 유형에 따른 산욕기 산모의 산후우울 비교 연구.
김미은 등(2014)	설문 조사/ 단계적 회귀분석	산후 6개월 이내의 산모를 대상으로 수면의 질, 산후 피로도와 산후우울의 관계 분석.
김민아 등(2013)	설문조사/t-test, ANOVA	산후조리원 이용하는 산모와 이용하지 않는 산모의 산후우울, 산후 스트레스, 산후 불편감 및 산후 활동에 대한 비교 연구.

연구자	연구 방법(분석 방법)	연구 내용
김분한 등(2010)	2차 데이터 분석	산전 산후 우울증 실태 분석을 통한 우울증 발생률 감소 정책 방안 연구.
김성수 등(2009)	설문 조사/ 기술 통계 분석	출산 후 여성의 여가 활동 참여가 산후우울 및 양육 스트레스에 미치는 영향 연구.
김은숙 등(2009)	사전 사후 조사/ 기술 통계 분석	지지 간호가 미숙아 어머니의 산후우울에 미치는 효과 연구.
김지양 등(2008)	설문 조사/ 확인적 요인 분석	산후우울감을 예측하는 심리적 요인 연구.
김혜원 등(2014)	사전 사후 조사/ 기술 통계 분석	음악 요법과 전화상 담이 고위험 산모의 산후우울과 모성 정체성에 미치는 효과 분석.
남궁연옥 등(2007)	설문 조사/ 다중 회귀분석	도시 지역 일부 산모의 산후우울과 사회적 지지의 관련성 연구.
박경연 등(2011)	설문 조사/단계적 다중 회귀분석	초산 산모와 경산 산모의 산후 6주 우울 예측 요인 비교.
박우영 등(2009)	설문 조사/ 로지스틱 회귀분석	대학병원 산모를 대상으로 한 산후우울장애의 발병률 및 예측 인자 연구.
송주은 등(2010)	사전 사후 조사/ 기술 통계 분석	산후조리원 이용 여부에 따른 초산 산모의 신체적, 심리적 건강 상태 및 모성 역할 적응의 변화 양상에 관한 연구.
송주은 등(2008)	설문 조사/ 다중 회귀분석	산후조리원 이용 여부에 따른 산모의 양육 스트레스, 산후우울, 산후 피로 차이 분석.
신유경 등(2013)	패널데이터/ 위계적 다중 회귀분석	산후우울에 미치는 자기 효능감, 부부 갈등 및 산전 우울의 영향 연구.
여정희 등(2013)	설문 조사/위계적 다중 선행 회귀분석	분만 경험과 산후우울이 출산 후 여성의 삶의 질에 미치는 영향 연구.
윤지향 등(2013)	사전 사후 조사/다중 로지스틱 회귀분석	산후우울증 관련 요인-전향적 코호트 연구.
이선미(2010)	사전 사후 조사/ 기술 통계 분석	음악 요법이 산모의 산후우울과 모아 애착에 미치는 효과 연구.
이선옥 등(2010)	설문 조사/ 상관관계 분석	산후우울 수준과 분만 전후 관련 요인에 관한 연구.
이완정 등(2015)	패널데이터/ 잠재 성장 모형 분석	우울 위험 집단 어머니의 우울 변화 궤적 및 예측 요인 분석.
이은주 등(2015)	설문 조사/ bootstrapping	산후우울에 영향을 미치는 요인 규명과 이를 토대로 산후우울 예측 모형 개발 연구.
이지원 등(2015)	설문 조사/단계적 다중 회귀분석	산욕 초기 산모의 산후우울에 자기 효능감, 신체상, 가족 지지가 미치는 영향 연구.

연구자	연구 방법(분석 방법)	연구 내용
전영남 등(2013)	설문 조사/ 기술 통계 분석	임신 중 운동 유무가 산욕기 건강 관련체 력과 산후 우울 및 체중 변화에 미치는 영향.
정연이 등(2014)	설문 조사/ 단계적 회귀분석	산후우울의 영향 요인과 모성 정체성의 관련성 분석.
조희원 등(2013)	설문 조사/ bootstrapping	산후우울 관련 변인들 간의 관계 구조 모형 연구.
최소영 등(2011)	설문 조사/ 단계적 회귀분석	초기 산욕기 산모의 피로와 산후우울이 지각된 삶의 질에 미치는 영향 연구.
최진영 등(2010)	설문 조사/ 기술 통계 분석	산모 및 신생아 상태에 따른 산후우울증 유발 위험 인자 분석.

국외에서도 산후 정신건강에 영향을 미치는 위험 요인에 관해 1980년대부터 많은 연구가 수행되었다. 약 1만 4000개의 연구와 이어지는 1만 개의 실증 연구를 대상으로 메타분석을 실시한 Stewart et al.(2003)의 연구와 후속으로 실시한 Robertson et al.(2004)의 연구 결과 산후우울에 영향을 미치는 강한 위험 인자는 임신기의 우울, 불안, 스트레스, 사회적 지지망, 우울 병력으로 나타났으며, 영향력의 크기가 중간 수준인 위험 인자는 육아 스트레스, 낮은 자존감, 신생아의 기질 등이고, 인종, 결혼 연령, 교육 수준, 아이의 성별은 영향을 주는 주요 요인이 아닌 것으로 나타났다.

산후 1주, 4주, 8주 차에 있는 산모 396명을 대상으로 산후 배우자 지지 척도(Postpartum Partner Support Scale)를 사용하여 배우자와의 관계의 질과 산후우울의 관계를 분석한 Dennis 등(2017)의 연구에서는 배우자의 지지가 부적절한 산모의 정신건강 수준이 낮다는 점을 지적하면서 개개인의 상황에 적합한 산후 관리가 필요하며 예방적 개입이 필요함을 주장하였다.

캐나다의 2차 데이터에서 1578 사례를 추출하여 분석한 McDonald et al.(2012)의 연구에서는 배우자와의 열악한 관계(poor relationship)

외에도 임신 말기의 우울과 스트레스, 약물 경험을 주요 위험 요인으로 제시하였다. 기존의 데이터를 분석한 O'Hara et al.(2009)의 연구에서도 과거 우울 경험, 삶의 스트레스, 배우자와의 열악한 관계, 사회 지지망의 부재를 산후우울의 위험 요인으로 보고하였다.

〈표 3-4〉 산후우울에 영향을 미치는 요인에 관한 국외 연구

연구자	연구 방법(분석 방법)	연구 내용
Robertson et al. (2004)	메타분석	산후우울증에 영향을 미치는 위험 요인(임신 중 우울 및 불안, 임신 중 스트레스, 사회적 지지의 수준, 우울증 병력 등) 고찰.
Forman et al. (2000)	설문 조사/ 기술 통계 분석	산후우울에 영향을 미치는 위험 요인을 규명 연구.
Dennis et al. (2017)	설문 조사/ 기술 통계 분석	취약 계층의 산후우울증 위험 요인에 대한 연구.
O'Hara et al. (2009)	기존 데이터 분석	산전 산후 우울증 실태 분석을 통한 우울증 발생률 감소 정책 방안 연구.

제3절 산후 정신건강이 양육 및 아동 발달에 미치는 영향

산후 정신건강 수준이 자녀 양육과 아동 발달에 미치는 영향에 관한 국내의 연구(표 3-5 참조)에서는 산후우울이 양육 스트레스, 영아의 정신건강, 영아와의 의사소통 능력 등 상호작용, 영아의 기질, 건강과 성장 발달 등에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다. 또한 산후우울은 자녀의 발달에 있어서 부모와의 불안정한 애착 관계뿐만 아니라 부정적인 정서, 변화에 대한 부적응, 지적 능력의 저하, 또래 친구와의 관계 문제, 더 나아가 주요 우울 또는 불안장애로까지 이어질 수 있다.

〈표 3-5〉 산후우울과 자녀의 양육·발달의 관계에 관한 국내 연구

연구자	연구 방법(분석 방법)	연구 내용
권혜진 등(2011)	설문 조사/ 다중 회귀분석	영아기 어머니의 산후우울과 아기 기질이 양육 스트레스에 미치는 영향 연구.
김표민(2014)	패널데이터/ 잠재 성장 혼합 모형	변화 궤적에 따른 잠재 계층을 대상으로 영유아기 자녀를 둔 어머니의 우울 수준을 종단적으로 분석.
김현옥(2013)	패널데이터/ 회귀분석	어머니의 우울이 영아의 심리 정서적 발달에 미치는 영향과 양육 요인의 조절 효과 분석.
박찬화 등(2015)	패널데이터/ 경로 분석	어머니의 산후우울감과 만 2세 영아의 의사소통 능력 간의 관계 연구.
방경숙(2012)	설문 조사/U-test	산모의 우울이 생후 4개월 영아의 기질, 건강과 성장 발달에 미치는 영향 분석.
방경숙(2011)	설문 조사/ 상관관계 분석	산모의 산후우울 여부에 따른 영아의 기질과 건강 문제 분석.
방경숙(2008)	문헌 연구	임산부 우울이 자녀 건강에 미치는 영향에 대해 고찰.
서미정(2011)	패널데이터/ 회귀분석	영아 자녀를 둔 어머니가 지각하는 아버지의 양육 참여와 산후우울의 관계-부부 관계의 매개 효과 및 어머니의 자아 인식 증대 효과.
이제영 등(2011)	설문 조사/ 기술 통계 분석	산후우울 성향 어머니와 6~8개월 영아의 상호작용 분석.
천희영 등(2011)	패널데이터/ 위계적 회귀분석	영아 어머니의 산후우울 변화와 양육 관련 체계 변인 간의 관계 분석.
천희영 등(2011)	패널데이터/ 로지스틱 회귀분석	부모됨과 양육 관련 체계 변인을 중심으로, 영아 어머니 우울의 예측 변인 분석.
최인에 등(2012)	설문 조사/ 기술 통계 분석	어머니 산전 산후 우울 수준에 따른 어머니와 영아의 정신건강에 관한 연구.

국외의 연구에서도 산후우울은 산모가 돌보는 영아에게 영향을 준다는 사실을 밝히고 있다. 즉, 초기 모아 상호 작용, 영아 행동 발달, 아동 발달에 이르기까지 산모의 우울은 양육의 질을 결정하여 자녀에게 악영향을 줄 수 있다는 것이다. 구체적으로 Field(2017)의 연구에서는 문헌 분석을 통해 산후우울이 초기 모아 상호 작용에 영향을 준다는 것을 보여주었다. 또한, 산후우울은 영아기 행동 발달(Gjerde et al., 2017)에 영향을 미쳐 영아기 행동 장애로 이어진다(Bennett et al., 2011). 더 나아가 패널데이터

를 분석한 Abdollahi et al.(2017)의 연구에서는 산후우울이 자녀가 만 4세가 되었을 때 발생하는 발달 장애에 영향을 미치고 있음을 보여 주었다.

〈표 3-6〉 산후우울과 자녀의 양육·발달의 관계에 관한 국외 연구

연구자	연구 방법(분석 방법)	연구 내용
Abdollahi et al. (2017)	패널 분석	산후우울이 아동이 만 4세가 되었을 때 발생하는 발달 장애에 미치는 영향 연구.
Gjerde et al. (2017)	2차 데이터 분석	어머니의 우울이 영아 행동 발달에 미치는 영향에 대한 연구.
Field (2017)	문헌 분석	산후우울이 초기 모아 상호 작용에 미치는 영향 연구.
Bennett et al. (2011)	설문 조사	산후우울이 영아기 행동 장애에 미치는 영향 연구.

제 4 장

산후 정신건강 관련 법률 및 지원 사업 현황

제1절 국내 사례

제2절 국외 사례

4

산후 정신건강 관련 법률 및 << 지원 사업 현황

산후 정신건강에 관한 법률과 지원 사업은 아직 산모의 정신건강에 따라 개별 대응이 가능할 정도로 촘촘하게 구비되어 있지는 않다. 이는 아직 임신·출산과 관련한 지원이 출산 전의 임부와 신생아를 중심으로 이루어지고 있어서 모성 건강 측면으로의 접근이 부족하기 때문이라고 해석할 수 있다. 또한 산후우울감 등은 사회나 산모 개인이 모두 ‘산모라면 당연히 겪는 감정의 변화’로 판단하여, 적극적으로 문제를 해결하려 하기보다 감정에 익숙해지거나 정신적인 고통을 참으면서 지나가기만을 기다리기 때문으로 볼 수도 있다. 가장 중요한 점은, 스스로 정신건강이 좋지 않다는 것을 파악하고 적극적으로 대처하고 싶더라도 영아 돌봄의 문제로 인하여 현실적으로 불가능한 경우가 많다는 점이다.

법률이나 사업이 아직 다양하게 존재하지는 않지만, 현실적인 문제에 대처하기 위하여 다양한 노력이 시도되고 있다. 본 장에서는 산후 정신건강 관련 법률과 국내외 지원 사업을 알아보고 향후 산후 정신건강 문제를 경험하는 산모에게 어떤 정책을 제공하여야 할지 파악해 보려 한다. 구체적으로, 국내의 산후 정신건강 관련 법률과 지원 사업을 살펴보고, 미국의 산후우울증 관련 법안, 세계보건기구(WHO)의 산후 관리 권고안, 영국 보건임상연구소(NICE)의 산후 정신건강 지침을 살펴보고자 한다.

제1절 국내 사례

1. 산후 정신건강 관련 법률

가. 저출산·고령사회기본법

이 법은 저출산 및 인구의 고령화에 따른 변화에 대응하는 저출산·고령 사회 정책의 기본 방향과 그 수립 및 추진 체계에 관한 사항을 규정함으로써 국가의 경쟁력을 높이고 국민의 삶의 질 향상과 국가의 지속적인 발전에 이바지함을 목적으로 한다(저출산·고령사회기본법 제1조).

이 법 제9조에서는 임신부·태아 및 영유아에 대한 건강 진단 등 모자보건의 증진과 태아의 생명 존중을 위하여, 국가와 지방자치단체에 필요한 시책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부과하고 있다.

제9조(모자보건의 증진 등) ① 국가 및 지방자치단체는 임신부·태아 및 영유아에 대한 건강진단 등 모자보건의 증진과 태아의 생명존중을 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다.
② 국가 및 지방자치단체는 임신·출산·양육의 사회적 의미와 생명의 존엄성 및 가족구성원의 협력의 중요성 등에 관한 교육을 실시하여야 한다.
③ 국가 및 지방자치단체는 임신·출산 및 양육에 관한 정보의 제공, 교육 및 홍보를 실시하기 위하여 필요한 기관을 설치하거나 그 업무를 관련 기관에 위탁할 수 있다.

자료: 저출산·고령사회기본법 제9조.

나. 건강가정기본법

건강가정기본법 제1조에 따르면 이 법의 목적은 건강한 가정 생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정 문제의 적절한 해결 방안을 강구하며 가족 구성원의 복지 증진에 이바지할 수 있는 지원 정책을 강화함으

로써 건강 가정 구현에 기여하는 것이다.

이 법에서는 혼인과 출산의 사회적 중요성을 강조하고 출산과 육아에 친화적인 출산 환경을 조성하기 위해 노력해야 함을 명시하고 있다. 이를 위해 기본 계획을 수립하여 사업을 시행하고 있다.

특히 제21조에서 가족 구성원의 정신적·신체적 건강 지원과 태아 검진 및 출산·양육의 지원을 명시하고 있어 산모의 산후 정신건강을 지원할 수 있는 법적 근거가 마련되어 있는 것으로 보인다.

- 제8조(혼인과 출산) ① 모든 국민은 혼인과 출산의 사회적 중요성을 인식하여야 한다.
 ② 국가 및 지방자치단체는 출산과 육아에 대한 사회적 책임을 인식하고 모성보호와 태아의 건강보장 등 적절한 출산환경을 조성하기 위하여 적극적으로 지원하여야 한다.
- 제15조(건강가정기본계획의 수립) ① 여성가족부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 건강가정기본계획(이하 "기본계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다.
 ② 기본계획에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다.
6. 가족의 양육·부양 등의 부담완화와 가족해체예방을 통한 사회비용 절감
 8. 가족의 건강증진을 통한 건강사회 구현
- 제21조(가정에 대한 지원) ① 국가 및 지방자치단체는 가정이 원활한 기능을 수행하도록 지원하여야 한다.
 ② 제1항의 규정에 의하여 지원하여야 할 사항은 다음 각호와 같다.
1. 가족구성원의 정신적·신체적 건강지원
 4. 태아검진 및 출산·양육의 지원

자료: 건강가정기본법 제9조, 제21조.

다. 정신건강 증진 및 정신 질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률

정신건강 증진 및 정신 질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률은 정신 질환의 예방·치료, 정신 질환자의 재활·복지·권리 보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강 증진 및 정신 질환자가 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 두고 있

다(정신건강 증진 및 정신 질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률 제1조). 이 법률의 기본 이념은 다음과 같이 정신 질환으로부터 보호하고 정신질환자에 대한 차별을 금지하는 것이다.

- 제2조(기본이념) ① 모든 국민은 정신질환으로부터 보호받을 권리를 가진다.
- ② 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받고, 최적의 치료를 받을 권리를 가진다.
- ③ 모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다.
- ④ 미성년자인 정신질환자는 특별히 치료, 보호 및 교육을 받을 권리를 가진다.
- ⑤ 정신질환자에 대해서는 입원 또는 입소(이하 "입원등"이라 한다)가 최소화되도록 지역 사회 중심의 치료가 우선적으로 고려되어야 하며, 정신건강증진시설에 자신의 의지에 따른 입원 또는 입소(이하 "자의입원등"이라 한다)가 권장되어야 한다.
- ⑥ 정신건강증진시설에 입원등을 하고 있는 모든 사람은 가능한 한 자유로운 환경을 누릴 권리와 다른 사람들과 자유로이 의견교환을 할 수 있는 권리를 가진다.
- ⑦ 정신질환자는 원칙적으로 자신의 신체와 재산에 관한 사항에 대하여 스스로 판단하고 결정할 권리를 가진다. 특히 주거지, 의료행위에 대한 동의나 거부, 타인과의 교류, 복지서비스의 이용 여부와 복지서비스 종류의 선택 등을 스스로 결정할 수 있도록 자기결정권을 존중받는다.
- ⑧ 정신질환자는 자신에게 법률적·사실적 영향을 미치는 사안에 대하여 스스로 이해하여 자신의 자유로운 의사를 표현할 수 있도록 필요한 도움을 받을 권리를 가진다.
- ⑨ 정신질환자는 자신과 관련된 정책의 결정과정에 참여할 권리를 가진다.

자료: 정신건강 증진 및 정신 질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률 제2조.

이 법에서는 정신 질환자에 대한 관리 및 보호 규정을 두고 이들을 위한 정신건강 증진 사업, 정신건강 복지센터 및 정신건강 증진 시설 설치 및 운영에 대한 근거를 만들어 국민의 정신건강을 증진하기 위하여 노력하고 있다.

또한 국가와 지방자치단체에서 국민의 정신건강을 증진하고, 정신 질환을 예방·치료하며, 정신 질환자의 재활 및 장애 극복과 사회 적응 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다는 의무조

항을 두고 있어(동법 제4조), 각 지방자치단체에서도 개별적인 조례를 만들어 정신 질환자, 정신 보건 시설, 정신 보건 센터(지역)를 관리하고 서비스를 제공하는 근거를 두고 있다.

제4조(국가와 지방자치단체의 책무) ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애극복과 사회 적응을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.

② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강 복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.

③ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 권익향상, 인권보호 및 지원 서비스 등에 관한 종합적인 시책을 수립하고 그 추진을 위하여 노력하여야 한다.

④ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 모든 차별 및 편견을 해소하고 차별받은 정신질환자등과 그 가족의 권리를 구제할 책임이 있으며, 정신질환자등과 그 가족에 대한 차별 및 편견을 해소하기 위하여 적극적인 조치를 하여야 한다.

자료: 정신건강 증진 및 정신 질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률 제4조.

그러나 해당 법에서 산후 정신건강에 대해서 따로 규정을 두고 있지는 않다. 제7조에서는 5년마다 국가 기본 계획의 수립을 의무화하고 있는데, ‘영·유아, 아동, 청소년, 중·장년, 노인 등 생애 주기 및 성별에 따른 건강 증진 사업’을 포함하도록 하고 있어 산후 정신건강만을 위한 규정이 정해져 있지 않은 것을 알 수 있다. 물론 거시적으로 생애 주기 및 성별에 따른 건강 증진 사업에 포괄적으로 포함되어 있다고 해석할 수 있으나, 여성의 정신건강 증진이라는 측면에서 봤을 때 산후 정신건강이 특정되어 있다고 보기 어려울 것이다. 정신건강 증진뿐만 아니라 저출산이라는 사회 문제에 대응하는 차원에서 모성과 영유아의 건강 증진과 산후 정신건강 증진을 위해 국가와 지방자치단체가 좀 더 적극적으로 개입할 필요가 있다.

제7조(국가계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 관계 행정기관의 장과 협의하여 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획(이하 "국가계획"이라 한다)을 수립하여야 한다.

② 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다)는 국가계획에 따라 각각 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 "시·도"라 한다) 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획(이하 "지역계획"이라 한다)을 수립하여야 한다. 이 경우 해당 지역계획은 「지역보건법」 제7조에 따른 지역보건의료계획과 연계되도록 하여야 한다.

③ 국가계획 또는 지역계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 정신질환의 예방, 상담, 조기발견, 치료 및 재활을 위한 활동과 각 활동 상호 간 연계
2. 영·유아, 아동, 청소년, 중·장년, 노인 등 생애주기(이하 "생애주기"라 한다) 및 성별에 따른 정신건강증진사업
3. 정신질환자의 조기퇴원 및 사회 적응
4. 적절한 정신건강증진시설의 확보 및 운영

(중략)

자료: 정신건강 증진 및 정신 질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률 제7조.

라. 모자보건법

모자보건법은 모성 및 영유아의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민 보건 향상에 이바지함을 목적으로 하고 있다(모자보건법 제1조). 이 법에 의하여 임신·출산·양육과 임신부·영·유아의 생명과 건강을 관리한다. 저출산·고령사회기본계획 내의 다양한 지원 사업 역시 이 법과 관련되어 있다.

모자보건법은 1973년 제정되어 긴 역사를 가지고 있으나, 모성과 영유아의 신체 건강관리에만 주로 힘썼다. 모성의 정신건강 관리와 관련한 내용은 상대적으로 뒤늦게 포함되었다. 제정 이후 40여 년이 지난 2016년 12월 2일에 조문이 신설되어 2017년 6월 3일부터 시행되었다. 관련 내용은 다음과 같다.

제10조의5(산전·산후우울증 검사 등 지원) 국가와 지방자치단체는 임산부에게 필요하다고 인정되는 경우 산전·산후우울증 검사와 관련한 지원을 할 수 있다.

자료: 모자보건법 제10조의5.

모자보건법 개정안은 국회 보건복지위원회 소속 송석준 의원이 대표발의한 것으로 출산 후유증의 조기 치료를 통해 산모의 건강 향상에 도움을 줄 목적을 갖고 있다(김상기, 2016). 그러나 관련 내용의 신설로 산전 산후 우울증 검사의 지원이 명문화되었지만, 아직 구체적인 시행 방안은 나오지 않은 상태이다. 현재는 보건소에 비치된 자가 검사지를 통해 판단하는 수준에 그치고 있다. 이에 2017년 9월 12일 현재 정춘숙 의원이 모자보건법 일부 개정 법률안을 대표발의하였다. 모자보건법 제10조의5의 변경과 제10조의6의 신설을 담은 법률안이다.

제10조의5에서는 현행법이 산전 산후 우울증 검사와 관련한 지원만을 제시한 반면, 산전 산후 우울증을 ‘임산부가 임신 또는 출산으로 인하여 겪는 우울, 불안 등 심리적 증상’으로 정의하면서 임산부의 정신건강 증진에 필요한 지원을 할 수 있도록 하고 있다. 여기에는 검사 및 치료에 관한 지원, 예방을 위한 상담 및 교육 등이 포함된다. 또한 제10조의6을 신설하여 중앙 및 권역 산후 우울증 치료 상담 센터를 설치·운영할 수 있도록 하고 있다. 이 센터에서 산전 산후 우울증 관련 검사·진단·치료·상담 및 교육과 더불어 조사 및 연구까지 가능하도록 하는 내용을 포함시켰다.

제10조의5(임산부의 정신건강 증진을 위한 지원사업) ① 국가와 지방자치단체는 임산부가 임신 또는 출산으로 인하여 겪는 우울, 불안 등 심리적 증상(이하 “산전·산후우울증”이라 한다)을 극복할 수 있도록 임산부의 정신건강 증진에 필요한 지원을 할 수 있다.

② 제1항에 따른 지원에는 다음 각 호의 내용이 포함되어야 한다.

1. 산전·산후우울증 검사 및 치료에 관한 지원
2. 산전·산후우울증 예방을 위한 상담 및 교육
3. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업

제10조의6(산전·산후우울증치료상담센터의 설치·운영 등) ① 보건복지부장관은 산전·산후우울증에 대한 치료 및 상담 등 산전·산후우울증 극복을 위한 다음 각 호의 업무를 전문적이고 체계적으로 수행하기 위하여 중앙 산전·산후우울증치료상담센터를 설치·운영할 수 있다.

1. 산전·산후우울증 관련 검사 및 진단
2. 산전·산후우울증 치료
3. 산전·산후우울증 관련 상담 및 교육
4. 제2항에 따른 권역별 산전·산후우울증치료상담센터 종사자에 대한 교육
5. 제2항에 따른 권역별 산전·산후우울증치료상담센터와의 정보 교류 및 협력
6. 산전·산후우울증 극복을 위한 조사 및 연구
7. 그 밖에 산전·산후우울증 극복을 위하여 필요한 업무로서 보건복지부장관이 정하는 업무

② 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사 또는 특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)는 산전·산후우울증 치료, 상담 및 교육 등의 업무를 전문적으로 수행하기 위하여 권역별로 산전·산후우울증치료상담센터를 설치·운영할 수 있다.

③ 보건복지부장관과 시·도지사는 제1항 및 제2항에 따른 산전·산후우울증치료상담센터의 설치·운영을 보건복지부령으로 정하는 전문인력과 시설을 갖춘 기관에 위탁할 수 있다.

④ 제1항 및 제2항에 따른 산전·산후우울증치료상담센터의 설치·운영, 제3항에 따른 위탁에 필요한 사항 등은 보건복지부령으로 정한다.

자료: 모자보건법 개정안 제10조의5, 제10조의6.

산전에 비해 산후에는 산모가 보건소나 의료기관에 접근하기 어려울 수 있으므로 다양한 접근 방식을 고민하여 전달 체계를 다양하게 설계할 필요가 있다. 발의된 모자보건법 개정안은 이 부분을 고려하여 산후 정신건강 향상을 위한 사업의 필요성을 강조하고, 서비스 접근성을 향상하는데 목적을 두고 있는 것으로 보인다. 이와 같은 움직임이 지속적으로 발생하여, 중장기적으로는 모성과 태아, 영·유아를 보호할 수 있는 법적 체계를 점차 구축해야 할 것이다.

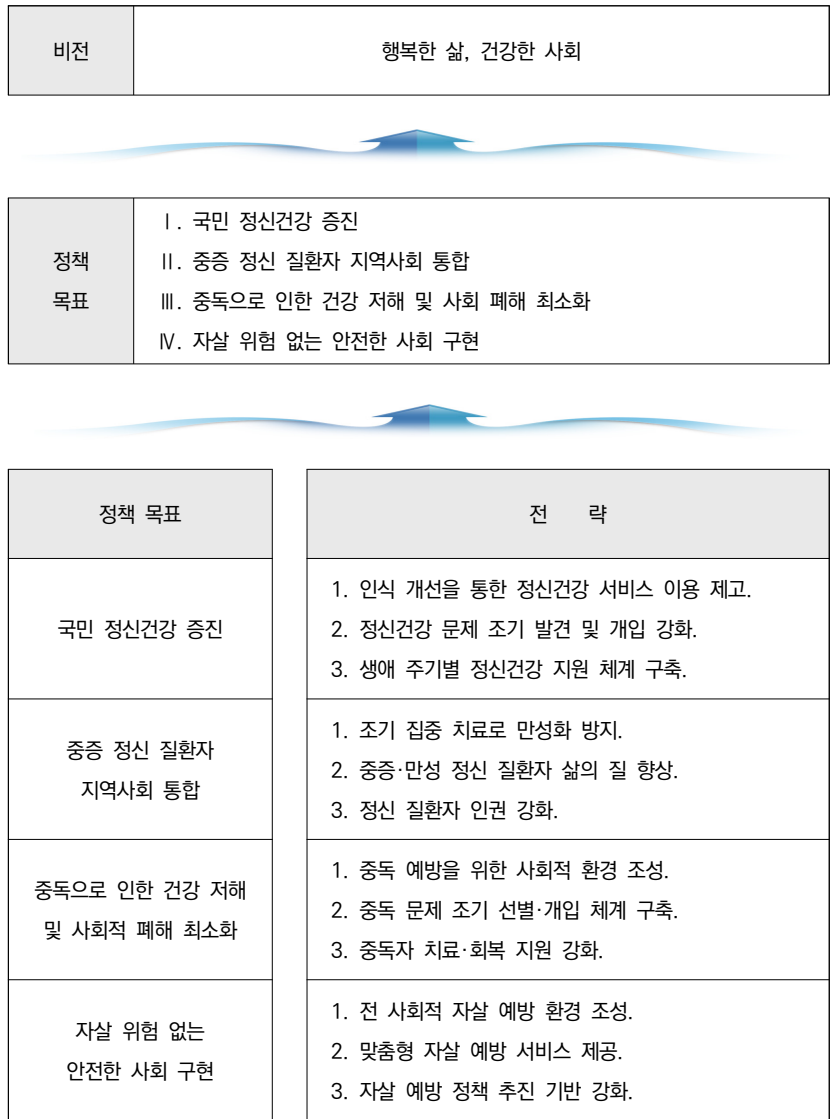
2. 산후 정신건강 관련 지원 사업

가. 정신건강 종합대책

정부는 2016년 2월 25일 제78회 국가정책조정회의에서 ‘정신건강 종합대책’을 논의하고 확정하였다. 이 대책에서는 우울·불안·중독 등 우리 사회의 정신건강 문제에 대응하기 위한 방안을 마련하였고, 삶의 고비에 서 마음의 병을 얻게 될 경우 조기에 발견하고 신속하게 회복하여 원래의 삶으로 돌아갈 수 있도록 전 사회적 역량을 강화하는 데 초점을 맞췄다(보건복지부 정신건강정책과, 2016).

정신건강 종합대책의 비전은 ‘행복한 삶, 건강한 사회’이며, 이를 달성하기 위하여 ‘국민 정신건강 증진’, ‘중증 정신 질환자 지역사회 통합’, ‘중독으로 인한 건강 저해 및 사회 폐해 최소화’, ‘자살 위험 없는 안전한 사회 구현’이라는 네 가지 정책 목표와 함께 12가지 세부 전략을 세웠다(그림 4-1 참조). 또한 전략별 정책 과제(총 32개)를 두고 추진 과제를 정하였다(표 4-1 참조).

[그림 4-1] 정책 목표 및 전략



자료: 관계부처 합동. (2016). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책. p. 6.

〈표 4-1〉 추진 과제

정책 목표	전략(12)	정책 과제(32)
Ⅰ. 국민 정신건강 증진	1. 인식 개선을 통한 정신건강 서비스 이용 제고	1-1. 정신건강 증진 서비스 접근성 제고. 1-2. 정신건강에 대한 국민 관심 제고. 1-3. 정신 질환 및 정신 질환자에 대한 불합리한 차별 개선.
	2. 정신건강 문제 조기 발견 및 개입 강화	2-1. 우울, 불안 등에 대한 지역사회 서비스 강화. 2-2. 스트레스 고위험군 집중 관리 지원. 2-3. 재난 피해자 등 위기 심리 지원 강화.
	3. 생애주기별 정신건강 지원 체계 구축	3-1. 영유아 정신건강 지원. 3-2. 아동·청소년 정신건강 지원. 3-3. 청·장년 정신건강 지원. 3-4. 노인 정신건강 지원.
Ⅱ. 중증정신 질환자 지역사회 통합	1. 조기 집중 치료로 만성화 방지	1-1. 건강보험 및 의료급여 수가 체계 개선. 1-2. 초발 정신 질환자 관리 모형 및 치료 기술 개발.
	2. 중증·만성 정신 질환자 삶의 질 향상	2-1. 지역사회 지원 체계 구축. 2-2. 사회 복귀 시설 확충 및 내실화. 2-3. 정신 의료기관 및 정신 요양시설 기능 재정립 및 역량 강화.
	3. 정신 질환자 인권 강화	3-1. 정신 의료기관 입·퇴원 제도 개선. 3-2. 정신 질환자의 자기 결정권 강화. 3-3. 정신 의료기관 및 정신 요양시설 내 인권 강화.
Ⅲ. 중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 폐해 최소화	1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성	1-1. 중독 폐해에 대한 사회적 인식 개선. 1-2. 중독 위험 환경 개선.
	2. 중독 문제 조기 선별 ·개입 체계 구축	2-1. 대상별 중독 선별 체계 강화. 2-2. 중독 고위험군 대상 중재 서비스 제공.
	3. 중독자 치료 회복 지원 강화	3-1. 치료 서비스 접근성 강화. 3-2. 중독자 회복 지원을 위한 지지 체계 마련.
Ⅳ. 자살위험 없는 안전한 사회구현	1. 전 사회적 자살 예방 환경 조성	1-1. 사회적 인식 개선. 1-2. 자살 예방을 위한 사회적 지지 체계 마련. 1-3. 자살 위험 환경 개선.
	2. 맞춤형 자살 예방 서비스 제공	2-1. 생애 주기별 자살 예방 대책 추진. 2-2. 자살 고위험군 예방 체계 강화. 2-3. 자살 위기 대응 및 사후 관리 체계 마련.
	3. 자살 예방 정책 추진 기반 강화	3-1. 자살 예방 관련 교육 강화. 3-2. 근거 기반 자살 예방 연구 체계 마련.

자료: 관계부처 합동. (2016). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책. p. 7.

위의 추진 과제 중 산후 정신건강과 관련된 부분은 ‘3-3. 청·장년 정신 건강 지원’ 부분이다. 세부적인 내용을 살펴보면, 2017년에 산모의 산전 산후 우울증 관리 강화를 위하여 다음의 세 가지 방안을 실시한다는 계획을 수립하였다. 세 가지 방안은 첫째로 보건소, 건강가정지원센터, 육아종합지원센터를 중심으로 부모 대상 자녀 양육 교육을 강화하는 것, 둘째로 산부인과 검진 또는 영·유아 건강검진 시 부모를 대상으로 우울, 불안 등 정신과적 문제를 스크리닝하여 산후 정신건강 문제를 조기 발견하는 것, 셋째로 고위험군으로 선별되었을 때 정신 의료기관과 연계하고, 아이 돌봄 서비스, 일시 보육을 우선 제공하며, 고운맘 카드의 사용처 확대를 통하여 서비스를 제공하는 것이다(관계부처 합동, 2016). 그러나 모자보건법에서 언급하였듯이 2017년 9월 현재 아직 산후우울 스크리닝을 위한 산전 산후 우울증 검사조차 실시하지 못하는 실정이어서 구체적인 실행 방안이 필요하다.

나. 지방자치단체 사업: 서울아기 건강 첫걸음 사업⁴⁾

서울아기 건강 첫걸음 사업은 서울시의 모든 아동이 공평한 출발을 할 수 있도록 보장하기 위한 조기 아동기 건강 발달 프로그램이다. 서울시 자치구 보건소를 기반으로 이루어지는 생애 초기 지역사회 보건 사업으로, 임신부터 출산, 그리고 태어난 아기가 만 2세가 될 때까지 간호사의 가정방문을 핵심 전략으로 하여 시행한다.

이 사업은 임신부와 영·유아의 적극적 건강관리를 통해 소득 수준에 따라 아동 발달의 사회적 격차를 줄이고, 건강 수준이 대물림되는 현상을 막기 위해 시작되었다(이동우 등, 2015, p. 25). 2012년 ‘서울시 건강 격

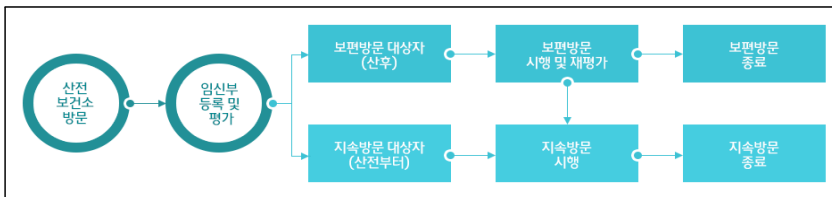
4) 서울아기 건강 첫걸음 사업 홈페이지를 참고하여 연구진이 재구성하여 서술하였음.

차 해소를 위한 보건 정책 방안 연구’를 통하여 제시된 산전-아동기 건강 형평성 사업의 모형을 2013년부터 3개 자치구에서 ‘서울시 임신부·영유아 가정방문 건강관리 사업’ 시범사업으로 도입하였고, 2014년부터 현재의 사업명으로 변경하였다. 2017년 현재 총 25개 자치구 중 19개 자치구에서 실시하고 있다.

사업의 목표는 ‘건강한 미래를 위한 공평한 출발’을 모토로 임신부, 아동, 가족이 가족-서비스 제공자의 파트너십을 바탕으로 개인과 지역사회 차원의 다양한 건강 결정 요인에 개입하여 생명의 시작점부터 건강한 출발이 가능하도록 하는 것이다. 이를 위한 세부 목표 중 산모의 정신건강을 증진하기 위한 사항은 ‘임신 기간 동안 산모를 지지함으로써 부모역할로의 이행을 향상시킨다’와 ‘엄마가 자신을 돌보도록 도움으로써 산모의 건강과 안녕을 증진시킨다’의 두 가지이다.

사업은 다음의 단계로 이루어진다. 보건소에 등록된 임신부를 보편 방문 대상자로 파악하고, 영·유아 건강 간호사가 출산 후 4주 이내의 모든 가정을 방문한다. 보편 방문 당시에는 산모의 건강 문제, 신생아 건강 문제, 양육 역량 향상과 관련한 서비스를 제공한다. 보편 방문 시 지속적인 서비스가 필요한 가정은 산전부터 아동이 만 2세가 될 때까지 지속 방문 서비스를 제공한다.

[그림 4-2] 사업 단계



자료: 서울아기 건강 첫걸음 사업 홈페이지. www.ourbaby.seoul.kr/program/info에서 2017. 9. 15. 인출.

지속 방문 대상자 선정 시에는 산모의 연령, 산전 관리 시작 시기, 산모의 우울 상태, 음주와 흡연 문제, 기초생활수급자 및 차상위 계층 여부, 가족의 여러 특성(장애인 임신부, 한부모 가정 등), 사회적 지지 등을 포함하는 사회 심리 평가 점수 등을 고려하고, 산전 산후 우울 평가에는 에딘버러 우울 척도를 이용한다.

서울아기 건강 첫걸음 사업 홈페이지에는 사업에 참여한 산모의 만족도 조사 사례가 제시되어 있는데, 보편 방문은 대부분 육아 정보와 기술 습득에 대한 만족 사례와, 감정적인 지지에 대한 만족 사례가 같이 제시되어 있다. 지속 방문은 제시된 만족도 사례 세 건 중 두 건이 산후우울과 관련한 사례고 한 건이 육아 정보와 기술 습득에 관한 사례다.

나. 지방자치단체 사업: 기타 지방자치단체 사업

서울시의 ‘서울아기 건강 첫걸음 사업’을 제외한 다른 지방자치단체의 산후 정신건강 사업은 주로 산모·신생아 건강관리 지원 사업을 실시하면서 산후우울증을 스크리닝할 수 있는 장치(에딘버러 검사 실시, 건강관리사 관련 교육 등)를 만들어 제공하거나, 산후우울 예방 교육을 실시하는 방안으로 진행되고 있다. 각 지방자치단체의 사례를 몇 가지 제시한다.

광주광역시 남구에서는 2014년 3월부터 12월까지 산후우울증 원스톱 예방 검사를 무료로 실시하였다(조지현, 2014). 에딘버러 검사를 실시하여 우울 위험군으로 판정되면 정신건강증진센터⁵⁾와 연계하여 우울증 상담을 진행하였다. 2017년 현재에는 산모 신생아 건강관리 사업 내용 중에

5) 정신건강복지법(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률)에 따라 2017년 5월 30일부터 정신건강증진센터에서 정신건강복지센터로 명칭을 변경하였으나, 아직 용어가 자리잡기 전이고 두 용어가 혼재되어 사용되고 있기 때문에 본 보고서에서는 정신건강증진센터라는 명칭을 이용하도록 함.

서 정서 상태 이해와 정서적 지지 등의 정서 지원 정도가 산후 정신건강에 도움을 줄 수 있는 내용으로 보인다(광주시 남구보건소 홈페이지 참조).

경기도 동두천시 보건소와 동두천시 정신건강증진센터에서는 동두천시 보건소 모자보건실과 협력하여 지역 임산부들의 산전 산후 우울증 예방 교육을 실시하였다(이운안, 2017). 산후우울증 선별 검사를 통해 발굴된 우울 고위험군 임산부에게는 정신건강 전문의 무료 상담, 치료 연계 등의 서비스 제공하고 있다. 경기도 부천시에서는 인구영향평가를 통하여 산후우울증 예방 서비스의 접근성 보완을 위한 정책 개선을 권고하였다(박혜숙, 2017).

충청남도 홍성군은 2017년 5월 31일 산모 신생아 건강관리사를 대상으로 산후우울증 지킴이 위촉과 함께 산후조리 서비스에 도움이 되는 실무 교육 및 간담회를 개최하였다(이권영, 2017). 홍성군에서는 2016년부터 산모 신생아 건강관리사를 산후우울증 지킴이로 위촉하여 산모 관리를 시행하고 있으며, 2017년에 23명을 추가로 위촉하였다. 또한 공주시 건강증진센터에서는 2017년 산후우울증 예방 교육을 실시하였다(황근하, 2017). 공주시 관내 산후조리원에서 몸조리 중인 산모들을 대상으로 정신건강의학과 전문의 및 정신보건사회복지사들이 2주에 한 번(총 10회) 산후우울증 예방 교육을 진행하였다.

제주특별자치도 서귀포시 보건소에서도 2016년 2월부터 12월까지 서귀포시 공공 산후조리원을 이용하는 산모들을 대상으로 산후우울증 예방 교육 및 우울증 선별 검사를 실시하였다(이태운, 2016). 해당 서비스를 통하여 서귀포시 보건소에서는 2015년부터 2016년 7월까지 총 13명의 고위험군 산모를 발견하여 정신건강의학과 전문의의 개별 상담 및 관리 서비스를 제공하였다.

제2절 국외 사례

1. 미국(연방정부)의 산후우울증 관련 법안

미국에서는 2001년 2개의 큰 사건이 발생하면서 산후우울증에 관한 사회적 관심이 증대하게 되었다. 2001년 2월 미국 일리노이주에서 산후정신병(postpartum psychosis)으로 치료를 받던 산모인 멜러니 블로커 스토크스(Melanie Blocker Stokes)가 2001년 6월 투신 자살하는 사건이 있었고, 비슷한 시기인 2001년 6월 미국 텍사스주에서 산후 정신병을 앓고 있던 안드레아 예이츠(Andrea Yates)가 자녀 다섯 명을 욕조에 빠뜨려 살해하는 사건이 발생하였다(Tanner, 2001). 이로 인해 미국에서는 산후우울증에 대한 관심과 인식 수준이 높아졌고, 관련 법 제정의 필요성이 제기되었다.

이에 따라 미국은 산후우울증 관련 법인 멜러니 블로커 스토크스 마더스 법(Melanie Blocker Stokes Mom's Opportunity to Access Health, Education, Research, and Support(MOTHERS) for Postpartum Depression Act)을 2010년 3월 제정하였다. 이 법에 의거하여 산후우울증, 더 나아가 산후 정신증의 예방과 치료를 위한 연구가 활성화되었다. 실제로 2009년 해당 법의 실행을 위해 산후우울증에 관한 연구 기금으로 300만 달러가 편성되었으며 이를 토대로 관련 기초 연구가 활발하게 이루어졌다. 구체적으로 이 법은 국립보건원(NIH)과 국립정신보건원(NIMH)이 산후우울증 및 산후 정신증에 대한 연구와 관련 활동을 강화하도록 보건복지부(Health and Human Services)가 지원할 것을 촉구하였다. 두 기관이 협조하여 산후 건강 문제의 원인과 치료를 위한 다양한 연구뿐만 아니라 진단과 정보와 교육 프로그램에 이르기까지 추진하

도록 지원할 것을 의무화하였다.

2012년에는 오바마 케어로 불리는 환자 보호와 걱정 부담 법안(ACA: Patient Protection and Affordable Care Act)에서 멜러니 블로커 스토크스 법안의 내용을 포함하여 전체 성인을 대상으로 우울증 선별 검사를 하도록 권고하고 있다. 또는 2015년에는 산후우울증의 표면화 법(Bringing Postpartum Depression Out of the Shadows Act)이 제정하였다. 이 법은 보건복지부가 각 주에서 임산부(임신했거나 출산한 지 12개월 이하인 산모)를 대상으로 한 산후우울의 진단(선별 검사)과 치료 프로그램을 개발·수행·확대하기 위한 기금을 조성하도록 하였다. 즉, 미국에서는 산후우울증 관련 연구에서 더 나아가 관련 프로그램을 확대하기 위한 법을 제정하는 등 산후우울증과 관련한 국가의 노력이 지속되고 있다.

2. 세계보건기구(WHO)의 산모와 신생아를 위한 산후 관리 권고안

산후 건강과 관리의 중요성에 대한 인식이 사회적으로 확대됨에 따라 세계보건기구(WHO)는 산후 정신건강을 포함해 전체적인 산후 건강 관련 지침을 마련하였다. WHO가 발간한 ‘산모와 신생아의 산후 관리에 관한 권고(WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn)’(2013)에는 모성 유병률과 사망률을 낮추고, 신생아의 건강한 발달을 보장하며, 모유 수유율 향상을 위해 지켜야 할 12가지 지침(guideline)을 제시하고 있다.

WHO의 권고는 출산 후 6주까지의 산육기 또는 산후 기간에 산모와 신생아가 받아야 할 건강관리에 관한 내용을 담고 있다. 구체적으로 산모가 산후 기간에 해야 할 일의 종류, 시기, 횟수와 산후 관리를 위한 적합한

환경 등에 관한 내용을 제안하고 있다.

특히 산후 진찰이 필요한 시기와 횟수에 관해 규정하고 있는 두 번째 권고에서 산후우울과 관련된 내용을 담고 있다. 두 번째 권고에서는 산후 건강관리를 위한 내원 시기를 규정하고 있다. 적절한 산후 진찰 및 검사 시기와 횟수는 출산 후 3일, 7~14일, 6주 후이며, 각 시기에 최소1회씩 총 3회를 하도록 권고하고 있다. 특히 출산 후 10~14일에는 산후우울(maternal blues)에 관해 검사받기를 권하고 있다.

〈표 4-2〉 WHO 산후 건강관리에 관한 12가지 권고

1. 출산 후 병원 퇴원 시기(정상 분만 후 24시간 후)
2. 산후 진찰이 필요한 시기와 횟수(출산 후 3일, 7~14일, 6주 후; 각 1회씩 총 3회 이상)
3. 출산 후 첫 주 방문 산후 관리
4. 신생아 사정(assessment)
5. 완전 모유 수유(생후 6개월까지)
6. 신생아 제대 관리
7. 산욕기에 필요한 신생아 관리
8. 산모 사정(assessment)
9. 상담
10. 철분 및 엽산 섭취
11. 회음부 관리(소독)
12. 심리 사회적 지지(support)

자료: WHO. (2013). Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn.; 이소영·이상림·조성호·최인선. (2015). 산후조리원 적정 운영기준 마련에 관한 연구. p.31에서 재인용.

3. 영국 보건임상연구소(NICE)의 산전 산후 정신건강에 관한 지침

영국은 산전과 산후 정신건강 관리를 위한 국가의 표준화된 지침을 제시하고 있다. 영국 보건임상연구소(NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence)에서는 국가정신건강협력센터(National Collaborating Centre for Mental Health)를 통해 산후 정신건강뿐만 아니라 산전의 정신

건강까지 포함한 ‘산전 산후 정신건강에 관한 지침서(Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance)’로 국가정신건강협력센터가 지침개발위원회를 두고 근거 중심의 제안(recommendation)을 하였고, 지침 개발을 위한 자문위원회를 독립적으로 구성하여 해당 지침(guideline)을 개발하였다. 지침서는 산모와 신생아뿐만 아니라 배우자와 가족의 건강과 안녕(wellbeing)을 목적으로 산전 및 산후 1년까지의 기간에 임산부의 정신건강 문제를 예측, 발견, 치료하는 데 필요한 지침을 포함하고 있다. 지침서는 산모와 산모가 돌보는 신생아(또는 영아)의 정신건강 위험 요소에 초점을 맞추므로써, 발병한 정신질환은 치료하고 필요하면 적절하게 개입하도록 하는 것을 목적으로 한다. 기본 전제는 산모 중심의 돌봄과 의료 서비스를 제공해야 하며, 환자 중심의 관점에서 ‘자기 결정(self-determination)’을 존중해야 한다는 것이다. 따라서 가장 중요한 것은 의료진과 임산부, 남편과 가족, 산후 도우미 간의 의사소통이며, 이에 따라 산모를 돌보는 배우자, 도우미, 친척에게도 산모의 욕구를 지지하기 위한 올바른 정보를 제공해야 한다는 것이다.

지침서는 임신기와 출산 후 1년까지의 산후 기간에 산모에게서 발견되는 정신적 장애(disorder)의 예측(prediction), 탐지(detection), 치료(treatment)에 관한 권고(recommendation)를 담고 있다. 또한 임신을 계획하고 있으면서 정신 장애가 있는 여성에 대한 돌봄 서비스와 정신건강 서비스 제공을 위한 체계(organization)에 관한 제언(advice)을 포함하고 있다. 또한 불안장애 및 우울증을 앓고 있는 임산부의 돌봄과 양극성 장애 및 조현병(정신분열증)을 포함한 산후 정신질환의 치료와 관련된 내용도 포함하고 있다.

지침서를 적용하기 위해 우선시해야 할 사항(key priorities for im-

plementation)은 다섯 가지로 요약된다.

1. 주산기 우울의 예측과 탐지

조산사, 산부인과 전문의, 방문 간호사, 주치의를 포함한 보건의료인은 산전 또는 산후 진찰 시 산모의 과거 또는 현재의 정신질환, 정신질환 치료 경험, 가족력에 대한 질문을 해야 한다. 또한 산후 진찰 시 지난 한 달간의 기분과 도움에 대한 욕구를 파악해야 한다.

2. 정신 치료

정신 치료가 필요하다고 판단되는 임산부는 처음 진단한 후 1개월 이내에, 늦어도 3개월 이내에 치료받아야 한다.

3. 위험 요인에 대한 설명

개입 또는 치료에 들어가기 전 결정이 필요할 때 보건의료 전문인은 당사자인 임산부와 치료와 관련하여 임신 기간 또는 산후 기간에 발생할 수 있는 위험 요인에 관해 충분히 논의하고 관련 정보를 제공해야 한다.

4. 우울 관리

임신 기간 또는 산후 기간에 약한 수준의 우울을 경험하는 임산부에게는 직접적인 상담보다 잘 들어 주는 비전문적인 가정 방문 상담 등 스스로 회복할 수 있는 방법(self-help strategies)을 고려해야 한다. 약을 처방할 때는 수유를 감안하여 약물의 안전성에 대해 충분히 고려해야 한다.

5. 돌봄의 체계화

주산기의 정신건강 서비스 제공을 위한 네트워크를 구축해야 한다.

자료: NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.

지침은 첫째로 주산기 정신장애가 있는 모든 임산부를 돌보기 위한 원칙, 둘째로 정신장애의 예측·탐지·초기 관리, 셋째로 정신장애의 예방, 넷째, 정신장애의 관리, 다섯째로 서비스의 체계화 등 총 다섯 가지로 구분된다.

첫 번째 지침은 주산기의 정신장애가 있는 모든 임산부를 돌보기 위한 기본 원칙으로 크게 정보 제공, 가족의 지지, 청소년 임산부에 대한 고려로 요약된다.

지침 1.

의료진과 임산부, 남편과 가족, 산후 도우미 간의 협력과 이해가 가장 중요하기 때문에 주산기에 발병하는 정신장애의 본질, 과정, 치료, 이용할 수 있는 시설에 관한 정보를 제공해야 한다.

보건의료 전문가는 주산기 정신장애의 영향을 받을 수 있는 임산부의 남편과 가족(신생아, 자녀 등), 산후 도우미의 욕구에 관해 필요 시 사정(assess)해야 한다.

임산부가 청소년일 경우 비밀 보장, 아동의 권리 등 관련 법률을 인지하고 적절한 조치를 취해야 한다.

자료: NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.

두 번째 지침은 산후 진찰과 관련하여 중요성, 다루어야 하는 내용, 산후 진찰을 담당하는 의료인에 대한 사항을 담고 있다.

지침 2.

정기적인 산후 관리가 중요하며 산후 진찰을 할 수 있는 의료인(조산사, 산부인과 전문의, 방문 간호사, 주치의)을 대상으로 산후 정신건강과 관련한 교육이 필요하다.

첫 번째 산전 또는 산후 진찰 시 보건의료인은 과거에 정신질환이 있었거나 현재 있는지, 정신질환 치료의 경험이 있는지, 정신질환의 가족력이 있는지 질문해야 한다. 또한 대체로 출산 후 4~6주, 3~4개월에 산후 진찰 또는 주치의와의 진료 예약 시 산후우울에 관한 선별 검사로 다음의 질문을 해야 한다.

* 질문 사항

- 1) “지난 한 달간, 기분이 처지거나 우울하거나 절망적인 느낌 때문에 불편했는가(bothered)?”
- 2) “지난 한 달간, 흥미 상실, 즐거움 상실 때문에 불편했는가(bothered)?”

1번 또는 2번 질문에서 “네”라고 대답한 경우

- 3) “당신이 필요하거나 도움을 받고 싶다고 느끼는 부분이 있는가?”

더 나아가 에딘버러 검사, 병원 불안과 우울 척도(HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale), 환자 건강 설문(PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9)와 같은 자기 기입 식의 선별 검사를 고려해 볼 수 있다.

자료: NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.

세 번째 지침은 정신장애의 예방과 관련된 사항으로 진단 도구를 통해 정상으로 나타났더라도 우울과 불안 증상을 보이는 임산부일 때 고려할 점을 포함하고 있다.

지침 3.

우울이나 불안의 경험이 있는 여성은 간단한 치료(therapy), 그룹으로 하는 정신 교육과 같은 개입 등을 고려해야 한다. 또한 유산이나 사산을 경험한 산모는 적절한 사후 관리를 해야 한다.

자료: NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.

네 번째 지침은 주산기 정신장애를 보이는 여성의 돌봄에 대한 내용이 다. 추가적으로 각종 약물에 대한 정보와 주의 사항, 수면 문제, 다양한 증상에 대한 정보와 권고 사항을 자세하게 포함하고 있다.

지침 4.

기본적으로 주산기 정신장애는 일반 정신장애와 똑같이 접근해야 하지만 임신과 출산 시기에 대한 고려, 태아와 모유 수유를 받는 신생아에 대한 고려가 우선적으로 필요하다.

자료: NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.

다섯 번째 지침은 서비스의 체계화에 관한 내용이다.

지침 5.

주산기 정신건강 서비스를 제공하기 위한 의료 네트워크를 구축하여야 한다. 이를 통해 지역별 다학제적인 전문 서비스가 적절하고 형평성 있게 제공될 수 있고, 산모의 정신건강 욕구가 반영되도록 사례 관리가 이루어질 수 있다.

자료: NICE. (2014). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance.

NICE의 지침서는 정신질환에 대한 지침서에 추가해 주산기 발병을 기술하는 일반적인 방식과는 대조적으로 주산기에 발병하는 정신질환을 기술한 산모 중심의 지침이라는 점과, 당사자인 산모뿐만 아니라 의료인과 돌봄을 제공하는 도우미, 가족, 남편까지를 지침의 대상으로 포함하고 있다는 점에서 의의가 있다.

제 5 장

산후 정신건강에 영향을 미치는 요인 분석

제1절 연구 자료 및 방법

제2절 연구 결과

제3절 소결

5

산후 정신건강에 영향을 << 미치는 요인 분석

제1절 연구 자료 및 방법

본 장에서는 최근의 자료를 활용하여 비교적 대표성 있는 샘플을 가지고 산후우울에 영향을 미치는 요인 등에 대한 계량적 분석을 하고자 한다. 산후 정신건강과 관련된 국내의 전국 실태 조사 자료(2차 자료)는 다음과 같다(표 5-1 참조). 2008년 출생 아동 및 가구를 패널로 하여 출산 전후 우울과 관련된 문항을 포함하고 있는 조사는 ‘한국아동패널 조사’, 4차(2012년)와 5차(2014년)에 CES-D 문항 조사가 포함되어 있는 ‘여성가족패널조사’, 2015년 조사에 산후우울 관련 문항을 신규로 포함하고 있는 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’, 주요우울장애(기분장애)를 조사한 ‘정신질환실태 조사’가 대표적이다.

각 조사의 산후우울 발병률은 전체 조사 대상 산모의 4.2~45.3%로 일치된 결과를 보여주지 않는다. 2008년 한국아동패널 조사에서는 경도 및 중증도 우울은 9.1%, 중도 우울은 2.3%로 나타났다. 4차 여성가족패널 조사(2012년)에서는 측정 문항을 신규로 추가하여 45.5%라는 매우 높은 수치가 나왔고, 5차 조사(2014년)에서는 이와 대조적으로 4.2%라는 낮은 수치가 나왔다. 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사에서는 산후우울 발병률을 산출할 수 있는 문항은 포함되지 않고 대신 산후우울증 관련 진단을 받았거나 상담한 사례를 산출하였는데 전체 산모의 2.6%로 나타났다. 2016년 정신질환실태 조사 결과에 따르면, 주요 우울 발병 여성 중 9.8%가 산후에 발병한 것으로 나타났다(홍진표 등, 2016).

〈표 5-1〉 산후 정신건강 관련 데이터 현황

조사	조사 연도	산후 정신건강 관련 문항	특성
한국아동 패널 조사	2008	Kessler 우울 척도 (6문항)	- 조사 시점 전 30일 동안의 우울 정도 측정. - 2008년 당시의 산후우울 정도 측정 가능
여성가족 패널 조사	2012 2014	CES-D (10문항)	- 4차 조사(2012년) 우울 척도 문항 신규 추가.
전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사	2015	2013년 이후 출산 후 산후우울증 진단 및 상담 경험	- 2015 관련 문항 신규 추가. - 산후우울 척도 문항은 불포함.
정신질환실태 조사	2001 2006 2011 2016	우울감과 무기력 관련 문항	- 국가 승인 통계. - 2016년 조사 결과 전체 질환 중 산후우울의 비중을 제시.

본 연구에서는 각 조사의 사례 수 등을 감안하여 분석이 가능하며 최근
에 공개된 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 자료’(2015), ‘정신
질환실태 조사 자료’(2006, 2011, 2016), ‘국민건강보험공단 국민건강
정보 빅데이터’를 활용하고자 한다. 국내에서 전국적인 수준의 산후 정신
건강 관련 통계가 발표되지 않은 상황을 고려하여 대표성이 있는 2차 데
이터를 활용하여 다양한 측면에서 산후 정신건강의 실태를 살펴보는 것
은 의의가 있다. 따라서 본 연구에서는 해당 데이터를 활용하여 산후 정
신건강의 실태를 살펴보고, 추가적인 분석을 실시한다. 분석에 활용된 대
상 및 방법에 대해서는 다음에서 자세히 기술하고자 한다.

1. 국민건강보험공단 빅데이터 분석

국민건강보험공단의 국민건강정보 데이터베이스는 전 국민 건강보험
제도를 시행하여 모든 보험 가입자의 사회경제적 정보(성, 연령, 가입자
유형, 보험료 분위, 거주지 등), 출산 정보(출산일, 출산 경험 등), 진료

기록(상병명, 요양기관 방문일, 입내원일 수, 의료비, 방문 요양기관 정보 등) 등이 전산자료로 관리되고 있어 병의원을 통해 분만하는 산모의 정보를 분석할 수 있는 자료이다.

이 데이터베이스를 활용하여 2012년 1월 1일부터 2016년 12월 31일까지 출산 경험이 있는 대상자 총 214만 6063명을 대상으로 산후우울증 경험자의 분포를 확인하고, 연도별 우울증 치료 현황을 시계열적으로 파악하고자 한다. 또한 산후우울증에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 3개 연도(2014~2016년) 자료를 통합하여 산모 124만 9953명을 대상으로 회귀분석을 실시하였다.

연구 대상은 건강보험 청구 자료에서 5년 내(2012~2016년) 출산 관련 청구 코드가 있으면 출산 여성으로 정의하였고, 그중 출산 후 1년 내 '우울증을 포함한 기분장애 코드(F31~34, F38~39, F41.2, F53)'(이하 '우울증')에 해당하는 주상병 및 제1부상병으로 진료 청구 기록이 있는 사람을 산후우울증 대상자로 정의하였다.

산후우울증 분석을 위해 국민건강정보DB의 자격 및 보험료DB, 진료 내역DB를 연계하여 구축하였다. 먼저 진료DB에서 2012~2016년 진료분을 기준으로 출산 기록이 있는 전체 산모 모집단의 아이디를 추출하고, 산후우울증 해당 상병코드로 청구한 대상자의 아이디도 추출하였다. 추출한 아이디로 대상자의 출산 당시의 자격 및 보험료DB에서 연령, 직장가입자 여부, 거주지, 가입자 유형, 보험료 분위 등의 자격 정보를 연계하고, 진료DB에서 요양 개시일, 출산 관련 청구 코드, 입원·외래 이용, 진료비 등의 진료 정보를 연계하였다. 대상자의 혼인 여부 확인을 위해 전 국민 세대 정보(행망) 테이블에서 2012년부터 2016년의 세대 관계 정보를 추출하였다.

본 연구는 해당 자료를 활용하여 전체 산모 중 산후우울증을 경험한 환

자의 현황과, 산후우울증 대상자의 우울증 치료 현황을 파악하고, 산후우울증에 영향 미치는 요인에 관해 분석하고자 한다. 인구사회학적 변수로 연령, 혼인 상태(유배우, 기타), 건강 보장 유형(지역보험, 직장보험, 의료급여), 소득(보험료 5분위), 거주지(대도시, 중소도시, 농어촌), 출산 당시 취업 여부를 사용하였고, 출산 관련 변수로 출산일, 출산 경험(초산, 경산), 분만 방법(제왕절개, 자연분만)을 사용하였다. 진료 내역은 상병 내역(주상병, 부상병), 요양 개시일, 진료 과목, 요양기관 구분(상급종합, 종합병원, 병원, 의원), 외래 진료(방문 횟수 및 진료비), 입원 진료(입원 일수 및 진료비), 방문 요양기관 수를 사용하였고, 진료비는 법정 본인 부담금과 공단 부담금을 합친 총진료비를 사용하였다. 우울증 치료 경험 확인을 위해 우울증을 포함한 기분장애 코드로 청구한 요양 개시일 정보를 사용하여 임신 전(출산 전 280일 이전), 임신 중(출산 전 280일~출산일), 출산 후(출산 이후 1년)로 우울증 치료 경험을 구분하였다. 분석을 위해 빈도분석, 교차분석, 로지스틱 회귀분석을 활용하고자 한다.

2. 정신질환실태 조사 분석

정신질환실태 조사는 ‘정신건강 증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률’ 제4조에 의거하여 5년마다 실시된다. 동법 시행규칙에는 조사의 내용과 방법에 대한 사항이 구체적으로 제시되어 있다. 조사는 2006년, 2011년, 2016년에 실시되었다. 다음은 관련 법률 및 시행규칙의 내용이다.

법률 제4조(국가와 지방자치단체의 책무) ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진 시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애극복과 사회적응 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.

② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강 복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.

③ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 권익향상, 인권보호 및 지원 서비스 등에 관한 종합적인 정책을 수립하고 그 추진을 위하여 노력하여야 한다.

④ 국가와 지방자치단체는 정신질환자등과 그 가족에 대한 모든 차별 및 편견을 해소하고 차별받은 정신질환자등과 그 가족의 권리를 구제할 책임이 있으며, 정신질환자등과 그 가족에 대한 차별 및 편견을 해소하기 위하여 적극적인 조치를 하여야 한다.

시행규칙 제5조(실태조사) ① 법 제10조제1항제6호에서 "보건복지부령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 정신건강증진시설의 운영 및 이용 현황에 관한 사항
2. 여성 정신질환자등의 모성보호 및 고용 현황에 관한 사항
3. 정신질환자등에 대한 각종 문헌 및 자료 등의 조사에 관한 사항
4. 그 밖에 보건복지부장관이 정신질환의 예방·치료 등을 위하여 특히 필요하다고 인정하는 사항

② 보건복지부장관은 법 제10조제1항에 따른 실태조사(이하 "실태조사"라 한다)를 하는 경우에는 다음 각 호의 방법에 따른다.

1. 정신질환자등 및 정신건강증진시설의 종사자 등에 대한 설문조사 및 면접조사
2. 정신질환자등의 진료기록부 등에 대한 자료조사
3. 국민건강보험 및 의료급여 청구 명세 등에 대한 자료조사
4. 일반 국민에 대한 표본 설문조사 및 면접조사
5. 그 밖에 보건복지부장관이 효율적 실태조사를 위하여 특히 필요하다고 인정하는 방법

③ 보건복지부장관은 실태조사의 효율적 추진을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 전문연구기관·단체나 관계 전문가에게 의뢰하여 실시할 수 있다.

④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 실태조사의 내용·방법 및 절차 등에 필요한 세부 사항은 보건복지부장관이 정한다.

자료: 정신건강 증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률 제4조.

정신건강 증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률 시행규칙 제5조.

정신질환실태 조사에서는 주요 정신질환의 유병률, 공존 질환, 관련 요인, 정신건강 서비스 이용 실태 등을 파악하게 된다. 도출된 결과는 정신질환 예방과 관리 및 정신건강 증진 정책의 수립과 평가에 기초 자료로 활용된다(홍진표 등, 2016, p. 9).

이 조사에서는 CIDI(Composite International Diagnostic Interview)

가 이용되는데, CIDI는 세계보건기구(WHO)와 미국의 Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration(ADAMHA)에서 DSM과 ICD 두 가지 진단 체계를 아우르면서 횡문화적인 국가 간 비교 연구를 가능하게 하여 여러 지역의 정신건강 문제를 평가할 수 있는 새로운 역학조사용 진단 도구로서 개발된 것이다(Robins et al., 1988; 홍진표 등, 2016에서 재인용).

본 연구에서는 2006년, 2011년, 2016년 정신질환실태 조사 데이터를 병합하여 분석하였다. 연구 대상은 18~64세의 출산 경험 여성으로 한정하였다. 따라서 본 분석에서는 2006년, 2011년, 2016년 정신질환실태 조사 대상자 총 1만 7366명(남성 6984명, 여성 1만 381명) 중 18~64세의 출산 경험이 있는 여성을 포함하여 총 7261명을 대상으로 하였다. 특히 2016년 정신질환실태 조사 대상자 1752명에 대해서는 좀 더 자세하게 관련된 요인의 교차분석을 실시하고자 한다.

국제 표준 진단 분류 기준인 DSM-4의 주요우울장애를 충족시키는 사람 중에서 출산 이후 4주 이내에 발병한 사람을 산후우울증군으로 정의하였고, 주요우울장애에 해당하나 출산 후 4주 이내가 아닌 시기에 발병한 사람을 그 외 우울증군으로 하였다. 나머지 모든 대상자(다른 정신질환 유무 모두 포함되는 군)는 우울증이 없는 군으로 분류하여 교차분석을 통하여 각 집단의 차이를 비교하고 여성의 다양한 인구사회경제적 특성 등에 따른 산후우울증 발병에 대해 분석하고자 한다.

3. 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 분석

본 연구에서는 산후우울증 진단 또는 상담의 경험에 대한 분석을 위해 한국보건사회연구원에서 실시하고 있는 2015년 ‘전국 출산력 및 가족보

제2절 연구 결과

1. 국민건강보험공단 빅데이터 분석 결과

가. 전체 산모의 일반적 특성

2012년 1월 1일부터 2016년 12월 31일까지 출산한 전체 산모 214만 6063명의 인구사회학적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 우선 30~34세 연령대가 49.6%로 가장 높은 비율을 차지하고, 이어 35~39세가 22.2%였다. 연도별로 25~29세는 2012년 22.5%에서 2016년 18.7%로 감소하고, 35~39세가 2012년 18.8%에서 2016년 26.5%로 증가하여, 출산 연령대가 지속적으로 높아졌다. 건강보장 유형별로는 지역 가입자가 20.8%, 직장 가입자가 78.5%, 의료급여가 0.7%였다. 지역 가입자는 3분위가 6.0%, 직장 가입자는 4분위가 25.5%로 많았다. 출산 당시 혼인 상태가 유배우자인 경우가 96.2%였고, 취업 여부는 비취업(직장 가입자 피부양자 포함)인 경우가 66.9%였다. 거주지는 대도시와 중소도시가 44.5%, 49.4%로 비슷하게 분포하였다.

〈표 5-3〉 산모의 일반적 특성

(단위: %, 명)

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
전체	2,146,063	470,768	424,081	424,293	428,079	398,842
연령						
24세 이하	4.6	4.8	4.8	4.6	4.4	4.3
25~29세	20.1	22.5	20.4	19.5	18.9	18.7
30~34세	49.6	50.8	51.4	50.4	48.8	46.5
35~39세	22.2	18.8	20.0	21.9	24.2	26.5
40~44세	3.3	2.8	3.1	3.3	3.5	3.8
45~49세	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
기타	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
건강보험 유형						
지역보험 가입자	20.8	22.6	21.4	20.5	19.7	19.6
직장보험 가입자	78.5	76.6	77.9	78.9	79.7	79.7
의료급여	0.7	0.8	0.7	0.7	0.6	0.7
지역 가입자						
보험료 정보 없음	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1
1분위	1.9	2.0	1.9	1.8	1.8	1.8
2분위	3.8	4.4	4.0	3.6	3.3	3.4
3분위	6.0	6.5	6.2	6.0	5.7	5.7
4분위	5.4	5.8	5.5	5.3	5.2	5.1
5분위	3.7	3.9	3.7	3.7	3.6	3.6
직장 가입자						
보험료 정보 없음	3.0	2.7	2.8	3.1	3.2	3.2
1분위	7.8	8.1	7.8	7.5	7.7	7.9
2분위	10.3	10.6	10.5	10.4	10.0	9.8
3분위	20.2	20.0	20.3	20.3	20.3	20.0
4분위	25.5	24.2	25.1	25.7	26.2	26.4
5분위	11.8	11.1	11.5	11.9	12.2	12.3
의료급여(0분위)	0.7	0.8	0.7	0.7	0.6	0.7
혼인 상태						
유배우	96.2	97.2	96.9	96.5	95.8	94.3
기타	3.8	2.8	3.1	3.5	4.2	5.7
출산 당시 취업 여부						
취업	33.2	31.3	32.3	33.2	34.3	34.9
비취업	66.9	68.7	67.7	66.8	65.8	65.1
거주지						
대도시	44.5	43.7	44.1	44.6	44.9	45.4
중소도시	49.4	49.5	49.5	49.4	49.4	49.0
농어촌	6.1	6.6	6.4	6.0	5.7	5.6
기타	0.1	0.2	0.1	-	-	-

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

출산 관련 특성을 살펴보면, 초산이 52.6%, 경산이 47.4%였다. 분만 방법으로는 제왕절개가 39.2%, 자연분만이 60.8%이고, 분만 시 이용한 의료기관으로는 상급종합병원이 5.9%, 종합병원이 9.0%, 병원이 46.4%, 의원이 38.7%였다. 임신 전 우울증으로 치료받은 경험이 있는 대상자는 전체의 8.2%이고, 임신 중 우울증으로 치료받은 비율은 0.5%, 산후우울증으로 치료받은 비율은 1.4%였다.

〈표 5-4〉 산모의 출산 관련 특성

(단위: 명, %)

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
전체	2,146,063	470,768	424,081	424,293	428,079	398,842
출산 순위						
초산	52.6	52.0	52.1	52.5	53.1	53.4
경산	47.4	48.0	48.0	47.5	46.9	46.6
분만 방법						
제왕절개	39.2	37.0	37.8	39.0	40.3	42.4
자연분만	60.8	63.0	62.2	61.0	59.7	57.6
분만 의료기관						
상급종합병원	5.9	5.8	5.9	5.9	5.9	6.0
종합병원	9.0	9.4	9.0	8.9	8.7	8.8
병원	46.4	43.4	45.2	47.1	48.2	48.7
의원	38.7	41.4	39.9	38.1	37.3	36.5
임신 전 우울증 치료 경험						
있음	8.2	7.1	7.8	8.3	8.7	9.1
없음	91.8	92.9	92.2	91.7	91.3	90.9
임신 중 우울증 치료 경험						
있음	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6
없음	99.5	99.5	99.5	99.5	99.5	99.5
산후우울증 치료 경험						
있음	1.4	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4
없음	98.6	98.5	98.6	98.6	98.5	98.6

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

나. 산후우울증 현황

2012~2016년 출산한 전체 산모 중 산후우울증 산모가 차지하는 비율을 파악한 결과는 다음과 같다(표 5-5 참조). 본 분석에서는 산후우울증은 출산 후 외출을 삼가는 기간, 수유 중 투약에 대한 거부 등을 고려하고 최근의 연구 동향(Stuart-Parrigon et al., 2014)을 반영하여 출산 후 1년 내 ‘우울증을 포함한 기분장애 코드(F31~34, F38~39, F41.2, F53)’(이하 ‘우울증’)에 해당하는 주상병 및 제1부상병으로 진료 청구기록이 있는 사례로 한정하여 살펴보았다. 이러한 기준에 따른 2012~2016년 산후우울증 유병률은 1.43%(1.36~1.50%)로 나타났다. 이는 일반적으로 추정되는 산후우울증 유병률(10~15%)(Horowitz et al., 2011; O’Hara & Swain, 1996; Zlotnick et al., 2016 p. 1에서 재인용)과 비교하면 매우 낮은 수준이다.

산모의 출산 연령이 24세 이하일 때 산후우울증 유병률이 2.6%로 가장 높게 나타났고 45~49세 2.4%, 40~44세 1.9% 순이었다. 연도별로는 큰 차이 없이 이러한 경향성이 유지된다. 2012~2016년까지 30~34세가 가장 낮은 산후우울증 유병률을 보이며 해당 연령대를 중심으로 연령대가 낮아지거나 높아지면서 산후우울증의 유병률도 높아지는 양상을 보인다. 건강보장 유형별로는 지역 가입자가 1.8%, 직장 가입자가 1.3%로 나타난 것에 비해 의료급여는 7.1%로 매우 높게 나타났는데, 이러한 건강보장 유형에 따른 산후우울증 유병률의 수준 차는 연도별로 크지 않았다. 이는 소득이 적은 산모의 산후우울증 유병률이 높다는 것을 의미한다. 산모의 혼인 상태에 따른 차이를 살펴보면 배우자가 없으면 2.1~2.4%까지 높게 나타난 반면, 배우자가 있으면 1.3~1.5%로 낮게 나타났다. 산모의 출산 당시 취업 상태를 보면 비취업자(직장 가입자 피부양자 포함)는 산

후우울증 유병률이 1.6~1.7%로 취업자(1.0~1.1%)보다 높게 나타났다.

〈표 5-5〉 산모의 일반 특성에 따른 산후우울증 유병률⁷⁾

(단위: 명, %)

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
전체 산모	2,146,063	470,768	424,081	424,293	428,079	398,842
산후우울증 산모	30,712	6,914	5,800	5,787	6,442	5,769
진체 유병률	1.4	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4
연령						
24세 이하	2.6	2.4	2.4	2.4	2.9	2.8
25~29세	1.5	1.5	1.4	1.4	1.6	1.5
30~34세	1.3	1.3	1.2	1.2	1.3	1.3
35~39세	1.5	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4
40~44세	1.9	2.1	1.8	2.0	2.0	1.7
45~49세	2.4	1.8	2.6	2.2	3.4	2.1
기타	3.4	3.3	3.2	4.5	2.2	3.1
건강보장 유형						
지역보험 가입자	1.8	1.9	1.7	1.7	1.9	1.8
직장보험 가입자	1.3	1.3	1.2	1.2	1.3	1.3
의료급여	7.1	6.7	6.9	7.2	7.8	7.4
지역 가입자						
보험료 정보 없음	2.8	2.8	3.6	2.0	1.6	3.4
1분위	2.3	2.3	2.3	2.0	2.7	2.5
2분위	2.0	2.0	1.9	1.9	2.3	2.2
3분위	1.7	1.8	1.6	1.7	1.7	1.7
4분위	1.6	1.6	1.5	1.6	1.8	1.5
5분위	1.7	1.9	1.5	1.6	1.8	1.8
직장 가입자						
보험료 정보 없음	1.4	1.5	1.3	1.4	1.4	1.5
1분위	1.5	1.4	1.4	1.4	1.6	1.5
2분위	1.4	1.4	1.3	1.3	1.4	1.5
3분위	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.2
4분위	1.2	1.2	1.2	1.1	1.3	1.2
5분위	1.3	1.4	1.3	1.3	1.4	1.4
의료급여(0분위)	7.1	6.7	6.9	7.2	7.8	7.4

7) 유병률=(각 셀) 산후우울증 산모/전체 산모×100

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
혼인 상태						
유배우	1.4	1.4	1.3	1.3	1.5	1.4
기타	2.2	2.4	2.2	2.3	2.1	2.1
출산 당시 취업 여부						
취업	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0
비취업	1.6	1.7	1.6	1.6	1.7	1.7
거주지						
대도시	1.4	1.5	1.3	1.3	1.5	1.5
중소도시	1.4	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4
농어촌	1.5	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5
기타	3.0	3.4	2.0	-	-	-

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

출산 관련 특성을 살펴보면 초산과 경산에 따른 차이는 크지 않으나 경산이 다소 높게 나타났다. 분만 방법으로는 제왕절개는 산후우울증 유병률이 1.6~1.8%인 데 비해 자연분만은 경우 1.2~1.3%로 비교적 낮은 수준으로 나타나 차이를 보였다. 분만 시 이용한 의료기관이 종합병원일 때 산후우울증 유병률이 높게 나타났는데, 이는 종합병원 이용자가 고위험 임신부였기 때문일 가능성이 있고 정신건강의학과와의 연계가 수월하기 때문에 높게 나타난 것으로 추정해 볼 수 있다. 임신 전 우울증으로 치료 받은 경험이 있는 대상자의 산후우울증 유병률은 6.1~7.2%로, 임신 중 우울증으로 치료받은 대상자의 산후우울증 유병률은 34.1~39.0%로 매우 높게 나타나 산후우울 예방을 위해서는 산전부터 관리가 필요함을 시사한다.

〈표 5-6〉 산모의 출산 관련 특성에 따른 산후우울증 유병률

(단위: 명, %)

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
전체 산모	2,146,063	470,768	424,081	424,293	428,079	398,842
산후우울증 산모	30,712	6,914	5,800	5,787	6,442	5,769
출산 순위						
초산	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.4
경산	1.5	1.6	1.4	1.4	1.5	1.5
분만 방법						
제왕절개	1.7	1.8	1.7	1.6	1.8	1.7
자연분만	1.2	1.3	1.2	1.2	1.3	1.2
분만 의료기관						
상급종합병원	2.1	2.2	1.9	2.0	2.3	2.1
종합병원	1.8	1.8	1.7	1.7	1.9	1.6
병원	1.3	1.3	1.2	1.2	1.4	1.3
의원	1.4	1.5	1.4	1.3	1.5	1.5
임신 전 우울증 치료 경험						
있음	6.5	7.2	6.7	6.2	6.5	6.1
없음	1.0	1.0	0.9	0.9	1.0	1.0
임신 중 우울증 치료 경험						
있음	36.3	34.1	35.1	36.4	39.0	37.1
없음	1.2	1.3	1.2	1.2	1.3	1.2

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

다. 산후우울증으로 의료 이용을 한 산모

1) 일반적 특성

전체 산모 중 2012년 1월 1일부터 2016년 12월 31일까지 산후우울증으로 의료 이용을 한 대상자 3만 712명에 대하여 이들의 특성과 의료 이용 현황을 구체적으로 살펴보고자 한다. 우선 산후우울증으로 의료 이용을 한 대상자는 인구사회학적 특성으로는 30~34세 연령대가 43.4%로 가장 많았고, 건강보장 유형별로는 지역 가입자 26.1%, 직장 가입자 70.4%, 의료급여 3.5%로 전체 산모 중 의료급여 0.7%보다 차지하는 비

중이 높았다. 보험료 분위는 지역 가입자는 3분위가 7.2%, 직장 가입자는 4분위가 21.3%로 많았다.

출산 당시 혼인 상태가 유배우자인 산모가 94.2%이었고, 취업 여부는 비취업(직장 가입자 피부양자 포함)인 산모가 76.5%였다. 거주지는 대도시와 중소도시가 43.6%, 49.7%로 비슷하게 분포하였다. 출산은 초산이 51.8%, 경산이 48.2%였다. 분만 방법으로는 제왕절개가 47.0%, 자연분만이 53.0%였고, 분만 시 이용한 의료기관은 병원 42.0%, 의원 38.4% 순이었다. 임신 전 우울증으로 치료받은 경험이 있는 대상자는 37.3%, 임신 중 우울증으로 치료받은 비율은 13.4%로 전체 산모 중 임신 중 우울증으로 치료받은 비율인 0.5%와 비교하였을 때 상당히 높게 나타났다.

〈표 5-7〉 산후우울증으로 의료 이용을 한 대상자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
전체	30,712	6,914	5,800	5,787	6,442	5,769
연령						
24세 이하	8.3	7.9	8.4	8.2	8.6	8.4
25~29세	20.9	23.5	21.3	19.5	20.1	19.5
30~34세	43.4	44.3	45.2	44.7	41.7	40.9
35~39세	22.7	19.8	20.5	22.2	24.8	26.4
40~44세	4.4	4.0	4.1	4.8	4.6	4.4
45~49세	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2
기타	0.3	0.5	0.4	0.4	0.1	0.2
건강보장 유형						
지역 가입자	26.1	28.5	26.1	25.7	25.4	24.6
직장 가입자	70.4	67.9	70.2	70.8	71.3	71.9
의료급여	3.5	3.7	3.6	3.5	3.3	3.5
지역 가입자						
보험료 정보 없음	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2
1분위	3.0	3.0	3.1	2.7	3.3	3.0
2분위	5.4	6.2	5.6	4.9	5.1	5.1
3분위	7.2	8.0	7.2	7.5	6.6	6.7
4분위	6.0	6.1	6.0	6.3	6.2	5.3
5분위	4.4	5.0	4.1	4.2	4.2	4.4

84 산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
직장 가입자						
보험료 정보 없음	3.0	2.8	2.6	3.3	2.9	3.5
1분위	8.0	7.6	8.2	8.0	8.4	8.0
2분위	9.8	10.0	10.0	9.8	9.1	10.1
3분위	17.3	16.8	17.4	17.4	17.8	17.0
4분위	21.3	20.4	21.5	21.1	22.2	21.6
5분위	11.0	10.4	10.6	11.3	11.0	11.8
의료급여	3.5	3.7	3.6	3.5	3.3	3.5
혼인 상태						
유배우	94.2	95.5	95.2	94.1	94.0	91.8
기타	5.9	4.5	4.8	5.9	6.0	8.2
출산 당시 취업 여부						
취업	23.5	21.9	22.9	23.5	24.3	25.1
비취업	76.5	78.1	77.1	76.5	75.7	74.9
거주지						
대도시	43.6	43.2	42.7	42.2	43.8	46.4
중소도시	49.7	49.2	50.1	51.0	50.4	47.9
농어촌	6.5	7.3	7.1	6.8	5.8	5.8
기타	0.1	0.4	0.1	-	-	-
출산 순위						
초산	51.8	49.3	52.6	52.2	52.8	52.8
경산	48.2	50.7	47.4	47.9	47.3	47.2
분만 방법						
제왕절개	47.0	45.0	46.1	46.8	47.0	50.7
자연분만	53.0	55.1	53.9	53.2	53.0	49.3
분만 의료기관						
상급종합병원	8.6	8.5	8.4	8.5	8.9	8.7
종합병원	11.0	11.4	11.4	11.3	10.8	10.0
병원	42.0	38.5	40.7	43.0	44.2	44.1
의원	38.4	41.6	39.5	37.2	36.2	37.3
임신 전 우울증 치료 경험						
있음	37.3	35.1	38.0	38.1	37.5	38.3
없음	62.7	64.9	62.0	61.9	62.5	61.7
임신 중 우울증 치료 경험						
있음	13.4	11.9	13.6	13.9	13.6	14.1
없음	86.7	88.2	86.4	86.1	86.5	85.9

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

2) 의료 이용

산후우울증자의 의료기관, 주 진료 과목, 상병코드별 의료 이용 현황을 파악한 결과, 주로 방문한 의료기관은 의원이 69.4%로 가장 많았고, 종합병원 12.2% 순이었다. 주 진료 과목은 정신과가 86.5%로 가장 많고, 질환별 이용자 분포는 우울증(F32~34, F53) 71.3%, 혼합형 불안 및 우울병 장애(F41) 13.2% 순이었다.

〈표 5-8〉 산후우울증 환자의 의료 이용 현황

(단위: 건, %)

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
전체	141,368	29,832	26,447	26,933	31,247	26,909
의료기관 종별						
상급종합병원	8.8	9.0	9.6	10.0	8.0	7.5
종합병원	12.2	11.9	13.3	13.5	11.9	10.7
병원	9.5	8.8	9.0	10.1	10.1	9.8
의원	69.4	70.3	68.1	66.3	69.9	72.1
진료 과목						
정신과	86.5	85.6	85.5	87.3	86.4	87.7
일반의	4.3	4.7	5.4	4.0	4.4	3.0
내과	3.8	3.6	3.4	3.3	4.2	4.2
산부인과	0.5	0.4	0.4	0.5	0.6	0.8
신경과	0.4	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3
기타	4.6	5.2	5.0	4.6	4.1	4.1
상병명						
조울성 정신병(F31)	11.8	10.7	11.3	13.7	12.2	11.3
우울증(F32~34, F53)	71.3	74.5	72.8	69.0	70.4	69.5
기타 기분장애(F38)	1.1	1.3	1.2	0.8	1.0	1.0
상세 불명 기분장애(F39)	1.0	1.3	1.0	0.8	0.8	0.8
혼합형 불안 및 우울병 장애(F41)	13.2	11.5	12.0	13.3	13.9	15.4

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

산후우울증 환자의 입원 및 외래 이용 현황을 살펴본 결과, 1인당 연평균 전체 방문 횟수는 4.61회, 평균 진료비는 32만 2476원이었고, 방문

의료기관은 1.18곳이었다.

입원과 외래로 구분한 결과 1인당 연평균 외래 방문 횟수는 4.57회, 회당 평균 진료비는 20만 6001원, 외래 방문 의료기관은 1.17곳이었고, 1인당 연평균 입원 횟수는 1.71회, 평균 입원 일수는 23.91일, 평균 진료비는 244만 3228원, 입원 의료기관은 1.11곳이었다.

〈표 5-9〉 산후우울증 환자의 입원 및 외래 서비스 이용 현황

(단위: 회, 원, 곳, 일)

구분	전체	2012	2013	2014	2015	2016
방문 횟수(회)	4.61	4.32	4.56	4.66	4.85	4.67
전체 진료비(원)	322,476	294,148	322,873	334,253	339,928	324,736
방문 기관(곳)	1.18	1.17	1.18	1.19	1.18	1.17
방문 횟수(회)	4.57	4.28	4.52	4.62	4.83	4.65
외래 진료비(원)	206,001	180,328	201,013	211,380	222,329	218,133
방문 기관(곳)	1.17	1.17	1.17	1.18	1.17	1.17
횟수(회)	1.71	1.78	1.71	1.6	1.67	1.79
입원 일수(일)	23.91	26.25	24.08	23.73	21.31	24.02
입원 진료비(원)	2,443,228	2,373,999	2,355,021	2,470,735	2,439,547	2,624,857
입원 기관(곳)	1.11	1.14	1.1	1.07	1.11	1.13

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

라. 산후우울에 영향 미치는 요인

산후우울증에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 파악함으로써 산후 정신건강 증진을 위해 좀 더 집중해야 하는 대상자에게 개입하기 위한 정책 함의를 도출하고자 한다. 산후우울증이 발생된 집단과 산후우울증이 발생되지 않은 집단 간에 어떠한 차이가 있는지를 교차분석을 통해 살펴보고, 산모의 요인들이 다른 요인들을 통제했을 때에도 산후우울증 발생에 영향을 미치는지 회귀분석을 실시하고자 한다. 앞에서 언급하였듯이 국

민건강보험공단의 국민건강정보DB를 활용하여 2014년 1월 1일부터 2016년 12월 31일까지 출산 경험이 있는 대상자 중 주요 변수에 결측치가 없는 산후우울증 발생 산모(1만 7965명)와 산후우울증 미발생 산모(123만 1998명), 총 124만 9953명이 분석 대상이다. 산후우울증 발생에 영향을 미치는 요인에 대한 심층 분석에 앞서 산모의 인구사회학적 특성에 따른 산후우울증 발병 여부에 대해 교차분석을 한 결과는 다음과 같다(표 5-10 참조). 통계적 유의도는 카이제곱 검증을 활용하였다.

우선 산모의 연령에 있어서는 산후우울증 미발생 산모 중 4.6%가 24세 이하인 데 비해 산후우울증 발생 산모는 8.3%가 24세 이하로 나타났고 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 보험 형태를 살펴보면 산후우울증 미발생 산모 중 0.7%가 의료급여인 것에 비해 산후우울증 발생 산모는 3.5%가 의료급여인 것으로 나타났고 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 소득과 관련해서는 산후우울증 미발생 산모와 산후우울증 발생 산모 간의 차이가 크지 않고 유사하게 나타났다. 혼인 상태를 살펴보면 산후우울증 미발생 산모 중 3.8%가 배우자가 없는 것에 비해 산후우울증 발생 산모는 5.9%가 배우자가 없는 것으로 나타났고 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 취업 여부는 산후우울증 발생 산모 중 76.5%가 비취업자인 것에 비해 산후우울증 미발생 산모는 66.7%만이 비취업자로 나타나 유의미한 차이를 보였다.

〈표 5-10〉 산후우울증에 영향 미치는 요인: 인구사회학적 요인

(단위: 명, %)

구분	산후우울증 발생	산후우울증 미발생	x2
사례 (%)	30,712 (100.0)	2,115,351 (100.0)	-
연령			
24세 이하	8.3	4.6	1,361.5***
25~29세	20.9	20.1	
30~34세	43.4	49.7	
35~39세	22.7	22.2	
40~44세	4.4	3.3	
45~49세	0.2	0.1	
기타	0.3	0.1	
보험 형태			
지역 가입자	26.1	20.7	4,196.0***
직장 가입자	70.4	78.6	
의료급여	3.5	0.7	
소득			
0분위(보험료 정보 없음)	6.6	3.7	931.9***
1분위	11.0	9.6	
2분위	15.2	14.0	
3분위	24.5	26.2	
4분위	27.3	30.9	
5분위	15.4	15.5	
혼인 상태			
유배우	94.2	96.2	348.3***
기타	5.9	3.8	
출산 당시 취업 여부			
취업	23.5	33.3	1,307.7***
비취업	76.5	66.7	
거주지			
대도시	43.6	44.5	37.0***
중소도시	49.7	49.4	
농어촌	6.5	6.1	
기타	0.1	0.1	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

산모의 출산 관련 요인에 따른 차이를 살펴보면, 출산 순위에 있어서는 산후우울증 미발생 산모와 산후우울증 발생 산모 간의 차이가 크지 않고 유사하게 나타났다. 분만 방법과 관련해서는 산후우울증 미발생 산모 중 39.1%가 제왕절개인 것에 비해 산후우울증 발생 산모는 47.0%가 제왕절개로 출산한 것으로 나타났고, 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 출산 의료기관에 따른 산후우울증 미발생 산모와 산후우울증 발생 산모 간의 차이는 크지 않았다.

〈표 5-11〉 산후우울증에 영향 미치는 요인: 출산 관련 요인

(단위: 명, %)

구분	산후우울증 발생	산후우울증 미발생	x2
사례 (%)	30,712 (100.0)	2,115,351 (100.0)	-
출산 순위			
초산	51.8	52.6	6.7**
경산	48.2	47.4	
분만 방법			
제왕절개	47.0	39.1	799.6***
자연분만	53.0	60.9	
의료기관 종별			
상급종합병원	8.6	5.8	662.2***
종합병원	11.0	8.9	
병원	42.0	46.5	
의원	38.4	38.7	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

산모의 이전 우울증 치료 경험에 따른 차이를 살펴보면, 산후우울증 미발생 산모의 7.8%만이 임신 전 우울증 치료 경험이 있는 것에 비해 산후우울증 발생 산모의 37.3%가 임신 전 우울증 치료 경험이 있는 것으로 나타났고, 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 이와 유사하게 산후우울증 미발생 산모의 0.3%만이 임신 중 우울증 치료 경험이

있는 것에 비해 산후우울증 발생 산모의 13.4%가 임신 중 우울증 치료 경험이 있는 것으로 나타났으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다.

〈표 5-12〉 산후우울증에 영향 미치는 요인: 우울증 치료 경험

(단위: 명, %)

구분	산후우울증 발생	산후우울증 미발생	x2
사례 (%)	30,712 (100.0)	2,115,351 (100.0)	-
임신 전 우울증 치료 경험			
있음	37.3	7.8	35,264.4***
없음	62.7	92.3	
임신 중 우울증 치료 경험			
있음	13.4	0.3	97,834.6***
없음	86.7	99.7	

*p<0.05,**p<0.01,***p<0.001
자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

산후우울증에 영향을 미치는 유의미한 요인은 어떠한 것이 있는지 파악하기 위한 이항 로지스틱 회귀분석(binominal logistic regression) 결과는 다음의 〈표 5-13〉에서 제시하였다. 산후우울증에 영향을 미치는 유의한 요인은 소득, 혼인 상태, 출산 시 취업 여부, 출산 순위, 임신 전 우울증 경험 여부, 임신 중 우울증 경험 여부, 분만 방법, 의료기관, 건강보장 유형으로 나타났다. 구체적으로 산후우울증의 유의미한 위험 요인(risk factor)은 다음과 같이 나타났다. 유배우자일 때보다 배우자가 없을 때, 출산 시 비취업인 때, 초산보다 경산인 때, 출산 전에 우울증을 경험했을 때, 종합병원에서 분만했을 때 산후우울증의 위험이 큰 것으로 나타났다. 특히 임신 중 또는 임신 전 우울증의 경험은 산후우울에 가장 크게 영향을 미치는 위험 요인으로 나타나 이들에 대한 지속적인 개입이 필요함을 시사하였다.

〈표 5-13〉 산후우울증에 영향 미치는 요인

구분	범주	β	S.E	Exp(β)
상수항		-1.000***	0.064	0.368
연령		-0.027	0.002	0.973
소득 분위		-0.010***	0.002	0.990
혼인 상태 (유배우 기준)	기타	0.104***	0.017	1.109
출산 시 취업 여부 (취업 기준)	비취업	0.148***	0.010	1.159
출산 순위 (초산 기준)	경산	0.046***	0.008	1.047
임신 전 우울증 경험 여부 (없음 기준)	있음	0.781***	0.009	2.183
임신 중 우울증 경험 여부 (없음 기준)	있음	1.454***	0.015	4.278
거주지 (대도시 기준)	중소도시	0.000	0.014	1.000
	농어촌	-0.004	0.022	0.996
분만 방법 (제왕절개 기준)	자연분만	-0.109***	0.008	0.897
의료기관 종별 (상급종합병원 기준)	종합병원	0.072**	0.020	1.074
	병원	-0.160***	0.013	0.852
	의원	-0.111***	0.014	0.895
건강보장 유형 (의료급여 기준)	지역	-0.218***	0.021	0.804
	직장	-0.328***	0.021	0.721
전체(N)		1,249.953		
-2LL		166,727.8		
X2		21,289.0		

자료: 건강보험공단. (각 연도). 건강보험DB 원자료.

반면 산후우울증의 보호요인(protective factor)으로 소득이 높은 경우(소득 분위), 자연분만인 경우, 병원 및 의원에서 분만한 경우, 의료급여에 비해 지역 또는 직장보험 가입자인 경우로 나타났다. 종합하면 산후우울증에 좀 더 취약한 산모는 배우자가 없는 산모, 비취업 산모, 경산모, 출산 전 우울증을 경험한 산모, 제왕절개를 한 산모, 저소득층 산모인 것으로 나타나 이들에 대한 집중 지원이 필요함을 시사한다.

본 분석은 2차 자료원을 활용하여 조작적으로 대상자를 정의하고, 관

련 자료를 연계해 추출한 연구라는 특성상 몇 가지 한계가 있다. 국민건강보험공단의 청구 자료는 건강보험제도를 운영하며 수집된 행정 자료로 대상자가 병원에 내원하여 진료비가 지급된 건만 해당된다. 실제로는 산후우울 증상이 있으나 해당 상병으로 진료를 받지 않았다면 제외되어 실제 유병 인구와는 차이가 있을 수 있고, 상병 정의에 따른 상병코드별로 대상자 규모에도 차이가 발생한다. 본 연구에서는 상병 기준으로 주상병과 제1부상병을 포함하고 있어 전체 진료 환자 규모보다 과소 추정되었을 가능성이 있다. 더욱 포괄적인 대상자 선정 시 전체 상병(5상병)과 관련 항우울제 등 약물 처방 내용 등을 고려한 대상자 정의를 고려할 수 있을 것이다. 또한, 대상자의 혼인 여부 확인을 위해 전 국민 세대 정보(행망)를 활용하여 산출하였으나, 주민등록상의 혼인 관계로 실제 동거하는 배우자와는 차이가 있을 수 있다. 또한 통계 분석은 우울증 발생 산모와 대조군(우울증 비발생군)의 표본 수가 차이가 큰 불균형 데이터(imbalanced data)라는 특성으로 인해 분석 결과의 해석에 주의가 필요하다.

2. 정신질환실태 조사 분석 결과

2006년, 2011년, 2016년 ‘정신질환실태 조사’ 자료를 활용하여 18~64세의 출산 경험이 있는 여성을 대상으로 인구사회학적 특성에 따른 산후우울증 발병률에 관해 실시한 교차분석 결과는 다음과 같다(표 5-14 참조).

〈표 5-14〉 여성(18~64세)의 특성에 따른 주요우울장애 발병률(2006, 2011, 2016)
(단위: %, 명)

구 분	주요우울장애		우울장애 없음(%)	계(명)
	산후우울(%)	그 외 우울(%)		
전체(%(N))	1.3(92)	6.6(478)	92.1(6,691)	100.0(7,261)
거주지($\chi^2=20.09^{***}$)				100.0(7,255)
도시	1.7	6.7	91.6	100.0(3,894)
농촌	0.7	6.5	92.8	100.0(3,296)
기타	4.6	6.2	89.2	100.0(65)
연령($\chi^2=56.82^{***}$)				100.0(7,261)
25세 미만	-	-	100.0	100.0(16)
25~29세	2.2	4.4	93.4	100.0(229)
30~34세	2.3	6.2	91.5	100.0(779)
35~39세	2.4	4.8	92.8	100.0(1,213)
40~44세	1.4	5.4	93.2	100.0(1,194)
45~49세	0.9	7.1	92.0	100.0(1,140)
50세 이상	0.5	8.1	91.4	100.0(2,690)
교육 수준($\chi^2=32.96^{***}$)				100.0(7,261)
무학(0년)	1.1	14.8	84.1	100.0(88)
1~6년	0.4	8.0	91.6	100.0(890)
7~9년	1.0	8.6	90.4	100.0(884)
10~12년	0.8	5.1	94.2	100.0(772)
13년 이상	1.6	6.0	92.4	100.0(4,627)
혼인 상태($\chi^2=86.45^{***}$)				100.0(7,260)
유배우	1.3	5.6	93.1	100.0(6,431)
기타	1.3	14.1	84.6	100.0(829)
자녀 수($\chi^2=3.64$)				100.0(7,261)
1명	1.5	6.7	91.9	100.0(1,485)
2명	1.3	6.3	92.5	100.0(4,222)
3명 이상	1.0	7.4	91.6	100.0(1,554)
경제활동 여부($\chi^2=10.534$)				100.0(7,260)
취업	1.2	5.8	93.1	100.0(3,012)
비취업	1.1	6.5	92.4	100.0(1,285)
모름/기타	1.5	7.4	91.1	100.0(2,963)
가구 소득($\chi^2=62.58^{***}$)				100.0(7,187)
100만 원 이하	0.9	11.4	87.7	100.0(1,066)
101~200만 원	0.5	6.8	92.7	100.0(1,374)
201~300만 원	1.7	5.2	93.2	100.0(1,504)
301만 원 이상	1.7	5.3	93.1	100.0(2,303)
모름/거부	1.2	6.7	92.1	100.0(940)
의료보험 종류($\chi^2=12.10^{**}$)				100.0(7,261)
의료보험	1.3	6.2	92.6	100.0(6,933)
의료보호(1~2종)	1.7	20.9	77.4	100.0(177)
기타	0.7	9.3	90.1	100.0(151)

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

주: 1) 25세 미만에는 19세 1명이 포함되어 있음.

2) 50세 이상에는 60대 859명이 포함되어 있음.

자료: 보건복지부. (2006, 2011, 2016). 정신질환실태 조사 원자료.

2006년, 2011년, 2016년 정신질환실태 조사 대상자 총 1만 7366명(남성 6984명, 여성 1만 381명) 중에서 본 분석에서는 자녀가 있는 18~64세의 여성 7261명만을 대상으로 하였다. 국제 표준 진단 분류 기준인 DSM-4의 주요우울장애를 충족시키는 사람 중에서 출산 이후 한 달 이내에 발병한 사람을 산후우울증 집단으로 정의하였고, 주요우울장애에 해당하나 산후 한 달 이내와 관련이 없으면 그 외 우울증 집단으로 하였으며, 나머지 모든 대상자(다른 정신질환 유무 모두 포함되는 군)는 우울증이 없는 집단으로 하였다. 분석 결과 산후우울증은 92명, 그 외 우울증은 478명, 우울증이 없는 대상자는 6691명으로 나타났다. 통계적으로 유의한 차이를 보이는 요인을 중심으로 살펴보면 다음과 같다. 연령별로는 35~39세의 산후우울 발병률이 높게 나타났다. 교육 수준을 기준으로 살펴보면 대학 교육(13년 이상 학력)을 받은 산모와 무학인 산모에게서 산후우울 발병률이 높게 나타났다. 거주지별로는 농촌에 비해 도시에서 거주하는 산모의 산후우울 발병률이 높게 나타났다. 혼인 상태별로는 배우자가 없는 산모의 주요우울장애 발병률이 높게 나타났다. 다만, 산후우울은 이번 분석에서 출산 후 한 달로 기간을 한정했기 때문에 배우자의 유무에 따른 발병률의 차이가 나타나지 않았다. 또 가구 소득이 낮을수록 주요우울장애의 발병률이 대체로 높게 나타났다. 다만, 산후우울로 한정하면, 소득이 높을수록 발병률이 높게 나타났다. 그러나 의료보험의 종류에 따른 차이로 살펴보면 의료보호일 때 의료보험보다 산후우울증 발병률이 높게 나타났다.

주요우울장애의 주요 증상 경험 여부 및 주관적으로 인지하는 건강 상태에 따른 산후우울증을 포함한 주요우울장애 발병률을 살펴보면 다음과 같다(표 5-15 참조).

〈표 5-15〉 우울증상 경험 여부 및 건강 상태에 따른 주요우울장애 발병률(2006, 2011, 2016)

(단위: %, 점, 명)

구 분	주요우울장애		우울장애 없음	계(명)
	산후우울	그 외 우울		
전체	1.3(92)	6.6(478)	92.1(6,691)	100.0(7,261)
우울 기분 경험($\chi^2=3503.61^{***}$)				100.0(7,258)
있음	9.3	47.1	43.7	100.0(939)
없음	0.1	0.6	99.4	100.0(6,319)
흥미 상실 경험($\chi^2= 3443.64^{***}$)				100.0(7,256)
있음	10.1	51.0	38.9	100.0(6,474)
없음	0.2	1.2	98.6	100.0(782)
건강 상태($\chi^2=70.44^{***}$)				100.0(5,333)
1분위(0점~25점 미만)	1.2	15.3	83.5	100.0(85)
2분위(25점~50점 미만)	2.2	13.4	84.5	100.0(232)
3분위(50점~75점 미만)	1.4	7.4	91.2	100.0(2,122)
4분위(75점 이상)	0.8	4.0	95.2	100.0(2,894)
건강상태($F=37.4, p<0.000^{***}$)				
평균	68.14	65.16	73.61	73.05(5,333)
표준편차	17.19	20.92	17.20	17.56(5,333)

*** $p<.001$

자료: 보건복지부. (2006, 2011, 2016). 정신질환실태 조사 원자료.

각 요인과 산후우울증, 산후우울증 외의 주요우울장애의 관련성은 유사한 수준으로 나타났다. 우울한 기분을 경험하지 않은 산모보다 경험한 산모에게서, 또 흥미상실을 경험하지 않은 산모보다 경험한 산모에게서 산후우울증 발병률이 매우 높게 나타났다.

자신의 건강 상태를 0점에서 100점까지 점수로 측정할 때, 자신이 건강하다고 생각하는 산모(높은 점수)에 비해 그렇지 않은 산모(낮은 점수)의 산후우울증 발병률이 높게 나타났다. 추가적으로 주관적으로 인지하는 건강 상태일 때의 산후우울증 발병 집단은 68.14점으로 그 외 우울장애 발병 집단보다 높게 나타나 차이를 보였다. 우울증이 없을 때 좋은 건강상태를 나타내는 것은 당연한 결과이지만, 산후우울증 집단이 그 외 우울증 집단보다 비교적 높은 건강 상태를 나타낸 것은 주목할 만하다.

본 연구에서는 2016년 ‘정신질환실태 조사’ 대상자 총 5102명 중에서 18~64세의 연령군 가운데 자녀가 있는 여성 1752명만을 대상으로 산후 우울증군과 그 외 우울증군 및 우울증이 없는 군으로 구분하여 교차분석을 실시하였다(표 5-16 참조).

2016년 ‘정신질환실태 조사’에서는 산후우울증의 유병률에 대한 조사를 추가로 실시했는데, 조사 결과 주요우울장애를 경험한 여성의 9.8%가 산후우울증인 것으로 나타났다(홍진표 등, 2016). 본 연구에서 주요우울장애를 경험한 전체 여성이 아닌 18~64세 출산 경험이 있는 여성으로 한정하였고 이에 따라 주요우울장애를 겪었으며 출산 경험이 있는 여성의 약 17.3%가 산후우울증을 겪은 것으로 나타났다는 점은 주목할 만하다.

여성의 특성에 따른 산후우울증 유병률은 혼인 상태, 가구 소득에 있어서만 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 구체적으로 살펴보면, 혼인 상태와 관련해서는 배우자가 없을 때 주요우울장애 전체의 발병률이 높게 나타났으나, 산후우울은 해당 분석에서 출산 후 한 달의 기간으로 한정했기 때문에 배우자가 있는 산모에게서 다소 높게 나타났다. 가구 소득에 있어서는 소득이 낮을수록 대체로 주요우울장애의 발병률이 높게 나타났으나 산후우울은 월평균 소득이 200만 원이 넘는 산모의 산후우울증 유병률이 그렇지 않은 산모보다 높게 나타났다.

〈표 5-16〉 여성(18~64세)의 특성에 따른 주요우울장애 발병률(2016)

(단위: %, 명)

구 분	주요우울장애		우울장애 없음(%)	계(명)
	산후우울(%)	그 외 우울(%)		
전체	1.1(19)	5.2(91)	93.7(1,642)	100.0(1,752)
거주지($\chi^2=2.27$)				100.0(1,746)
도시	1.4	5.1	93.5	100.0(1,107)
농촌	0.6	5.4	93.9	100.0(624)
기타	-	-	100.0	100.0(15)
연령($\chi^2=1.36$)				100.0(1,752)
25세 미만	-	-	100.0	100.0(3)
25~29세	0.0	5.6	94.4	100.0(36)
30~34세	1.7	6.6	91.7	100.0(121)
35~39세	3.2	3.6	93.2	100.0(250)
40~44세	1.5	3.7	94.7	100.0(323)
45~49세	0.3	5.6	94.0	100.0(301)
50세 이상	0.4	6.0	93.6	100.0(718)
교육 수준($\chi^2=10.87$)				100.0(1,752)
무학(0년)	-	-	100.0	100.0(10)
1~6년	0.0	8.3	91.7	100.0(108)
7~9년	1.3	8.9	89.9	100.0(158)
10~12년	0.7	4.9	94.4	100.0(691)
13년 이상	1.5	4.3	94.1	100.0(785)
혼인 상태($\chi^2=9.51^{**}$)				100.0(1,751)
유배우	1.1	4.6	94.3	100.0(1,515)
기타	0.8	9.3	89.8	100.0(236)
자녀 수($\chi^2=4.23$)				100.0(1,752)
1명	0.7	6.8	92.6	100.0(458)
2명	1.3	4.5	94.2	100.0(1,023)
3명 이상	1.1	5.2	93.7	100.0(271)
경제활동 여부($\chi^2=1.03$)				100.0(1,751)
취업	1.2	5.3	93.6	100.0(780)
비취업	0.6	5.3	94.1	100.0(338)
모름/기타	1.3	5.1	93.7	100.0(633)
가구 소득($\chi^2=5.91^{*}$)				100.0(1,678)
100만 원 이하	0.7	12.5	86.8	100.0(144)
101~200만 원	0.4	6.0	93.6	100.0(235)
201~300만 원	1.4	4.5	94.1	100.0(288)
301만 원 이상	1.2	5.3	93.5	100.0(849)
모름/거부	1.2	0.6	98.1	100.0(162)
의료보험 종류($\chi^2=0.04$)				100.0(1,752)
의료보험	1.1	5.2	93.8	100.0(1,654)
의료보호(1~2종)	-	8.8	91.2	100.0(34)
기타	-	6.3	93.8	100.0(64)

*** p<.001, ** p<.01

주: 1) 25세 미만에는 17~19세 0명이 포함되어 있음.

2) 50세 이상에는 60대 214 명이 포함되어 있음.

자료: 보건복지부, (2016). 정신질환실태 조사 원자료.

주요우울장애의 주요 증상에 따른 산후우울증, 그 외 우울증, 우울증 미발생의 비율을 살펴보면 다음과 같다(표 5-17 참조). 각 요인과 산후우울증, 산후우울증 외의 주요우울장애의 관련성은 유사한 수준이었다. 우울한 기분을 경험한 산모의 산후우울증 발병률(8.9%)이 그렇지 않은 산모(0.1%)에 비해 매우 높게 나타났고, 흥미 상실을 경험한 산모의 산후우울증 발병률(9.1%)이 그렇지 않은 산모(0.1%)에 비해 매우 높았다.

자신의 건강 상태를 0점에서 100점까지 점수로 측정할 때, 자신이 건강하다고 생각하는 산모(높은 점수)에 비해 그렇지 않은 산모(낮은 점수)의 산후우울증 발병률이 높게 나타났다. 또한 주관적으로 인지하는 건강 상태를 보면 산후우울증 발병 집단은 68.14점으로 그 외 우울장애 발병 집단보다 높게 나타나 차이를 보였다. 즉, 산후우울증 집단이 그 외 우울증 집단보다 주관적으로 인지하는 건강 수준이 비교적 높다는 점은 주목할 만하다.

〈표 5-17〉 우울증상 경험 여부 및 건강 상태에 따른 주요우울장애 발병률(2016)

(단위:%, 점, 명)

구 분	주요우울장애		우울장애 없음	계(명)
	산후우울	그 외 우울		
전체	1.1(19)	5.2(91)	93.7(1,642)	100.0(1,752)
우울 기분 경험($\chi^2=701.09^{***}$)				100.0(1,752)
있음	8.7	39.4	51.9	100.0(208)
없음	0.1	0.6	99.4	100.0(1,544)
흥미 상실 경험($\chi^2=769.91^{***}$)				100.0(1,752)
있음	9.0	43.6	47.3	100.0(188)
없음	0.1	0.6	99.3	100.0(1,564)
건강 상태($\chi^2=17.94^{**}$)				100.0(1,743)
1분위(0~25% 미만)	0.0	12.8	87.2	100.0(47)
2분위(25~50% 미만)	1.6	11.7	86.7	100.0(128)
3분위(50~75% 미만)	1.3	4.8	93.8	100.0(829)
4분위(75%이상)	0.8	3.9	95.3	100.0(739)
건강상태($F=7.59^{**}$)				점수(n)
평균	66.84	60.47	68.65	68.21(1,743)
표준편차	16.68	23.27	19.27	19.54(1,743)

*** $p<.001$, ** $p<.01$

자료: 보건복지부. (2016). 정신질환실태 조사 원자료.

2016년 ‘정신질환실태 조사’에서는 정신적 지지와 주변의 도움 정도에 관해 추가적으로 조사하였다. 정신적 지지는 가족, 친척, 친구 등 주위 사람들의 정신적인 지지를 얼마나 받고 있는지를 0(전혀 없음)~10점(충분히 받음)으로 표현한 것이고, 주변의 도움 정도는 가족, 친척, 친구 등 주위 사람들에게서 실제 생활에서 도움을 얼마나 받고 있는지를 0(전혀 없음)~10점(충분히 받음)으로 응답한 것이다. 본 연구에서는 이러한 사회관계망과 관련된 요인에 따른 산후우울증, 그 외 우울증, 우울증 미발생의 비율을 살펴보았다(표 5-18 참조).

정신적 지지는 평균적으로 우울증이 없는 집단에서 6.65점, 그 외 우울증 집단에서 6.52점, 산후우울증 집단에서 6.00점으로 산후우울증집단이 정신적 지지를 가장 적게 지각했지만 이러한 차이가 통계적으로 유의한 수준은 아니었다. 그와는 반대로 주변의 도움 정도는 평균적으로 산후우울증 집단에서 6.00점, 우울증이 없는 집단에서 5.66점, 그 외 우울증 집단에서 5.19점으로 산후우울증 집단이 주변의 도움을 가장 많이 받았지만 통계적으로 유의미한 수준은 아니었다. 이러한 결과는 산후에는 주변에서 물리적으로 도움을 제공하지만, 정신적인 지지는 낮게 지각하고 있다고 해석할 수 있다.

〈표 5-18〉 여성(18~64세)의 사회적 관계 및 지지 정도에 따른 주요우울장애 발병률(2016)

(단위: %, 점, 명)

구 분	주요우울장애		우울장애 없음	계(명)
	산후우울	그 외 우울		
전체	1.1(19)	5.2(91)	93.7(1,642)	100.0(1,752)
정신적 지지(F=0.97)				
평균	6.00	6.52	6.65	6.63(1,639)
표준편차	2.79	2.52	2.15	2.18(1,639)
주변 도움 정도(F=1.56)				
평균	6.00	5.19	5.66	5.64(1,750)
표준편차	2.87	2.94	2.61	2.63(1,750)

자료: 보건복지부. (2016). 정신질환실태 조사 원자료.

‘정신질환실태 조사’는 평생 유병률에 대한 조사이기 때문에 “지금까지 사는 동안 ~한 적이 있었습니까?”라는 방식으로 질문하였다. 따라서 회고적(retrospective) 조사의 특성상 경험에 대한 기억에 의존함으로써 조사의 정확성이 떨어질 수 있는 한계가 있다. 더 나아가 2016년 ‘정신질환실태 조사’에서는 이전 조사와 달리 만 75세 이상 성인에게 CIDI 도구를 적용하는 것에 대한 신뢰도 검증이 이루어지지 않았음에도 이들을 조사 대상에 추가하였다(홍진표 등, 2016). 이에 따라 비록 본 분석에서는 18~64세로 한정하였으나, 출산한 지 오랜 시간이 지난 고령의 여성인 경우 조사 결과에 대한 신뢰도의 문제가 여전히 한계로 남는다.

3. ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’ 분석 결과

2015년 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’ 자료를 활용하여 산모의 특성에 따른 산후우울증 진단 또는 상담 여부에 대한 교차분석을 실시한 결과는 다음 <표 5-19>와 같다. 최근 3년 이내에 출산한 기혼 여성 중 산후우울증과 관련하여 진단이나 상담을 받은 경험이 있는 기혼여성은 2.6%에 불과한 것으로 나타났다. 산모의 거주지, 출산 시 연령, 취업 여부에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았으나, 기관에 대한 접근도가 높은 도시 지역의 여성이 읍·면 지역의 여성보다 산후우울증 진단 또는 상담을 받은 경험이 많은 것으로 나타났다. 통계적으로 유의한 수준으로 차이가 있는 부문은 산모의 교육 수준과 출산력에서 나타났다. 산모의 교육 수준에 따른 차이를 살펴보면 고학력(대학원 졸업)의 기혼 여성은 산후우울증 관련 진단을 받았거나 상담을 받은 비율이 6.9%로 다른 학력 집단에 비해 가장 높게 나타났다. 또한 두 번째 이상의 출산일 때 산후우울증에 대해 진단을 받았거나 상담을 받은 비율이 3.4%로 나타나 첫 번

째 출산일 때(1.8%)보다 높게 나타났다.

〈표 5-19〉 기혼 여성(15~49세)의 산후우울증 진단 혹은 상담 경험

(단위: %, 명)

구 분	경험 있음	경험 없음	계	(명)
전체	2.6	97.4	100.0	(1,776)
거주지($x^2=4.6$)				
동 지역	2.8	97.2	100.0	(1,476)
읍·면 지역	1.7	98.3	100.0	(300)
출산 시 산모의 연령($x^2=0.2$)				
35세 미만	2.5	97.5	100.0	(1,325)
35세 이상	2.9	97.1	100.0	(451)
교육 수준($x^2=10.3^{**}$)				
고졸 이하 ¹⁾	3.3	96.7	100.0	(492)
대졸	1.9	98.1	100.0	(1,182)
대학원 졸	6.9	93.1	100.0	(101)
취업 여부($x^2=0.5$)				
취업	3.0	97.0	100.0	(605)
비취업	2.4	97.6	100.0	(1,171)
출산력(parity) ($x^2=5.4^+$)				
초산	1.8	98.2	100.0	(881)
경산	3.4	96.6	100.0	(895)

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, †p<0.1

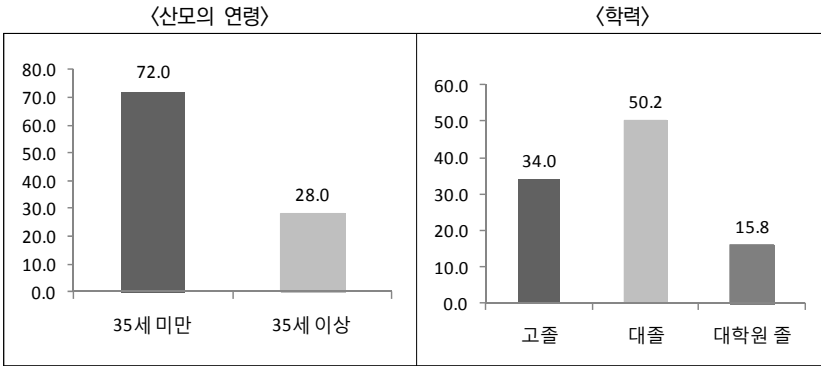
주: 1) 고졸 이하에는 중졸 이하 26명이 포함되어 있음.

자료: 한국보건사회연구원. (2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 원자료.

산후우울증 진단 또는 상담 경험이 있는 기혼 여성(46명)을 산모의 특성(산모의 거주 지역, 학력, 연령, 취업 여부)에 따라 살펴보면 다음과 같은 분포를 보인다. 산후우울증 관련 진단 및 상담을 받은 산모의 72%가 고령의 산모로 나타났다. 또한 산모의 학력과 관련해서는 산후우울증 관련 진단 및 상담을 받은 산모의 34%가 고졸 이하인 것으로 나타났다(그림 5-1 참조).

[그림 5-1] 산모의 연령과 학력에 따른 산후우울증 진단 혹은 상담 경험 여성의 분포

(단위 : %)

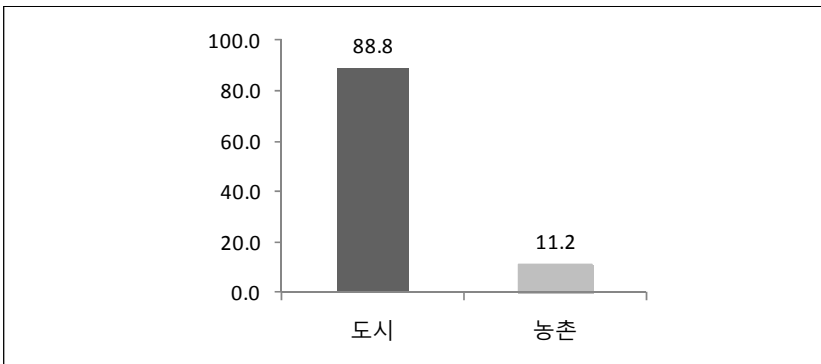


자료: 한국보건사회연구원. (2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 원자료.

산모의 거주 지역에 따른 차이를 살펴보면, 산후우울증 관련 진단 및 상담을 받은 산모의 88.8%가 도시 지역에 거주하는 것으로 나타났다(그림 5-2 참조). 또한 산후우울증 관련 진단 및 상담을 받은 산모의 61.1%는 취업을 하고 있지 않은 것으로 나타났다(그림 5-3 참조).

[그림 5-2] 산모의 거주 지역에 따른 산후우울증 진단 혹은 상담 경험 여성의 분포

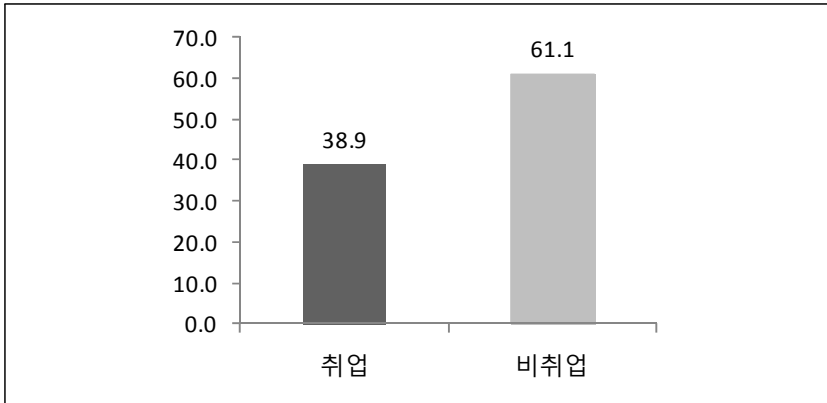
(단위 : %)



자료: 한국보건사회연구원. (2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 원자료.

[그림 5-3] 산모의 취업 여부에 따른 산후우울증 진단 혹은 상담 경험 여성의 분포

(단위 : %)

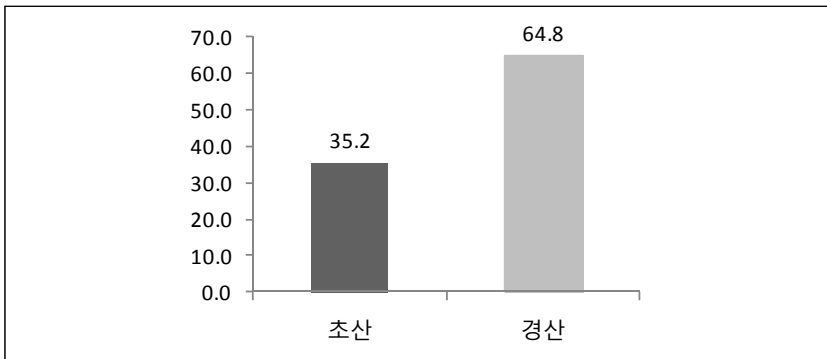


자료: 한국보건사회연구원. (2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 원자료.

마지막으로 산후우울증 관련 진단 및 상담을 받은 산모의 64.8%는 두 번째 이상의 출산인 경우로 나타났다(그림 5-4 참조).

[그림 5-4] 출산 순위(parity)에 따른 산후우울증 진단 혹은 상담 경험 여성의 분포

(단위 : %)

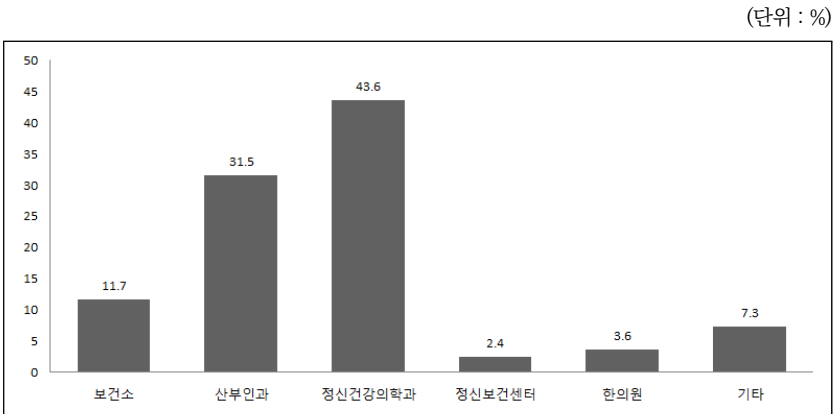


자료: 한국보건사회연구원. (2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 원자료.

요약하면 의료 인프라가 많은 지역의 산모, 교육 수준이 높은 산모, 두 번째 이상의 출산을 경험한 산모의 의료 접근성(accessibility)과 이용도(utilization)가 높게 나타났다.

산후우울증에 대해 진단 혹은 상담을 받은 기혼 여성이 이용한 기관을 살펴본 결과는 다음과 같다. 가장 많이 이용한 기관은 정신건강의학과로 43.6%이며 그다음은 산부인과(31.5%), 보건소(11.7%)로 나타났다. 전문적인 치료를 할 수 없는 산부인과나 보건소의 이용 비율이 비교적 높다는 것은 이들 기관을 거점(gateway)으로 하여 초기 진단과 상담을 진행하고 정도가 심한 때는 정신건강의학과로 연계해 주는 것이 효율적인 서비스 전달 체계임을 시사한다.

[그림 5-5] 산후우울증 진단 또는 상담 장소



자료: 한국보건사회연구원. (2015). 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 원자료.

제3절 소결

산후 정신건강과 관련한 최근의 실태를 보여 줄 수 있는 전국 규모의

데이터는 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 자료(2015)’, ‘정신질환실태 조사 자료(2006, 2011, 2016)’, ‘국민건강보험공단 빅데이터’이다. 따라서 본 연구에서는 전국적인 수준의 산후 정신건강 관련 통계가 제대로 정립되어 있지 않은 상황을 고려하여 세 가지 자료를 활용하여 다양한 시각으로 산후 정신건강의 실태를 살펴보고자 하였다. ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사 자료(2015)’는 건강보험을 이용하여 의료비를 지출한, 즉 국민건강보험공단 빅데이터에서 포괄하지 못하는 보건소나 정신건강증진센터 등의 기관을 방문한 산모가 어느 정도인지를 보여주는 중요한 자료이나, 산모가 느끼는 산후우울감에 대한 질문보다 산후 우울과 관련하여 진단 또는 상담을 받아 본 경험만을 질문했다는 점에서 전체 산모 중 산후우울감을 경험한 산모의 비율을 알 수 없다는 한계가 있다. ‘정신질환실태 조사 자료(2006, 2011, 2016)’는 평생 유병률의 관점에서 산후우울을 진단하기 때문에 응답자의 기억에 의존하는 회고적(retrospective)인 결과라는 점에서 한계가 있다. ‘국민건강보험공단 빅데이터’는 인지하는 산후우울감이 크기 때문에 의료를 이용한 산모라는 점에서 전체 산모의 산후 정신건강 상태를 대표할 수 없다는 한계가 있다. 따라서 비록 세 가지 자료는 최근 산후 정신건강의 다양한 측면을 보여 주지만 해석에는 주의가 필요하다. 그럼에도 전체 산모 중 어느 정도가 우울감을 느끼는지를 파악할 만한 자료조차 존재하지 않는다는 제한점을 고려할 때 세 가지 자료를 통해 다양한 시각으로 산후 정신건강과 산후우울증에 대한 유병률을 파악해 보는 것은 그 자체로도 의미가 있다고 볼 수 있다.

제 6 장

심층 면접 분석

제1절 연구 대상 및 방법

제2절 연구 결과

제3절 소결

6

심층 면접 분석 <<

제1절 연구 대상 및 방법

본 연구에서는 출산 후 1년 이내에 있는 산모를 대상으로 인지하고 있는 정신건강의 상태, 에딘버러 검사를 통한 산모의 정신건강 상태를 알아보고, 산모가 느끼는 산후 정신건강의 문제, 산후 정신건강 증진을 위한 정책적 욕구 등에 대해 심층면접을 통한 질적 분석을 수행하였다. 이를 통해 산모들이 처한 상황을 파악하고 그들의 정책 욕구를 분석하여 실효성 있는 지원 방안을 도출하고자 한다.

본 연구에서는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 승인(문서번호 제2017-10호)을 받은 후 심층 면접을 진행하였다. 심층 면접의 대상은 출산 후 1년 이내에 있는, 즉 만 1세 이하의 자녀를 양육하고 있는 여성 가운데 Snowball 방식으로 표집된 대상자이면서 자발적으로 면접에 응할 의사가 있는 경우만을 한정하여 선정하였다. 심층 면접 조사에 응한 대상자에게는 심층 면접 전에 서면동의서를 받았으며, 면접을 진행 중이더라도 대상자가 거부하면 종료할 수 있음을 사전에 고지하였다.

심층 면접 기간은 2017년 5~8월이었으며, 심층 면접은 면접 참여자의 자택이나 인근의 조용한 카페 등에서 사례당 1~2시간 동안 연구진에 의해 진행되었다. 면접 과정은 다음과 같다. 면접 참여자에게 우선 연구에 대한 설명과 개인정보보호에 관한 설명을 한 후 동의서를 받고 녹음하였으며, 녹취한 자료는 모두 전사하였다. 추가적으로 심층 면접 대상자의 정신건강 상태를 파악하기 위해 산후 정신건강 상태 파악을 위한 한국어

판 에딘버러 검사(p. 23 참조)를 자기 기입 방식으로 수행하였다. 또한 여분의 개인 검사지를 나누어 주고 검사 결과를 해석하기 위한 점수 계산 및 해석법이 담긴 가이드라인과 전국 정신건강증진센터 연락처를 제공하여 우울 증상이 있을 때 접근할 수 있도록 안내하였다. 수행된 심층 면접의 개요는 <표 6-1>과 같다.

<표 6-1> 심층 면접에 대한 개요

구분	구체적 내용
면접 대상자 모집 방식	- 2016년 5월 이후 출산한 여성 참여자를 모집하고 모집된 면접 참여자가 해당 시기에 출산 경험이 있는 주변의 참여자를 섭외하는 스노볼(snowball) 방식을 활용.
면접 대상자	- 출산 후 1년 이내의 여성 총 15명.
면접 방식	- 반구조화된 개별 면접과 자기 기입식 설문.
면접 내용	- 산후우울 검사(에딘버러 검사) 10문항, 산모의 일반 사항, 사회경제적 특징, 산과적 특징, 가족 및 사회 요인, 정신건강 상태, 정신건강 증진을 위한 방법, 정책 욕구 등.
면접 시간	- 1~2시간
면접 내용의 기록 및 녹취	- 면접 참여자의 사전 동의서를 받고 기록 및 녹취하여 전사함.
면접 진행자	- 연구진

다음의 <표 6-2>는 심층 면접을 완료한 대상자의 특성에 관한 것이다. 산후우울 검사인 에딘버러 검사(한국어판) 결과에 따라 9점 이하인 우울 비위험군을 A집단으로 분류하고, 10점 이상인 우울 위험군을 B집단으로 분류하였다. 에딘버러 검사 결과 9점 이하인 A집단 8명과 검사 결과 10점 이상으로 우울 위험군인 B집단 7명 등 출산한 지 1년 이내의 산모 15명이 본 연구를 위해 심층 면접에 참여한 분석 대상자이다.

〈표 6-2〉 심층 면접 참여자 특성

구분	사례 번호	연령	출산 후 개월 수	자녀 수	학력	취업 여부	에든버러 검사 점수
비위험군	A1	33	8	1	대졸	비취업	1
	A2	32	6	2	대졸	취업	4
	A3	31	12*	3	대졸	비취업	7
	A4	31	9	3	대졸	비취업	7
	A5	34	12	3	대졸	취업	8
	A6	36	9	2	대졸	비취업	9
	A7	33	9	2	대졸	취업	9
위험군	B1	34	2	3	대졸	비취업	10
	B2	34	6	2	대졸	비취업	10
	B3	34	6	2	대졸	비취업	10
	B4	31	8	2	대졸	취업	11
	B5	29	9	2	대학원 졸	취업	11
	B6	33	2	1	대학원 졸	취업	13
	B7	34	7	1	대학원 졸	비취업	22
	B8	31	12	2	대학원 졸	취업	23

*인터뷰 섭외 때는 자녀 월령이 12개월을 넘지 않았으나 실제 인터뷰 때는 월령이 12개월을 초과함.

제2절 연구 결과

1. 산후우울 정도

심층 면접 참여자의 산후우울 정도는 자기 기입 방식의 에든버러 검사를 통해 우선적으로 측정하였다. 심층 면접 참여자는 출산 후 1개월부터 12개월까지로 다양하였고, 검사 결과도 1점부터 23점까지 다양하게 나타났다. 10점 이상인 고위험군이 8명이고 9점인 참여자도 2명이었으나, 이들 중 위험군의 2, 3명을 제외하고는 현재의 정신건강 상태가 위험군에 속한다는 것을 인지하지 못하고 있었다. 하지만 심층 면접 참여자의 대다

수가 현재 정신건강 상태를 양호하다고 응답하면서도 모두 산후에 우울했던 경험이 있었다고 하였다. 산후우울의 정도는 다양하게 나타났다.

가. 위험군과 비위험군

원래가 긍정적인 성격이고 관련 분야의 전문직인 A1은 본인의 변화에 대해 긍정적으로 인지하면서도 우울한 느낌을 현재까지 출산 후 일주일 이내 산후조리원에서 한 번, 출산 후 3주에 산후조리원에서 돌아와서 한 번 정도 느꼈다고 하였다. 대체로 혼자 있는 시간이 적고 바쁜 일과가 있으며, 양육 부담을 덜어 주는 산후조리원에서 산후조리를 한 후 집으로 돌아와 우울감을 느꼈다고 하였다(A3, A6). 특히 A6는 산후조리원에서 돌아와 아이를 돌보는 방법을 잘 몰라 답답하고 힘들었다고 하였고, 현재는 우울할 시간도 없다고 하였으나, 양육의 어려운 점, 신체 변화에 대한 불편한 점 등을 계속 이야기하는 등 정신적 스트레스를 표현하였다. 대체로 감정 조절이 잘 되지 않아 울게 되는 반응이 나타나는데, A5는 신체적 증상으로 발현되고 있었다.

딱 두 번 위기감을 느꼈는데 조리원 가자마자, 저는 모자 병실에 있었는데 그러다 애를 맡겨야 하잖아요. 뭔가 되게 느낌이 이상한 거예요. 분리되어... 그러니까 슬플 일이 아닌데, 그런데 이게 뭐지, 이게 뭐지? 그때 남편... 저 조리원에 들여보내고 다시 가야 하고 그러니까. 뭔가 이게 낯선 거예요. 몸도 힘든데 애는 막 주고 있고, 남편은 가고. 저도 제가 예상치 못한 일에 살짝 눈물이 맺히더라고요. 그래서 왜 우느냐고 막... 그래서 나도 모르겠다고...(A1)

첫째 때는 우울증이 좀 왔었어요. (중략) 조리원에서는 되게 바빠요. 부르면 수유하고, 또 자야 하고 마사지 받으러 가고. 저는 오히려 조리원 나와서 그런 것 많이 느낀 것 같아요.(A2)

저 같은 경우는 첫째 때 그런 게 없었고, 순탄하게 잘 키우다가, 그때는 시댁이 옆에 살았어도 온전히 맡기는 게 아니니까. 제가 오후에 밤부터 저 혼자 볼 때, 둘째가 100일이 안 되었을 때 둘을 케어하려니까 두 살 차였는데 앞뒤로 매고 너무 힘든 거예요. 첫째 낳고 한번도 우울하거나 그런 게 없었는데 우는 애를 안고 이렇게 하니깐, 친정도 멀고. 엄마가 너무 보고 싶은 거예요. 우는 애들 보면서 그때 눈물이 나더라고요. 너무 우울하다, 그 정도는 아니었지만 정말 힘들고, 나 어떻게 하라고. 이 상황에서 너희들이 올면 나는 어떻게 해. 해 줄 대로 해 줬는데. 너무 서럽다고 해야 하나? 그런 감정들이 들어서 셋이서 울었어요. 오히려 우니까 첫째가 엄마 우는 거 보고 자기가 안 울더라고요. 엄마 왜 우느냐고 하더라고요. 그런 적이 있었어요.(A3)

조금 무서운 거예요. 애를 보는데 애가 있으면 모습이 여기는 보이는데 여기는 지지직하는 것처럼 보이기도 하고 세 번이나 반복되니까 무서운 거예요.(A5)

답답할 때도 있고. 저는 되게 잘 안 우는데 혼자서 되게 영영 많이 울었어요. (중략) (아이 돌보면서) 너무 열을 받아서... 내가 지금 뭐하는 건가, 24시간 상전을 모시고 사는 느낌에, 이것까지 빠는네. 제가 손빨래할 생각을 못 했으니까 의자 같은 거 사 가지고 와서 빨아야 하잖아요. 근데 없으니까 끄조려 앉아서 하는데 진짜 최고 우울한 거예요. 예잇, 하고 집어 던졌어요. 그때가 울화가 치밀어 오른다고 해야 하나.(A6)

전에는 이런 일이 있어도 별로 화를 내는 편은 아닌데, 그때는 작은 일에 눈물이 많이 났어요. 저는 스트레스를 받으면 자거나 청소를 하거든요. 자거나 청소를 하면 끝날 일인데도 눈물이 났던 것 같아요. (중략) 너무 지대한 관심과 염려가 힘들었어요. 오히려 몸이 힘든 것보다는... 몸은 솔직히 지금 힘들거든요. 체력적으로 힘들고, 신랑이 출근하고 없을 때 힘든데. 그 전에는 그런 관심들과 염려가 힘들었어요.(A7)

A집단은 대체로 눈물이 나고 울화가 치미는 정도의 우울감을 표현하였다면, 에딘버러 검사에 따라 현재 위험군인 B집단은 A집단보다 스트레스

와 우울의 정도를 더 심하게 표현하였다. 특히 상태가 심할수록 우울의 정도는 더 심하게 나타났고 우울감을 느끼는 기간도 길게 나타났다.

남편이 인제 출산하고 100일 정도 되어서 “너는 언제 돈을 벌거니”라는 식으로 얘기를 해서, 사실 그때 되게 힘들었어요. 이제는 뭐... 그러거나 말거나 하는 마음이 어느 정도 있긴 한데. 그때는 조금 너무... 상처가 커 가지고. 그때 굉장히 조금... 그랬었죠. 그런 얘기를 충분히 할 수는 있는데, 꼭 백일도 안 된 산모에게 그런 얘기를 할 필요는 없잖아요? 그런데 네... 남편도 그때 한창 자기가 사업을 하고 싶었던 거예요. 자기 상황에서도 자기 혼자 가정을 꾸리고 책임진다는 게 조금 버거웠나 봐요. 그래서 그런 얘기를 저한테 해서 사실 그때가... 우울했었죠. (중략) 지금도 가끔 울어요. 그냥 자다가 막. 그런데 또 우는 거를 남편한테 들키고는 싶지 않아요. 자존심 상해서. 그래서 그냥... 그래서 저는 그게 너무 속상해요. 막 싸우다가도 저는 감정에 복받쳐서 눈물이 막 나는데, 남편은 되게 이성적으로 막... 진 것 같고, 너무 싫어요, 그래서. 최대한 안 울려고 하고 있어요, 나름.(B1)

낳고 나서 큰애한테 미안해 가지고. 큰애가 유치원에 새로 입학하는 시점에 애가 나왔거든요. 그런데 개를 맨날 데려다주고 데려와야 돼요. 그것도 해야 되는데 애도 신생아고. 산후 도우미가 있어서 혼자의 몸으로 가긴 했지만, 조리가 안 끝났을 때 겨울인데, 3월에 왔다 갔다 했어야 했던 거예요. 그러면서 큰애 적응하고, 적응시키면서 나도 좀... 우울했죠. 혼자 하고 있다는 생각에, 막.(B2)

저는 제가 좀 우울한 편이라고 생각하거든요. 우울감은 좀 있는데, 너무 바빠서 잊고 사는 것 같아요.(B3)

첫째 때는 친정에 바로 같이 내려갔거든요. 괜히 가족들 말 한마디에 상처받고, 자꾸 나를 안 챙겨 주고 외출을 하는 거예요. 외출하면 어디 가느냐고 막 울고. 그때는 그냥 상호 소통이 안 되는, 아기가 인간 같지 않은 상태니까 자면 숨 쉬고 있나 만져 보고 괜히 불안하고 그랬던 것 같아요. 눈물이 쭉 나는데, 아 이게 산후우울이구나 생각이 들더라

고요. (출산하고) 한 50일? 30일? 그때…. 살이 계속 빠지고 있어요. 거의 5시까지 자고, 항상 그렇게 잘 자는 건 아니더라고요. 잠 못 자는 게 너무 큰 것 같아요. 그러면 그 다음 날 정신없고 패닉 상태예요. 출산하고 그게 아니면 없었던 감정들인데….(B4)

도망가고 싶고 그냥…. 아기한테, 어떻게 보면 학대인데…. 우는데 냅두고 싶고 막 그런 기분도 많이 들죠. 너무 우니까, 그냥 울어라, 이렇게…. (중략) 요즘에는 첫째가 조금 커서 말을 안 듣고 하니까, 아, 내가 분노조절장애인가? 이런 생각도…. (B5)

서러워 가지고. 그래서 몸이 힘든 거는 괜찮은데. 이제 나도 나름대로 견디고 버티고 해 왔다, 여기까지다, 조금만 있으면 도와줄 사람이 오겠지 싶었는데 그게 늦어 버리니까. 너무 원망스러운 마음이 팍 들고…. 평소 같으면, 아기 없을 때는 그냥 늦게 오는구나 하고 마는데 그럴 때는 서러워지더라고요. 그게 막 뱅튀기되니까, 생각이…. 아니 엄마도 안 올라오시고 내 스스로 미역국 끓여 먹어 가면서 산후조리도 제대로 못 하는 상황에서 애 본다고 아등바등하고 손목 팔목 다 아프고 별의 별 게 다 서럽고. 이게 진짜 우울증으로 가겠구나 싶은 거죠. (중략) 이게 진짜 우울증이구나…. 우울감이 나도 모르게 오는구나. 남편 늦게 올 수도 있지, 짜증날 뿐이지, 이게. 나의 존재감을 부정하게 되는 이런 사건들은 아니거든요, 이게.(B6)

많이 우울했어요. 많이 우울하고 많이 울고…. 제가 우울함에 대해서 좀…. 이거는 무엇인지 알고 이런 거하고는 별개로 정말 불가항력적인 거라서…. (중략) 상황이…. 그냥…. 어떤 문제가 있어서 그런 게 아니라 그냥 그 상황 자체가 그냥 우울한 거예요. 아기 보고, 아기가 잠깐 자니까 나도 쉬어야지, 이렇게 누워 있는데 너무 우울하고, 눈물이 하염없이 막 흐르다가 왜 사람들이 산후우울로 자살하는지 알겠다. 그 자살이라는 단어가 머릿속에 이렇게 맴돌고…. 나중에 지나고 나서 생각을 해 보니까 많이 심각했더라고요. 그런데 그때는 그렇게 힘들어했는데 지금은 기억 잘 안 나는 걸 보면 너무 힘들어서 지우려고 했던 거는 아닐까.(B7)

솔직히 말씀드리면, 아기 낳고 나서 그 다음 날부터 우울감이 왔어요. 아, 이게 산후우울증이구나 하는 느낌이 온 게, 아기 낳고 나서 보통 보잖아요. 보게 되잖아요. 그런데 저는 볼 수 없는 상황이었어요. 수술하고 아기도 인큐베이터에 들어가 있으니깐. 제가 몸을 움직일 수가 없으니깐 바로 볼 수 없었죠. 그런데 이튿날에 남편이랑 엄마가 병간호를 해 주는데 아이를 보러 가기가 싫은 거예요. 왜냐면 내 몸이 너무너무 아프고 힘들고 막... 죽고 싶다, 보기도 싫고 다 싫어, 다 싫어, 막 이래서 짜증을 냈어요. 그렇게 힘든 상황에서 병간호를 해 주는 엄마랑 남편한테. 재네들은 인큐베이터 들어가서 충분히 간호받고 있지만 나는 아기 낳았다, 끝이다, 회복하면 된다, 이런 식으로 보고 그러니까 막... 이제 빨리 정신 차리고 몸 추슬러서 애 돌봐야 된다, 이런 입장으로 막 하니까, 나는 아니라고... 이런 느낌 때문에 아기를 보러 가기가 싫더라고요. 그래서 그 즈음에 이게 산후우울증이구나 하는 느낌이 왔고, 아이 낳아서 축하한다, 이 말을 듣기도 싫었어요.(B8)

아기 낳고 한동안 집에만 누워 있고 그러다 보니까 사회생활 못 하니까. 친구들하고도 멀리 떨어져 있고, 얘기할 사람이 없으니깐 남편한테 오빠, 나 이러다가 애기 집어던지고 같이 자살하고 이런 사람들의 마음이 너무너무 이해되고 나도 창문을 멍하니 바라보게 되고... 그런 생각들이 든다... 극단적인 표현들이 자꾸 생각이 난다. 내가 하고 싶지 않은데, 혹시 떨어지면 어떨까? 어떻게 해서 나를 죽게 하는 방법들이 자꾸 내 머릿속에서 그냥 선명하게 너무너무도 그려진다. 내가 하고 싶어서가 아니라 너무도 자연스럽게 떠오른다, 그런 생각들이... 물론 아침저녁으로 엄마 아빠가 계시긴 하지만 낮에 홀로 남겨져서 몸도 성치 않은데 두 아이들이 뽀뽀대고 울어요. 동시에. 내가 몸은 하난데 어떻게 하라고! 이렇게 소리를 치고 있더라고요. 그리고 때로는, 이진 정신과 의사한테도 말한 건데, 아이를 막 때리기도 하고 엉덩이 같은 데를, 허벅지 막 이런 데 때리기도 하고 이런 걸 보면서 내가 생각해도 말도 안 되는 행동들을 하고 있으니깐 나 심각한 것 같다, 심각한 것 같다, 계속 얘기를 했거든요. 그때마다 남편은 계속 네가 집에 있었고 그렇기 때문에 밖에서 활동을 하고 충분히 너 혼자 있는 시간을 갖고 나랑 같이 운동도, 산책도 하면서 이겨내 보자, 같이. 이러면서 노력을 했었어요. 그래서 주말 같은 때에는 남편이 홀로 아기를 보고 전담마크하고, 저는 영화를

보러 가게 해 준다는 등, 카페를 가게 해준다는 등, 제가 원하는 대로 다 해 줬어요. (중략) 상황이 조금 심각했으니까. 그렇게 노력을 했었는데, 그게 정도가 심해지니까. 더 더 더 더 심해졌어요.(B8)

나. 초산과 경산

초산과 경산의 산후우울 정도와 원인에 있어서의 차이는 출산과 육아의 경험 여부, 돌봄이 필요한 자녀의 유무에서 나타난다. 자녀가 둘 이상이 있으면 초산일 때와 현재를 비교하면서 각각의 어려운 점에 대해 얘기하였다. 초산 때는 육아에 대한 두려움과 함께 정신적으로 힘들었다면, 경산 때는 비록 분만과 산후 관리에 대한 경험이 있으나, 어린 자녀를 돌보면서 동시에 산후를 보내야 하는 상황에서 오는 신체적 고통과 정신적인 스트레스로 인한 어려움이 있다는 차이가 있다.

세 번째 출산인 B3은 둘째 아이를 출산했을 때 가장 육체적으로 정신적으로 힘들었다고 하였다. 둘째를 출산한 B5는 비록 스트레스를 받고 있긴 하지만 첫째 때보다 둘째 때가 스트레스를 덜 받는다고 하였다.

오히려 첫째 때 우울했어요. 왜냐하면 첫째 때는 첫째가 자고 있을 때 그런(안 좋은) 생각이 들어요. 어쨌든 첫째가 자고 있을 때...(A2)

(둘째나 셋째 키울 때는) 그런 생각(내가 없어지는 것 같은 생각)이 들 여력이 없어요.(A3)

(심리적 변화를) 받아들이는 것 같아요. 첫째 때는 처음이고, 새로운 생명이 처음 오니까 처음에는 들었어도 둘째, 셋째는 자연스럽게 받아들이는 것 같아요. 첫째를 키우면서 시간도 좀 흘렀고, 그래서 더...(A4)

첫째 때 되게 힘들었던 것 같아요. 그때 아무것도 모르고 힘들었어요.

하루 종일 붙어 있어야 하고, 약간 산후우울증이 왔던 것 같아요. 지금도 그런 감이 있지만 그때에 비해서는 잘... 그때는 유독 힘들어했던 것 같아요.(A5)

제가 챙겨 먹으려고 하는데... 생각이 안 드는 거예요. 애들 먹이고 분유 먹이고 씻기고, 틈틈이 기저귀 갈아야 하고 아기, 첫째 밥 먹이고... 그럴 바에는 안 먹는 거예요. 안 먹고 그러다 보니까 어느 날 생각나서 몸무게를 재 보니까 몸무게가 잘못됐나, 이랬어요. 아 이게 빠질 수가 있구나, 그런 생각이 들더라고요. 바쁘고 할 일이 많다 보니까 먹는 걸 중요시하지 않게 되더라고요.(A5)

둘째는 정말 힘들더라고요. 둘째 때는, 하나만 키우다가, 둘을 한꺼번에 키우는 건 정말 다르더라고요. 그때 첫째가 손이 많이 갔었고, 둘째는 막 왔을 때고 하니까. 그때는 체력적으로 정신적으로 힘들고 우울했었고...(B3)

둘째 때는 몸이 더 힘들었어요. 허리도 안 좋고, 소화도 안 되고, 머리 아프고... 내가 뭘 바라고 사는 건가 싶고...(B4)

첫째는 정신적으로 그때가 제일 힘들었고 (중략) 제가 모유 수유를 하니까 밤에 온전히, 제가 두 시간마다 한 번씩 이렇게 (수유를) 하고서, 낮에는 또 첫째랑 같이 케어를 해 줘야 되고 그런 게... 이게 육체적으로 힘들니까 아무래도 정신도 약해지는 것 같고. 그런 느낌 들어요.(B5)

2. 산후우울에 영향을 미치는 요인

사람마다 처한 환경은 차이가 있기 때문에 호르몬의 변화라는 공통된 요인을 제외하고 심층 면접 참여자의 산후 정신건강에 영향을 미치는 요인은 다양하게 나타났다.

가. 임신과 출산 과정에서의 어려움

임신과 출산 과정에서의 힘든 경험은 산후의 우울에 영향을 미치기도 한다. 현재의 우울한 상태가 가장 위험한 수준인 B7과 B8은 임신과 출산을 하면서 겪은 신체적 어려움으로 인한 정신적인 고통이 산후의 정신건강 수준에까지 영향을 미쳤다고 볼 수 있다.

혹시나 양수가 새서, 입원을 하고 나서, 언제 낳을지 모르니까 무조건 몸무게를 키워야 된다고 해서 누워서 계속 먹고…. 입원했던 거는 일주일인데 퇴원하고 나서도 집에서 계속 쉬고, 누워 있고…. 그럴 때 살도 많이 찌고 운동도 많이 못 하고 하니까 몸도 많이 안 좋아진 것 같고…. 몸도 힘들고, 울기도 엄청 많이 울었던 것 같고…. 그런데 사실 오로지 혼자 해결해 나가야 하는 거니까. 억지로 억지로 마음을 추스르고….(B7)

생각해 보면 그때도 좀 힘들의 연속이었던 것 같아요. 저는 막, 다른 모든 엄마들이 그렇게 느꼈을 수도 있었을 텐데, 출산 과정 자체가 심각한 암 같은 질병에 걸렸던 기간이라고 생각해요. 제 생명을 위협했던, 질병에 걸렸던 순간이라고 느낄 만큼 끔찍하게 기억이 나요. 몸을 움직일 수도 없고, 또 제가 잘못하면 이 아이들이 죽는구나….(B8)

나. 엄마로서의 삶에 대한 적응

출산 후에 엄마로서의 삶으로 바뀌어 자신이 없어지는 것 같은 느낌이 들면서 우울감을 경험하기도 하였다. A6은 특히 여자라기보다는 엄마로서의 자신을 생각하며 변화된 신체를 보면서 우울감을 느낀다고 하였다. 더 나아가 B4는 삶의 주체가 자신이 아닌 아이로 옮겨진 것에 대한 스트레스를 표현하였다.

제가 없어지는 기분이 되게 심했어요. 누가 “○○이 엄마” 부르는 게, 그게 되게 싫어서 스트레스를 너무 많이 받았고…. 거의 50일 정도까지 엄마랑 같이 있었어요. 아기가 우는 것도 힘들고, 애가 왜 태어나서…. 사실 첫째는 계획하지 않았는데 생겼거든요. 애는 계획으로 낳았지만, 첫째 때는 마음의 준비가 덜 되었던 것 같아요.(A2)

이게 우울한 게, 모유 수유를 하는 건 좋은데요. 불고 힘들고 아프고, 때가 되면 흘러요. 그게 그때 우울한 것 같아요. 그리고 아기가 빨면 살이 늘어나요. 그게 되게 아프거든요. 피는 안 났지만 정말 아프니까…. 샤워할 때 거울로 제 몸을 봤는데, 어머 이건 내 몸이 아니야, 배는 풍선처럼 불었다가 쪼그라들어서 임신선이 아직 없어지지도 않았고….(A6)

뭔가 여자라기보다는 엄마 같다는 느낌이 들 때…. 이제는 정말 제 인생이 끝나구나…. 빨리 회복이 되었으면 좋겠다는 게 제 욕심인 건 알겠는데 그래도 제가 출산 전에 입었던 옷을 과연 입을 수가 있을까…. 몸무게는 크게 차이는 안 나거든요. 그리고 제가 살이 많이 빠지면 힘이 없어서 애를 못 볼까 봐 다이어트를 심하게 하고 싶다는 생각은 안 들더라고요. 먹는 게 자유롭지 않으니까. 그럴 때 되게 우울하고…. 먹는 게 되게 중요하잖아요. 콜라도 한잔 마시고 싶고….(A6)

애한테 매이는 거…. 정신적으로나 육체적으로…. 애 스케줄에 따라서 움직여야 하는 거…. 내가 나가고 싶다고 해서 나갈 수 있는 게 아니고, 약속을 해도 애가 아프면 못 나가고…. 내가 없는 것 같은…. 내가 아파도 애 아픈 게 먼저고, 내가 밥 못 먹어도 애 먼저 먹여 놓고 내가 먹고…. 그거를 지금은 그렇게 안 하려고 하는데 그게 의식적으로 노력을 해야 되는 거지…. 주체가 내가 아닌 거…. (중략) 애는 또 내가 아니면 생명을 이어 갈 수 없는 존재라는 것에 대한 부담감? 응가했는데 빨리 안 갈아 줘서 엉덩이가 빨개지면 미안하고….(B4)

다. 정보의 부재

어떤 것에 대해 알고 있다는 것은 그것만으로도 위안이 될 때가 있다.

반면, 처음 경험하는 상황에 대처하는 방법을 모르는 것에서 오는 심리적 두려움은 스트레스로 이어지기도 한다. 심층 면접 참여자들은 대체로 신생아를 돌보는 방법을 잘 모르기 때문에 이것이 스트레스가 되고 본인의 정신건강에 영향을 미친다고 하였다. 앞에서 살펴보았듯이 초산일 때의 아기 돌보기에 대한 부담은 산후우울에 영향을 미치는 중요한 요인이다.

저는 첫째 애고 알지를 못하니까... 먹이는 방법도 모르겠고. 근데 아기가 엄마 품에 오면 심장 소리도 듣고 원래 따뜻하니까 잠이 든대요. 깨워야 한다는데, 저는 안지도 못하는데... 깨우지도 못하겠고, 맨붕도 여러 번 오고... 답답할 때도 있고. 저는 되게 잘 안 우는데 혼자서 되게 엉엉 많이 울었어요.(A6)

내가 아무것도 모르는 상태에서... 물론 낳겠다고 결심하고 낳았지만, 저의 경우에는 주변에, 저희 친정엄마도 일을 하시고... 시어머님은 일을 안 하시긴 하는데, 편치만은 않은 관계니까 막 편하게 도와주실 수 없고... 어쨌든 막 이렇게 친밀하게 도와주시진 못해서... 거의 뭐, 인터넷에 의존해서 아이를 돌보고 이래야 되니까. 그때가 오히려 더 힘들었던 것 같아요. 같이 붙잡고 울고, 아기 이유식 안 먹으니까 또 울고... 많이 그랬던 것 같아요.(B5)

제일 어려운 점은, 아무래도 애가 잘 때는 괜찮은데 깨어 있을 때는 막... 혼자서 버티다 보면 지치니까. 어떻게 해 줘야 될지 모르겠고. 그래서 계속 재우고... (웃음) 아가는 자는 거야, 이러면서 재우고...(B6)

라. 양육과 가사 부담

대부분의 심층 면접 참여자들은 양육의 부담에 대해서 이야기하였다. 혼자서 아이를 돌보는 것에 대한 육체적인 부담감을 산후우울의 원인으로 꼽았다. 특히 남편이 육아를 함께 하지 못하는 데에서 오는 스트레스

가 크게 나타났다. 산후우울증 치료를 받고 있는 B8은 남편이 육아를 함께 하지 못하게 되는 것이 두려움으로까지 다가왔다고 하였다.

저는 제가 작년에 이사를 왔어요. 시댁이 옆에 있다가, 어느 정도 도움을 받다가 와서 신랑이 그때는 회사가 가까워서 여기 오니까 멀어지고 정말 혼자서 독박 육아를 하는 거예요. 애가 100일 때 이사를 왔어요. 그런데 100일이 지나고 한 달이 더 지났나? 그즈음부터, 제가 애들한테 화를 내 본 적도 없고 그랬었는데, 혼자서 애들을 케어하고 애들이 말을 안 듣고 애도 어리고 그러니까 너무 몸이 힘들었어요. 그러니까 계속 짜증만 나더라고요. 하루 종일 짜증만 나고, 애들이 뭘 하면 내가 어느 순간 소리를 치고 있더라고요. (중략) 이제는 완전히 하루 종일 제가 움직이는 거예요. 애들 씻기고, 먹이고.... 애들 자면 설거지를 해야 하고 너무 제 시간이 없는 거예요. 저도 둘째까지만 해도 둘째 재우고 그 이후는 제 시간이어서 한두 시까지는 온전히 제가 할 일 하고 자고 그랬는데, 그때는 그래도 개운하고 그랬는데, 지금은 애들 재우다 자 버리는 거예요. 일어나면 새벽 5시, 이렇게 되니까 그때 일어나기도 뭐 하고 또 자고.... 그렇게 되니까 제 시간이 없고 더 짜증이 나는 것 같아요. 내 시간은 없고, 나는 너무 바쁘고.... 애들만 케어하는데 뭐가 너무 바쁜 거예요. 그렇다고 또 짜증나는 일이 있는 게 아닌데 막 짜증이 나더라고요.(A3)

아무렇지 않지 않았죠. 힘들었는데, 큰애 때문에 큰애가 작년에 여섯 살이었으니까 큰애랑은 아기 태어나기 전에 많이 다녀야 한다는 생각에 열심히 다녔던 것 같아요. 한 달 입덧할 때 빠고. 그때는 신랑이 안 도와줬어요. (중략) 가끔씩은 도와줬지만, 혼자 다 했던 것 같아요. 지금은 괜찮아져서 도와주지만, 그때는 제일 힘들었던 시기 같아요.(A4)

첫째 낳고요, 일단은, 진짜 이렇게 힘든지 몰랐어요. 신생아 시절. 애 하나에 되게 절절 매고. (중략) 절절매는 게 없어져서 그런지.... 둘째는 다들 쉽다고 하는 게, 그냥... 첫째 뒤치다꺼리도 해야 되고, 둘째한테 그렇게 매달려 있을 여유가 없는 것 같아요. (중략) 누가 해요, 다 내가 하는 거잖아요.(B1)

큰애 때는 친정엄마가 되게 많이 도와주셨는데 지금은 엄마가 갑상선 때문에 아프시면서 잘 못 도와주세요. 거의 혼자 해요. 그래서 많이 못 해요. 그냥 안 치우고 살고, 그렇게 지내는 거죠, 지금. (중략) 미친 듯이 청소하고 있는데 애가 울고 그러면 하... 짜증나... 이려고 이제 딱 스트레스로 이어지면 다시 애들한테 짜증내요. 밤엔 내가 왜 그랬을까...(B2)

잠 못 자는 게 너무 큰 것 같아요. 그러면 그 다음 날 정신없고 패닉 상태예요. (중략) 지금은 도우미 이모는 오시거든요. 한 한 달 됐는데, 도저히 안 되겠더라고요. 남편이 퇴근 늦게 하는 게 그게 제일 힘들더라고요. 첫째 어린이집 갔다 와서부터 남편이 퇴근할 때까지 두 명을 케어해야 하고 잠자는 것까지... 둘째는 내가 안아야 자고, 첫째는 내가 누워야 자니까 죽겠는 거예요. 하나 재워 놓으면 또 하나가 울어서 다시 깨고, 그러면 화가 머리끝까지 나죠.(B4)

조리원에서 2주 있었고 그러고 2주 있다가... 그러니까 한 달 이후부터는 제가 혼자 완전히 다 전담해야 되니까 그게 너무 힘들어서. 남편하고 싸움도 많아지고... 회사를 가야 되니까 도와줄 수 없는데 그게 그냥 원망스럽고 막... 그렇더라고요. 첫째는 정신적으로 그때가 제일 힘들었고.(B5)

아이를 혼자 돌봐야 하는 것이 제일 힘든 것 같아요. 혼자 해야 되고... 저는 그러니까, 어떻게 말하면... 다른 분들은 보면 아기를 낳고 친정이나 시댁에 맡기고 분유 수유하면 영화도 보러 가고 이렇게 하신다고 하더라고요. 그런데 저는 첫째도 그렇고, 아직까지 한번도 만나절도 맡겨 본 적이 없거든요. 그때는 그냥, 첫째 때는 그런 것도 그냥... 시간이 아직 1년 미만이고 첫 아이고 하니까 그랬는데, 둘째가 되니까 제가 자유를 갖지 못한 시간이 길어졌잖아요. 그게 점점 더, 그게 막 스트레스가 되어서...(B5)

처음에는 진짜 육아가 너무 힘들니까 저도 모르게... 남편이 8시 반까지 오기로 했는데 9시까지 안 온 거죠. 그게 보통이거든요. 자주 그러거든요. 그게 용납이 안 되는 거예요. 그날따라 막 혼자, 막 울고... 남

편 왔는데 이렇게 돌아서 누워 있고…. (중략) ○○○에 또 언덕이 많아 가지고…. (중략) 힘든 게, 아기 수유…. 먹고 나서 트림시켜야 되지, 그런데 아기는 안 자지, 또 칭얼칭얼대는 거 이렇게 하고 있다가 밤에 또 계속 그러고 있다가, 또 조금 있으면, 또 먹을 때 되지. 그리고 젖병도 수십 개 쌓여 있으면…. 저거 언제 또 삶아 가지고…. 아기 빨래는 또 엄청 쌓여 있지. (중략) (남편이) 옆에서 같이 있는 게 좋지 않을까 싶어서 있었는데, 제가 너무 소진이 되고 너무 힘들어서….(B6)

살이 많이 찌기도 찌고, 붓고…. ○○에서 혼자 있을 때는 아기 안고 밥 먹이고 재우고 하니까 제 생활 반경이 딱 요만큼, 집안에서 이루어지는데 아기에서부터 멀리 떨어질 수가 없는 거예요. 너무 아파서 아기를 잠깐 맡기고 한의원에 가는데… 걸어가잖아요. 제가 걷는 거를 너무 오랜만에 해서, 걷는 게 어색하다는 느낌이 들 정도로…. 너무 집 안에만 갇혀 있었던 것처럼 그래 가지고…. (중략) 일단은 24시간 쉬지 않는 육체 노동이잖아요. 또 감정노동을 한다는 느낌이 들더라고요. 감정노동은 감정노동대로 소진이 되는데, 그거를 사실…. 누가 뭐 가까이 부모님이 계시거나 해서 교대로 아기를 한 번씩이라도 안아 주거나 그런 게 있었으면 그래도 좀 분담이 됐을 텐데 그것도 아니고…. 또 저희 남편도 너무 바쁘고 해서…. 마음이 그렇지는 않다는 건 아는데, 제가 힘들어 하고 말을 할 수 없는 거예요. 그러면 또 그게 부담이 되잖아요.(B7)

집으로 오고 남편이 일주일간 함께 있었으니까 몰랐다가 그 이후로 이제 네가 남겨진 시간 할 수 있겠어? 이 말을 남기고 모두가 출근을 해 버리는데, 정말 그런 공포가 없더라고요. 사실 주말부터 내가 인제 월요일부터 출근하면 내가 혼자 낮시간을 봐야 돼, 이 말을 듣는 순간부터 잠이 안 왔어요. 너무 무섭고 공포스러워서….(B8)

마. 관계 요인

가까운 사람과의 관계는 정신건강에 영향을 미치는 중요한 요인이다. 산후에 가장 가까이 있는 남편과의 관계는 공통적으로 산후 정신건강 상

태와 직결되는 중요한 요인으로 나타났다. 만족스럽지 않은 남편과의 정서적 관계는 산후 정서적 안정감에 저해가 되기도 하고, 직접적으로 상처가 되기도 하였다.

그냥 계속 일주일이면 일주일 내내 힘든 게 아니라, 하루 힘들면 하루는 괜찮다가 신랑이 안 도와주면 더 힘들다가... (중략) 신랑 들어오면 애한테 풀지 못하니까... 신랑을 달달 볶고... 잘 모르잖아요. 정상이라고 생각을 하는 거예요. 맞대응하고 싸우게 되는 거예요. 그런 게 반복이 되니까 그게 더 컸던 것 같아요. 위로에 대한 자각이 있었으면...(A5)

남편이 가장 큰 영향을 미치는 것 같아요. 남편이 나한테 어떻게 행동하느냐에 따라서 제 감정 상태가 굉장히 큰 영향을 받는 것 같아요. 남편이 되게... 그냥 대체로 넘기다가도, 쌓이면 갑자기 기분이 확... (중략) 제가 기본적으로 성향 자체가 우울함을 많이 갖고 가는 사람이 아니라서 그런 것 같긴 한데... 그럴 때는 되게 마음이 힘들더라고요. (중략) 사실 남편이 조만간 퇴사를 하거든요. 사업을 한다고. 그래서 또다시 긴축 재정을 해야 하는데... 둘째는 큰애 때 것 안 버리고 다 가지고 있어서 크게 돈이 나가는 게 없는데 새로 사 주고 싶은 마음이 생기는데 꼭 참고 있다가 얘기를 하면 또 왜 자꾸 돈 쓰는 얘기를 하느냐고 남편이 자꾸 압박을 주고 해서... 그게 가장 스트레스이긴 하네요.(B1)

애를 낳고 나서 남편이랑 잘 못 만나고, 남편이 안 오니까 저만 계속 보잖아요. 그냥. 혼자만의 시나리오를 막 쓰잖아요. 그러다 보니까 괜히 남편이랑 멀어진... 무슨 계기가 있어서 싸운 건 아니었는데, 그때 좀 그랬던 것 같아요. 남편의 마음도 잘 모르겠고. 아기 낳고 나서 되게 예민한 상황이었었는데 그때 좀... 약간 우울증 비슷한 게 오긴 했던 것 같아요. 조리원에서... 남들은 천국이라는데 전 그렇게 천국이라는 것도 잘 모르겠고. 저는 그냥 집에 가고 싶었어요, 조리원에서. 마사지 말고는 좋은 기억이 없어요.(B1)

애를 낳고 한 달도 안 되었을 때였는데, 산후조리를 하고 있을 때였는

데 새벽에 감정이 팍 올라온 거예요. 저는 그때 호르몬 때문에 그런가, 아기를 낳고 그래서 그런가 생각을 했었거든요. 그런데 그때 남편한테 되게 서운하더라고요. 자고 있더라고요. 그래도 나보다 편해 보이고, 나보다 안 아파 보이고…. 나는 계속 젖을 물려야 하고 잠도 못 자고, 내가 하는 부분이 더 많은데…. 그런 거….(B3)

(남편이) 주말밖에 거의 시간이 없으니까. 말 같은 거에 상처를 많이 받죠. 신랑은 도와주려고 하는 편이거든요. 여건이 안 돼서 그러는 건데 보통 주변에 보면 애 때문에 직장 그만두는 사람도 많잖아요. 그런데 남편이 그럴 거면 네가 돈 벌어 와 이려고…. 이럴 때 무너지는 거죠.(B4)

애랑 둘이 있는 게 너무 힘들더라고요. 불안하고…. 지금 생각하면 왜 힘들어했나 생각이 들더라고요. (중략) 그때는 남편 퇴근 시간만 기다리고 있고 힘들었어요.(B4)

제일 큰 거는, 저한테는 남편의 도움이 제일 필요했던 것 같아요. 항상 보면…. 친정엄마? 뭐 이렇게 다들 의지하시는 부분이 다르긴 한데 저는 항상 그냥 어릴 때 친정엄마는 계속 일을 하시던 분이어서 그런지, 결혼을 하면 막연하게 남편이 그렇게 무조건 같이 할 거라고 생각을 했는데, 현실하고 좀 거리가 있으니까.(B5)

몸과 마음이 힘들 때 남편도 없고, 친정엄마한테는 이 힘들음을 털어놓기도 싫더라고요. 그때부터 조금 우울함이 있었던 것 같아요.(B8)

B4는 남편뿐만 아니라 가까운 가족의 말과 행동에 영향을 받기도 하였다.

해소하려고 노력하지는 않았던 것 같고, 가족이니까 왜 말을 그렇게 하느냐고 대화하고…. 별것도 아니라고 그러면 나 산후우울증이라고 하고, 나 우울증이라고 막 그러고….(B4)

유사한 맥락에서 출산 전에 가지고 있었던 사회적 관계(network)의 부

재가 산후우울에 영향을 미친다. 심층 면접 참여자들은 친구와의 만남, 종교 모임과 같은 이전의 관계망을 유지할 수 없는 것이 산후우울의 원인이 되었다.

무언가 스트레스를 풀 곳이 없다는 거예요. (중략) 시부모님이 관심이 너무 지대하신 거예요. 저는 이 정도면 괜찮을 것 같은데, 이러는데... 4개월부터 차도 타지 말아라, 뭐도 하지 말아라, 시누도 시험관 하신 분이 계시니까 쌍둥이를 가지면 힘들다더라, 이벤트도 많다더라, 여기저기서 들은 게 많으니, 걱정이 되시니까 가급적이면 돌아다니지 말아라... 이런 식으로... 신랑도 찾아보면 나오니까 오히려 저는 더 그런 거예요. 저는 고양동에서는 아는 사람이 없거든요. 친구도 보고 싶고, 저는 나가는 것도 좋아하고 그러는데 운전도 하지 말아라 하니까 저는 답답한 거예요. 신랑은 3교대를 하거든요. 거의 6일이나 4일 간격으로 나갈 수 있으니 자기 있을 때 나가라는 거죠. 그런데 저는 신랑 없이 나가고 싶은 거죠. 친구 만나서 수다도 떨고 싶고 그런데 안 되는 거죠.(A7)

저는 사실 이렇게 교회 모임을 함께 하거든요. 기도 모임 같은 걸 해서, 엄마들이랑 많이 풀었어요. (중략) 약간 그런 데에서 위로도 받고, 그런 걸 했었어요. 둘째 낳기 전까지는... 그런데 지금은 둘째 낳고서 못 가고 있는 상태라서 그런데... 비슷한 엄마들끼리 그런 부분들을 나누는 게 자기 치부를 드러내야 되는 거기 때문에, 종교기관에서는 나눌 수 있는데 그냥 동네 엄마들하고는 나눌 수 없는 것 같아요.(B1)

그 일 하면서 만나는 사람들은 의사소통이 되고, 말로 해서 문제를 해결할 수 있는 건데 아기랑 있으면 그 해결이 안 되는 거잖아요. 답답하고, 내가 해결해야 하고... 소통이 안 되니까 막 웃고, 그러면 예쁘고 귀여운데 그게 다인 거죠. 벽 보고 대화하는 것 같은... (B4)

제가 원래 ○○ 사람인데 이리로 이사 와서 지인도 없고 하니까 아기 낳고 나서 얘기할 사람도 딱히 없고... 친구들 만나고 싶어도 여기로 오라 할 수도 없는 거고. 민폐니까. 여기서 지내니까 혼자 삭이고 하다 보니까, 계속... 그렇다고 막, 남편이나 친정엄마한테 나 산후우울증인 것

같아, 이렇게 말하기도 좀 그렇더라고요. 매일 매일이 그러다 그냥 어느 순간 아기가 크면서 익숙해지고 그러더라고요. (중략) 징징대는 것 같고. 그래서 딱히 가족들한테 하기는 뭐하고…. 그리고 우울증 이러면 웬지…. 병적인 그런 것 같으니까 걱정시키는 것 같고…. (중략) 친구들을 만나지를 못하고 제가 성격이…. 아기를 낳고 어린이집 보내고 하면 그 동네 엄마들? 이렇게 해서 만나서 많이 친해지시던데 그런 걸 잘하지를 못하고 중간에 복직을 하는 바람에…. 계속 뭐가 안 맞아 가지고. 네. 그런 것도 또 잘 못하고 있다는 생각도 들더라고요. 학교 다닐 때 안 그랬던 것 같은데 왜 이렇게 인간관계를 잘 못 만드는 것 같나, 아기 낳고 여기에만 묶여 있어서 그런 건가, 그런 생각도 들고 그랬어요.(B5)

3. 산후우울 완화에 영향을 미치는 요인

가. 산후우울과 관련된 인지 수준

현재 정신적으로 가장 건강한 상태인 A1은 출산 전 센터에서 사회복지사로 일했기 때문에 산후우울과 관련된 정보를 잘 알고 있었는데, 이러한 사실이 산후 정신건강에 영향을 주었다고 하였다.

낳고 나서는 저도 사실 산후우울증 상담하러 다니고 에딘버러 체크하고, 센터에 있으면 여러 가지 하잖아요. 보건소에 의뢰되어 온 경우에 제가 만나러 가야 하고 그러니까…. 그러면서 몇 명 만나 봐서 그런지, 호르몬 수치가 바로 급격히 떨어지고, 제가 설명하고 그랬던 게 아무래도 인식이 되어 있으니까 ‘아, 지금 호르몬 때문이구나’ 이런 거 있잖아요…. 이 호르몬에 대한 그런 걸 붙잡고 있었던 것 같아요. 이게 호르몬 때문이야, 이런 거 있잖아요. 지식으로. (중략) 그 잠깐, 지식을 알고 그런 게 차이가 크더라고요.(A1)

나. 관계 요인

앞에서 살펴보았듯이 심층 면접 참여자들은 대부분 남편을 비롯한 친밀한 사람들과의 관계가 충분하지 않을 때 산후우울감을 느꼈다. 같은 맥락에서 남편(A2, A3, A4, B6), 친정어머니(A5, B5, B7), 친구(A6, B1, B7) 등 가까운 사람에게서 받는 지지는 산후우울감을 완화하는 데 중요한 역할을 하였다.

A5는 인근에서 사는 친정어머니와 자주 연락하고 왕래하여 산후우울을 극복해 나갔다고 하였다. 우울 정도가 심했을 때도 어머니의 권유로 의료기관에 가서 상담을 받을 정도로 어머니의 역할이 중요하였다. A6은 남편의 지지가 도움이 되었으며 출산 경험이 있는 친구들과의 대화도 도움이 되었다고 하였다.

친구들하고 이야기하거나... 친구들은 아니까 그래 진짜 힘들었겠다, 이렇게 편들어 주면 기분이 나아지잖아요.(A2)

친구가 그러더라고요. 그게 호르몬 변화야, 호르몬 변화라 그렇대. 조금만 지나면 괜찮을 수도 있으니까, 친구도 전혀 안 그랬던 제가 변했다고 그러니까, 너무 힘들었나 보다, 그러더라고요. 호르몬 변화 때문에 그런 걸 수도 있으니까 네가 강의 같은 것도 좀 듣고, 마음 수련을 좀 해라, 그래서 그때 강의도 찾아보고, 한때 그랬어요. 마음을 다잡고 그랬어요. 그래서 그 시기는 좀 지난 것 같아요.(A3)

(남편의) “수고했어.” 한마디면 피곤했던 거랑 짜증도 가라앉고...(A3)

그다음부터는 저희 신랑이 3교대 근무하게 되면서 도와주는 시간이 많아졌어요. 신랑이 처음으로 본인이 애들을 재우는데 그 말을 하더라고요. “진짜 미안해, 이렇게 힘든지 몰랐어.” 이러는데 그동안 힘들었던 게 눈 녹듯 사라지더라고요. 그런데 눈물은 안 나더라고요. 그때가 신

랑이 애 둘 양쪽 끼고 재우고, 저는 애 100일도 안 돼서 왔다 갔다 하면서 재우고 그럴 타이밍이었는데, 그 말을 듣는데 이제야 내 마음을 알아주는 기분? 그랬어요.(A4)

그때는 친정에 있었으니까 엄마 도움 받고(해서 우울하지 않았어요). 저희 친정엄마의 역할이 중요했죠.(A5)

엄마랑 통화를 하는데 별거 아닌 거에 대한 제 반응이 너무 날카롭다고 느끼셨나 봐요. (A5)

아무래도 같이 있어 주는 사람이 있으면, 이해해 주고 말을 해 주는 사람이 있으면 마음이 편해지는 것 같아요. 제가 잠을 덜 자서 피곤한 것도 있겠지만, 만약에 이 상태에서 남편이 저를 보고 불쌍하다는 표현이 그렇긴 하지만, 절 그렇게 가여워한다고 하지 않으면 더 화낼 것 같거든요.(A6)

회사 다니면서 제 또래 친구 중에서 출산을 먼저 한 친구들을 만나서 많이 이야기했거든요. 복귀한 지 얼마 안 된 친구들이랑 이야기를 하면, 공감 가는 이야기들을 많이 해 주고..., 풀렸어요.(A6)

친구가 애들이 커서 일주일에 한 번씩 애들 다 데리고 와서 놀러오거든요. 아니면 신랑이 애 봐 줄 테니 나갔다 오라고 하면... 아이들과 좀 떨어지거나 아이들을 분담하고 나를 위한 시간을 줄 때... 엄마들하고 이야기하면 어른들이 좀 대상이 되잖아요. 그게 위안이 되고 내려가서 또 시작할 수 있고.(A7)

저는 사실 이렇게 교회 모임을 함께 하거든요. 기도 모임 같은 걸 해서, 엄마들이랑 많이 풀렸어요. 저희들은 그게 주 1회씩 만나서 기도하면서 힘든 부분도 나누고... 약간 그런 데에서 위로도 받고, 그런 걸 했었어요.(B1)

친정엄마한테 그런 얘기도 많이 하고. 나는 맡겨 놓고 영화 한번도 본

적 없다고.... 괜히, 그렇게 그런 얘기도 하게 되고. (B5)

주변에서 어떻게 해 주느냐에 따라 풀어 줘야 되는 것 같아요. 너 하고 싶은 대로 하라고. (중략) 그리고 제가 힘들면 도움의 손길을 내밀면 이거를 풀어 주겠구나, 이거에 대한 암묵적인 합의와 신뢰가 좀 생기고. 그리고 한 일주일 집 밖에 못 나가고 그리고 있다 보면 저도 정신이 막.... 한 번 나갔다 오면 좀 낫고. 그런데 어쨌든 진짜 집에서, 가까이에서 누가 이거를 잘 민감하게 받아 주느냐가 중요한 것 같아요.(B6)

(산후조리원) 동기들이 많은 거예요. 한꺼번에 다섯 명이 같이 들어간 거예요. 다들 낫선 상황에서 다 같이 그냥 적응하게 되고. 오히려 그래서 좀 편했던 것 같아요. 그리고 거기는 식사를 산모들 다 같이 하는 시스템이라서 우리 애는 어땠고 저땠고 막 자기... 애 낳으면서 자기의 출산 과정에 대해서 소설을 하나씩 다 가지고 있기 때문에 그런 이야기 하면서.... 서로 좀 많이 풀 수 있는 기회가 됐었죠.(B6)

물론 남편에게 불만이 너무 많이 쌓일 때도 있었는데, 또 생각을 해 보면, 남편은 남편대로 생각해 보면 일도 하라, 공부도 하라, 가장 역할을 하라.... 1인 3역을 해야 되니까 얼마나 힘들까 싶어서 얘기를 하기도 어렵고.... 그렇다고 부모님한테 털어놓기도 힘들고.... 그래서 어쩔 수 없이 다른 육아 맘들이 그렇듯이 SNS에다가 글 올리고 다른 엄마들이 얼마나 이런 걸 보고 위로를 받고.... 그런 거를 보면 다들 그렇구나... 그런 생각을 하면서... 그게 약간 체념일 수도 있는데 체념을 하면서 받아들이고 스스로 좀 위로하고....(B7)

참다 참다 친정에 내려갔는데 저희 엄마가 보다 못해서 내려오라고 하셔서.... 내려가서 거기서부터 이제.... 엄마가 낮에는 출근을 하시지만... 엄마랑 대화를 계속 하잖아요. 대화를 하고, 대화를 하면 좀 풀어지고.... 그리고 또 서울에서는 외출을 하고 싶어도 요새 또 미세먼지가 심하니까 외출도 잘 못했는데 친정에 가서는 날씨도 좋고 하니까 근처에서, 집 앞에서 유모차 끌고 돌아다니기도 하고. 엄마가 저를 많이 데리고 다니기도 하고 해서.... 자연스럽게 좀...(B7)

다. 양육 부담의 완화

앞에서 살펴보았듯이 심층 면접 참여자들은 대부분 양육과 가사를 혼자서 감당하게 될 때 산후우울감을 느꼈다고 하였다. 따라서 혼자서 감당하던 양육을 누군가가 도와줄 때 부담감이 완화되면서 정신건강 상태가 좋아진다고 하였다. 이는 신체적인 건강이 정신적인 건강으로 직결되기 때문이다.

애를 프리스쿨(어린이집)로 보냈어요. 그때 새삼 느꼈어요. 내가 이런 사람이구나. 나만의 시간을 갖고, 운동도 하고 하면서 다시 한국 와서 복직하고 하면서 조금 괜찮아졌어요.(A5)

출산을 하기 전부터 어머니가 와서 봐 주신다고 하셨어요. 그래서 산후도우미가 있으니까 저녁 시간에 와서 봐 달라고 말씀을 드렸거든요. 며칠 봐 주시니까 일이라고 아예 계셨어요. 낮에는 쉬시고, 밤에는 둘 다 한방에서 밤중 수유로 분유를 먹이시고 저는 편하게 자라고... 그래서 저는 어머니가 한 7개월? 6개월인가? 어머니가 계셨거든요. 거의 6개월 이상 계시면서 100일 지나면서 분리하고 3개월은 계속 밤에 케어를 해 주셨고, 6~7개월부터 12시간씩 통잠을 잤어요. 수유를 안 하고... 그때까지는 육체적으로 힘든 건 없었어요. 오히려 집에서 편하게 자고, 낮에도 자고 그러니까. 낮에만 아이 한 명만 황달이 오는 것 같아서 한 명은 아예 분유를 먹이고, 한 명만 모유 수유를 했거든요. 6개월까지는 한 명만 케어를 하면 됐어요.(A7)

그러니까... 너무 피곤할 때 막 몸이 축 처지고 피곤한 거 말고는 그냥... 그렇게 힘들다고는 생각 안 했어요. 나쁘지 않았던 경험... 게다가 저는 동생이 자주 와서 도와주고 그래서 다행히도 그런... 홀로 육아를 하긴 했어도 나쁘진 않았던 것 같아요.(B1)

주말에는 아예 남편이 저녁에는 밤에 통으로 애랑 같이 보고 저한테는

밤에 TV를 보든지 마음대로 하라고…. 아예 그렇게 해 버리니까 좀 풀리더라고요.(B4)

여동생이 와서 같이 도와주고…. 제가 너무 힘들어하니까 가끔 시간 나면 주말에 와서 같이 봐 주고(하니까 도움이 되었어요). (B7)

임신했을 때 많이 힘들어서 누워서만 생활해야 했었거든요. 중간에 수술도 받고 이러면서…. 그래서 아무것도 할 수 없으니까 친정집에 계속 있었는데, 아기를 또 두 달 일찍 낳았으니까 어떻게 몸조리도 못 하고 그러니까, 친정집에서 계속 지내다가 여태껏. 신희집이 바로 옆 동이거든요. 그런데 여태껏 친정집에서 못 나오고 있어요. 그런 도움이 없으면 제가 여기까지 못 왔을 거예요.(B8)

라. 자신만의 시간 갖기

양육에 대한 부담을 더는 것에서 더 나아가 심층 면접자들은 우울감을 완화하기 위해 자신만의 시간을 갖는 것이 도움이 된다고 하였다. 이는 양육의 부담에서 벗어나는 것 자체는 신체적 건강에 도움이 되고, 이를 통해 자신의 정신건강에 도움이 되는 다른 활동을 하게 된다는 것이다. 우울의 정도가 가장 심한 B8도 병원 다니는 것 외에 여러 가지 방법을 모색하다가 자신의 일을 갖게 되면서 긍정적인 감정을 갖게 되었다고 하였다.

저는 음악을 계속 틀어 놔어요. 애가 있어서 클래식을 틀어 놔는데, 밝은 클래식이 나오면 기분이 너무 좋아요. 진짜 우울하게 나오면 같이 조용해지면서 다운되었던…. (중략) 취미 생활을 잠깐이라도 하고 나면 기분이 좋아져요. 내가 좋아하는 것들을 하면 기분이 좋더라고요.(A3)

저는 계속 TV를 봤어요. 왜냐하면 애들 때문에 분가하면서 TV를 일부러 안 봤어요. 저한테는 신세계인 거예요. 애들이 있으면 애들 거를 틀어 줘야 하는데 내 것을 볼 수 있어서….(A4)

다 안 하고 아기에게 집중하되, 몸은 회복이 안 될지언정 아기가 잘 동안 뭔가 스트레스를 해소해야 되겠다 해서 책 몇 쪽이라도 읽었어요.(B7)

제가 너무 힘들어하니까. 어차피 사람을 썼었거든요. 베이비시터로…. 그런데 어느 정도 이제 돌이 났으니까 베이비시터보다는 어린이집에 보내자고, 네가 쉴 만한 시간을, 여유를 가졌으면 좋겠다…. 그래서 보내기 시작했는데, 또 집에 혼자 남겨져 있으니까 그런 느낌이 드는 거예요. 남들이, 남들이라고 해 봤자 엄마 아빠, 시댁 부모님들이겠죠? 다른 사람들이 기대하는 게, 나한테, 네가 어린이집 보내고 그 남은 시간에 집안 정리하고 아이들 맞이할 준비하고 아이들 위해서 뭔가 하는 시간으로 보내라고 남들이 규정을 지어 놓더라고요? 그러니까 저는 그게 싫은 거예요. 나는 집순이가 아니고 부엌데기도 아니고 난 나만의 시간을 갖고 싶은 건데…. 그래서 그렇게 보낸 건데…. 그렇게 기대들을 하시고, 집에서 뭐 했느냐. 오히려 그런 생각들을, 시선들을 받으니까 싫더라고요. 나는 그런 사람이 되고 싶지 않은데…. 그래서 아, 뭐라도 해야겠다는 생각에 플타임은 차마 못 구하고 그렇다고 이제… 조금이라도 내가 소일거리를 찾아보자…. 그래서 아이들을 돌보면서도 할 수 있는 직장을 구하다가 마침 아이들을 학교에서 방과 후 관리하는 코디라고 하는 업무에 제가 들어가기 시작했죠. 한 3월 말부터. 어린이집을 3월, 2월 말부터 보냈으니까 거의 한 달쯤 하고, 아이들이 다행히 어려서 잘 적응을 해 줬어요. 그래서 아이들을 한 10시부터 해서 5시 반까지 보내고 제가 1시부터 4시까지 근무하고 찾는 걸로. 그렇게 해서 하기 시작했죠. 그러니까 하루가 빡빡하게 채워지니까 다른 잡생각이 들지도 않고, 아무튼…. 그런 거, 직장을 다니면서 내 일을 하고, 나 예전에 이렇게 근무했던 사람이지? 물론 같은 직종은 아니라서 그렇게 크게 경력에 도움도 되지 않고, 일도 좀 다르지만…. 그래서 업무 강도도 좀 낮아요. 그런데 내가 이렇게 열심히 뭔가 하나에 집중해서 열심히 노력하고자 했던 사람이고, 책임지고 싶어 했던 사람이고, 이런 사람이었구나 하는 생각이 드니까, 일종의 만족감이 들더라고요. 아, 그래 나 이런 사람이었어. 예전에는 내가 하고 싶은 게 뭔지도 생각도 안 나고, 하고 싶지도 않았고, 그래서 집에만 있거나 짜증 나고 그런 순간들이었는데, 만족감이 들더라고요.(B8)

4. 산후우울 극복을 위한 과정

가. 도움 요청

개선의 여지를 느끼는 사례는 대체로 위험군에 속한 산모들에게서 발견되었다. B3은 산후우울을 극복하고 싶지만, 어떤 식으로 해결할 수 있는지 몰라서 아무것도 하지 않았다. B4와 B6은 산후우울의 원인을 신체적 어려움으로 보고 육아의 부담을 더는 방식으로 도움을 찾았고, 그러한 도움은 실제로 산후우울을 극복하는 데 도움이 되었다고 하였다.

내가 우울감이 높다고 해서 어디에다가 풀어야 할지도 모르겠고 정신과 갈 정도는 아닌 것 같고..., 그런 생각에..., 그냥 그랬던 것 같아요. 삶이 있고, 생활이 있고 그러니까. 사람들 먹여야 하고, 내가 살림을 해야 하고...(B3)

신랑이랑 이야기를 했더니 사는 게 사는 게 아니다, 인간답게 살자. 우리는 딸도 없어서 우리를 노후에 살뜰히 챙겨 줄 딸도 없다. 둘 다 아들이거든요. 우리가 우리를 스스로 챙겨야 된다. 그래서 이모님도 구하고 처음에는 가사 도우미를 구했는데 그것만으로도 안 되더라고요. 월, 화, 수, 목 신랑이 거의 늦게 오니까 아기가 잘 때까지 거의 봐 주시거든요. 허리 마사지 받고 있고..., 그러니 좀 살 것 같아요. 전에는 힘들었죠.(B4)

첫 주에는 진짜..., 첫 주 후반기 즈음 집에 오고 나서, 첫 주 후반기 즈음 갔을 때는 우울감이 있기도 하고 너무 힘드니까 산후도우미를 검색을 하면서 찾아보고 있더라고요.(B6)

나. 기관 탐색과 방문

개선의 여지를 느끼는 사례는 대체로 위험군에 속한 산모들에게서 발견되었다. 예외적으로 비위험군 중에서도 A2는 두 번째 출산인 현재에 병원에 가는 것을 하나의 해결 방안으로 생각했고, A5는 신체적인 증상이 나타났기 때문에 병원에 가 보았지만 서비스가 만족스럽지 않아 처방 받은 약도 계속 먹지 않고 있다고 하였다.

첫째 때는 병원을 가야지 이런 생각을 안 했는데, 둘째를 낳고, 제가 첫째한테 소리를 지르거나 화를 낼 때 진짜 치료를 해 봐야 하는 거 아니야 생각했어요. 신랑이 없을 때 그 짜증이 더 심해요. 첫째가 뭐 해 달라고 할 때, 둘째는 남편이 보고 첫째를 해 줄 수 있는데... 내가 둘째 젖을 먹이는데, 첫째가 자꾸 엄마 이거 해 줘 이러면 그러면 소리를 지르고 이럴 때, 그리고 제가 신랑이랑 한 번을 싸운 적이 없는데 둘째를 낳고, 50일 전에 세 번을 싸웠어요. 한번은 이런 일이 있었어요. 아기가 다 일찍 잤어요. 제가 나는 ○○라면이 먹고 싶다고 했는데 신랑이 라면을 사러 가서 △△ 두 개를 사 왔어요. 그냥 △△ 먹으면 되잖아요. 그런데 그걸로 엄청 화를 냈어요. 내 말을 귀담아듣지 않느냐, 내가 우습냐고... 그런데 그러고 나서 아차 싶은 거예요. 내가 왜 그랬지? 그럴 때 내가 병원 가 봐야 하나 그랬어요.(A2)

정신의학과의가 있어서 갔어요. 사실 약 처방도 중요한데 저도 제 증상에 대해서 자세하게 이야기하고 싶은데 여유가 없는 사람 같은 거예요. 저는 초진 환자였고, 예약하지 않은 사람이었고... 이래저래 최근에 있던 일만 이야기를 했어요. 그랬더니 약을 처방해 주더라고요. 부작용이 생길까 봐 말했더니 소량이기 때문에 괜찮다고 해서 약을 처방을 받고... 그 약 성분이 신경 안정, 항불안제, 그런 거였던 것 같아요. 계속 이 약을 먹어서 감기처럼 근본적으로 치료가 되면 계속 먹겠는데, 계속 약에 의존하는 게 싫어서 3주 정도 먹고 안 먹었어요.(A5)

위험군에 속한 심층 면접 참여자들은 병원에 가고 싶다는 욕구를 느꼈으나 B8을 제외하고는 실제로 방문하지는 않았다. B5와 B7은 병원에 가고 싶다고 생각하였으나 병원에 대한 신뢰가 없고, 아이를 돌봐야 해서 병원에 가지 않았다고 하였지만, B8은 병원에서 치료를 받는 것에 만족하고 있었다.

정신의학과 같은 데서도 그냥... 요즘은 상담받는 게 흥 아니니까 받아 보고 싶은데, 아기 때문에 못 가는 거죠.(B5)

의사 나름이겠지만, 굳이 그런(정신건강에 관한) 얘기까지는 들으려고 하시는 분은 없을 것 같아요.(B5)

너무 우울해서 정말 상담을 받아 보고 싶다는 생각을 했어요. (중략) 그래서 아무거나 체크해 보자... 해 보니까 되게 심각하게 나오는데... 나 오고 나서 어떻게 해야 되지... 학교 안에는 대학원생들을 대상으로 하는 상담센터가 있다고 알고 있는데 애를 데리고 학교 상담센터에 산후 우울 때문에 가기도 어려울 것 같고... 그래서 정신과에 가야 되나 싶어서 근처에 어디가 있지, 알아봤는데 정신과는 또 1차 의료기관이 별로 없는 거예요. 서울 내에 열 곳이 안 되고... 가까운 데 가려면 구로, 신도림, 이런 데 가야 되고 서울대 쪽으로 가야 되니까 그것도 힘들 것 같고... 간다고 해도 내 이야기를 잘 들어 줄까? 그냥 약 먹으라고 하겠지. 이런 생각도 들고... 그럼 방법이 없구나, 결국은...(B7)

임신했을 때 너무 우울한 경험을 해서 만약에 그게 보건소에 있는 것 같은데, 만약에 있으면 나도 한번 받아 봐야겠다고 생각을 하고 있었는데, 그게 일부러 찾아야 되잖아요. 그런데 그게 여력이 안 되고, 또 만약에 그런 게 있다면 또 아기를 데리고 가야 되는데... 그게 안 될 것 같아서 아예 시도를 안 했던 것 같아요.(B7)

6개월 그 무렵에 참고 참고 참다가 제가 산후우울증이 너무 심각해져서, 그 무렵에 몸도 너무 막... 안 아픈 데가 없고... 누구나 다 그렇잖

아요. 산후에는 통증을 겪잖아요. 그럴 때 몸도 그렇고 제 정신적으로도... 남들하고 계속 상의를 했죠. 나 이렇다, 이렇다. 도움을 받아야 될 것 같다. 그래서 첫 번째로 문을 두드렸던 게, 고양시 정신건강증진센터 거기를 상담을 갔었어요. 상담 갔는데, 상담도 상담이지만 병원에 가서야 될 것 같다고... 그래서 정말 어렵게 고민 고민... 병원을 가려니 모두 수유가 너무 걱정돼서... 고민 고민 끝에 6개월에 딱... 그래, 여기까지 왔으면 됐어, 이렇게 위로하고 끊고 병원을 갔죠. (중략) 제가 사회복지사 근무를 하다 보니까. 시에 그런 기관들이 있다는 걸 알아서. 정신병원은 그냥... 정신과를 가기에는 의사마다 판단하고 한마디, 한마디 하는 게 지금 나한테는 상처일 수도 있고 위로가 될 수도 있는 상황인데 신뢰받지 못한 사람한테 한마디 한마디 듣고 좌지우지되는 것보다 편하게 상담하는 기분으로 그런 곳에 노크를 했죠. 그래서 사실 하는 일이 그런 일이라 그렇게 시에서 하는 기관을 찾는 게 되게 어려웠거든요. 다 소문 돌고 돌고 돌아서 소문이 나면 나한테 영향을 끼치지 않을까 했는데 오히려 잘된 것 같아요. 병원까지 갈 수 있는 용기를 주셨고, 그게 시발점이었던 것 같아요. 병원 문을 두드릴 수 있을 때까지... (B8)

5. 추가 출산 의도

육체적으로도 정신적으로도 임신 전의 건강한 상태로 완전히 회복되지 않은 심층 면접 참여자들은 대체로 추가 출산에 관한 질문에 긍정적으로 대답하지 않았다. A6은 신체의 변화를 다시 겪고 싶지 않다며 추가 출산 계획이 없다고 하였다. 산후우울증의 위험군에 속한 심층 면접 참여자들은 모두 원래 계획과 달리 현재로서는 추가 출산 의향이 없다고 단호하게 의견을 제시하였다.

저는 지금은 (출산 계획이) 하나도 없어요. 진짜 (몸이) 아픈 건 잊은 것 같거든요. 그런데 하면서 몸이 너무 막 변하니까, 임신하면서 많이 변했는데 출산하면서도 많이 변하니까 싫더라고요. (A6)

저는 원래는 셋? 넷모를 때에는 셋 낳고 싶었어요. 현실은 그게 아니었어요. (중략) 일단은, 진짜 이렇게 힘든지 몰랐어요. 신생아 시절, 애 하나에 되게 절절매고.(B2)

지금은 일단 힘들니까 생각이 없고...(B5)

지금은 없어요. 원래는 너무 낳고 싶었는데, 지금은 (출산 계획이) 없어요.(중략) 이유는 많은 것 같은데, 아무래도 일을 해야 되는 게 있는데... 저희 시부모님은 만약에 둘째를 낳으면 둘째도 봐 주시겠다고 말씀하시더라고요. 그런데 그럼에도 불구하고 출산하는 자체가 너무 힘들다 보니까...(B7)

첫째로 제가 힘들었던 그 시기도 있고, 둘째로는 다시 갖게 되면 그 과정을 다시 겪어야 해요. 저는 자궁근이 약하기 때문에 조산할 확률이 높아서 또 수술을 해야 하는 상황이고, 세 번째는 쌍둥이잖아요. 아이가 한 명이었어도 그 아이에게 온전히 쏟아 주는... 정말 첫째는 더 그런 게 있잖아요. 그런데 그렇지 못하고 둘을 나눠서 했어야 했고, 모르겠어요. 제가 그냥 그런 미안함이나 죄책감 같은 게 있어요. 애들한테. 온전히 쏟아 주고 싶고 해 주고 싶고 하는 게 있는데, 그걸 다 못 해줬어요. 쌍둥이이기 때문에 그리고 미숙아이기 때문에 더 못 해줬다는 느낌이 있어서... 여기에 다른 아기까지 생기면 나는 이 쌍둥이들한테 너무 미안할 것 같아요. 미안해서 더 낳으면 안 돼요.(B8)

6. 서비스 및 정책 욕구

심층 면접 참여자들은 산후우울을 개선하기 위한 다양한 서비스와 정책 욕구를 표출하였다. 이러한 정책 욕구는 정보 제공, 인식 전환, 남성의 육아 참여 활성화, 정부 정책의 확대로 구분할 수 있다.

가. 정보 제공과 홍보

출산 후 산모가 필요하다고 생각하는 정보는 산후우울과 관련된 정보, 정부 지원(정책)과 관련된 정보, 육아와 관련된 정보로 구분된다. 특히 산후우울과 관련해서는 산후우울에 관한 정보뿐만 아니라 산후우울 진단지에 대한 정보를 제공하고 이를 홍보하는 것이 필요하다.

저는 그전에는 우울이 어떤 거고 이런 거를 조금 알고, 들어 봐서 알고 있음에도 불구하고 체크를 해 볼까 해서 인터넷에 찾아봤을 때 종류가 너무 많이 나오니까, 뭐가 공신력이 있는지 모르니까 결국 포기했었거든요. 뭐라도 하나 제대로 할 수 있도록 알려주고, 심각한 상황이 되면 어디에 연락해야, 이런 걸 알려주면 좋겠고...(B7)

(산후우울증 진단지를) 거의 무조건 할 수 있게, 내가 찾아서 가는 것도 아니고 설문지 배달이 온다거나, 받으려 안 오면 보건소에서 체크해 준다거나. 사실 철분제를 애 넣고도 먹어야 하더라고요. 그것까지 더 지원해 준다거나.... 병원에서 연계해 주고 이런 거. 산후우울증 책자 같은 게 와서.... 출생신고를 할 때 신청을 하면 오는 걸로 되어 있는데 사실 사람들이 집에 오는 거 싫어하는 사람도 많잖아요. 더욱이 그 시기에는 그렇잖아요. 그러면 아예 링크를 걸어 주거나 그런 거?(A1)

출산한 분들한테 필요한 것, 현실적으로? 아까 김사지가 있다고 하셨잖아요. 이런 거를 좀 적극적으로. 소아과에 비치하는 것도 좋고, 아니면 우편물을 보내서 안내를 좀 적극적으로 해 줬으면 좋겠어요. 소아과에 비치해 해 두고 만약에 우울하시다면 어떤 식의 방식이고, 어떤 조치가 있다는 거를 알려만 줘도 엄마들이 힘들 때는 알아서 접근하지 않을까.... 아기 낳고 100일까지는 외출하는 게 자유롭지 않잖아요. 그러니까 소아과에 가셔도 정신없으니까 여력이 없을 수도 있고.... 우편으로 하거나, 그런 문자 되게 잘 오거든요. 아기 예방접종 할 시기입니다. 보건소에서 때마다 와요. 그런 거 올 때 산모에 대한 케어도 안내를 해

줬으면 좋겠다 그런 생각 했었어요. 하다못해 우편물이 힘들면 문자로 접속 링크해 주면 좋을 텐데...(B7)

엄마들이 일부러 시간을 내서 다른 병원에 가거나 상담을 받긴 힘들니까 그 때 잠깐 소아과에 아빠랑 같이 아이를 데리고 갈 때 간단하게나마 검진표 같은 거... 산후우울에 대해서 작성을 해 보고 자기가 스스로 체크를 해 줄 수 있는... 만약에 거기에서 어떻게 결과가 나오면 어떻게 하는 방법이 있다고 알려주는... 최소한의 안내라도 좀 해 주면 좋지 않을까. 보건소는 접근성이 좀 떨어지거든요.(B7)

또한 산후우울 관련 상담 서비스를 제공하는 기관에 대한 정보를 제공하고 이를 홍보할 필요가 있다.

여자들이 임신을 하고 출산을 하면 병원에 기록이 남잖아요. 병원에서 퇴원할 때 이런 서비스가 있습니다. 문자, 안내서비스, 종이 인쇄물이라도 하나 넣어 주면 조리원에서 시간 많거든요, 조리원에서 한 번씩 읽어 보고... 아, 이런 게 있구나. 그때 하면 굳이 여자들을 모집하지 않아도 어쨌든 대부분의 출산이 병원에서 이루어지니까. 그럼 좋지 않을까 싶네요.(B1)

그런 기관(지역의 정신보건센터 등)에 대한 홍보가 완전 필요하죠. 오히려 그런 딱딱한 문자가 오잖아요. 그럼 공감이 전혀 안 돼요. 오히려 산후조리원에서 사은품을 받으려고 분유회사에 아기 이름을 써서 내잖아요. 그럼 문자가 되게 잘 와요. ‘우리 ○○는 배밀이를 할 시간입니다.’ 그런 문자를 보내 주니까, 한 번 더 보게 되잖아요. 조금 부드럽게, ‘고개를 가늘 시기입니다.’ 예쁘게 문자가 와요. 그럼 저도 한번 보고 피식 웃게 되고, 그 사람이랑 전화 통화를 할 건 아니지만... 접근 방법도 공감대가 있고 친분이 있어야 속 이야기도 하게 되니까, 당연히 친근감 있게 하는 것도 필요하죠.(A2)

추가적으로 A7은 우울감을 느낄 때는 아이가 아플 때이므로 우울의 예

방 차원에서도 육아와 관련된 정보를 제공하는 것이 필요하다고 의견을 제시하였다.

엄마들이 우울감을 느낄 때가 아이들이 아플 때, 나 때문에, 내가 뭔가 잘못을 해서 아픈 것 같고 내가 적절한 조치를 해 주면 괜찮지 않았을까 그러니까 이런 발달 상황이나 이런 거를 알려준다거나 정말 엄마들이 궁금한 걸 물어볼 수 있는 사이트나 창이 있다가나 이렇게 해 주시면 돼요, 이러면 뭔가 근본적인 해결이 되지 않을까 싶어요. 우울증이 와서 그것을 치료를 해 주고 도움을 주는 건 도움이 별로 되지 않을 것 같아요. 그 전에 뭔가 해결을 할 수 있도록...(A7)

나. 인식 전환

A2와 B2는 산모를 바라보는 시각이 변화해야 하며 산후우울증에 대한 인식을 개선하고 교육해야 할 필요성에 대해서 이야기하였다.

엄마들이 일부러 시간을 내서 다른 병원에 가거나 상담을 받긴 힘들니까 그때 잠깐 소아과에 아빠랑 같이 아이를 데리고 갈 때 간단하게나마 검진표 같은 거, 산후우울에 대해서 작성을 해 보고 자기가 스스로 체크를 해 줄 수 있는.... 만약에 거기에서 어떻게 결과가 나오면 어떻게 하는 방법이 있다고 알려주는.... 최소한의 안내라도 좀 해주면 좋지 않을까. 보건소는 접근성이 좀 떨어지거든요. 출산을 하고 나면, 처음에 BCG 맞고 그때 한 두 번 가고 나면 그 이후로는 가기가 어려워져서. 가장 많이 가는 데가, 어쩔 수 없이 가게 되는 데가 소아과. 소아과에 비치를 해 두고 만약에 우울하시다면 어떤 식의 방식이고, 어떤 조치가 있다는 거를 알려만 줘도 엄마들이 힘들 때는 알아서 접근하지 않을까...(B7)

다. 남성의 육아 참여 활성화

남성의 육아에 대한 인식이 우선적으로 개선되어야 하며 아빠에게도 육아에 대한 교육이 필요하다는 의견도 있었다.

아이를 낳는 건 물론 엄마지만 아이를 키우는 건 엄마, 아빠잖아요. 남편들이 그런 의식이 좀 있었으면 좋겠어요. 모성은 타고나는 거고, 부성은 학습되는 거라고 말하던데 그럼 좀 배워야 할 것 같아요. 남자들은 다르게 보는 것 같더라고요. 여자들은 낳는 순간에 내 아기, 내가 지키고, 내 아기 이게 딱 박히는데 남자들은 그런 게 좀 덜한 것 같아요. 그러니까 아이를 키우는 과정에서 힘든 게 있는데 그걸 같이 감당하고자 하는 게 약한 거죠. 그러다 보면 아이를 키우는 과정에서 여자 혼자 모든 걸 다 감당해야 하고, 그러다 보면 육아에 점점 더 멀어지는 것 같아요. 처음부터 남자들이 그런 의식이 있었으면 좋겠어요. 공동으로 한다는 의식이 있었으면 좋겠어요. 모든 걸 전적으로 여자한테 맡기지 않고...(B3)

주변 사람들에 대한 것. 교육할 수 있는, 그런 거. 특히 남편, 진짜 잘 모르는 것 같아요. 주워들은 건 있지만... 앞으로 일어날 일에 대한 대비? 대처? 이럴 때 어떻게 할지 이런 거... 같이 양육해야 하는 사람에 대한...(B4)

(아빠) 교육이 되게 중요한 게, 애를 목욕을 시키는 걸 조리원에서 교육을 시켜 줬어요. 그걸 보더니 귀에 물만 안 들어가게 하면 되겠네, 자신감이 딱 생긴 거예요. 그러고는 본인이 전담을 해도 어떻게 하는지 봤으니까. 그런 교육 효과가...(B6)

남성들이 육아휴직을 할 수 있도록 육아기 근로시간 단축제나 육아휴직제도가 내실화되고 직장 문화가 개선되는 등 제도적 뒷받침이 필요하다는 의견도 많았다.

남편들도 좀 이걸 다 겪어 봤으면 좋겠는데, 아내가 출산했을 때 남자들이 받는 법적 휴가는 2, 3일밖에 안 되잖아요. 그런데 24시간 붙어 있어야 아기가 같이 있을 때 울고 이러면 얼마나 힘들게 달래는지 이런 걸 알 텐데, 모르다가 저희 남편도 주말에 제가 잤거든요. 이게 이렇게 힘든 거구나, 그때 알더라고요. 쉽게 달래지지도 않고, 분명히 의사 표현을 하는 건데 배가 고파서 우는 건지, 아니면 어디가 불편해서 우는 건지 모르잖아요. (중략) 남자들, 남편들의 휴가가 있어야 한다고 생각해요. 아기를 같이 보려면, 물론 엄마가 많이 보기는 하겠지만 이를 가지고는 너무 부족한 것 같고, 눈치 주고…. 애는 엄마가 보는 거 아니냐는 인식이 강하기 때문에 그러면서 회사 다니는 여자들한테 박하잖아요. 저희 회사도 제도가 바뀐 뒤로 육아휴직을 1년까지 쓸 수 있는데, 1년 다 쓰고 출산 휴가 90일 쓰면 1년 3개월 쉬는 것에 대해서 달가워하지 않아요. 그렇게 쓴 사람에 대해서 불이익이 어떻게든 가거든요. 저도 임신했을 때 정말 엉망으로 고과를 받았어요. 너는 일에 대한 열정이 없다는 식으로 해서…. 저 당시 슈퍼바이저랑 이야기를 했는데. 일에 대한 열정이 있어 봤자 나한테 제대로 해 주는 것도 아니고 그렇다고 제 할 일을 미루거나 소홀히 한 건 아닌데, 목숨 걸고 일하는 남자들에 비해서 제가 회식 가고 그러는 횟수는 당연히 적을 수밖에 없고…. 누가 임신했는데 회식 자리에 오래 있어요. 2차까지 버티는 것도 많이 버티는 건데 남자들은 말짱하다고 더 있으라고 하는 게 이해가 안 되더라고요. 그리고 문화가 자리를 잡았으면 좋겠어요. 남자가 육아에 대해서 부담을 하거나 알아야 된다고 생각해요.(A6)

남편 퇴근 시간, 그게 제일 불만이었거든요. 그게 제일 큰 것 같아요. 그것만 돼도 그런 이모님 안 쓰고, 그 비용이 줄고 정신건강에 매우 이롭고….(B4)

남편 회사에서 아기가 태어난 걸 알면, 다만 한 100일까지라도 일찍 퇴근시켜 주고 이런 거 해 주면 안 될까. 근무 빼 주고 이런 거. 남자는 아직까지도 인식이 좀 그러니까. (중략) 남편의 퇴근이라든지, 육아를 같이 할 수 있는 거를…. 지금은 분위기 자체가…, 여자가 예전에도 육아휴직 못 했다가 지금은 잘 하게 되듯이, 그런 분위기가 많이 만들어졌으면 좋겠고….(B5)

남편도. 자기도 아예 육아휴직은 힘드니 그곳은 그만두고 프리로 일할 수 있는 곳을 구하면서 내가 애를 보고 싶다, 이렇게 얘기를 하고 있어요. 제가 이렇게 적성에 맞지 않고 취향이 아니라는 거를 알고 있기 때문에... 그런데 직장은 육아휴직이 안 되니 그만둬야 하는, 그런 어려운 선택을 해야 하는 이 상황이 너무 힘들고... 아이를 좀 잘... 국가에서 잘 봐 줬으면 좋겠어요.(B8)

라. 정부 지원(정책)의 확대

전반적인 정부의 지원(정책)에 대해서는 정책의 홍보, 확대, 절차의 간소화에 대해서 의견이 있었다.

도우미 같은 것도 사실 아파트에 붙어 있어서 이런 제도가 생겼다는 것도 알았고, 전기세 할인된다는 것도 알음알음 들어서 알았거든요. 그게 홍보되거나 그런 것 같지 않아요. 사실 병원 같은 곳은 정기적으로 가는 곳이기 때문에 병원 이런 곳에서 홍보가 잘 되면 잘 알 텐데... 정보가 되게 중요한데, 인터넷에서 돌아다니는 정보는 신뢰가 100% 가지는 않잖아요.(A6)

정말 필요한 사람에게 주겠다는 취지는 알겠는데, 그냥... 긴급 바우처 같이 우리가 매일매일 쓰는 건 아니더라도, 한 달에 한두 번 정도라도 쓸 수 있는 게 있으면 좋겠어요. 그건 제한 없이. 어린이집도 시간 연장 같은 게 한 달에 몇 시간 있다고 하더라고요. 저도 몰랐는데. 들어가지고 그때 한 번 쓴 적 있는데, 그런 식으로. 뭔가 제도가 있는데 정말 필요한 사람들은 내용을 알 수가 없고... 그리고 지원하려면 어디 들어가서 보라고 하는데 뭐 서류도 많고 어디 가서 직접 신청을 해야 되고... 구청에서 문자가 날아왔어요. 돌봄 지원 서비스가 필요하면 언제 이전까지 신청을 해라. 그런데 날짜를 보면 한 달 전에 해야 되더라고요. 그런데 내가 한 달 후에 예약을 할 수 있는 건 애들 병원 예약밖에 할 수가 없으니까. 그때 가서 당장... 한 달은 너무 긴 것 같아요. 1주. 1주 전까지만 하세요, 이건 모르겠는데... 한 달 전에 신청을 하

는 거는 너무... (중략) 게다가 가나다라형 있어 가지고 지원금이 다 다르잖아요. 내가 그 정도 돈을 내면서 지원을 하고는 싶어도 그렇게까지 할 수 있는 순서가 안 되는 것 같아요. 그래서 자부담을 하더라도 내가 쓰고 싶은데, 그 절차를 간소화하는 방향을 좀 했으면 좋겠어요.(B1)

제 생각에는... (정부) 지원이 되게 현실적으로 우리가 받기 어렵더라고요. 아이 돌봄 서비스 필요할 때 몇 시간만 받으면, 정신건강과 관련해서, 사우나를 갈 수도 있고, 아니면 육아 서적을 볼 수도 있고, 내 미래를 위해 투자를 할 수도 있고. 세 시간이라도 쓰면 되잖아요. 제가 신청을 해 봤어요. 그런데 제 차례는 오지 않아요. 맞벌이... 필요할 때 즉각적으로 받을 수가 없기 때문에 이거는 무용지물. 그리고 산후 도우미 서비스도 바우처가 나와야지만... 정말 우리는, 소득이 많지도 않은데도 실질적으로 받으려면 정말 가난해야 받을 수 있는 거예요. 건강보험도 되게 낮아야 돼요. 제도가 있다고 하잖아요, 그렇지만 받을 수 없어요. 부자에게는 필요 없을 수도 있지만 우리 같은 중간 사람들에게는 아무런 혜택이 주어지지 않아요.(B2)

(정책 대상) 많이 넓히는 것도 넓히는 건데 절차가 너무 복잡해요.(B2)

구체적인 지원 내용에 대해서는 돌봄 서비스 지원, 재정 지원, 상담서비스 지원에 관한 의견을 제시하였다.

잠깐 한두 시간이라도 아이하고 떨어져서 자기만의 시간을 가질 수 있으니까. 하다못해 그 시간에 커피 한잔하고 올 수 있는 시간이 있다면 이렇게 할 수 있지 않을까요?(A2)

지원을, 아이 돌봄이 같은 현실적인 걸 더 해 줬으면 좋겠어요. 산후 우울증이 왔을 때 이 사람들에게 뭘 해 준다기보다는... 산후우울증이 오게 되는 원인들이 있잖아요. 그 원인들을 해결해 주는 게 근본적인... 만약에 엄마들이 독박 육아를 하다 보니 우울이 오는 거잖아요. 아이가

셋이면 그걸 키우면서 오는 거잖아요. 돌봄이가 온다거나 엄마들이 잠깐 아이에게서 벗어나서 배울 수 있는 소모임을 한다거나...(A7)

엄마를 일정 시간 산후 도우미처럼 정기적으로 케어해 줄 수 있는 바우처라든지... 산후 도우미 선생님 오시던 2주가... 2주 동안 선생님 오셔서 아기 봐 주시고 집안일 해 주시고 밥도 해 주시고 청소도 다 해 주시고 하니까. 그때는 밤에 잠도 자고, 책도 읽고, 아니면 집 앞에 가서 차 한잔 마시고 오고 그랬는데, 물론 마음이 편하진 않지만... 아기를 혼자 놔두고 온다는 자체가... 왜냐면, 부모님들, 양가 부모님들은 걱정이 많으시잖아요. 도우미 요새 안 좋은 케이스가 많다고, 절대 혼자 두고... 안 된다, 안 된다 하시니까. 어쨌든 그런 시간이 되게 활용이 됐던 것 같아요.(B7)

베이비시터. 아이 돌봄이 그런 게 다른 지역은 괜찮은데 저희 지역도 신청했거든요. 저희 지역은 올 사람이 없어서 보내 줄 사람이 없다고... 그래서 그 혜택도 받지 못했고, 좀, 엄마가 편히 시간을 가질 수 있게끔 아이를 봐 주는 것도 필요한 것 같고. 사실 정신적으로 힘들어하는 엄마들이 많아요.(B8)

솔직히 뭐... 재정적인 것 때문에, 저도 사실은 3년, 4년 쉬고 싶지만... 애들이 클 때까지... 복직을 해야 되니까 아무래도... 모든 게 다 돈이죠. 아기를 키우는 데 있어서 조금 더... 한 세 살? 네 살까지라도 지원이 되면 좋겠다, 그런 생각은 했었어요.(B5)

심층 면접 참여자들은 상담 서비스를 받고 싶다고 하면서 상담 서비스 자체의 확대도 필요하지만, 서비스를 받을 수 있는 여건이 되도록 상담 서비스가 내실화될 필요에 대해서도 언급하였다.

상담받으면서 치유되고, 그런데 이야기를 할 수가 없고 오로지 거기 방문하는 이유는 약 처방인 거예요. 내과도 아니고 그게 되게 아쉽더라고요. 일단 기본적으로 그런 거에 대한 근본적인 원인에 대한 조언도 해

주면서 약 처방도 들어가는 게 아니라 내가 무슨 이야기를 하면 약 처방 근거를 찾아서 말을 찾아 듣는 느낌. 그분의 역할도 필요한 역할이지만, 그 전에 이야기도 할 수 있고…. 왔다 갔다 하면서 내 속 이야기도 할 수 있고 그런데 그런 게 없으니까…. 산후우울증 이런 게 보면 내 이야기를 하면서 풀어지는 것도 있거든요.(A5)

상담 서비스를 받지 못하는 큰 이유는 신생아를 돌봐야 하기 때문이다. 따라서 상담 서비스를 제공하는 방식에 있어서도 단순히 기관을 방문해서 받는 것이 아니라 전화 상담 더 나아가 방문 상담이 활성화될 필요가 있다.

저희가 엄마들이랑 이야기하는 것만으로도 스트레스가 풀리잖아요. 나는 이랬어, 속상한 걸 이야기하는 것만으로도 해소가 되는 거잖아요. 찾아가는 서비스라고 해야 하나? 직원이 와서 내 이야기를 조금이라도 들어 주고….(A2)

아기를 맡길 수 없다면 아기를 안고 병원에 가야 하거든요. 그게 가능하겠어요? 전화 상담을 해서 편한 시간에…. 근데 그게 되게 어렵지 않아요? 어디에 전화를 하면 안 받으실 것 같아요. 전화 안 받고…. 어디 카페에서 들었어요. 전화를 했는데 안 받고 그랬다고. 솔직히 그게 더 급선무이기는 해요.(A5)

지금 신생아 때는 딱히 뭐 어떻게, 뭐 할 수 있는 게 없다 싶은데…. 어쨌든 엄마들이 도움을 받으려고 여기저기 잘 알아보고는 있는 것 같아요. 그래서 보건소에서 건강 상담같이 오는 것들을 다들 신청을 해가지고…. 아기가 소아과를 데리고 나가기 힘들니까. 맨날 궁금한 게 너무 많거든요. 코는 왜 이렇게…. 어떻게 빼야 되냐, 땀띠는 어떻게 하냐. 맨날 궁금한 게 많으니까. 그런 거 오는 거? 그런 거를 되게 좋아하고요. 상담하는 그거를 되게 좋아하고요. 심지어 밤에는 119에 전화해서 상담도 하고 소아과 전화해서 상담도 하고.(B6)

서울에서는 아이를 낳으면 간호사를 파견해 주신다면서요. 그런데 그거를 제가 친정에 내려와 있느라 못 받았었어요. 전화가 왔더라고요. 출산하셨죠? 이러면서. “제가 한 번 방문해서 보고 싶은데…” 저는 친정에 있어서 못 봐요, 이랬는데 “그러면 다음에 기회 되면 뵙자” 이랬는데, 저는 그런 게 있었던 걸 알았다면 적극적으로 받고 싶었을 거예요. (중략) 저는 병원 가서 너무…. 삶의 활기를 찾고 내 삶이 조금씩 변화하는 것을 얘기를 하거든요. 그런데 내가 봤을 때는 병원 가야 할 상황인 것 같은데 꼭꼭 참고 놀러요. 그러면 되게 안타깝죠. 그런 것도 그냥 당연하게 산후우울증, 수치만 봤을 때도 86%는 누구나 초반에 다 겪는다고 우울감을 느낀다고…. 약 먹을 정도는 또 그 이하겠지만. 누구나 그런다고 하면 방문해서 엄마의 마음을 돌봐 주는 그런 상담도 해 주는 것도 필요하고….(B8)

제3절 소결

심층 면접 조사는 출산 후 1년이 안 된 산모를 대상으로 산후 정신건강과 관련한 내용으로 이루어졌다. 산후우울감에 대한 정도를 살펴보았을 때 자기 기입 방식의 에딘버러 검사를 통해 측정한 결과 1점부터 23점까지 다양하게 나타났고 10점 이상인 위험군이 8명으로 나타났다. 특히 비 위험군에 속한 산모가 대체로 눈물이 나고 울화가 치미는 정도로 우울감을 표현하였다면, 위험군에 속한 산모는 우울의 정도를 더 심하게 표현하여 차이를 보였다. 우울의 원인과 정도는 첫 번째 출산인지 아닌지에 따라 다르게 나타났다. 초산일 때는 육아에 대한 두려움과 함께 정신적으로 힘들었다면, 경산일 때는 어린 자녀를 돌보면서 동시에 산후를 보내야 하는 육체적 부담과 정신적 스트레스로 인한 어려움이 있다는 차이가 있다. 심층 면접 참여자 15명 모두 현재 추가로 출산할 의향이 없었다.

산후우울에 영향을 미치는 요인은 심층 면접 대상자가 처한 환경에 따

라 일관되지는 않았지만, 공통 요인들도 있었다. 심층 면접 대상자의 산후우울에 영향을 미친 요인은 임신과 출산 과정에 있어서의 힘든 경험, 엄마라는 새로운 역할에 대한 부담감, 육아에 대한 정보의 부재와 부담감, 가까운 사람, 특히 남편과의 불만족스러운 관계로 요약될 수 있다. 따라서 산후우울의 완화에 영향을 미치는 요인은 산후우울에 영향을 미치는 요인의 완화 및 제거라고 볼 수 있는데, 산후우울과 관련된 인지 수준, 가까운 사람과의 만족스러운 관계, 양육 부담의 완화, 그리고 자신만의 시간을 갖는 것으로 나타났다.

심층 면접 대상자들은 산후우울을 개선하기 위한 다양한 서비스와 정책 욕구를 표출하였다. 이러한 정책 욕구는 산후우울 및 육아와 관련된 정보 제공, 산모를 바라보는 시각과 산후우울에 대한 인식 전환, 남성의 육아 참여 활성화를 위한 다양한 제도적 뒷받침과 직장 문화의 개선, 돌봄 지원 정책, 재정 지원 정책, 상담 서비스 지원 정책에 대한 홍보·확대·내실화·행정 절차의 내실화로 요약할 수 있다. 본 심층 면접의 한계는 취약 계층에 대한 면접을 진행하지 못했다는 것이다. 저소득 가정의 산모, 미혼모, 청소년 산모, 다문화 산모, 분만 취약지와 같은 인프라가 부족한 곳에서 양육하는 산모에 대한 고려가 없었다는 한계가 있다. 이는 심층 면접 참여자 모집의 어려움에서 비롯된다. 그러나 심층 면접에 참여한 모든 일반 산모는 적어도 한 번 이상씩은 산후에 우울감을 경험했다는 점, 면접 당시에도 산후우울의 위험군에 속해 있는 산모가 많이 있었다는 점, 그럼에도 의료기관에서 상담을 받아 본 경험이 있는 산모는 단 2명에 불과하다는 점에서 우리 사회에 산후우울에 대한 관심과 이를 완화하기 위해 노력할 필요가 있음을 알 수 있었다.

제 7 장

결론

제1절 요약 및 함의

제2절 정책 제언

제1절 요약 및 함의

본 연구는 저출산 현상이 심화되고 이에 따라 산모의 연령이 증가되고 있으며 핵가족화에 따라 출산 후 신생아의 돌봄이 산모에게 집중되어 있는 현실에서 출산 후 많은 산모가 겪고 있으나 제대로 된 수치 파악조차 되지 않고 있는 산후우울에 관해 좀 더 심층적으로 접근하고자 하였다. 산후 정신건강의 문제는 개인의 사적인 영역이므로 사회적인 접근을 시도하는 데에 신중할 필요는 있다. 다만, 심층 면접과 2차 자료의 분석 결과는 정신건강과 관련된 상담의 필요를 느끼지만 서비스를 받지 못하는 산모가 있다는 점과 산모뿐만 아니라 사회 전반의 산후 정신건강에 대한 인식 개선이 필요하다는 점을 시사하였다. 산모의 정신건강이 산모의 건강뿐만 아니라 산모의 추가 출산의 결정과 산모가 돌보는 신생아의 건강과 직접 관련이 있기 때문에 ‘출생의 사회적 책임 강화’라는 측면에서, 저출산에 대한 대응의 측면에서 사회적으로 개입할 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 우리 사회 산모의 산후 정신건강의 실태를 다양한 자료를 통해 파악해 보고, 산후우울에 영향을 미치는 요인을 규명하여 산모의 산후 정신건강 증진을 위한 실효성 있는 지원 방안의 틀을 도출하고자 하였다.

이를 위해 ‘2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’ 자료(data), ‘2006, 2011, 2016년 정신질환실태 조사’ 자료(data), 건강보험 빅데이터를 활용하여 산후 정신건강 상태, 의료 이용 등에 영향을 미치는 요인 등에 관해 교차분석과 회귀모형 등을 활용한 통계분석을 수행하였

다. 이러한 양적 분석(quantitative analysis)을 보완하기 위해 출산 한 지 1년 미만인 산모를 대상으로 질적 분석(qualitative analysis) 방법을 활용하였다. 본 절에서는 문헌 고찰, 통계 분석, 산모를 대상으로 수행한 심층 면접 조사를 토대로 분석한 결과를 정리해 보고자 한다.

국민건강보험공단의 국민건강정보 데이터베이스를 활용하여 2012년 1월 1일부터 2016년 12월 31일까지 출산 경험이 있는 대상자 총 214만 6063명을 대상으로 산후우울증 경험자의 분포를 살펴본 결과 산후우울증 유병률은 일반적으로 추정되는 산후우울증의 유병률(10~15%) (Horowitz et al., 2011; O'Hara & Swain, 1996; Zlotnick et al., 2016 p. 1에서 재인용)에 비해 매우 낮은 수준인 1.43%(1.36~1.50%)로 나타났다. 산후우울증에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 3개 연도(2014~2016년) 자료를 통합하여 산모 124만 9953명을 대상으로 이항 로지스틱 회귀분석 모형을 활용하여 분석하였다. 우울증 발병 집단이 그렇지 않은 집단보다 사례 수가 매우 적은 데이터의 특성으로 인해 통계 분석의 결과는 해석에 주의가 필요하다. 분석 결과, 산후우울증에 영향을 미치는 유의미한 위험 요인(risk factor)은 배우자가 있을 때에 비해 배우자가 없을 때, 출산 시 비취업인 때, 초산에 비해 경산인 때, 출산 전에 우울증을 경험했을 때, 종합병원에서 분만했을 때 나타났다. 특히, 임신 중 또는 임신 전 우울증의 경험은 산후우울에 가장 크게 영향을 미치는 위험 요인으로 나타나 이들에 대한 지속적인 개입이 필요함을 시사하였다. 소득이 높고(소득 분위), 자연분만이고, 병원 및 의원에서 분만했으며, 의료급여에 비해 지역 또는 직장보험 가입자인 때는 산후우울증의 보호 요인이 된 것으로 나타났다. 즉, 산후우울증에 좀 더 취약한 산모는 배우자가 없는 산모, 비취업 산모, 경산 산모, 출산 전 우울증을 경험한 산모, 제왕절개한 산모, 저소득층 산모인 것으로 나타나 이들에 대한 집중적인 지원이 필요함을

시사한다.

2006년, 2011년, 2016년 정신질환실태 조사 대상자 중에서 자녀가 있는 18~64세의 여성 총 7261명과 2016년 ‘정신질환실태 조사’ 대상자 중 18~64세의 연령군으로서 자녀가 있는 여성 1752명을 대상으로 교차 분석을 실시하였다. 국제 표준 진단 분류 기준인 DSM-4의 주요우울장애를 충족시키는 사람 중에서 출산 이후 한 달 이내에 발병된 사람을 산후 우울증군으로 정의하였고, 주요우울장애에 해당하나 출산 후 4주 이내가 아닌 시기에 발병한 사람을 그 외 우울증군으로 하였으며, 나머지 모든 대상자(다른 정신질환 유무 모두 포함하는 군)는 우울증이 없는 군으로 분류하여 교차분석(카이제곱 분석) 방법을 통하여 집단별 차이를 비교하고 여성의 다양한 인구사회경제적 특성 등에 따른 산후우울증 발병과 관련이 있는 요인에 대해 분석한 결과는 다음과 같다. 산후우울증 발병률은 전체 출산 경험이 있는 여성의 1.3%로 나타났고, 주요우울장애를 경험한 출산 경험이 있는 여성의 16.1%로 나타났다. 2016년 ‘정신질환실태 조사’에서는 산후우울증의 유병률에 대한 조사를 추가로 실시하였고 그 결과 주요우울장애를 경험한 여성의 9.8%가 산후우울증인 것으로 나타났다(홍진표 등, 2016). 그러나 본 연구에서 주요우울장애를 경험한 전체 여성이 아닌 18~64세 출산 경험이 있는 여성으로 한정하면 주요우울장애를 겪은 출산 경험이 있는 여성의 약 17.3%가 산후우울증을 겪은 것으로 나타났다.

2015년 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’ 자료를 활용하여 조사 대상 기간(2013년 1월 1일~2015년 7월 31일)에 출생한 자녀가 있는 기혼 여성 1776명에 대해 분석한 결과 산후우울증과 관련하여 진단이나 상담을 받은 경험이 있는 기혼 여성은 2.6%에 불과한 것으로 나타났다. 통계적으로 유의한 차이가 있는 특성은 산모가 고학력(대학원 졸업)

일 때 산후우울증 관련 진단을 받았거나 상담을 받은 비율이 6.9%로 다른 학력 집단에 비해 가장 높게 나타났고, 두 번째 이상의 출산일 때 산후 우울증에 대해 진단을 받았거나 상담을 받은 비율이 3.4%로 나타나 첫 번째 출산일 때(1.8%) 보다 높게 나타났다. 그러나 국민건강보험공단의 국민건강정보 데이터베이스를 이용하여 분석한 결과는 첫 번째 출산인 때는 51.8%가 의료 이용을 하였고, 두 번째 이상의 출산인 때는 48.2%로 나타나 차이를 보였다. 이는 출산력조사 대상자들의 이용 기관이 국민건강정보 데이터베이스에서 나타나지 않은 보건소, 정신보건센터 등을 포함하기 때문인 것으로 보인다.

출산 후 1년이 안 된 산모를 대상으로 한 산후 정신건강과 관련 심층 면접에서 가장 주목할 점은 심층 면접에 참여한 모든 산모는 산후 1년이 안 되는 시점까지 적어도 한 번 이상은 산후에 우울감을 경험했다는 점, 면접 당시에도 산후우울의 위험군에 속해 있는 산모가 과반수라는 점, 그룹에도 의료기관에서 상담을 받아 본 경험이 있는 산모는 단 2명에 불과하다는 점이다.

우울의 원인과 정도는 출산 경험 여부에 따라 다르게 나타났는데, 초산일 때는 육아에 대한 두려움과 함께 정신적으로 힘들었다면, 이전에 출산한 경험이 있는 산모는 미취학 자녀를 돌보면서 산후를 보내야 하는 육체적 부담과 정신적 스트레스로 인한 어려움이 있다는 차이를 보였다. 심층 면접 대상자의 산후우울에 영향을 미친 요인은 임신과 출산 과정에서의 힘든 경험, 엄마라는 새로운 역할에 대한 부담감, 육아에 대한 정보의 부재와 부담감, 가까운 사람, 특히 남편과의 불만족스러운 관계로 요약될 수 있다. 따라서 산후 정신건강 증진을 위해서는 산후우울과 양육에 관한 교육, 남편의 육아 참여 및 정서적 지지, 가까운 사람과의 사회적 관계망(social network) 구축 등이 필요하다.

더 나아가 산후우울감에 대한 정도를 살펴보았을 때 자기 기입 방식의 에딘버리 검사를 통해 측정된 산후우울감 수준은 1점부터 23점까지 다양하게 나타났는데 10점 이상인 위험군은 8명, 이 중 13점 이상 주요 우울군(major depression)은 3명으로 나타났으나, 현재 정신건강의학과에서 치료를 받고 있는 산모는 1명뿐이었다. 이는 관련 기관에 대한 접근도를 높이기 위한 정책이 필요함을 시사한다.

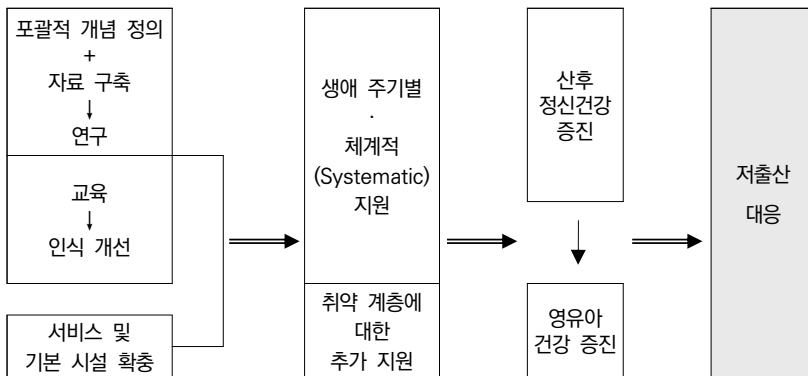
본 연구는 2차 데이터 자체와 심층 면접 조사의 대상 선정 방법에서 오는 한계가 있다. ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’는 산후 정신건강 관련 문항이 2015년 도입되었다는 자체는 의의가 있으나, 관련 문항은 두 문항에 불과하다. ‘정신질환실태 조사’는 평생 유병률을 기준으로 산출되기 때문에 최근의 동향에 한정해서 살펴보는 것에는 한계가 있다. 심층 면접 조사는 그 자체가 대표성을 확보하기 어렵다는 한계가 있긴 하지만, 본 조사에서도 좀 더 다양한 인구 집단을 포함할 수 없었다는 한계가 동일하게 존재한다. 이에 따라 향후에는 출산 후 산모를 대상으로 산후 정신건강과 관련된 실태 조사가 지속적으로 수행되고 분석되어야 할 것이다.

제2절 정책 제언

산후 정신건강 증진을 위한 지원은 아직 출산모의 정신건강에 따라 개별적인 대응이 가능할 정도로 촘촘하게 이루어지고 있지 않은 상황이다. 이는 아직은 임신·출산과 관련한 지원이 출산 전의 임신부와 태어난 출생아를 중심으로 이루어지고 있어서 모성 건강 측면의 접근이 부족하기 때문으로 해석할 수 있다. 더욱이 산후우울감 등은 사회나 산모 개인이 모

두 ‘산모라면 당연히 겪는 감정의 변화’로 판단하여, 적극적으로 문제를 해결하기보다 시간이 지나면서 해결되기를 소극적으로 기다리기 때문이기도 하다. 그러나 산후 정신건강의 문제는 산모 개인의 문제라기보다는 산모에게뿐만 아니라 산모가 돌보는 신생아에게까지 영향을 미치는 사회 문제이다. 더욱이 저출산 문제의 대응책으로서 ‘출생에 대한 사회적 책임’을 말하는 현 시점에서 산후 정신건강의 문제는 매우 중요하다고 할 수 있다. 본 절에서는 분석 결과를 토대로 산후 정신건강의 증진과 이를 통한 영유아의 건강 증진을 통해 저출산에 대응하는 지원 방안을 제시해 보고자 한다. 이러한 정책 지원의 틀은 다음의 그림과 같다.

[그림 7-1] 정책적 지원 방안의 틀(Conceptual Model)



[그림 7-1]에서 볼 수 있듯이, 먼저 산후우울에 관한 포괄적인 정의를 내리고, 신뢰성이 있는 자료(database)를 통해 산후 정신건강 실태를 파악하고 연구하는 것이 필요하다. 또한 산후 정신건강과 관련된 정보를 교육하며, 이용할 수 있는 서비스와 기관에 대해 홍보할 필요가 있다. 이를 통해 산후우울에 관한 인식이 전환되고 개선되도록 노력해야 한다. 동시

에 산후우울의 예방과 치료를 위한 서비스와 서비스를 제공하는 기관이 양적·질적으로 확대되어야 한다. 이를 통해 산후우울감을 경험하는 대다수 산모의 산후우울감이 우울증으로 악화되지 않도록 예방하기 위한, 산모 개인과 가족을 중심으로 하는 교육과 같은 지원이 필요하며, 산후우울증을 경험하고 있는 산모가 우울증을 방치하지 않고 치료를 받을 수 있도록 의료 이용을 높이기 위한 정책 노력이 필요하다. 교육과 홍보, 서비스 및 기관의 확충을 통한 적절한 관리가 이루어질 때 산모의 정신건강과 영유아의 적절한 신체 발달 및 건강이 향상되고 최종적으로 저출산 시대에 대응하는 효과적인 지원이 되는 것이다.

따라서 정책 지원 방안은 크게 두 가지 단계로 구분될 수 있다. 첫 번째 단계는 산후우울에 대한 포괄적인 개념 정리와 산후 정신건강 실태를 파악하기 위한 자료의 구축, 그리고 이를 토대로 하는 연구의 활성화, 가임기 여성을 대상으로 하는 산후 정신건강 교육과 홍보, 관련 서비스와 기관의 확충이다. 두 번째 단계는 생애 주기의 관점과 체계이론(system theory)의 관점에 따른 지원이다.

1. 연구와 교육

가임기 여성을 대상으로 산후우울에 관한 교육과 이용할 수 있는 자원(관련 서비스 및 서비스 제공 기관)에 대한 홍보가 필요하다. 우선, 산후우울에 대한 좀 더 포괄적인 개념 정의를 논의할 필요가 있다. 2장에서 언급했듯이 현재는 산후우울증은 미국정신의학회(AMA)의 정신질환의 진단 및 통계 편람을 기준으로 우울장애 등 기분 증상이 임신 기간 중 또는 분만 후 4주 이내에 발병할 때 진단할 수 있다. 그러나 이러한 진단 기준은 산후우울을 중심으로 개발되었다기보다 일반적인 정신질환에 대한 기준을 발병

시기에 따라 산후우울로 적용한다고 볼 수 있다. 더욱이 일반적으로 산후 기간(postnatal period; postpartum period)은 대체로 분만 후 6주간을 의미하여 임신 및 분만 등으로 변화된 여성의 신체적, 정신적, 사회적 기능이 임신 이전의 상태로 되돌아가는 시기로 정의되기 때문에(이소영 등, 2015) 적어도 출산 후 6주까지는 포함해야 할 필요가 있다. 더 나아가 선행 연구에서는 산후우울증을 출산 후 3개월까지가 일반적으로 수용되는 개념이라고 보기도 하며(Kendell et al., 1987; Wisner et al., 2002에서 재인용), 출산 후 6개월 이내(Forty et al., 2006) 또는 출산 후 1년 이내(Stuart-Parrigon et al., 2014)에 발병하는 우울장애로 정의하고 있다. 실제로 영국의 사례에서도 산후 1년까지의 산모를 대상으로 산후우울증의 예방과 치료 등의 개입을 하고 있다.

따라서 산후우울증 유병률이 정확히 파악되지 않는 상황에서 산후우울에 대한 포괄적이며 명확한 개념을 확립하고, 이를 토대로 산후우울증만을 평가하는 선별 검사 또는 설문 도구를 사용하여 산후우울의 실태를 파악할 필요가 있다. 이를 통해 우리나라 산모의 산후 정신건강 수준을 파악할 수 있는 대표성 있는 자료를 구축하는 일은 우선적으로 필요하다. 즉, 미국의 PRAMS(the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System)와 같은 데이터베이스를 국가 차원에서 구축할 필요가 있다. PRAMS는 미국 질병관리본부(CDC: Centers for Disease Control and Prevention)와 각 주정부 보건국(Health Department)은 출산한 산모를 대상으로 임신 출산과 관련된 산모의 태도, 경험, 의학적 요인 등 다양한 내용을 자기 기입식 설문 조사를 실시하는 것으로 시작된다. 해당 설문 조사를 토대로 시계열적으로 구축된 PRAMS의 자료를 활용하여 많은 연구 성과가 도출되고 있다. 한국에서는 2015년 12월 신설된 모자보건법 제15조 20에 근거하여 산후조리 관련 실태 조사를 실시할 예정이

다. 이러한 실태 조사가 산모의 산후 건강과 관련된 내용을 충분히 포괄하여 이루어질 필요가 있다. 특히, 현재 실시되고 있는 ‘정신질환실태 조사’의 한계인, 평생 유병률을 회고적인(retrospective) 방식으로 조사하며 일반 우울장애에 발병 시기만을 통해 파악되는 방식을 탈피하여, 산후 정신건강을 진단하려면 산후우울증만을 평가하는 선별 검사 또는 설문 도구를 통한 산후 정신건강에 대한 실태 조사를 새롭게 설계할 필요가 있다.

또한 산후우울에 대해 잘 모르고 있는 임산부를 위해 산후우울에 관한 교육이 필요하며, 필요한 자원(서비스, 관련 서비스 제공 기관)을 잘 알 수 있도록 홍보할 필요가 있다. 본 연구의 심층 면접 대상자들은 산후우울에 관해 막연히 호르몬 변화에 따른 것이라고만 아는 사례가 많았고 도움을 받고 싶지만 어디서 어떻게 받아야 할지 모르고 있는 사람이 대다수였다. 즉, 기존의 사업이 제한적이거나 지자체에 따라서 이루어지고 있는데도 대부분의 산모는 사업에 대해 모르고 있었다. 따라서 본인의 출산 관련 정신건강에 대해 정확히 알고 정신건강 증진을 위한 관리 방법을 배울 수 있도록 하며, 보건소, 산부인과 등 임산부가 접근하기 쉬운 기관에 산후 정신건강과 관련된 서비스를 제공하는 기관과 서비스를 받는 방법 등에 대한 안내와 홍보가 우선적으로 필요하다고 하겠다.

2. 생애 주기에 따른 체계적 지원

생애 주기의 관점에 따른 임신 전부터 출산 후까지에 이르는 지원과 체계 이론(system theory) 관점에 따른 임산부 개인, 배우자와 가족, 사회를 통한 촘촘한 지원이 필요하다. 여성 개인의 차원에서 임신부터 출산에 이르기까지 관련된 지식을 습득할 필요가 있다. 특히 임신 전부터 개인

맞춤형으로 임신과 출산에 관한 관리를 할 수 있도록 혼인신고 시에 무료 상담 안내 책자와 쿠폰 등을 제공하여 상담받을 수 있도록 하는 방법도 고려할 수 있다. 특히 분석 결과 임신 전과 임신 중의 우울증이 산후우울 증에 크게 영향을 미치는 요인으로 작용한다는 점을 고려할 때 임신을 준비하는 시기에 정신건강 상태를 점검할 필요도 있을 것으로 보인다. 또한 임신, 출산 및 산후 정신건강과 관련된 서비스나 서비스를 제공하는 기관에 대해 알 수 있어야 한다. 이를 위해서 관련 기관에 대한 홍보가 필요하다. 임신 중에는 산전 관리를 위해 병원 방문 시 신체적인 건강 상태만을 점검할 것이 아니라 정신건강에 대한 점검(assessment)이 필요하다. 산후에는 정신건강에 대해 자가 진단을 해 보고 자조 집단 등 사회적 관계를 유지할 필요가 있다.

임산부의 배우자 또는 가족은 임신과 출산이 여성 개인만이 감당해야 하는 부담이 아닌 가족 전체의 사건(event)이라는 점을 감안하고 정서적 지지와 실제 육아 부담을 덜어 주기 위한 노력이 필요하다. 따라서 임신 부분만 아니라 배우자도 임신과 출산의 전 과정, 특히 산후 정신건강과 관련된 지식을 습득해야 하고, 육아 교육을 받아야 한다. 이를 위해 사회는 관련 전문가를 양성하고, 서비스를 홍보하여 인지도를 높이도록 하고, 다양한 교육 프로그램을 개발하고 자조 모임 등을 지원해야 할 것이다. 더 나아가 산후 정신건강 증진을 위한 방문 서비스를 확대하고, 출산 후 육아 부담을 경감시키기 위한 다양한 프로그램을 확대할 필요가 있다. 이를 위해 현재 아이 돌봄 서비스와 산모·신생아 건강관리 지원 사업이 시행되고 있다. 그러나 아직까지 공급이 수요를 따라가지 못하고, 서비스 제공 인력이 산후 정신건강에 대한 지식까지 갖추고 있지 못한 상황이다. 따라서 임신부터 출산 후까지 체계적으로 관리해 주는 준전문직(para-professional)을 활용한 지원 체계를 구축할 필요가 있다. 준전문직은 조

산사의 역할을 하는 ‘midwife’, ‘doula’, ‘hebamme(독일)’와 ‘방문 간호사(community nurse)’인 영국의 ‘health visitor’가 대표적이다. 특히 영국에서는 출산 후 의료에 대한 1차적 접근의 통로 역할을 하는 health visitor가 출산까지 지원했던 조산사(midwife)의 역할을 인수받아 산후 관리에 관한 지원, 수유에 관한 교육, 산후우울증을 포함한 산모와 신생아의 건강을 위한 지지 체계의 역할을 담당하고 있다(이소영, 임지영, 2013, p. 188). 이러한 국외 사례를 참고로 하여 유사한 프로그램을 개발할 필요가 있다.

또한, 다양한 지원 정책의 개발이 미흡한 실정을 고려할 때, 미국의 사례를 참고하여 관련 법령을 제정하고 중앙정부와 지방자치단체가 주도해 적극적으로 지원 정책을 개발할 필요가 있다. 산후 정신건강 증진을 위한 사업은 대상자에게 접근하는 데 한계가 있기 때문에 가정 방문 사업을 중심으로 추진해야 한다. 이를 위해 유사한 프로그램을 수행하고 있는 기존의 지역사회 복지기관, 보건소(기존 방문 건강관리 사업, 임신부 프로그램 등), 정신건강증진센터 등의 연계와 협업이 필요하다. 무엇보다 이러한 지원 정책이 체계화되고 확대되기 위해서는 국가 차원에서 인식 개선을 위한 노력, 재정 지원, 관련 인력의 보강이 이루어져야 할 것이다.

국가 차원에서 가장 먼저 해야 할 일은 산후 정신건강 관리를 위한 계획 또는 전략을 수립하는 것이다. 저출산·고령사회기본법을 토대로 수립된 저출산·고령사회기본계획, 정신건강 증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률에 의거한 정신건강 종합대책의 하위 수준으로 구체적인 산후 정신건강에 대한 기본 계획이 필요하다. 캐나다도 국가 차원에서 ‘건강한 임신 전략(Healthy Pregnancy Strategy)’을 수립하여 다양한 프로그램을 운영한다. 이러한 국가적 전략을 토대로 산후 정신건강의 실태를 파악하기 위해 산후우울증 유병률을 산출하고 이를 지속적으로 점

검(monitoring)할 필요도 있다. 또한, WHO의 ‘산모와 신생아의 산후 관리에 관한 권고(WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn)’(2013), 영국 보건임상연구소(NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence)의 ‘산전 산후 정신건강에 관한 지침서(Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance)’를 참고로 우리나라 실정에 적합하고 표준화된 산후 정신건강 관리 지침을 개발하고 보급할 필요가 있다.

추가적으로, 산후우울 예방 및 치료에 대한 비용 부담의 완화를 위해 국민행복카드의 사용처를 확대하고 산후우울증 진단자에 한해 지원 금액을 확대하는 방안도 고려해 볼 수 있다. 무엇보다 배우자의 육아 참여가 산모의 정신건강에 중요한 영향을 미치는 만큼 배우자의 육아휴직 활성화를 위한 직장 문화 조성과 육아휴직 사각지대 해소를 위한 노력이 필요하다. 또한 분석 결과, 산후우울증에 좀 더 취약한 산모는 배우자가 없는 산모, 비취업 산모, 출산 전 우울증을 경험한 산모, 제왕절개한 산모, 저소득층 산모인 것으로 나타나 이들에 대한 집중적인 지원이 필요하다.

산후 우울증은 예방부터 조기 발견과 치료에 이르기까지 지역사회 내에서 해결하는 것이 중요하다고 볼 수 있다. 따라서 기본적으로는 광역 및 기초자치단체에 정신건강증진센터와 같은 인프라가 지속적으로 구축되어야 하며, 더 나아가 정신건강증진센터의 사업으로서 지역의 가임기 여성 및 출생아 수 등을 고려하여 산후 정신건강 증진 사업을 실시하는 지역 거점 센터의 구축 등 지역사회 기반의 접근을 강화해야 할 것이다. 특히 경기도, 세종특별자치시와 같이 출생아가 많은 지자체에서는 지역 거점 센터를 통해 산후 정신건강 증진 사업을 특화하여 발전시킬 필요가 있다.

[그림 7-2] 산후 정신건강 증진을 위한 국가-지역사회-의료기관의 역할

중 앙 정 부	• 인식 개선을 위한 국민 대상의 홍보 • 정신건강증진사업에 대한 법률 제정 및 법률에 따른 산후 정신건강 관리를 위한 계획 수립 • 정부의 재정 지원(예산 투입) 및 정신건강 증진을 위한 전문 인력 양성 • 표준화된 교육프로그램 및 검진 프로그램 개발 및 확산 • 전국 단위 산후 정신건강 실태조사 실시 및 데이터 구축 • 가입기 여성 및 출생아 수를 반영한 산후 정신건강 증진을 위한 지역거점센터 구축 및 지원
지 자 체 지 역 사 회	• 방문 서비스 제공(찾아가는 동사무소 등 사회복지 방문 사업, 보건소의 방문건강관리사업, 모자보건사업, 정신건강사업과 연계) • 의료기관과 연계한 산후 정신건강 증진을 위한 지역거점센터 설치 • 표준화된 교육프로그램 운영 • 표준화된 조기 검진 프로그램 운영 및 위험군 발견 시 의료기관으로의 연계체계 구축
의 료 기 관	• 지역사회기관(보건소, 정신보건센터 등)과의 연계 체계 및 통합 관리 체계 구축 • 산후 우울증을 위한 치료 서비스 제공 • 산후 정신건강 증진을 위한 지역거점센터 운영 • 산부인과·정신의학과·소아청소년과의 협업 등 연계 구축

산후우울과 관련된 의료 인프라가 많은 지역의 산모, 교육 수준이 높은 산모, 두 번째 이상의 출산을 경험한 산모의 의료 접근성(accessibility)과 이용도(utilization)가 높게 나타났다. 따라서 관련 인프라를 균형 있게 확장하고 이에 대한 홍보를 통해 인지도를 높여야 한다. 출산력 조사를 활용하여 분석한 결과 산후우울증으로 이용한 기관은 정신건강의학과(43.6%), 산부인과(31.5%), 보건소(11.7%), 정신보건센터(24%)로 나타났다. 이처럼 전문적으로 치료하기에 한계가 있는 산부인과나 보건소의 이용 비율이 비교적 높다는 것은 이들 기관을 거점(gateway)으로 하여 초기 진단과 상담을 진행하고 정도가 심한 때는 정신건강의학과로 연계해 주는 것이 효율적인 서비스 전달 체계임을 시사한다고 볼 수 있다. 따라서 인지도를 높이는 것에서 더 나아가 효율적인 서비스 전달 체계를 구축하여 실제로 욕구(need)가 있는 산모가 어려움 없이 이용할 수 있도록 해야 할 것이다.

〈표 7-1〉 생애 주기에 따른 체계적 지원 방안

영역		체계적(systematic) 지원			법적 근거
		미시(micro) 체계	중간(mezzo) 체계	거시(macro) 체계	
		개인	가족	사회	
생애 주기별 지원	임신 전	- 임신과 관련된 상담과 검진. - 임신·출산 관련 신체적·정신적 변화 등에 관한 교육과 이를 통한 인식 개선. - 자원(서비스 및 서비스 제공 기관)에 대한 인지.	- 배우자의 임신·출산에 따른 신체적·정신적 변화 등에 대한 이해, 육아 부담의 중요성 등에 대한 교육과 이를 통한 인식 개선. - 정서적 지지.	- 산후 정신건강을 위한 기본 계획 수립. - 산후우울증 유병률 산출 및 점검(국가 데이터 구축). - 관련 전문가 양성. - 산후 정신건강 지원을 위한 서비스 전달 체계 구축. - 국가 차원의 임신·출산과 관련된 표준화된 지침 작성.	- 저출산·고령사회기본법 9조, 10조, 12조 - 건강가정기본법 8조, 21조 - 정신건강 증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률 4조 - 모자보건법 10조5, 15조20
	임신 중	- 산전 관리 시 정신건강 점검(screening).			
	출산 후	- 산후 정신건강 점검(screening). - 사회적 관계 유지(자조 집단 등).	- 정서적 지지. - 육아 부담.	- 산후 정신건강 실태 파악을 위한 조사 실시. - 산후 도우미(산모 신생아 건강 관리) 지원. - 정신건강 방문 서비스 지원. - 자조 집단(모임) 지원. - 국민행복카드 사용처 및 지원 확대. - 배우자의 육아휴직 활성화. - 취약 계층 지원.	

산전에 비해 산후에는 산모가 보건소나 의료기관에 접근하기 어려울 수 있다는 점을 고려하여 ‘찾아가는 방문 서비스’, ‘전화 상담’, 관련 앱의 개발 등을 통한 접근 방식을 고민하여 전달 체계를 더욱 다양하게 설계할 필요가 있다. 또한, 산모를 산후 우울증 고위험 대상군, 모니터링군, 정상군으로 구분하여 각 집단의 특성에 맞게 정책을 설계할 필요가 있다. 우선, 정상군은 정신건강 증진을 목표로 보건소, 건강가정지원센터, 육아중

합지원센터, 종합복지기관 등을 중심으로 부모 대상 자녀 양육 교육을 강화하는 것이 필요하다. 특히 아빠의 육아 참여는 산모의 정신건강 증진에 도움이 되는바 강조할 필요가 있다. 더 나아가 사회 전체적으로 아빠의 육아 참여에 대한 인식을 확대해 나갈 필요가 있다. 산후 산부인과 검진을 위해 방문하는 시기와, 영·유아의 예방접종 또는 건강검진 시기에 산모를 대상으로 정신건강 관련 문제에 대한 검사(screening)를 시행하여 모니터링군과 고위험군을 파악하는 것이 필요하다. 모니터링군은 이후 지속적으로 검사를 시행할 필요가 있으며, 고위험군은 정신의료기관으로 연계하는 서비스를 제공할 필요가 있다. 또한, 산후 정신건강의 향상을 위해서는 산모의 신체적 건강 증진을 위한 지원과 양육 부담을 완화해 주는 지원이 동시에 이루어져야 할 것이다. 이를 위해 특히 고위험군은 아이 돌봄 서비스나 일시 보육 서비스와도 연계하여 제공할 필요가 있다.

본 연구는 선행 연구에서 다루지 않은 ‘전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사’를 활용하여 2015년 처음 도입된 산후우울 관련 문항을 좀 더 구체적으로 분석하였고, ‘2006, 2011, 2016년 정신질환실태 조사’를 활용하여 전체 여성이 아닌 출산 경험이 있는 여성으로 한정하여 산후우울 증 유병률에 대해 분석하였다. 또 2012년 1월 1일부터 2016년 12월 31일까지 출산 기록이 있는 여성의 건강보험 자료를 활용하여 최근의 연구 동향(Stuart-Parrigon et al., 2014)을 반영하고 출산 후 1년까지의 기간에 나타나는 우울장애를 산후우울증으로 정의하여 산후우울증의 유병률과 산후우울증에 영향을 미치는 요인에 대해 분석함으로써 선행 연구에서 다루지 않았던 최근의 출산 여성의 산후 정신건강에 관한 동향을 다양한 시각에서 분석해 보았다는 점에서 의의가 있다.

참고문헌 <<

- 강민철, 김수임, 김동민. (2012). 산후우울증 유병률 및 관련요인에 대한 메타연구-사회적 지지와 양육스트레스를 중심으로. 상담학연구, 13(1), 149-168.
- 고효정, 이자영, 김혜영. (2010). 분만유형에 따른 산욕기 산모의 산후우울 비교. 부모자녀건강학회지, 13(2), 95-101.
- 관계부처 합동. (2016). 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책.
- 권혜진, 김경희, 최미혜, 조주연, 안영미, 김기숙. (2011). 영아기 어머니의 산후 우울과 아기 기질이 양육 스트레스에 미치는 영향. Journal of Korean Academy of Child Health Nursing, 17(2), 69-73.
- 김미은, 허명행. (2014). 산후 6개월 이내 산모의 수면의 질, 산후 피로도 및 산후우울. 여성건강간호학회지, 20(4), 266-276.
- 김미운, 양희생, 김장락. (2009). 산후우울증의 선별도구 간 일치도 및 관련 요인 연구. Obstetrics & Gynecology Science, 52(11), 1133-1143.
- 김민아, 최소영. (2013). 산후조리원 이용 산모와 이용하지 않는 산모의 산후우울, 산후 스트레스, 산후 불편감 및 산후 활동에 대한 비교연구. 한국모자보건학회지, 17(2), 184-195.
- 김분한, 전해원, 정연. (2002). 분만 여성의 산후우울과 신체상의 관계. 대한간호학회지, 32(6), 906-916.
- 김상기. (2016. 11. 18.). 임신부 산전·산후 우울증 검사 국가지원 모자보건법 개정안 통과. 라포르시안.
- 김성수, 김극로, 양재철. (2009). 출산 후 여성의 여가활동 참여가 산후우울 및 양육 스트레스에 미치는 영향. 한국스포츠사회학회 학술발표논문집, pp. 77-95.
- 김용구, 허지원, 김계현, 오강섭, 신영철. (2008). 한국판 Edinburgh Postnatal Depression Scale의 임상적 적용. Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 47(1), 36-44.

- 김은경. (2007). 산후우울증 등록 발견 관리 체계 개발. 아동가족치료연구, 5, 203-227.
- 김은숙, 김은영, 이지연, 김진경, 이현주, 이승희 등. (2009). 지지간호가 미숙아 어머니의 산후우울에 미치는 효과. 임상간호연구, 15(3), 157-170.
- 김지양, 김정규. (2008). 산후우울감을 예측하는 심리적 요인 연구. 한국심리학회지-건강, 13(1), 111-140.
- 김현옥. (2013). 어머니의 우울이 영아의 심리 정서적 발달에 미치는 영향과 양육요인의 조절효과. 한국영유아보육학, 83, 1-21.
- 김혜원, 김순옥, 김혜경, 전향란. (2014). 음악요법과 전화상담이 고위험 산모의 산후우울과 모성정체성에 미치는 효과. Perspectives in Nursing Science, 11(1), 63-73.
- 남궁연옥, 양혜경, 조영채. (2007). 도시지역 일부 산모들의 산후우울과 사회적 지지와의 관련성. 한국모자보건학회지, 11(2), 149-161.
- 박경연, 이선옥. (2011). 초산모와 경산모의 산후 6주 우울 예측요인 비교. 한국모자보건학회지, 15(1), 25-36.
- 박영주, 신현정, 유호신, 천숙희, 문소현. (2004). 산후우울 예측요인. 대한간호학회지, 34(5), 722-728.
- 박우영, 김선영, 양수진, 김성완, 김재민, 신일선. (2009). 일 대학병원 산모들에서 산후우울장애의 발병률 및 예측인자. 생물치료정신의학, 15(1), 72-79.
- 박찬화, 이윤선. (2015). 어머니의 산후우울감과 만 2세 영아의 의사소통능력 간의 관계. 한국보육지원학회, 11(5), 113-134.
- 박혜숙. (2017. 4. 26.). 부천시, 전국 첫 '인구영향평가제' 시행...아기환영정책 기반 다진다. 아시아경제.
- 방경숙. (2008). 임신부 우울이 자녀건강에 미치는 영향에 대한 고찰. 부모자녀건강학회지, 11(1), 15-24.
- 방경숙. (2011). 산모의 산후우울 여부에 따른 영아의 기질과 건강문제. Journal of Korean Academy of Nursing, 41(4), 444-450.
- 방경숙. (2012). 산모의 우울이 생후 4개월 영아의 기질, 건강과 성장발달에 미

- 치는 영향. *Perspectives in Nursing Science*, 9(1), 9-15.
- 보건복지부. (2006, 2011, 2016). 정신질환실태 조사 원자료.
- 보건복지부 정신건강정책과. (2016. 2. 25.). 정신건강에 대한 쏘사회적 대응역량 강화-관계부처 합동 정신건강 종합대책('16~'20년) 마련-.
- 보건복지부 정신건강정책과. (2017. 4. 13.). 성인 4명 중 1명, 평생 1번 이상 정신질환 겪어-정신과 상담 등 정신건강 서비스 이용은 '11년 대비 6.9% 증가.
- 서미정. (2011). 영아 자녀를 둔 어머니가 지각하는 부의 양육참여와 산후우울의 관계-부부관계의 매개효과 및 모의 자아인식의 중재효과. *아동학회지*, 32(6), 107-121.
- 송주은, 박보림. (2010). 산후조리원 이용여부에 따른 초산모의 신체적, 심리적 건강상태 및 모성역할적응의 변화양상에 관한 연구. *대한간호학회지*, 40(4), 503-514.
- 송주은, 장순복, 김수. (2008). 산후 조리원 이용여부에 따른 산모의 양육스트레스, 산후우울, 산후피로 차이. *한국모자보건학회지*, 12(1), 33-46.
- 신유경, 최연실. (2013). 산후우울에 미치는 자기효능감, 부부갈등 및 산전우울의 영향. *한국가족관계학회지*, 18(1), 155-176.
- 안영미, 김정현. (2003). 일반아모와 추후관리를 받은 저출생세중아모의 모성자존감, 산후우울, 가족기능의 비료. *대한간호학회지*, 33(5), 580-590.
- 안치석, 강문선, 박선영, 최영락. (2015). 산후우울증 관리를 위한 에딘버러 검사 의 유용성. *대한주산의학회잡지*, 26(1), 21-27.
- 여정희, 전나미. (2013). 분만경험과 산후우울이 출산 후 여성의 삶의 질에 미치는 영향. *대한간호학회지*, 43(1), 11-19.
- 윤지향, 정인숙. (2013). 산후우울증 관련요인-전향적 코호트 연구. *대한간호학회지*, 43(2), 225-235.
- 이권영. (2017. 5. 31.). 홍성군보건소 산후조리서비스 실무교육·간담회. 충청투데이.
- 이동우, 백종우. (2015). 산후우울증 관리체계 구축방안 연구. *대한정신건강재단*.
- 이삼식, 박종서, 이소영, 오미애, 최효진, 송민영. (2015). 2015 전국 출산력 및

가족보건·복지 실태조사. 한국보건사회연구원.

이선미. (2010). 음악요법이 산모의 산후우울과 모아애착에 미치는 효과. 대한간호학회지, 40(1), 60-68.

이선옥, 여정희, 안숙희, 이현숙, 양현주, 한미정. (2010). 산후우울 수준과 분만 전후 관련 요인에 관한 연구. 여성건강간호학회지, 16(1), 29-36.

이소영, 임지영. (2013). 저출산고령화 대응 인구자질 향상방안: 고령임산부의 출산실태와 정책과제. 한국보건사회연구원.

이소영, 최인선. (2016). 임신·출산 보건 의료 지원 정책 평가와 정책과제 -임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로. 한국보건사회연구원.

이소영, 최인선, 조성호, 이상림. (2015). 산후조리원 적정 운영기준 마련연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

이완정, 김균희. (2015). 우울위험 집단 어머니의 우울 변화궤적 및 예측요인 분석-잠재성장모형을 중심으로. 아동학회지, 36(3), 77-92.

이은주, 박정숙. (2015). 산후우울 예측모형 개발. 한국간호학회지, 45(2), 211-220.

이운안. (2017. 4. 7.). 동두천시 정신건강증진센터, 산전·산후우울증 관리사업 운영. 국제뉴스.

이제영, 이경숙, 정유경, 신의진. (2011). 산후우울 성향 어머니와 6-8개월 영아의 상호작용 분석. 아동학회지, 32(3), 203-220.

이지원, 어용숙, 문은혜. (2015). 산욕초기 산모의 산후우울에 자기효능감, 신체상, 가족지지가 미치는 영향. 한국산학기술학회논문지, 16(6), 4011-4020.

이태윤. (2016. 8. 4.). 서귀포보건소 산후우울증 예방 교육. 한라일보.

전영남, 박정준, 양점홍. (2013). 임신 중 운동유무가 산욕기 건강관련체력과 산후우울 및 체중변화에 미치는 영향. 운동학 학술지, 15(3), 123-130.

정연이, 김혜원. (2014). 산후우울의 영향요인과 모성 정체성과의 관련성. 여성건강간호학회지, 20(1), 29-37.

조지현. (2014. 2. 11.). 광주시 남구, '산후우울증' 원스톱 예방검사 실시. 아시안뉴스통신.

- 조희원, 우주영. (2013). 산후우울 관련 변인들 간의 관계 구조 모형. *한국심리학회지-상담 및 심리치료*, 25(3), 549-573.
- 천희영, 옥경희. (2011). 영아 어머니 우울의 예측 변인 분석-어머니의 부모됨 및 양육관련 체계 변인을 중심으로. *인지발달장애학회지*, 2(2), 71-90.
- 천희영, 옥경희. (2011). 한국 영아어머니의 산후우울 변화와 양육 관련 체계변 인간의 관계 분석. *한국가정관리학회지*, 29(6), 153-167.
- 최소영, 구혜자, 류은정. (2011). 초기 산욕기 산모의 피로와 산후우울이 지각된 삶의 질에 미치는 영향. *여성건강간호학회지*, 17(2), 118-125.
- 최인애, 이경숙, 신의진, 박진아. (2012). 어머니 산전 산후우울 수준에 따른 어머니와 영아의 정신건강. *한국심리학회지-발달*, 25(3), 125-148.
- 최진영, 이진무, 조정훈, 이창훈, 장준복, 이경섭. (2010). 산모 및 신생아 상태에 따른 산후우울증 유발 위험인자 분석. *대한한방부인과학회지*, 23(2), 106-115.
- 통계청. (각 연도). *인구동태조사*.
- 황근하. (2017. 3. 29.). 공주시 건강증진센터 '2017년 산후우울증 예방 교육(맘마미아)' 계획. 충청투데이.
- 홍진표, 이동우, 함봉진, 이소희, 성수정, 윤탁 등. (2016). 2016년도 정신질환실태 조사. 보건복지부·삼성서울병원.
- Abdollahi, F., Abhari, F. R., & Zarghami, M. (2017). Post-Partum Depression Effect on Child Health and Development. *Acta Medica Iranica*, 55(2), 109-114.
- APA. (2015). *정신질환의 진단 및 통계 편람* (권준수). 서울: 학지사. (원서출판 2013).
- Bennett, T., Boyle, M., Georgiades, K., Georgiades, S., Thompson, A., Duku, E., et al. (2011). Influence of reporting effects on the association between maternal depression and child autism spectrum disorder behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 89-96.

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagowsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dennis, C. L., Merry, L., & Gagnon, A. J. (2017). Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 411-422.
- Field, T. (2017). Postpartum depression effects risk factors and interventions: a review. *Chinical Depression*, 3(1), 122, 1-13.
- Forman, D. N., Videbech, P., Hedeheard, M., Salvig, J. D., & Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1210-1217.
- Forty, L., Jones, L., Mactretor, S., Caesar, S., Cooper, C., Hough, H., Dean, L. et al. (2006). Familiarity of postpartum depression in unipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*, 163(9), 1549-1553.
- Gjerde, L. C., Eilertsen, E. M., Reichborn-Kjennerud, T., McAdams, T. A., Zachrisson, H. D., Zambrana, I. M., et al. (2017). Maternal perinatal and concurrent depressive symtoms and child behavior problems: a sibling comparison study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(7), 779-786.
- Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K. E., & Wojcik, J. (2011). A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 40, 52-61.
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662-673.

- Ko, J. Y., Rockhill, K. M., Tong, V. T., Morrow, B., & Farr, S. L. (2017). Trends in Postpartum Depressive Symptoms. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66, 153-158.
- McDonald, S., Wall, J., Forbes, K., Kingston, D., Kehler, H., Verved, M., & Tough, S. (2012). Development of a prenatal psychosocial screening tool for post-partum depression and anxiety. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26(4), 316-327.
- Meijer, J. L., Beijers, C., van Pampus, M. G., Verbeek, T., Stolk, R. P., Milgrom, J., et al. (2014). Predictive accuracy of Edinburgh Postnatal Depression Scale assessment during pregnancy for the risk of developing postpartum depressive symptoms: a prospective cohort study. *BJOG*, 2014; DOI: 10.1111/bjo.12759.
- Michael W. O'Hara. (2009). Postpartum Depression-What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269.
- Namboodiri, N. K. (1972). Some observation on the economic framework for fertility analysis. *Population Studies*, 26(2), 185-206.
- Newport, D. J., Hostetter, A., Arnold, A., & Stowe, Z. N. (2002). Treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 31-44.
- NICE. (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. National Institute for Health and Care Excellence.
- O'hara, M. W., Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Philipov, D., Thevenon, O., Klobas, J., Bernardi, L., & Liefbroer A. C. (2011). *Reproductive decision-making in a Macro-Micro perspective*. Springer.

- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Donna, E., & Stewart, E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*. Toronto Public Health, WHO.
- Stuart-Parrigon, K., Stuart, S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), 1-15.
- Tanner, L. (2001. 7. 21.). Suicides refocus spotlight on postpartum depression. Online Athens.
- Thombs, B. D., Benedetti, A., Kloda, L. A., Levis, B., Riehm, K. E., Azar, M., et al. (2015). Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *British Medical Journal*, Open 2015;5: e009742. doi:10.1136/bmjopen-2015-009742.
- Venkatesh, K. K., Kaimal, A. J., Castro, B. M., & Perlis, R. H. (2017). Improving discrimination in antepartum depression screening using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, 214, 1-7.
- Venkatesh, K. K., Zlotnick, C., Triche, E. W., Ware, C., & Phipps, M. G. (2014). Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics*. 133(1). 45-53.
- Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Clinical practice: postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*.

347(3). 194-199.

Zlotnick, C., Tzilos, G., Miller, I., Seifer, R., & Stout, R. (2016). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *Journal of Affective Disorders*, 189, 263-268.

e-나라지표. www.index.go.kr에서 2017. 8. 29. 인출.

삼성서울병원 홈페이지 http://www.samsunghospital.com/dept/medical/ealthSub01View.do?content_id=406&DP_CODE=DEP&MENU_ID=004025&ds_code=D0001673&main_content_id=859에서 2017. 8. 1. 인출.

서울아기 건강 첫걸음 사업 홈페이지 www.ourbaby.seoul.kr/program/info에서 2017. 9. 15. 인출.

광주광역시 남구보건소 홈페이지 www.namgu.gwangju.kr/index.es?sid=a8에서 2017. 9. 13. 인출.

건강가정기본법 법률 제14440호 (2016).

모자보건법 제14323호 (2017).

저출산·고령사회기본법 법률 제12449호 (2014).

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제14224호 (2017).

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실제로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |