

# 산후우울 실태와 개선 방안 연구

이소영

김자연·홍혜영·임지영



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## ■ 연구진

연구책임자	이소영	한국보건사회연구원 선임연구위원
공동연구진	김자연	육아정책연구소 부연구위원
	홍혜영	한국조세재정연구원 부연구위원
	임지영	한국보건사회연구원 전문연구원

연구보고서 2025-45

### 산후우울 실태와 개선 방안 연구

발 행 일 2025년 12월  
발 행 인 신영석  
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 1999년 4월 27일(제2015-000007호)  
인 쇄 처 (주)삼일기획

---

© 한국보건사회연구원 2025  
ISBN 979-11-7252-120-2 [93330]  
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2025.45>

# 목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



요약 .....	1
<b>제1장 서론 .....</b>	<b>7</b>
제1절 연구의 배경 및 목적 .....	9
제2절 연구의 내용 및 방법 .....	14
<b>제2장 이론적 배경 .....</b>	<b>19</b>
제1절 산후우울의 개념 및 유형 .....	21
제2절 산후우울의 측정 도구 및 진단 기준 .....	29
제3절 산후우울 관련 선행연구 .....	41
<b>제3장 산후우울 관련 정책 현황 .....</b>	<b>53</b>
제1절 중앙정부의 산후 건강관리 지원 사업 .....	55
제2절 지방자치단체의 산후 정신건강증진 사업 .....	72
<b>제4장 산후우울 심층 분석 .....</b>	<b>77</b>
제1절 분석 개요 .....	79
제2절 산후우울 실태 .....	82
제3절 산후우울의 영향 요인 .....	98
제4절 산후우울과 추가 출산 의향 .....	114



<b>제5장 산후우울 경험 질적 분석 .....</b>	<b>123</b>
제1절 분석 개요 .....	125
제2절 분석 결과 .....	129
제3절 시사점 .....	157
 <b>제6장 결론 .....</b>	 <b>161</b>
제1절 주요 결과 요약 .....	163
제2절 정책 시사점 및 개선 방향 .....	167
 <b>참고문헌 .....</b>	 <b>183</b>
 <b>Abstract .....</b>	 <b>197</b>

# 표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 2-1〉 주산기 우울증 진단 기준(DSM-5-TR) .....	22
〈표 2-2〉 주요 우울 장애(Major Depressive Disorder) 진단 기준 .....	23
〈표 2-3〉 에딘버러 산후우울척도 문항(영어판) .....	30
〈표 2-4〉 에딘버러 검사(산후우울척도) 문항(한국어판) .....	32
〈표 2-5〉 PHQ-9 산후우울척도 문항(한국어) .....	34
〈표 2-6〉 PHQ-9 산후우울척도 문항(영어) .....	35
〈표 2-7〉 Beck Depression Inventory-II 산후우울척도 문항 .....	36
〈표 3-1〉 모자보건법 제10조 .....	56
〈표 3-2〉 지역보건법 제11조 .....	56
〈표 3-3〉 위험요인 .....	59
〈표 3-4〉 2025년도 생애초기 건강관리 사업 참여 시·군·구 현황(보건소 67개소, 2025. 01. 기준) .....	61
〈표 3-5〉 모자보건법 제15조의18 .....	63
〈표 3-6〉 난임·우울증상담센터 상담서비스의 주요 내용 .....	70
〈표 3-7〉 난임·우울증상담센터 현황 .....	71
〈표 3-8〉 17개 시도별 산후 정신건강 관련 사업 현황 .....	73
〈표 3-9〉 지역별 산후 정신건강 관련 사업 현황 .....	74
〈표 3-10〉 지역별 산후 정신건강 관련 사업의 산후우울 관련성 .....	75
〈표 4-1〉 2024년도 가족과 출산 조사 내 산후우울 관련 문항 .....	81
〈표 4-2〉 출산 후 시점별 산후우울증 발생 현황 .....	83
〈표 4-3〉 연도별 산전·산후우울증 현황 .....	84
〈표 4-4〉 산후 진찰 이외에 산후조리 동안의 진료 경험(중복 응답) .....	86
〈표 4-5〉 산후조리 동안의 산후우울감의 요인별 영향 정도 .....	88
〈표 4-6〉 (출산 이후 1년 이내) 산후우울증 의사 진단 경험 .....	90
〈표 4-7〉 산후우울감 해소에 도움을 준 사람(중복 응답) .....	91
〈표 4-8〉 3년 이내 출산 여성의 분만 이후 1년 이내 산후우울감 경험 .....	94
〈표 4-9〉 3년 이내 출산 여성의 산후우울증 진단 및 상담 경험 .....	95



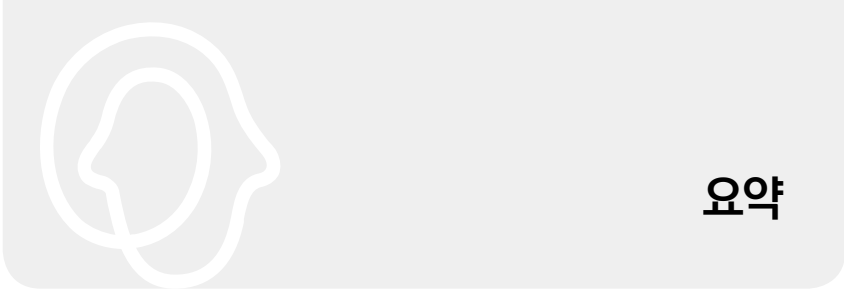
〈표 4-10〉 출산 후 1년 이내 산후우울증 발병 산모의 일반 특성 .....	100
〈표 4-11〉 산모 특성별 출산 후 1년 이내 산후우울증 유병률 .....	102
〈표 4-12〉 출산 관련 특성별 출산 후 1년 이내 산후우울증 유병률 .....	103
〈표 4-13〉 출산 전 우울증 치료 경험에 따른 산후우울증 .....	104
〈표 4-14〉 출산 후 1년 이내 산후우울증 의료 이용 특성 .....	105
〈표 4-15〉 출산 후 1년 이내 산후우울증 산모의 의료 이용 .....	106
〈표 4-16〉 출산 후 1년 이내 산후우울증에 미치는 영향 .....	107
〈표 4-17〉 계층적 회귀모형 구성 .....	109
〈표 4-18〉 분석대상의 일반 특성 .....	110
〈표 4-19〉 산후우울감 경험 여부에 따른 계층적 회귀모형 분석 결과 .....	112
〈표 4-20〉 계획자녀수를 완료하지 않은 3년 이내 출산 여성의 일반 특성 .....	115
〈표 4-21〉 계획자녀수를 완료하지 않은 3년 이내 출산 여성의 산후우울증 진단 및 상담 경험 .....	117
〈표 4-22〉 산후우울감 경험이 추가출산의향에 미치는 영향(모델 1: 3년 내 출산 여성 중 계획자녀 미달성 여성) .....	119
〈표 4-23〉 산후우울감 경험이 추가출산의향에 미치는 영향(모델 2: 3년 내 출산 여성) ...	121
〈표 5-1〉 초점집단면접(FGI) 개요 .....	126
〈표 5-2〉 초점집단면접(FGI) 참여자의 일반 특성 .....	127
〈표 6-1〉 생애 주기별 지원 내용 .....	175

## 그림 목차

---

[그림 1-1] 출생아 수와 합계출산율 추이: 1970~2023년 .....	9
[그림 1-2] 연구체계도 .....	17
[그림 3-1] 서비스 제공 과정 .....	61
[그림 4-1] 산후우울증 진단 검사 및 상담을 받은 출산 여성의 특성 .....	97
[그림 4-2] 산후우울증 진단 검사 및 상담을 받은 장소 .....	98





## 요약

### 1. 연구의 배경 및 목적

한국은 1983년 저출산(low fertility) 국가에 진입하였고, 2002년 이후 초저출산(lowest-low or ultra low fertility) 상태가 이어지고 있다. 급속화된 인구 문제에 대응하기 위해 정부는 범부처의 5년 단위 중장기 계획인 저출산·고령사회 기본계획을 수립하여 추진 중이며 안전하고 건강한 임신·출산과 ‘아동의 건강한 성장·발달’을 위한 정책적 지원을 지속하고 있다. 산모가 경험하는 정신건강 문제는 산모 자신에게뿐만 아니라 자녀 양육의 질에 영향을 미치고 이를 통해 영아에게 큰 영향을 주게 된다. 이러한 과정 속에서 산후 이후의 출산 결정에도 영향을 미치게 된다. 이러한 맥락에서 「제4차 저출산·고령사회 기본계획(2021~2025)」의 ‘생애전반 성·재생산 건강 보장’ 영역 중 ‘건강한 임신·출산 지원’ 세부 분야 내에서 산후 정신건강 관리를 하나의 핵심 과제로 설정하여 추진하고 있다.

이 연구는 위와 같은 정책적인 배경에서 산후우울감과 산후우울증에 대한 현황과 실태를 파악하고, 산후 정신건강증진을 위한 정부 정책의 방향을 제시하는 것을 목적으로 한다. 구체적으로 산후우울감 및 산후우울증의 유병률 등 실태를 정량적·정성적으로 분석하고, 산후우울의 발생에 영향을 미치는 주요 요인을 파악하며, 산후우울이 산모의 추가 출산 의향에 미치는 영향을 실증적으로 규명하고자 한다. 또한, 현재 정부가 추진 중인 산후기 정신건강 지원사업과 생애초기 건강관리 사업을 분석하고, 산모와 신생아의 건강 증진을 위한 정책 방안을 도출하고자 한다.

## 2. 주요 연구 내용

출산 후의 산모에게 나타날 수 있는 산후우울감(maternity blues, postpartum blues)은 산후우울 스펙트럼 중 가장 경미한 형태로 일시적이고 경미한 정서적 반응이다. 산후우울증(postpartum depression)은 분만 이후 약 4주 이내에 발생하는 주요 우울 삽화(major depressive episode)(APA), 산욕기 관련 정신 및 행동 장애(mental and behavioural disorders associated with the puerperium)의 하위 항목인 출산 후 6주 이내에 시작된 기분 장애(ICD-11), 출산 직후부터 1년 이내에 발생할 수 있는 주요 기분장애(WHO, 2022) 등으로 정의된다. 전 세계적으로 임신부의 6.5%에서 20%는 주산기 우울증(perinatal anxiety and depression)을 경험하고 있다(Sharma et al., 2024). 산후우울감(postpartum blues)의 발생률은 평균 39.0%(Tosto et al., 2023)으로 보고된다.

건강보험공단 자료를 활용하여 산후우울증 유병률을 산출한 결과, 2022년 기준 시기별 산후우울증 진단 비율은 4주 0.34%, 6주 0.52%, 6개월 1.85%, 12개월 3.2%로 나타났다. 2024 산후조리 실태조사를 분석한 결과 2023년 출산한 산모 3,221명의 68.5%가 산후우울감을 경험하였고, 평균적으로 6개월을 조금 넘는 시점까지 지속되었다. 또한, 산후조리 기간 동안 산후우울감을 경험한 산모의 6.8%는 산후우울증으로 의사의 진단을 받은 것으로 나타났다. 2024 가족과 출산 조사 분석 결과에서는 산모 541명의 28.4%가 분만 이후 1년 이내에 산후우울감을 경험한 것으로 나타났다.

산후우울은 개인 차원에서의 생물학적·심리적 요인뿐만 아니라 타인과의 관계 및 사회적 요인이 복합적으로 작용하여 발생한다. 건강보험공

단 자료를 활용하여 분석한 결과, 고연령일수록 산후우울증 발생 가능성이 낮아졌고, 자연분만한 경우와 초산인 경우 산후우울증 발생 가능성은 낮아지는 경향을 보였다. 반면, 의료급여 수급자가 지역가입자 대비 약 2배 높은 발생 가능성을 보였고, 과거 우울증 진단 이력은 가장 강력한 위험 요인으로 나타났다. 2024년 산후조리 실태조사 자료를 가지고 분석한 결과 초산에 비해 경산인 산모는 산후우울감을 경험할 확률이 0.76~0.77배 낮았고, 기저질환이 있는 산모는 기저질환이 없는 산모에 비해 산후우울감을 경험할 가능성이 1.42~1.44배 높았다. 2024년 가족과 출산조사 자료를 활용하여 산후우울감 경험이 추가 출산 의향에 미치는 영향을 분석한 결과는 결혼 당시 자녀를 더 낳을 계획이 있었더라도 산후우울감을 경험하면 출산을 중단할 위험이 있다는 것을 시사하였다.

최근에 출산한 경험이 있는 산모 48명을 대상으로 실시한 초점집단면접(FGI) 결과 고위험군 산모와 비위험군 산모는 산후우울의 정도가 확연하게 차이가 있었다. 고위험군 산모는 무기력, 집중력 저하, 의욕 상실, 이유 없이 우는 비정상적 정서 반응, 자기 비하 및 자책, 분노 감정의 조절 어려움, 자기혐오, 더 나아가 자살 및 살인 충동 등이 나타났다. 반면, 비위험군 산모는 출산 후 경미한 산후우울을 느끼기도 했지만 대체로 산후우울감을 느끼지 않은 것으로 나타났다. 이러한 차이는 충분한 정서적·경제적·사회적·물리적 지지와 도움의 여부에서 비롯되었다고 볼 수 있다. 산후우울의 원인으로 지적된 요인은 신체적인 요인, 심리적인 요인, 경제적인 요인, 관계적인 요인, 사회적인 요인, 제도적 한계 등이었고, 대체로 산후우울은 임신 중의 우울, 더 나아가 임신 전의 우울과 연결되었다. 산후우울을 완화하고 회복하는 데 도움이 되는 요인은 신체적 회복을 위한 수면 보충과 휴식, 관계를 통한 정서적 지지와 실질적 육아 도움, 심리상담 등으로 나타났다.

### 3. 결론 및 시사점

현재 정부와 지방자치단체는 산후 정신건강증진을 위한 정책을 점차 확대하여 추진하고 있으나, 포괄적이고 체계적인 산후 정신건강증진을 위한 정책의 추진은 미흡하며 산후우울증에 특화되어 단독으로 지원되는 사업은 제한적이다. 개별 임신부의 욕구에 대응하여 맞춤형 조기 개입을 통해 산후우울을 예방하고, 고위험군은 24개월까지 지속 관리하고, 서비스 종료 시점에는 필요에 따라 지역전문기관(정신건강센터 등)으로 연계 하도록 하는 생애초기 건강관리 사업은 산후우울에 효과적으로 대응할 수 있는 정책임에는 분명하다. 그러나 2025년 현재 전국 73개소 보건소에서만 수행되고 있어 서비스 접근도와 이용도 제고를 위해 조속한 전국 확대가 필요한 상황이다.

생애초기 건강관리 사업, 산모·신생아 건강관리 지원사업, 지역사회통합건강증진사업, 난임·우울증상담센터 운영 등 분절적인 여러 가지의 중앙정부 사업과 지방자치단체마다 다른 산후 정신건강증진 사업이 추진되어 지역에 따른 서비스 격차가 가장 크고, 산후우울에 특화된 정책의 이용이 어렵다. 정책 실효성 확보를 위해 법률적 근거 마련과 재정 지원 확대를 통한 정책의 확대는 필수적이다.

적절한 건강 관리를 통해 고위험 임신으로의 이환을 예방하는 계획된 임신을 통해 산후우울증을 예방해야 하며, 임신 전부터 산후기까지 이어지는 전 주기에 걸친 정확한 의료 지식을 기반으로 하는 체계적인 교육과 정신건강 관리가 지속적으로 이루어져야 할 필요가 있다. 산후 정신건강 예방은 임신을 준비하는 단계에서부터 시작되어야 하며 대상은 산모뿐만 아니라 배우자와 가족까지 포함해야 한다.

산후우울의 예방과 치료를 지원하는 정책은 명확한 목표를 설정하고

수요자 중심의 관점을 견지하여 형평성을 제고한다는 원칙 아래, 포괄적이고 보편적이면서도 개별화되고 촘촘하게 설계되어야 할 것이다. 기존에 산재해 있는 개별 사업들은 유사하거나 중복된 부분이 없는지 검토하고, 이를 통합하며 체계적이고 유기적인 정책 조정이 요구된다. 이를 위해 가족, 지역사회, 정부에 이르기까지 각 주체 간 명확한 역할 분담과 유기적 연계가 이루어져야 한다. 중앙정부, 광역시도, 기초지자체 그리고 지역사회가 정책의 효율적 추진을 위한 역할을 분담하면서도, 상호 유기적으로 연계되어 촘촘한 안전망을 구축하는 것이 매우 중요하다. 또한 보건소, 산부인과 등 의료기관과 정신건강복지센터 등 지역사회 정신건강 자원, 지역사회 단체, 시민 단체 등 다양한 주체들이 유기적으로 협력하는 통합 네트워크를 구축하는 것이 필요하다.

산후 정신건강의 실태를 과학적·체계적으로 파악하고, 정책 수립과 개선에 활용할 수 있는 근거를 마련하기 위해서 산후 정신건강 관련 국가 데이터베이스 구축이 필요하다. 또한, 산모와 가족을 지원하는 사회서비스 지원 체계를 강화하고, 서비스 질 관리, 인력 양성, 정책 홍보 및 평가 체계를 구축해 지속 가능한 정책 집행 인프라를 확보해야 한다. 한국은 초저출산 위기에 직면하여 출산 과정에서 산모의 신체·정신건강증진이 더욱 국가적 요구로 부각되고 있다. 효율적이고 실효성 있는 산후 정신건강 지원 정책의 추진이 필요하다.

주요 용어: 산후 정신건강, 산후우울감, 산후우울증



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제 1 장

## 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

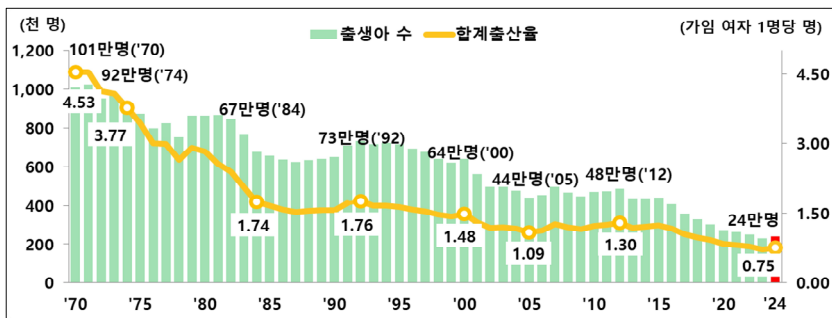


# 제 1 장 서론

## 제1절 연구의 배경 및 목적

한국은 1983년 가임기(15~49세) 여성이 가임 기간 동안 낳을 것으로 예상되는 평균 출생아 수인 합계출산율이 인구대체 수준인 2.1명 미만인 저출산 국가에 진입하였고, 2002년부터는 1.3명 미만의 초저출산(lowest-low or ultra low) 국가로 분류되었다. 이후 2018년 합계출산율은 1.0명 미만으로 하락하였고 현재까지 지속되고 있는 상황이다. 통계청(2025)의 ‘2024년 출생 통계’에 따르면 2024년 합계출산율은 0.75명으로 집계되었다.

[그림 1-1] 출생아 수와 합계출산율 추이: 1970~2023년



출처: “2024년 출생 통계”, 통계청, 2025. 통계청, p.1, 저작권 Ministry of Data and Statistics.

한국 사회의 지속적인 출산율 저하는 인구 변화 현상에서 인구 위기로 까지 이어지는 사회문제로 인식되고 있다. 이는 자녀의 출산과 양육 및 돌봄이 단순히 개인이나 가족의 사적인 영역에 국한되지 않고 사회 전체

의 지속가능성과 직결된다는 인식하에, 출산과 양육에 따르는 부담을 사회가 함께 분담해야 한다는 것에 대한 사회적 공감대가 형성되어 있다. 이에 따라 인구정책의 설계와 추진에 있어서 다양한 형태의 출산·양육 지원이 주요한 영역으로 자리잡고 있다. 특히, 2006년부터 추진되고 있는 범부처의 5년 단위 중장기 계획인 저출산·고령사회 기본계획에 안전하고 건강한 임신·출산과 아동의 건강한 성장·발달을 지원하는 다양한 정책이 포함되어 있다.

한편, 출산 후 산모의 정신건강은 산모 자신에게 직접적으로 영향을 미칠 뿐만 아니라 자녀 양육의 질에 영향을 미치고 이를 통해 영아의 성장 발달에 큰 영향을 주게 되는 한편, 추가 출산의 결정에 영향을 미치는 중요한 요인이다. 이와 관련되어 많은 연구가 축적되어 있다. 구체적으로, 임신 중 우울을 방치할 경우 자살 경향과 사회적 기능 저하, 정신질환 등 심각한 부작용을 유발하며(Wisner et al., 2000) 조산과 저체중아 출산 위험을 높이고 영아의 성장 발달에 악영향을 미치게 된다(Jarde et al., 2016). 지속적인 산모우울증은 신생아 양육아동의 정서 및 행동문제에 보다 크게 부정적 영향을 미칠 수 있다는 연구 결과(배예나 외, 2020; Emma et al., 2020)가 도출되어 있다. 이를 종합할 때, 산후 정신건강은 여성의 재생산 건강과 아동의 발달권 보장의 측면에서 중요한 문제이다.

대한 산부인과 학회에서는 분만 후 50~70%의 산모에게서 경증의 산후우울감이 발생하며, 산모의 8~20% 정도가 산후우울증을 경험하고, 0.14~0.26% 정도가 정신 이상이 나타난다고 보고하고 있다(대한산부인과학회, 2019) 산후우울에 대한 인식이 미흡함에 따라 산후우울증을 경험하면서도 적절한 관리가 되지 않은 경우가 많고, 특히 위기 상황에 놓인 산모에 대한 개입이 적절하게 이루어지고 있지 않은 실정이다.

국민건강보험공단 자료에 따르면, 산후우울증으로 진단된 환자 수는

2018년 6,649명에서 2022년 7,819명으로 꾸준히 증가하고 있다(김민준, 2023). 특히 2021년과 2022년에는 전년도보다 더 큰 폭으로 증가하여, 산후우울증을 겪는 여성의 절대적인 수가 지속적으로 늘고 있음을 보여준다. 이와 함께 산모 1,000명당 산후우울증 환자 수 역시 2018년 20.6명에서 2022년 31.9명으로 해마다 증가하고 있다(김민준, 2023). 이는 단순히 환자 수가 많아진 것뿐만 아니라, 출산한 여성들 중 산후우울증을 겪는 비율 자체가 점점 높아지고 있음을 의미한다.

최근 국내에서 산후우울증에 대한 사회적 인식이 점차 확산되고 있음에도 불구하고, 여전히 산후 정신건강 문제에 조기에 대응하거나 체계적으로 개입하지 못하고 있는 실정이다. 보건소에서 에딘버러 산후우울 척도(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)를 활용한 선별검사를 받은 산모는 2015년 3,201명, 2016년 5,810명, 2017년 8,291명 등으로 증가하고 있는데, 검사 결과 10점 이상인 고위험군으로 판정되어 정신건강복지센터나 관련 기관으로 연계되어 개입과 치료를 받은 산모는 2015년 1,919명(60%), 2016년 2,623명(45%), 2017년 3,995명(48%), 2018년 3,014명(34%) 등으로 절반도 채 되지 않는 것으로 나타났다(위은지, 2019). 이는 산후우울증의 조기 선별은 이루어지고 있으나 이후에 후속 관리 체계가 미비하여 많은 산모들이 정신건강 지원의 사각지대에 놓여 있음을 시사한다.

산후우울증(postpartum depression)은 일반적으로 출산 이후 수 주 이내에 발생하는 주요한 정서적 질환으로, 슬픔, 불안, 무기력, 수면장애, 집중력 저하, 죄책감 등 다양한 정서적·인지적 증상을 동반하며 산모의 일상 기능에 중대한 영향을 미친다. 세계보건기구(WHO)를 비롯한 국제보건기구들은 산후우울증을 단순한 감정 변화로 보기보다는 정신질환의 일종으로 분류하고, 조기 진단과 체계적인 치료의 필요성을 강조하고 있

다. 임상적으로는 산후우울증에 효과적인 개입 수단으로 상담, 심리치료, 약물치료 등이 제시되고 있으며, 산후우울증은 비교적으로 예후가 좋은 질환으로 분류된다. 그러나 치료 시기를 놓치거나 사회적 지원 없이 방치될 경우 증상이 만성화되거나 악화되어 산모의 삶의 질을 심각하게 저해할 수 있으며, 부부 갈등, 가족 내 기능 약화, 모아(母兒) 애착 관계의 불안정, 영아의 정서·인지 발달 지연 등 다양한 부정적인 파급효과를 초래할 수 있다. 심각한 경우에는 산후정신병(postpartum psychosis)으로 진행되거나 산모가 극단적 선택을 시도하는 등 위기 상황으로 이어질 가능성도 존재한다.

이처럼 산후우울증은 개인적인 차원의 정신건강 문제에 국한되는 것이 아니라, 아동 발달과 가족 단위의 기능, 사회 전체의 인구구조 변화에 영향을 미칠 수 있는 중대한 문제이다. 특히 출산율이 급격히 저하되어 초저출산 국면에 접어든 한국 사회에서는 출산 이후 산모가 겪는 심리적 고통과 양육 스트레스에 대한 사회적 대응이 더욱 중요하기 때문에 산후 정신건강 문제에 대한 체계적 개입이 필요하다.

정부는 「제4차 저출산·고령사회 기본계획(2021~2025)」의 ‘생애전반성·재생산 건강 보장’ 영역 중 ‘건강한 임신·출산 지원’ 세부 분야 내에서 산후 정신건강 관리를 하나의 핵심 과제로 설정하여 추진하고 있다. 또한 2023년 국정감사에서는 최근 5년간 산후우울증이 급증하고 있다는 점이 지적되었으며, 이에 따라 예방 중심의 접근과 임신·출산 전 과정에 대한 포괄적 지원이 강화되어야 한다는 정책적 요구가 제기되었다. 더불어 정부가 2024년 6월 19일 발표한 「저출생 추세 반전을 위한 대책」에서도 건강한 출산을 지원하기 위한 방문건강관리 서비스의 필요성이 언급되어 있다. 이러한 배경하에 보건복지부는 출산 이후 초기 양육기 전반에 걸쳐 산모와 신생아의 건강을 종합적으로 지원하기 위해 ‘생애초기 건강관리

사업’을 추진하고 있다. 이 사업은 간호사 등 전문 인력이 임산부 및 영아가 있는 가정을 직접 방문하여 산모의 건강 상태와 정서적 안녕, 신생아의 발달 상태, 가족 내 돌봄 환경 등을 포괄적으로 점검하고 개입하는 방식으로 운영된다. 특히 산모가 산후우울 고위험군으로 분류될 경우, 단순히 정보를 제공하는 수준을 넘어 정기적 방문과 사례관리, 정신건강복지센터 등 전문 기관과의 연계를 통해 지속적이고 밀도 있는 심리사회적 지원이 이루어질 수 있도록 체계가 설계되어 있다. 그러나 2024년 현재 전국 15개 시도의 67개 보건소에서만 추진되고 있는 실정이다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a).

본 연구는 위와 같은 정책적·사회적 배경을 바탕으로 산후우울감 및 산후우울증에 대한 실태를 구체적으로 파악하고, 최근 시행되고 있는 생애초기 건강관리 사업의 운영 현황과 추진 성과를 평가함으로써, 산모와 신생아의 정신적·신체적 건강 증진을 위한 정책적 개선 방향을 제시하고자 한다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다. 첫째, 산후우울감 및 산후우울증의 유병률과 변화 양상 등 실태를 정량적·정성적으로 분석하고, 둘째, 산후우울의 발생에 영향을 미치는 주요 요인과 산후우울이 산모의 추가 출산 의향에 미치는 영향을 실증적으로 규명하며, 셋째, 현재 정부가 추진 중인 산후기 정신건강 지원사업과 생애초기 건강관리 사업의 내용과 성과를 분석하고, 넷째, 이러한 분석을 바탕으로 향후 산후 정신건강 문제에 대한 국가 차원의 대응 정책의 방향성을 설계하고, 산모와 신생아의 건강 증진을 위한 보다 통합적이고 실효성 있는 정책적 지원 방안을 제안하고자 한다.

## 제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구는 산후우울감 및 산후우울증에 대한 실태를 파악하고, 산모와 신생아의 정신적·신체적 건강 증진을 위한 정책적 개선 방향을 제시하기 위해 다음의 내용을 포함하고 있다. ‘제1장 서론’에서는 본 연구의 배경과 연구의 세부 목적, 연구의 주요 내용과 방법을 기술한다. ‘제2장 이론적 배경’에서는 산후우울감과 산후우울증의 개념을 정리하고, 의학적·심리학적 정의와 유형 등을 고찰한다. 또한 산후우울을 측정하기 위해 널리 사용되는 대표적인 도구인 EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), PHQ 등 국내의 주요 평가도구의 특징과 산후우울의 진단 기준을 설명한 후, 산후우울을 주제로 분석한 기존 연구들을 고찰한다. ‘제3장 산후우울 관련 정책 현황’에서는 산후우울 예방 및 치료와 관련된 정책 및 사업 현황을 소개한다. 보건소 중심의 산후건강지원, 정신건강복지센터 및 병의원과의 연계 사업, 정부 및 지자체의 정신건강증진 프로그램 등 산후 정신건강 관련 정책적 개입 사례를 검토하고, 그 운영 방식과 대상, 서비스 내용을 분석한다. ‘제4장 산후우울 심층 분석’에서는 「가족과 출산 조사(한국보건사회연구원, 2024)」 및 「산후조리 실태조사(보건복지부, 2024)」를 활용하여 산모의 산후우울 경험 여부, 발생률, 대처 방식 등 산후우울의 경험을 통계적으로 파악한다. 국민건강보험조사 데이터를 활용하여 산후우울증 유병률을 산출하고, 이를 기반으로 연령, 출산 순위, 소득 등에 따른 집단별 차이를 분석하여, 산후우울의 현황과 특징을 다면적으로 제시한다. 또한 산후우울에 영향을 미치는 요인들을 이론적으로 검토하고, 산후우울을 다면적으로 이해하기 위한 분석적 틀을 제공한다. 이를 토대로 「가족과 출산 조사(한국보건사회연구원, 2024)」 및 「산후조리 실태조사(보건복지부, 2024)」 등 실증자료를 활용하여 산후우

울에 영향을 미치는 주요 요인을 계량적으로 분석하고, 이러한 정신건강 상태에 따른 출산의 경험이 여성의 추가 출산 결정에 어떠한 영향을 미치는지를 파악한다. ‘제5장 산후우울 경험 질적 분석’에서는 양적 분석의 한계를 보완하기 위하여 산모의 산후우울 경험 및 산후 정신건강 정책 경험 등을 초점집단인터뷰(FGI)의 결과를 통해 분석한다. 최근 출산한 산모를 대상으로 심층적인 면담을 실시하여 산후우울이 발현되는 맥락, 경험의 구체적 양상, 개인이 인식하는 원인, 정책 이용과 정책 요구 등을 제시한다. ‘제6장 결론’에서는 앞선 장들의 논의를 종합하여 산후우울 예방과 관리, 정신건강증진을 위한 정책적 개선 방안을 제안한다. 특히 현재 산후 정신건강 정책의 한계를 지적하고, 정책 수요자인 산모의 관점에서 정책 시사점을 도출한다.

본 연구는 산후우울의 실태를 다양한 각도에서 분석하고, 산후 정신건강증진을 위한 정책적 방안을 도출하기 위해 문헌 고찰, 통계 분석, 실태조사 자료 분석, 질적 조사, 전문가 자문 등의 연구 방법을 병행하여 수행한다. 연구 추진의 주요 방법은 다음과 같다. 우선, 산후우울에 대한 주요 개념을 정립하고, 분석틀을 설정하기 위하여 국내외의 선행연구와 학술 문헌을 종합 검토하고 이를 통해 산후우울의 정의, 진단 기준, 측정 도구, 영향 요인에 대한 이론적 논의를 정리한다. 또한, 산후우울 현상의 인구학적 배경 및 구조적 맥락을 이해하기 위하여 통계청의 출생 통계 등 국가승인통계를 분석한다. 더불어 산후우울에 대한 실태 파악과 원인 규명을 위해 전국 단위에서 시행된 다음과 같은 실태조사 자료를 활용하였다. 한국보건사회연구원이 실시한 「2024년도 가족과 출산 조사」(승인번호: 제331001호)는 산후우울 경험, 대처 방식, 가족과의 관계, 추가 출산의향 등 산후 경험 전반에 대한 정보를 제공한다. 보건복지부가 수행한 「2024년도 산후조리 실태조사」(통계청 승인번호: 제117101호)는 산후

우울 경험 여부, 경험 기간, 산후우울의 영향 요인 등을 포함하고 있어 산후우울에 대한 실태 파악이 가능하다. 이 두 가지 자료는 산후우울 관련 변수의 연관성을 분석하기 위한 기초 자료로, 교차분석 및 회귀모형 등 계량적 분석 방법을 적용하여 산후우울의 주요 결정요인 및 출산 의향에 미치는 영향을 실증적으로 검토하는 데 활용하였다.

정량 분석의 한계를 보완하고 산모의 경험을 심층적으로 이해하기 위하여, 출산 후 3년 이내의 산모를 대상으로 초점집단인터뷰(FGI)를 실시한다. 조사 내용은 다음의 항목으로 구성된다. 산후 정신건강 상태 진단을 위해 대한의학회와 대한신경정신의학회가 제시한 한국어판 에딘버러 산후우울 척도(EPDS) 10문항을 활용하여 산모의 현재 산후 정신건강 상태를 점검하고, 연령, 혼인 및 출산 이력, 건강 상태 등 산모의 일반적 특성, 가구소득, 고용 상태, 배우자 및 가족의 양육 지원 여부, 분만 방식, 모유수유 여부, 산후조리원 이용 등 출산 관련 특성, 생애초기 건강관리 사업의 인지도, 필요도, 만족도, 서비스 이용 경험 및 정책적 욕구 등 정부 정책 관련 인식과 요구 등에 대해 산모의 경험과 인식을 질문한다. 참여자는 지역별·연령별 다양성을 고려하여 모집된 대상자를 중심으로 진행하며, 사례 기반 분석을 통해 제도 이용의 실제 맥락과 개선점을 도출한다.

[그림 1-2] 연구체계도

주요 주제	연구 내용 및 방법	
	연구 내용	연구 방법
산후우울의 개념과 실태	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 산후우울감과 산후우울증의 정의</li> <li>• 산후우울의 발생률 등 실태</li> <li>• 인구통계 특성(연령, 출산순위, 소득 등)에 따른 집단별 차이</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 문헌 분석</li> <li>• 「2024 가족과 출산조사」, 「2024 산후조리 실태조사」, 국민건강보험 통계 분석</li> </ul>
이론적 배경 및 정책 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 산후우울 측정 도구(EPDS, PHQ 등)의 특징 및 활용 방식</li> <li>• 산후우울에 영향을 미치는 생물학적·사회심리적 요인 관련 이론</li> <li>• 국내 산후 정신건강 지원 정책(보건소, 정신건강센터, 지자체 사업 등) 현황</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국내외 선행연구 및 정책 문헌 검토</li> <li>• 통계청 및 보건복지부, 지자체 공공 자료 분석</li> </ul>
산후우울 경험과 영향 요인 및 출산과의 관계	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 산후우울의 경험: 산후우울이 발현되는 맥락, 경험의 구체적 양상, 개인이 인식하는 원인</li> <li>• 산후우울에 영향을 미치는 주요 요인</li> <li>• 산후우울 경험이 여성의 추가 출산 결정에 미치는 영향 분석</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초점집단인터뷰(FGI)</li> <li>• 2차 자료를 활용한 계량분석</li> </ul>
산후우울 관련 정책 이용과 개선 요구	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 산모의 정책 인지도, 필요도, 만족도 등 수요 기반 평가</li> <li>• 제도적 한계와 개선 요구 도출</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초점집단인터뷰(FGI)</li> </ul>
결론	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 연구 결과 종합 및 정책 개선 방안</li> </ul>	



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 제2장

### 이론적 배경

제1절 산후우울의 개념 및 유형

제2절 산후우울의 측정 도구 및 진단 기준

제3절 산후우울 관련 선행연구



## 제2장 이론적 배경

### 제1절 산후우울의 개념 및 유형

#### 1. 주산기 우울증(perinatal depression)

주산기 우울증은 임신 중 또는 출산 후 1년 이내에 발생하는 기분장애로, 임신기 우울과 산후우울을 모두 포함하는 개념이다. 미국정신의학회(American Psychiatric Association)의 「정신질환 진단 및 통계 편람 제5판, 개정판(DSM-5-TR)」(2024)에 따르면, '산후우울증(postpartum depression)'은 독립된 진단명으로 구분되지 않고, '주산기 우울증(peripartum 또는 perinatal depression)'이라는 포괄적 진단 범주에 포함된다. 이는 우울이 임신기에 시작해서 산후까지 이어지는 경우가 있기 때문이다(Mayo Clinic, 2025). DSM-5-TR은 임신 중 또는 출산 후 4주 이내에 시작되는 주요 우울 삽화(major depressive episode)를 주산기 발병(peripartum onset)이라는 명시자를 통해 진단하고 있다(APA, 2024).

주요 우울 장애(Major Depressive Disorder, MDD)는 여성의 생애 전반에 걸쳐 다양한 시기에 발생할 수 있으며, 특히 생식과 관련된 사건과 밀접한 연관을 보인다. 수정(conception)과 출산(delivery) 사이의 시기, 즉 임신 기간 동안 여성의 약 9%는 주요 우울 삽화(major depressive episode)를 경험하는 것으로 보고된다(APA, 2024). DSM-5-TR(APA, 2024)은 주산기 발병(peripartum onset) 사양을 명시하여, 기분장애의 발생 시기가 임신 중이거나 출산 후 4주 이내일 경우 이를 구분하여 진단

할 수 있도록 하고 있다. 이 시기의 주요 기분 삽화는 정신병적 증상(psychotic features)을 동반할 수도 있다. 특히, 드물게 발생하는 영아 살해(infanticide) 사례는 영아를 죽이라는 명령적인 환청(command hallucinations)이나 영아가 악령에 쫓겼다는 망상(delusion) 등 정신병적 산후 삽화(postpartum psychotic episodes)와 깊은 관련을 보인다(APA, 2024).

〈표 2-1〉 주산기 우울증 진단 기준(DSM-5-TR)

<p><b>주산기 발병 동반</b></p> <p>이 명시자는 기분 증상의 시작이 임신 기간 중 또는 분만 후 4주 이내에 일어나면 현재 주요우울 삽화(주요 우울 장애가 현재 부분 혹은 완전 관해에 있다면 가장 최근 주요우울 삽화)에 적용한다.</p> <p>주의점: 기분 삽화는 임신 중 또는 출산 후에 발병할 수 있다. 산후 주요 우울 삽화의 50%는 분만 이전에 시작된다. 그래서 이 삽화들을 일괄하여 주산기 삽화로 부른다.</p> <p>정신병적 양상이 동반된 산후 기분(주요우울 또는 조증) 삽화는 500~1,000분만 건당 1건의 비율로 나타나고, 초산부에게서 더 흔하다. 정신병적 양상이 있는 산후 삽화의 위험률은 과거에 산후 정신병적 기분 삽화를 경험한 여성들에서 특히 증가하지만, 우울 혹은 양극성장애(특히 제I형 양극성장애)의 과거력이 있는 경우와 양극성장애의 가족력이 있는 경우에도 위험률이 올라간다.</p> <p>주산기 여성은 우울 증상을 일으킬 수 있는 갑상선 이상과 다른 의학적 상태 때문에 우울 장애의 위험률이 더 높다. 우울 증상이 주산기와 관련되는 다른 의학적 상태 때문이라고 판단되면 주산기 발병의 주요 우울 삽화 대신에 다른 의학적 상태로 인한 우울장애로 진단 내려야 한다.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

출처: “DSM-5-TR 간편 정신질환진단통계편람”, APA, 2024, APA, pp. 165-166.

DSM-5-TR(APA, 2024)의 진단 체계에 따르면, 산후우울증을 포함한 주요 우울 장애(Major Depressive Disorder, MDD)는 특정한 증상군이 일정 기간 이상 지속될 때 진단된다. 진단을 위해서는 우울한 기분 또는 흥미 및 즐거움의 상실 중 적어도 하나가 반드시 포함되어야 하며, 이 외에도 수면장애, 식욕 변화, 에너지 저하, 자책감, 집중력 저하, 정신운동성 초조 혹은 지체, 자살 사고 등 다양한 증상 중 일부가 함께 관찰되어

야 한다. 이러한 증상은 최소 2주 이상 지속되어야 한다(APA, 2024, pp.152-153).

〈표 2-2〉 주요 우울 장애(Major Depressive Disorder) 진단 기준

- 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.  
주의점: 명백히 다른 의학적 상태로 인한 증상은 포함되지 않아야 한다.
- 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)
  - 거의 매일, 하루 중 대부분, 거의 또는 모든 일상 활동에 대해 흥미나 즐거움이 뚜렷하게 저하됨.
  - 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)
  - 거의 매일 나타나는 불면이나 과다 수면
  - 거의 매일 나타나는 정신 운동 초조나 지연(객관적으로 관찰 가능함, 단지 주관적인 좌불안석 또는 처지는 느낌뿐만이 아닌)
  - 거의 매일 나타나는 피로나 활력의 상실.
  - 거의 매일 무가치감 또는 과도하거나 부적절한 죄책감(망상적일 수도 있음)을 느낌(단 순히 병이 있다는 데 대한 자책이나 죄책감이 아닌)
  - 거의 매일 나타나는 사고력이나 집중력의 감소 또는 우유부단함(주관적인 설명에 의하거나 타인에 의해 관찰 가능한)
  - 죽음에 대한 반복적인 생각(단기 죽음에 대한 두려움이 아닌), 구체적인 계획 없이 반복되는 자살 사고, 구체적인 자살 계획, 또는 자살 시도
- 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: 진단 기준 A부터 C까지는 주요 우울 삽화를 구성한다.  
주의점: 중요한 상실(예: 사별, 재정적 파탄, 자연 재해로 인한 상실, 심각한 질병이나 장애)에 대한 반응으로 진단 기준 A에 기술된 극도의 슬픔, 상실에 대한 반추, 불면, 식욕 저하, 그리고 체중 감소가 나타날 수 있고 이는 우울 삽화와 유사하다. 비록 그러한 증상이 이해 가능하고 상실에 적절한 반응이라고 간주할지라도, 중요한 상실에 대한 정상 반응에 덧붙여 주요 우울 삽화가 존재할 수 있음을 신중하게 고려해야 한다. 이 결정을 위해서는 개인의 과거력과 상실의 고통 표현의 문화 규준에 근거한 임상적 판단 훈련이 반드시 필요하다.
- D. 최소 1회의 주요 우울 삽화가 조현정동장애로 더 잘 설명되지 않으며 조현병, 조현양상 장애, 망상장애, 달리 명시되는, 그리고 명시되지 않는 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애와 겹쳐서 나타나지 않는다.
- E. 조증 삽화 혹은 경조증 삽화가 존재한 적이 없다.  
주의점: 조증 유사 혹은 경조증 유사 삽화가 물질로 유발되거나 다른 의학적 상태의 생리적 효과로 인한 경우라면 이 제외 기준을 적용하지 않는다.

출처: "DSM-5-TR 간편 정신질환진단통계편람", APA, 2024, APA, pp.152-153.

주산기 우울증은 임신 중이나 출산 후 1년 이내에 약 7명 중 1명꼴로 발생하는 흔하면서도 잠재적으로 심각한 기분장애이다. 구체적인 증상으로는 지속적인 슬픔과 무기력, 흥미 및 의욕 상실, 수면장애, 식욕 저하 또는 과다, 자존감 저하, 자기 비난, 죄책감, 불안, 짜증, 아기와 애착 곤란, 절망감, 사고력 저하, 가치감 상실 등이 있다. 주산기 우울증은 산 후 자살 위험 증가와 관련이 있으며, 자살은 산후 사망 원인 중 두 번째로 흔한 원인이라는 점에서 주목할 필요가 있다(Hutcherson et al., 2020). 주산기 우울증은 일반적인 우울증과 유사한 증상을 보이지만, 출산이라는 생리적·심리 사회적 사건과 긴밀하게 연결되어 있으며, 조기 발견 및 치료가 이루어지지 않으면 수개월 이상 지속되며, 부모의 양육 기능 저하, 가족관계 악화, 자녀의 정서·행동 발달에도 부정적인 영향을 미칠 수 있다(Valdes et al., 2023).

따라서 주산기에 발생하는 우울증의 선별과 치료는 모자보건 영역에서 핵심적인 영역으로 다루어져야 할 것이다. 조기 발견을 위해 표준화된 도구인 에딘버러 산후우울척도(EPDS) 등을 활용하여 정기적으로 검진받을 수 있도록 지원해야 한다. 우울증으로 진단받게 되면 신속하게 심리상담 및 치료, 자조 집단의 참여, 약물치료(항우울제) 등을 병합하여 개입될 수 있도록 지원해야 할 것이다. 그러나 한 연구에 따르면 주산기 우울증의 약 50%는 미진단 상태로 남아 있는데, 이는 증상 호소에 대한 낙인, 지원 부족에 대한 우려 등으로 인해 당사자가 도움 요청을 회피하는 경향과 관련되어 있다(Zauderer, 2009). 주산기 우울증에 대한 사회적인 인식을 제고하고 낙인을 해소하며 정신건강 지원 정책에 대한 접근성을 강화하는 것은 임신부와 영아의 건강을 보호하기 위한 필수적인 정책과제라고 볼 수 있다.

## 2. 산후우울감과 산후우울증

산욕기(puerperium)는 여성에게 있어 심리적 및 신체적 변화가 극심하게 나타나는 시기로, 정서적 취약성이 크게 증가하는 시기로 간주된다(Tosto et al., 2023). 이 시기 출산모에게 나타날 수 있는 정서적 반응은 통상적으로 산후우울감(maternity blues, postpartum blues)과 산후우울증(postpartum depression)을 포함하는 산후 정서장애(postnatal mood disorder)의 연속선상에서 이해된다. 이 두 현상은 증상의 발현 시기, 지속 기간, 정서적 강도, 그리고 일상생활 기능에 미치는 영향 면에서 명확한 차이가 있으며, 이러한 차이는 임상적 개입의 필요성과 중재 시기의 결정에 중요한 근거로 작용한다.

‘머터니티 블루(maternity blues)’ 또는 비공식적 표현인 ‘베이비 블루(baby blues)’라고도 불리는 산후우울감(postpartum blues)은 산후우울 스펙트럼 중 가장 경미한 형태로 간주되며, 일시적이고 경미한 정서적 반응이다. 즉, 전체 산모의 약 85%가 경험하는 일시적 감정 기복 상태이다(Newport et al., 2002). 산후우울감은 분만 후 2~4일 이내에 시작되어 대개 4일째에 증상이 최고조에 달하고, 10일이 경과한 후 자연 호전되는 경향을 보이므로 임상적 모니터링 외의 적극적 치료는 통상적으로 필요하지 않다. 산후우울감은 「정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)」 또는 국제질병분류(International Classification of Diseases, ICD)와 같은 정신질환 분류체계에서 공식적인 정신질환으로 판단되지 않으며, 대체로 출산 직후의 생리적, 호르몬성 변화에 의해 유발되는 일시적이고 경미한 정서적 변화 상태로 간주된다. 주요 특징은 갑작스러운 기분 변화, 예컨대 특별한 우울감 없이 갑작스럽게 눈물을 흘리는 모습 등으로 나타나며, 이는

사회적·직업적 기능 손상을 일으키지 않는다는 점에서 병적 우울과 구별된다(Carlson et al., 2025; ACOG, 2023). 일반적으로 산후우울감은 치료 없이 자연적으로 회복되는 정서적 상태로 분류되지만 정확한 진단은 쉽지 않다. 이는 그 상태에 대한 국제적 합의가 이루어진 정의가 존재하지 않고 일관된 진단 도구 또한 확립되어 있지 않기 때문이다. 이로 인하여 산후우울감의 유병률에 대해서도 국가 및 문화권에 따라 이질성이 매우 크며, 보고된 범위에 있어 상당한 불일치와 변동성이 존재한다(Tosto et al., 2023). 산후우울감은 병리적 기분장애라기보다는 산후 생리적 전환기 동안의 일시적 정서 반응이며 일상생활의 기능 수행에 큰 지장을 주지는 않지만, 일부 산후우울증으로 이행될 가능성이 있기 때문에 정서적 안정에 대한 주의가 요구된다.

보다 심각한 형태의 정서 장애인 산후우울증(postpartum depression)은 분만 이후 약 4주 이내에 발생하는 주요 우울 삽화(major depressive episode)로 정의된다. 주산기 우울증과 마찬가지로 산후우울증은 미국정신의학회(American Psychiatric Association)가 발간한 「정신질환의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)」에 따라 진단된다. 정신질환 진단 및 통계 편람(DSM)은 신뢰할 수 있는 정신질환 분류 및 진단을 위한 국제적 기준으로, 현재는 제5판 수정판(DSM-5-TR)이 사용되고 있다(APA, 2024). 정신질환 진단 및 통계 편람 제5판 수정판(DSM-5-TR)에서는 산후우울증을 ‘주요 우울 장애(Major Depressive Disorder)’의 하위 항목으로 분류하고 있다. 출산 후 12개월 이내에 발생하는 주요 우울 삽화의 최적 추정 유병률은 약 7% 미만으로 보고되고 있다(APA, 2024).

한편, 산후우울증은 “출산 후 4주에서 6주 사이, 즉 산육기 동안 우울한 기분, 심한 불안감, 불면, 과도한 체중 변화, 의욕 저하, 집중력 저하,

자기 자신에 대한 가치 없음 또는 죄책감을 경험하며, 심하면 자살이나 죽음에 대한 생각 등으로 인해 일상생활에서 기능 저하를 초래하는 질환”이라고 정의되기도 한다(서울대학교병원, 연도미상). 이러한 정의에 따른 산후우울증은 출산 이후 여성에게 발생할 수 있는 가장 흔한 정신건강 합병증 중 하나로, 임신부의 약 10%에서 22% 사이에서 발생하는 것으로 보고된다(McCurdy et al., 2017).

산후우울증의 진단 시기를 둘러싼 논의도 지속되고 있다. 정신질환 진단 및 통계 편람 제5판 수정판(DSM-5-TR)에 따르면, 산후우울증은 ‘주요 우울 장애(Major Depressive Disorder)’의 하위 진단으로 규정되며, 우울 삽화가 임신 중이거나 출산 후 4주 이내에 시작된 경우를 ‘주산기 발병(peripartum onset)’ 사양(specifier)으로 명시한다(APA, 2024). 이에 따라 정신질환 진단 및 통계 편람(DSM)의 기준에서는 출산 후 4주까지를 산후우울증 발생 시기로 인정한다. 국제질병분류 제11판(ICD-11)에서는 산후우울증을 ‘산욕기 관련 정신 및 행동 장애(mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium)’의 하위 항목으로 포함하고 있으며, 산욕기인 출산 후 6주 이내에 시작된 기분장애를 이 범주에 포함시킨다(WHO, 2025). 따라서 ICD-11에서는 출산 후 6주까지를 산후우울증 진단에 포함되는 기간으로 본다. 세계보건기구(WHO)의 “Guide for Integration of Perinatal Mental Health into Maternal and Child Health Services”에서는 산후우울증을 ‘출산 직후부터 1년 이내에 발생할 수 있는 주요 기분장애(WHO, 2022, p.5)’로 정의하고 있다.

선행연구는 산후우울증의 개념을 정의함에 있어서 다양한 시간적 범위를 포함하고 있다. Wisner et al.(2002)에 따르면, 역학적 관점에서 산후우울증은 출산 후 3개월까지 발생하는 우울 증상을 포함하는 것이 일반

적으로 수용되는 개념이며, Forty et al.(2006)과 O'Hara & McCabe(2013)는 산후우울증을 출산 후 6개월 이내에 발병하는 주요 우울 장애로 정의하고 있고, Beck & Gable(2001), Stuart-Parrigon & Stuart(2014), Carlson et al.(2025)은 산후우울증을 출산 후 1년 이내에 나타나는 주요 우울 삽화로 정의하고 있다. 더 나아가 안영미와 김정현(2003)은 그 범위를 출산 후 24개월까지 확장하여 산후우울증 유병률을 분석하였다.

산후우울증은 단순한 정서적 변화가 아닌 주요 우울 장애와 유사한 증상을 동반하는 질환이다. 주요 진단 기준으로는 흥미 및 식욕의 저하, 수면장애, 불안 및 과민성, 만성 피로감, 우울감, 집중력 감소, 압도감, 죄책감, 정신운동 지연 및 자살 사고 등이 포함된다(APA, 2024). 산후우울증은 정상적인 '산후우울감(maternity blues)'과 구별되며, 조기 개입이 없다면 심각한 정신건강 문제로 발전할 수 있다. WHO는 산후우울증을 단순히 개인의 적응 문제로 보지 않고, 사회적·의료적 개입이 필요한 공중보건 이슈로 간주한다. 또한 산후우울증은 산모 개인의 정서적 고통을 넘어, 모아상호작용, 양육 태도, 아동의 인지 및 정서 발달 등 다양한 건강결과와 직결된다는 점에서 다차원적인 개입이 요구된다(WHO, 2022).

정신병적 양상을 수반하는 산후 기분장애는 산욕기 여성에게 발생할 수 있는 가장 중증의 정신질환 유형 중 하나로 분류된다. 관련 역학 연구에 따르면, 정신병적 증상을 동반한 산후 주요우울 또는 조증 삽화는 출산 500~1,000건당 약 1건의 비율로 발생하며, 초산부(primiparous women)에게서 더 높은 발생률을 보이는 경향이 있다(APA, 2024). 이러한 산후 정신병(postpartum psychosis) 위험은 이전에 산후 정신병적 삽화를 경험한 병력이 있는 여성에게서 특히 높게 나타나며, 이 외에도 우울장애 또는 양극성장애(특히 제I형 양극성장애)의 진단 병력, 그리고 양극성장애의 가족력이 있는 경우에도 발병 위험이 유의하게 증가한다.

이와 같은 병력적 요인은 산후 정신병적 삽화의 선별과 예방을 위한 임상적 사전 평가에서 핵심적인 요소로 간주된다(APA, 2024). 한편, 산후 정신병은 산욕기 섬망(puerperal delirium)과 감별이 요구되며, 인식 저하 및 주의력의 변동성을 특징으로 하는 섬망과는 병태생리 및 증상 양상에서 명확히 구분된다(APA, 2024). 정신병적 양상을 수반한 산후 삽화가 한 차례 발생한 여성의 경우, 다음 분만 이후 동일한 증상이 재발할 확률은 약 30~50%에 이르는 것으로 보고된다(O'Hara & Wisner, 2014).

## 제2절 산후우울의 측정 도구 및 진단 기준

임신 중, 출산 후 모든 여성에 대해 정신건강 이력과 현재의 심리 상태를 함께 평가하는 것이 국제적으로 권고되고 있으며(O'Connor et al., 2016), 산전·산후우울증의 선별과 역학적 조사 및 진단을 위한 다양한 설문 도구가 활용되고 있다. 공공보건 및 정책 지원에 있어 산후우울증의 진단을 위한 측정 도구의 타당성과 신뢰도를 확보하는 것은 매우 중요하다. 본 절에서는 현재 임상 및 연구의 영역에서 사용되는 대표적인 산후우울 측정 도구를 중심으로 각 도구의 구조, 문항 구성, 평가 기준 등에 대해 살펴보고자 한다.

### 1. 에딘버러 산후우울척도(EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale)

에딘버러 산후우울척도(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)는 산후우울에 특화된 선별 도구로서, 출산 후 6주 이내 및 12주

내에 이루어지는 선별검사에 전 세계적으로 가장 널리 활용되고 있다. 미국 예방 서비스 특별 전담 조직(US Preventive Services Taskforce)은 임신부 대상 우울 선별 도구로 에딘버러 산후우울척도(EPDS)의 사용을 권장한 바 있다(Siu & USPSTF, 2016). 에딘버러 검사(EPDS)는 Cox et al.(1987)이 개발한 10문항의 자기보고식 선별 도구로, 출산 후 1주일 동안 산모가 경험한 감정 상태를 측정하는 데 사용된다. 각 문항은 0점부터 3점까지 4점 척도로 구성되어 있고, 총점은 0~30점이다. 일반적으로 10점 이상은 우울증 고위험군으로 판단하고 13점 이상은 임상적 개입이 필요한 수준의 고위험군으로 본다. 산후우울의 진단 도구를 활용한 기존 연구를 분석한 연구(Ukatu et al., 2018)에 따르면 분석 대상으로 포함된 논문의 약 70.8%에서 에딘버러 검사(EPDS)가 활용되었는데, 이는 그 유효성과 범용성을 방증한다. 민감도는 22.2%에서 96%까지 매우 다양한 값으로 보고되었으며 이는 선별 시점이나 대상군에 따라 민감도에 큰 편차가 있음을 시사한다.

〈표 2-3〉 에딘버러 산후우울척도 문항(영어판)

1. I have been able to laugh and see the funny side of things.
2. I have looked forward with enjoyment to things.
3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.
4. I have been anxious or worried for no good reason.
5. I have felt scared or panicky for no very good reason.
6. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping.
7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping.
8. I have felt sad or miserable.
9. I have been so unhappy that I have been crying.
10. The thought of harming myself has occurred to me.

출처: “Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Calculator”, Focus Information Technology, n.d., <https://perinatology.com/calculators/Edinburgh%20Depression%20Scale.htm>. 저작권 2014. Focus Information Technology.

한국어판 에딘버러 검사(EPDS)는 다양한 연구에서 타당도와 신뢰도가 입증되어, 보건소, 병원 및 지역 보건(community healthcare) 영역에서 선별 도구로 활용되고 있다(Kim et al., 2008). 한국어판 에딘버러 검사(EPDS)의 문항은 다음과 같이 총 10 문항으로 구성되어 있다(〈표 2-4〉 참조).

에딘버러 검사(EPDS)는 문항이 간단하고 소요 시간이 짧아 비용 효율적이어서 일차의료기관, 보건소, 지역사회 보건 관련 종사자 등 다양한 수준에서 적용이 가능하다(WHO, 2022, p.12). 에딘버러 검사(EPDS)의 결과는 정식 진단을 대체하지 않으며, 양성 판정 시에는 정신건강 전문의에 의한 진단 및 치료로 연계되는 체계가 필요하다. 다만, 에딘버러 검사(EPDS)는 산후 2주 이내에 시행할 경우 일시적 정서변화인 ‘산후우울감(baby blues)’과 구분이 어렵다는 문제가 있으며, 신체 증상(피로, 수면 장애 등)은 배제되어 있어 일부 산후우울 증상을 포착하지 못할 수 있다는 한계도 제기되고 있다(Ukatu et al., 2018).

〈표 2-4〉 에딘버러 검사(산후우울척도) 문항(한국어판)

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 그렇지 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 안절 부절 못하였다.	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 그렇지 않았다.	전혀 그렇지 않았다.
8. 슬프거나 비참하다고 느꼈다.	대부분 그랬다.	가끔 그랬다.	자주 그렇지 않았다.	전혀 그렇지 않았다.
9. 불행하다고 느껴서 울었다.	대부분 그랬다.	가끔 그랬다.	자주 그렇지 않았다.	전혀 그렇지 않았다.
10. 자해하고 싶은 마음이 생긴 적이 있다.	자주 그랬다.	가끔 그랬다.	거의 그렇지 않았다.	전혀 그렇지 않았다.

출처: “2025년 지역사회 통합건강증진사업안내(여성·어린이 특화)”, 보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025b, p.23.

에딘버러 검사(EPDS)는 문항이 간결하고 검사에 소요되는 시간이 짧다는 점에서 미국 산부인과학회(ACOG)에서 산후우울을 측정하는 데 사용하는 진단 도구로 권장하고 있으며(ACOG, 2015), 산후우울 선별의 국제 표준 도구로서 널리 활용되고 있다.

## 2. Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)

PHQ-9는 미국정신의학회(American Psychiatric Association)의 정신질환 진단 및 통계 편람(DSM)에서 제시하고 있는 주요 우울 장애 진단 기준을 반영하여 설계된 9문항에 대한 자기보고식 도구로, 일반 우울증 선별뿐 아니라 산후우울증 평가에도 활용된다(Kroenke et al., 2001). 총 점수는 0~27점이며, 일반적으로 5점 이상이 경도, 10점 이상이 중등도 우울 위험을 의미한다. 흥미나 즐거움 상실, 우울하거나 침체된 기분, 수면 문제(과도한 수면 또는 불면), 피로감 또는 에너지 상실, 식욕 변화, 자신에 대한 부정적인 생각, 집중력 저하, 느린 행동 또는 과도한 초조함, 자살에 대한 생각 등에 관해 지난 2주간의 감정을 측정한다.

PHQ-9는 정신의학적 진단 기준을 토대로 하기 때문에 우울증 전반을 측정할 수 있으나, 산후 시기 특유의 정서나 신체 증상은 충분히 반영하지 못한다는 한계를 지닌다. 산후우울의 진단 도구를 활용한 논문을 분석한 연구(Ukatu et al., 2018)에 따르면, 일반 인구를 대상으로 한 대규모 연구에서는 민감도와 특이도가 각각 약 88%로 매우 높게 보고되었지만, 산후 여성 대상 연구에서는 다소 낮은 민감도가 보고되었는데, 이는 산후 우울 선별에서는 채점 방법이 결과에 상당한 영향을 미칠 수 있음을 보여준다. 또한, PHQ-9은 신체 증상 항목이 많아 산후 신체 변화와 우울 증상을 구분하기 어렵고, 이로 인해 특이도가 낮아질 수 있다는 비판도 있

다(Ukatu et al., 2018). 그러나 간결하고 표준화된 점수체계를 가지고 있고 비용 효율적이어서 임상에서 활용도는 높다(Kroenke et al., 2001; WHO, 2022, p.12). 특히, 미국 산부인과학회(ACOG)는 문항이 적고 검사 소요시간이 짧다는 점에서 EPDS, BDI와 함께 산후우울을 측정하는 데 사용하는 진단 도구로 권장하고 있다(ACOG, 2015).

〈표 2-5〉 PHQ-9 산후우울척도 문항(한국어)

<p>(0점) 전혀 아니다 (1점) 여러 날 동안 (2점) 일주일 이상 (3점) 거의 매일</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없다고 느꼈다.</li> <li>2. 평소 하던 일에 대한 흥미가 없어지거나 즐거움을 느끼지 못했다.</li> <li>3. 잠들기가 어렵거나 자꾸 깼다/혹은 너무 많이 잤다.</li> <li>4. 평소보다 식욕이 줄었다/혹은 평소보다 많이 먹었다.</li> <li>5. 다른 사람들이 눈치 챌 정도로 평소보다 말과 행동이 느려졌다/혹은 너무 안절부절 못해서 가만히 앉아있을 수 없었다.</li> <li>6. 피곤하고 기운이 없었다.</li> <li>7. 내가 잘 못했거나, 실패했다는 생각이 들었다/혹은 자신과 가족을 실망시켰다고 생각했다.</li> <li>8. 신문을 읽거나 TV를 보는 것과 같은 일상적인 일에도 집중할 수가 없었다.</li> <li>9. 차라리 죽는 것이 더 낫겠다고 생각했다/혹은 자해할 생각을 했다.</li> </ol>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

출처: “한글판 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 신뢰도와 타당도”, 박승진 외, 2010, 대한불안학회지, p.124.

〈표 2-6〉 PHQ-9 산후우울척도 문항(영어)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?  
(use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself...or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself	0	1	2	3

add columns     +  +

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, TOTAL:   
please refer to accompanying scoring card).

10. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all	<input type="text"/>
Somewhat difficult	<input type="text"/>
Very difficult	<input type="text"/>
Extremely difficult	<input type="text"/>

출처: “PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)”, Stanford Medicine, n.d., Stanford Medicine, (2025), 저작권 2025, Stanford University.

3. Beck Depression Inventory-II(BDI-II)

BDI-II는 Beck et al.이 개발한 우울 척도로, 일반 우울증 평가에 가장 널리 사용되는 도구 중 하나이다. 인지적·정서적·신체적 증상을 포함한 총 21문항으로 구성되어 있고, 각 문항은 0~3점의 4점 척도로 설계되어 있다. 신체 증상, 인지적 왜곡, 감정 반응 등을 종합적으로 평가하며, 14점 이상은 경도 우울, 20점 이상은 중등도 우울로 진단된다(Beck et al., 1996). 비록 산후우울 선별용으로 특화된 도구는 아니지만, 비교적 많은 연구에서 산후 여성을 대상으로 하는 평가에 활용되어 왔다. 산후우울의 진단 도구를 활용한 논문을 분석한 연구(Ukatu et al., 2018)에서는 분석 대상의 논문 중 4편의 논문에서 산후우울 진단 도구로 BDI-II를 활용하고 있다.

〈표 2-7〉 Beck Depression Inventory-II 산후우울척도 문항

연번	내용
1	0 I do not feel sad. 1 I feel sad 2 I am sad all the time and I can't snap out of it. 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
2	0 I am not particularly discouraged about the future. 1 I feel discouraged about the future. 2 I feel I have nothing to look forward to. 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
3	0 I do not feel like a failure. 1 I feel I have failed more than the average person. 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures. 3 I feel I am a complete failure as a person.
4	0 I get as much satisfaction out of things as I used to. 1 I don't enjoy things the way I used to. 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore. 3 I am dissatisfied or bored with everything.

연번	내용
5	0 I don't feel particularly guilty 1 I feel guilty a good part of the time. 2 I feel quite guilty most of the time. 3 I feel guilty all of the time.
6	0 I don't feel I am being punished. 1 I feel I may be punished. 2 I expect to be punished. 3 I feel I am being punished.
7	0 I don't feel disappointed in myself. 1 I am disappointed in myself. 2 I am disgusted with myself. 3 I hate myself.
8	0 I don't feel I am any worse than anybody else. 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes. 2 I blame myself all the time for my faults. 3 I blame myself for everything bad that happens.
9	0 I don't have any thoughts of killing myself. 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out. 2 I would like to kill myself. 3 I would kill myself if I had the chance.
10	0 I don't cry any more than usual. 1 I cry more now than I used to. 2 I cry all the time now. 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.
11	0 I am no more irritated by things than I ever was. 1 I am slightly more irritated now than usual. 2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time. 3 I feel irritated all the time.
12	0 I have not lost interest in other people. 1 I am less interested in other people than I used to be. 2 I have lost most of my interest in other people. 3 I have lost all of my interest in other people.
13	0 I make decisions about as well as I ever could. 1 I put off making decisions more than I used to. 2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to. 3 I can't make decisions at all anymore.
14	0 I don't feel that I look any worse than I used to. 1 I am worried that I am looking old or unattractive. 2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive. 3 I believe that I look ugly.

연번	내용
15	0 I can work about as well as before. 1 It takes an extra effort to get started at doing something. 2 I have to push myself very hard to do anything. 3 I can't do any work at all.
16	0 I can sleep as well as usual. 1 I don't sleep as well as I used to. 2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep. 3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
17	0 I don't get more tired than usual. 1 I get tired more easily than I used to. 2 I get tired from doing almost anything. 3 I am too tired to do anything.
18	0 My appetite is no worse than usual. 1 My appetite is not as good as it used to be. 2 My appetite is much worse now. 3 I have no appetite at all anymore.
19	0 I haven't lost much weight, if any, lately. 1 I have lost more than five pounds. 2 I have lost more than ten pounds. 3 I have lost more than fifteen pounds.
20	0 I am no more worried about my health than usual. 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation. 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else. 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
21	0 I have not noticed any recent change in my interest in sex. 1 I am less interested in sex than I used to be. 2 I have almost no interest in sex. 3 I have lost interest in sex completely.

출처: "Beck's Depression Inventory", Indiana State Medical Association, n.d., Indiana State Medical Association.

미국 산부인과학회(ACOG)는 BDI-II가 산후우울을 측정하는 진단 도구로서 유용하다고 평가하고 있다(ACOG, 2015). 선행연구에서 산후우울증 선별에 활용되기도 하였으나, BDI-II는 다음과 같은 한계를 가지고 있다. 우선, 산욕기 신체 증상(수면장애, 피로 등)과 우울 증상을 구별하

기 어려움으로 인한 과대 진단의 가능성 때문에 산후우울 특이적 도구로는 제한이 있는 것으로 나타났다. 예를 들어, BDI-II의 특정 문항이 산후우울증 진단에 효과적인지에 관해 분석한 Conradt et al.(2012)의 연구는 BDI-II 점수가 12점 이상인 산모들을 대상으로 구조화된 임상 면담을 실시하여 우울증 진단 여부를 확인한 결과, BDI-II의 인지·정서적 증상(예: 슬픔, 비관주의, 흥미 상실, 식욕 변화)이 산후우울증 진단에 더 유의미한 예측 변수로 나타난 반면, 수면장애나 피로감과 같은 신체적 증상은 산후 여성에게 일반적으로 나타나는 변화이므로, 우울증 선별에 있어 혼동을 줄 수 있다는 점을 지적한다. 또한, Beck & Gable(2001)의 연구에서는 BDI-II를 포함한 여러 우울증 선별 도구의 민감도와 특이도를 비교한 결과, BDI-II가 다른 도구에 비해 산후우울증 선별에 있어 민감도와 특이도가 낮을 수 있음을 보고하고 있다. 반면, 중등도 이상의 우울증 선별이나 장기적 추적 관찰에는 유리하므로 BDI-II는 산후우울의 정밀한 중증도 평가나 임상적 진단 참고 도구로 활용될 수 있다(Ukatu et al., 2018).

#### 4. Postpartum Depression Screening Scale(PDSS)

Postpartum Depression Screening Scale(PDSS)는 Beck과 Gable이 개발한 산후우울에 특화된 고유의 평가도구로, 산후우울증의 다양한 증상 영역을 포괄적으로 평가할 수 있는 도구이다(Beck & Gable, 2000). PDSS는 여성의 출산 후 심리 특성을 반영하여 개발한 35 문항으로 구성된 자기기입식 도구로, 정서, 수면, 수유 스트레스, 결혼 만족도 등 산후에 특화된 요인을 포함하고 있다. 구체적으로 PDSS는 수면 및 식욕 장애(sleeping/eating disturbances), 불안 및 불안정감(anxiety/in-

security), 정서적 불안정성(emotional lability), 인지적 손상(cognitive impairment), 자아 상실(loss of self), 죄책감 및 수치심(guilt/shame), 자살 사고(contemplating harming oneself) 등 7개 하위 척도로 구성되어 있다(Beck & Gable, 2000). 각 하위 척도는 산후우울증의 특정 증상 영역을 평가한다. 각 문항은 5점 리커트 척도(1점: 전혀 그렇지 않다 ~ 5점: 매우 그렇다)로 되어 있다. 총점은 35점에서 175점 사이이며, 점수가 높을수록 우울 증상이 심각함을 나타낸다. PDSS는 다른 우울증 선별 도구인 Beck Depression Inventory-II (BDI-II) 및 Edinburgh Postnatal Depression Scale(EPDS)와 높은 상관관계를 보여, 수렴 타당도가 입증되었다(Beck & Gable, 2001).

PDSS는 에딘버러 검사(EPDS)와 달리 보다 다양한 정서적 반응과 행동 특성을 반영하고 있으며, 산후우울증의 다차원적 구조를 세밀하게 포착할 수 있다는 점이 강점이다(Ukatu et al., 2018). 문항 수가 많아 시간 소요가 크다는 단점이 있으나, 병원급 기관이나 정신건강 진료에서 심층 평가용으로 적합하다(Ukatu et al., 2018). PDSS는 산후우울증의 다양한 증상 영역을 포괄적으로 평가할 수 있다는 점에서 임상적으로 유용성이 높고, 특히 주요 우울 장애 진단 기준에 부합하는 평가 항목을 포함하고 있어 진단적 판단에도 기여할 수 있다. 최근에는 다양한 문화권에서 번역과 검증이 진행되며 국제적 사용 가능성도 확장되고 있다(Beck, 2023). 특히 중국의 산모를 대상으로 산후우울의 진단 도구를 활용한 논문을 분석한 연구(Ukatu et al., 2018)에 따르면, 중국 임산부를 대상으로 한 연구에서 EPDS와 병용하여 사용되었다. 국내에서는 박정윤과 장영은(2013), 김소영과 이순영(2012) 등의 연구에서 PDSS를 한국어로 번역하여 구조방정식 모형 분석 등에 활용한 사례가 있다.

### 제3절 산후우울 관련 선행연구

본 절에서는 산후우울 관련 선행연구를 산후우울감 및 산후우울증을 포함한 주산기 우울의 실태, 산후우울의 진단 및 선별을 위한 주요 도구, 산후우울에 영향을 미치는 요인, 산후우울이 미치는 영향, 산후우울 관리 등 다섯 가지 주제로 구분하여 제시한다.

#### 1. 주산기 우울 실태

세계적으로 주산기 우울증은 6.5%에서 20%의 산모에게 영향을 미치는 것으로 보고된다(Sharma et al., 2024). WHO 자료에 따르면, 고소득 국가에서는 약 10명 중 1명, 저소득 및 중소득 국가에서는 약 5명 중 1명의 여성이 주산기 우울증(perinatal anxiety and depression)을 경험하는 것으로 추정된다(WHO, 2022, p.7). 메타분석을 통해 주산기 우울증의 국제적 유병률을 분석한 한 연구에 따르면, 중국은 주산기 우울증 유병률이 21.4%로 분석 대상 국가 중 가장 높은 유병률을 기록하였고, 일본의 유병률은 14.0%로 아시아 지역 내에서도 중간 수준의 유병률을 보였으며, 미국의 유병률은 8.6%로 서구 국가 중 비교적 낮은 수준의 유병률을 보인다(Liu et al., 2022). 한국의 주산기 우울증 유병률을 건강보험심사평가원의 자료로 살펴보면, 산전 및 산후우울증으로 진료를 받은 임신부 수는 2016년 387명, 2017년 385명, 2018년 6월 말 기준 203명에 불과하다(김경애, 2018). 이는 알려진 주산기 우울증 유병률과 비교했을 때 한국에서 관련 의료 이용률이 낮음을 시사한다.

한 연구에서 산후우울감(maternity blues)의 유병률은 분석에 포함된 26편의 연구에서 최저 13.7%에서 최고 76.0%까지 다양하게 나타났는

데, 총 5,667명의 여성 대상 산후우울감의 평균 유병률은 39.0%이고, 95% 신뢰구간에서 32.3%에서 45.6% 정도의 수준으로 나타났다(Tosto et al., 2023). 이러한 산후우울감 발병률의 차이는 산후우울감의 정의 및 측정 방식의 차이, 문화적 배경에 따른 감정 표현 양상의 차이 등을 반영하는 것으로 해석된다. 특히 아프리카 지역 여성의 산후우울감 유병률은 49.6%로 가장 높게 나타났으며, 이는 문화적 요인, 보건의료 접근성, 사회적 지지 체계 등 지역적 맥락이 산후우울감 발생에 중요한 영향을 미칠 수 있음을 시사한다(Rezaie-Keikhaie et al., 2020; Tosto et al., 2023에서 재인용). 이러한 산후우울감은 증상이 지속되거나 심할 경우 주요 우울 장애(major depressive disorder)로 발전할 수 있다. 한 연구에 따르면, 산후우울감(postpartum blues)을 경험한 여성의 27.7%가 산후우울증으로 발전한 반면, 산후우울감을 경험하지 않은 여성은 16.4%만이 산후우울증을 겪었다(Landman et al., 2024).

영국 국민보건서비스(National Health Service, NHS)에서는 산후우울증(postnatal depression)이 10명 중 1명의 산모에게서 발생한다고 보고하고 있다(NHS, n.d.). 한국의 산후우울 실태는 다양한 자료를 가지고 파악해 볼 수 있다. 선행연구는 한국의 산후우울증 유병률을 약 20~40%로 일관되지 않게 제시하고 있다. 국내 한 연구에서는 한국의 산후우울 유병률을 18~19%로 보고하고 있다(조현진 외, 2022). 또한, 한국 여성 1,000명을 대상으로 산후 12개월까지의 산후우울증 유병률과 사회적 지지 수준 간의 연관성을 분석한 연구에서 산후우울증 유병률은 39.9%로 나타났다(Kim et al, 2023). 2013년부터 2017년까지 한국의 두 개 산부인과 전문 병원의 임산부로 등록된 4,537명 중 2,512명을 대상으로 산후 4주에 한국판 에딘버러 산후우울증 척도(K-EPDS)를 사용하여 평가한 결과 산후우울증 유병률은 16.6%로 나타났다(Yun et al.,

2021). 2014년 6월부터 8월까지 3개월간 한 전문병원에서 출산한 산모 302명을 대상으로 수행된 연구에서는 출산 후 외래 방문 시 한국어판 에딘버러 검사(EPDS)를 수행한 결과 점수 10점 이상인 산후우울증 위험군의 비율은 27.8%로 나타났다(안치석 외, 2015).

## 2. 산후우울의 진단 및 선별 도구

선행연구에서 다루고 있는 산후우울의 진단 및 선별을 위한 주요 도구로는 앞에서 살펴본 에딘버러 산후우울척도(EPDS), PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9), BDI-II(Beck Depression Inventory-II)가 대표적이다. 선행연구에서는 각 도구의 민감도와 특이도에 대한 검증이 활발히 이루어지고 있다. 김미운 외(2009)는 한국 여성 323명을 대상으로 에딘버러 산후우울척도(EPDS)와 BDI(Beck Depression Inventory, BDI), QIDS(Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Response 16)을 이용하여 산후우울증 위험군을 선별하고 검사 결과 간 진단의 일치도를 분석하였다. 분석 결과 진단의 일치도 지표인 Kappa 지수에 있어서 에딘버러 산후우울척도(EPDS)는 0.803으로 가장 우수한 일치도를 보였다. Venkatesh et al.(2017)은 미국 청소년 산모 122명을 대상으로 EPDS의 타당도를 검토했으며, EPDS 점수 10점 이상이 주요 우울 장애 진단과 유의미한 상관성이 있음을 발견하였다. Ukatu et al.(2018)은 체계적 문헌고찰을 통해 EPDS, PHQ-9, PDSS(Postpartum Depression Screening Scale) 등의 민감도·특이도를 종합 비교하였으며, EPDS는 70% 이상의 연구에서 활용된 대표적 도구임을 밝혔다. Dennis(2004)는 EPDS가 산후 2주보다는 4~6주 시점에서 더 높은 민감도를 보인다고 보고했으며, Gjerdingen et al.(2009)은 PHQ-9의 DSM 기반 채점법과

단순 합산 점수법의 결과 차이를 분석하였다. 최근 수행된 산후우울 진단 및 선별 도구에 관한 비교 연구에서는 EPDS(Edinburgh Postnatal Depression Scale)와 PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9)가 가장 널리 사용되는 도구로 제시되며, 이들 각각이 포착하는 증상 특성과 임상적 활용도에 차이가 있음을 강조하고 있다. Stefana et al.(2024)은 이탈리아의 953명의 임신 3기 여성들을 대상으로 EPDS와 PHQ-9의 심리측정학적 속성과 임상적인 유용성을 비교하였다. 연구 결과, 두 도구 모두 높은 수준의 내적 신뢰도를 보였고, 두 점수 간 중간 수준(상관계수 0.59)의 상관관계를 보였다. 요인분석을 실시한 결과, 두 도구는 동일한 점수 기준에서 주요 우울 고위험군을 유사한 비율로 선별했으나, 경증 증상에서는 PHQ-9가 더 많은 사례를 포착했다. 또한 EPDS가 불안 성향을 동반한 우울 증상을 민감하게 포착하였고, PHQ-9는 DSM 기준에 충실한 전형적 우울 증상을 더 민감하게 포착하였다. 결론적으로 이 연구는 주산기 여성의 우울 선별 시 이 두 도구를 병행 사용할 것을 제안하고 있다(Stefana et al., 2024). 또한, Vivilaki et al.(2009)의 연구에서 그리스의 출산 후 12주 이내 산모 120명을 대상으로 EPDS 진단 도구를 검증한 결과 EPDS의 내적 일치도( $\alpha$ )는 0.804( $p < 0.0001$ )로 매우 높은 수준으로 나타났다.

한국어판 에딘버러 검사(EPDS)에 관해 분석한 한귀원 외(2004)에서는 산모 148명을 대상으로 EPDS-K의 내적타당성을 평가한 결과 한국어판 EPDS의 내적 합치도( $\alpha$ )는 0.85로 자기보고식 검사에서 요구되는 수준(0.6 이상)을 만족시켰다. 또한, EPDS 10문항을 요인 분석한 결과에서는 두 개의 요인이 추출되었고, 두 요인은 전체 변량의 56.5%를 설명하는 것으로 나타나 결과적으로 한국 여성에게 적용할 수 있는 유효한 산후우울 선별 도구임을 확인하였다. 반면, 오로라 외(2021)는 한국 내에서 사

용되는 에딘버러 검사(EPDS) 한국어판의 다양성과 이로 인한 유병률의 이질성을 지적하며, 표준화된 번역본과 현장 가이드라인의 개발 필요성을 제시하였다.

### 3. 산후우울의 영향 요인

산후우울의 발생 및 변화에 영향을 미치는 요인으로는 개인 차원에서 생물학적·심리적 요인뿐만 아니라 타인과의 관계 및 사회적 요인이 복합적으로 작용한다. 선행연구에서는 산후우울의 발생에 미치는 영향 요인으로 이러한 다층적인 요인을 다루고 있다. 우선, 개인적인 요인으로 산모 개인의 생물학적 특성, 심리적 상태, 기질, 출산 순위 및 출산 전후의 정서 반응이 산후우울 발현과 밀접하게 관련됨이 반복적으로 입증되었다. 김윤미와 안숙희(2015)는 다수의 생리학적 연구를 고찰한 결과 정신신경면역학적 관점에서 스트레스 호르몬의 불균형, 면역체계 변화, 염증 반응이 산후우울 발병의 생리학적 기반임을 밝히며, 산후 시기 생물학적 환경 변화가 우울 증상 유발과 직접적으로 연관된다고 제시하였다.

생애과정 관점에서 첫출산 연령과 여성의 정신건강 간의 관계를 분석한 김진영(2024)의 연구는, 출산 시기의 적절성(timing)이 중장기적으로 우울에 미치는 영향을 실증적으로 검토하였다. 여성가족패널조사 8차년도 자료를 활용한 이 연구는, 한국 중년여성 4,711명을 대상으로 첫출산 연령과 우울의 관계가 U-자형 곡선을 이루며, 약 29세가 우울 수준이 가장 낮은 최적 출산 연령임을 밝혔다. 첫출산 연령이 지나치게 빠르거나 늦은 경우, 여성의 건강 상태가 나빠지고 이로 인해 우울 수준이 상승하는 것으로 나타났다. 특히 건강 요인(주관적 건강, 질환 유무, 활동제약 및 통증)이 첫출산 연령과 우울 간 관계를 유의하게 매개하는 것으로 분

석되었다. 팔레스타인 북부 웨스트뱅크 지역 산모(18~44세)를 대상으로 에딘버러 산후우울척도(EPDS)를 활용해 유병률과 주요 위험 요인을 분석한 연구(Wildali et al., 2024)에서는 초산일수록 산후우울의 정도가 에딘버러 검사 13점이 넘는 정도로 심해지는 비율이 높다고 보고하고 있다. 그 밖에 산전 스트레스 경험, 진공 흡인 분만, 낮은 사회적 지지, 남편의 낮은 교육수준이 주요한 산후우울의 위험 요인으로 보고되었다.

Shim et al.(2024)은 전국 산모 1,800명을 대상으로 회귀분석을 실시하여 수면 질, 결혼만족도, NICU 경험, 슬픔 및 공포가 산후우울에 유의미한 영향을 미친다고 보고하였다. 조현주 외(2004)는 임신 중과 산후의 우울증을 종단적으로 분석한 결과, 산후우울증은 임신 중 우울 경험과 밀접한 관련이 있으며 개인적 요인으로 자존감의 향상, 결혼 만족도의 증가는 산후 회복에 중요한 심리사회적 요인임을 밝혔다. 특히 임신 중 우울은 산후우울을 33% 수준으로 예측하였으며, 산후 시점에서 자존감은 부부관계 요인과 함께 가장 강력한 설명력을 갖는 요인으로 제시하였다. 또한, 정예림 외(2021)는 216명의 초산모를 대상으로 진행한 연구에서 개인의 그릿(grit)이 산후우울 감소 및 행복 증진에 긍정적 영향을 미치며, 개인의 심리적 특성이 중요한 예측 변수임을 밝혀 개인-환경 통합 접근의 필요성을 제시하였다. 이지윤 외(2024)는 서울시의 산전·조기아동기 가정방문 프로그램 참여 여성 1,003명의 데이터를 분석하여 ‘엄마 되기 스트레스’와 우울, 도구적 지지, 계획되지 않은 임신 등 사회심리적 요인 간 유의한 관계를 규명하였다. 특히 우울 점수 13점 이상 여성의 스트레스 점수가 유의하게 높았으며, 배우자가 있는 경우, 한국 여성일수록 스트레스가 높은 점이 특징적이었다. 서울특별시 1개 보건소를 이용한 957명 영아기 양육모를 대상으로 양육 스트레스, 산후우울, 아기 기질 간의 상관관계를 다중 회귀분석한 결과, 양육 스트레스는 산후우울 및 아기 기질

과 관련이 있는 것으로 나타났다(권혜진 외, 2011) 천연미(2024)는 보건복지부의 육아정책 수혜자 4,700명의 패널 데이터를 분석하여, 잠재계층 성장모형을 통해 산후우울 궤적을 주요 우울군, 출산 직전-직후 우울군, 산후 경도우울군, 비우울군으로 분류하였고, 주요 우울군이 양육 스트레스 평균점수 3.5점 이상으로 가장 높게 나타났다. 오희주와 김석선(2022)은 산후 6개월 이내 산모 141명을 대상으로 한 연구에서 양육 스트레스와 수면의 질은 산후우울과 정적 상관관계를, 자기 자비는 부적 상관관계를 보였으며, 이들 변인은 산후우울을 59% 설명하는 것으로 나타나 개인 내 심리 요인이 산모의 정서적 복원력과 회복을 설명하는 핵심 요인으로 작용함을 시사하였다.

관계적 요인 측면에서는 가족 간의 상호작용, 특히 배우자 및 친정 부모와의 관계가 산후우울의 완화 혹은 심화에 큰 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 우선, 배우자의 지지는 산후우울의 보호 요인으로 여러 연구에서 입증되었다. 조현주 외(2004)의 연구에서도 관계적 요인으로 배우자의 지지가 산후 회복에 중요한 요인임이 입증되었다. 산후 시점에서 부부 관계 요인이 개인의 자존감과 함께 가장 강력한 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 정예림 외(2021)는 배우자의 지지가 산후우울 감소에 긍정적 영향을 미치기 때문에, 개인 요인과 환경 요인을 함께 고려하는 통합적 접근의 필요성을 제시하였다. 이와 유사하게 구조방정식 모형을 이용하여 산후우울과 관련된 다양한 심리사회적 요인 간의 관계를 분석한 조희원과 우주영(2013)의 연구에서 산후우울은 양육 스트레스와 사회적 지지, 배우자 만족도 등과 밀접하게 연결되어 있음을 확인하였다. 강민철 외(2012)는 산후우울증의 유병률과 그와 관련된 주요 심리사회적 요인인 사회적 지지 및 양육 스트레스 간의 관계를 종합적으로 분석한 메타 연구로, 총 52편의 국내외 논문을 대상으로 다층 모형을 이용한 통계적 분석

을 실시하였다. 분석 결과, 산후우울증에 있어서 남편의 지지가 타인에 비해 더 강한 보호 요인으로 작용하는 경향이 확인되었다. 반면, 산후우울증과 양육 스트레스 간의 상관계수는 높게 나타났고, 산후우울과의 관계에 있어서 사회적 지지보다 양육 스트레스의 설명력이 더 큰 것으로 확인되었다. 한편, 이효진과 정남운(2025)은 친정 부모님과 애착이 안정적인수록 산후우울이 낮아지며, 자기 자비와 정서 조절 곤란이 이들 관계를 매개함을 확인하였다. 친정어머니 애착은 정서 조절 곤란을 매개로 산후우울에 영향을 미쳤으며, 친정아버지 애착은 자기 자비와 정서 조절 곤란을 통해 산후우울로 가는 간접 경로에서 유의미한 영향력을 보였다. 또한, 오희주와 김석선(2022)의 연구에서는 가족관계가 산후우울에 있어서 부정적 상관관계를 보인다고 제시하면서 개인의 심리적 요인뿐만 아니라 가족 환경의 중요성을 강조하였다.

사회적 요인은 산모를 둘러싼 사회경제적 요인, 사회적 지지 등의 외부 환경 및 정책 지원과 관련되며, 주로 산후우울의 완화에 있어 결정적인 요인으로 작용한다. 이지원 외(2015)는 지역사회 지지망이 산후우울을 완화하는 효과가 있다고 실증하였다. 이란 산모 200명을 대상으로 횡단 조사를 실시하여 산후우울과 사회적 지지의 관계를 규명한 한 연구(Vaezi et al., 2018)는 산모의 사회적 지지(social network) 점수가 클수록 산후우울증 발병률이 낮게 나타났고, 사회적 지지를 높이기 위해 가족을 대상으로 하는 교육이 필요함을 제시하고 있다. 또한, 최인선과 이소영(2023)은 「2021 산후조리 실태조사」 데이터를 바탕으로 3,127명의 산모를 분석하여 소득 수준이 낮을수록 산후우울 점수가 유의미하게 높았으며, 사회적 지지(도움 경험, 가족의 지지)가 이러한 건강불평등을 완화하는 조절효과를 갖는다는 점을 회귀분석을 통해 밝혀냈다. 추가적으로 정책적 요인도 산후우울의 완화에 중요한 역할을 한다. 천연미(2024)

의 연구에서는 육아정책 만족도가 스트레스를 완충하는 조절 변수로 작용하여 산후우울을 감소시키는 요인임을 입증하였다.

이와 같이 선행연구는 산후우울이 개별 산모의 생물학적, 심리적 특성 뿐 아니라 관계망, 지역사회 내의 지지 등의 사회적 지지, 정책 만족도 등 다양한 요인들의 상호작용 속에서 발현되는 다차원적 현상임을 보여주고 있다. 이러한 선행연구 결과를 종합해 보면 산후우울의 예방과 개입을 위해서는 개인 중심의 심리정서적인 증재뿐만 아니라, 배우자 및 가족 구성원의 적극적인 개입과 지역사회 차원의 지지체계 구축, 수요자의 요구를 반영한 체감도 높은 정책의 추진 등 다층적 접근이 병행되어야 함을 시사한다.

#### 4. 산후우울이 미치는 영향

산후우울은 산모 자신의 모성 역할 수행과 양육 행동 및 삶의 질에 영향을 미칠 뿐만 아니라 자녀의 성장 발달 등 다양한 영역에 영향을 미친다. 우선 산후우울은 모성 개인 차원에서의 삶의 질에 영향을 미친다(Yeo & Chun, 2013; 김정숙, 2018). 특정 광역시에 거주하는 출산 후 6~8주 이내 출산모 113명을 대상으로 분석한 김정숙(2018)의 연구에서는 산후우울( $r=-.826$ ,  $p<.01$ )은 산모의 삶의 질과 유의미한 상관관계를 보여주고 있다. 또한 배예나 외(2020)는 산후 6개월에 측정된 산모의 산후우울이 산후 72개월에 이르는 장기적인 정신건강 상태 및 자녀의 정서·행동 발달에 미치는 영향을 종단적으로 분석하였다. 해당 연구에서는 질병관리본부 소아호흡기·알레르기질환 장기추적 코호트(COCA, Childhood Asthma and allergic Diseases Cohort Study)의 영유아정신발달 종단자료를 기반으로 에딘버러 산후우울척도(EPDS)의 산후우울 점수에 따

라 고위험군(14점 이상), 위험군(10~13점), 일반군(10점 미만)으로 산모를 분류한 뒤, CES-D를 활용하여 산모의 우울을 분석하였다. 192쌍의 모자 데이터를 분석한 결과, 산후우울 고위험군과 위험군은 일반군에 비해 산후 72개월 시점에서 우울, 불안, 양육 스트레스 수준이 높고 삶의 만족도 및 결혼 만족도는 낮은 것으로 나타났다.

산후우울은 양육 행동과 직접적인 관련이 있다. 수도권 지역의 양부모 가정 98쌍을 대상으로 한 종단 연구(송하나, 2023)에서는 어머니의 산전 우울이 산후 양육 스트레스를 증가시키고 양육 효능감을 저해하는 경향을 보였다고 보고하고 있다. 이와 비슷하게 이란 산모 158명을 대상으로 우울 점수와 모성 효능감 간의 상관관계를 분석한 Abdollahi et al.(2017) 연구에서는 산후 6주 시점에서 EPDS 점수가 높을수록 효능감 척도 점수가 낮게 나타났다. 또한, 고정미와 송주은(2024)은 초산모의 모성 적응을 평가할 수 있는 측정 도구를 개발하면서, 산후우울이 초산모의 모성 적응 수준과 밀접한 관련이 있음을 보고하였다. 특히 우울 수준이 높은 집단일수록 모성 적응 점수가 유의하게 낮게 나타났으며, 이는 모성 역할의 수행 자신감, 신체적 회복, 사회적 관계 적응 등 다양한 하위 영역에서 차이를 보였다. 김희선 외(2022)는 지역 보건소 기반 사례관리 데이터를 활용하여 우울 점수가 높은 산모일수록 자녀와의 상호작용 빈도가 낮고, 부정적 양육 행동(회피, 통제 등)이 증가한다는 연구 결과를 제시하였다. Field(2010)는 우울 산모가 영아의 정서 표현에 대해 민감하게 반응하지 않으며, 신체 접촉 빈도가 현저히 낮음을 보고하였다.

유사한 맥락에서 이러한 산모의 산후우울은 자녀의 성장과 발달에 영향을 미친다. Saharoy et al.(2023)은 산후 3개월 내 우울 산모를 둔 영아가 수면주기 이상, 낮은 탐색행동, 울음 빈도 증가 등 정서 발달 문제를 보였다고 보고하였다. Dawson et al.(2003)은 뇌파(EEG) 분석을 통해

산모의 우울이 영아의 좌측 전두엽 활성 감소와 정서 반응 저하와 관련 있음을 밝혔다. 또한 Poehlmann & Fiese(2001)는 미국의 저소득층 산모를 대상으로 한 종단 연구에서 산후우울이 유아의 사회적 신호 인식과 자기조절 능력을 저해함을 확인하였다. Bennett et al.(2011)은 산모의 만성적 우울이 유아기의 사회성 지연과 관련된다고 밝혔다. 더 나아가 배예나 외(2020)의 연구 결과, 산후우울 수준은 만 6세 자녀의 정서행동문제 전반에 유의한 영향을 미쳤으며, 특히 신체증상과 정신건강 문제가 신체건강으로까지 확장된 신체화 증상 장애에서 가장 높은 설명력을 보였다. 이는 산후우울이 장기적으로 모아 관계 및 아동 발달에 부정적 영향을 미침을 보여준다.

## 5. 산후우울의 관리

산후우울의 효과적 관리를 위해서는 우울의 선별, 조기 개입, 치료 연계, 정책적 지원이 복합적으로 이루어져야 한다. 산후우울의 관리와 관련된 선행연구는 다음과 같다. 김은경(2007)은 서울시 보건소 사례를 중심으로 산후우울의 등록·발견 프로그램 운영 실태를 분석하였고, 인력 및 홍보 부족으로 우울의 선별 이후 치료로의 연계율이 낮다고 지적하였다. Bowen & Muhajarine(2006)은 캐나다의 지역사회 통합적 산후우울 관리모델(Community Action Project for Postpartum Depression)을 소개하며, 조기 선별-정신보건 전문가 연계-사후관리 체계의 연속성 있는 개입이 산후우울 감소에 효과적임을 주장하였다. 이은주와 박정숙(2015)은 로지스틱 회귀분석을 활용하여 산후우울의 고위험군 예측 모형을 개발하고, 산후우울 개입에 있어서 필요한 요인으로 산모 개인의 수면 시간과 우울 병력, 가족의 지지 등을 제시하였다.

남편을 대상으로 한 산후우울 개입의 효과를 종단적으로 검증한 연구(김용훈, 이경숙, 2023)에서는 산후우울 척도 점수 13점 이상인 산모의 배우자 14명을 실험군(6명)과 통제군(8명)으로 나누어, 실험군에게는 개입 프로그램을 제공하고 총 5회에 걸친 반복 측정을 통해 개입 전후 및 자녀 생후 12개월, 24개월 시점까지의 변화를 추적한 결과, 실험군은 모든 측정 변수에서 통제군에 비해 통계적으로 유의한 개선을 보였으며, 특히 모-자녀 상호작용과 산후우울, 결혼 만족도에서 장기적인 효과를 보여주었다.

산후우울의 관리 체계에 대해 고찰한 김희선 외(2022)의 연구는 국내 산후우울증 관리 정책과 제도적 기반의 현황을 종합적으로 분석하고 개선 방향을 제시하였다. 실제 정신건강의학과 진료를 받는 산모의 비율은 유병률에 비해 매우 낮으며, 보건소와 정신건강복지센터, 난임·우울상담센터 간의 연계가 미흡하여 고위험군에 대한 치료 개입이 제한적이라는 점을 지적하고 있다. 특히 보건소의 산후우울 검사 시행률, 고위험군 산모의 정신건강복지센터 의뢰 현황, 가정방문 건강관리사업의 사례 등을 바탕으로 국내 산후우울증 관리 체계의 한계를 제시한다. 향후 보건소-산부인과-정신건강센터 간 연계체계 강화, 가족 참여형 정신건강 교육 프로그램 개발, 에딘버러 척도 검사의 건강보험 등재 및 급여화를 통한 활용도 제고, 고위험군에 대한 적극적 상담·진료 연계 필요성을 강조하였다.



## 제3장

### 산후우울 관련 정책 현황

제1절 중앙정부의 산후 건강관리 지원 사업

제2절 지방자치단체의 산후 정신건강증진 사업



## 제3장 산후우울 관련 정책 현황

### 제1절 중앙정부의 산후 건강관리 지원 사업

#### 1. 생애초기 건강관리 사업<sup>1)</sup>

생애초기 건강관리 사업은 ‘임산부와 만 2세 미만 영아를 대상으로 맞춤형 건강관리 교육 및 심리사회적 지원을 제공하여 건강수준 향상과 양육역량 강화’와 ‘고위험 가정(산모 우울 등)의 사회생태학적 위험 요인에 대한 지속적 개입 및 양육지지 환경 조성을 통해 아동의 건강한 성장 발달의 지원’을 목표로 하는 사업이다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a, p.4). 사업을 통해 고위험 임산부의 산후우울 등에 대해 지속적으로 관리하며, 신생아와 영아의 성장 관련 문제를 조기에 발견하고, 필요한 지원을 제공함으로써 아동의 건강한 성장을 도와 ‘미래를 위한 공평한 출발’을 도모하는 것을 목표로 한다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a, p.4). 생애초기는 인간 발달의 기초가 형성되는 시기로, 이 시기의 건강과 발달은 평생에 걸쳐 영향을 미친다. 특히, 사회경제적 취약계층의 경우 건강 불평등이 심화될 수 있어, 국가 차원의 개입이 필요하다. 이러한 배경으로 임산부와 영아의 건강을 지원하기 위해 생애초기 건강관리 사업이 추진되고 있다.

생애초기 건강관리 사업은 「모자보건법」과 「지역보건법」에 근거하여

1) 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025a). 생애초기 건강관리 사업안내를 토대로 요약·발췌하여 정리하였음.

시행되고 있다. 모자보건법 제10조는 국가와 지방자치단체가 임신부와 영유아의 건강을 보호하고 증진할 책임이 있음을 규정하고 있다.

〈표 3-1〉 모자보건법 제10조

**제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등)** ① 국가와 지방자치단체는 임신부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건전문가(의사·한의사·조산사·간호사의 면허를 받은 사람 또는 간호조무사의 자격을 인정받은 사람으로서 모자보건사업에 종사하는 사람을 말한다)에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다. <개정 2015. 1. 28., 2015. 12. 22., 2017. 12. 12., 2024. 2. 6.〉

출처: “모자보건법”, 국가법령정보센터, 2025, <https://www.law.go.kr/>

〈표 3-2〉 지역보건법 제11조

**제11조(보건소의 기능 및 업무)** ① 보건소는 해당 지방자치단체의 관할 구역에서 다음 각 호의 기능 및 업무를 수행한다. <개정 2016. 2. 3., 2019. 1. 15., 2019. 12. 3.〉

1. 건강 친화적인 지역사회 여건의 조성
2. 지역보건의료정책의 기획, 조사·연구 및 평가
3. 보건의료인 및 「보건의료기본법」 제3조제4호에 따른 보건의료기관 등에 대한 지도·관리·육성과 국민보건 향상을 위한 지도·관리
4. 보건의료 관련기관·단체, 학교, 직장 등과의 협력체계 구축
5. 지역주민의 건강증진 및 질병예방·관리를 위한 다음 각 목의 지역보건의료서비스의 제공

가. 국민건강증진·구강건강·영양관리사업 및 보건교육  
나. 감염병의 예방 및 관리  
다. 모성과 영유아의 건강유지·증진  
라. 여성·노인·장애인 등 보건의료 취약계층의 건강유지·증진  
마. 정신건강증진 및 생명존중에 관한 사항  
바. 지역주민에 대한 진료, 건강검진 및 만성질환 등의 질병관리에 관한 사항  
사. 가정 및 사회복지시설 등을 방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업  
아. 난임의 예방 및 관리

출처: “지역보건법”, 국가법령정보센터, 2024, <https://www.law.go.kr/>

지역보건법 제11조에서는 지역보건의료기관이 모성과 영유아를 위한 보건의료서비스, 정신건강증진서비스를 제공하도록 명시하고 있다. 특히 5항 다(모성과 영유아의 건강유지·증진)와 사(가정 및 사회복지시설 등을

방문하여 행하는 보건의료 및 건강관리사업)를 근거로 생애초기 건강관리 사업이 추진되고 있다.

생애초기 건강관리 사업은 임신부와 만 2세 미만 영아 가정을 대상으로 하는데, 다문화 산모<sup>2)</sup> 및 조손 가정도 대상에 포함된다. 특히 대상자 중 고위험군(저소득층, 미혼모, 청소년 산모 등)에 우선적으로 서비스를 제공한다. 대상자는 보건소를 통해 등록되며, 건강상태 평가와 상담을 통해 맞춤형 서비스를 계획한다. 간호사와 사회복지사가 대상 가정에 방문하여 맞춤형 건강관리 서비스를 직접 제공하는 방식으로 사업이 운영되고 있다. 서비스 내용으로 건강 상담, 영아 발달 상담, 양육 교육, 정서적 지지 등이 포함된다.

생애초기 건강관리 사업은 2019년 5월 보건복지부가 발표한 「포용국가 아동정책」의 일환으로, ‘가정방문 생애초기 건강관리’ 체계 구축을 통해 임신기부터 유아기까지의 건강관리 강화를 목표로 본격적인 정책화가 시작되었다. 2020년 7월부터는 본격적인 시범사업이 시행되어 8개 시·도, 19개 시·군·구에 해당하는 21개 보건소에서 생애초기 건강관리 서비스가 처음으로 실시되었다. 시범사업은 방문건강관리 인력을 통한 가정 방문 서비스 제공, 건강상태 평가, 심리사회적 지원, 모유수유 및 양육 상담, 지역사회 자원 연계 등 통합형 서비스를 중심으로 운영되었으며, 참여 보건소의 운영 경험은 사업 확대를 위한 실증적 근거로 활용되었다. 「제4차 저출산·고령사회 기본계획(2021~2025)」의 핵심 추진 과제 중 ‘건강하고 안전한 임신·출산 보장’ 영역에 생애초기 건강관리 사업이 포함되면서 인구정책의 하나로 보다 적극적으로 추진되는 제도적 바탕을 마련하였다. 2021년에는 사업이 더욱 확대되어, 서울 강북구, 경기 오산

2) 모자보건법 제3조의3(결혼이민자에 대한 적용)에 따라 재한외국인 처우 기본법 제2조 제3호의 결혼이민자도 사업 대상자에 포함.

시, 경남 김해시, 경북 포항시 북구, 영천시, 문경시, 전남 순천시, 전북 김제시 등 총 8개 보건소가 추가로 선정되었으며, 기존 2020년도 참여기관을 포함해 총 10개 시·도, 26개 시·군·구, 29개 보건소에서 사업이 운영되었다.

2022년 「국정과제 46. 안전하고 질 높은 양육환경 조성」을 통해 생애초기 건강관리 사업에 지방정부의 적극적인 참여 기반이 마련되어 2023년 말 기준 총 15개 시·도, 59개 보건소가 사업을 운영하여 3년 만에 사업 지역이 약 세 배 이상 확대되었다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a). 생애초기 건강관리 사업은 2024년 6월 「저출생 추세 반전을 위한 대책」에 포함되어 인구정책의 성격으로 적극 추진되었다. 또한 2025년 「국정과제 87. 아이 키우기 좋은 출산·육아환경」을 통해 생애초기 건강관리 사업의 단계적 확대 계획이 공식적으로 발표되었다(국정기획위원회, 2025).

생애초기 건강관리 사업을 통해 제공하는 서비스는 교육, 심리지원, 방문관리, 지역사회 연계의 네 가지로 구분된다. 첫째, 건강관리 교육은 임신, 출산, 영아기 건강에 대한 기초적인 정보 제공을 통해 산모와 보호자의 건강 관련 지식을 향상시키는 것을 목적으로 한다. 해당 교육은 임신 중 자기관리, 출산 전 준비 사항, 신생아 발달 단계에 따른 양육법 등 실질적이고 생활 밀착형 내용으로 구성되어 있으며, 집합교육, 개별상담, 온라인 콘텐츠 등 다양한 매체를 활용하여 제공된다. 둘째, 심리사회적 지원은 특히 산후우울증의 예방과 관리를 핵심으로 하여, 정서적 어려움을 겪는 산모를 대상으로 심리상담과 스트레스 관리 프로그램을 운영하고 있다. 또한 가족 내 소통과 지지체계를 강화하기 위한 부부관계 및 양육 스트레스 개선 교육도 병행되며, 심리적 위험군으로 판단될 경우 정신건강 전문기관과의 연계를 통해 적절한 치료와 관리가 이루어지도록 하

고 있다. 셋째, 가정방문 서비스는 전문 간호사, 사회복지사 등으로 구성된 인력이 가정을 직접 방문하여 산모와 영아의 건강 상태를 확인하고, 생활환경에 맞는 상담과 교육을 제공하는 방식으로 운영된다. 이 방문 관리의 대면상담의 장점을 활용하여 산모의 신체적 회복 상태, 모유수유 여부, 영아 발달 상태 등을 종합적으로 점검할 수 있으며, 이동하기 어려운 고위험군 산모에게 실질적인 지원을 제공하는 데 유용한 서비스이다. 마지막으로, 지역사회 자원 연계는 산모 또는 영아가 추가적인 의료적, 사회복지적 지원이 필요한 경우 지역 내 유관기관과의 협력을 통해 연속적인 서비스 제공이 가능하도록 지원하는 것이다. 즉, 필요시 보건소, 정신건강복지센터, 의료기관, 아이돌봄서비스, 육아종합지원센터 등과 연계하여, 지속적인 건강관리 서비스 제공이 가능하도록 지원한다.

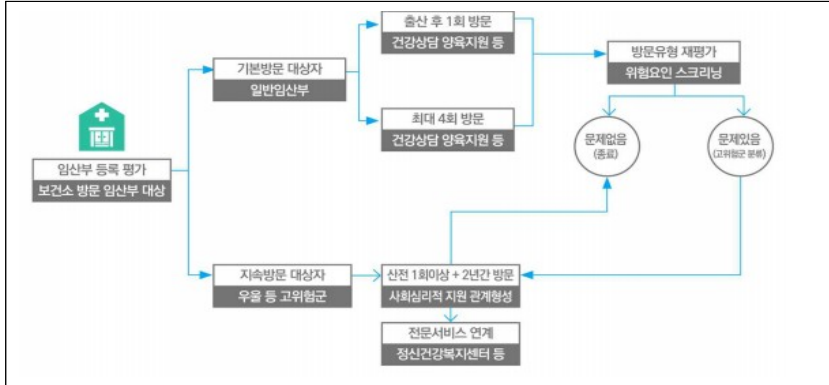
〈표 3-3〉 위험요인

구 분	위험요인
사회인구학적 요인	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 만 19세 이하(2점)</li> <li>· 한부모/조손가정(2점)</li> <li>· 기초생활수급/차상위(2점)</li> <li>· 만 20~23세</li> <li>· 다문화 산모·고졸 미만·장애 산모</li> </ul>
심리사회적 요인	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 우울(EDS<math>\geq</math>10) 또는 자해사고(<math>\geq</math>1)</li> <li>· 불안(GAD-2<math>\geq</math>3)</li> <li>· 심각한 스트레스, 변화, 상실</li> <li>· 도구적 또는 정서적 지지 부족</li> <li>· 정서적 문제 치료 경험</li> </ul>
건강 및 의료요인	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 산전 관리 20주 이후 시작·임신 중 흡연 또는 음주</li> <li>· (산전) 다태아 산모 또는 (산후) 저체중아(2.5kg 미만) 또는 (산후) 조산아(37주 미만)</li> </ul>
트라우마 관련 경험	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 아동기 학대 또는 아동기 가정폭력 노출 경험</li> <li>· 배우자 폭력(HITS<math>\geq</math>7) 또는 가정폭력 관련 도움 필요</li> </ul>

출처: “2025 모자보건사업 안내”, 보건복지부, 2025a, 보건복지부, p.152.

생애초기 건강관리 사업의 서비스 제공 과정은 다음과 같다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a). 사업 초기 단계에서 임산부는 심리사회적 평가를 통해 일반군과 고위험군으로 분류된다. 이 평가는 경제적 취약성, 심리상태(우울, 불안 등), 흡연 및 음주 여부, 양육환경, 사회적 지지 여부 등을 종합적으로 고려한다. 각 위험요인별 점수는 대체로 1점이며, 사회인구학적 요인 중 일부 요인만 2점으로 측정되어 위험 정도가 판단된다. 일반군 임산부를 대상으로 출산 후 8주 이내 1회 기본방문을 통해 산후우울 평가, 산모의 영양 및 운동 지도, 수면 위생, 신생아 발달 상태 평가, 수유 및 육아환경에 대한 교육 등의 서비스를 제공한다. 이 과정에서 재평가 결과 고위험군으로 판명될 경우 지속방문 대상으로 재분류된다. 고위험군으로 판명된 가정은 출산 전부터 아동이 만 2세가 될 때까지 최소 25회 이상 방문을 통해 지속적인 건강 상담, 정서적 지지, 예비부모교육, 영아 발달 부모교육, 가족관계 및 사회적 관계 강화, 정신건강 관리 등 포괄적인 서비스를 받는다. 이러한 방문은 대상자의 개별적 욕구에 기반하여 맞춤형으로 구성되며, 가정 내 문제 해결 역량을 높이고 양육환경을 개선하는 데 중점을 둔다. 또한 위기 상황에 처한 가구는 난임·우울증 상담센터, 정신건강복지센터, 가정폭력상담센터, 읍면동 맞춤형 복지팀 등 지역사회 내 다양한 기관과의 연계를 통해 전문적이고 지속적인 관리가 이루어지도록 설계되어 있다. 추가로 산모들 간의 상호작용을 통해 사회적·정서적 지지를 제공받는 기회를 갖고, 양육에 대한 부모 자신감과 독립성 향상을 목적으로 엄마모임을 운영한다. 이러한 생애초기 건강관리 사업의 서비스 제공 과정은 다음과 같이 도식화된다.

[그림 3-1] 서비스 제공 과정



출처: “생애초기 건강관리 사업안내 2025”, 보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a, p.8.

생애초기 건강관리 사업은 보건복지부, 생애초기 건강관리 사업지원단, 시·도 및 시·군·구의 협업으로 추진되고 있고, 2025년 1월 기준 15개 시도 67개 보건소에서 추진되고 있다.

〈표 3-4〉 2025년도 생애초기 건강관리 사업 참여 시·군·구 현황(보건소 67개소, 2025. 01. 기준)

- 서울특별시(5) : 강북구, 서초구, 강남구, 은평구, 마포구
- 부산광역시(4) : 연제구, 동래구, 북구, 영도구
- 대구광역시(2) : 북구, 달서구
- 인천광역시(1) : 남동구
- 울산광역시(4) : 중구, 남구, 동구, 북구
- 세종특별자치시(1) : 세종시
- 경기도(6) : 구리시, 성남시 분당구, 군포시, 안성시, 과천시, 양평군
- 강원특별자치도(1) : 속초시
- 충청북도(1) : 청주시 상당구
- 충청남도(3) : 아산시, 공주시, 금산군
- 전북특별자치도(1) : 김제시
- 전라남도(12) : 순천시, 해남군, 화순군, 신안군, 장흥군, 광양시, 담양군, 고흥군, 강진군, 장성군, 진도군, 영암군
- 경상북도(13) : 포항시 남구, 포항시 북구, 영천시, 문경시, 성주군, 영덕군, 구미시, 구미시 선산, 경산시, 상주시, 울진군, 청도군, 안동시
- 경상남도(11) : 창원시 창원, 마산, 진해, 김해시, 김해시 서부, 진주시, 사천시, 고성군, 남해군, 합천군, 창녕군
- 제주특별자치도(2) : 서귀포시 서부, 제주시 제주

출처: “생애초기 건강관리 사업안내 2025”, 보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025a, p.5.

한편, 생애초기 건강관리 사업의 모체가 된 사업인 서울아기 건강 첫걸음 사업을 살펴보면 다음과 같다.<sup>3)</sup> 해당 사업은 생애초기 지역사회 보건 사업으로서, 임신~만 2세 아동기까지의 건강 형평성을 제고하기 위한 서울특별시 공공 가정방문 프로그램이다. 임신부터 출산, 그리고 태어난 아기가 만 2세가 될 때까지 간호사의 가정방문을 핵심 전략으로 하여 시행한다. 서울아기 건강 첫걸음 사업을 통해 추진하는 산모의 정신건강증진을 위한 세부 목표로는 첫째, ‘임신 기간 동안 산모를 지지함으로써 부모 역할로의 이행을 향상시키는 것’, 둘째, ‘엄마가 자신을 돌보도록 도움으로써 산모의 건강과 안녕을 증진시키는 것’이 설정되어 있다. 이러한 정서적 지지 전략은 산후우울증 예방 및 산모의 심리적 회복 지원이라는 측면에서 핵심적인 정책 방향을 제시하고 있다.

2013년부터 3개 자치구에서 ‘임산부·영유아 가정방문 건강관리 시범사업’ 형태로 시행되었고, 2014년부터 현재의 명칭으로 전환되었으며, 2017년 기준 서울시 25개 자치구 중 20개 자치구에서 사업이 본격적으로 운영되었다. 2020년 서울시 전 25개로 사업이 확대되었고, 전국적 사업인 ‘생애초기 건강관리 시범사업’이 시작되었다. 이후 생애초기 건강관리 사업으로 통합되어 추진되고 있다.

생애초기 건강관리 사업 성과는 저출산 고령사회 기본계획의 세부 과제로서 점검된다. 생애초기 건강관리 사업은 현재 추진 중인 제4차 저출산·고령사회 기본계획의 연차별 시행계획에서 수립된 성과지표를 통한 목표 달성도와 예산 집행률을 통해 사업의 추진 실적을 평가받고 있다. 시행계획에서 제시하고 있는 생애초기 건강관리 사업의 성과지표는 사업 참여자 만족도로, 사업 참여자의 만족도 조사 결과를 가지고 산출하고 있

3) 서울아기 건강 첫걸음 사업. (연도미상). 사업안내(<https://ourbaby.seoul.kr/>)를 토대로 요약·발췌하여 정리하였음.

다. 목표치는 2021년 80.0점, 2022년 80.8점, 2023년 81.6점, 2024년 85.0점, 2025년 87.0점으로 설정되어 있고, 산출된 2021~2023년 결과는 약 94~95점으로 매년 증가하고 있는 추세이다(관계부처·지자체 합동, 2024, p.343).

## 2. 산모·신생아 건강관리 지원사업<sup>4)</sup>

산모·신생아 건강관리 지원사업은 산모의 정신건강증진을 위한 것을 주된 목표로 하고 있지 않지만 출산 후 산모에게 필요한 서비스를 제공함으로써 정신건강을 포함한 산모의 산후 건강 증진에 도움이 되는 사업으로 살펴볼 필요가 있다. 산모·신생아 건강관리 지원사업은 출산 직후 산모와 신생아의 건강을 보호하고, 초기 돌봄의 공백을 최소화하기 위해 산모·신생아 건강관리사를 가정에 파견하는 공공사회서비스 제도이다. 본 사업은 산모의 산후 회복과 신생아 양육을 지원하여 건강권을 보장하고 출산가정의 경제적 부담을 경감하는 데 목적이 있다. 해당 사업은 「모자보건법」 제15조의18(산후조리도우미의 지원)을 토대로 하여 추진되고 있다.

〈표 3-5〉 모자보건법 제15조의18

**제15조의18(산후조리도우미의 지원)** ① 국가 또는 지방자치단체는 임산부와 신생아의 건강 관리를 위하여 출산 후 가정에서 산후조리를 하고자 하는 임산부가 신청을 하는 경우 해당 임산부의 가정을 방문하여 산후조리를 돕는 도우미(이하 “산후조리도우미”라 한다)의 이용을 지원할 수 있다.  
② 산후조리도우미의 신청 방법·절차, 지원 기준·방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2021. 12. 21.>  
[본조신설 2015. 12. 22.]

출처: “모자보건법”, 국가법령정보센터, 2025, <https://www.law.go.kr/>

4) 보건복지부. (2025b). 2025 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내를 토대로 요약·발췌하여 정리하였음.

또한 「모자보건법」 제15조의19(산후조리도우미의 자격), 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조(국가 등의 책무) 및 제5조(사회 서비스 제공계획), 「저출산·고령사회기본법」 제8조(자녀의 출산과 보육 등), 제9조(모자보건의 증진 등), 제10조(경제적 부담의 경감) 등을 근거로 하여 추진되며, 2022년 지방이양사업으로 전환되어 시행되고 있다(보건복지부, 2025, p.3).

산모·신생아 건강관리 서비스는 사회서비스 전자바우처 제도를 통해 제공되며, 사업의 지원 대상은 크게 소득기준에 따른 일반지원 대상과 예외지원 대상으로 구분된다. 일반지원 대상은 기준 중위소득 150% 이하 가구로, 산모 또는 배우자가 생계, 의료, 주거, 교육급여 수급자이거나 차상위계층에 해당할 경우 자동 포함된다. 또한 산모 및 배우자의 건강보험료 본인부담금 합산액이 중위소득 150% 이하에 해당하는 경우도 지원 대상이 된다. 건강보험 가입 유형에 따라 직장가입자, 지역가입자, 혼합가입자의 본인부담금 기준이 각각 상이하게 적용된다. 예외지원 대상은 소득기준을 초과하더라도 일정한 조건을 충족하는 경우로, 지자체별 재량에 따라 정책적 판단을 통해 유연하게 운영된다. 예외지원 유형에는 희귀질환 또는 중증 난치질환 산모, 장애 등록 산모, 미혼모, 결혼이민여성, 새터민 산모, 쌍태아 이상 출산 가정, 셋째아 이상 출산 가정, 출산 당시 긴급위기가구, 시설퇴소 산모, 미숙아(이른둥이) 출산 가정 등이 포함된다. 출산 전 유산 또는 사산의 경우에도 산모의 건강 회복 필요성이 인정되면 바우처 신청이 가능하다. 특히 본 사업은 산모의 사회경제적 여건과 출산 후 회복기의 다양한 위험요소를 고려하여 탄력적으로 적용되며, 실제 신청 및 선정 과정에서 지자체의 판단에 따라 조정 가능하다. 즉, 소득기준을 초과하더라도 예외적으로 지원이 필요한 경우에는 지자체 자율 판단에 따라 정책적으로 지원이 가능하다.

서비스의 주요 내용은 산모 건강관리, 신생아 건강관리, 가사 지원 및 산모·신생아 관련 교육 등으로 구성된다. 서비스는 크게 표준 서비스와 부가 서비스로 구분되며, 표준 서비스는 모든 바우처 이용자에게 공통적으로 제공되는 기본 서비스로 구성된다. 표준 서비스 중 산모 건강관리 항목에는 산모의 신체 상태 확인을 위한 기본 조사, 유방 관리(단순 확인 수준), 산후 부종 관리, 영양 및 위생 관리, 좌욕 지원, 산후 체조 지원 등이 포함된다. 신생아 건강관리 항목에서는 신생아의 건강 상태 확인, 청결 관리, 수유 지원, 위생 관리, 감염 예방, 예방접종 지원 등 신생아의 생애 초기 건강과 안전을 위한 돌봄 등이 제공된다. 산모 교육 및 정보 제공 측면에서는 수유, 산후 회복, 신생아 케어에 필요한 실용 정보를 제공하고, 응급상황 발견 시 대응 조치를 시행하며 필요시 감염병 예방을 위한 조치도 함께 제공된다. 또한, 산모 식사 준비, 주 생활공간 청소, 산모 및 신생아의 의류 세탁 등 일상적 가사 활동 지원과 함께, 산모의 정서 상태를 이해하고 정서적 지지를 제공하는 정서 지원 서비스도 포함된다. 모든 서비스는 활동별 제공기록 작성 및 특이사항 보고로 체계적인 관리가 이루어진다. 한편, 부가 서비스는 표준 서비스 범위를 넘어서는 항목으로, 주로 가족 전체를 대상으로 하는 대청소, 정리정돈, 기타 비일상적인 청소, 세탁 등을 포함하며, 이는 바우처 서비스 범위에서 제외되어 이용자가 전액 자부담으로 별도 계약을 통해 이용할 수 있다. 다만, 제공기관은 부가 서비스 항목과 단가를 사전 공개하도록 되어 있다.

서비스 제공기간은 태아 유형(단태아, 쌍태아, 삼태아 이상) 및 출산 순위(첫째아, 둘째아, 셋째아 이상), 그리고 선택한 서비스 유형(단축형, 표준형, 연장형)에 따라 최단 5일에서 최장 40일까지 차등 적용된다. 서비스는 1일 9시간(휴게시간 포함) 기준으로 운영되며, 1주간 5일 연속 제공이 원칙이나 이용자와 제공기관의 협의에 따라 일정 조정이 가능하다. 바

우치의 유효기간은 일반적으로 출산일로부터 90일 이내이나, 삼태아 이상 연장형의 경우 100일까지로 확대된다. 다만, 미숙아 또는 선천성 이상아 출산 등으로 인해 신생아가 입원한 경우에는 퇴원일로부터 90일(삼태아 이상 연장형은 100일) 이내까지 서비스 신청이 가능하도록 예외 규정을 두고 있다.

산모·신생아 건강관리 지원사업은 출산 직후 산모의 정신건강 문제, 특히 산후우울에 대한 조기 대응과 관리 측면에서도 중요한 기반이 된다. 실제 서비스 제공 시에는 산모의 정서 상태와 가족 지원 여부 등을 확인하고, 필요 시 지역사회 내 정신건강 서비스와의 연계도 가능하도록 설계되어 있다.

### 3. 지역사회 통합건강증진사업(여성·어린이 특화)<sup>5)</sup>

산후우울증 관리는 산모건강관리(임산부 건강관리)의 하위 사업으로 지역사회 통합건강증진사업으로 추진되고 있다. 지역사회 통합건강증진사업은 지역주민의 건강 수준 향상과 건강형평성 제고를 위해, 보건복지부와 지자체가 공동으로 추진하는 대표적인 포괄적 건강정책 사업이다. 2013년 기존 개별 건강증진사업을 통합하여 출범하였으며, 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강, 심뇌혈관질환, 정신건강, 방문건강관리 등의 영역을 포괄한다.

이 사업은 지역보건법 제7조에 근거하여, 지역주민의 건강문제를 지역보건소 중심으로 선별하고, 개인의 건강위험요인 및 생활터 중심의 맞춤형 개입을 통해 예방 중심의 공공보건체계를 구현하는 데 중점을 둔다.

5) 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025b). 2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내(여성·어린이특화). 자료를 토대로 요약·발췌하여 정리하였음

특히 지역 간 건강 격차 해소 및 고위험군에 대한 조기개입이 강조되며, 지역사회 건강조사(CHS) 기반의 과학적 기획과 성과관리를 통해 근거 중심의 정책운영이 이루어지고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025b). 보건복지부가 중앙 정책 및 예산을 총괄하고, 시·도는 광역 단위의 조정과 성과관리를 담당하며, 시·군·구 보건소는 지역사업의 기획·실행·평가의 주체로 기능한다. 또한, 한국건강증진개발원이 교육, 기술 지원, 성과 분석 등의 지원기관으로 참여하고 있으며, 지역 내에서는 교육청, 복지관, 민간 의료기관, 주민단체 등과의 다부문 협력을 통해 실행력을 확보하고 있다. 사업은 국고보조금과 지방비 매칭 구조로 운영되며, 예산은 보건소 단위의 지역 건강계획에 따라 차등 배분된다. 각 지자체는 지역사회건강조사(Community Health Survey, CHS) 결과와 인구통계, 보건의료자원 분포 등을 종합적으로 고려하여 사업을 기획하고 운영한다.

지역사회 통합건강증진사업은 금연, 절주, 신체활동, 영양, 비만, 구강, 심뇌혈관질환, 정신건강, 방문건강관리 등 총 9개 영역을 중심으로 생활터 기반 맞춤형 서비스를 제공하며, 지역사회 건강조사(Community Health Survey) 결과를 기반으로 지역별 특성과 수요를 반영한 정책 설계를 추진하고 있다. 이와 같은 통합적 접근은 생애주기별 건강관리의 필요성이 대두됨에 따라 여성과 아동을 위한 특화사업으로도 확대되었다. 여성·어린이 건강 특화사업은 여성과 어린이의 생애주기별 건강문제를 선제적으로 다루기 위해 특히 임신, 출산, 양육이라는 전환기를 겪는 여성의 신체적·정신적 건강을 보호하고, 출생 초기부터의 건강 불평등을 예방하기 위해 고안된 체계적 개입 방식이다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025b). 이 사업은 임신부 등록관리, 산모 영양상담, 모유수유 교육, 산후 건강검진뿐만 아니라, 산후우울 선별 및 조기개입에 이르기까지

보건소를 중심으로 종합적 서비스를 제공하고 있으며, 이는 지역사회 공공보건 체계의 핵심 기능으로 작용하고 있다.

여성·어린이 특화 건강증진사업 내 산후우울 관리 사업은 산후우울감에 대한 적절한 관리를 목적으로 추진되고 있다. 산후우울감이 자살, 영양실해와 같은 중증 증상을 나타내는 산후 정신질환으로 넘어가지 않도록 세심한 관찰과 관리를 위해 다섯 가지의 사업이 추진된다. 우선, 보건복지부는 산모의 정신건강 지원을 목적으로 ‘아이사랑(www.child care.go.kr)’ 사이트를 통해 산전·산후우울증에 대한 온라인 상담 서비스를 안내하고 있으며, 정신건강의학과 전문의와의 비대면 상담이 가능하도록 해당 제도의 활용을 적극적으로 홍보하고 있다. 또한, 중앙과 권역의 난임·우울증상담센터를 연계하여 운영하고 있다.

또한, 보건소에서는 예방접종, 의료비 지원 등으로 내소하는 산모를 대상으로 산후우울증 선별검사를 실시하고 있다. 이를 위해 에딘버러 산후우울척도(EPDS) 등의 표준화된 도구를 활용하여 정서 상태를 점검하며, 선별 결과 고위험군으로 분류된 경우에는 지역 정신건강복지센터 또는 권역별 난임·우울증상담센터에 의뢰하여 전문적인 상담과 치료가 연계되도록 하고 있다. 이러한 검사의 접근성을 높이기 위해, 예방접종 예진표나 의료비 지원 신청서 등 관련 서식의 뒷면에 산후우울 선별 문항을 포함시키는 방식으로 활용되고 있다.

또한, 보건소는 산후우울증의 조기 발견과 개입을 강화하기 위해, 사회·경제적 취약계층을 대상으로 하는 다양한 모자보건 지원사업과 연계하여 산모에 대한 정서적 선별검사를 실시하고 있다. 특히 맞춤형 방문건강관리사업, 산모·신생아 건강관리지원사업, 신생아 난청검사 등의 저소득층 대상 국가 지원사업을 활용하여, 해당 산모들에게 산후우울 선별검사를 적용하고, 필요시 정신건강 전문기관과의 연계를 통해 지속적인 관

리가 가능하도록 하고 있다.

마지막으로 지역 보건소는 산후우울증의 조기 발견을 확대하기 위해 관내 산부인과, 소아청소년과, 산후조리원 등 민간의료기관과의 협력체계를 구축하고 있다. 이를 통해 해당 기관에 산후우울 선별검사 도구를 배포하고, 의료기관을 방문하거나 해당 기관에서 건강관리를 받고 있는 출산 후 산모를 대상으로 우울장애 선별검사를 실시하도록 자발적인 참여를 유도하고 있다.

#### 4. 난임·우울증상담센터 설치 및 운영 사업<sup>6)</sup>

난임·우울증상담센터 설치 및 운영 사업은 난임 치료 및 임신·출산 과정에서 발생할 수 있는 정신건강 문제를 조기에 발견하고 개입하기 위해 난임환자와 임신부를 대상으로 심리상담서비스를 제공하는 사업이다. 또한, 지역사회 통합건강증진사업의 여성·어린이 특화 건강증진사업 내 추진되는 산후우울 관리 사업 중 하나인 중앙과 권역의 난임·우울증상담센터의 연계·운영 사업 추진을 위해 기본적으로 필요한 사업이다.

난임·우울증상담센터는 중앙센터(국립중앙의료원)를 중심으로 전국 권역별로 지정된 지역 거점기관에서 운영되며, 주요 대상은 난임을 겪는 여성뿐 아니라 임신부, 출산 후 산모, 양육모, 유산 및 사산 경험자, 배우자와 가족 등으로 확대된다. 센터에서는 정신건강전문요원, 임상심리사, 사회복지사, 간호사 등의 전문 인력을 통해 심리평가 및 상담을 제공하며, 대면상담뿐 아니라 온라인, 전화, 영상 기반의 비대면 서비스도 병행 운영하고 있다. 난임·우울증상담센터에서 제공하는 상담서비스는 선별부터 진료 연계 및 의료비 지원까지의 다단계 체계로 구성되어 있다. 초기

6) 보건복지부. (2025a). 2025 모자보건사업 안내를 토대로 요약·발췌하여 정리하였음.

단계에서는 선별검사를 통해 대상자의 우울 증상, 알코올 사용 장애, 니코틴 의존 정도 등을 평가하며, 그 결과에 따라 일반상담이 이루어진다. 이후 지속적인 상담이 필요하다고 판단되는 경우 해당 산모 또는 내담자는 정식 등록 대상자로 분류되어 본격적인 심리지원 서비스를 받게 된다.

등록된 대상자에게는 우울, 불안, 스트레스 등 주요 정서 증상에 대한 정밀 심리검사가 실시되며, 그 결과를 토대로 개별 상담 또는 집단 상담이 제공된다. 이 과정에서는 중앙센터에서 개발한 표준화된 상담 프로그램 외에도, 각 지역센터의 특성과 자원을 반영한 산립치유, 원예치유 등의 맞춤형 심리중재 프로그램이 병행된다. 난임·우울증상담센터에서 제공하는 상담서비스의 주요 내용은 다음과 같이 요약된다(〈표 3-6 참조〉).

〈표 3-6〉 난임·우울증상담센터 상담서비스의 주요 내용

구분		내용
대상		난임부부, 유산 및 사산 경험 부부, 임신부, 산모, 양육모(출산 후 36개월 이내), 그 배우자 및 가족 등
상담문의 및 상담예약		www.nmc22762276.or.kr ※ 중앙 및 권역 난임·우울증상담센터 기관 안내 [표 1] 참조
상담 유형	대면	대상자나 가족 등이 직접 센터로 방문하여 대면상담, 대상자가 거주하는 연계기관으로 방문하여 상담
	비대면	전화, 온라인, 영상으로 상담
상담시간	예약제	(평일) 월~금 09:00~17:00
상담사		정신건강전문요원, 사회복지사, 임상심리사, 간호사

출처: “2025 모자보건사업 안내”, 보건복지부, 2025a, p.150.

정신건강 문제가 중등도 이상으로 평가될 경우에는 정신건강의학과 전문의의 진료 의뢰나 의료기관 연계 상담이 이루어지며, 경제적 부담을 완화하기 위한 의료비 지원도 함께 제공된다. 특히 의료급여 1·2종 수급자 또는 기준 중위소득 150% 이하에 해당하는 취약계층은 정신건강의학과 진료에 필요한 본인부담금 중 최대 30만 원까지 지원받을 수 있어 실질적인 치료 접근성이 제고되고 있다. 2025년 현재 중앙 1개소와 권역별 11

개소(서울(강남구, 송파구), 서울서남(동작구, 금천구), 인천, 경기, 경기 북부, 대구, 전남, 경북, 경북서부)가 운영되고 있다.

〈표 3-7〉 난임·우울증상담센터 현황

구분	운영기관	지역	누리집
중앙	국립중앙의료원	서울 중구	www.nmc22762276.or.kr
인천	아인의료재단 아인병원	인천 미추홀구	www.id-incheon.co.kr
대구	경북대학교병원	대구 중구	www.healthymom.or.kr
전남	내일의료재단 현대여성아동병원	전남 순천시	www.hwc1234.co.kr
경기	인구보건복지협회 경기도지회	경기 수원시	www.happyfamily3375.or.kr
경북	경상북도 안동의료원	경북 안동시	happymoa.kr
서울	연세대학교 강남세브란스병원	(강남센터) 서울 강남구 (송파센터) 서울 송파구	www.mindcare-for-family.kr
경기북부	동국대학교 일산불교병원	경기 고양시	happyfamily.dumc.or.kr
경북서부	경상북도 김천의료원	경상북도 김천시	www.healthymoa.kr
서울서남	서울특별시 보라매병원	(보라매센터) 서울 동작구 (금천구센터) 서울 금천구	www.fmc.or.kr

출처: “2025년 지역사회 통합건강증진사업 안내(여성·어린이특화)”, 보건복지부, 한국건강증진개발원, 2025b, pp.21-22.

난임·우울증상담센터는 2025년 1월 시행된 모자보건법 일부 개정(제 11조 4항)에 근거하여 난임·임산부심리상담센터로 명칭을 변경하고 유산 및 사산과 관련된 정서적 지원까지 그 범위를 확대하였다(국립중앙의료원, 2025). 구체적으로 난임·임산부심리상담센터에서는 전문상담사를 통해 난임 및 유산·사산을 경험한 부부, 임신부, 산모, 양육모 및 배우자의 정서적 안정과 삶의 질 향상을 위해 심리상담, 집단 프로그램 운영, 정신건강 고위험군에 대한 의료적 개입 지원 등의 서비스를 제공된다.

## 제2절 지방자치단체의 산후 정신건강증진 사업

본 절에서는 지방자치단체에서 최근 일 년 이상 추진되었거나 현재 추진되고 있는 산후 정신건강증진 관련 사업의 현황을 제시하고자 한다. 이를 위해 2024~2025년 상반기까지 약 1년 6개월 동안 시행된 사업을 기준으로 지방자치단체, 보건소, 정신건강복지센터의 홈페이지 내의 산후 정신건강 관련 사업 정보를 취합하고, 홈페이지에 정보가 없는 경우 기사 등의 정보를 검색하였다.

2024~2025년 상반기 동안 17개의 시도에서 총 1,099개의 사업<sup>7)</sup>을 실시한 것으로 나타났다. 관련 사업이 가장 많이 시행되는 곳은 경기도(20.0%)로 나타났으며 다음은 총 174개(15.8%)의 사업을 추진하고 있는 서울이다. 경상북도도 9.2%로 세 번째로 관련 사업을 많이 실시하고 있었다. 이 순서는 출생아 수 비중이 높은 지역의 순서와 대체로 유사하게 나타난다. 2023년 인구동향조사 자료를 보면 경기도에서 전체 출생아의 31.0%가 태어났고 서울에서 19.5%가 태어나 유사성을 확인할 수 있다. 그러나 인천광역시에는 총 6.6%의 출생아가 태어났지만 2024, 2025년도에는 산후 정신건강 관련 사업은 3.9%의 비율을 보였고, 경상북도의 경우 4.1%의 출생아가 태어났지만 관련 사업은 9.2%로 나타나 17개 시도별 출생아의 규모와 사업의 비중이 다른 지역보다 많았다(〈표 3-8〉 참조).

7) 17개 시도에서 2024~2025년 상반기까지 해당 기간에 한 번이라도 추진된 사업을 대상으로 하여 사업 내용을 중심으로 사업을 분류하였다.

〈표 3-8〉 17개 시도별 산후 정신건강 관련 사업 현황

(단위: 개, %)

시도	사업 수	비율	2023년 출생아 비율
서울특별시	174	15.8	19.5
부산광역시	76	6.9	4.8
대구광역시	41	3.7	4.0
인천광역시	43	3.9	6.6
광주광역시	49	4.5	2.3
대전광역시	10	0.9	3.2
울산광역시	12	1.1	2.0
세종특별자치시	4	0.4	1.0
경기도	220	20.0	31.0
강원도	47	4.3	2.7
충청북도	62	5.6	4.0
충청남도	60	5.5	3.2
전라북도	36	3.3	2.7
전라남도	66	6.0	2.9
경상북도	101	9.2	4.1
경상남도	69	6.3	4.8
제주특별자치도	29	2.6	1.1
전체	1,099	100.0	100.0

출처: “인구동향조사”, 통계청, 2023, 국가통계포털, 시도/출산순위별 출생(쌍태아 이상), 2025. 8.11. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1B81A11&conn\\_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A11&conn_path=I3). 자료를 이용하여 2023년 출생아 비율 분석.

17개 시도를 규모와 특성별로 4개의 집단으로 분류하여 지역별 산후 정신건강 관련 사업의 규모를 살펴본 결과는 다음과 같다. 전 지역에서 추진되고 있는 사업 전체에서 지역별로 추진되고 있는 산후 정신건강 관련 사업의 비중을 제시한 〈표 3-9〉에 따르면, 서울은 15.8%, 인천과 경기도는 23.9%, 기타 광역시(세종특별자치시 제외)는 17.1%, 기타 지역(일반 도+세종특별자치시)은 43.1%의 사업을 실시하고 있었다. 2023년 지역별 출생아 수 비율과 비교해 보면 서울, 인천과 경기도는 출생아 비율보다 사업의 비율이 더 낮았고 광역시(세종시 제외)와 기타 지역(세종시 포함)은 출생아 비율보다 사업의 비율이 더 높았다.

〈표 3-9〉 지역별 산후 정신건강 관련 사업 현황

(단위: 개, %)

시도	사업 수	비율	2023년 출생아 비율
서울	174	15.8	19.5
인천+경기	263	23.9	37.5
광역시	188	17.1	16.4
기타	474	43.1	26.6
전체	1,099	100.0	100.0

출처: “인구동향조사”, 통계청, 2023, 국가통계포털, 시도/출산순위별 출생(쌍태아 이상), 2025. 8.11. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1B81A11&conn\\_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A11&conn_path=I3). 자료를 이용하여 2023년 출생아 비율 분석.

사업의 내용은 지역별로 다양하게 나타났다. 홈페이지에서 자가 진단을 통해 에딘버러 검사를 실시하도록 하고 일정 점수를 넘어 산후우울이라고 판단되는 경우 지역의 정신건강복지센터나 정신과 상담을 받을 수 있도록 연계되는 서비스의 연락처를 안내하거나 직접적으로 상담 서비스를 연계하는 사업, 산전·산후우울 관련 교육을 제공하는 사업, 임산부를 대상으로 마음 건강이나 심리 상태에 관한 교육을 진행하는 사업, 임신과 출산 관련한 비용을 지원하여 상담 서비스를 받을 수 있는 사업, 임산부 대상 공예 프로그램과 운동 프로그램을 제공하는 사업 등으로 구분해서 살펴볼 수 있다. 또한 임산부를 대상으로 임신부터 출산, 육아 전반에 이르는 교육과 양육 스트레스 관리, 자조 모임 지원 등 폭넓은 사업 내용을 포함하고 있기도 하였다.

이러한 다양한 사업의 내용을 네 가지로 분류하여 지역별로 살펴보면 다음과 같다. 먼저 산후 정신건강 관리와 직접적으로 관련이 있는 선별검사, 상담 연계, 산후우울증 관련 교육을 직접 제공하는 경우는 ‘직접 관련 사업’으로, 정신건강이나 심리적인 차원을 관리하기 위한 내용이 포함되어 있고 이것이 다른 체험형 프로그램과 함께 결합되어 있는 경우는 ‘간접 관련 사업’, 임산부를 대상으로 하고 있으나 직접적으로 산후우울이나

정신건강 관리에 대한 내용이 명시되어 있지 않고 출산 교육을 진행하거나 필라테스, 요가, 공예 프로그램 등 체험형 프로그램을 제공하는 경우에는 ‘포괄적 관련 사업’으로, 임산부를 대상으로 하고 있으나 산후 정신건강 관리에 대한 내용이 명시되어 있지 않고 육아나 태교 등 더 넓은 범위를 다루고 있는 사업의 경우 ‘기타 사업’으로 분류하였다.

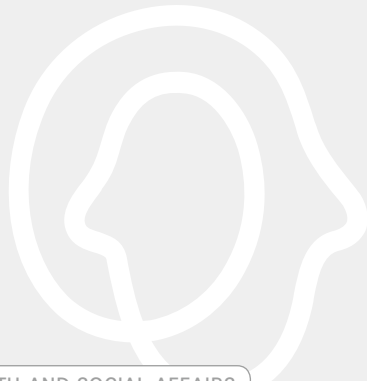
〈표 3-10〉 지역별 산후 정신건강 관련 사업의 산후우울 관련성

(단위: 개, %)

시도	직접 관련 사업	간접 관련 사업	포괄적 관련 사업	기타 사업	사례 수
서울	34.5	8.6	51.7	5.2	174 (100.0)
인천+경기	37.3	6.8	52.1	3.8	263 (100.0)
광역시	48.9	5.9	38.8	6.4	188 (100.0)
기타	32.5	10.1	52.7	4.6	474 (100.0)
전체	36.8	8.4	50.1	4.8	1,099 (100.0)

이러한 기준으로 분류한 결과 직접 관련 사업은 전체의 36.8%, 간접 관련 사업은 8.4%, 포괄적 관련 사업은 50.1%, 기타 사업은 4.8%로 파악되었다(〈표 3-10〉 참조). 지역별로 구분해 보면 서울에서는 포괄적 관련 사업 51.7%-직접 관련 사업 34.5%-간접 관련 사업 8.6%-기타 사업 5.2%의 순으로 비중이 높았고 인천과 경기도, 일반 도 지역 역시 그 순서가 동일하게 나타났다. 반면 광역시는 직접 관련 사업 48.9%-포괄적 관련 사업 38.8%-기타 사업 6.4%-간접 관련 사업 5.9%로 나타나 차이를 보였다.





## 제4장

### 산후우울 심층 분석

제1절 분석 개요

제2절 산후우울 실태

제3절 산후우울의 영향 요인

제4절 산후우울과 추가 출산 의향



## 제4장 산후우울 심층 분석

### 제1절 분석 개요

본 장에서는 산후우울감과 산후우울증을 포함한 주산기 우울증의 실태를 살펴보고 산후우울에 영향을 미치는 요인과 산후우울이 추가출산에 미치는 영향에 관해 분석하고자 한다. 이를 위해 건강보험공단 자료, 2024년 산후조리 실태조사 원시자료, 2024년 가족과 출산 조사 원시자료 등 세 가지 자료원을 활용한다.

우선, 2015~2022년 출산한 산모의 출산 연도별 산후우울증 유병률을 산출하기 위해서 건강보험공단 자료<sup>8)</sup>를 활용하였다. 국민건강보험은 단일 보험자 체계로 운영되며, 전 국민을 대상으로 하고<sup>9)</sup> 당연지정제로 인해 모든 요양기관이 등록되어 있기 때문에 특정 집단이 누락되지 않는 전수 행정데이터의 성격을 지닌다. 해당 데이터베이스에는 자격 부과와 보험료 부과·징수를 위해 수집되는 성별, 연령, 보험료 수준, 거주지 등의 인구사회경제적 변수뿐 아니라, 건강보험 급여로 보장되는 진료·처방 내역 등의 의료 이용 정보가 포함되어 있다. 이를 통해 요양기관에서 분만 한 산모 전수와 이들의 사회경제적 특성, 그리고 출산 전·후 의료이용 내역을 개인 단위에서 연계하여 추적·관찰할 수 있다는 장점이 있다.

본 분석의 모집단인 2015년부터 2022년까지 분만한 산모<sup>10)</sup> 산모와

8) 국민건강보험공단 연구관리번호: NHIS-2025-07-1-014.

9) 「국민건강보험법」상 적용대상에서 의료급여 수급권자는 제외되지만, 건강보험 자료는 건강보험 가입자 및 피부양자와 의료급여 수급권자가 모두 포함된 전 국민 데이터이다.

10) 맞춤형연구DB 신청 시점(2025년 5월) 기준, 2023년까지의 정보만을 제공하고 있어 산후우울증 정의를 고려할 때 산모는 2022년까지 분만한 경우로 제한하였다.

분만 일자의 설정은 건강보험공단 자료에서 분만 관련 수가코드를 이용하여, 2015년부터 2022년까지 해당 수가코드가 청구된 모든 사례를 추출한 후, 동일인에 대해 210일 이내에 중복 청구된 건은 오류 또는 중복으로 간주하여 제외하고 최종 출산 일자를 확정하는 방식으로 이루어졌다. 산후우울증은 우울증(F31~34·F38~39)과 산후의 정신 및 행동 장애(F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, O99.3)를 포함하여, 해당 질병분류기호를 사용한 진단명이 주상병 또는 제1부상병으로 기록된 진료 청구 건이 있는 경우로 정의하였다. 이는 정신건강 관련 진단은 개인별로 부여되는 코드가 다를 수 있음을 고려하여, 산전·산후우울과 관련될 가능성이 있는 모든 상병 코드를 포함한 기준이다. 분석 기간은 앞서 살펴본 DSM-5, ICD-11, WHO 등 선행연구에서 제시하고 있는 산후우울(우울감 및 우울증) 지속 기간을 반영하여 출산 후 4주, 6주, 6개월, 1년 이내, 그리고 출산 후 13~24개월로 구분하여 살펴보고자 한다. 또한 F53(달리 분류되지 않는 산후기와 연관된 경한 정신 및 행동장애)와 O99.3(임신, 출산 및 산후기에 합병된 신경계통의 질환 및 정신장애)을 주상병으로 청구한 인원과 진료 건수를 토대로 2015~2023년의 연도별 산전·산후우울증의 실태를 제시하고자 한다. 이를 토대로 산후우울증 유병률을 산출하고, 산후우울증 발병에 영향을 미치는 요인에 관해 로지스틱 회귀분석 모형(logistic regression model)을 활용하여 분석하고자 한다.

한국의 산후우울 현황을 파악하기 위해 적합한 전국 실태조사 자료는 산후조리 실태조사이다. 보건복지부는 「모자보건법」 제15조의21을 토대로 하여, 임산부와 신생아의 건강 및 안전에 관한 정책 수립을 위한 기초 통계자료 구축을 목적으로 3년마다 ‘산후조리 실태조사’를 실시하고 있다. 산후조리 실태조사는 산후조리원 이용 실태, 산모의 신체 및 정신건강 상태, 산후조리 기간 중 가족 및 사회적 지원, 경제적 부담 등을 포함

하여 산후조리 전반에 대한 실태를 조사한다. 2024년 산후조리 실태조사  
의 원시자료를 가지고 로지스틱 회귀분석(multivariable logistic re-  
gression analysis)을 활용하여 산후우울감 또는 산후우울증에 영향을  
미치는 요인을 규명하고자 한다.

마지막 자료원인 가족과 출산 조사는 1964년 ‘전국 가족계획 실태조사’를 모태로 삼고 있으며, 1979년 조사부터 매 3년 주기로 정례화된 인구행동 심층 조사로(박종서 외, 2024, p.10), 1985년 통계청 승인을 받아 지정통계가 되었다. 2024년도 가족과 출산 조사는 결혼과 출산 등의 인구행동과 관련된 여러 항목을 조사하면서 조사기준일(2024년 7월 1일 오전 0시) 이전 3년 이내 출산한 여성 총 541명(가중치 미적용 시 953명)을 대상으로 산전·산후 관리 영역을 조사하였다. 이 영역의 하위 문항 중에 중에 산후우울을 파악하기 위한 다음의 3개 문항이 포함되어 있다(〈표 4-1〉 참조). 2024년 가족과 출산 조사 원시자료를 이용하여 로지스틱 회귀분석을 통해 산후우울감 경험이 추가출산의향에 미치는 영향을 분석한다.

〈표 4-1〉 2024년도 가족과 출산 조사 내 산후우울 관련 문항

- 문) 귀하는 분만 이후 1년 이내에 산후우울감을 느낀 적이 있으십니까?  
① 있다                      ② 없다
- 문) 귀하는 산후우울감으로 산후우울증 진단 검사나 상담을 받은 적이 있으십니까?  
① 있다                      ② 없다
- 문) 산후우울증 진단 검사 또는 상담은 주로 어디서 받으셨습니까?  
① 보건(지)소 또는 보건의료원                      ② 산부인과  
③ 정신건강의학과                      ④ 정신건강복지센터(정신보건센터)  
⑤ 한의원·한방병원                      ⑥ 심리상담소  
⑦ 산후조리원    ⑧ 난임 우울증 상담센터    ⑨ 기타( )

출처: “2024년도 가족과 출산 조사”, 한국보건사회연구원, 2024, [조사표], 보건복지데이터포털.  
<https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>

## 제2절 산후우울 실태

### 1. 주산기 우울증

#### 가. 2015~2022년 출산한 산모의 산후우울증 유병률

건강보험공단 자료를 활용하여 2015~2022년 출산한 산모의 출산 연도별 산후우울증 유병률을 산출하였다. <표 4-2>는 2015~2022년에 출산한 산모 중 출산 후 4주까지, 6주까지, 6개월까지, 13~24개월 시점 등으로 나누어 각 기간 동안 산후우울증 진료를 받은 산모의 규모와 유병률, 항우울제 처방률을 제시하고 있다. 이때 유병률은 전체 산모 중 해당 기간 동안 우울증 진료를 받은 산모의 비율로 정의하며, 항우울제 처방률은 해당 기간 동안 우울증 진료를 받은 산모 중 항우울제를 한 번이라도 처방받은 산모의 비율을 의미한다.

2022년 기준 시기별 산후우울증 유병률은 4주 0.34%, 6주 0.52%, 6개월 1.85%, 12개월 3.20%로 나타난다. 2015년 출산한 산모의 시기별 산후우울증 유병률은 4주 0.14%, 6주 0.20%, 6개월 0.73%, 12개월 1.38%로, 최근 출산한 산모일수록 산후우울증 유병률이 증가하는 경향을 보인다.

항우울제 처방률을 살펴보면, 2022년 기준 출산 후 4주에는 산후우울증 진단을 받은 산모 중 49.5%만이 항우울제 처방을 동반한 진료를 받았으나, 12개월 시점에는 그 비중이 70.2%로 증가한다. 또한 2015년 출산한 산모와 비교할 때, 2022년 출산한 산모의 경우에는 항우울제 처방이 동반된 산후우울증 진료 비중이 전반적으로 증가하는 경향을 보인다.

〈표 4-2〉 출산 후 시점별 산후우울증 발생 현황

(단위: 명, %)

구분 (출산 시기)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
전체 산모	427,889	398,698	351,990	322,297	299,007	269,489	257,166	244,976
출산 후 4주까지								
산후우울증 산모	597	637	634	639	682	602	703	826
유병률	(0.14)	(0.16)	(0.18)	(0.20)	(0.23)	(0.22)	(0.27)	(0.34)
항우울제 처방률	(49.1)	(48.8)	(44.5)	(45.1)	(46.2)	(51.5)	(49.2)	(49.5)
출산 후 6주까지								
산후우울증 산모	871	978	991	934	1,118	871	1,044	1,272
유병률	(0.20)	(0.25)	(0.28)	(0.29)	(0.37)	(0.32)	(0.41)	(0.52)
항우울제 처방률	(52.1)	(48.7)	(44.8)	(48.6)	(45.1)	(56.0)	(55.3)	(54.7)
출산 후 6개월까지								
산후우울증 산모	3,115	3,356	3,289	3,216	3,605	3,361	3,784	4,527
유병률	(0.73)	(0.84)	(0.93)	(1.00)	(1.21)	(1.25)	(1.47)	(1.85)
항우울제 처방률	(59.2)	(57.8)	(57.9)	(62.0)	(59.9)	(65.8)	(67.0)	(66.8)
출산 후 12개월까지								
산후우울증 산모	5,892	6,002	5,937	5,783	6,440	6,323	7,018	7,839
유병률	(1.38)	(1.51)	(1.69)	(1.79)	(2.15)	(2.35)	(2.73)	(3.20)
항우울제 처방률	(60.2)	(61.2)	(62.4)	(64.6)	(64.3)	(69.0)	(70.4)	(70.2)
출산 후 13개월~24개월								
산후우울증 산모	7,431	7,731	7,385	7,742	8,291	8,819	9,399	
유병률	(1.74)	(1.94)	(2.10)	(2.40)	(2.77)	(3.27)	(3.65)	
항우울제 처방률	(64.6)	(65.9)	(67.0)	(69.8)	(71.5)	(72.0)	(73.6)	

주: 유병률은 전체 산모 중 산후우울증 산모의 비율이며, 항우울제 처방률은 산후우울증 산모 중 해당 기간에 항우울제를 처방받은 적이 있는 산모의 비율을 나타냄.

출처: “국민건강보험 맞춤형 DB”, 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리 번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

나. 2015~2023년 산전·산후우울증

산후우울증은 출산 전 시기의 우울증과도 연결되어 있다. 실제로 질병 코드인 O99.3은 임신, 출산 및 산후기에 합병된 신경계통의 질환 및 정신장애를 포괄하고 있다. 2015~2023년 동안 연도별 산모의 연령별 F53(달리 분류되지 않는 산후기와 연관된 경한 정신 및 행동장애)과 O99.3(임신, 출산 및 산후기에 합병된 신경계통의 질환 및 정신장애)을 주상병으로 청구한 인원과 진료 건수는 다음과 같다(〈표 4-3〉 참조). 25세 이상 산모의 연도별 산전·산후우울증은 매년 증가하는 경향을 보인다. 다만, 24세 이하의 출산이 급격하게 감소하면서 산전·산후우울증을 경험한 산모가 2015년 27명에서 2023년 7명으로 감소했음을 알 수 있다.

〈표 4-3〉 연도별 산전·산후우울증 현황

		(단위: 명, 건)								
구분		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
24세 이하	진료인원(명)	27	20	25	15	21	17	14	10	7
	진료건수(건)	58	37	69	16	47	34	33	23	22
25~29세	진료인원(명)	55	44	59	63	60	47	72	69	67
	진료건수(건)	128	136	168	170	184	185	285	269	306
30~34세	진료인원(명)	165	173	129	140	130	132	146	185	189
	진료건수(건)	559	646	533	484	444	447	626	797	1,028
35~39세	진료인원(명)	94	109	129	123	123	112	101	155	178
	진료건수(건)	341	478	572	543	549	449	521	669	879
40~44세	진료인원(명)	29	29	38	32	39	43	54	49	52
	진료건수(건)	160	152	176	116	124	187	217	202	279
45~49세	진료인원(명)	*	*	*	6	7	9	8	9	11
	진료건수(건)	25	10	6	24	25	49	67	89	49
50세 이상	진료인원(명)	*	-	*	-	-	-	*	*	*
	진료건수(건)	*	-	*	-	-	-	7	10	37

주: \*은 5명(5건) 이하의 값을 비식별화하여 제공받은 내용이 포함된 값임. 연도는 진료일 기준이며 연령은 연말 기준임. 건강보험 급여실적(의료급여 제외)이며, 2024년 6월 지급분까지 반영됨.  
출처: “국민건강보험 맞춤형 DB”, 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

## 2. 산후우울감

### 가. 2024년 산후조리 실태조사를 통해 살펴본 산모의 산후우울감 경험

2023년 출산한 산모 3,221명을 대상으로 실시한 2024년 산후조리 실태조사를 활용하여 산모의 산후우울감 경험 여부와 산후우울감을 경험한 기간을 분석한 결과는 다음과 같다(〈표 4-4〉 참조). 산후조리 기간 동안 산후우울감을 경험한 산모는 68.5%로 나타났고, 산후우울감은 평균적으로 6개월을 조금 넘는 시점까지 지속된 것으로 나타났다. 산후우울감을 경험한 비율은 산모의 연령, 혼인 상태, 출생 순위에 따라 유의미한 차이를 보였다. 산모의 나이가 많을수록 산후우울감을 경험한 비율은 낮아졌으나, 산후우울감을 경험하는 기간은 유의미하게 길어지는 경향을 보였다. 또한, 첫째아 출산에서 산후우울감을 경험한 비율이 높았으며, 산후우울감이 지속되는 기간은 둘째아 이상을 출산한 경우에 더 길게 나타났다. 분만 방법과 산후우울감의 지속 기간에 있어서, 제왕절개로 분만한 산모들이 산후우울감을 경험하는 기간이 자연분만 산모들에 비해 유의미하게 길었다.

〈표 4-4〉 산후 진찰 이외에 산후조리 동안의 진료 경험(중복 응답)

구분		산후우울감 경험 있음	산후우울감 경험 기간(일)	응답자 수
전체		68.5	187.5	3,221
거주지	동부	68.4	187.5	2,760
	읍면부	68.7	187.5	461
	$\chi^2(df)/t$	0.005(1)	0.006	
연령	24세 이하	73.1	175.6	38
	25~29세	71.7	171.7	271
	30~34세	72.2	180.7	1,286
	35~39세	66	194.1	1,230
	40세 이상	61.5	205.5	396
	$\chi^2(df)/F$	22.749(4)***	3.469**	
교육수준	고졸 이하	73.1	196.9	392
	대졸	68.1	184	2,422
	대학원 이상	66.1	198.9	407
	$\chi^2(df)/F$	5.286(2)	2.649	
취업여부	취업	69	185.8	2,642
	비취업	66.2	195.7	579
	$\chi^2(df)/t$	1.742(1)	-1.426	
혼인상태	유배우	68.1	186.8	3,170
	기타	89.5	220.7	51
	$\chi^2(df)/t$	11.323(1)***	-1.847	
가구소득	200만 원 미만	76	174.2	123
	200~300만 원 미만	73	197.6	449
	300~400만 원 미만	67.1	190.8	662
	400~500만 원 미만	66.9	188	586
	500~600만 원 미만	69.9	197	430
	600~700만 원 미만	69.4	170.7	256
	700~800만 원 미만	67.7	187	267
	800만 원 이상	64.3	175.3	447
	$\chi^2(df)/F$	13.112(7)	1.649	
출생순위	첫째아	70.4	180.7	1,919
	둘째아 이상	65.7	198.3	1,302
	$\chi^2(df)/t$	7.996(1)**	-3.298***	
분만방법	자연분만	69.7	180.7	1,267
	제왕절개	67.7	192	1,954
	$\chi^2(df)/t$	1.476(1)	-2.139*	

주: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .  
출처: “2024년 산후조리 실태조사”, 보건복지부, 2024, [데이터 세트]. 2024년 산후조리 실태조사의  
연구책임자로서 활용 권한이 있는 비공개 단계 마이크로데이터를 활용하여 분석함.

산후우울감에 영향을 미치는 요인에 대해 조사한 결과(〈표 4-5〉 참조), 출산 이후 산모의 신체적 건강 상태가 가장 큰 영향을 미친다고 응답한 비율이 88.5%로 가장 높았다. 이어 환경 변화에 따른 스트레스(86.0%), 양육과 새로운 생명에 대한 부담감(83.4%), 산모가 도움을 받을 사람 없이 혼자 자녀를 돌봐야 하는 상황(82.5%), 체중 증가 등 외형 변화(75.7%), 경제적 부담감(72.0%), 배우자를 포함한 가족의 지지 부족(64.0%), 경력 단절이나 사회 복귀에 대한 걱정(60.9%) 순으로 나타났다. 이는 기존의 신체적, 심리적 요인 외에도 현실적인 돌봄 환경과 경제적, 사회적 요인이 산후우울감에 큰 영향을 미친다는 것을 시사한다. 이러한 조사 결과는 산후우울감 예방과 관리를 위해 산모의 신체적 회복을 지원하는 것뿐만 아니라, 심리적 안정과 가족의 적극적인 지지가 필수적임을 강조하며, 사회적 돌봄 체계와 정책적 지원의 확대 필요성을 분명히 하고 있다.

산후조리 기간 동안 산후우울감을 경험한 2,205명의 산모 중 6.8%는 산후우울증으로 의사의 진단을 받은 것으로 나타났다(〈표 4-6〉 참조). 산후우울증에 대한 의사 진단 경험은 산모의 교육수준과 혼인상태에 따라 유의미한 차이를 보였다. 산모의 나이가 어릴수록 산후우울증으로 진단 받은 비율은 낮았으나, 통계적으로 유의미한 차이는 확인되지 않았다. 또한, 출산 시 배우자와 함께 있는 경우보다 그렇지 않은 경우에 산후우울증 진단을 받은 비율이 더 높았다.

〈표 4-5〉 산후조리 동안의 산후우울감의 요인별 영향 정도

(단위: %)

구분		산모의 신체 건강	양육 부담감	환경 변화	자녀 혼자 돌봄	외형 변화
전체		88.5	83.4	86.0	82.5	75.7
거주지	동부	88.2	83.5	86.2	82.1	75.1
	읍면부	89.8	82.7	84.8	84.7	78.9
x2(df)		0.686 (3)	2.140 (3)	4.470 (3)	3.956 (3)	2.174 (3)
연령	24세 이하	85.0	69.9	85.3	81.8	83.3
	25~29세	81.6	79.1	85.6	77.6	82.1
	30~34세	88.3	86.7	86.8	83.5	75.2
	35~39세	89.8	80.7	84.6	83.1	75.1
	40세 이상	90.9	84.9	88.6	80.4	73.3
	x2(df)	50.252 (12)***	30.906 (12)**	20.9 (12)	18.015 (12)	27.651 (12)**
교육 수준	고졸 이하	86.9	80.4	81.4	88.0	78.6
	대졸	88.7	84.3	86.8	82.8	75.3
	대학원 이상	88.7	81.0	86.4	74.5	74.5
	x2(df)	3.668 (6)	14.044 (6)*	23.245 (6)***	25.963 (6)***	13.671 (6)*
취업 여부	취업	88.7	83.1	86.0	81.7	76.2
	비취업	87.5	85.0	86.1	86.2	72.9
	x2(df)	2.717 (3)	2.426 (3)	0.673 (3)	17.001 (3)***	3.936 (3)
혼인 상태	유배우	88.8	83.5	85.9	82.4	75.7
	기타	75.2	80.4	91.5	83.3	74.8
	x2(df)	8.089 (3)*	1.465 (3)	2.043 (3)	4.250 (3)	0.443 (3)
가구 소득	200만 원 미만	86.2	76.2	88.2	82.4	80.6
	200~300만 원 미만	87.7	80.9	85.7	81.9	75.0
	300~400만 원 미만	88.3	85.2	85.1	86.0	75.7
	400~500만 원 미만	87.5	81.4	83.4	86.5	77.3
	500~600만 원 미만	89.4	89.4	88.7	79.6	75.1
	600~700만 원 미만	91.7	87.6	87.7	85.4	81.4
	700~800만 원 미만	90.3	82.6	83.5	86.2	76.4
	800만 원 이상	87.7	80.3	88.5	70.8	69.1
	x2(df)	28.058 (21)	27.617 (21)	16.099 (21)	49.799 (21)***	34.104 (21)*
출생 순위	첫째아	87.1	83.6	87.9	81.0	74.2
	둘째아 이상	90.7	83.1	83.1	84.7	77.9
	x2(df)	7.493 (3)	23.783 (3)***	28.329 (3)***	18.690 (3)***	11.242 (3)*
분만 방법	자연분만	89.4	84.8	85.3	84.7	74.8
	제왕절개	87.9	82.5	86.5	81.0	76.2
	x2(df)	3.517 (3)	5.881 (3)	2.259 (3)	5.264 (3)	6.138 (3)

〈표 4-5〉 산후조리 동안의 산후우울감의 요인별 영향 정도(계속) (단위: %)

구분		경제적 부담	가족의 지지부족	경력단절 등	이유 없음	신생아 건강
전체		72.0	64.0	60.9	60.6	37.8
거주지	동부	71.2	62.6	60.7	60.5	37.2
	읍면부	76.4	71.8	62.5	61.8	41.5
	x2(df)	4.762 (3)	12.097 (3)**	0.382 (3)	0.984 (3)	3.784 (3)
연령	24세 이하	86.0	73.2	62.5	59.8	34.6
	25~29세	78.8	61.9	61.5	56.5	32.6
	30~34세	72.2	59.0	60.9	62.0	37.9
	35~39세	69.0	67.3	60.2	58.8	39.2
	40세 이상	73.7	72.4	62.7	65.1	37.5
	x2(df)	38.801 (12)***	30.647 (12)**	19.953 (12)	20.252 (12)	35.025 (12)***
교육 수준	고졸 이하	86.4	74.8	59.4	60.6	38.0
	대졸	71.9	62.2	62.2	61.3	37.7
	대학원 이상	56.9	63.1	54.5	56.6	38.4
	x2(df)	76.867 (6)***	22.457 (6)**	17.698 (6)**	11.479 (6)	1.618 (6)
취업 여부	취업	72.2	63.0	61.4	59.9	36.9
	비취업	70.8	68.3	58.6	64.0	42.1
	x2(df)	6.422 (3)	6.058 (3)	2.565 (3)	4.116 (3)	3.970 (3)
혼인 상태	유배우	71.6	63.6	60.8	60.4	38.1
	기타	88.6	80.7	68.4	72.9	26.7
	x2(df)	8.835 (3)*	17.319 (3)***	2.192 (3)	11.048 (3)*	2.178 (3)
가구 소득	200만 원 미만	80.8	73.3	67.6	62.3	38.8
	200~300만 원 미만	83.3	64.4	64.7	58.8	41.1
	300~400만 원 미만	80.3	66.8	66.3	58.6	39.3
	400~500만 원 미만	76.5	65.6	63.0	59.9	39.6
	500~600만 원 미만	67.9	58.2	59.7	68.0	38.7
	600~700만 원 미만	64.2	65.0	55.0	56.4	33.4
	700~800만 원 미만	60.4	67.6	56.6	63.9	36.7
	800만 원 이상	53.5	56.8	50.9	59.3	31.8
	x2(df)	187.38 (21)***	37.801 (21)*	62.48 (21)***	26.142 (21)	35.387 (21)*
출생 순위	첫째아	68.6	60.3	58.3	59.9	36.1
	둘째아 이상	77.2	69.7	65.0	61.8	40.6
	x2(df)	30.438 (3)***	25.487 (3)***	17.690 (3)***	11.064 (3)*	6.760 (3)
분만 방법	자연분만	73.0	62.5	60.9	62.6	37.0
	제왕절개	71.3	64.9	60.9	59.3	38.4
	x2(df)	14.135 (3)**	4.408 (3)	0.399 (3)	16.451 (3)***	9.334 (3)*

주: 1) \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001.  
2) 각 요인에 대해 “매우 영향을 주었다+약간 영향을 주었다”에 응답한 비율의 합을 활용하여 각 문항에 대한 값을 개별로 산출함.  
출처: “2024년 산후조리 실태조사”, 보건복지부, 2024, [데이터 세트]. 2024년 산후조리 실태조사  
의 연구책임자로서 활용 권한이 있는 비공개 단계 마이크로데이터를 활용하여 분석함.

〈표 4-6〉 (출산 이후 1년 이내) 산후우울증 의사 진단 경험 (단위: %, 명)

구분		(출산 이후 1년 이내) 산후우울증 의사 진단 경험(%)	응답자 수
전체		6.8	2,205
거주지	동부	6.6	1,889
	읍면부	7.9	317
	x2(df)	0.690 (1)	
연령	24세 이하	14.9	28
	25~29세	8.5	194
	30~34세	7.7	928
	35~39세	5.4	811
	40세 이상	5.8	244
	x2(df)	7.299 (4)	
교육수준	고졸 이하	11	287
	대졸	6.1	1,650
	대학원 이상	6.4	269
	x2(df)	9.848 (2)**	
취업여부	취업	6.5	1,822
	비취업	8.1	383
	x2(df)	1.219 (1)	
혼인상태	유배우	6.6	2,159
	기타	16.4	46
	x2(df)	8.195 (1)**	
가구소득	200만 원 미만	11.3	94
	200~300만 원 미만	9	328
	300~400만 원 미만	6.1	445
	400~500만 원 미만	6.5	392
	500~600만 원 미만	5.9	301
	600~700만 원 미만	3.7	178
	700~800만 원 미만	5	181
	800만 원 이상	8.3	287
	x2(df)	10.773 (7)	
출생순위	첫째아	6	1,350
	둘째아 이상	8	855
	x2(df)	3.287 (1)	
분만방법	자연분만	6.9	883
	제왕절개	6.7	1,322
	x2(df)	0.026 (1)	

주: \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001.  
출처: “2024년 산후조리 실태조사”, 보건복지부, 2024, [데이터 세트]. 2024년 산후조리 실태조사  
의 연구책임자로서 활용 권한이 있는 비공개 단계 마이크로데이터를 활용하여 분석함.

산후우울감 해소에 있어 가장 큰 도움이 된 사람은 배우자로, 전체 응답자의 57.8%가 이를 꼽았다. 그다음으로는 친구(34.2%), 가족(23.5%) 순이었다. 한편, 산후우울감을 겪었음에도 불구하고 외부의 도움을 받지 못했다는 응답은 23.8%에 달해, 여전히 많은 산모들이 지원 체계의 사각

지대에 놓여 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-7〉 산후우울감 해소에 도움을 준 사람(중복 응답)

구분		배우자	친구(산후조리원 동기, 직장 동료, 선후배 등)	도움받은 적 없음	배우자를 제외한 가족	응답자 수
전체		57.8	34.2	23.8	23.5	2,205
거주지	동부	58.1	34.2	23.4	24	1,889
	읍면부	55.6	34.2	26.1	20.9	317
	x2(df)	4.725(8)				
연령	24세 이하	40.8	28.6	30.4	18.2	28
	25~29세	60.4	30.1	22.9	23	194
	30~34세	63.3	34.3	20.8	23.9	928
	35~39세	55.2	35.6	25.1	25.6	811
	40세 이상	44.9	33.2	30.9	16.4	244
	x2(df)	87.090(32)***				
교육수준	고졸 이하	47.4	30.2	33.8	13.2	287
	대졸	59.6	35.6	22.2	25.1	1,650
	대학원 이상	57.5	30.4	22.9	25	269
	x2(df)	89.020(16)***				
취업여부	취업	58.7	34.6	23.5	24.9	1,822
	비취업	53	32.5	25.5	17	383
	x2(df)	17.028(8)*				
혼인상태	유배우	58.7	34.5	23.5	23.4	2,159
	기타	11.4	20.9	36.3	31.2	46
	x2(df)	80.888(8)***				
가구소득	200만 원 미만	49.4	19.6	22.7	27.6	94
	200~300만 원 미만	56.3	31.6	27.2	24	328
	300~400만 원 미만	55	36.1	25.8	18.4	445
	400~500만 원 미만	59.9	35.3	20.9	25.9	392
	500~600만 원 미만	62.5	43.4	18.7	23.6	301
	600~700만 원 미만	66.8	38.5	20.8	22.9	178
	700~800만 원 미만	54.4	30.2	25.8	23.7	181
	800만 원 이상	54.9	28.1	27.1	26.5	287
	x2(df)	34.335(8)***				
출생순위	첫째아	59.2	35.3	22.6	25	1,350
	둘째아 이상	55.5	32.5	25.8	21.2	855
	x2(df)					
분만방법	자연분만	58.3	33.4	22.6	26	883
	제왕절개	57.4	34.8	24.6	21.9	1,322
	x2(df)	25.469(8)**				

주: \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001.  
출처: “2024년 산후조리 실태조사”, 보건복지부, 2024, [데이터 세트]. 2024년 산후조리 실태조사  
의 연구책임자로서 활용 권한이 있는 비공개 단계 마이크로데이터를 활용하여 분석함.

〈표 4-7〉 산후우울감 해소에 도움을 준 사람(중복 응답)(계속)

구분		배우자	친구(산후조리원 동기, 직장 동료, 선후배 등)	도움받은 적 없음	배우자를 제외한 가족	응답자 수
전체		6.3	4.9	3.9	1.5	2,205
거주지	동부	6.3	4.9	3.9	1.4	1,889
	읍면부	5.8	5.2	4.2	2.1	317
	x2(df)	4.725(8)				
연령	24세 이하	9.6	3.2	5.3	1.5	28
	25~29세	7.9	3.7	6	1.3	194
	30~34세	7.1	4.3	5.2	1.2	928
	35~39세	4.9	5.9	2	1.6	811
	40세 이상	5.9	5.2	3.9	2.7	244
	x2(df)	87.090(32)***				
교육수준	고졸 이하	8.8	3.7	2.6	1.2	287
	대졸	4.9	4.8	4.4	1.5	1,650
	대학원 이상	11.8	7.3	2.5	1.8	269
	x2(df)	89.020(16)***				
취업여부	취업	6.1	5	3.9	1.5	1,822
	비취업	6.9	4.5	4	1.5	383
	x2(df)	17.028(8)*				
혼인상태	유배우	5.9	5	3.8	1.5	2,159
	기타	21.3	3.6	12.9	1.3	46
	x2(df)	80.888(8)***				
가구소득	200만 원 미만	9.8	6.5	3.5	2.3	94
	200~300만 원 미만	7.2	2.6	4.9	1.4	328
	300~400만 원 미만	4.6	2.9	3	1.4	445
	400~500만 원 미만	4.7	4.2	4.6	0.7	392
	500~600만 원 미만	3.2	5.7	2.6	1.5	301
	600~700만 원 미만	5.5	6.5	1.8	1.8	178
	700~800만 원 미만	7.8	6.3	5.8	1.7	181
	800만 원 이상	11.3	8.6	5.2	2.5	287
	x2(df)	122.160(56)***				
출생순위	첫째아	4.8	5.8	3.7	1.1	1,350
	둘째아 이상	8.5	3.7	4.3	2.2	855
	x2(df)	34.335(8)***				
분만방법	자연분만	7.5	6	4.6	2.5	883
	제왕절개	5.4	4.2	3.5	0.9	1,322
	x2(df)	25.469(8)**				

주: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .  
출처: “2024년 산후조리 실태조사”, 보건복지부, 2024, [데이터 세트]. 2024년 산후조리 실태조사  
의 연구책임자로서 활용 권한이 있는 비공개 단계 마이크로데이터를 활용하여 분석함.

산후우울감 해소에 도움을 준 사람은 산모의 연령, 교육수준, 취업여부, 혼인상태, 가구소득, 출산순위, 분만방법 등 다양한 인구사회학적 요인에 따라 유의미한 차이를 보였다. 고등교육을 받은 산모는 친구나 전문가의 도움을 받는 비율이 높았으며, 첫째 아이를 출산한 산모는 배우자나 가족의 도움을 상대적으로 더 많이 받는 경향이 있었다. 반면, 취업 상태, 혼인 여부, 경제적 여건에 따라 외부의 도움 없이 홀로 감정을 감당하는 비율도 높았다. 이러한 결과는 산후우울감 해소를 위한 맞춤형 지원 체계의 필요성을 시사하며, 특히 사회적 고립이나 경제적 취약계층에 대한 정책적 관심과 접근성이 강화되어야 함을 보여준다.

#### 나. 2024년 가족과 출산 조사를 통해 살펴본 산모의 산후우울감 경험

2024년도 가족과 출산 조사를 활용하여 조사기준일 이전 3년 이내 출산한 여성의 산후우울 경험을 분석한 결과는 다음과 같다. 분석 결과, 산모의 71.6%는 산후우울감을 경험하지 않았으나 28.4%는 분만 이후 1년 이내에 산후우울감을 경험하였다(〈표 4-8〉 참조). 지역별로는 읍면부에 거주하는 대상자에 비해 동부에 거주하는 경우 산후우울감 경험이 더 높게 나타났으며, 출산 시 연령이 25세 미만인 경우 과반수(58.0%)가 산후우울감을 느껴본 적이 있었다. 교육수준이 높은 집단이 낮은 집단에 비해 산후우울감 경험이 낮았고 비취업 집단에 비해 취업 집단이 3.4%p 더 많이 산후우울감을 경험하였다. 가구소득은 2분위와 5분위 집단에서 30% 이상의 산후우울감 경험이 보고되었다. 출생아 수는 1명인 집단(30.8%)이 2명 이상인 집단(26.2%)보다 산후우울감을 더 많이 느끼는 것으로 나타났다.

〈표 4-8〉 3년 이내 출산 여성의 분만 이후 1년 이내 산후우울감 경험 (단위: %, 명)

구분	있음	없음	합계
전체	28.4	71.6	541 (100.0)
거주지			
동부	29.5	70.5	439 (100.0)
읍면부	23.8	76.2	102 (100.0)
출산 시 연령			
25세 미만	58.0	42.0	18 (100.0)
25~29세	27.3	72.7	80 (100.0)
30~34세	26.4	73.6	213 (100.0)
35~39세	28.6	71.4	175 (100.0)
40세 이상	27.0	73.0	54 (100.0)
교육수준			
고졸 이하	34.5	65.5	129 (100.0)
대졸	26.6	73.4	382 (100.0)
대학원졸	24.7	75.3	30 (100.0)
취업여부			
취업	30.3	69.7	243 (100.0)
비취업	26.9	73.1	298 (100.0)
월평균 가구소득			
1분위(mean 415.4만 원)	28.1	71.9	108 (100.0)
2분위(mean 547.5만 원)	32.2	67.8	109 (100.0)
3분위(mean 679.9만 원)	23.4	76.6	109 (100.0)
4분위(mean 852.3만 원)	27.3	72.7	109 (100.0)
5분위(mean 1,275.4만 원)	31.1	68.9	107 (100.0)
출생아 수			
1명	30.8	69.2	258 (100.0)
2명 이상	26.2	73.8	283 (100.0)

주: 가중치를 적용하여 합이 일치하지 않을 수 있음.  
출처: “2024년도 가족과 출산 조사”, 한국보건사회연구원, 2024, [데이터 세트와 코드북], 보건복지  
데이터포털. <https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>

산후우울감을 느껴본 적이 있는 3년 이내 출산 여성을 대상으로 산후  
우울증 진단 검사 및 상담 경험을 물어본 결과, 15.3%가 진단 검사나 상  
담을 받아 본 적이 있는 것으로 나타났으며 사례 수는 전체 24명(가중치

미적용 시 40명)이다. 동부에 비해 읍면부가, 출산 시 연령이 높은 집단이 낮은 집단에 비해, 대졸인 집단일 경우, 취업한 경우, 그리고 가구소득이 3분위인 경우, 출생아 수가 2명 이상인 집단인 경우 산후우울증 진단 및 상담을 더 많이 받고 있었다.

〈표 4-9〉 3년 이내 출산 여성의 산후우울증 진단 및 상담 경험 (단위: 개, %)

구분	있음	없음	합계
전체	15.3	84.7	154 (100.0)
거주지			
동부	14.5	85.5	129 (100.0)
읍면부	19.5	80.5	24 (100.0)
출산 시 연령			
25세 미만	11.2	88.8	11 (100.0)
25~29세	11.3	88.7	22 (100.0)
30~34세	15.8	84.2	56 (100.0)
35~39세	17.8	82.2	50 (100.0)
40세 이상	14.1	85.9	15 (100.0)
교육수준			
고졸 이하	9.8	90.2	44 (100.0)
대졸	18.4	81.6	102 (100.0)
대학원졸	6.2	93.8	7 (100.0)
취업여부			
취업	18.9	81.1	74 (100.0)
비취업	12.0	88.0	80 (100.0)
가구소득			
1분위	13.1	86.9	30 (100.0)
2분위	9.1	90.9	35 (100.0)
3분위	28.5	71.5	25 (100.0)
4분위	10.8	89.2	30 (100.0)
5분위	17.8	82.2	33 (100.0)
출생아 수			
1명	13.8	86.2	79 (100.0)
2명 이상	17.0	83.0	74 (100.0)

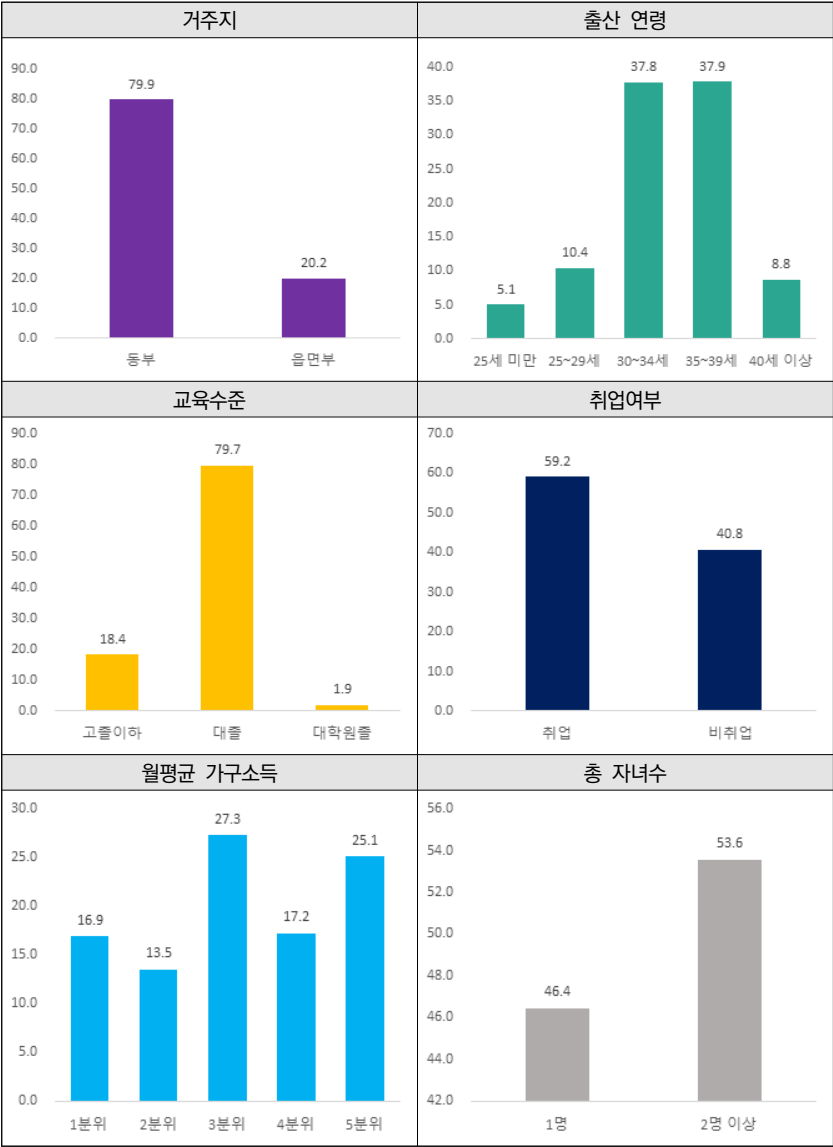
주: 가중치를 적용하여 합이 일치하지 않을 수 있음.  
출처: “2024년도 가족과 출산 조사,” 한국보건사회연구원, 2024, [데이터 세트와 코드북], 보건복지 데이터포털. <https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>

2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사에서는 전체(1,176명)의 2.6%가 산후우울증 진단 검사 및 상담 경험이 있었다(이소영 외, 2017, p.101). 다만, 2015년 조사 당시에는 3년 내 출산한 기혼 여성 전체에게 진단 검사 및 상담 경험을 물어보아 2024년 가족과 출산 조사의 문항 구조와는 상이하다. 2024년도 가족과 출산 조사의 결과를 유사하게 비교하기 위하여 3년 내 출산 여성이 산후우울감을 느끼지 않은 경우를 진단이나 상담을 받지 않은 집단으로 보고 진단 검사 및 상담 경험이 있는 비율을 도출하면 6.6%가 된다. 2015년에 비해 2024년에 진단 검사 및 상담 경험이 있는 경우가 4.0%p 더 많은 것으로 나타나는데 이는 스스로 느끼는 정신적인 어려움을 해소하기 위하여 더 적극적으로 대응하는 것을 의미한다고 볼 수 있다.

[그림 4-1]은 산후우울증 진단 검사 및 상담을 받은 총 24명의 최근 3년 이내 출산 여성의 특성을 나타낸 것이다. 약 80%가 동부에 거주하고 있었고 출산 연령은 30대가 가장 많았으며 대졸 집단이 약 80%로 나타났다. 취업한 경우가 60%, 가구소득은 3분위-5분위-4분위-1분위-2분위 순으로 분포해 있었다. 총 자녀수는 2명 이상인 경우가 더 비율이 높게 나타났다(53.6%).

산후우울증 진단 검사나 상담을 받은 출산 여성 총 24명 중 57.6%(13명)가 정신건강의학과를 방문한 것으로 나타났다([그림 4-2] 참조). 심리상담소는 3명, 보건(지)소나 보건의료원, 산후조리원은 각각 2명이었다.

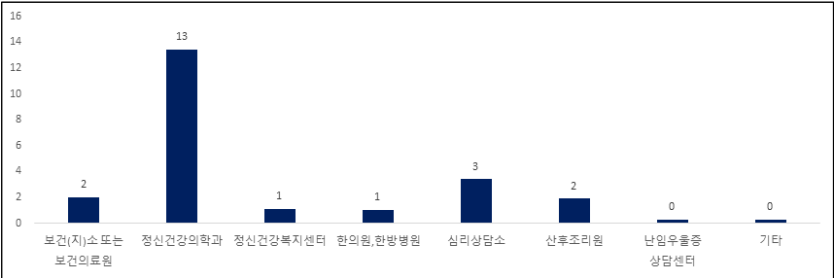
[그림 4-1] 산후우울증 진단 검사 및 상담을 받은 출산 여성의 특성 (단위: 명)



주: 가중치를 적용하여 합이 일치하지 않을 수 있음.  
출처: “2024년도 가족과 출산 조사”, 한국보건사회연구원, 2024, [데이터 세트와 코드북], 보건복지 데이터포털. <https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>

[그림 4-2] 산후우울증 진단 검사 및 상담을 받은 장소

(단위: 명)



주: 가중치 적용.  
출처: “2024년도 가족과 출산 조사”, 한국보건사회연구원, 2024, [데이터 세트와 코드북], 보건복지 데이터포털. <https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>

### 제3절 산후우울의 영향 요인

#### 1. 산후우울증 발병에 영향을 미치는 요인 분석

##### 가. 분석 방법

본 절에서는 건강보험공단의 맞춤형연구 DB를 활용하여 산후우울에 영향을 미치는 요인에 관해 분석한다. 우선, 2015~2022년 출산한 산모 중 출산 후 1년 이내 산후우울증으로 의료 이용을 한 산모의 특성을 살펴 보고, 산모의 출산 후 1년 이내 산후우울증 발병에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 한다.

분석 대상은 2015년부터 2022년까지 분만한 산모 중 출산 후 1년 이내 산후우울증으로 의료 이용을 한 산모이다. 산후우울증은 앞에서 제시 하였던듯 우울증(F31~34·F38~39)과 산후의 정신 및 행동장애(F53.0, F53.1, F53.8, F53.9, O99.3)를 포함하여, 해당 질병분류기호를 사용한

진단명이 주상병 또는 제1부상병으로 기록된 진료 청구 건이 있는 경우로 정의하였다. 출산 후 1년 이내 산후우울증 발생에 영향을 미치는 요인을 계량적으로 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석 모형(logistic regression model)을 이용한다. 종속변수는 출산 후 1년 이내 산후우울증 진단 여부를 나타내는 이진 변수이며, 주요 설명변수로는 연령, 출산 순위(초산·경산), 분만 방법(자연분만·제왕절개), 과거 우울증 진단 이력(임신 중, 출산 1년 전부터 임신 전까지), 가입자 유형, 보험료 분위, 분만의료기관 종별, 거주지를 포함하였다.

## 나. 분석 결과

### 1) 2015~2022년 출산한 산모 중 출산 후 1년 이내 산후우울증으로 의료 이용을 한 산모

출산 후 1년 이내에 산후우울증 진료를 받은 산모의 일반 특성은 다음과 같다. 앞에서 제시했듯이 전체 산모가 2015년 427,889명에서 2022년 244,976명으로 급감하였으나, 산후우울증이 발명한 산모는 2015년 5,892명에서 2022년 7,839명으로 증가하였다. 산모의 연령을 기준으로 살펴보면, 전 연령에서 2015~2022년 동안 산후우울증 발병 산모가 증가하고 있음을 알 수 있다. 출산을 가장 많이 하는 시기인 30~34세에서 산후우울증 발병 산모가 가장 많으나 25~39세 산모의 규모도 크다. 가입자 유형, 취업여부, 지역가입자 및 직장가입자의 보험료 분위, 거주지 등으로 구분하여 살펴볼 때 모든 유형에서 2015년 대비 2022년 산후우울증 진료를 받은 산모가 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-10〉 출산 후 1년 이내 산후우울증 발병 산모의 일반 특성

(단위: 명, %)

구분(출산 시기)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
전체	5,892	6,002	5,931	5,783	6,640	6,323	7,018	7,839
연령								
24세 이하	516	505	465	395	459	457	357	349
25~29세	1,197	1,200	1,247	1,206	1,346	1,310	1,336	1,341
30~34세	2,438	2,456	2,280	2,163	2,440	2,412	2,883	3,268
35~39세	1,450	1,571	1,616	1,681	1,815	1,727	1,927	2,302
40~44세	275	260	310	319	371	405	497	553
45~49세	16	10	18	19	8	12	18	26
기타	-	-	1	-	1	-	-	-
가입자 유형								
지역가입자	1,581	1,611	1,478	1,513	1,592	1,509	1,610	1,830
직장가입자 <sup>1)</sup>	4,128	4,192	4,280	4,083	4,663	4,638	5,245	5,812
의료급여	183	199	179	187	185	176	163	197
출산 당시 취업여부								
비취업	4,177	4,247	4,087	3,904	4,125	3,902	4,158	4,397
취업 <sup>2)</sup>	1,715	1,755	1,850	1,879	2,315	2,421	2,860	3,442
지역가입자								
보험료 정보 없음	-	1	-	-	4	12	6	14
1분위	268	282	219	196	459	354	369	420
2분위	318	339	298	331	207	275	309	341
3분위	379	412	399	392	372	407	398	471
4분위	346	325	319	350	325	232	280	323
5분위	270	252	243	244	225	229	248	261
직장가입자 <sup>1)</sup>								
보험료 정보 없음	231	274	311	330	360	349	458	550
1분위	581	523	559	625	613	609	632	660
2분위	598	657	633	554	721	749	836	968
3분위	942	955	938	895	972	1,031	1,140	1,257
4분위	1,187	1,145	1,184	1,079	1,283	1,196	1,359	1,517
5분위	589	638	655	600	714	704	820	860
의료급여	183	199	179	187	185	176	163	197
거주지								
서울	1,090	1,165	1,048	1,030	1,335	1,237	1,421	1,523
수도권	1,870	1,826	1,917	1,962	2,156	2,138	2,481	2,986
광역시	1,148	1,171	1,080	1,105	1,138	1,098	1,257	1,275
기타	1,784	1,840	1,892	1,686	1,811	1,850	1,859	2,055

주: 1) 직장가입자 및 피부양자 포함.

2) 분만 연도에 직장가입자인 경우.

출처: “국민건강보험 맞춤형 DB”, 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

산모의 인구사회경제적 특성, 출산 관련 특성, 의료 이용 특성과 산후 우울증 진료를 받은 산모의 특성별 1년 이내 산후우울증 유병률은 <표 4-11> 및 <표 4-12>에서 제시하였다. 연령별로 보면, 전 연령에서 2015~2022년 동안 산후우울증 유병률이 전반적으로 증가하는 추세를 보인다. 특히 24세 이하 산모는 전 기간에 걸쳐 유병률이 가장 높으며, 2015년 2.7%에서 2022년 6.3%로 2.3배 상승하였다. 증가 폭이 가장 큰 연령대는 25~29세로, 1.5%에서 4.0%로 2.7배 증가하였다. 전반적으로 젊은 연령층일수록 산후우울증 유병률 수준이 높고 증가 폭도 큰 경향이 나타난다. 가입자 유형별로 보면, 의료급여 수급권자는 2015년에도 유병률이 8%로 가장 높았으며, 2022년에는 15.2%까지 상승하였다. 증가 폭으로는 직장가입자가 2015년 1.2%에서 2022년 3.0%로 2.4배 상승하여 가장 컸는데, 이는 피부양자보다도 직장가입자 본인의 증가 폭(2.7배)이 더 크게 나타난 결과이다. 보험료 분위별로는 지역·직장 모두에서 1~4분위로 갈수록 유병률이 낮아지지만, 5분위에서 다시 상승하는 패턴을 보인다. 보험료 분위별 증가 속도에서는 뚜렷한 차이가 나타나지 않았으며, 전반적으로 균일하게 증가하였다. 지역별로는 유병률 수준과 증가 속도 모두 서울, 수도권, 광역시, 기타 지역 순으로 높았다. 2022년 유병률은 서울 3.5%, 수도권 3.4%, 광역시 및 기타 지역 2.9%이며, 2015~2022년 사이 유병률 증가 배율은 서울 2.6배, 수도권 2.5배, 광역시와 기타 지역은 각각 2.1배였다. 출산 시의 특성에 따른 연도별 산후우울증 유병률은 다음과 같다. 출산 순위별로는 2022년 기준 경산이 3.24%, 초산이 3.17%로 규모면에서 유의미한 차이가 없으며, 연도별로도 뚜렷한 패턴은 나타나지 않는다.

〈표 4-11〉 산모 특성별 출산 후 1년 이내 산후우울증 유병률

(단위: 명, %)

구분(출산 시기)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
전체	5,892	6,002	5,931	5,783	6,640	6,323	7,018	7,839
유병률	(1.4)	(1.5)	(1.7)	(1.8)	(2.2)	(2.3)	(2.7)	(3.2)
연령								
24세 이하	2.7	2.9	3.2	3.2	4.4	5.2	5.1	6.3
25~29세	1.5	1.6	1.9	2.1	2.7	2.9	3.5	4.0
30~34세	1.2	1.3	1.5	1.6	1.9	2.1	2.6	3.0
35~39세	1.4	1.5	1.6	1.7	2.0	2.1	2.4	3.0
40~44세	1.8	1.7	2.0	2.1	2.2	2.4	2.7	2.9
45~49세	3.4	1.8	3.2	3.3	1.3	2.4	3.2	4.2
기타	-	-	14.3	-	6.7	-	-	-
가입자 유형								
지역가입자	1.8	2.0	2.1	2.3	2.7	2.8	3.3	3.8
직장가입자 <sup>1)</sup>	1.2	1.3	1.5	1.6	2.0	2.2	2.5	3.0
의료급여	8.0	8.1	8.2	7.9	10.4	10.8	11.8	15.2
출산 당시 취업여부								
비취업	1.6	1.8	2.0	2.1	2.5	2.7	3.1	3.7
취업 <sup>2)</sup>	1.0	1.1	1.3	1.4	1.8	2.0	2.3	2.7
지역가입자								
보험료 정보 없음	-	3.4	-	-	3.1	2.1	2.6	1.8
1분위	2.5	3.0	2.7	2.7	3.5	3.4	4.1	4.7
2분위	2.1	2.4	2.3	2.8	3.0	3.7	3.8	4.4
3분위	1.6	1.8	2.0	2.2	2.4	2.9	3.1	3.8
4분위	1.6	1.6	1.8	2.2	2.3	2.0	2.5	3.0
5분위	1.7	1.7	1.9	2.1	2.2	2.5	3.1	3.4
직장가입자 <sup>1)</sup>								
보험료 정보 없음	1.2	1.5	1.8	2.0	2.3	2.3	2.9	3.4
1분위	1.5	1.5	1.7	2.0	2.2	2.6	2.9	3.4
2분위	1.3	1.4	1.7	1.7	2.1	2.3	2.7	3.2
3분위	1.1	1.2	1.4	1.5	1.8	2.1	2.4	2.8
4분위	1.2	1.2	1.4	1.4	1.8	1.9	2.3	2.7
5분위	1.3	1.4	1.6	1.6	2.1	2.2	2.8	3.1
의료급여	8.0	8.1	8.2	7.9	10.4	10.8	11.8	15.2
거주지								
서울	1.3	1.5	1.6	1.7	2.4	2.5	3.0	3.5
수도권	1.4	1.5	1.7	1.9	2.2	2.4	2.8	3.4
광역시	1.4	1.5	1.6	1.8	2.0	2.3	2.7	2.9
기타	1.4	1.6	1.8	1.7	2.0	2.3	2.5	2.9

주: 유병률은 각 집단별 산모 수 대비 출산 후 1년 이내 산후우울증 진단을 받은 산모의 비율로 정의됨.

1) 직장가입자 및 피부양자 포함.

2) 분만 연도에 직장가입자인 경우.

출처: “국민건강보험 맞춤형 DB”, 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

반면, 분만 방법별로는 2015~2022년 동안 제왕절개 분만 산모의 유병률이 자연분만 산모보다 일관되게 높게 나타나며, 그 차이는 1.25~1.42배 범위에 속한다. 분만 의료기관별로는 모든 요양기관 중별에서 유병률이 증가하는데 2015년 대비 2022년 유병률 비율을 보면 상급종합병원 1.8배, 종합병원 2.1배, 병원 및 의원 2.4배로, 병원 및 의원에서 출산한 산모의 유병률이 상대적으로 가장 크게 증가하였다.

〈표 4-12〉 출산 관련 특성별 출산 후 1년 이내 산후우울증 유병률

(단위: 명, %)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
전체	5,892	6,002	5,937	5,783	6,440	6,323	7,018	7,839
유병률	(1.38)	(1.51)	(1.69)	(1.79)	(2.15)	(2.35)	(2.73)	(3.20)
출산 순위								
경산	2,757	2,845	2,803	2,773	2,869	2,830	2,981	3,227
	(1.37)	(1.53)	(1.72)	(1.85)	(2.11)	(2.37)	(2.68)	(3.24)
초산	3,135	3,157	3,134	3,010	3,571	3,493	4,037	4,612
	(1.38)	(1.49)	(1.66)	(1.75)	(2.19)	(2.32)	(2.77)	(3.17)
분만 방법								
자연분만	3,120	2,937	2,796	2,691	2,665	2,498	2,566	2,536
	(1.22)	(1.28)	(1.45)	(1.60)	(1.82)	(2.02)	(2.33)	(2.69)
제왕절개	2,772	3,065	3,141	3,092	3,775	3,825	4,452	5,303
	(1.61)	(1.81)	(1.98)	(2.01)	(2.47)	(2.62)	(3.03)	(3.52)
분만 의료기관								
상급종합병원	553	540	580	619	699	686	854	921
	(2.21)	(2.27)	(2.57)	(2.81)	(3.13)	(3.40)	(3.77)	(3.93)
종합병원	653	603	628	616	653	639	765	979
	(1.76)	(1.74)	(2.02)	(2.20)	(2.53)	(2.66)	(3.14)	(3.73)
병원	2,557	2,614	2,601	2,619	2,941	2,890	3,245	3,549
	(1.24)	(1.34)	(1.51)	(1.62)	(1.95)	(2.13)	(2.53)	(2.94)
의원	2,129	2,245	2,128	1,929	2,147	2,108	2,154	2,390
	(1.33)	(1.54)	(1.69)	(1.75)	(2.15)	(2.35)	(2.63)	(3.21)

주: 유병률은 각 집단별 산모 수 대비 출산 후 1년 이내 산후우울증 진단을 받은 산모의 비율로 정의됨.

출처: “국민건강보험 맞춤형 DB,” 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

임신 중에 우울증을 진단받은 산모가 산후우울증으로 진단을 받은 규

모는 다음 <표 4-13>과 같다. 임신 중 우울증 진단을 받은 산모 중 산후 우울증으로 이어진 비율은 2016년 38.5%에서 2022년 46.6%로, 임신 전 진단을 받은 산모의 경우는 34.7%에서 41.9%로 각각 상승하였다. 이는 출산 전부터 출산 후까지 연속적으로 우울증 치료를 받는 산모가 최근 증가하고 있음을 보여준다.

<표 4-13> 출산 전 우울증 치료 경험에 따른 산후우울증

(단위: 명, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
임신 중 우울증 진단							
전체	2,033	2,081	2,047	2,201	2,369	2,654	2,982
산후우울증 산모	783	818	895	966	1,028	1,177	1,391
비율	(38.5)	(39.3)	(43.7)	(43.9)	(43.4)	(44.3)	(46.6)
출산 전 12개월~임신 전 우울증 진단							
전체	2,173	2,139	2,182	2,255	2,394	2,750	3,145
산후우울증 산모	754	731	817	876	902	1,104	1,317
비율	(34.7)	(34.2)	(37.4)	(38.8)	(37.7)	(40.1)	(41.9)

주: 산후우울증 산모는 출산 후 1년 이내 우울증 진단을 받은 산모를 의미함. 임신 중 기간은 분만 일 280일 전부터 하루 전까지로 정의함.

출처: “국민건강보험 맞춤형 DB”, 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

다음은 출산 후 1년 이내 산후우울증으로 의료 이용을 한 산모의 의료 이용 특성을 보여준다. 의료기관 유형별로 보면, 2015년에는 의원 진료 비중이 67.9%, 병원급 이상 진료 비중이 32.0%였으나, 2022년에는 의원 진료 비중이 85.3%로 크게 증가하였다.

진료명세서상 진료과목을 보면, 2015년에는 정신과 비중이 86.8%, 일반의가 4.4%, 내과가 3.7%를 차지했으나, 2022년에는 정신과 비중이 96.1%로 높아졌다. 2022년 기준 진료의 99.2%는 외래에서 이루어졌으며, 항우울제 처방이 동반된 진료 비중은 2015년 60.3%에서 2022년 66.5%로 6.2%p 상승하였다.

〈표 4-14〉 출산 후 1년 이내 산후우울증 의료 이용 특성

(단위: 건, %)

분만 연도	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
진료 건수	27,389	28,137	28,476	29,036	32,645	32,708	37,800	42,280
비율	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
의료기관								
상급종합병원	8.9	8.4	7.9	7.1	5.5	4.5	4.6	4.2
종합병원	12.5	11.6	10.2	9.8	7.5	7.0	5.3	5.3
병원 <sup>1)</sup>	10.6	10.1	8.9	9.0	7.0	6.2	5.9	5.2
의원	67.9	69.9	73.0	74.0	79.9	82.2	84.2	85.3
기타 <sup>2)</sup>	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0
진료 과목								
정신과	86.8	87.9	91.0	93.1	93.8	95.1	95.8	96.1
일반의	4.4	2.7	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2
내과	3.7	4.3	4.3	2.7	2.4	2.2	2.0	1.6
산부인과	0.9	1.0	1.0	1.0	1.1	0.7	0.5	0.7
신경과	1.7	1.7	1.5	1.3	1.3	0.9	0.7	0.5
기타	2.5	2.3	2.0	1.7	1.2	1.0	1.0	0.9
입원	2.1	1.9	1.7	1.8	1.3	0.9	1.1	0.8
외래	97.9	98.1	98.3	98.2	98.7	99.1	98.9	99.2
항우울제 처방								
없음	39.7	38.1	38.2	37.1	35.6	34.4	32.8	33.5
있음	60.3	61.9	61.8	62.9	64.4	65.6	67.2	66.5

주: 진료 건수는 진료명세서 건수 기준.

1) 요양병원, 정신병원 포함.

2) 보건기관, 한의원 등.

출처: “국민건강보험 맞춤형 DB”, 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

다음은 산후우울증 산모의 연도별 의료 이용 패턴을 요약한 것이다. 우울증 치료를 위해 방문한 의료기관 수는 연도별 1.17~1.19군데로 거의 변동이 없었다. 출산 후 1년간 개인당 평균 입·내원 일수도 약 6회 수준으로, 연도별 차이는 크지 않았다. 반면, 항우울제 처방을 받은 산모의 비중은 2015년 60%에서 2022년 70%로 꾸준히 증가하는 추세를 보였다.

〈표 4-15〉 출산 후 1년 이내 산후우울증 산모의 의료 이용

(단위: 명, 개, 일, %)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
산후우울증 산모	5,690	5,832	5,722	5,582	6,242	6,101	6,787	7,615
평균 방문 기관 수	1.17	1.17	1.18	1.18	1.18	1.19	1.19	1.18
평균 입·내원 일수	5.96	5.88	5.88	6.22	5.85	5.77	6.15	5.91
항우울제 처방 경험	60	61	62	65	64	69	70	70

주: 출산 후 1년 이내 산후우울증 진단을 받은 산모가 해당 상병으로 1년간 의료 이용한 평균 방문 기관 수 및 평균 입·내원 일수를 나타냄. 항우울제 처방 경험은 한 번이라도 항우울제를 처방받은 적 있는 산모의 비중을 나타냄.

출처: “국민건강보험 맞춤형 DB”, 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

## 2) 출산 후 1년 이내 산후우울증 발병에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석 결과

출산 후 1년 이내 산후우울증 발병에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석의 결과는 회귀계수( $\beta$ ), 표준오차(S.E.), 오즈비(odds ratio, Exp( $\beta$ ))로 제시하였다. 회귀계수를 지수화한 오즈비는 1보다 크면 기준집단 대비 발생 가능성이 높고, 1보다 작으면 낮음을 의미한다. 연도별 추세를 제거하기 위해 연도 고정효과를 모형에 포함하였으나 표에는 별도로 제시하지 않는다.

〈표 4-16〉 출산 후 1년 이내 산후우울증에 미치는 영향

구분	범주	$\beta$	S.E	Exp( $\beta$ )
상수항		-2.448 ***	0.036	0.086
연령		-0.037 ***	0.001	0.964
출산 순위 (초산 기준)	경산	0.042 ***	0.005	1.043
분만 방법 (제왕절개 기준)	자연분만	-0.129 ***	0.005	0.879
분만 전 우울증	임신 중	2.619 ***	0.023	13.727
	분만 1년 전~ 임신 전	1.779 ***	0.025	5.922
가입자 유형 (지역가입자 기준)	직장가입자	-0.451 ***	0.011	0.637
	피부양자	-0.179 ***	0.011	0.836
	의료급여	0.703 ***	0.026	2.021
의료기관 종별 (의원 기준)	상급종합병원	0.248 ***	0.012	1.282
	종합병원	0.060 ***	0.012	1.062
	병원	-0.185 ***	0.008	0.831
보험료 분위 (1분위 기준)	2분위	0.050 ***	0.011	1.051
	3분위	-0.102 ***	0.010	0.903
	4분위	-0.143 ***	0.009	0.867
	5분위	-0.053 ***	0.011	0.949
	정보 없음	0.120 ***	0.017	1.127
거주지 (기타 기준)	서울	0.063 ***	0.009	1.065
	수도권	0.035 ***	0.007	1.035
	광역시	-0.020 **	0.009	0.980
전체(N)		2,571,512		
-2LL		453,467		
$\chi^2$		49,222		

주: 연도별 고정효과가 포함됨. \* p<0.1, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01.

출처: “국민건강보험 맞춤형 DB”, 국민건강보험공단, 2015-2022, 국민건강보험공단 연구관리  
번호: NHIS-2025-07-1-014, 건강보험 빅데이터 플랫폼. <https://nhiss.nhis.or.kr/>

분석 결과, 연령이 높을수록 산후우울증 발생 가능성은 낮아지는 경향을 보였다. 출산 순위별로는 경산이 초산보다 약 4.3% 높았으나, 효과 크

기는 다른 요인에 비해 제한적이었다. 분만 방법별로는 자연분만 산모의 발생 가능성이 제왕절개 대비 약 12.1% 낮았다.

과거 우울증 진단 이력은 가장 강력한 위험 요인으로 나타났다. 임신 중 우울증 진단을 받은 산모는 그렇지 않은 산모보다 발생 가능성이 13.7배 높았으며, 임신 직전 1년 이내 진단 이력도 5.9배의 높은 영향을 보였다. 가입자 유형별로는 의료급여 수급자가 지역가입자 대비 약 2배 높은 발생 가능성을 보였으며, 직장가입자와 직장 피부양자는 지역가입자 대비 각각 36.3%, 16.4% 낮았다. 보험료 분위별로는 1분위 대비 3~5분위에서 발생 가능성이 낮았고, 특히 4분위에서 1분위 대비 -13.3%의 가장 낮은 발생률을 보였다. 분만 의료기관 종별로는 상급종합병원과 종합병원에서 출산한 경우 의원 대비 각각 28.2%, 6.2% 높았으나, 병원급에서는 오히려 17% 낮았다. 거주지별로는 서울 거주자가 기타 지역 대비 약 6.3%, 수도권 거주자가 기타 지역 대비 약 3.5% 높았으며, 모두 통계적으로 유의하였다.

## 2. 산후우울감에 영향을 미치는 요인 분석

### 가. 분석 방법

2024년 산후조리 실태조사의 원시자료를 활용하여 산후우울과 관련된 요인을 분석하고자 한다. 산후우울감 또는 산후우울증에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 다항 로지스틱 회귀분석(multivariable logistic regression analysis)을 활용하였다. 회귀분석에는 총 3,221명의 자료가 활용되었으며, 종속변수는 산후우울 경험 여부, 독립변수는 가구 및 인구학적 특성, 임신·출산 특성, 산모 건강 특성, 산후 의료 이용 특성, 그

리고 산후우울감 해소에 대한 지지 여부로 구성되었다. 산모의 기저질환은 ‘기저질환’으로 분류되었으며, 출산 이후 의료 이용이 있었던 산모를 ‘기저질환 보유’로 가정하고 분석에 활용하였다. 산후 검진은 출산 후 6주 이내 수검 여부로 정의되었으며, 산후우울감 해소에 도움을 받지 못한 경우는 산후우울감 해소에 대한 지지 수급 여부를 ‘아니오’로 응답한 산모로 정의하였다.

분석은 다섯 개의 회귀모형을 순차적으로 구성하였으며, 각 모형에는 기존 모형의 변수에 설명변수를 단계적으로 추가하는 방식인 계층적 회귀모형(hierarchical regression analysis)을 적용하였다.

〈표 4-17〉 계층적 회귀모형 구성

모형	포함된 변수군	설명
모형-1	가구 특성	기본통제변수로서 소득, 교육수준, 취업여부 등 가구 배경 요인을 포함
모형-2	+ 임신·출산 특성	출산방법, 출산 횟수 등 임신 및 출산 관련 변수 추가
모형-3	+ 산모 기저질환 특성	산모의 기존 건강 상태를 반영하는 변수 추가
모형-4	+ 산후 의료 이용 특성	산후진료 여부 등 산후 의료 관련 변수 추가
모형-5	+ 산후우울감 지지	배우자 및 가족의 정서적·사회적 지지 등 심리사회적 요인 추가

이러한 단계적 모형 구축을 통해 각 변수군별로 산후우울감 또는 산후 우울증과의 연관성을 파악하고, 모형 간 비교를 통해 설명력의 변화를 확인하여 모형의 적합도를 평가하였다. 다섯 개 회귀모형의 적합성 판단을 위해 모형의 적합도와 복잡도를 함께 고려하는 AIC(Akaike Information Criterion)를 활용하였다.

나. 분석 결과

분석 대상 산모의 일반 특성은 다음과 같다. 전체 3,221명 중 342명(10.6%)이 기저질환을 보유하고 있었으며, 산후 검진을 받지 않은 산모는 337명(10.5%)이었다. 산후우울감을 경험했다고 응답한 산모는 2,205명(68.5%)이었고, 산후우울감 해소에 도움이나 지지를 받지 못한 산모는 525명(16.3%)에 달했다. 또한 산후우울증에 대해 의사 진단을 받은 경우는 150명(4.7%)으로 확인되었다.

〈표 4-18〉 분석대상의 일반 특성

(단위: 명, %)

구분		응답자 수	비율
전체		3,221	100
거주지	동부	2,760	85.7
	읍면부	461	14.3
연령	24세 이하	38	1.2
	25~29세	271	8.4
	30~34세	1,286	39.9
	35~39세	1,230	38.2
	40세 이상	396	12.3
교육수준	고졸 이하	392	12.2
	대졸	2,422	75.2
	대학원졸	407	12.6
취업여부	취업(ref)	2,642	82
	비취업	579	18
혼인상태	유배우	3,170	98.4
	기타	51	1.6
가구소득	200만 원 미만	123	3.8
	200~300만 원 미만	449	13.9
	300~400만 원 미만	662	20.6
	400~500만 원 미만	586	18.2
	500~600만 원 미만	430	13.4
	600~700만 원 미만	256	8
	700~800만 원 미만	267	8.3
	800만 원 이상	447	13.9
계획임신	계획함	2,265	70.3
분만 방법	자연분만	1,267	39.3
	제왕절개	1,954	60.7

구분		응답자 수	비율
쌍태아 여부	단태아(쌍둥이 아님)	3,114	96.7
	쌍태아(쌍둥이)	106	3.3
출생 순위	첫째아	1,919	59.6
	둘째아 이상	1,302	40.4
기저질환 여부*	예	342	10.6
산후 수진 여부(출산 후 6주 이내)	아니오	337	10.5
산후우울감 해소에 도움 수급 여부	아니오	525	16.3
산후우울감 경험 여부	예	2,205	68.5
산후우울증 의사 진단 여부	예	150	4.7
산후조리 유형**	유형-1	208	6.5
	유형-2	1,047	32.5
	유형-3	257	8.0
	유형-4	1,708	53.0

주: \*기저질환 여부는 2024년 산후조리 실태조사에서 조사문항이 별도로 구성되어 있지 않음. 산후조리 기간 동안 산후진찰 이외에 진료 경험 중에 '기저질환'으로 의료이용을 한 산모를 '기저질환'이 있는 것으로 조작적 정의를 함.

\*\*산후조리 유형은 다음과 같이 구분함. 유형-1: 산후조리원 미이용, 산모·신생아 건강관리 지원사업 미이용, 유형-2: 산후조리원만 이용, 유형-3: 산모·신생아 건강관리 지원사업만 이용, 유형-4: 산후조리원과 산모·신생아 건강관리 지원사업 모두 이용.

출처: “2024년 산후조리 실태조사”, 보건복지부, 2024, [데이터 세트]. 2024년 산후조리 실태조사의 연구책임자로서 활용 권한이 있는 비공개 단계 마이크로데이터를 활용하여 분석함.

산후우울감의 영향 요인에 대한 회귀분석 결과는 다음과 같다. 모형의 적합도 평가 결과, 모형-1에서 모형-5로 단계적으로 진행됨에 따라 설명 변수의 수가 증가했으며, 이에 따라 모형의 AIC 값도 점차 감소하였다. 최종 모형인 모형-5에서 AIC 값은 3546.102로 가장 낮아, 해당 모형이 산후우울감 경험을 가장 잘 설명하는 것으로 나타났다.

산후우울감 경험과 유의미하게 연관된 요인으로는, 출생아 순위가 모형-2부터 모형-5까지 일관되게 유의미한 결과를 보였다. 첫째아이 출생에 비해 둘째아이 이상을 출산한 산모는 산후우울감을 경험할 확률이 0.76~0.77배 낮았다.

또한, 산모의 기저질환 유무는 모형-3부터 설명변수로 포함되었으며, 이후 모든 모형에서 일관되게 유의미한 연관성이 확인되었다. 기저질환이 있는 산모는 기저질환이 없는 산모에 비해 산후우울감을 경험할 가능성이 1.42~1.44배 더 높았다.

〈표 4-19〉 산후우울감 경험 여부에 따른 계층적 회귀모형 분석 결과

변수		Odds ratio (95% 신뢰구간)				
		모형-1 가구 특성	모형-2 임신·출산 특성	모형-3 산모 기저질환 특성	모형-4 산후 의료 이용 특성	모형-5 산후우울감 해소 지지
거주지	동부	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	읍면부	0.98 (0.79-1.21)	1.00 (0.81-1.23)	1.00 (0.81-1.24)	1.00 (0.81-1.24)	0.97 (0.78-1.21)
연령	24세 이하	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	25-29세	1.16 (0.71-1.91)	1.26 (0.76-2.08)	1.31 (0.79-2.16)	1.30 (0.79-2.15)	1.33 (0.78-2.28)
	30-34세	1.30 (0.80-2.11)	1.44 (0.87-2.37)	1.47 (0.89-2.42)	1.47 (0.89-2.42)	1.48 (0.87-2.52)
	35-39세	0.97 (0.59-1.60)	1.13 (0.68-1.89)	1.15 (0.69-1.92)	1.15 (0.69-1.91)	1.09 (0.63-1.87)
	40세 이상	0.80 (0.48-1.32)	0.93 (0.56-1.57)	0.95 (0.56-1.59)	0.95 (0.56-1.59)	0.84 (0.48-1.47)
교육수준	고졸 이하	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	대졸	0.78 (0.52-1.18)	0.75 (0.49-1.15)	0.75 (0.49-1.14)	0.74 (0.49-1.14)	0.85 (0.54-1.33)
	대학원졸	0.81 (0.59-1.10)	0.79 (0.58-1.07)	0.78 (0.58-1.06)	0.78 (0.57-1.06)	0.88 (0.63-1.22)
취업여부	취업	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	비취업	0.85 (0.67-1.08)	0.86 (0.68-1.10)	0.86 (0.68-1.10)	0.86 (0.68-1.10)	0.86 (0.67-1.12)
혼인상태	유배우	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	기타	3.43 (0.94-12.61)	3.18 (0.85-11.88)	3.19 (0.86-11.88)	3.20 (0.87-11.79)	2.85 (0.75-10.81)
가구소득	200만 원 미만	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	200-300만 원 미만	1.00 (0.57-1.76)	1.02 (0.58-1.80)	1.01 (0.58-1.78)	1.01 (0.58-1.78)	0.93 (0.51-1.68)
	300-400만 원 미만	0.77 (0.45-1.32)	0.78 (0.46-1.34)	0.76 (0.45-1.31)	0.76 (0.44-1.31)	0.72 (0.40-1.27)
	400-500만 원 미만	0.80 (0.46-1.37)	0.80 (0.46-1.38)	0.78 (0.45-1.36)	0.78 (0.45-1.36)	0.76 (0.43-1.37)

변수		Odds ratio (95% 신뢰구간)				
		모형-1	모형-2	모형-3	모형-4	모형-5
		가구 특성	임신·출산 특성	산모 기저질환 특성	산후 의료 이용 특성	산후유증감 해소 지지
	500~600만 원 미만	0.91 (0.52-1.61)	0.92 (0.52-1.63)	0.91 (0.51-1.61)	0.91 (0.51-1.60)	0.89 (0.49-1.62)
	600~700만 원 미만	0.90 (0.49-1.64)	0.91 (0.49-1.67)	0.89 (0.48-1.64)	0.89 (0.48-1.63)	0.86 (0.45-1.63)
	700~800만 원 미만	0.82 (0.45-1.51)	0.83 (0.45-1.53)	0.82 (0.45-1.51)	0.82 (0.45-1.51)	0.75 (0.40-1.43)
	800만 원 이상	0.71 (0.40-1.27)	0.72 (0.41-1.28)	0.71 (0.40-1.27)	0.71 (0.40-1.27)	0.64 (0.35-1.18)
계획임신	계획함	-	1.17 (0.94-1.45)	1.18 (0.95-1.47)	1.18 (0.95-1.47)	1.11 (0.88-1.40)
분만 방법	자연분만	-	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	제왕절개	-	0.89 (0.73-1.10)	0.89 (0.72-1.09)	0.89 (0.72-1.09)	0.87 (0.70-1.08)
쌍태아 여부	단태아(쌍둥이 아님)	-	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	쌍태아(쌍둥이)	-	1.24 (0.70-2.19)	1.22 (0.69-2.16)	1.22 (0.69-2.16)	1.26 (0.69-2.30)
출생 순위	첫째아	-	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	둘째아 이상	-	<b>0.77 (0.63-0.94)</b>	<b>0.77 (0.63-0.94)</b>	<b>0.77 (0.63-0.95)</b>	<b>0.76 (0.62-0.95)</b>
기저질환 여부	예	-	-	<b>1.42 (1.00-2.00)</b>	<b>1.42 (1.00-2.00)</b>	<b>1.44 (1.00-2.07)</b>
산후 수진 여부 (출산 후 6주 이내)	아니오	-	-	-	1.06 (0.77-1.46)	1.17 (0.83-1.65)
	산후유증감 해소에 도움 수급 여부	-	-	-	-	*
모형 적합성(AIC)		4000.423	3993.95	3988.699	3990.492	3546.102

주: \*특정 변수의 오즈비가 매우 큰 값으로 추정되어 나타나 통계적 추정이 불안정하여 본 보고서에는 결과 값을 제시하지 않음.

출처: “2024년 산후조리 실태조사”, 보건복지부, 2024. [데이터 세트], 2024년 산후조리 실태조사의 연구책임자로서 활용 권한이 있는 비공개 단계 마일크 로테이터를 활용하여 분석함.

## 제4절 산후우울과 추가 출산 의향

### 1. 분석 방법

2024년 가족과 출산 조사 원시자료를 활용하여 산후우울감 경험이 추가출산의향에 미치는 영향을 분석하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시한다. 분석 대상은 계획자녀수를 완료하지 않은<sup>11)</sup> 조사기준일(2024년 7월 1일 오전 0시) 이전 3년 이내 출산 여성으로 제한한다. 계획한 자녀의 수를 달성할 경우 산후우울감 경험 여부와 무관하게 추가출산의향이 없을 개연성이 높아 계획자녀수를 달성한 응답자를 대상에서 제외함으로써 산후우울감 경험이 실증적으로 출산에 미치는 영향을 분석할 수 있을 것이라 판단된다. 최종 분석에는 총 318명이 포함되었다.<sup>12)</sup>

종속변수는 추가 출산 의향이고, 독립변수는 산후우울감 경험 여부이며, 통제변수로는 출산 시 연령, 교육수준, 취업여부, 월평균 가구소득, 주거형태, 출생아 수, 모유수유 여부, 계획임신 여부, 결혼생활 만족도, 육아분담 만족도, 사회에 대한 신뢰, 안전에 대한 인식 등을 포함하였다.

### 2. 분석 결과

분석 대상의 일반 특성은 다음의 <표 4-20>에서 제시하였다. 추가출산 의향이 있는 경우가 63.2%로 없는 경우보다 더 많이 나타났다.

11) 결혼 시 계획한 자녀수에서 총 자녀수를 제하여 1 이상인 경우 분석에 포함.

12) 로지스틱 회귀분석은 가중치를 적용하지 않았음. 가중치 적용 시 227명임.

〈표 4-20〉 계획자녀수를 완료하지 않은 3년 이내 출산 여성의 일반 특성

(단위: 명, %)

구분	사례 수	비율	구분	사례 수	비율
전체	318	100.0	전체	318	100.0
추가출산의향			주거형태		
없음	117	36.8	자가	159	50.0
있음	201	63.2	전세	84	26.4
산후우울감 경험			월세	52	16.4
미경험	231	72.6	기타	23	7.2
경험	87	27.4	출생아 수		
출산 시 연령			1명	274	86.2
25세 미만	15	4.7	2명 이상	44	13.8
25~29세	70	22.0	모유수유 여부		
30~34세	140	44.0	했음	295	92.8
35~39세	64	20.1	안 했음	23	7.2
40세 이상	29	9.1	계획임신 여부		
교육수준			했음	225	70.8
고졸 이하	64	20.1	안 했음	93	29.3
대졸	233	73.3	결혼생활 만족도		
대학원졸	21	6.6	3~6점	30	9.4
취업여부			7~10점	288	90.6
취업	134	42.1	육아분담 만족도		
비취업	184	57.9	불만족	52	16.8
월평균 가구소득			만족	258	83.2
1분위	82	25.8	사회 신뢰		
2분위	71	22.3	신뢰 안 함	133	41.8
3분위	52	16.4	신뢰함	185	58.2
4분위	66	20.8	안전에 대한 인식		
5분위	47	14.8	안전하지 않음	106	33.3
			안전함	212	66.7

출처: “2024년도 가족과 출산 조사”, 한국보건사회연구원, 2024, [데이터 세트와 코드북].  
<https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>

출산 시 연령은 30~34세가 가장 많았고 25~29세, 25~39세가 그 뒤를 이었다. 출산계획을 달성하지 않은 집단은 전체 집단보다 상대적으로 출산 시 연령이 낮게 나타났다. 교육수준은 대졸이 73.3%로 가장 많았고, 비취업인 경우가 57.9%, 취업인 경우가 42.1%로 나타났다. 전체 집단을 기준으로 하여 도출한 월평균 가구소득의 5분위 집단에서 계획자녀수를 완료한 경우를 제하고 나면 상대적으로 가구소득 1분위와 2분위 집단이 높게 나타난다. 주거형태는 자가 거주가 50%, 전세가 26.4%였다.

출생아 수는 2명 이상은 13.8%로 적었고 1명인 집단이 86.2%로 나타났다. 모유수유는 대부분(92.8%)가 한 경험이 있었고, 결혼생활 만족도는 7점 이상이 90.6%로 대체로 높았다. 육아분담 만족도 역시 만족하는 경우가 83.2%로 높게 나타났다. 사회 신뢰는 신뢰한다는 응답이 58.2%, 안전에 대한 인식은 안전하다는 응답이 66.7%였다.

분석에 포함된 변수 간의 상관관계는 <표 4-21>과 같다. 산후우울감 경험과 출산 연령은 추가출산의향과 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이 외에도 교육수준과 출산 연령, 경제활동 여부와 교육수준, 가구소득과 교육수준, 가구소득과 경제활동 여부 등이 상관관계를 보였다. 결혼생활 만족도는 양육분담에 대한 만족 여부, 사회신뢰와 강한 양의 상관관계가 있었고, 사회신뢰와 안전에 대한 인식도 강한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-21〉 계획자녀수를 완료하지 않은 3년 이내 출산 여성의 산후우울증 진단 및 상담 경험

(단위: 개, %)

구분	추가출산 의향	산후우울감 경험	출산 연령	교육수준	경제활동 여부	가구소득	거주형태	출산 자녀수	모유수유 여부	계획임신 여부	결혼생활 만족도	양육분담 만족 여부	사회신뢰	안전에 대한 인식
추가 출산 의향	1.000													
산후우울감 경험	-0.117 *	1.000												
출산 연령	-0.175 **	-0.043	1.000											
교육수준	-0.024	-0.003	0.209 ***	1.000										
경제활동 여부	-0.044	-0.033	0.013	-0.282 ***	1.000									
가구소득	-0.017	-0.009	0.170 **	0.252 ***	-0.531 ***	1.000								
거주형태	0.036	-0.109	-0.144	-0.117 *	0.150 **	-0.121 *	1.000							
출산자녀수	-0.110	0.040	0.126	-0.001	0.010	0.115 *	-0.054	1.000						
모유수유 여부	-0.014	-0.035	-0.024	-0.022	0.042	-0.112 *	-0.053	-0.042	1.000					
계획임신 여부	-0.011	0.040	-0.179 **	-0.075	0.031	-0.100	0.038	-0.077	-0.100	1.000				
결혼생활 만족도	0.101	-0.024	-0.084	0.065	-0.129 *	0.088	0.050	-0.023	-0.001	-0.099	1.000			
양육분담만족여부	-0.038	-0.069	-0.013	0.120 *	-0.070	0.025	-0.032	-0.020	0.028	-0.017	0.267 ***	1.000		
사회신뢰	0.107	-0.009	-0.039	0.039	0.012	0.029	0.041	0.081	-0.034	-0.072	0.194 ***	0.056	1.000	
안전에 대한 인식	0.028	0.030	0.022	-0.005	-0.009	0.059	-0.010	0.013	0.043	0.000	0.041	-0.063	0.482 ***	1.000

출처: “2024년도 가족과 출산 조사”, 한국보건사회연구원, 2024, [데이터 세트와 코드북], <https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>

계획자녀수보다 출산자녀수가 적은 여성을 대상으로 산후우울감 경험  
이 추가 출산에 미치는 영향을 로지스틱 회귀분석을 통해 파악한 결과는  
〈표 4-22〉에 제시하였다. 통제변수로는 사회인구학적 요인(출산 연령,  
교육수준, 경제활동 여부, 월평균 가구소득, 주거형태)과 자녀 관련 요인  
(출산자녀수, 모유수유 여부, 계획임신 여부), 배우자 관련 요인(결혼생활  
만족도, 육아분담 만족 여부), 사회 관련 요인(사회신뢰, 안전에 대한 인  
식)을 포함하였다.

모형은 LR Chi Square가 유의수준 0.05 미만으로 통계적으로 유의한  
것으로 나타났다. 산후우울감 경험이 있는 경우 그렇지 않은 경우보다 추  
가출산의향이 있을 승산(odds)이 42.9% 낮게 나타났다. 출산 연령이 높  
아질수록 추가출산의향이 통계적으로 유의하게 낮아지며, 사회를 신뢰하  
지 않는 집단에 비해 신뢰하는 집단이 추가출산의향이 있을 승산(65.7%)  
이 높았다. 기타 다른 변수는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다.

〈표 4-22〉 산후우울감 경험이 추가출산의향에 미치는 영향(모델 1: 3년 내 출산 여성 중 계획자녀 미달성 여성)

(단위: 개, %)			
구분	$\beta$	S.E	Exp( $\beta$ )
산후우울감 경험(ref.미경험)			
경험	-0.561*	0.276	0.571
출산 연령	-0.076**	0.029	0.927
교육수준(ref.고졸 이하)			
대졸	-0.183	0.339	0.833
대학원졸 이상	0.138	0.604	1.147
취업여부(ref.취업)			
비취업	-0.277	0.309	0.758
월평균 가구소득	0.000	0.001	1.000
주거형태(ref.자가)			
전세	0.231	0.303	1.260
월세	-0.029	0.367	0.972
기타	-0.142	0.505	0.868
출산자녀수(ref.1명)			
2명 이상	-0.568	0.365	0.567
모유수유 여부(ref.했음)			
안 했음	-0.178	0.478	0.837
계획임신 여부(ref.계획함)			
계획 안 함	-0.171	0.282	0.843
결혼생활 만족도	0.127	0.095	1.135
육아분담 만족 여부(ref.불만족)			
만족	-0.483	0.351	0.617
사회신뢰(ref.신뢰 안 함)			
신뢰함	0.505+	0.293	1.657
안전에 대한 인식(ref.안전하지 않음)			
안전함	-0.091	0.301	0.913
상수항	2.787*	1.367	16.239
LR Chi Square		26.310*	
McFadden's Pseudo R <sup>2</sup>		0.065	
N		310	

주: \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05, + p<0.1.

출처: “2024년도 가족과 출산 조사”, 한국보건사회연구원, 2024, [데이터 세트와 코드북].  
<https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>

추가로, 3년 내 출산 여성 전체를 대상으로 한 로지스틱 회귀분석 결과, 모형은 통계적으로 유의한 것으로 나타났다(〈표 4-23〉 참조). 산후우울감 경험은 추가출산의향에 유의한 영향을 미치지 않았다. 출산 연령이 높을수록 추가출산의향이 있을 승산이 낮았고, 고등학교 졸업 이하에 비해 대학원 졸업 이상 집단이 추가출산의향이 높았으며, 출산자녀수가 1명인 집단에 비해 2명 이상인 집단이 추가출산의향이 없을 승산이 89.3% 높았다. 또한 모유수유를 한 집단이 안 한 집단에 비해, 결혼생활 만족도가 낮을수록, 사회를 신뢰하는 집단에 비해 신뢰하지 않을 경우 추가출산의향이 없을 확률이 높게 나타났다.

결론적으로 산후우울감 경험은 결혼 시 계획한 자녀의 수보다 출산자녀수가 적을 경우에 통계적으로 유의하게 추가출산의향에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 계획한 자녀의 수를 달성하거나 초과하였을 때는 실질적으로 추가출산 계획이 거의 일어나지 않을 것이라는 점을 고려해 보면 모델 2에 비해 모델 1에서 분석된 산후우울감 경험의 통계적 유의성에 주목해야 할 필요를 시사한다. 실제로 계획한 자녀의 수와 출산자녀의 수가 동일한 집단의 추가출산의향은 8.0%, 계획한 자녀보다 더 많은 자녀를 출산한 집단의 추가출산의향은 11.0%로 계획자녀수에 비해 출산자녀수가 적은 집단의 추가출산의향(54.7%)과 현저하게 차이가 난다. 이러한 분석 결과는 결혼 당시 자녀를 더 낳을 계획이 있었더라도 산후우울감을 경험하면 출산을 중단할 위험이 있다는 것을 의미하기 때문에 산후우울감을 경감시킬 수 있는 정책적 대안을 모색할 필요가 있다.

〈표 4-23〉 산후우울감 경험이 추가출산의향에 미치는 영향(모델 2: 3년 내 출산 여성)  
(단위: 개, %)

구분	$\beta$	S.E	Exp( $\beta$ )
산후우울감 경험(ref.미경험)			
경험	-0.217	0.194	0.805
출산 연령	-0.066**	0.021	0.936
교육수준(ref.고졸 이하)			
대졸	0.067	0.228	1.069
대학원졸 이상	0.691+	0.414	1.995
취업여부(ref.취업)			
비취업	0.072	0.202	1.075
가구총소득	0.000	0.000	1.000
주거형태(ref.자가)			
전세	0.191	0.206	1.211
월세	0.007	0.244	1.007
기타	0.054	0.367	1.055
총 자녀수(ref.1명)			
2명 이상	-2.238***	0.200	0.107
모유수유 여부(ref.했음)			
안 했음	-0.974**	0.311	0.377
계획임신 여부(ref.계획함)			
계획 안 함	-0.052	0.189	0.949
결혼생활 만족도	0.137*	0.062	1.147
육아분담 만족 여부(ref.불만족)			
만족	-0.295	0.225	0.744
사회신뢰(ref.신뢰 안 함)			
신뢰함	0.422*	0.200	1.525
안전에 대한 인식(ref.안전하지 않음)			
안전함	-0.177	0.211	0.837
상수항	1.507	0.921	4.514
LR Chi Square	241.410***		
McFadden's Pseudo R <sup>2</sup>	0.224		
N	896		

주: \*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05, + p<0.1.

출처: “2024년도 가족과 출산 조사”, 한국보건사회연구원, 2024, [데이터 세트와 코드북].  
<https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 제5장

### 산후우울 경험 질적 분석

제1절 분석 개요

제2절 분석 결과

제3절 시사점



## 제5장 산후우울 경험 질적 분석

### 제1절 분석 개요

본 연구는 2차 데이터 자료에 대한 양적 분석 결과를 보완하고, 정책의 대상자인 산모가 경험한 산후우울에 대해 보다 직접적으로 이해하기 위해 질적 분석을 수행하였다. 최근에 출산한 경험이 있는 산모를 대상으로 에딘버러 검사(K-EDPS)를 통해 고위험군과 비위험군으로 구분하여 이들의 산후 정신건강 상태를 살펴보았다. 이들 산모가 경험하는 산후우울의 정도, 산후우울의 원인, 산후우울의 완화 요인을 알아보고, 이들이 경험한 정부 정책과 정신건강 서비스, 산후 정신건강증진을 위해 필요한 정책에 대한 욕구 등에 대해 초점집단면접(FGI)조사를 실시하여 이를 분석하였다. 이를 통해 산모들의 경험에 근거한 정책적인 욕구를 분석하여 향후 산후우울 관련 정부 정책의 실효성 제고를 위한 기초자료를 수집하고자 한다.

본 연구에서는 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB)의 시정승인(문서 번호 제2025-039호)을 받은 후 초점집단면접(FGI)을 진행하였다. 면접(FGI) 대상은 조사 업체의 패널로 활동하는 최근 3년 이내에 출산한(현재 만 3세 이하의 자녀를 양육하고 있는) 여성 중 자발적으로 면접에 응할 의사가 있는 경우만을 한정하여 선정하였다. 면접 진행 전에 서면동의서를 받았으며, 진행 중이더라도 참석자가 거부하면 언제든지 대답을 하지 않거나 참석을 종료할 수 있음을 사전에 고지하였다. 동의서를 받은 후 대화를 녹취하였고, 녹취한 자료는 모두 전사하여 분석하였다.

초점집단면접(FGI) 실시 기간은 2025년 6~7월이었으며, 연령, 거주

지역(수도권 및 비수도권), 맞벌이 여부, 출생 자녀 수, 취업 여부(맞벌이 여부), 가구, 소득 등을 고려하여 적절하게 모집하였다. 또한 간담회 진행 전 산후우울에 대한 에딘버러 검사를 통해 13점 이상 점수를 받은 고위험군과 비위험군으로 구분하였다. FGI에 참여한 산모는 고위험군 39명, 비위험군 9명으로 총 48명이다. 13점 이상의 고위험군 산모는 총 5그룹(G1~G5)으로 나누어 간담회를 진행했고, 비위험군 중 주의군(9~12점) 2명은 고위험군 6명과 함께 하나의 그룹(G6)을 형성하였고 그 외 나머지 0~6점인 비위험군 7명으로 하나의 그룹(G7)을 형성하여 그룹별로 면접을 진행하였다. 초점집단면접(FGI)의 개요는 다음과 같다.

〈표 5-1〉 초점집단면접(FGI) 개요

구분	구체적 내용
간담회 대상자 모집 방식	-조사업체 패널 중 2023년부터 현재까지 출산한 여성 참여자를 모집
간담회 대상자	-출산 후 3년 이내의 여성 총 48명
간담회 방식	-반구조화된 심층 면접과 자기 기입식 산후우울 검사(설문)
간담회 시간	-그룹당 1~2시간

다음의 〈표 5-2〉는 FGI에 참여한 대상자의 일반 및 산후우울 관련 특성에 관한 것이다. 고위험군에 속한 41명 산모의 에딘버러 검사 점수는 13~29점까지 다양하게 분포되었다.

〈표 5-2〉 초점집단면접(FGI) 참여자의 일반 특성

구분		사례 번호	만 연령	출산 연도	자녀 수	에딘버러 검사 점수	취업 여부	가구소득	거주지역
산후 우울 경험자	G1	1	33세	2024년	1	29	비취업	600만 원대	서울 용산구
		2	29세	2025년	1	17	취업	500만 원대	서울 서초구
		3	31세	2024년	1	19	취업	700만 원대	경기도
		4	35세	2025년	3	16	비취업	400만 원대	서울 동작구
		5	43세	2023년	1	23	취업	800만 원 이상	서울 강남구
		6	36세	2023년	1	28	취업	500만 원대	서울 영등포구
		7	36세	2023년	2	25	비취업	300만 원대	인천
	G2	8	35세	2025년	1	19	취업	800만 원 이상	서울 강서구
		9	38세	2024년	1	24	취업	800만 원 이상	서울 동대문구
		10	33세	2024년	1	18	취업	400만 원대	서울 도봉구
		11	34세	2023년	1	16	취업	800만 원 이상	서울 양천구
		12	36세	2023년	1	17	취업	300만 원대	서울 송파구
		13	36세	2023년	1	27	취업	500만 원대	서울 동작구
		14	34세	2024년	1	27	비취업	200만 원대	경기도
	G3	15	37세	2023년	2 (다태아)	19	취업	700만 원대	서울 강동구
		16	30세	2024년	1	21	취업	300만 원대	경기도
		17	37세	2024년	1	15	비취업	600만 원대	서울 서초구
		18	35세	2024년	2	15	비취업	300만 원대	경기도
		19	37세	2023년	2 (다태아)	17	취업	800만 원 이상	서울 서초구
		20	34세	2023년	2	21	비취업	400만 원대	경기도

구분		사례 번호	만 연령	출산 연도	자녀 수	에딘버러 검사 점수	취업 여부	가구소득	거주지역
산후 우울 경험자	G4	21	36세	2025년	2	21	비취업	500만 원대	대구
		22	35세	2024년	2 (다태아)	16	비취업	500만 원대	부산
		23	36세	2024년	1	19	비취업	300만 원대	충북
		24	26세	2022년	1	26	취업	200만 원대	부산
		25	34세	2024년	2 (다태아)	19	비취업	300만 원대	광주
		26	35세	2025년	1	18	비취업	200만 원대	강원도
	G5	27	33세	2024년	2	17	취업	500만 원대	경기도
		28	36세	2024년	2	14	비취업	700만 원대	경기도
		29	33세	2024년	1	18	비취업	500만 원대	서울 은평구
		30	29세	2024년	1	15	취업	300만 원대	서울 중랑구
		31	31세	2024년	1	13	취업	400만 원대	경기도
		32	37세	2024년	1	15	비취업	800만 원 이상	서울 중구
		33	35세	2023년	2	22	취업	800만 원 이상	경기도
	G6	34	34세	2024년	1	17	취업	500만 원대	경남
		35	38세	2025년	3	23	취업	500만 원대	부산
		36	31세	2024년	1	28	취업	600만 원대	경북
		37	37세	2023년	1	10	비취업	300만 원대	전남
		38	34세	2024년	2	30	비취업	300만 원대	부산
		39	30세	2023년	1	14	비취업	200만 원대	충남
		40	43세	2023년	3	10	비취업	300만 원대	부산
		41	29세	2025년	1	26	취업	200만 원대	제주

구분	사례 번호	만 연령	출산 연도	자녀 수	에딘버러 검사 점수	취업 여부	가구소득	거주지역
산후우울 비경험자 (G7)	42	35세	2025년	1	6	취업	800만 원 이상	서울 관악구
	43	36세	2024년	1	2	취업	700만 원대	서울 성북구
	44	32세	2024년	1	3	취업	800만 원 이상	경기도 화성시
	45	36세	2024년	2	0	비취업	800만 원 이상	경기도 과천시
	46	38세	2025년	1	5	취업	600만 원대	서울 동작구
	47	41세	2023년	2	0	비취업	500만 원대	경기도 고양시
	48	39세	2023년	1	0	비취업	400만 원대	서울 성동구

제2절 분석 결과

1. 산후우울 경험

가. 산후우울 경험자의 우울의 정도

한국판 에딘버러 검사(K-EDPS) 결과 9점 이상인 산후우울을 경험한 산모는 다양한 산후우울 증상의 경험을 공유하였다. 공통적인 산후우울의 증상은 불안감, 무기력, 이유 없이 우는 비정상적 정서 반응이었다. 또한 집중력 저하, 의욕 상실, 자기 비하 및 자책, 분노 감정의 조절 어려움, 자기혐오 등도 나타났다. 더 나아가 심리적 불안과 부담감이 신체화되어 신체 증상으로 전이된 양상을 보이기도 하였고 자살 및 살인의 충동을 느끼는 응답자도 있었다. FGI 참여자별 산후우울 상태는 다음과 같다.

“내가 우울감이 있는 상태였는데도 출산을 하고 나니까 그 우울감이 더 심해졌어요.”

(사례 1)

“출산 후 5일쯤 됐을 때 침대에 누워 있는데 눈물이 계속 나는 거예요. (중략) 그때 저는 제가 산후우울이라는 걸 몰랐어요. 그냥 왜 울지? (중략) 아기를 봐도 아직 그런 생각은 없어요. 예쁘다, 귀엽다 그런 것도 없고 저는 핸드폰에 아기 관련된 게 나타나는 그걸 피하려고 유튜브도 안 찾아보고 어떠한 것도 검색 안 했어요.” (사례 2)

“(산후조리원에서) 혼자 있다 보니까 집에 가고 싶고 울고 군데 괜히 미안한 거예요… (집에 돌아와서 우울감이) 남아 있었는데 그래도 울 정도는 아니었어요. 영영 매일밤 울 지는 않았었어요.” (사례 3)

“제가 어른인데 (산후도우미의) 부당함에 대해서 얘기를 못하는 자체가 너무 우울한 거예요. 그때 우울감이 제일 심했다가 (중략) 조금 우울감이 낮아졌는데 지금은 남편이랑 양육관이 안 맞아가지고 그것 때문에 조금 저의 우울감이 계속되고 있어요.” (사례 4)

“저는 무서움이 컸어요. 애가 태어났을 때 그 애랑 같이 있는 그 시간이 저한테 너무 힘들었어요.” (사례 5)

“내가 우울증이 심하니까 저는 횡단보도를 볼 때 그냥 뛰어들고 싶다 이 생각이 들었거든요. 그래서 사태가 심각하구나.” (사례 6)

“우선은 아이를 낳고 저는 먼저 퇴원을 하고 아이는 니큐로 갔어요. (중략) 조리원 들어간 지 3일 만에 (아이가) 안 좋다고 연락이 왔어요. 전 그때 조금 힘든, 갑자기 숨이 안 쉬어지고 공황장애처럼… (중략) 계속 울었고….” (사례 7)

“애기 울음소리만 들어도 가슴이 답답하고 눈물이 났어요.” (사례 8)

“아무것도 하기 싫고 하루종일 누워만 있었어요.” (사례 9)

“괜히 화가 나고, 화낸 뒤에는 후회가 밀려왔어요.” (사례 10)

“나만 힘든 것 같고, 세상이 다 원망스러웠어요.” (사례 11)

“매일 밤 울면서 잠들었어요.” (사례 12)

“살고 싶지 않다는 생각이 들었어요.” (사례 13)

“아기를 안아주면서도 마음이 하나도 안 움직였어요.” (사례 14)

“남편을 보면 화가 나요. 전부 다 나만 하고 있는 거 같아서.” (사례 15)

“계속 울었어요, 계속… 차근차근 힘들었고 지쳤던 게 (중략) 애를 가서 달래면서도 얼굴은 눈물이 줄줄 흘렀었거든요. 밤에 혼자 거실에 앉아 있으면 우울한 파도가 나를 집어 삼켜버리는 것 같아요. (중략) 밤11시, 12시에 나 죽어버리면 모든 게 끝나잖아 이러면서 창문을 열어 울면서 뛰쳐간 적도 있어요.” (사례 16)

“화를 자주 내고 화가 조절이 안 돼요. (중략) 제가 자주 동물학대를 하고 있는 것 같이 느껴져 가지고 (중략) 계속 고양이를 때리고 있고 (중략) 창문으로 고양이 던지고 싶은 충동이 일어나더라고요.” (사례 17)

“혼자 소리 지른 적도 많아요. 답답해서 창문 앞에서 혼자 소리지른 적도 많아요 머리도 쥐어 뜯는 적도 많고요. 혼자 창문 앞에 서서.” (사례 18)

“계속 병원을 다녔어요. 애기 황달 수치가 어쩔다, 모유 수유하니까 안 좋아졌다… 의사도 다 다르게 얘기하니까 너무 불안했어요.” (사례 19)

“나는 매일 하루 종일 애기랑 집에 있는데 남편은 직장 간다고 나가니까… 애를 키우는 건 전적으로 엄마 몫이라는 게 제일 힘들었어요.” (사례 20)

“22층에 이사 와서는 하늘은 이렇게 맑고 예쁜데 창문에 다 보이니까 여기에서 가면 한 번에 깔끔하게 가겠다 이런 생각이 들었어요. (중략) 창문 열고 2층이니까 죽지는 않을 것 같다. (중략) 뭘 봐도 별로, 애가 예쁜 줄도 모르겠고 무감한 상태예요.” (사례 21)

“한번 애착을 형성해 보려고 결정을 했었는데 많이 힘드네요.” (사례 22)

“몸은 괜찮은 줄 알았는데 아니더라고요. 돌발성 난청이 왔어요. (중략) 귀가 저음이 진짜 안 들렸어요… 그게 너무 힘들더라고요.” (사례 23)

“거실에 시부모님, 남편, 애기 있고 다 웃고 있는데 나만 고립되어 있는 느낌… 우울감은 삶의 불만으로 계속 쌓이는 느낌이에요.” (사례 24)

“(아기들이) 계속 울고 있어서… (중략) 지친 게 큰 것 같아요.” (사례 25)

“매일 밤 울었던 것 같아요. 하루 종일. 아기가 자는 시간에 울고 애기를 봐야 되니까 멍

때리고 애 보다가 울고 (중략) 우는 거 외에는 좋은 감정, 나쁜 감정도 없고 멍한 상태로... 제가 했던 말도 기억도 잘 못하고..." (사례 26)

"저 혼자 그냥... 눈물이 나더라고요." (사례 27)

"아기 재우고 나면 뭐라도 하고 싶은데... 그냥 멍하니 있다가 시간이 다 가요." (사례 28)

"잘하고 싶었는데, 자꾸만 못한다는 생각이 드니까... 내가 왜 엄마가 됐을까 싶었어요." (사례 29)

"남편이 별말 안 했는데도 괜히 화가 나고... 그런 제 자신이 더 싫었어요." (사례 30)

"하루 종일 말 한마디 안 하고 지나간 날도 있었어요." (사례 31)

"화를 너무 많이 냈어요. 조그만 일에도 짜증이 나고 (중략) 하루종일 애기랑만 있으니까 말이 안 나와요. 누구랑도 이야기 안 하니까... 내가 점점 없어지는 기분?" (사례 32)

"그냥 다 내려놓고 싶다는 생각이 자주 들었어요." (사례 33)

"아기랑 단들이 있는 시간이 길어지면 갑자기 눈물이 나요. 이유도 모르겠고 그냥 서럽더라고요." (사례 34)

"밤마다 '이게 언제 끝나나' 하는 생각에 한숨만 나왔어요." (사례 35)

"너무 외롭고 답답했어요." (사례 36)

"아무것도 하기 싫고, 하루 종일 누워 있고 싶은 날이 많았어요." (사례 37)

"첫 몇 달은 아기를 보면서 '내가 왜 이렇게 힘들어야 하지' 하는 생각이 하루에도 몇 번 씩 들었어요." (사례 38)

"밤마다 울고, 낮에도 멍하게 창만 바라보고 있었어요." (사례 39)

"불안해서 계속 아기 숨 쉬는지 확인하느라 잠을 못 잤어요." (사례 40)

"살림도, 육아도 다 포기하고 싶었던 순간이 있었어요." (사례 41)

## 나. 초산과 경산의 차이

산후우울 상태에 있어서 첫째아를 출산(초산)할 때와 둘째아 이상을 출산할 때 산후우울의 정도에 있어서 차이가 있는지를 알아보기 위해 둘째아 이상 출산을 한 참여자를 대상으로 차이에 관해 질문하였다. 드문 경우 첫째아 출산 후의 산후우울 상태와 둘째아 출산 후의 산후우울 상태가 유사하게 나타났다.

“첫째 임신했을 때도 우울했는데, 이번에도 비슷하게 찾아왔어요.” (사례 38)

하지만 둘째아 이상을 출산한 대부분의 참여자는 초산에 비해 경산인 경우 산후우울의 정도가 심해졌다고 말한다. 이는 출생아의 상태에 따른 차이만으로는 설명이 충분하지 않다. 오히려 돌봐야 하는 자녀가 있는 상태에서 출산과 산후 시간을 보내야 하는 것에서 오는 어려움이 산후우울로 이어진 것으로 보인다.

“첫째 때는 그냥 힘들다 정도였는데, 둘째 낳고는 진짜 우울이 심했어요.” (사례 8)

“저는 첫째 때는 그렇게 우울감이 있다고 생각을 안 해봤거든요. (중략) 둘째 임신하면서 몸이 힘들어지면서 첫째도 육아 난이도가 높아지면서 그때부터 약간 내가 체력적으로도 힘들고 정신적으로도 힘들다 그렇게 생각을 했던 것 같아요.” (사례 18)

“첫째 때보다 둘째 때가 훨씬 힘들었어요. 몸도 마음도 다 지쳐 있었어요.” (사례 36)

## 다. 출산 전 우울

많은 경우에 산후우울은 임신 중에 시작된다. 본 FGI에 참여한 산후우울 고위험군에 속한 출산모는 대체로 임신 중에도 우울감을 느꼈다고 말한다. 임신 중에 느끼는 외로움, 신체적인 고통, 정서적인 고립감과 불안

감, 걱정, 기대와 현실 간의 괴리 등과 같은 임신 중 우울 증상이 산후우울(감)으로 이어진 것으로 판단된다. 또한 원하지 않는 임신, 직장에서의 스트레스 등도 임신 중 우울의 원인으로 작용한다. FGI 참여자들의 다양한 임신 중 우울 상태는 다음과 같다.

“임신 초반에만 우울했어요. (중략)… 결혼하자마자 아기가 생긴 상황에서 사실 기대하고 있었던 상황이 아니어서.” (사례 3)

“저는 아기가 크다고 하니까 (중략) 출산에 대한 실패에 대한 우울감이 계속 있고. (중략) 둘째는 (중략) 계속 저한테 붙어 있고 그게 너무 힘들고 남편이 아기 낳기 두달 전에 한 달 동안 교육을 갔어요. (중략) 계속 그런 상황들이 우울함이 엄청 심했다가.” (사례 4)

“일을 하고 있었으니까 회사에서 압박이 있었거든요. (중략) 그래서 임신 기간에 우울감이 있었고 그래서 퇴사를 했었어요.” (사례 7)

“출산 전에도 우울했는데, 아기 낳고 나서 더 심해졌어요.” (사례 12)

“임신 기간 내내 ‘내가 엄마가 될 준비가 됐나?’ 그런 생각이 계속 들었어요. 몸도 마음도 너무 힘들고….” (사례 15)

“입덧이 너무 심해서 아무것도 못 먹고 누워만 있었어요. 사람도 못 만나고 하루 종일 혼자 있으니까 울컥할 때가 많았어요.” (사례 16)

“임신했을 때는 다들 축하해 주지만, 몸은 힘들고 외로웠어요. 그게 이상하게 서운하더라고요.” (사례 18)

“아무도 내 몸 상태에 대해 진지하게 물어봐 주질 않아서… 그게 너무 속상했어요. 그때부터 약간 무기력했던 것 같아요.” (사례 20)

“입덧이 엄청 심했거든요… 임신 사실을 숨기면서 실습 나가야 했고… 몸무게 30kg 증가… 너무 충격이었습니다.” (사례 24)

“먹덧이 와서… 먹는 것도 한계가 있는데 억지로 계속 먹어야 됐고… 몸이 커지고… 직장을 그만두게 된 게 스트레스가 컸어요.(중략) 정신적으로요. 먹덧이 너무 심했고요.” (사례 26)

“임신했을 때부터 눈물이 많아지고 괜히 불안한 마음이 들었어요.” (사례 34)

“임신 후반기부터 혼자 있는 시간이 많아지면서 우울했던 것 같아요.” (사례 36)

“임신 중에도 계속 불안해서 아기 괜찮은지 검사만 기다리며 지냈어요.” (사례 40)

이처럼 임신 중 우울은 산후우울의 연속성을 보여주는 중요한 근거이다. 더 나아가 임신 전부터 우울이 있었던 경우는 임신과 출산 후까지 우울이 지속될 뿐만 아니라 정도가 심해지는 경향을 보인다.

“저는 제가 원래 우울감이 있었어요. 근데 우울증 치료가 끝난던 상황이라서 (중략) 거의 괜찮아지고 있었던 상황에 임신을 하고 출산 직후까지 중간 정도의 우울이 생겼는데 (중략) 출산 후에 우울감이 더 심해졌어요.” (사례 1)

“저는 부정적인 편이어서 내가 그런 아이를 가질 수도 있는 거잖아 이게 항상 내재돼 있긴 했었어요. (중략) (임신 중에) 불안감이 많이 높았었어요. 출산을 했을 때는 더 불안감이 높았어요.” (사례 6)

“원래 감정 기복이 심한 편이었는데, 임신하고 더 심해졌어요.” (사례 30)

## 라. 산후우울 비경험자의 우울 정도

산후우울의 비위험군은 약한 정도의 산후우울감을 경험하였고, 이 중 참여자 46과 48은 산후우울감을 경험하지 않았다.

“산후우울이라고 할 만큼 심하지는 않았어요. 오히려 정신이 바빠서 그런지 그런 건 없었던 것 같아요.” (사례 46)

“저는 다행히 산후우울은 없었어요. 주변에서 많이 도와줘서 그런 것 같아요.” (사례 48)

산후우울감을 경험하지 않은 비위험군 산모는 임신 중에도 우울감을

느끼지 않은 것으로 나타났다. 이들은 신체적으로 큰 어려움을 경험하지 않았고, 임신 중의 신체적인 변화를 긍정적으로 느끼고 있었고 운동 등으로 관리하고 있었다.

“저는 사실 임신 때도 입덧이 아예 없었고 먹덧 비슷하게 왔고 사실 살도 그렇게 많이 안 찌서 몸의 변화가 크지 않았거든요. 그래서 그렇게 나쁘지 않게 임신 기간을 보냈고 (중략) 크게 걱정하지 않고.” (사례 43)

“먹덧, 입덧 이런 거 없었고 아프거나 이런 것도 없어가지고 저도 추운데 맨날 5천보씩 만보씩 걸으러 다니고 운동하러 다니고 했는데.” (사례46)

“신체적인 그러니까 살찐다는거 빼고는 신체적으로 변화가 없었어요. (중략) 운동도 하루에 만보씩 꼭 했었거든요. (중략) 내가 마음 편하고 좋으면 아기한테 좋은 영향이 가겠지 이런 생각으로 임신 기간 내내 지내다 보니까 크게 우울함은 느끼지 않았던 것 같아요.” (사례 48)

## 마. 산후우울의 지속 기간

산후우울감은 적게는 한 달에서 수개월, 6개월 이상, 1년 이상 지속되었다. 대부분의 산모는 6개월 이상 지속되었다고 진술하였고, 일부 참여자는 2년이 경과한 후에도 우울감이 느껴진다고 하여 진술 기간에서는 차이를 보였다.

“저는 그래도 한달 정도 갔었던 것 같아요. 그리고 그 이후에는 진정할 수 있었던 것 같아요. 그런 슬픈 마음은요.” (사례 3)

“출산하고 100일 정도 지나니까 겨우 좀 숨통이 트였어요.” (사례 40)

“출산하고 4개월 정도 지나니까 조금 나아졌어요.” (사례 37)

“거의 6개월은 울면서 보냈어요.” (사례 9)

“출산하고 반년 넘게 매일 눈물이 났어요.” (사례 12)

“출산하고 한 6개월은 매일 울었던 것 같아요.” (사례 34)

“6개월 지나고 나서야 조금씩 괜찮아졌어요.” (사례 41)

“한참 동안은 아무것도 못 했어요. 몇 개월은 그랬던 듯해요.” (사례 29)

“1년 동안은 진짜 많이 힘들었어요.” (사례 8)

“첫돌 지나고 나서야 조금 나아졌던 것 같아요.” (사례 10)

“3에서 6개월 그때가 제일 피크고 저도 1년 시점까지인 것 같아요.” (사례 16)

“저는 돌 때까지 제일 우울했던 것 같아요.” (사례 20)

“거의 돌 될 때까지는 계속 마음이 무겁고 웃을 일이 없었어요.” (사례 35)

“출산 2~3년까지는 산후우울이라는 게 있는 것 같아요.” (사례 17)

산후우울 정도가 낮은 산모들에서도 경미한 수준의 우울감은 지속 기간에 차이가 거의 없었다.

“첫 3개월은 진짜 힘들었고, 그 이후에도 반년은 좀 우울했어요.” (사례 43)

“6개월 넘게 마음이 가라앉았어요.” (사례 45)

“거의 1년 정도 우울했던 것 같아요. 아이 돌 지나고 나서야 좀 나아졌어요.” (사례 42)

## 바. 산후우울의 경험과 추가 출산 의향

FGI 결과, 산후우울의 심화와 장기화는 추가출산의향을 낮추는 요인으로 나타났다.

“둘째 낳고는 첫째 때보다 우울이 훨씬 심했어요. 그래서 셋째는 생각도 안 해요.” (사례 8)

“우울이 길게 가니까, 또 낳을 엄두가 안 나요.” (사례 12)

“또 그 감정을 느끼고 내가 남편이랑 그렇게 불같이 싸우고 내가 맨날 그렇게 엉엉 울고

이래야 된다면은 애기가 너무 귀엽고 이런 건 둘째 치고 그냥 나를 생각해서 안 낳을 것 같아요.” (사례 16)

“추가로 아이를 낳는데 산후우울 경험이 100% 영향이 있는 것 같아요.” (사례 20)

## 2. 산후우울의 원인

산후우울의 원인은 매우 다양하고 복잡적이었다. 참여자들은 여러 가지 이유로 우울감을 느끼는 것으로 나타났다.

“신체적인 것도 그렇고 육아 스트레스도 그렇고 (중략) 경제적인 그런 어려움도 있고 경력 단절이나 복직에 대한 걱정도 크고 그리고 애에 대한 전반적인 걱정들 그러니까 이런 모든 상황들이 겹쳐져서 산후우울증이라고 부르는 것 같고.” (사례 16)

산후우울에 영향을 주는 다양한 원인은 개인적 차원의 신체적인 요인, 심리적인 요인, 경제적인 요인뿐만 아니라 관계적인 요인, 사회적인 요인, 제도적 한계 등과 같은 요인으로 구분된다. 우선, 개인의 신체적 요인으로는 호르몬의 변화를 포함한 신체의 변화, 신체적인 부담감이 영향을 미친다.

“산후우울증은 호르몬 때문인 것 같아요.” (사례 5)

“주변 환경, 내 모습도 변했잖아요. 내 모습도 애기 갖기 전에는 날씬했는데.” (사례 3)

“근데 가슴을 보는데 진짜 가슴이 땡땡 불어 가지고, 그냥 부어 있거든요. 그 모습을 보는데 너무 그냥 사람 같지가 않은 거예요.” (사례 5)

또한, 출산 후 지속되는 수면 부족, 회복되지 않은 몸, 과도한 육체노동은 모두 산후우울의 원인으로 작용한다.

“술직히 잠을 못 자니까 신체적으로 너무 힘들거든요.” (사례 1)

“밤마다 잠을 거의 못 자니까 너무 예민해졌어요.” (사례 8)

“출산하고 나서 뭘 들었더니 손가락 마디마디가 아픈 거예요. 근데 한 번도 경험해 보지 못한 아픔인 거죠. (중략) 이게 애를 갖고서 이런 거구나 이러니까 더 정신하고 연관이 돼 가지고 더 우울해졌던 것 같아요.” (사례 5)

“모유 수유하면서 집안일까지 다 하다 보니까 귀가 안 들리더라고요. 돌발성 난청이 왔어요.” (사례 23)

감정적인 요인으로는 자아 상실감, 불안감, 죄책감, 기대와 현실의 괴리 등과 같은 감정이 원인으로 나타났다. 출산 후 ‘나’라는 사람의 정체성이 사라지고, 엄마 역할만 남았다고 느끼는 자기 상실감과 무력감이 산후 우울의 원인으로 작용한다.

“일단은 다 아이 관련된 거잖아요. 원래는 친구들이랑 밤늦게까지 술 마시고 이렇게 할 수 있었는데…” (사례 3)

“내가 없어지는 것에 대한 거…” (사례 7)

“모든 게 아기 중심이니까… 내가 없어지는 것 같았어요.” (사례 27)

“자는 것도 깨는 것도 내가 원하는 대로 안 돼요. 애기 시간에 맞춰야 하니까…” (사례 32)

또한, 아이에 대한 걱정과 불안함 등 양육에 대한 부담과 모성 역할에 대한 압박감과 죄책감 등이 산후우울의 원인으로 작용한다.

“애가 나 때문에 잘못될 수 있다라는 불안감이 있는데…” (사례 1)

“저희 애가 분유를 잘 안 먹는다고 그러는데 잘 모르겠고 이게 얼마큼 먹는 건지도 양이 적정량인지도 모르겠고 그래서 너무 불안이 최고조로 올라왔었어요.” (사례 5)

“아기 건강이 걱정돼서 계속 불안했어요.” (사례 40)

“애한테 맞지 않는 방법을 써서 고생할 때, 너무 미안했어요.” (사례 23)

“잘하고 싶은데, 자꾸 못 하게 되니까… 나 왜 이러지 싶었어요.” (사례 29)

“제가 갑상선저하 이게 있어가지고 약을 먹었는데 출산하고 나니까 애한테도 영향이 있을 수 있다고 그래서 3일 만에 아기를 병원에 가가지고 채혈을 하더라고요. (중략) 제 몸살 엄마가 된 느낌이 들어요.”(사례 5)

심리사회적 요인으로 외출의 제약, 친구들과의 단절 등으로부터 오는 사회적 및 정서적 고립감, 소외감, 외로움이 산후우울의 원인으로 작용한다.

“하루종일 아기 보고 있으니까 답답하고, 나만 고립된 느낌이었어요.” (사례 8)

“하루종일 애기랑만 있으니까 말이 안 나와요. 누구랑도 이야기 안 하니까…” (사례 32)

“집에만 있다 보니 답답하고 우울감이 더 심해졌어요.” (사례 37)

“100일까지 아기랑 집에만 있었고… 갇혀 있는 게 너무 스트레스였어요.” (사례 26)

“애가 없는 친구랑은 일단 연락이 안 돼요. 약간 거리를 뒀요. (중략) 당연히 배제돼요.” (사례 3)

“단절이 제일 큰 거 같아요.” (사례 4)

출산과 양육에 있어서의 부담과 배우자와 가족의 지원 부족, 인간관계에서의 갈등은 관계적 요인으로서 산후우울에 영향을 미친다. 부부관계의 갈등, 양육 부담의 불균형, 정서적 지지 부족, 성역할 고정관념으로 인한 억울함과 심리적 부담도 산후우울의 주요한 원인으로 작용한다. 우선 배우자와의 관계에서 오는 불만족이 주요 원인이다.

“애를 키우는 건 전적으로 엄마 몫이라는 게 제일 힘들었어요.” (사례 20)

“남편이 야근이 많아서 혼자 애 보느라 힘들었어요.” (사례 9)

“남편을 보면 화가 나요. 전부 다 나만 하고 있는 거 같아서.” (사례 15)

“남편이 육아 안 도와준다고 느끼면 애한테 화가 나고…”(사례 23)

“저는 (가족으로부터) 도움도 못 받고 이러니까… 좌절감을 느끼죠.” (사례 6)

“엄마도 멀리 있고, 남편도 일하느라 늦게 오고… 혼자서 버텼어요.” (사례 33)

배우자, 가족, 산후도우미 등 산후 기간 영향을 미칠 수 있는 주변 사람들과의 관계에서 오는 어려움도 산후우울의 원인으로 작용한다.

“제가 생각하는 남편의 기대치와 남편이 생각하는 제 기대치가 달라서 그걸 맞추는 데 스트레스를 많이 받았던 것 같아요.” (사례 6)

“남편이랑 양육관이 안 맞아가지고 그것 때문에 조금 저의 우울감이 계속되고 있어요.” (사례 4)

“주변 환경에도 영향을 많이 받는 것 같아요. (중략) 저는 시댁 때문에 우울해요. 괴롭힘 때문에.” (사례 20)

“시댁 부모의 관계에도… 분명 좋은 소리를 하지만 제가 그거를 받아들이는 에너지가 없어요.” (사례 4)

“시댁과의 갈등이 스트레스였어요.” (사례 41)

“산후도우미를 잘못 만나서… (중략) 제가 어른인데 부당함에 대해서 얘기를 못하는 자체가 너무 우울한 거예요.” (사례 4)

“산후조리원 되게 힘들었거든요. (중략) 산후조리원에서는 계속 모유를 권유하거든요. 심하게.” (사례 6)

경제적 요인도 산후우울에 영향을 미치는 주요 요인이다. 육아비용 부담 등 가구의 경제적 상황에 대한 걱정, 본인의 경력 단절과 취업 관련 불안감 등이 산후우울에 영향을 미친다.

“금전적인 거에 대한 두려움이나 불안도 컸어요 아기를 넣고 계속계속 들어가니까.” (사례 1)

“경제적인 게 제일 큰 것 중에 하나인 것 같아요.” (사례 19)

“경제적으로도 부담이 크고, 일도 그만둬야 해서 답답했어요.” (사례 47)

경력 단절, 경제적 자립 불안, 미래에 대한 절망은 산후 여성에게 우울과 무기력, 사회적 위축을 유발할 수 있다. 많은 산후우울 경험자들은 경력 단절을 산후우울의 원인이라고 지적하였다.

“차라리 복직해서 일을 하면 (중략) 자기 효능감도 생기고 나로서의 이걸 할 수 있는데 그게 안 되니까 (우울해요).” (사례 4)

“경력 단절 이런 거에 대한 것이 우울한 이유로 저는 정말 컸어요.” (사례 6)

“이제는 나도 일해야 하는데, 내가 사회에 나갈 수 있을까? 젊은 사람도 취업이 힘든데…” (사례 21)

육아 정보 부족, 정신건강 지원의 부족 등 제도적 한계도 산후우울의 원인으로 작용한다.

“육아를 하는 거에 대해서는 제가 전혀 알아보지 않고 출산하고 임신을 한 거였던 거죠. 그래서 너무 우울한 거예요.” (사례 5)

“의사도 다 다르게 얘기하니까 너무 불안했어요.” (사례 19)

### 3. 산후우울의 예방 및 완화 요인

#### 가. 산후우울의 완화 및 도움 요인

산후우울을 겪고 있는 FGI 참여자들은 산후우울을 완화하기 위해 다양한 노력을 하였다. 산후우울을 완화하고 회복하는 데 도움이 되는 요인은 개인적 차원에서의 노력, 관계를 통한 정서적 지지와 실질적 육아 도움, 심리상담 등이다. 개인적 차원에서의 일차적인 노력은 신체적 회복을 위한 수면 보충과 휴식이다.

“아기 재울 때 같이 자려고 노력했어요.” (사례 34)

“가족들이 집에 와서 도와줄 때는 최대한 쉬었어요.” (사례 41)

심리·정서적 측면에서 독서를 하거나 드라마를 보거나 명상을 하는 것이 산후우울 완화와 회복을 위해 도움이 되는 것으로 나타났다.

“화가 확 올라오는데 저는 솔직히 풀 데가 없잖아요. 제 시간도 없고 그러니까 어쩔 수 없이 아기 재우고 나서 육아 서적을 보면서 달래는 것 같아요.” (사례 7)

“아이 재우고 혼자 좋아하는 드라마를 보면서 시간을 보냈어요.” (사례 37)

“마음을 가라앉히려려고 명상을 해봤어요.” (사례 40)

보다 적극적으로 사회적 단절 해소를 위한 외출, 산책, 운동 등도 산후우울 완화와 회복에 도움이 된다.

“저는 커피 마시러 나가요. (종략) 하루에 1시간, 2시간은 무조건 나가려고.” (사례 4)

“아기 재우고 틈틈이 산책 나가면서 공기 쐬었어요.” (사례 8)

“저 혼자 쉬고 싶은데 그러지 못하는 상황이니깐 나갔는데 터덕터덕 걷는데 걷는 걸 그렇게 좋아하지는 않았는데 그게 조금 도움이 됐던 것 같아요.” (사례 17)

“아기띠 하고 여름에 버스타고 백화점도 가고… 집에만 있으면 미쳐버릴 것 같아서.” (사례 24)

“하루에 한 번은 꼭 밖에 나가서 산책했어요.” (사례 35)

“전 운동도 좋았어요. 운동을 하면 그래도 애랑 벗어나 있고… 필라테스를 다녔었는데 그때가 필라테스 시간이 너무 행복하더라고요.” (사례 3)

개인적인 노력 이외에도 배우자와 가족, 친구 등 주변인과의 대화와 산후조리원 동기 모임 및 지역 육아모임 등의 참여를 통한 정서적 지지는 산후우울을 완화하는 주요한 요인이다.

“남편이랑 하루 종일 같이 있으니까 집에서 우는 일은 없어진 지는 1, 2주 된 것 같아요.”

(사례 2)

“남편이 제 감정에 대한 질문을 많이 해요. 안정감을 줘요.” (사례 26)

“매일 친정 엄마랑 통화하면서 이런 일이 있었다 저런 일이 있었다 하면서 가족들이 그 래도 지지적이니까 괜찮았던 것 같아요.” (사례 3)

“친구들이랑 전화하면서 많이 풀었어요.” (사례 8)

“친구한테 털어놨더니 그냥 다 들어줬어요. 그게 위안이었어요.” (사례 19)

특히, 비슷한 상황에 처한 육아를 하는 또래 엄마들과의 공감적 대화는 산후우울을 겪고 있는 FGI 참여자들의 고립감을 해소하고 실질적인 육아 관련 정보를 획득함으로써 자기효능감을 회복하는 데 기여한다. 특히, 특정 분유회사에서 제공하는 상담지원 서비스(담당 간호사와의 1:1 컨설팅 서비스)와 어플을 통한 동기모임(베이비빌리)에 참여하는 것이 도움이 된다는 의견도 있었다.

“엄마방 카톡방이 있어요. 거기에서 도움을 많이 받았는데 그게 사실 어떤 아이템적인 정보 교류나 이런 것보다 심리적인 위안이 많이 됐었던 것 같아요.” (사례 1)

“그런 거(이른둥이 톡방)에 도움을 많이 받았던 것 같아요.” (사례 7)

“유튜브 보면 이게 나만 겪는 일이 아니구나 해서 위안을 얻고 오픈 채팅방은 이게 다 육 아 동기들의 마음이 이렇구나.” (사례 4)

“조리원 동기랑 공동육아 했던 게 제일 도움 됐어요.” (사례 21)

“주변 엄마들이랑 산책도 하고, 육아 모임 나가면서 좀 나아졌어요.” (사례 42)

“일루맘이라는 분유 회사에서 분유를 사 먹이지 않아도 신청하면 전화 상담해 주는 서비스가 있어요. 저는 거기서 엄청 감동을 받은 게, 그 회사의 분유를 나중에 사먹이고 싶다고 생각될 정도로 1시간 넘게 아기 상태, 나의 마음 상태에 대해서 물어봐 주고 그다음에 원래 기본 서비스인데 혹시 더 필요하면 언제든지 9시부터 6시 사이에 전화 주세

요. 그러면은 저희가 횡수 제한 없이 상담해드려요 그래요.” (사례 9)

“베이비빌리라고 어플이 있는데 거기서 배동이라고 있거든요. 아기들 동기모임 이런 게 있어요. 단톡으로 그걸 만들어줘 가지고 전국으로 60명 정도 모인 단톡방에 들어가서 (중략) 엄마들도 알게 돼 가지고 저희가 찾아가서 같이 놀고 그러면서 극복했어요.” (사례 17)

또한, 배우자와 가족 등의 비공식적 육아 지원과 공식적 돌봄 서비스를 통한 실질적인 돌봄의 지원은 정서적 및 신체적 회복에 핵심 역할을 하여 산후우울을 완화하는 중요한 요인으로 작용한다.

“남편이 기저귀를 한 장을 더 갈아주느냐 안 갈아주느냐는 천지 차이예요. 남편이 그런 행동을 함으로써 우울도가 떨어져요.” (사례 17)

“남편이 같이 육아에 참여하는 게 제일 도움이 된다고 생각해요.” (사례 18)

“남편이 얘기 한 번 봐줄 때마다 너무 고맙고 눈물 날 것 같았어요. 그런 게 조금씩 도움이 됐어요.” (사례 20)

“엄마가 와서 며칠 봐줬거든요. 그 며칠이 진짜 컸어요.” (사례 16)

“아예 친정 옆으로 이사 와서… 가족이랑 공동 보육하면서 많이 좋아졌어요.” (사례 23)

“남편도 잘 도와주고 산후도우미도 되게 좋으신 분이 왔어 가지고.” (사례 3)

마지막으로 전문적 및 준전문적인 상담 및 전문 의료기관의 상담과 약물 치료는 산후우울의 회복에 기여한다.

“상담을 계속 못 가니까 챗지피티(ChatGPT)를 사용해요. 그래서 상담을 받아요. 누구한테라도 털어놓으면 나오니까.” (사례 1)

“병원에 다녔어요. 수면제도 먹고 상담도 받았는데, 그게 좀 도움이 됐던 것 같아요.” (사례 15)

“정신과 갔어요. 약 먹고 나아지긴 했어요. 감정을 끌어주는 역할 같았어요.” (사례 21)

“단골 약국 약사에게 묻거나 교수님께 조언 받아요.” (사례 24)

반면, 한 FGI 참여자는 정신건강의학과 방문이 효과가 없다고 말하기도 했고, 다른 참여자는 정신건강의학과에서 주는 약에 의존할 수 있기 때문에 심리상담을 선호한다고 말했다.

“정신과도 몇 개월 다녔지만 효과를 못 느꼈어요.” (사례 24)

“심리상담을 택한 이유가 산후우울증이 어떻게 보면 당연히 동반되는 거라는 말을 너무 많이 들어서 이걸로 정신과 가면 안 되고 받아들이는 것도 있어요. 그리고 제 직장 동료가 산후우울증이 정말 심해서 정신과 다녔는데 약 끊는 게 힘들다고 약에 의존하게 된다고 하더라고요.” (사례 9)

## 나. 산후우울의 예방 요인

산후우울의 예방 및 완화 요인을 살펴보기 위해 산후우울을 경험하지 않거나 낮은 수준의 산후우울을 경험한 FGI 참여자 사례를 분석할 필요가 있다. 에딘버러 검사(K-EDPS) 점수가 매우 낮은(0~6점) 산후우울 비위험군인 FGI 참여자 42~48에게 있어서 산후우울이 없거나 낮았던 이유는 여러 요인이 복합적으로 작용한 것으로 보인다. 산후우울 고위험 산모와 이들의 가장 두드러진 차이는 이들은 충분한 사회적·정서적 지지를 받았다는 점이다. 산후우울을 경험하지 않은 일부 참여자는 배우자나 가족의 적극적인 도움이 그 원인이라고 강조했다.

“남편이랑 대화를 많이 하려고 노력했어요. 혼자 끔찍대지 않으려고요.” (사례 48)

“남편이 집안일이랑 육아를 많이 도와줘서 힘들지 않았어요.” (사례 43)

“친정엄마가 와서 한동안 같이 있어줘서 마음이 편했어요.” (사례 44)

이처럼 배우자의 육아 부담, 부모님의 정서적 지지 등 산후 초기 가족의 실질적인 지원이 불안감을 완화하는 데 도움이 되었음을 보여주었다. 또한 산모의 개인적 관점에서 긍정적인 출산과 육아 경험이 우울을 방지하는 요인으로 나타났다. 즉, 신생아의 건강 상태가 심리적 안정을 뒷받침했음을 시사하기도 했고, 둘째 이상을 출산한 경우, 자녀 양육 경험의 축적 역시 중요한 요인으로 작용했다.

“아기가 건강하게 태어나서 걱정이 덜했어요.” (사례 42)

“첫째 때 해봐서 그런지 둘째는 마음이 훨씬 편했어요.” (사례 45)

또한, 경제적으로 안정된 생활 환경 및 운동과 산책 등을 통한 자기관리도 중요한 요소였다.

“경제적으로 크게 걱정이 없어서 마음이 편했어요.” (사례 46)

“시간 날 때마다 산책하면서 기분 전환했어요.” (사례 42)

즉, 재정적 안정이 정신적 부담을 줄였으며, 신체 활동과 자기 돌봄이 긍정적인 정서 유지에 기여했음을 알 수 있다. 종합할 때, 산모의 산후우울이 낮았던 이유로 사회·경제적 안정, 가족과의 정서적 유대, 긍정적인 출산·육아 경험, 자기 돌봄과 관리 등이 주요 요인임을 확인할 수 있었다.

#### 4. 정책 경험과 개선 사항

##### 가. 정책의 인지와 이용 및 비이용

정부 및 지방자치단체에서 추진 중인 정책은 공공보건기관 직접 안내

(보건소 검사·예방접종 시 설문), 온라인 커뮤니티, 병원 안내문 정보를 통해서 또는 지인을 통해 이루어지고 있다.

“구청에서 있는 팜플렛을 보고 이런 사업이 있구나라고 알았고 그리고 이것을 실제 신청이나 제가 해당이 되는지 여부는 인터넷으로 들어가서 다시 확인했어요.” (사례 1)

“보건소에서 산후우울 검사한다고 연락이 왔어요. 그때 알았어요.” (사례 9)

“보건소에서 아기 예방접종할 때 산후우울 검사도 한다고 알려줬어요.” (사례 34)

“인터넷 카페에서 보건소에서 우울 검사하고 상담도 해준다는 글을 봤어요.” (사례 39)

“친구가 산후우울검사를 무료로 해주는 프로그램 있다고 알려줬어요.” (사례 44)

“출산 후에 병원에서 안내문을 주더라고요. 거기에 우울 검사랑 상담 프로그램이 있다고 써 있었어요.” (사례 40)

“산후관리사 지원사업 얘기는 산부인과에서 들었어요.” (사례 46)

산후정신건강을 지원하는 정부의 대표적 사업인 생애초기 건강관리 사업에 대해서는 비교적 인지도가 낮았지만 서울시에 거주하는 참여자들은 대체로 서울시의 생애초기 건강관리 사업인 서울아기 건강 첫걸음 사업에 대해 인지하고 있었다.

“인터넷 검색하다가 원스탑으로 임신하면서 다 신청을 할 수 있게 돼 있더라고요. 거기 들어가 보니까 다 되어 있었어요.” (사례 17)

서울에 거주하는 FGI 참여자 중 일부는 생애초기 건강관리 사업과 서울아기 건강 첫걸음 사업에 관해서 잘 모르고 있었다. 해당 사업에 대해 알고 있는지 질문한 결과 다음과 같이 응답하였다.

“(서울아기 건강 첫걸음 사업) 알고는 있었는데 그게 산후우울에 직접적으로 어떤 도움이 주는지에 대해서는 잘 몰랐어요. (중략) 산후우울에 도움이 됐다고 했으면 훨씬

더 적극적으로 그 사업을 받았을 것 같아요.” (사례 1)

“(생애초기 건강사업) 산후우울이라기보다는 우리 아이가 시기에 따라서 잘 크고 있는지  
아닌지를 점검해 주는 그런 중점이었고 산후우울까지는…” (사례 7)

“초산들은 모르니까 저도 알긴 알았는데 저는 신청을 했는데 뭔가 누락이 됐는지 안 오  
시더라고요. 안 찾아오고 전화도 안오니까.” (사례 17)

FGI 참여자들은 대부분 보건소에서 진행하는 검사와 상담을 받았고,  
일부는 구청을 통해서 안내를 받은 경우도 있었다. 보건소에서 검사 후  
전문 상담을 연계 받거나, 병원 주관 프로그램에 참여하는 방식으로 이용  
한 것으로 나타났다. 한 참여자는 인터넷으로 신청하여 상담 프로그램을  
받기도 하였다.

“보건소에서 상담 연결해 준다고 해서 한 번 받아봤어요.” (사례 9)

“산후우울 검사에서 점수가 높게 나와서, 보건소에서 상담사랑 통화했어요.” (사례 10)

“저는 서울형 간호사 그거를 신청 했었거든요. 일정 시기마다 아기를 체킹하러 오시고  
저도 체킹하러 오시고 (중략) 제가 그때 산후우울도 워낙 있어서 그래서 그분이 그것도  
무슨 무료로 줌으로 하는 걸로 해서 연결해 주셔가지고 그래서 그거 무슨 롤 관련해서  
상담해 주시는 것도 6회였나 받았고.” (사례 19)

“인터넷에서 본 무료 심리 상담 프로그램을 신청해서 해봤어요.” (사례 12)

또한, 지자체를 중심으로 추진되고 있는 임신부 대상 운동 지원을 받은  
경우도 많이 있었다.

“운동 관련해서도 지원해 줘요. 그게 마사지든 아니면 필라테스 50만 원 줬어요.” (사례 17)

상담서비스나 관련 기관을 이용하지 않은 이유는 본인이 판단하기에  
괜찮다고 생각해서, 아이를 맡길 곳이 없어서, 정신건강의학과 이용에 대  
한 부담감 등으로 나타났다.

“뭔가 남을 것 같은 찜찜함이 있어요. (중략) 지원은 많이 하려고는 하는 것 같은데 그걸 받는 입장에서는 마냥 편치만은 않다는 거죠. 왜냐하면은 제가 학원 강사 일을 했거든요. 그래서 다시 강사로 취직을 하려다 보니까 그런 건강 기록을 열람을 하지는 않지만 좀 영향이 있을 것 같아서…” (사례 20)

“상담을 받아볼까 했는데 시간이 지나니까 괜찮아지는 것 같아서 안 해도 되겠다 했는데.” (사례 2)

“정신과를 가볼까 나 너무 힘들어 이랬는데 그 용기가 안 났어요. 거기 가서 나의 이런 거를 다 얘기를 해야 되고 그리고 정신과를 가려면 애를 어딘가에 맡겨야 되는데 사실 맡길 데가 없으니까 그래서 못 간 게 제일 컸던 것 같아요.” (사례 16)

“갈 생각을 못했어요. 겁나서 못 가겠더라고요. 저한테 심하다 치료가 필요하다 이런 얘기를 할 까봐. 그런 얘기를 들으면 내가 무너질 것 같은 느낌이 들었어요.” (사례 18)

## 나. 정책에 대한 평가: 만족도 및 도움 정도와 한계점

FGI 참여자들이 경험한 상담 서비스의 긍정적인 효과는 즉각적인 정서적 위안과 심리적 부담 완화 등이었다. 또한 서울아기 건강 첫걸음 사업을 통해 모유수유에 도움을 받아 만족도가 높다고 평가하기도 하였다.

“저는 서울시에서 운영하는 방문간호사 서비스 저는 그걸 신청을 해봤었어요. (중략) 거기서 얻은 정보들이 도움이 많이 됐어요.” (사례 6)

“보건소 상담이 큰 도움이 됐어요. 얘기하고 나니까 마음이 좀 가벼워졌어요.” (사례 34)

“서울시에서 아기를 낳았기 때문에 그때 모유수유 전문가분이 집에 오셔서지고 마사지 젖몸살 이런 거 해결해 주시고 이거 관리 이렇게 해 주세요. (중략) 그거는 진짜 너무 만족스러워서…” (사례 44)

그러나 제한적인 도움을 받았다고 평가한 경우도 있었고, 실질적인 문

제해결에는 미흡했다고 평가한 경우, 도움이 일시적이고 단기적이라고 평가한 경우, 상담사가 자주 바뀌어서 지친다고 평가한 경우 등 한계점이 제시되었다.

“상담을 그렇게 길게까지는 안 하는데 그래도 전보다는 낫죠. 저는 도움이 됐어요.” (사례 6)

“한두 번 얘기 나누니까 조금은 마음이 풀렸어요.” (사례 9)

“도움이 안 되지는 않았어요. 근데 그런 거는 사실 어쨌든 선생님의 역량이 크니까 아예 안 되지는 않았지만 선생님을 고를 수 있으면 참 좋았을 텐데 어쨌든 정해져 있어 가지고… (중략) 도움이 된 부분이 있었어요.” (사례 19)

“무료 상담 프로그램 해봤는데, 그 순간은 좋았지만 오래가진 않더라고요.” (사례 12)

“상담은 좋았는데, 횟수가 너무 적어서 아쉬웠어요.” (사례 36)

“건강복지센터 상담 다녔는데, 상담사 계속 바뀌어서 지쳐서…” (사례 24)

## 다. 정책 개선 사항

FGI를 통해 정책 개선 사항으로 지적된 것은 크게 대상자에 있어서 보다 세분화된 정책 수립, 정책에 대한 접근도 제고, 지역별 격차 해소 등으로 구분된다. 우선, 정책을 인지하고 이용하고 싶더라도 이용하는 데 있어서의 한계가 있었다. 가까운 곳에 필요한 기관과 서비스가 없다는 점, 이용할 수 있는 시간대가 없다는 점, 자녀 돌봄으로 이용할 수 없다는 점에 대한 개선이 필요하다.

“(정부 지원 사업이) 많기는 해요. 다 참여하기가 힘들어서 그렇지…” (사례 5)

“도저히 직장 시간을 빼고 들으러 갈 수가 없어요… 그렇게 시간을 잡아 놓으면 도대체 어떻게 하라는 건지…” (사례 6)

“난임우울 센터가 있더라고요. 근데 그게 너무 먼 거예요. (중략) 가까이 근처에 있는 것도 아니고 줌으로 되는 것도 아니고 이러니까….” (사례 15)

또한, 일부 FGI 참여자들은 산후우울에 특화된 서비스가 없다는 점과 아이 연령에 맞는 세분화된 프로그램이 없어서 이용하기 어렵다는 점을 개선 사항으로 지적하였다.

“산후우울에 대한 개별적인 그런 건 없고 아기와 산모를 통틀어서 뭉뚱그려서 하는 느낌이 있거든요.” (사례 4)

정책 개선 사항으로 가장 많은 FGI 참여자가 지적한 사항은 지역에 따른 편차가 심하다는 것이었다. 즉, 제공되는 정부 사업의 종류와 내용에 있어서 수도권과 비수도권의 격차뿐만 아니라 서울 내에서도 자치구별 차이가 크다는 점이 정책 개선 사항으로 지적되었다.

“원래 서울에서 살다가 (중략) 경기도로 이사를 해서 그래서 대상에서 벗어나서… 그걸 이용했었을 것 같아요. 제가 계속 서울에서 있었으면.” (사례 3)

“구마다 다른 게 저희는 지금 서울 성동구에 사는데… 아기 출생신고를 안양으로 넣었어요. 거기는 200만원을 주더라고요. 그래서 그런 지역 편차가 있다. 그래서 이런 것들에 대해서 전국적으로 통일이 되었으면 좋겠다라는 거는 있기는 있었어요.” (사례 48)

“저는 종로구를 지나가는 일들이 많은데 거기에 이름이 마크가 잘 돼 있어요. (중략) 그래서 찾아보니 각 구별로 그거를 하고 있는데 그러면 거기 사이트 들어가 볼까? 했는데 제가 살고 있는 영등포구에는 그걸 안하고 있었고…” (사례 6)

## 라. 정책 요구

FGI 참여자들은 다양한 정책적 요구(need)를 표출하였다. 무엇보다

산모가 체감할 수 있는 임신부의 정신건강을 지원하는 실효성 있는 정책이 필요하다는 의견이다.

“산후우울이 아니더라도 어쨌든 산모의 정신케어를 해줄 수 있는 조치가 있구나 라는 느낌을 받는 사업이 없는 것 같아요.” (사례 1)

우선 산후우울과 관련 정책의 인지도를 높이고 이를 통해 정책에 대한 접근성을 높이는 것이 필요하다. 특히, 병원·산부인과·보건소에서 산후우울 관련 홍보와 안내를 강화할 필요가 있다.

“산후우울에 대한 정보는 부족했어요. 우울감을 해소하려고 정보를 찾긴 했지만 찾기가 쉽지 않았어요.” (사례 21~26)

“아예 정책으로 안내를 해 줄 수 있으면 좋겠어요.” (사례 4)

또한, 산후우울 검사를 확대하고, 상담에 대한 이용도를 높이기 위해 상담 비용 부담을 줄이기 위한 정부 지원이 필요하고, 특히 산후우울 치료비를 건강보험 적용 대상으로 확대해야 한다는 주장도 있었다. 온라인을 통한 화상 상담이나 방문 상담 등 기존 상담의 대안적 형태를 포함한 다양한 상담 지원을 통해 상담 서비스를 확대할 필요성도 제기되었다.

“아예 카테고리가 산후우울 검사 이렇게 해서 바우처나 쿠폰 같은 걸 2, 3회 주면 좋겠어요.” (사례 4)

“저는 산후우울 검사하는 거 있잖아요. 그게 한 번만 하지 말고, 최소 몇 번은 했으면 좋겠어요. 처음엔 괜찮다가도 나중에 우울해질 수 있으니까요.” (사례 45)

“저는 차라리 보건소에서 검사를 한달 정도 생후 30일 솔직히 산생아 그때가 제일 힘들잖아요. 그때 검사를 해줘서 만약에 우울도가 높으면 상담 10회기라든지 이렇게 지원해 줬으면 좋겠어요.” (사례 7)

“정신과 상담을 하고는 싶었어요. (중략) 근데 비용도 문제더라고요. 한번 갈 때마다 검사를 하니까 30, 40만 원이 든다는 거예요. 심층 검사하고 치료를 하다 보니까.” (사례 20)

“저희가 시간이 안 나잖아요. 그런 걸 이용할 수 있는 시간이. 아기들이 너무 어리니까.” (사례 19)

“zoom으로 상담을 받으면 그것도 좋을 것 같아요.” (사례 6)

“방문해서 해 주는 거는 잘 할 수 있는데 가서 할 여유가 정말 없어요. 방문이 진짜 좋은 것 같아요.” (사례 16)

산후우울의 완화 및 해소를 위해 도움이 되었던 주요 요인은 양육에 대한 부담감과 가사 및 육아에 있어서의 부담이었다. 실제로 FGI 참여자들은 배우자와 함께하는 양육에 관한 교육 프로그램에 대한 정책적 요구를 표출하였다.

“저는 사실 아기가 지금 잘 크고 있는 걸까? 이 생각이 드는 거예요. 아이들 케어하는 방법에 대한 교육 같은 것이 좋은 것 같아요.” (사례 6)

“남편이랑 같이 교육받는 게 있으면 좋겠어요. (중략) 남편도 같이 배워야 같이 육아를 하니까, 같이 참여할 수 있는 프로그램이 있었으면 좋겠어요.” (사례 47)

또한, 아이돌봄서비스, 산모·신생아 건강관리서비스, 손자녀 돌봄서비스 등 실질적인 가사 및 육아 지원에 대한 정책적 요구도 표출되었다.

“저는 우울감 해소에 가장 도움이 되었던 것은 베이비시터. (중략) 다른 사람의 도움을 받고 돈이 주는 행복감이 이렇게 크구나.” (사례 5)

“아이 봐주는 사람 지원이 더 많아야 해요. 그래야 산모가 숨 좀 쉴 수 있어요.” (사례 39)

“보건소에서 하는 산모 관리 서비스가 좋긴 한데, 그게 한두 번이면 끝나더라고요. 저는

몸이 회복이 느린 편이라 더 필요했는데, 인원이 부족하다고 해서 더는 못 받았어요. 인력을 더 늘려서 필요할 때 지원받을 수 있으면 좋겠어요.” (사례 42)

“저는 산후도우미 지원이 더 길었으면 좋겠어요. 초반에만 해주니까, 그 이후에 힘들 때 도움받을 방법이 없어요. 최소한 3개월 이상은 지원해줬으면 해요.” (사례 44)

“서울에서 조부모님 급여 사업이 있다고 들었어요. 그런 조부모님의 지원 같은 것을 늘려도 요즘에 황혼 육아, 일하시면 어쩔 수 없지만 여유 있는 분들은 손주들 많이 봐주시거든요. (중략) 그래서 그런 사업이 들어가면 여유 있으신 조부모님들은 손주들을 위해서…” (사례 20)

더 나아가 남편이 가사와 육아에 보다 적극적으로 참여할 수 있도록 재택근무, 육아휴직 등과 같은 유연근무제도의 확대와 이를 통해 배우자의 가사와 육아 참여를 지원하는 직장 문화가 필요하다는 의견이 많이 제기되었다.

“저희 남편은 개인 사업이라 가지고 육아휴직을 못 쓰니까 (중략) 갑자기 아기가 아프면 남편도 나갈 수가 없는데 남편이 못 나가면 저희는 하루 일이 금액이 없어지니까 이런 것들이 지원이 잘 됐으면 좋겠어요.” (사례 17)

“애가 어린 시기에는 남편도 재택을 할 수 있었으면 육아휴직을 굳이 쓰지 않더라도 그리고 자기 것도 어느 정도 엄청 포기하지 않으면서 할 수 있으니까.” (사례 19)

유사한 맥락에서 세분화된 공동육아체계가 필요하다는 의견도 있었다.

“공동육아 시스템. 공동육아를 아까 말한 육아종합지원센터 이런 곳에서 (대상 연령을) 조금 세분화해서라도 만들어 주면 (중략) 비슷한 개월수의 비슷한 고민을 하고 있는 엄마들이랑 말할 공간이 있는 거잖아요.” (사례 17)

FGI 참여자들은 산후우울의 주요 원인으로 경력 단절과 향후 취업에 대한 걱정들을 이야기했고, 여성의 경력 단절 예방과 일가정 양립에 대한

강한 정책적 요구를 제기하였다.

“제가 출산하고 나서 나라에서 엄마는 일을 하지 말라는 거구나라고 느끼는 때가 있었어요. 시간 때문에도 그렇고 일을 할 때도 죄송하다고 해야 되는 상황도 사실 너무 많고 (중략) 저는 진짜 커리어적인 욕심이 너무너무 많은 사람이었는데 이 아이가 태어나고 나서 현실적인 벽을 느껴요.” (사례 1)

“업무적으로도 승승장구하고 싶고 애도 내가 다 케어하고 싶은데 솔직히 실질적으로는 그게 안 되는 상황이니깐 (중략) 어쨌든 남편이 가정은 맞으니깐 나는 그럼 서브 역할을 해야 되겠다. 예전에는 남편하고 거의 비슷한 급여의 수준을 받고 일을 했다면 지금은….” (사례 5)

한편, 지방에 거주하는 FGI 참여자들은 지방거주로 인한 의료 서비스 선택지의 부족, 특히 정신건강 전문 병원 및 상담기관의 접근성 제한에 대한 불만을 제기하였다. 도시 및 수도권 중심의 인적·물적 연계는 많지만 지방에서는 지역 내 정보·연계가 부족하므로 이에 대한 개선이 필요하다는 의견이다.

“정신과 치료 받았을 때도 도움 되는 기관을 몰라서 혼자 알아봤어요.” (사례 21)

“병원이… 가까운 데는 별로 없고, 마음에 맞는 데 찾기도 어렵고… 상담받을 곳도 몇 군데 안 되는데, 상담사가 계속 바뀌니까 더 지치더라고요.” (사례 24)

### 제3절 시사점

에딘버러 검사 결과 13점 이상인 고위험군 산모와 0~6점인 비위험군 산모는 산후우울의 정도가 확연하게 달랐다. 고위험군 산모는 무기력, 집중력 저하, 의욕 상실, 이유 없이 우는 비정상적 정서 반응, 자기 비하 및 자책, 분노 감정의 조절 어려움, 자기혐오, 더 나아가 자살 및 살인 충동 등이 나타났다. 반면, 비위험군 산모는 출산 후 경미한 산후우울을 느끼기도 했지만 대체로 산후우울감을 느끼지 않은 것으로 나타났다. 이들의 가장 두드러진 차이는 충분한 정서적·경제적·사회적·물리적 지지와 도움의 여부에 있었다. 산후우울감은 적게는 한 달에서 수개월, 6개월 이상, 1년 이상 지속되었다. 일부 참여자는 2년이 경과한 후에도 우울감이 느껴진다고 하였다.

산후우울의 원인으로 지적된 요인은 신체적인 요인, 심리적인 요인, 경제적인 요인, 관계적인 요인, 사회적인 요인, 제도적 한계 등으로 매우 다양하고 복합적이었다. 또한 많은 경우 산후우울은 임신 중의 우울, 더 나아가 임신 전의 우울과 연결되는 경향이 발견되었다.

산후우울을 완화하고 회복하는 데 도움이 되는 요인은 개인적 차원에서의 신체적 회복을 위한 수면 보충과 휴식, 관계를 통한 정서적 지지와 실질적 육아 도움, 심리상담 등으로 나타났다. 산후우울과 관련된 정부의 지원 정책은 생애초기 건강관리 사업이 대표적이거나, FGI 참여자들 중 해당 사업명을 아는 사람은 없었다. 다만, 서울에 거주하는 산모들의 서울아기 건강 첫걸음 사업을 이용한 비율이 높았고, 이들의 만족도는 대체로 높은 편이었다.

정책 개선 방안과 정책 욕구에 관한 FGI 내용을 분석한 결과, 산후우울과 관련한 정책의 접근성을 확대하고 기존의 정책을 개선하고 확대하는

등의 필요성이 여러 측면에서 드러났다.

먼저, 정책 접근성 확대가 시급하다. 현재 산후우울 관련 정책과 서비스에 대한 인지 경로는 주로 보건소 방문이나 예방접종 시점에 한정되어 있다. 일부 참여자는 보건소에서 산후우울 검사를 한다고 연락이 와서 알게 되었거나, 아이 예방접종하러 갔을 때 보건소에서 산후우울 설문지를 받고 알았다고 하였다. 이는 출산 직후, 산후조리원 이용 시점, 또는 산전 교육 단계에서 보다 적극적으로 정보를 안내할 필요가 있음을 보여준다. 이를 위해 출산 후 병원 퇴원 시점이나 건강보험공단 앱, 정부 복지 앱 등을 통해 산후우울 관련 정보와 서비스를 통합적으로 제공하고, 남편과 가족을 대상으로 한 산후우울 예방 교육을 포함하는 정책이 필요하다.

둘째, 맞춤형이면서도 지속적인 심리지원 체계의 구축이 요구된다. 현재 상담 서비스는 단기적인 위로와 지지에 그치는 경우가 많고, 효과가 오래 지속되지 않는다는 반응이 많았다. 이는 초기 상담 이후 6개월에서 1년까지의 추적 상담과 대면·비대면을 혼합한 맞춤형 상담, 그리고 증상 경중에 따른 전문 치료 연계 및 치료비 지원이 필요함을 시사한다.

셋째, 돌봄 공백 해소가 산후우울 완화의 중요한 요소임이 드러났다. 가족 지원이 충분한 경우 산후우울이 경감되지만, 그렇지 못한 경우 증상이 악화되는 경향이 나타났다. 이는 돌봄 지원이 부족한 가정, 특히 다자녀 가정에 대해 산후도우미 파견 기간을 연장하고, 공공 돌봄 서비스 우선 배정을 실시할 필요가 있음을 보여준다.

넷째, 추가출산 향 유지를 위한 지원책이 필요하다. 둘째 또는 셋째 출산 후 우울이 심화되어 더 이상의 출산 계획을 포기하는 사례가 나타났다. 이를 예방하기 위해 다자녀 출산 산모를 대상으로 한 전담 심리지원 프로그램과 장기 육아 지원이 필요하다.

마지막으로, 정책 홍보와 인지 경로의 다양화가 요구된다. 현재 많은

산모가 산후우울 관련 정책을 보건소나 육아 카페 등 온라인 커뮤니티를 통해서만 알게 된다. 병원, 산후조리원, 산전검진 시점 등에서 정책 안내를 강화하고, SNS와 육아 앱을 통한 맞춤형 알림 서비스, 산후우울 경험자 인터뷰 및 영상 콘텐츠 제작 등을 통해 정책에 대한 인식을 높이는 것이 필요함을 보여준다.

산후우울이 임신 후 단기간에 발생한 것이 아니라, 임신 전·중의 정서 상태에서 이어진 연장선상에 있었다. 이는 산후우울의 검사 시점을 산후가 아니라 임신기 또는 임신 전으로 앞당겨야 할 필요성을 시사한다. 또한, FGI에서 확인된 산후우울의 주요 원인은 개인의 취약성보다는 사회적·제도적 지지의 부족에 기인한 경우가 많았다. 특히, 우울은 격렬하게 시작되는 것이 아니라 누적된 고립감과 피로 속에서 서서히 진행된다. 이에 따라, 산후 1년 이상을 포괄하는 장기적 심리지원, 일상 회복을 위한 돌봄 분담, 사회적 연결 회복이 중심이 되는 통합 정책 설계가 필요하다.

결론적으로, 산후우울 관련 정책은 단순한 사후적 치료 지원을 넘어, 예방, 조기 발견, 지속 관리, 돌봄 지원까지 포괄하는 종합적 접근이 필요하다.





# 제6장

## 결론

제1절 주요 결과 요약

제2절 정책 시사점 및 개선 방향



## 제6장 결론

### 제1절 주요 결과 요약

한국은 1983년 저출산 국가에 진입하였고, 2002년부터 현재까지 초저출산(lowest-low or ultra low) 국가에 머무르고 있다. 한국 사회의 지속적인 출산율 저하는 사회 문제로까지 확대되어 자녀의 출산과 양육이 단순히 개인이나 가족의 사적인 영역에 국한되지 않으며, 사회 전체의 지속 가능성과 직결된 공공의 과제라는 것에 대한 사회적 공감대는 어느 정도 형성되어 있다. 이러한 인구 문제에 대응한 범부처의 5년 단위 중장기 계획인 저출산·고령사회 기본계획을 통해 안전하고 건강한 임신·출산과 아동의 건강한 성장·발달을 위한 정책적 지원은 지속되고 있다.

출산 후의 산모가 경험하는 정신건강 문제는 산모 자신뿐만 아니라 자녀 양육의 질에 영향을 미치고 이를 통해 영아에게 큰 영향을 주게 된다. 이러한 과정 속에서 산모의 향후 출산 결정에도 영향을 미치게 된다. 이에 따라 정부는 출산 이후 초기 양육기 전반에 걸쳐 산모와 신생아의 건강을 종합적으로 지원하기 위해 ‘생애초기 건강관리 사업’을 추진 중에 있다.

본 연구는 이러한 사회적·정책적인 배경을 바탕으로 산후에 경험하는 우울감과 산후우울증에 대한 현황과 실태를 파악하고, 산후 정신건강증진을 위한 정부 정책의 방향을 현재 정부가 추진하고 있는 생애초기 건강관리 사업의 개선을 포함하여 포괄적으로 살펴보고자 하였다. 이를 위해 산후우울의 개념을 정리하고 산후우울감과 산후우울증의 의학적·심리학적 정의 등을 고찰하였다. 또한 분석의 토대를 마련하기 위해 산후우울을

측정하는 주요 평가도구의 특징과 산후우울의 진단 기준을 정리하고, 국내외에서 산후우울을 주제로 분석한 기존 연구를 분석하였으며, 산후우울 예방 및 치료와 관련된 정부 정책을 살펴보았다. 가족과 출산 조사(한국보건사회연구원, 2024)」 및 「산후조리 실태조사(보건복지부, 2024)」를 활용하여 산모의 산후우울 경험을 통계적으로 파악하였고, 국민건강보험조사 데이터를 활용하여 산후우울증 유병률을 산출하고, 이를 기반으로 연령, 출산순위, 소득 등에 따른 집단별 차이를 분석하여, 산후우울의 현황과 특징을 다면적으로 제시하였다. 이러한 2차 데이터를 활용하여 산후우울에 영향을 미치는 주요 요인과 이러한 출산 후의 정신건강 상태가 여성의 추가 출산 결정에 어떠한 영향을 미치는지를 계량적으로 분석하였다. 이를 통해 산후우울이 단순한 개인 건강 문제가 아니라 인구정책과도 연계된 주요 변수임을 밝혔다. 산후우울 경험에 대한 질적 분석을 통해서도 최근 출산을 경험한 산모를 대상으로 심층적인 면접조사를 실시하여, 산후우울이 발현되는 맥락, 경험의 구체적 양상, 개인이 인식하는 원인, 정책 이용과 정책 요구 등을 제시하였다.

주요 결과는 다음과 같다. 출산 후 산모에게 나타날 수 있는 정서적 반응은 통상적으로 산후우울감(maternity blues, postpartum blues)과 산후우울증(postpartum depression)을 포함하는 산후 정서장애(postnatal mood disorder)의 연속선상에서 이해된다. 산후우울감은 산후우울 스펙트럼 중 가장 경미한 형태로 간주되며, 일시적이고 경미한 정서적 반응으로, 전체 산모의 약 85%가 경험하는 일시적 감정 기복 상태이다(Newport et al., 2002). 산후우울증(postpartum depression)은 분만 이후 약 4주 이내에 발생하는 주요 우울 삽화(major depressive episode)로 정의된다(APA, 2024). 또한 『국제질병분류 제11판(ICD-11)』에 따르면, 산후우울증을 ‘산욕기 관련 정신 및 행동장애

(mental and behavioural disorders associated with the puerperium)'의 하위 항목으로 포함하고 있으며, 산욕기인 출산 후 6주 이내에 시작된 기분장애가 이 범주에 포함된다. 한편, 산후우울증은 '출산 직후부터 1년 이내에 발생할 수 있는 주요 기분장애(WHO, 2022, p.5)'로 정의되기도 한다. 세계적으로 전체 임산부의 6.5%에서 20%는 주산기 우울증(perinatal anxiety and depression)을 경험하고 있다(Sharma et al., 2024). 고소득 국가에서는 약 10%의 여성이, 저소득 및 중소득 국가에서는 약 20%의 여성이 주산기 우울증을 경험하는 것으로 추정된다(WHO, 2022). 한편, 산후우울감(postpartum blues)의 발생률은 평균 39.0%으로 보고된다(Tosto et al., 2023).

본 연구에서 건강보험공단 자료를 활용하여 산후우울증 유병률을 산출한 결과, 2022년 기준 시기별 산후우울증 진단 비율은 4주 0.34%, 6주 0.52%, 6개월 1.85%, 12개월 3.2%로 나타났다. 2024 산후조리 실태조사를 분석한 결과는 다음과 같다. 2023년 출산한 산모 3,221명의 68.5%가 산후우울감을 경험하였고, 산후우울감을 경험한 산모의 산후우울감은 평균적으로 6개월을 조금 넘는 시점까지 지속되었으며, 산후조리 기간 동안 산후우울감을 경험한 2,205명의 산모 중 6.8%는 산후우울증으로 의사의 진단을 받은 것으로 나타났다. 2024 가족과 출산 조사를 활용하여 분석한 결과, 최근 3년 이내 출산한 여성 541명의 28.4%가 분만 이후 1년 이내에 산후우울감을 경험한 것으로 나타났다.

선행연구에서는 산후우울의 발생에 미치는 영향 요인으로 이러한 다층적인 요인을 제시하고 있다. 즉, 산후우울의 발생에는 개인 차원에서의 생물학적·심리적 요인뿐만 아니라 타인과의 관계 및 사회적 요인이 복합적으로 작용한다. 본 연구에서 건강보험공단 자료를 가지고 분석한 결과, 연령이 높을수록, 제왕절개 분만보다 질식분만한 산모인 경우 산후우울

증 발생 가능성은 낮아지는 경향을 보였다. 반면, 경산인 경우는 초산인 경우보다 산후우울증 발생 가능성이 높았고, 의료급여 수급자가 지역가입자 대비 약 2배 높은 발생 가능성을 보였다. 주목할 요인으로 과거 우울증 진단 이력은 가장 강력한 위험 요인으로 나타났다. 2024년 산후조리 실태조사의 원시자료를 활용하여 산후우울감 또는 산후우울증에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 첫째아이 출산에 비해 둘째아이 이상을 출산한 산모는 산후우울감을 경험할 확률이 0.76~0.77배 낮았고, 기저질환이 있는 산모는 기저질환이 없는 산모에 비해 산후우울감을 경험할 가능성이 1.42~1.44배 더 높았다. 한편, 2024년 가족과 출산 조사 원시자료를 활용하여 산후우울감 경험이 추가출산의향에 미치는 영향을 분석한 결과는 결혼 당시 자녀를 더 낳을 계획이 있었더라도 산후우울감을 경험하면 출산을 중단할 위험이 있다는 것을 시사하였다.

최근에 출산한 경험이 있는 산모를 대상으로 에딘버러 검사(K-EDPS)를 통해 고위험군과 비위험군으로 구분하여 고위험군 39명, 비위험군 9명 총 48명 산모의 산후우울 관련 경험을 주제로 초점집단면접(FGI)을 실시한 결과는 다음과 같다. 고위험군 산모와 비위험군 산모는 산후우울의 정도가 확연하게 차이가 있었는데, 고위험군 산모는 무기력, 집중력 저하, 의욕 상실, 이유 없이 우는 비정상적 정서 반응, 자기 비하 및 자책, 분노 감정의 조절 어려움, 자기혐오, 더 나아가 자살 및 살인 충동 등이 나타났다. 반면, 비위험군 산모는 출산 후 경미한 산후우울을 느끼기도 했지만 대체로 산후우울감을 느끼지 않은 것으로 나타났다. 두 집단 간 가장 두드러진 차이는 충분한 정서적·경제적·사회적·물리적 지지와 도움의 여부에 있었다. 산후우울감은 적게는 한 달에서 수개월, 6개월 이상, 1년 이상 지속되었다. 일부 참여자는 2년이 경과한 후에도 우울감이 느껴진다고 하였다. 산후우울의 원인으로 지적된 요인은 신체적인 요인, 심리

적인 요인, 경제적인 요인, 관계적인 요인, 사회적인 요인, 제도적 한계 등으로 매우 다양하고 복잡적이었고, 많은 경우 산후우울은 임신 중의 우울, 더 나아가 임신 전의 우울과 연결되었다. 산후우울을 완화하고 회복하는 데 도움이 되는 요인은 개인적 차원에서의 신체적 회복을 위한 수면 보충과 휴식, 관계를 통한 정서적 지지와 실질적 육아 도움, 심리상담 등으로 나타났다.

## 제2절 정책 시사점 및 개선 방향

본 절에서는 기존에 추진되고 있는 정책의 한계를 살펴보고, 본 연구에서 수행한 선행연구 고찰, 2차 데이터를 활용한 계량 분석, 48명 산모를 대상으로 실시한 초점집단면접(FGI) 분석 결과를 토대로 도출한 정책적 시사점과 정책의 개선 방향을 기술하고자 한다.

### 1. 기존 정책의 한계

산후 정신건강증진을 위한 국가·지자체 차원의 사업은 점차 강화·확대되고 있으나, 산후우울증에 특화되어 지원되는 사업보다는 통합 정신건강사업(예를 들어 복지부에서 추진하는 전국민마음투자지원사업)과 같이 산후우울을 포함하는 전체 정신건강증진을 지원하는 사업이 대부분이다. 따라서 기존 정책의 한계는 포괄적이고 체계적인 산후 정신건강증진을 위한 정책이 없다는 것이다. 앞에서 살펴보았듯이 생애초기 건강관리 사업, 산모·신생아 건강관리 지원사업, 지역사회통합건강증진사업, 난임·임산부심리상담센터(구 난임·우울증상담센터), 가족센터, 육아종합지원센

터 운영 등 여러 가지 분절적인 중앙정부의 사업과 지방자치단체의 산후 정신건강증진 사업이 추진되고 있다. 이에 따라 지역에 따른 서비스 격차가 크고, 산후우울에 특화된 정책의 이용이 어렵다는 것이 가장 큰 한계이다. 또한, 치료비가 특히 저소득층 산모에게는 경제적으로 부담이 되고 있으나 이에 대한 지원이 미흡하다는 점도 개선의 여지가 있다.

추진되고 있는 정책 중 산후우울증과 가장 밀접하게 관련이 있는 정책은 생애초기 건강관리 사업이다. 생애초기 건강관리 사업은 산모의 우울 상태를 점검하는 등 산모의 정신건강에 직접적으로 개입하는 사업임에도 사업명과 사업의 목적에 이를 명확하게 제시하지 못하고 있다. 특히 ‘건강한 미래를 위한 공평한 출발’이라는 사업의 명시된 목적에서 살펴볼 수 있듯이 목적에 산모라는 단어는 없고, 생애초기를 맞이하여 공평하게 출발해야 하는 영아가 중심에 있다. 이에 따라 정책 추진에 있어서 여성의 건강권과 여성의 성·재생산권 보장의 측면은 미흡한 수준이다. 가장 큰 한계점은 다른 산후 정신건강 지원사업과 마찬가지로 전국적으로 고르게 서비스가 제공되고 있지 않다는 점이다. 특히 서울아기 건강 첫걸음 사업과 같이 지자체에서 독자적으로 운영하는 유사한 사업이 없는 지자체에 거주하고 있는 산모는 산후 정신건강 관리를 위한 지원을 받을 수 없다는 점이다. 생애초기 건강관리 사업이 확대되어야 함에도 아직까지 전국적으로 확대되지 않은 데에는 인력 부족과 고용 안정성 문제가 핵심이다. 방문사업 특성상, 최소 인력(2명 이상)이 확보되고 및 사업 인력에 대한 고용 안정성이 확보되어야 하나 서울을 제외한 대부분의 지역은 시간선택제임기제 형태로 고용되어 채용된 지 5년이 지난 시점의 재계약이 불확실하고, 업무강도에 비해 처우 개선이 미흡하여 인력 유출이 빈번하게 발생하고 있다. 또한, 지자체의 전체 예산과 인력 채용의 부담이 있어서 지자체의 여건에 따라 부담이 클 수 있다. 정부 지원 인건비 단가(‘25년

기준, 월 2,785천원)가 간호사, 사회복지사의 전문직 임금수준에 비해 상대적으로 낮게 책정되어, 사업 수행 지자체에서 추가로 예산을 편성하여 임금을 보전해야 한다. 또한 행안부가 통보한 기준인건비를 초과한 인력 운영 시 차년도 인건비 심사 시 패널티를 받게 되는 엄격한 기준인건비 관리로 생애초기 사업 전담 인력 채용에 부담을 가져 사업 참여에 소극적이거나 사업 수행 중단 사례가 발생하고 있다.

정책의 수요자인 산모의 관점에서 추진 중인 산후 정신건강증진을 위한 지원사업의 한계는 검사율의 저조, 연계의 미흡, 단기 개입 중심, 산모 외 가족 대상 지원의 부족, 산후우울증 치료에 관한 사회의 부정적 인식과 같은 낙인감으로 쉽게 치료를 받기 어렵다는 점 등이다. 앞에서 살펴 보았듯이, 여전히 산모들 중 상당수가 진단 검사를 받지 않고 있으며 우울감을 느껴도 상담으로 이어진 경우는 매우 적다. 더 나아가 진단 후 위험군으로 판정을 받아도 실제 전문 상담·치료로 이어지는 비율도 낮고 중도에 그만두는 경우도 많다. 또한, 산후우울 경험 산모에 대한 장기적인 추적도 부족하며, 산모 외에 배우자나 가족 단위의 상담 등의 지원은 매우 부족한 상황이다. 마지막으로 정신건강 서비스 이용에 대한 심리적인 부담감은 여전히 존재하고 있다는 점도 간과해서는 안 될 것이다.

## 2. 정책 개선 방안

### 가. 기본 방향

산후우울의 예방과 치료를 지원하는 정책의 장기적인 방향성을 설정하기 위해서는 다음 사항을 고려해야 한다. 우선, 정책 수립 시 적절한 관점과 명확한 목표를 설정해야 하며, 수요자 중심의 관점을 견지하고 형평성

을 제고한다는 원칙 아래, 포괄적이고 보편적이면서도 개별화되고 촘촘한 지원 체계 설계가 이루어져야 한다. 정책의 대상에 있어서는 산모를 중심으로 개별 산모 맞춤형 정책이 되면서도 산모뿐만 아니라 배우자와 가족까지 그 대상을 확대해야 할 것이다. 또한, 기존에 추진되는 정책의 양이 충분한지 진단하고, 기존에 산재해 있는 개별 사업들은 유사하거나 중복된 부분이 없는지 검토하고, 이를 통합하며 부족한 부분을 발견하고 보완해 나가는 체계적이고 유기적인 정책 조정이 요구된다. 이를 위해 가족, 지역사회, 정부에 이르기까지 각 주체 간 명확한 역할 분담과 유기적 연계가 이루어져야 한다.

출생아 감소라는 인구 문제에 대응하는 저출산·고령사회 기본계획에서 제시한 저출산 대책의 기본 패러다임과 일관된 맥락에서 산전·산후우울 문제에 대응하기 위해 여성과 영유아의 인권과 건강권을 중심으로 한 권리 보장을 통해 삶의 질을 제고하는 방향으로 정책 접근 방식을 설계해야 할 것이다. 따라서 산후 정신건강증진 정책의 궁극적인 목표는 산모와 영아 및 가족의 삶의 질 향상과 이를 통한 사회의 지속가능성 확보와 출산 친화적인 환경 조성이 되어야 할 것이다.

#### 나. 기존 정책의 확대와 정책의 인지도 및 접근도 제고

개별 임신부의 욕구에 대응하여 맞춤형 조기 개입을 통해 산후우울을 예방하고, 고위험군은 24개월까지 지속 관리하고, 서비스 종료 시점에는 필요에 따라 지역전문기관(정신건강센터 등)으로 연계하도록 하는 생애 초기 사업은 산후우울에 효과적으로 대응할 수 있는 정책임에는 분명하다. 하지만 2025년 현재 전국 73개소 보건소에서만 수행되고 있어 서비스 접근도와 이용도 제고를 위해 조속한 전국 확대가 필요한 상황이다.

이를 위해 예산 지원이 확대되고 전문 인력 충원 확대와 고용 인력에 대한 안정화가 필요하다. 또한 앞에서 살펴본 난임·임산부심리상담센터(구 난임·우울증상담센터)의 경우도 2025년 현재 중앙상담센터(국립중앙의료원) 외 11개(2025년 전북, 경남 2개소 추가) 권역에서 운영(중앙난임·임산부심리상담센터, 2025)되고 있으나 충분한 전문 인력이 배치되지 않아 전체 상담 수요에 신속한 대응이 어려운 측면이 있다. 서울, 부산 등 일부 지자체에서 산후우울 예방 중심의 특화 프로그램을 적극적으로 운영하고 있으나 모든 지자체에 고르게 적용되지 못하고 있기에 관련 정책을 확대하는 것이 무엇보다 필요하다.

구체적인 개선 방안으로 생애초기 건강관리 사업의 경우 고용 형태를 시간선택임기제에서 공무직<sup>13)</sup>으로 전환하여 고용안정성 보장 및 대체 인력 신속 충원 체계를 마련함으로써 사업의 안정성과 연속성을 제고할 필요가 있다. 또한, 정부 지원 인건비 단가의 현실화 및 지자체 기준인건비 운영 기준의 유연화와 더불어 지자체 예산 부담 경감 방안이 마련되어 사업 참여 여건이 개선되어야 할 것이다. 난임·임산부심리상담센터(구 난임·우울증상담센터)의 경우도 서비스 수요에 충분히 대응하고 접근성을 향상시키기 위해 센터를 추가로 설치하고 상담·중재 관련 전문 인력을 확충할 필요가 있다. 생애초기 건강관리 사업 및 난임임산부심리상담센터(구 난임·우울증상담센터)의 전국 확대는 산후우울 대응을 위해 전국적으로 고르게 사전·사후연계 지원 체계를 갖추 수 있다는 점에서 실효적인 정책이 될 수 있다. 추가로 지역 정신건강센터에 전문화된 '산후우울 전문 상담 인력'을 배치하여 산모 맞춤형 치료 서비스를 제공하는 방법도 고려해 볼 수 있다. 산후우울증 선별검사 및 맞춤형 치료 서비스 접근성

13) 공무원이 아닌 자로 상시적·지속적으로 업무에 종사하고 근로기간의 정함이 없는 무기계약직 형태(한 가지 분야 업무에 지속 근무 가능).

을 높이며 지역별 격차 없이 정책을 이용하기 위해서는 이와 같은 산후 정신건강증진을 위한 정책이 확대되어야 한다.

동시에 현재 추진되고 있는 정책에 대한 인지도와 접근도를 높이도록 지속적으로 노력해야 할 것이다. 여성의 전생애적 관점에서 시행되고 있는 직간접적인 다양한 산후 정신건강 및 산후우울 관련 사업들이 실제 수요자인 임산부들에게 충분히 인지되지 않고 있다는 점을 고려할 때, 보다 적극적이고 효율적인 홍보 전략이 필요한 실정이다. 현재 진행되는 다수의 사업이 임산부의 건강을 포괄적으로 지원하는 것을 목표로 하고 있지만, 정책적으로 잠재적 수요자까지도 각종 서비스를 쉽게 접할 수 있도록 접근성을 높여주는 효과적인 홍보 활동이 필요하다. FGI 참여자들의 사례를 보면, 기존의 정책 홍보 방식이 주로 사업 자체의 존재를 알리는 내용에 치중되어 있어, 임산부나 가족들이 실제로 어떤 서비스를 이용할 수 있고, 어떻게 신청하거나 참여할 수 있는지에 대해 구체적이고 실질적인 도움을 제공하지 못하는 한계가 있다. 이러한 점을 개선하기 위해서는 단순한 홍보를 넘어 수요자 입장에서 서비스 종류, 지원 내용, 신청 방법, 이용 절차 등을 명확하고 간결하게 정리하여 안내할 필요가 있다. 이를 위해 사업 홈페이지뿐만 아니라 다양한 사회관계망서비스(SNS), 온라인 커뮤니티, 모바일 애플리케이션과 같은 다양한 홍보 매체를 적극적으로 활용할 필요가 있다. 이를 통해 임산부뿐만 아니라 가족 및 잠재적인 수요자가 보다 쉽게 사업을 이용할 수 있도록 인지도와 접근도를 제고해야 할 것이다.

또한, 사업을 신청하는 과정에서 행정 절차가 복잡하거나 서류 요구가 많을 경우, 등록 자체를 부담스럽게 느끼는 경우도 있었다. 이러한 현실을 반영하여 산모들이 임산부 등록을 더욱 쉽고 자연스럽게 할 수 있도록, 행정 절차를 간소화하는 것이 필요하다. 즉, 신뢰할 만한 일원화된 정

보 안내, 필요 서류의 최소화, 온라인을 통한 비대면 신청 절차 확대 등 다양한 접근 방식을 고려할 필요가 있다.

산모의 산후우울 관련 서비스 접근도를 높이기 위해서는 무엇보다 산모가 산전보다 산후에 보건소나 의료기관을 직접 방문하기 어려운 현실을 충분히 감안해야 한다. 앞에서 살펴보았듯이 산모들은 외출이 힘든 신체적·심리적 부담, 육아 부담 등 다양한 이유로 의료기관 방문에 제약이 많다. 이러한 상황을 고려할 때 가정 방문 서비스를 더욱 활성화할 필요가 있다. 또한 이동이 불편하거나 시간적 제약이 큰 산모를 위해 전화 상담 서비스와 같이 비대면으로 심리상담과 정보를 제공하는 체계를 정착 시키는 것도 매우 중요하다. 24시간 상담 핫라인 운영과 비대면 상담 활성화로 산모들의 서비스 접근성을 극대화해야 한다. 또한 온라인과 오프라인을 아우르는 산후 모임 플랫폼 개발을 추진하여 산모의 네트워크 활동을 적극 지원할 필요가 있다. 특히 FGI를 통해 제시된 AI를 활용한 상담 경험 사례에서 살펴볼 수 있었듯이 산후우울 선별, 정보 제공, 자가 진단, 온라인 상담(챗봇, 원격 상담) 등 ICT 기반의 비대면 서비스와 지원 플랫폼 확대 등에 대한 도입과 확대를 고려할 필요가 있다.

#### 다. 생애주기를 고려한 정책 범위의 확대

무엇보다 필요한 시기에 산모가 필요한 의료서비스를 바로 받을 수 있도록 전문적인 치료와 상담 서비스도 확대되고 강화되어야 한다. 더 나아가 정책의 범위에 산모를 대상으로 하는 임신부터 산후기에 걸친 생애주기를 고려하여 정책을 설계해야 한다. 임신, 출산 그리고 양육이 연속적인 과정임을 고려하면 임신 초기부터 산후까지 주산기 여성의 정신건강에 대한 지원은 유기적으로 제공되어야 한다. 적절한 건강 관리를 통해

고위험 임신으로 이환을 예방하는 계획된 임신을 통해 산후우울증을 예방해야 하며, 임신 전부터 산후기까지 이어지는 전 주기에 걸친 정확한 의료 지식을 기반으로 하는 체계적인 교육과 정신건강 관리가 지속적으로 이루어져야 할 필요가 있다. 즉, 산후 정신건강 예방은 임신을 준비하는 단계에서부터 시작되어야 한다. 임신부 교육과정에 정신건강 관련 내용이 법적, 제도적으로 포함되도록 하며, 교육을 통해 임신을 준비하는 과정과 임신 및 출산 과정 중 나타날 수 있는 정서적 변화와 산후우울증의 징후 및 원인과 위험 요인을 이해하고, 교육 내용에 스트레스 대처법, 육아분담 및 가족 내 정서 지원 방법 등을 포함하여 임신부와 그 가족들이 올바르게 대응할 수 있도록 돕는 데 중점을 두어야 한다. 이러한 예방 교육 역시 임신 전부터 시작되어야 한다.

임신 초기부터 산후까지 주산기 여성의 정신건강에 대한 지원이 유기적으로 제공되도록, 의료기관에서 임신 초기에 산전 진찰 목적으로 시행하는 영양급여 대상 검사항목에 임신부 우울선별검사(EPDS)를 포함하여 임신 초기부터 우울 위험군을 조기 선별하고, 우울 고위험군일 경우 산후까지 분기별로 우울 정도를 파악하여 조기 개입해야 한다(김장래 외, 2022). 임신 중에는 임신기 동안 경험하는 입덧과 같은 신체적 증상에 대해 직장 내에서 지원하는 유급 병가 제도를 확대하여 임신 시기에 겪는 신체적 어려움과 정신적 스트레스를 해소할 수 있도록 시간에 대한 지원이 필요하다. 동시에 모바일 앱·온라인을 통한 자가 검진 및 경과 추적 시스템을 도입하는 방안도 고려해야 한다.

더 나아가 임신을 계획할 때부터 시작하여 산후우울 검사를 보건소와 산부인과 등을 통해 의무 검사로 실시하여 1차적 모니터링을 하는 것이 필요하다. 이를 통해 도움이 필요한 산모가 누락되지 않도록 보편적으로 모든 산모에게 우울 검사를 주기적으로 제공하고 도움을 받을 수 있다는

것을 인지시킬 필요가 있다. 산후 정신건강 문제의 보다 완전한 해결을 위해서는 영유아 돌봄과 가사 서비스 등 일상생활의 부담을 경감할 수 있는 지원까지 포함하도록 정책 영역을 과감히 확대할 필요가 있다. 결론적으로 산후 정신건강증진을 위해 교육, 의료, 돌봄 서비스가 유기적으로 결합되어 임신 전부터 산후까지 이어지도록 전 주기적으로 정책이 설계되고 추진되어야 할 것이다.

〈표 6-1〉 생애 주기별 지원 내용

생애 주기		
임신 전	임신 중(출산 전)	출산 후
<ul style="list-style-type: none"><li>- 임신 계획 지원 (임신 관련 상담과 검진, 우울 검사 실시)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 임신부 등록 관리</li><li>- 산전 우울 검사 실시</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 산후우울 검사 실시 (산후정기 건강검진에 우울증 선별 법제화)</li><li>- 방문 상담 서비스 확대</li><li>- 다양한 서비스의 전달·연계 체계 구축</li><li>- 산후우울 치료비용 지원</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- 육아(시간) 지원제도 활성화 (임산부와 배우자의 출산전후휴가, 육아휴직, 육아기 단축 근로 등)</li><li>- 임신부 및 배우자(동거인) 대상 자조모임(network) 지원</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- 산후 정신건강을 위한 종합계획 수립</li><li>- 산후우울증 모니터링 (전국 실태조사 정기 실시→ 국가 수준의 데이터 구축→ 국가 유병률 산출)</li><li>- 산후우울 관련 표준화된 지침서 마련</li><li>- 국가 정책·사업의 홍보를 통한 인지도 제고</li><li>- 모바일 앱, 챗봇 등을 적극 도입하여 접근성 개선</li><li>- 산후 정신건강 지원 사업의 평가 (산후정신건강지표, 서비스 이용률, 사회적 비용 효과성 등에 대해 체계적으로 평가 및 공개)</li><li>- 임신부 교육, 배우자 교육을 통한 가족 참여 기반 확대</li><li>- 사회 전체의 인식 개선</li></ul>		

더 나아가 제도적 지원도 필요하다. FGI에서 확인했듯이 산후 정신건강과 관련하여 직장 복귀 과정에서 산모가 경험하는 심리적 부담과 경력 단절 문제에 대한 해결도 필요하다. 탄력 근무제 등과 같은 제도를 활성화

화하여 산모들이 육아와 직장을 병행할 수 있는 유연한 근무 환경을 조성할 필요가 있다. 또한 복직 여성을 대상으로 하는 재교육 프로그램이나 경력 설계를 위한 컨설팅 서비스 등을 제공하여 산후 직장 복귀 후 조기 적응과 경력 지속성을 지원해야 한다.

산후 정신건강은 단순히 산모 개인의 심리적 문제를 넘어, 영아의 성장 및 발달, 더 나아가 가족의 기능 및 지역 사회와 국가 전체에 영향을 미칠 수 있다. FGI 사례에서 살펴볼 수 있듯이 산후우울의 주요 원인은 개인의 취약성보다는 가족 및 사회·제도적 지지의 부족에 기인한 경우가 많았다. 실제로 산후우울은 출산 후 갑작스럽게 시작되는 것이라기보다는 가족 및 사회적 지지가 충분하지 않아서 발생한 누적된 신체적 피로와 고립감에서 비롯되었다. 따라서 산후우울 관련 정책은 단순한 사후적인 산후우울의 치료적 지원을 넘어, 예방하고 조기에 발견하며 지속적으로 관리할 수 있도록 하고, 산모 자신과 자녀에 대한 돌봄에서 산모의 직장 복귀를 지원하는 것까지 포괄하는 종합적이고 통시적인 관점에서 설계되고 추진되어야 한다.

## 라. 산모 중심에서 배우자 및 가족을 포괄하는 정책 대상의 확대

산후우울 예방 및 정신건강증진 정책의 직접적인 대상자는 출산모이다. 따라서 가능한 한 많은 산모가 포함되어 사각지대가 발생하지 않도록 해야 한다. 특히 저소득 산모 등 취약한 상황에 있는 산모를 대상으로 산후우울증 치료에 대한 비용 지원 정책이 적극적으로 시행되어야 한다. 더 나아가 임신부까지 포괄해서 정책이 확대되어야 한다.

정책의 실질적인 효과를 높이기 위해서는 대상 범위를 더욱 확장해 임신부뿐만 아니라 배우자 및 동거인, 확대 가족, 그리고 지역사회 구성원

까지 정책 대상에 포함해야 한다. 앞에서 살펴보았듯이 배우자와 동거인, 확대 가족이 산모의 심리적 회복 과정에 미치는 영향이 상당히 크기 때문에, 이들을 대상으로 하는 정보 제공 및 홍보, 상담·교육 등 다양한 프로그램 등을 함께 추진할 필요가 있다. 특히, 산모의 배우자 및 동거인 대상 우울증 검사를 도입하여 이들의 정신건강 상태를 객관적으로 파악하고 이를 통해 산모와 산모의 배우자 및 동거인을 포함한 통합적인 지원을 할 수 있을 것이다. 지역사회 단위의 지원 정책으로 지역 내 산모와 산모의 배우자 및 동거인들이 함께하는 자조모임과 그룹 상담 등도 고려할 수 있다.

#### 마. 산후우울 대응 정책의 실효성 확보를 위한 정책 기반 강화

산후 정신건강의 실태를 과학적·체계적으로 파악하고, 정책 수립과 개선에 활용할 수 있는 근거를 마련하기 위해서 산후 정신건강 관련 전국적인 실태조사를 실시하고, 이에 기초한 국가 데이터베이스를 구축할 필요가 있다. 출산 순위, 사회계층, 지역 등 집단 특성에 따른 산모의 정신건강 상태와 같은 세부 변수의 데이터를 주기적으로 수집·분석하는 시스템을 구축해야 한다. 이를 통해 산후우울증의 정확한 유병률을 파악할 뿐만 아니라, 산후 정신건강 정책의 단계별 성과 측정 및 평가 체계를 마련하여 정책의 유효성과 한계를 분석하고, 개선점을 발굴하며 신속하게 보완해 나가야 할 것이다. 단기적으로는 정부에서 실시하는 산후조리 실태조사에 관련 항목을 추가하는 방식으로 통합해 볼 수도 있을 것이다. 또한 수집된 데이터를 활용한 산후 정신건강 관련 다학제 연구를 지속적으로 지원하여 국내 실정에 적합하면서도 효과적인 개입 방법에 대한 연구도 지속해야 할 것이다.

또한 인식 개선 프로그램을 내실화 있게 추진해야 한다. 가족 참여형

워크숍과 지역사회 커뮤니티 프로그램 등을 활성화하여 사회적 고립을 줄여 나가야 할 것이다. 당사자인 산모들도 여전히 정신 관련 상담이나 치료를 받는 것에 대한 편견과 두려움이 있다. 산후 정신건강에 대한 낙인(stigma) 해소를 위한 대국민 홍보 및 캠페인도 병행해야 할 것이다. 산후우울은 임신과 출산을 하면서 수많은 호르몬의 변화 등으로 생기는 자연스러운 변화라는 인식을 갖게끔 공익 광고와 홍보를 하고, 상황별 도움을 요청하는 방법, 정부 지원 등에 대한 다양한 영상물을 제작하여 배포하는 것도 고려할 수 있다. 또한, 보건소, 병원, 산후조리원 등에서의 교육 홍보와 온라인 매체, 모바일 플랫폼을 활용한 접근성 강화도 중요하다.

산모와 가족을 지원하는 사회서비스 및 재정 지원 체계를 강화하여, 심리사회적 부담을 완화하고 산모들이 안심하고 치료받을 수 있는 환경을 조성해야 한다. 이를 위해 서비스 질 관리, 인력 양성, 정책 홍보 및 평가 체계를 구축해 지속가능한 정책 집행 인프라를 확보해야 한다. 그러나 현장에서는 산후 정신건강 상담 인력의 수급도 어렵고 교체도 빈번하게 발생하여 이로 인한 서비스 질 저하와 상담 만족도 저하 문제가 발생하고 있다. 방문간호 인력 수급이 어려운 경우 노인 방문 간호 등과 연계하여 생애주기 통합 방문 간호 인력으로 운영하는 방법 등 운영의 효율화를 위한 다양한 방안을 고려할 필요가 있다. 이를 보다 적극적으로 해결하기 위해서는 안정적 고용과 적정 인건비 지원을 통해 상담 인력의 고용 안정성을 확보해야 한다. 또한, 의료진 및 상담 실무자들이 선별검사와 기초 상담 역량을 갖추 수 있도록, 국립중앙의료원 공공보건의료교육훈련센터의 이러닝 과정에서 ‘난임 및 임신부 정신건강 전문가 양성 온라인 교육 프로그램’을 이수할 수 있도록 지원해야 한다.

정책의 실효성 확보를 위해 법률적인 근거를 마련하고 재정적인 지원의 확대가 필요하다. 추가로, 의료취약지 및 인구감소지역, 재정 자립도

가 낮은 지역 등을 중심으로 정부의 추가적 재정 지원이 필요하다. 또한, 중장기적으로 임신부와 임산부의 가족을 위한 전문적인 상담사가 충분히 공급되도록 국가 차원의 교육과정 개발과 관리가 필요하다. 전문가 교육뿐만 아니라 산모신생아건강관리사와 재택방문간호사에게 보다 전문적인 산후정신건강 관련 기초교육 과정을 제공하는 방안도 고려할 수 있다. 이를 통해 국가 차원에서 관련 서비스의 질과 인력이 체계적으로 관리되어야 할 것이다.

#### **바. 산후우울 대응을 위한 지역사회, 지자체, 중앙정부의 역할 강화와 연계**

중앙정부는 전체 관리 체계의 설계자이며 동시에 사업 간의 조정자 역할을 담당하여, 거시적인 차원에서 관련 사업들을 통합하고 연계하는 거버넌스 역할을 담당해야 한다. 이러한 역할은 단기 정책에 한정되지 않고, 중장기적인 계획과 전략 수립까지 이어져 정책이 일관되고 지속적으로 추진되도록 해야 한다. 또한 산후우울 대응 정책의 전 국가적 사전·사후연계 지원 체계 마련을 위한 법령 및 예산을 확보하고 산후우울증에 대한 사회적 인식을 제고하는 것에 주력해야 할 것이다. 효과적인 서비스 제공을 위해서 표준화된 서비스 모델을 개발하고, 국가 차원의 산후 정신건강 관련 표준지침을 제정하고 이를 전국적으로 보급해야 한다. 특히 사회관계망 서비스(SNS)와 맘카페 등에서 과도한 정보 유통은 산모들에게 혼란과 불안감을 야기할 수 있기에 국가 차원에서 신뢰할 수 있는 ‘양육 정보 통합 앱’을 구축·운영해 정확하고 과학적인 육아 정보를 제공해야 한다. 산후우울 예방과 관리, 육아법, 건강관리, 지역사회 지원 정보 등 종합적인 내용을 포함하고 산모들이 언제든지 신속하게 도움이 필요한

정보를 찾을 수 있도록 설계해야 한다.

중앙정부 부처 간의 협업도 필요하다. 특히 보건복지부 내에서도 정신 건강정책과와 출산정책과와의 협업이 필요하다. 산후우울과 관련된 부분은 출산 전후 관리 차원에서 출산정책과에서 종합적으로 관리하여 정신 건강사업과 연계하거나, 난임·임산부심리상담센터(구 난임·우울증상담센터)와 연계하는 방법을 고려할 수 있다.

광역 지방자치단체는 해당 지자체에서 추진되고 있는 산후 정신건강 사업의 현황을 모니터링하고, 유사하거나 중복되는 사업들을 발굴 및 조정하여 효율성을 높이는 동시에, 지자체의 필요에 따라 사업을 확대하거나 새로운 프로그램을 기획하여 지방자치단체별 특성에 맞는 맞춤형 모델을 개발하고 지역사회 중심의 실질적인 지원이 이루어지도록 해야 한다. 지방자치단체는 산모 연령대, 가족 구성 등 출산 가정의 특성 등을 고려한 지역 특화 산후우울 예방·관리 프로그램을 확대하고 중앙정부 정책에서 누락되는 사각지대를 발굴하여 추가적인 지원을 제공하고 전문 인력의 지속적 확충을 위해 노력해야 할 것이다.

기초지자체 및 지역사회 중심으로 산모가 실제로 이용 가능한 인프라와 서비스가 지속적이고 효과적으로 구축되고 확대되어야 한다. 산후 정신건강증진 사업은 서비스 대상자인 산모가 직접 기관을 찾아가기 힘든 상황이 많으므로, 가정 방문형 사업을 중심에 두고 접근성의 사각지대를 적극적으로 발굴해야 하는 과제가 따른다. 산후 정신건강증진은 산모의 사회적 고립 완화와 밀접한 관련이 있으므로, 자조모임, 산모모임, 심리 지원 그룹 등 산후 정신건강과 관련된 다양한 사회적 연결망을 지역사회 내에서 구축·지원하여 산모의 정서적 안정을 도모해야 한다. 또한 ‘동네 공동육아 모임’ 등을 주선하고, 육아 공동체 활동을 지원하는 공간 제공 등 행정적 지원을 확대해야 한다. 지역사회 내에서 산모들이 자주 만나서

소통할 수 있는 산모모임, 육아 커뮤니티 공간 등을 활성화함으로써 심리 사회적 지지망을 구축해야 할 것이다.

결론적으로 중앙정부의 중장기적인 계획과 지자체 및 지역사회의 세부적인 노력이 연계되어 함께 실행될 때 수요자는 지속적이고 효과적인 지원을 받을 수 있게 되고, 이를 통해 산후 정신건강증진 정책이 실효성 있게 추진될 수 있을 것이다.

## 사. 산후우울의 체계적 지원을 위한 유관 사업의 협력 체계 강화

다양한 의료기관과 지역사회 내 정신건강 관련 서비스 및 인프라 간 협력체계를 강화해야 한다. 지역 내의 보건소, 위기 임신부 상담 서비스, 난임·임산부심리상담센터(구 난임·우울증 상담센터), 가족센터, 육아종합지원센터 등 유사한 기관에서 제공하는 여러 사업이 임신, 출산 그리고 양육 과정에서 지역 내 산모들에게 맞춤형으로 실질적인 지원이 되기 위해 각 사업 간의 연계를 활성화해야 한다(김장래 외, 2022). 특히 지역사회 보건소의 역할이 중요하다. 산후조리 실태조사에서 살펴볼 수 있듯이 대다수의 산모(85%)가 이용하고 있는 산후조리원에서 산후우울 관련 검사를 받도록 권고되기 때문에 각 산후조리원을 관리하는 보건소에서 관련 자료를 누적해서 보관하고 위험군의 경우 정신보건센터나 우울 관련 치료 기관 등과 연계할 수 있는 방안도 모색할 수 있다. 이러한 협력 체계를 통해 고위험 산모를 발굴하여 심층 상담과 정신과적 치료로 신속히 연계할 수 있어야 한다.

한국은 초저출산 위기에 직면하여 임신·출산 과정에서의 사회적 책임이 더욱 강조되고 있다. 산후우울증은 산모뿐만 아니라 영유아의 건강에 장기적으로 악영향을 미칠 수 있다. 그럼에도 본 연구 결과에서 살펴볼

수 있듯이 산후 정신건강에 대한 인식은 여전히 개선이 필요한 수준이며, 조기에 진단을 받고 치료로 연계되는 경우도 저조한 상황임은 분명하다. 실효성 있는 산후 정신건강 지원 정책의 설계와 적극적인 정책 추진이 필요하다.



- 강민철, 김수임, 김동민. (2012). 산후우울증 유병률 및 관련요인에 대한 메타연구: 사회적 지지와 양육스트레스를 중심으로. **상답학 연구**, 13(1), 149-168
- 고정미, 송주은. (2024). 초산모의 모성적응 측정도구 개발. **한국모자보건학회지**, 28(2), 51-64. DOI : 10.21896/jkmch.2024.28.2.51
- 관계부처·지자체 합동. (2024). **제4차 저출산 고령사회 기본계획 2024년도 중앙부처 시행계획**.
- 국민건강보험공단. (2015-2022). **국민건강보험 맞춤형 DB**. 국민건강보험공단 연구관리번호 NHIS-2025-07-1-014. 건강보험 빅데이터 플랫폼. <http://nhiss.nhis.or.kr/>
- 국립중앙의료원. (2025. 1. 8.). [안내] 중앙난임·임산부심리상담센터를 아시나요?. 더 건강한 미래, 함께 국립중앙의료원 블로그. [https://blog.naver.com/nmc\\_official/223718967708](https://blog.naver.com/nmc_official/223718967708)
- 국정기획위원회. (2025. 8.). **이재명정부 국정운영 5개년 계획(안)**. 국민이 주인인 나라, 함께 행복한 대한민국. 국정기획위원회.
- 권혜진, 김경희, 최미혜, 조주연, 안영미, 김기숙. (2011). 영아기 어머니의 산후우울과 아기 기질이 양육 스트레스에 미치는 영향. **Child Health Nursing Research**, 17(2), 69-73.
- 김경애. (2018, October 31). 산후우울증 현황 통계, 기관마다 최대 20배 차이. **메디포뉴스**. <https://www.medifonews.com/news/article.html?no=141657>
- 김미운, 양희생, 김장락. (2009). 산후우울증의 선별도구 간 일치도 및 관련 요인 연구. **Obstetrics & Gynecology Science**, 52(11), 1133-1143. <https://kiss.kstudy.com/Detail/Ar?key=2807592>
- 김민준. (2023. 10. 25.). 최근 5년간 산후우울증 환자 54.8% ↑...“사회적 지원 강화돼야”. **메디포뉴스**. <https://www.medifonews.com/news/article.html?no=183837>

- 김소영, 이순영. (2012). 산후우울과 수면, 정서조절 및 사회적 지지의 구조모형 분석. **정신간호학회지**, 21(1), 1-10.
- 김용훈, 이경숙. (2023). 남편 대상 산후우울 개입 상담프로그램의 단기 중단 효과. **한국심리학회지: 발달**, 36(4), 141-162.
- 김윤미, 안숙희. (2015). 산후우울의 고찰: 정신신경면역계 상호작용을 중심으로. **여성건강간호학회지**, 21(2), 106-114.
- 김은경. (2007). 산후우울증 관리체계의 개선방안. **정신보건정책연구**, 14(1), 55-74.
- 김장래, 추경진, 전승주, 조서은, 이택후, 이승재, 태철민, 임준영, 양정보, 최안나. (2022). 난임·우울증상담센터 대상자 특성에 근거한 서비스 체계고찰 및 개선방안-임산부 및 양육모 중심으로. **한국모자보건학회지**, 26(3), 146-163.
- 김정숙. (2018). 산욕기 산모의 양육스트레스, 산후우울, 피로가 삶의 질에 미치는 영향. **융합정보논문지**, 8(6), 1-7. <https://koreascience.kr/article/JAKO201809258120181.pdf>
- 김진영. (2024). 중년 여성의 첫출산 연령과 우울의 관계: 매개요인의 역할. **사회과학연구**, 63(1), 197-218. doi: 10.22418/JSS.2024.4.63.1.197
- 김희선, 박현수, 최안나. (2022). 산후우울증 관리 체계에 대한 고찰. **한국모자보건학회지**, 26(2), 52-60.
- 대한산부인과학회. (2019). **산과학(6판)**. 파주: 군자출판사.
- 박승진, 최혜라, 최지혜, 김건우, 홍진표. (2010). 한글판 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 신뢰도와 타당도. **대한불안학회지**, 6(2), 119-124.
- 박정윤, 김윤경, 최의정, 박경숙. (2006). 산후우울 관련 요인에 대한 구조모형 분석. **여성건강간호학회지**, 12(2), 153-161.
- 박정윤, 장영은. (2013). 기혼취업여성의 양육스트레스에 영향을 미치는 변인에 관한 연구. **한국가정관리학회지**, 31(1), 159-172. <https://doi.org/10.7466/JKHMA.2013.31.5.159>

- 박종서, 이지혜, 정희선, 이소영, 장인수, 최선영, 이혜정. (2024). **2024년도 가족과 출산 조사**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 배예나, 이경숙, 김용훈. (2020). 산후우울이 모의 정신건강과 만 6세 자녀의 정서행동문제에 미치는 영향. **영유아아동정신건강연구**, 13(2), 51-75. <http://doi.org/10.47801/KJIMH.13.2.3>
- 보건복지부. (2025). **2025 모자보건사업 안내**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2025b). **2025 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2024). **2024년 산후조리 실태조사** [데이터 세트와 코드북]. 비공개 단계 마이크로데이터(공개 예정).
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025a). **생애초기 건강관리 사업안내 2025**. 서울: ㈜이문기업.
- 보건복지부, 한국건강증진개발원. (2025b). **2025년 지역사회 통합건강증진사업안내(여성·어린이 특화)**. 세종: 보건복지부. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list\\_no=1484286&tag=&nPage=1](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10411010100&bid=0019&act=view&list_no=1484286&tag=&nPage=1)
- 서울대학교병원. (연도미상). 의학정보. 산후우울증. <https://www.snuh.org/health/nMedInfo/nView.do?category=DIS&medid=AA000617>
- 서울아기 건강 첫걸음 사업. (연도미상). 사업안내. <https://ourbaby.seoul.kr/송하나>.
- 송하나. (2023). 어머니의 산전 및 산후우울이 양육에 미치는 종단적 영향: 아버지 양육 참여의 조절 효과 분석. **한국심리학회지: 발달**, 36(4), 65-81.
- 안영미, 김정현 (2003). 일반아모와 추후관리를 받은 저체중아모의 모성자존감, 산후우울, 가족기능의 비교. **대한간호학회지**, 33(5), 580-590.
- 안치석, 강문석, 박선영, 최영락. (2015). 산후우울증 관리를 위한 에딘버러 검사의 유용성. **Perinatology**, 26(1), 21-27.
- 오로라, 강영호, 김유미. (2021). 한국의 에딘버러우울척도 활용 현황. **대한의사협회지**, 64(10), 699-710.
- 오희주, 김석선. (2022). 산모의 양육스트레스, 수면의 질, 자기자비, 가족관계가 산후우울에 미치는 영향. **기본간호학회지**, 29(2), 150-158. DOI : 10.77

39/jkafn.2022.29.2.150

위은지. (2019. 10. 10.). [단독] 산후우울증 느는데... 여전히 '혼자 끄끙'. **동아일보**. <https://www.donga.com/news/It/article/all/20191010/97803309/9>

이소영, 임지영, 홍진표. (2017). **산후 정신건강 증진을 위한 지원 방안 연구**. 세종: 한국보건사회연구원.

이은주, 박정숙. (2015). 산후우울 예측모형 개발. **Journal of Korean Academy of Nursing**, 45(2), 211-220. <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.2.211>

이지윤, 강영호, 강유미, 전경자, 조성현, 조홍준. (2024). 산전·조기아동기 가정 방문 프로그램에 참여하고 있는 여성의 엄마 되기와 관련 요인. **한국모자보건학회지**, 28(1), 22-31.

이효진, 정남운. (2025). 친정부모님 애착이 산후우울에 미치는 영향: 자기자비와 정서조절곤란의 매개효과. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 37(1), 243-268.

정예림, 김예본, 양수진. (2021). 초산모의 그릿(Grit), 배우자 지지와 연령 수준에 따른 양육 열정, 산후우울, 행복의 차이. **한국모자보건학회지**, 25(3), 177-183.

조현주, 최규연, 이정재, 이임순, 박문일, 나중열, 이근영, 이종민, 권정혜. (2004). 산후우울증에 대한 예측 및 임신 중 우울증의 회복 요인에 대한 연구. **대한주산의학회지**, 15(3), 245-254.

조현진, 고민선, 유혜지, 안숙희. (2022). 한국 산모의 산후 우울과 산후 외상 후 스트레스장애 관련성: 종단적 연구. **Women's Health Nursing**, 28(1), 46-55.

조희원, 우주영. (2013). 산후 우울 관련 변인들 간의 관계 구조 모형. **한국심리학회지: 상담 및 심리치료**, 25(3), 549-573. [https://www.kci.go.kr/kciportal/landing/article.kci?arti\\_id=ART001796458](https://www.kci.go.kr/kciportal/landing/article.kci?arti_id=ART001796458)

중앙난임·임산부심리상담센터. (2025). 센터안내. <https://22762276.nmc.or>.

- kr/nmc22762276/bbs/B0000107/list.do?menuNo=1600018
- 천연미. (2024). 출산 전후 산모의 우울 변화궤적 유형과 양육 스트레스의 관계: 육아지원정책의 조절효과. **육아정책연구**, 18(3), 75-98. <https://doi.org/10.5718/kcep.2024.18.3.75>
- 최인선, 이소영. (2023). 소득이 산후우울에 미치는 영향에서 사회적 지지의 조절효과: 모성건강불평등을 중심으로. **보건교육건강증진학회지**, 40(3), 25-35.
- 통계청. (2023). **인구동향조사**, 국가통계포털. 2025. 8. 11. 검색, [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1B81A11&conn\\_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A11&conn_path=I3)
- 통계청. (2025. 8. 27.). 2024 출생 통계 [보도자료]. [https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301020100&bid=204&tag=&act=view&list\\_no=438237&ref\\_bid=](https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301020100&bid=204&tag=&act=view&list_no=438237&ref_bid=)
- 한귀원, 황은숙, 김광숙. (2004). 한국어판 에딘버러 산후우울척도의 신뢰도와 타당도. **여성건강간호학회지**, 10(4), 278-285.
- 한국보건사회연구원. (2024). **2024년도 가족과 출산 조사** [데이터 세트, 조사표, 코드북]. 보건복지데이터포털. <https://www.kihasa.re.kr/dataportal/main.html>
- Abdollahi, F., Zarghami, M., & Sazlina, S. G. (2017). Predictors of maternal self-efficacy in an Iranian population: A cross-sectional study. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1637-1647.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Committee Opinion No. 630: Screening for Perinatal Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 125(5), 1268-1271.
- American Psychiatric Association (APA). (2024). **DSM-5-TR 간편 정신질환진단통계편람**. 서울: 학지사.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2023).

- Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum (Clinical Practice Guideline No. 4). *Obstetrics & Gynecology*, 141, 1232-1261. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005200>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Beck, C. T. (2024). Postpartum Depression Screening Scale: Its availability for use. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(5), 896-950. doi: 10.1177/10783903231216455
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49(5), 272-282.
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research*, 50(3), 155-164.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2011). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 107(1), 111-119.
- Bowen, A., & Muhajarine, N. (2006). Antenatal depression: a Canadian perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 97(2), 121-124.
- Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., Siddiqui, W., & May, K. (2025, January 22). *Perinatal Depression (Nursing)*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568673/>
- Conradt, E., Manian, N., & Bornstein, M. H. (2012). Screening for depression in the postpartum using the Beck Depression Inventory-II: What logistic regression reveals. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(5), 427-435. <https://doi.org/10.1080/02646838.2012.743001>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal

- Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Osterling, J., Hessler, D., & Yamada, E. (2003). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity: a replication and extension of previous findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1001-1010.
- Dennis, C. L. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 163-169.
- Fransson, E., Sörensen, F., Kunovac Kallak, T., Ramklint, M., Eckerdal, P., Heimgärtner, M., Krägeloh-Mann, I., & Skalkidou, A. (2020). Maternal perinatal depressive symptoms trajectories and impact on toddler behavior: The importance of symptom duration and maternal bonding. *Journal of Affective Disorders*, 273, 542-551. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.003>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- Focus Information Technology. (n.d.). *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Calculator*. Retrieved [2025. 4. 8.], from <https://perinatology.com/calculators/Edinburgh%20Depression%20Scale.htm>
- Gjerdingen, D., Crow, S., McGovern, P., Miner, M., & Center, B. (2009). Postpartum depression screening at well-child visits: Validity of a 2-question screen and the PHQ-9. *Annals of Family Medicine*, 7(1), 63-70.
- Hutcherson, TC., Cieri-Hutcherson, NE., Gosciak, MF.. (2020). Brexanolone

- for postpartum depression. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 77(5), 336-345. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz333>
- Indiana State Medical Association. (n.d.). *Beck's Depression Inventory* [PDF]. <https://www.ismanet.org/doctoryourspirit/pdfs/Beck-Depression-Inventory-BDI.pdf>
- Jarde, A., Morais, M., Kingston, D., Giallo, R., MacQueen, G. M., Giglia, L., et al. (2016). Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 826-837. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0934>
- Kim, J. S., Shin, J. S., & Kim, J. M. (2008). Validation of the Korean version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Korean Journal of Women Health Nursing*, 14(3), 213-219.
- Kim, S., Kim, D. J., Lee, M.-S., & Lee, H. (2023). Association of social support and postpartum depression according to the time after childbirth in South Korea. *Psychiatry Investigation*, 20(8), 750-757. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0042>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Landman, A., Ngameni, E. G., Dubreucq, M., Dubreucq, J., Tebeka, S., & Dubertret, C.; IGEDEPP Groups. (2024). Postpartum blues: A predictor of postpartum depression, from the IGEDEPP Cohort. *European Psychiatry*, 67(1), e30. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1741>
- Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and

- meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665-2677.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- Mayo Clinic. (2025). *Postpartum depression*. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>
- McCurdy, A. P., Boulé, N. G., Sivak, A., & Davenport, M. H. (2017). Effects of exercise on mild-to-moderate depressive symptoms in the postpartum period: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 129(6), 1087-1097. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002053>
- Newport, D. J., Hostetter, A., Arnold, A., & Stowe, Z. N. (2002). The treatment of postpartum depression: Minimizing infant exposures. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl. 7), 31-44.  
[https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/18404\\_treatment-postpartum-depression-minimizing-infant.pdf](https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/18404_treatment-postpartum-depression-minimizing-infant.pdf)
- NHS. (n.d.). *Overview - postnatal depression*. Retrieved [2025. 4. 8.], from <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-natal-depression/overview/>
- O'Connor, E., Rossom, RC., Henninger, M., Groom HC., & Burda, BU. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 315(4), 388-406. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/>

j.bpobgyn.2013.09.002

Poehlmann, J., & Fiese, B. H. (2001). Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 24(2), 171-188.

Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 127-136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.12.004>

Saharoy, R., Bansal, P., & Sharma, N. (2023). Infant neurobehavioral outcomes and maternal postpartum depression: A prospective cohort study. *Early Human Development*, 174, 105710.

Sharma, R., Bansal, P., Saini, L., & Sharma, N. (2024). Zuranolone, a neuroactive drug, used in the treatment of postpartum depression by modulation of GABA<sub>A</sub> receptors. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 238, Article 173734. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2024.173734>

Shim, S. H., Lee, S. Y., Jung, I., Heo, S.-J., Han, Y. J., Kwak, D. W., Kim, M. H., Park, H. J., Chung, J. H., Lim, J. H., Kim, M. Y., Cha, D. H., Shim, S. S., Cho, H. Y., & Ryu, H. M. (2024). Risk factors of postpartum depression among Korean women: An analysis based on the Korean Pregnancy Outcome Study (KPOS). *Journal of Korean Medical Science*, 39(3), e31. <https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e31>

Siu, A. L., & U.S. Preventive Services Task Force(USPSTF). (2016). Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task

- Force recommendation statement. *JAMA*, 315(4), 380-387.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
- Stanford Medicine. (n.d.). *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* [PDF]. Stanford University School of Medicine. [https://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/PHQ-9\\_bilingual.pdf](https://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/PHQ-9_bilingual.pdf)
- Stefana, A., Lavelli, M., Caselli, G., Soldateschi, C., Provenzi, L., & Vegni, E. (2024). Comparing the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 27(1), 91-103.
- Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S.. (2014). Perinatal depression: An update and overview. *Current Psychiatry Reports*, 16, Article 468. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0468-6>
- Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F., & Favilli, A.. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), Article 154. <https://doi.org/10.3390/jpm13010154>
- Ukatu, N., Clare, C. A., & Brulja, M. (2018). Postpartum depression screening tools: A review. *Psychosomatics*, 59(3), 211-219. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.11.005>
- Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T., & Nojomi, M. (2019). The association between social support and postpartum depression in women: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 32(2), e238-e242. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014>
- Valdes, E. G., Sparkman, L., Aamar, R., Steiner, L., Gorman, J. M., Ittel, V., ... Reist, C. (2022). Improving maternal mental health: assessing the extent of screening and training about peripartum depression. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(1). <https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2155042>

- Venkatesh, K. K., Zlotnick, C., Triche, E. W., Ware, C. F., Phipps, M. G. (2017). Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescents. *Pediatrics*, 139(5), e20162848.
- Vivilaki, V. G., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P., & Lionis, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health*, 9, 329. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-329>
- Wildali, D., Nazzal, S., Hamshari, S., & Belkebir, S. (2024). Prevalence and risk factors of postpartum depression among women attending primary healthcare centers in northern West Bank, Palestine: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 24(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02887-6>
- Wisner, K. L., Zarin, D. A., Holmboe, E. S., Appelbaum, P. S., Gelenberg, A. J., Leonard, H. L., et al. (2000). Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1933-1940. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1933>
- World Health Organization (WHO). (2025. 1.). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Mental or behavioural disorders associated with pregnancy, childbirth or the puerperium. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#882114523>
- World Health Organization. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health into maternal and child health services*. Geneva: WHO.
- Yeo, J. H., & Chun, N. (2013). Influence of childbirth experience and postpartum depression on quality of life in women after birth. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(1), 11-19. <https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.1.11>

- Yun, B. S., Shim, S. H., Cho, H. Y., Heo, S. J., Jung, I., Jeon, H. J., Han, Y. J., Kwak, D. W., Kim, M. H., Park, H. J., Chung, J. H., Cha, D. H., Kim, M. Y., Ryu, H. M., Shim, S. S., & Lee, S. Y. (2021). The impacts of insufficient sleep and its change during pregnancy on postpartum depression: A prospective cohort study of Korean women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155, 125-131. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13663>
- Zauderer, C. (2009). Postpartum depression: how childbirth educators can help break the silence. *J Perinat Educ*, 18(2), 23-31. doi: 10.1624/105812409X426305.

모자보건법, 법률 제20879호 (2025) <https://www.law.go.kr>

지역보건법, 법률 제20445호 (2024) <https://www.law.go.kr>

아이사랑 홈페이지 <https://www.childcare.go.kr/?menuno=1>





## Abstract

### **Maternity Blues and Postpartum Depression: Empirical Analysis and Policy Implications**

Project Head: Lee, Soyoung

Postpartum mental health challenges not only affect mothers but also influence the quality of childcare, thereby exerting a significant impact on infants. Additionally, these experiences can shape decisions regarding subsequent childbirth. This study aims to examine the status and prevalence of maternity blues (also known as postpartum blues) and postpartum depression, identify the key factors influencing their occurrence, empirically assess the impact of postpartum depression on mothers' intentions for further childbearing, and propose directions for government policies to promote maternal mental health.

The findings indicate that the prevalence rates of postpartum depression by time period in 2022 were 0.52% at 6 weeks, 1.85% at 6 months, and 3.2% at 12 months postpartum. Major causes of postpartum depression included physical and psychological factors, economic burdens, relational difficulties, social influences, and institutional limitations. Postpartum depression was generally associated with antenatal depression and, more broadly, with pre-pregnancy depressive conditions.

---

Co-Researchers: Kim, Jayeun·Hong, Hae-young·Lim, Jiyoung

Factors that alleviated or supported recovery from postpartum depression included adequate rest and sleep for physical recovery, emotional support and practical assistance in childcare, and psychological counseling. In addition, the experience of postpartum blues or depression increased the likelihood of discontinuing further childbirth.

Policies to prevent and treat postpartum depression should be comprehensive and universal, while also individualized and carefully designed, with clear objectives and an equity-driven, demand-centered perspective. To achieve this, existing policies need to be expanded to include systematic education and mental health management for mothers, partners, and families across the entire perinatal period, from pregnancy to postpartum.

**Key words:** perinatal mental health, maternity blues, postpartum blues, postpartum depression