



Original Article

# Subjective Sleep Quality in Depressed and Non-Depressed Mothers During the Late Postpartum Period

Cho, Eun-Jung<sup>1)</sup>

1) Department of Nursing, Sorabol College

## 산욕후기 모성의 산후우울 정도에 따른 주관적 수면의 질에 관한 연구

조 은 정<sup>1)</sup>

1) 서라벌대학 간호과 조교수

### Abstract

**Purpose:** This study aimed to explore the subjective sleep quality of depressed and non-depressed mothers in the late postpartum period and to determine the relationship with their health promoting behaviors, family functioning, parenting stress. **Method:** A non-probability sample of 128 mothers completed a self-administered questionnaires at 4-6weeks postpartum. The Edinburgh postnatal Depression Scale (EPDS) and Pittsburgh Sleep Quality Index were used to measure mother's experiences of depression symptoms and sleep. Related factors of sleep quality were measured by the Korean Family Functioning Scale, Health Promoting Lifestyle Profile, and Parenting Stress Index. The data was analysed using t-test, one-way ANOVA, and the Pearson's correlation coefficients. **Result:** The results indicated that the depressed mothers(EPDS $\geq$ 10) had poorer sleep quality than the non-depressed

mothers(EPDS $<$ 10), reported shortened sleep duration, and experienced more daytime dysfunctions. Depressed mothers who had no job, did not drink coffee, and were primipara tended to report poorer sleep quality. There were significant correlation between poorer sleep quality and lower health promoting behaviors, higher family intimacy and lower family communication, and higher parenting stress among depressed mothers. **Conclusion:** Our findings support the view that depressed mothers' experiences of poor sleep are much higher than non-depressed mothers and multi-faced. Nurse professionals should screen for sleep problems in the depressed mothers with a different biopsychosocial and behavioral aspect from the non-depressed mothers in the late postpartum period.

**Key words :** Sleep, Depression, Postpartum period

투고일: 2009. 1. 8 1차심사완료일: 2009. 3. 19 2차심사완료일: 2009. 6. 9 최종심사완료일: 2009. 6. 10

• Address reprint requests to : Cho, Eun-Jung(Corresponding Author)

Department of Nursing, Sorabol College

165, Chunghyo-dong, Gyeongju-si, Gyeongsangbuk-do, 780-711, Korea

Tel: 82-54-770-3658 C.P.: 82-18-525-3711 Fax: 82-54-770-3757 E-mail: ejc10004@sorabol.ac.kr

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

산욕부는 출산 후 6 주까지의 산욕기(Lowdermilk & Perry, 2007) 동안에 임신·출산으로부터의 신체·심리적 회복뿐만 아니라 새로운 모성역할의 습득과 관련하여 다양한 스트레스원에 노출된다. 특히 전통적 산후조리 기간인 산후 삼칠일이 끝나는 산후 4~6주경은 산욕부의 사회적 지지 및 돌봄의 체계에 큰 변화가 일어나는 시기로서(Song, 2007) 이 시기에 산욕부의 스트레스원에 대한 민감성은 더욱 높아지리라 생각된다.

출산 후 직면하게 되는 영아양육에 대한 부담감과 모성역할의 미숙함은 심리 정서적으로 취약한 산욕부에게 부적절한 감정이나 불안, 에너지 부족, 부부관계에 대한 관심의 부족, 강박적 사고, 아이에 대한 양가감정 등의 부정적인 정서변화와 함께 산후우울을 유발시킬 수 있다(Bai, 1996). 산욕부들 대다수가 어느 정도의 산후우울 증상을 경험하며, 그들 중 약 10~15%는 임상적으로 고위험 산후우울증을 진단받고 있다(O'Hara & Swain, 1996). 산후우울증은 의존적인 정서, 부모로서 부적합하다는 느낌, 수면과 식욕 장애, 집중력 장애 등의 특징적인 증상을 나타내는 질환으로서, 산욕부의 건강은 물론 모아상호관계에 개입하여 영아의 인지 정서 행동 발달에 부정적인 영향을 초래할 수 있다(Civic & Holt, 2000).

양질의 수면은 개인의 질적인 삶의 필수요소로서 신체피로의 회복, 면역체계 및 정신기능에 긍정적인 영향을 미치는 반면, 부적절한 수면은 만성피로, 정신적 불쾌감, 통증 내성의 감소, 기억력의 손상, 불안 및 스트레스를 야기함으로써 건강과 안녕을 위협할 수 있는 위험요인 중 하나이다. 특히 산욕기 동안의 양질의 수면은 산후우울증 발현의 감소(Armstrong, Van Haeringen, Dadds, & Cash, 1998)와 모유생산 유지에 중요한 요인임에도 불구하고(Blyton, Sullivan, & Edwards, 2002), 산욕부 대다수가 수면장애를 산욕기 동안의 가장 흔한 스트레스원으로 경험하고 있다(Huang, Carter, & Guo, 2004).

지금까지 선행된 산욕부의 주관적 수면의 질 양상에 관한 국내외 연구결과를 살펴보면, 국내 산욕부의 경우 출산 후 6개월까지 70.8%가 수면의 질이 나쁘다고, 65.9%가 수면의 양이 부족하다고 느꼈으며(Lee, 2006), 같은 동양문화권인 타이완 산욕부의 대다수도 낮은 질의 수면을 취하는 것으로 보고(Huang, Carter, & Guo, 2004)되고 있다. 서구문화권에서도 산욕부의 수면장애가 보고되고 있는데, 예를 들면 출산 후 4주, 8주된 산욕부들은 영아가 오후 10시에서 오전 10시 사이에 3번 이상 깨어 울기 때문에 하루 6시간미만의 불충분한 수면을 취하고 있으며(Dennis & Ross, 2005), 이러한 산욕부 수면의 질과 양은 임신 전에 비해 유의한 차이가 난다고 보고

(Manber & Armitage, 1999)되고 있다. 객관적인 수면의 질 측정도구인 수면다원검사, 수면-각성 활동도검사 등을 이용한 일부 국외연구결과에 의하면, 산욕부는 임부에 비해 총 수면시간의 단축, 분절 수면의 증가, 수면의 효율성 감소 등의 수면장애가 유의하게 심하며, 특히 산후 첫 한 달 동안에 가장 질이 낮은 수면을 취하고 있다(Kang, Matsumoto, Shinkoda, Mishima, & Seo, 2002; Nishihara & Horiuchi, 1998). 이렇듯 산욕부의 건강을 위협하는 수면의 질 저하가 동서양 모든 문화권에서 공통적으로 건강관리전문가들이 관심을 기울여야 할 중요한 건강문제임에도 불구하고 지금까지 이에 관한 간호학적 논의는 매우 저조한 편이다. 만일 산욕부의 수면의 질 저하에 대한 관리가 부적절하다면, 이들이 산후회복 및 양육역할의 획득과 관련하여 겪게 되는 다양한 신체적, 정신적, 사회적 건강상의 위기를 극복하는데 부정적인 영향을 미칠 뿐만 아니라, 영아와 가족의 삶 전체에도 부정적인 결과를 초래할 것이다. 따라서 건강관리전문가들은 산욕부의 수면의 질 관리를 통한 전반적인 건강증진을 도모함과 동시에 산후우울 위험의 조기발견과 예방관리를 위해서는 산후우울 정도에 따른 수면의 질 특성 및 상관요인에 대한 분석이 선행되어야 할 것으로 사료된다.

지금까지 선행된 연구에서 산욕부의 주관적 수면의 질은 신체 생리학적, 인구사회학적, 심리·정서적, 사회행동적 요인 등과 상관성이 있는 것으로 보고되고 있다(Blyton, Sullivan, & Edwards, 2002; Coble et al., 1994; Dennis & Ross, 2005; Huang, Carter, & Guo, 2004; Lee, 2006; Nishihara & Horiuchi, 1998; Ross, Murray, & Steiner, 2005; Wolfson, Crowley, Anwer, & Bassett, 2003). 예를 들면, 산욕부의 수면의 질과 관련된 신체 생리학적 요인으로는 임신기간 동안 현저히 증가했던 혈중 progesterone 농도가 분만 후 수 시간 만에 비임신 상태로 감소하여 progesterone 고유의 진정, 불안완화 효과가 상실됨으로써 수면장애가 발생한다는 것이다(Ross, Murray, & Steine, 2005). 이와 동일한 맥락에서 Blyton, Sullivan과 Edwards(2002)도 모유 수유부는 혈중 prolactin 수준의 증가로 인공분유 수유부에 비해 유의하게 증가된 숙면을 취한다고 보고하였는데, 이는 산욕부의 야간 수면양상 변화의 원인을 야간수유 등 영아양육과 관련된 요인으로 보는 전통적인 관점과는 상반되는 것이다.

한편, 산욕부의 주관적 수면의 질과 관련된 심리·정서적 요인으로 모성의 산후우울 정도가 심각할수록(Huang, Carter, & Guo, 2004; Wolfson et al., 2003), 영아의 수면양상, 수유리듬, 기저귀 갈기 등의 양육과 관련된 스트레스가 높을수록 수면장애가 심각한 것으로 보고(Coble et al., 1994; Dennis & Ross, 2005; Nishihara & Horiuchi, 1998)되고 있다. 특히 수면에 관한 주관적인 인지와 우울 증상의 상관성에 관한 그동안

의 비교적 활발한 논의에도 불구하고, 산후우울 증상과 수면 양상간의 상관성에 관한 연구는 간과되어왔다(Wolfson et al., 2003).

또한 산욕부의 수면의 질과 관련된 인구사회학적 요인으로 는 영아의 성별이 남아일수록, 남편의 협조정도가 클수록 산 욱부의 주관적 수면의 질이 양호한 것으로 보고되고 있다 (Lee, 2006). 산욕부의 긍정적인 모성역할 수행에 중요한 사회적 자원이자 지지체계는 가족이라 할 수 있다(Ahn & Kim, 2003). 그러나 현대 핵가족화에 따른 가족자원의 축소는 가족 구성원의 육아와 관련된 교육 및 경험의 부족뿐만 아니라 산 욱부에 대한 가족지지와 정보제공의 축소를 초래하고 있다. 가족지지는 산후우울과 밀접한 관련성이 있는데(Ahn & Kim, 2003; Park, Shin, Ryu, Cheon, & Moon, 2004) 특히 배우자 지지, 결혼 적응도, 부부관계의 질 등 남편과의 관계에 의해 유의한 영향을 받는다(Yeo, 2006; Park et al., 2004). 이에 핵 가족에서 부부중심의 가족 기능은 산욕부 건강증진을 위한 중요한 사회적 지지자원으로서 산후우울 정도와 관련하여 산 욱부의 수면의 질을 설명하는 주요 요인으로 고려되어야 할 것으로 생각되나 아직 이에 관한 연구는 미비한 실정이다.

일반적으로 여성의 수면의 질에 관한 선행연구에서 음주, 흡연, 커피복용, 신체활동 수준, 낮 동안의 수면시간, 운동, 취 미생활 등이 수면의 질과 관련된 다양한 행동적 요인으로 보 고된다(Lee, 2004). 이러한 수면의 질과 관련된 행동적 요인들 은 산욕기라는 특수한 상황으로 인해 흔히 산욕부 수면의 질 상관변수로 다루이지 않고 있는 실정이지만, 급속도로 다양해 저가는 현대 한국문화 속에서 이들 수면의 질 관련 요인들의 영향을 완전히 배제할 수는 없을 것이다. 한편, 전통적으로 한국사회에서는 산욕부의 특권이자 의무로서 산후 특정기간 동안에 산후조리라는 명목 하에 산욕부에게 건강증진행위 실 천의 과업을 부여해왔다. 즉, 산후조리를 잘 할 경우 모유생 산을 촉진하여 영아의 건강증진은 물론 산욕부 자신의 산후 회복과 평생의 건강유지 및 증진에 기여할 수 있는 반면, 산 후조리를 잘 못 할 경우 산욕기 동안의 신체적 후유증이나 산후우울 등으로 부부관계뿐만 아니라 자녀성격 발달에도 부 정적인 영향을 미칠 수 있다고 여겨져 왔다(Friedman, 1981). 국내 산욕부의 건강증진행위 실천 정도는 양호한 편이며 특 히 가족의 지지와 자기효능의 정도에 의해 유의한 영향을 받 는 것으로 보고되고 있고(Jo, 1998), 나아가 수면의 질에도 영 향을 미칠 것으로 예측되지만 이에 관한 연구는 아직까지 미 비한 상태이다.

이상에서 산욕부의 주관적 수면의 질에 관한 대부분의 선 행연구들은 산욕기간 경과에 따른 산후우울 증상과의 상관성 을 파악하려는 서술적 조사연구들이다. 또한 산욕부 수면의 질과의 상관성이 예측되는 생리학적, 심리-정서적, 사회행동적

측면의 다양한 요인들이 충분히 고려되지 않았을 뿐만 아니 라 연구마다 상이한 결과들이 제시되고 있다. 특히, 전통적 산욕기인 삼칠일이 끝난 출산 후 4~6주 동안은 산욕부의 건 강상 매우 취약한 시점으로 산후우울과 수면장애가 더 심각 할 것으로 유추되나 이 시점에서 수행된 산욕부의 수면의 질 특성과 그 관련요인에 관한 선행연구는 미비한 실정이다. 따 라서 산후후기 산후우울의 위험이 높은 산욕부의 건강증진을 위해서는 수면의 질 상관요인에 대한 분석이 선행되어야한다 고 사료된다.

이에 본 연구는 수면의 질과의 유의한 상관성이 보고된 산 후우울의 정도에 따라 산후후기 여성의 주관적 수면의 질 특 성 및 관련요인들의 상관성을 파악함으로써, 향후 수면장애의 위험이 높은 산후우울 고위험군과 비위험군의 선별을 위한 개별화된 지표를 개발하는데 기초 자료를 제공하기 위해 시 도되었다.

## 2. 연구 목적

- 1) 산후우울군과 비우울군의 일반적 특성의 차이를 파악한다.
- 2) 산후우울군과 비우울군의 주관적 수면의 질과 관련요인의 차이를 파악한다.
- 3) 산후우울군과 비우울군의 일반적 특성에 따른 수면의 질 차이를 파악한다.
- 4) 산후우울군과 비우울군의 주관적 수면의 질 관련요인의 상 관성을 파악한다.

## 3. 용어의 정의

### 1) 산후후기

본 연구에서는 전통적 산후조리 기간인 삼칠일(산후 3주, 21일) 이후인 출산 후 4주~6주까지의 기간을 의미한다.

### 2) 수면의 질

수면의 질이란 수면의 양, 잠들기까지 걸리는 시간, 야간수 면 시 각성의 횟수, 각성 후 다시 잠들기까지 걸리는 시간, 아침기상 시 피곤감과 쉬지 못한 듯한 기분, 그리고 수면에 대한 전반적인 만족감 등을 포괄하는 것으로, 본 연구에서는 Buysse, Reynolds III, Monk, Berman과 Kupfer(1989)가 개발한 Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI) 18문항에 의해 측정된 점수를 의미한다.

### 3) 산후우울

출산 후 여성에게 생기는 심각한 감정의 변화로 기분변화 에서 병적인 상태에 이르기까지 근심, 침울함, 실패감, 무력감

및 무가치감을 나타내는 정서 상태를 말한다. 본 연구에서는 Cox, Holden과 Sagovsky(1987)가 개발한 Edinburgh postnatal Depression Scale(EPDS)의 국문판을 이용하여 측정된 점수를 말한다.

#### 4) 건강증진행위

개인이나 집단에게 최적의 안녕상태를 이루고, 자아실현 및 개인적 욕구충족을 유지·증진시키려는 통합적 행위로, 본 연구에서는 Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile을 Jo(1998)가 산욕부의 특성에 맞게 변안, 수정 보완한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

#### 5) 가족기능

가족체계의 완전성을 유지하고, 가족의 목표를 성취하기 위하여 체계를 예측할 수 있는 방향으로 이끌어가는 가족의 결속력과 적응력을 의미하며, 본 연구에서는 Choi와 Yoo(2003)가 개발한 한국형 가족기능도 척도(Korean Family Functioning Scale)로 측정된 점수를 의미한다.

#### 6) 양육스트레스

양육스트레스는 산욕부들이 경험하는 가장 대표적인 스트레스로서 자녀의 여러 특성 과 가족상황에 대해 산욕부가 스트레스로 지각하는 정도를 의미하며, 본 연구에서는 Richard & Abidin(1990)이 개발한 Parenting Stress Index(PSI/short form)를 Yang(2000)이 수정, 보완한 도구로 측정된 점수를 의미한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 산욕후기 여성의 산후우울 정도에 따른 주관적 수면의 질 예측요인을 규명하고자 횡단적 자료수집에 의한 상관성 조사연구(cross-sectional correlational survey)로 설계되었다.

### 2. 연구 대상 및 표집 방법

본 연구의 대상자는 경상북도 일개 시에 소재한 2개의 산부인과 전문병원에서 출산한 후 산후검진 및 자녀의 예방접종을 위해 내원한 산욕부를 대상으로 임의표집 하였으며, 임신 37주 이후에 2500mg이상의 건강한 신생아를 출산하지 4~6주경과 후 심각한 합병증이 없고, 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기를 동의한 여성 141명이었다.

### 3. 연구 도구

본 연구에 사용된 도구는 구조화된 자가보고형 질문지로서, 일반적 특성 17문항, 산후우울 10문항, 수면의 질 9문항(하부영역별 항목 18문항), 건강증진행위 52문항, 가족기능 36문항, 자녀양육 스트레스 36문항의 총 160문항으로 구성되어있다.

#### 1) 산후우울 측정도구

산후우울의 측정은 Cox, Holden과 Sagovsky(1987)에 의해 개발된 Edinburgh postnatal Depression Scale(EPDS)을 변안하여 사용하였다. 이 도구는 산후우울이 있는 여성을 식별하기 위한 서술적 자가 평정 측정도구로 총 10문항으로 구성되어 있다. 각 문항별로 4점 척도(매우 그렇다=0점, 전혀 그렇지 않다=3점)를 사용하여 측정하였으며, 지난 한 주간 동안 대상자가 느낀 감정 상태에 가까운 곳에 응답하도록 되어있다. 7개의 역문항은 역산처리 되었으며, 이 도구에 의한 산후우울의 범위는 최저 0점에서 최고 30점으로, 점수가 높을수록 산후우울 정도가 심한 것을 의미한다. Han, Kim과 Park(2004)등이 산후우울증의 조기발견과 조기치료에 목적을 둔 정신과 의뢰를 위한 선별 진단점으로 제안한 EPDS 총점 10점을 기준으로, 10점 이상인 경우를 산후우울군, 10점 미만인 경우를 산후비우울군으로 분류한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.76$ 이었다.

#### 2) 수면의 질 측정도구

측정 도구는 Buysse 등(1989)이 개발한 Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI)를 변안하여 사용하였다. 이 도구는 주관적 수면의 질 1문항, 주관적 수면의 질 1문항, 수면의 잠재기 2문항, 수면기간 1문항, 습관적 수면의 효율성 2문항, 수면 방해 9문항, 수면제의 사용 1문항, 낮 동안의 기능장애 2문항으로 구성되어 있으며 총 18 문항이다. “전혀 어려움 없다” 0점, “약간 어려움 있다” 1점, “비교적 어려움 있다” 2점, “아주 어려움 있다” 3점의 4점 척도이며 총 7개의 하부영역별 점수를 합한 총점의 범위는 최하 0점에서 최고 21점까지이다. Buysse 등(1989)이 제시한 5점을 기준으로 5점 이상은 수면이 방해받고 있는 것을 의미하며, 점수가 높을수록 수면의 질이 낮음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.75$ 이었다.

#### 3) 건강증진행위 측정도구

산욕부 건강증진행위는 Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile을 Jo(1998)가 산욕부의 특성에 맞게 수정 보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 자아실현 8문항, 건강책임 15문항, 운동 및 휴식 6문항, 영양

10문항, 대인관계 5문항, 스트레스 조절 5문항으로 구성되어 있으며 총 49문항이다. 각 문항별로 “전혀 하지 않는다” 1점, “가끔 한다” 2점, “자주 한다” 3점, “일상적으로 한다” 4점의 4점 척도를 사용하여 측정되는 건강증진행위 수행 정도의 범위는 52점~208점이며, 점수가 높을수록 건강증진행위 수행 정도가 높다는 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .92$ 이었다.

4) 가족기능 측정도구

산욕부 가족기능은 Choi와 Yoo(2003)가 개발한 한국형 가족기능도 척도(Korean Family Functioning Scale, KFFS)를 사용하였다. 이 도구는 정서적 지지 8문항, 생활시간 공유 7문항, 가족원간의 친밀감 6문항, 가족의사소통 6문항, 가족규칙 5문항, 가족원의 자율성 4문항으로 구성되어 있으며 총 36문항이다. 각 문항별로 “전혀 그렇지 않다” 1점, “거의 그렇지 않다” 2점, “가끔 그렇다” 3점, “거의 그런 편이다” 4점, “매우 그렇다” 5점의 5점 척도를 사용하였다. 8개의 역문항은 역산처리 되었으며, 총 6개의 하부영역별 점수를 합한 총점의 범위는 최하 36점에서 최고 180점까지이고 점수가 높을수록 가족기능도가 높은 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .92$ 이었다.

5) 양육스트레스

양육스트레스를 측정하기 위해 Richard와 Abidin(1990)이 개발한 Parenting Stress Index(PSI/short form)를 Yang(2000)이 수정 보완한 양육스트레스 척도를 사용하였다. 이 도구는 부모영역 15문항과 아동영역 21문항의 총 36문항으로 구성되어 있다. 각 문항별로 5점 척도(매우 그렇다 5점, 전혀 그렇지 않다 1점)를 사용하여 측정되는 양육스트레스 점수의 범위는 36점~180점이며, 점수가 높을수록 자녀특성과 가족상황 변인에 대해 산욕부가 지각하는 스트레스 정도가 높다는 것을 의미한다. 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .93$ 이었다.

4. 자료 수집 방법 및 절차

자료수집은 2005년 11월~2006년 8월까지 경상북도 일개 시에 소재한 2개의 산부인과 전문병원에서 출산한 후 4~6주경(산욕후기)에 산후검진 및 자녀의 예방접종을 위해 내원한 산모를 대상으로 각 병원 수간호사가 구조화된 설문지를 배부하여 직접 작성하도록 한 후 회수하였다. 연구 참여 대상자는 총 141명이었으며, 이중 불충분한 응답을 한 13부를 제외한 최종 128명의 자료가 분석에 이용되었다.

5. 자료 분석 방법

본 연구의 수집된 자료는 SAS version 8.2를 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 산후우울군과 비우울군의 특성 및 제 연구변수들의 분포는 서술통계를 이용하여 분석하였다.
- 2) 일반적 특성에 따른 산후우울군과 비우울군 수면의 질 정도의 차이는 t-test와 one way ANOVA와 Duncan 다중비교 검증법을 이용하여 분석하였다.
- 3) 산후우울군과 비우울군의 수면의 질과 관련요인의 상관성은 Pearson 상관계수를 통해 분석하였다.

연구 결과

1. 산후우울군과 비우울군의 일반적 특성 비교

산후우울군과 산후비우울군의 일반적 특성 분포를 살펴본 결과, 연령층은 20-25세가 각각 50.9%, 40.9%이었고, 교육수준은 전문대졸 이상이 각각 57.9%, 67.6%이었으며, 종교가 있다고 응답한 경우는 각각 52.6%, 63.4%로 나타났다. 유배우자는 각각 57.9%, 67.6%이었고, 현재 자녀와 함께 지내는 경우가 각각 82.5%, 87.3%로 나타났다. 또한 월평균소득 200-299만원인 경우가 각각 33.3%, 52.1%, 전업주부는 각각 45.6%, 60.6%, 커피 비애호가는 각각 56.1%, 46.5%이었다. 또한 이번이 계획된 임신인 경우가 각각 61.4%, 71.8%이었고, 질식분만을 한 경우가 각각 77.2%, 80.3%로 나타났다. 신생아의 성별은 남아가 각각 56.1%, 50.7%로 나타났고, 모유수유부가 각각 36.8%, 43.7%, 초산부가 각각 70.2%, 57.8%, 산후조력자가 친정어머니인 경우가 각각 79.0%, 63.4%로 나타났다. 두 군 간에 일반적 특성 분포의 동질성을 검증한 결과 유의한 통계적 차이가 관찰되지 않았다(Table 1).

2. 산후우울군과 비우울군의 수면의 질 및 주요 연구변수의 비교

본 연구의 종속변수인 산욕후기 수면의 질 수준은 PSQI 평균 5.89점이었으며, 산후우울군이 7.0점으로 산후비우울군의 5.0점보다 유의하게 높았다( $t = -3.34, p < .01$ ). 특히 수면의 질 하부영역 중 수면기간( $t = -2.04, p < .05$ ), 낮 동안의 기능장애( $t = -3.17, p < .01$ )의 평균점수가 산후 우울군이 산후 비우울군보다 유의하게 높았다. 한편, 수면의 질 분포에서 산후우울군은 75.4%가 양질의 수면(PSQI < 5)을 취하는 것으로 나타났으며, 이는 산후비우울군의 49.3%보다 유의하게 높았다. 반면, 산후비우울군은 50.7%가 낮은 질의 수면(PSQI ≥ 5)을 취하는

Table 1. Comparison of maternal characteristics between postpartum depressive and non-depressive mothers (N=128)

Characteristics	Categories	Depressive mothers (n=57)		Non-depressive mothers (n=71)		$\chi^2$
		f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	
Age(years)	21-25	29(50.9)	29(40.9)	29(40.9)	29(40.9)	1.63
	26-34	23(40.4)	32(45.8)	32(45.8)	32(45.8)	
	>35	5(8.8)	10(15.2)	10(15.2)	10(15.2)	
Education years	Senior high school or below	24(42.1)	23(32.4)	23(32.4)	23(32.4)	1.28
	College/university or higher	33(57.9)	48(67.6)	48(67.6)	48(67.6)	
Religion	Yes	30(52.6)	45(63.4)	45(63.4)	45(63.4)	1.50
	No	27(47.4)	26(36.6)	26(36.6)	26(36.6)	
Marital status	Married	56(98.3)	68(95.8)	68(95.8)	68(95.8)	0.63
	Single	1(1.8)	3(4.2)	3(4.2)	3(4.2)	
Family structure	Living with child	47(82.5)	62(87.3)	62(87.3)	62(87.3)	0.59
	Living without child	10(17.5)	9(12.7)	9(12.7)	9(12.7)	
Monthly income (10,000won)	<200	19(33.3)	16(22.5)	16(22.5)	16(22.5)	4.82
	2000-299	19(33.3)	37(52.1)	37(52.1)	37(52.1)	
	300-399	11(19.3)	9(12.7)	9(12.7)	9(12.7)	
	>400	8(14.0)	9(12.7)	9(12.7)	9(12.7)	
Job	Professional	12(21.1)	10(14.1)	10(14.1)	10(14.1)	2.90
	Non-professional	19(33.3)	18(25.4)	18(25.4)	18(25.4)	
	No	26(45.6)	43(60.6)	43(60.6)	43(60.6)	
Drinking alcohol	Yes	24(42.1)	21(29.6)	21(29.6)	21(29.6)	2.17
	No	33(57.9)	50(70.4)	50(70.4)	50(70.4)	
Drinking coffee	Yes	25(43.9)	38(53.5)	38(53.5)	38(53.5)	1.18
	No	32(56.1)	33(46.5)	33(46.5)	33(46.5)	
Planned pregnancy	Yes	35(61.4)	51(71.8)	51(71.8)	51(71.8)	1.55
	No	22(38.6)	20(28.2)	20(28.2)	20(28.2)	
Birth types	Vaginal delivery	44(77.2)	57(80.3)	57(80.3)	57(80.3)	0.18
	Cesarean section	13(22.8)	14(19.7)	14(19.7)	14(19.7)	
Newborn sex	Male	32(56.1)	36(50.7)	36(50.7)	36(50.7)	0.37
	Female	25(43.9)	35(49.3)	35(49.3)	35(49.3)	
Feeding types	Breast	21(36.8)	31(43.7)	31(43.7)	31(43.7)	2.41
	Bottle	19(33.3)	15(21.1)	15(21.1)	15(21.1)	
	Mixed	17(29.8)	25(35.2)	25(35.2)	25(35.2)	
Parity	Primipara	40(70.2)	41(57.8)	41(57.8)	41(57.8)	2.10
	Multipara	17(29.8)	30(42.3)	30(42.3)	30(42.3)	
Postnatal care provider	Mother	45(79.0)	45(63.4)	45(63.4)	45(63.4)	4.47
	Mother in law	4(7.0)	13(18.3)	13(18.3)	13(18.3)	
	Other(e.g.;Sanhujori-center)	8(14.0)	13(18.3)	13(18.3)	13(18.3)	

Table 2. Comparison of main variables between postpartum depressive and non-depressive mothers (N=128)

Variables	Depressive mothers (n=57)		Non-depressive mothers (n=71)		t
	M(SD)	Min/Max	M(SD)	Min/Max	
Sleep quality (PSQI)	7.0(3.8)	0-15	5.0(2.7)	1-13	-3.34**
Subjective sleep quality	1.5(0.9)	0-3	1.2(0.6)	0-3	-1.95
Sleep latency	1.2(0.9)	0-3	0.9(0.8)	0-3	-1.96
Sleep duration	1.1(1.1)	0-3	0.8(1.0)	0-3	-2.04*
Sleep efficiency	0.8(1.0)	0-3	0.5(0.9)	0-3	-0.07
Sleep disturbance	1.1(0.6)	0-3	1.1(0.5)	0-3	-0.07
Use of sleeping medication	0.1(0.5)	0-3	0.0(0.0)	0-3	-1.76
Daytime dysfunction	1.2(1.1)	0-3	0.6(0.8)	0-3	-3.17**
	f	%	f	%	$\chi^2$
PSQI ≥ 5 (bad sleeper)	14	24.6	36	50.7	9.08**
PSQI < 5 (good sleeper)	43	75.4	35	49.3	

Table 2. Comparison of main variables between postpartum depressive and non-depressive mothers(continued)(N=128)

Variables	Depressive mothers (n=57)		Non-depressive mothers (n=71)		t
	M(SD)	Min/Max	M(SD)	Min/Max	
Health promoting behaviors	144.3(24.0)	95-183	145.7(31.5)	111-185	0.16
Self-actualization	3.1( 0.6)	1.6-4.0	3.3(0.5)	1.9-4.0	0.16
Health responsibility	3.0( 0.5)	2.1-4.0	3.1(0.4)	2.1-4.0	0.20
Exercise	2.4( 0.8)	1.0-4.0	2.6(0.6)	1.7-4.0	0.14
Nutrition	3.0( 0.6)	1.4-4.0	3.1(0.5)	1.9-4.0	0.17
Interpersonal support	3.1( 0.7)	2.0-4.0	3.2(0.6)	2.0-4.0	0.20
Stress management	2.7( 0.8)	1.6-4.0	2.6(0.6)	1.4-4.0	0.32
Family functioning	126.7(20.1)	85-178	137.7(14.4)	87-169	3.47***
Emotional support	4.0( 0.6)	2.3-4.8	4.2(0.4)	1.8-4.8	2.06*
Time spent together	3.4( 0.8)	1.7-5.0	3.8(0.5)	2.3-4.9	3.26**
Family intimacy	3.4( 0.9)	1.0-5.0	4.1(0.5)	2.7-5.0	5.18***
Family communication	3.3( 0.9)	1.8-5.0	3.5(0.6)	1.8-5.0	1.96
Family rules	3.4( 0.9)	1.2-5.0	3.5(0.7)	1.8-5.0	0.24
Respect for autonomy	3.4( 0.9)	1.5-5.0	3.6(0.6)	2.0-5.0	1.46
Parenting stress (PSI)	100.6(22.4)	50-151	87.3(15.7)	47-122	-3.78***
Child	2.5( 0.7)	1.0-4.7	2.2(0.5)	1.0-3.5	-3.07**
Parent	3.0( 0.7)	1.4-4.1	2.6(0.5)	1.5-3.6	-3.74***

\* <.05, \*\* <.01, \*\*\* <.001

것으로 나타났으며, 이는 산후우울군의 24.6% 보다 유의하게 높았다( $\chi^2=9.08, p<.01$ ).

산욕후기 수면의 질 관련요인으로 건강증진행위의 평균점수는 산후우울군(평균 144.3점)이 산후비우울군(평균 145.37점)에 비해 낮았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 또한, 가족기능의 평균점수는 산후우울군이 126.7점으로 산후비우울군 137.7점에 비해 유의하게 저조했으며( $t=3.47, p<.001$ ), 특히 6개 하부영역 중 정서적 지지( $t=2.06, p<.05$ ), 생활시간 공유( $t=3.26, p<.01$ ), 가족원간의 친밀감( $t=5.18, p<.001$ ) 수준이 유의하게 낮게 나타났다. 양육 스트레스의 평균점수에서도 산후우울군이 100.6점으로 산후비우울군 87.3점에 비해 유의하게 높았으며( $t=-3.78, p<.001$ ), 2개 하부영역인 자녀영역( $t=-3.07, p<.01$ ), 부모영역( $t=-3.74, p<.001$ ) 스트레스 수준 모두에서 유

의하게 높게 나타났다(Table 2).

### 3. 산후우울군과 비우울군의 일반적 특성에 따른 수면의 질 차이

산후우울군과 산후비우울군 각각에서 제 일반적 특성에 따른 수면의 질 차이를 살펴본 결과, 산후우울군의 경우에는 현재 전업주부( $F=4.99, p<.05$ )이고, 커피를 마시지 않으며( $F=-2.50, p<.05$ )이며, 산과력이 초산모( $F=2.04, p<.05$ )일수록, 반면 산후비우울군에서는 고졸이하의 교육수준을 가진 산욕부일수록( $t=2.30, p<.05$ ) 수면의 질 평균점수가 유의하게 높았으며, 그 밖에 다른 특성에 대해서는 두 그룹 모두 수면의 질에 차이가 없었다(Table 3).

Table 3. Differences in postpartum sleep quality by general characteristics

(N=128)

Characteristics	Categories	Depressive mothers (n=57)				Non-depressive mothers (n=71)			
		f	M	SD	t/F	f	M	SD	t/F
Age(years)	21-25	29	7.1	3.8	0.18	29	4.9	2.2	0.02
	26-34	23	6.6	4.0		32	5.0	2.9	
	>35	5	7.6	2.7		10	5.0	3.4	
Education years	Senior high school or below	24	7.1	3.6	0.28	23	6.0	3.2	2.30*
	College/university or higher	33	6.8	3.9		48	4.5	2.4	
Religion	Yes	30	6.8	3.4	-0.28	45	4.7	2.7	-1.36
	No	27	7.1	4.2		26	5.6	2.8	
Marital status	Married	56	6.9	3.8	-0.26	68	5.1	2.7	1.75
	Single	1	8.0	-		3	2.3	0.6	
Family structure	Nuclear	47	7.3	3.6	1.39	62	4.9	2.6	-0.26
	Extended	10	5.5	4.1		9	5.2	3.4	

Table 3. Differences in postpartum sleep quality by general characteristics(continued)

(N=128)

Characteristics	Categories	Depressive mothers (n=57)				Non-depressive mothers (n=71)			
		f	M	SD	t/F	f	M	SD	t/F
Monthly income (10,000won)	<200	19	8.3	3.5	1.55	16	5.8	3.8	1.57
	200-299	19	6.6	4.2		37	5.1	2.1	
	300-399	11	5.3	3.6		9	4.4	1.9	
	>400	8	7.0	2.8		9	3.5	2.7	
Job	Professional	12	5.4b	2.8	4.99*	10	5.1	3.6	0.12
	Non-professional	19	5.7b	3.9		18	4.7	2.9	
	No	26	8.6a	3.4		43	5.0	2.4	
Drinking alcohol	Yes	24	6.4	3.9	-0.99	21	5.9	2.8	1.84
	No	33	7.4	3.6		50	4.6	2.5	
Drinking coffee	Yes	25	5.6	4.0	-2.50*	38	5.1	2.9	0.43
	No	32	8.0	3.2		33	4.8	2.5	
Wanted pregnancy	Yes	35	6.8	3.6	-0.43	51	4.9	2.7	-0.19
	No	22	7.2	4.0		20	5.1	2.8	
Birth types	Vaginal delivery	44	7.2	3.7	0.83	57	5.0	2.8	0.43
	Cesarean section	13	6.2	3.8		14	4.7	2.3	
Newborn sex	Male	32	7.2	3.5	0.56	36	5.1	3.0	0.61
	Female	25	6.6	4.1		35	4.8	2.4	
Feeding types	Breast	21	7.2	3.3	1.89	31	5.2	2.8	0.94
	Bottle	19	5.7	3.4		15	5.4	2.8	
	Mixed	17	8.1	4.4		25	4.4	2.4	
Parity	Primipara	40	7.6	3.7	2.04*	41	4.9	2.8	-0.17
	Multipara	17	5.4	3.5		30	5.0	2.6	
Postnatal care provider	Mother	45	6.6	3.6	2.64	45	5.0	2.7	0.01
	Mother in law	4	6.0	4.2		13	5.0	3.0	
	Other(e.g.,Sanhujori-center)	8	9.7	3.5		13	4.9	2.6	

\* < .05

a Means with the different alphabet letter are significantly different in Duncan's post hoc analysis

#### 4. 산후우울군과 비우울군의 수면의 질과 관련요인과의 관계

산후우울군과 비우울군의 주관적 수면의 질과 건강증진행위, 가족기능, 양육스트레스와의 상관관계를 조사한 결과는 Table 4와 같다. 산후우울군은 전반적인 건강증진행위 실천이 높을수록( $r=-.31, p<.05$ ), 특히 하부 영역 중 자아실현( $r=-.27, p<.05$ ), 운동과 휴식의 실천정도( $r=-.38, p<.01$ ), 스트레스 관리( $r=-.31, p<.01$ ) 수준이 높을수록 수면의 질이 양호하였으며, 가족기능의 하부영역 중 가족의 친밀감이 높을수록 수면의 질이 낮아지는 반면( $r=.34, p<.05$ ), 가족 의사소통이 높을수록 수면의 질이 양호하였으며( $r=-.34, p<.01$ ), 양육 스트레스의 하부영역인 부모영역 스트레스가 높을수록 ( $r=.31, p<.05$ ) 수면의 질 수준이 낮아졌다( $r=.31, p<.01$ ).

한편 산후비우울군은 건강증진행위의 하부 영역인 자아실현( $r=-.23, p<.05$ )이 높고, 가족기능의 하부영역 중 정서적 지지( $r=-.23, p<.05$ )와 가족의 친밀감( $r=-.28, p<.05$ )이 높을수록 수면의 질이 양호하였으며, 전반적인 양육 스트레스가 높을수록 수면의 질 수준이 낮았다( $r=.37, p<.01$ ).

Table 4. Correlation among postpartum sleep quality and independent variables (N=128)

Variables	Postpartum sleep quality	
	Depressive mothers (n=57)	Non-depressive mothers (n=71)
Health promoting behaviors	-.31*	-.20
Self-actualization	-.27*	-.04
Health responsibility	-.22	-.10
Exercise and rest	-.38**	-.23
Nutrition	-.14	-.11
Interpersonal support	-.17	-.13
Stress management	-.31**	-.23*
Family functioning	-.15	-.21
Emotional support	-.10	-.23*
Time spent together	-.11	-.10
Family intimacy	.34*	-.28*
Family communication	-.34**	-.12
Family rules	-.24	-.10
Respect for autonomy	-.23	-.09
Parenting stress index	.23	.37**
Child	.07	.37**
Parent	.31*	.32**

\* < .05, \*\* < .01



## 바 의

에너지가 소진되는 출산의 고통을 겪은 산육부들이 산육기 동안 경험하는 가장 심각한 스트레스원은 불충분한 수면(Huang, Chang, & Chin, 1993)이며, 이는 산육부의 건강 증진과 긍정적인 모성역할의 수행을 방해하는 대표적인 신체적 요인이다. 그동안 산육부의 수면특성과 산후우울과의 유의한 관련성에도 불구하고 이 분야에서의 근거기반연구는 매우 제한적이었으며(Ross, Murray, & Steiner, 2005), 그 결과 수면에 기초한 산후우울 증상의 조기선별 및 관리가 미비한 실정이다.

이에 본 연구에서는 산육부 주관적 수면의 질과 산후우울과의 상관성에 관한 선행연구(Huang, Carter, & Guo, 2004; Wolfson et al., 2003)에 기초하여, 산후우울증의 조기발견과 조기치료에 목적을 둔 경증 산후우울 선별 기준(EPDS 총점 10점)에 따라 대상자를 산후우울군과 비우울군으로 분류한 다음, 각 군의 수면의 질 특성과 관련요인간의 상관성을 비교분석하였다.

본 연구결과 산육후기 산모들의 산후 우울 정도는 EPDS 9.22점이었다. 이는 국내에서 동일한 산육시기 및 측정도구를 사용한 Song(2007)의 연구에서 산육부의 산후우울 정도가 8.5점이었고, 산육시기는 다르지만 동일한 측정도구를 사용한 연구(Ahn & Kim, 2003; Park et al., 2004; Yeo, 2006)에서 6.52-8.63점이었던 것과 비교하면 다소 높은 편이다. 본 연구의 대상자를 경증 산후우울증 선별 기준에 근거하여 산후우울군과 비우울군으로 분류한 결과 산후우울군의 분포는 44.5%인 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 동일한 산후우울 측정도구를 사용한 국내 선행연구(Ahn & Kim, 2003; Park et al., 2004; Yeo, 2006)에서 산후우울 측정 기간이 상이하고 산후우울 선별 절단점이 EPDS 12점(임상적 고위험 산후우울증)이었기에 직접적인 비교는 어렵겠지만, 산후우울군의 분포가 약 10~21% 이었던 점과 비교하면 훨씬 높은 분포이다. 또한 타이완 산육부의 산후우울증과 수면양상에 관한 연구(Huang, Carter, & Guo, 2004)에서 산후우울군의 분포가 50%이었던 점과 비교하더라도, 본 연구에서 나타난 산후우울군의 분포는 비슷한 수준으로 높은 것이기에 산후우울 발현의 위험이 큰 산육후기(삼칠일후~산육 6주)에 경증 산후우울의 조기발견과 관리를 위한 체계적인 선별프로그램의 필요성을 시사한다 하겠다.

Buysse 등(1989)은 Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI) 점수 5점을 기준으로 5점 이상은 숙면을 방해받고 있는 상태인 것으로 분류하였는데, 본 연구 대상자의 수면의 질은 PSQI 평균 5.89점으로 수면의 질이 낮았다. 특히 수면의 질 특성 분포에서 산후우울군의 75.4%가 양질의 수면(PSQI<5)을 취하고 있고, 산후비우울군의 50.7%가 질 낮은 수면(PSQI≥5)을

취하고 있음에도 불구하고, 수면의 질 수준은 산후우울군(PSQI 7.0점)이 산후비우울군(PSQI 5.0점)에 비해 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는, 산후우울의 측정도구와 시기가 달라 직접적인 비교는 어렵겠지만, 한 타이완 산육부의 수면의 질 연구(Huang, Carter, & Guo, 2004)에서 산후우울군의 경우 PSQI 점수는 평균 10.99점이고, 100%가 질 낮은 수면을 취하고 있는 한편 산후비우울군의 PSQI 점수는 평균 8.17점으로 10%만이 양질의 수면을 취한다고 보고된 것과 비교하면, 본 연구의 산후우울군, 산후비우울군의 수면의 질 수준이 다소 양호한 편이다. 또한 국내에서 동일한 측정도구를 이용하여 수행된 Lee(2004)의 연구에서 18-39세 성인초기 건강한 여성의 수면의 질 평균이 5.2점이고, 62.6%가 양질의 수면을 취하고 있다고 보고된 것과 비교하면, 본 연구의 산후우울군의 경우 수면의 질 수준은 더 낮으나 양질의 수면을 취한다는 응답자 비율은 약간 더 높은 편이고, 산후비우울군의 수면의 질 수준은 비슷한 수준이지만 양질의 수면을 취한다는 응답자의 비율은 훨씬 적은편이다. 또한 비록 측정도구가 달라 직접적인 비교는 어렵겠지만, Lee(2006)가 산육기 5-8주경 모성의 주관적 수면의 질 평가가 '나쁘다' 84.1%, '좋다' 15.9%이며, 수면의 양에 대한 평가가 '부족하다' 65.9%, '충분하다' 34.1%라고 보고한 것과 비교하면, 본 연구의 산후우울군, 산후비우울군의 수면의 질 수준이 다소 양호한 편이다. 나아가 이러한 결과를 건강한 미국인(평균 2.67점)(Buysse et al., 1989)과 비교하면 국내 산육후기 여성의 주관적 수면의 질 수준이 대체로 낮음을 알 수 있다.

한편 산후우울군과 비우울군간에 수면의 질 하부 영역별 점수를 비교해본 결과, 산후우울군은 비우울군에 비해 수면 기간과 낮 동안의 기능장애의 수준이 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이는 비록 대상자의 산과적 특성, 산육기간과 산후우울 측정도구 및 선별 절단점이 달라 직접적인 비교는 어렵지만, 동일한 수면의 질 측정도구를 사용했던 Huang, Carter와 Guo(2004)의 산육초기(산후 3주경과) 초산모 수면의 질 비교 연구에서 산후우울군, 비우울군이 각각 평균 11.0점, 8.2점으로 산후우울군 수면의 질 정도가 비우울군에 비해 유의하게 더 낮았으며, 7개 하부영역 모두에서 유의하게 낮게 나타난 것과 비교할 때, 본 연구 대상자의 수면의 질이 다소 양호할 뿐 대부분 유사한 결과이다.

또한 산후우울군의 7개의 수면의 질 하부 영역별 점수는 주관적 수면의 질 평균이 가장 높았고, 수면 잠재기, 낮 동안의 기능 장애, 수면 기간, 수면장애, 수면의 효율성, 수면체의 사용 순이었다. 반면, 산후비우울군은 주관적 수면의 질이 동일하게 가장 높았으나, 그 다음으로는 수면장애, 수면 잠재기, 수면 기간, 낮 동안의 기능 장애, 수면체의 사용 순으로 나타났다. 이렇듯 각 군의 수면의 질 하부 영역별 점수에서 수면

제의 사용이 공통적으로 가장 낮게 나타난 것은 산욕부가 수면제 복용이 영아에 미치는 영향을 염려한 모성적 영아보호 본능에서 비롯된 것으로 유추되며, 이는 Huang, Carter와 Guo(2004)의 연구에서도 산후우울군, 비우울군 모두 수면제의 사용 점수가 가장 낮게 보고된 것과 일치되는 결과이다. 반면, 각 군의 수면의 질 하부 영역별 점수에서 '주관적 수면의 질'이 가장 높게 나타난 것은 Huang, Carter와 Guo(2004)의 연구에서 산후우울군, 비우울군 모두에서 '수면기간' 이, Lee(2004)의 연구에서 18-39세 여성의 수면의 질 하부영역별 점수 중 '낮 동안의 기능장애'가 가장 높게 나타난 것과 비교하면 다소 상이한 결과이다.

이상의 결과는 산후우울 정도에 따른 산욕부 수면의 질은 다측면적인 속성을 가지며, 특히 산후우울군의 수면의 질 수준은 산후비우울군뿐만 아니라 동일 연령층의 일반 여성인구에 비해 낮고, 수면기간 단축 및 낮 동안의 모유수유, 목욕시키기 등의 산욕후기 본격적인 양육역할에의 부적응 위험이 상대적으로 클 수 있음을 시사하는 것이다. 따라서 만일 산후우울 정도에 따라 수면의 질 향상을 위한 개별적인 간호중재를 제공한다면, 산욕후기 양육역할에의 적응에 긍정적인 영향을 줄뿐만 아니라, 양육스트레스에 감소에 의한 산후우울의 예방에도 기여할 수 있으리라 사료된다. 또한 각 군의 주관적 수면의 질 하부영역에서 주관적 수면의 질이 가장 높게 측정되어 대상자가 인지하는 전반적인 수면의 질이 낮음을 의미함에도 불구하고 각 군 수면의 효율성은 비교적 양호하게 나타났는데, 이는 자가 보고에 의한 주관적 수면의 질 측정이 실제 상황과 다를 수 있음을 시사하는 것이다.

본 연구에서 각 군의 일반적 특성에 따른 수면의 질 정도를 살펴본 결과, 산후우울군의 경우 현재 전업주부이고, 커피를 마시지 않으며, 산과력 상 초산모일수록 수면의 질 수준이 유의하게 낮은 반면, 산후비우울군에서는 고졸이하의 교육수준을 가진 산욕부일수록 수면의 질 수준이 유의하게 낮았고 그 외 연령, 종교, 결혼상태, 가족 형태, 월수입, 음주유무, 임신의 계획성, 분만유형, 신생아 성별, 수유 방법, 산후조리 조력자 등의 요인에서는 각 군 모두 유의한 차이가 없었다. 이와 같이 산후우울군에서 수면의 질이 대상자가 전업주부일수록 유의하게 낮게 나타난 것은 Gay, Lee와 Lee(2004)의 연구에서 산욕기 1개월 동안 부부의 수면유형이 직업유형에 따라 유의한 차이가 나타난 사실을 지지하는 결과이다. 한편 이는 선행연구에서 산욕부의 수면유형이 수유형태에 따라 유의한 차이가 난다고 보고된 것이나(Blyton, Sullivan, & Edwards, 2002), 산욕부의 수면장애 원인을 야간수유를 포함하는 영아 양육책임으로 보는(Nishihara & Horiuchi, 1998) 일반적인 입장과 비교해도 상반되는 결과이다. 아울러 Lee(2006)의 연구에서 산욕부 수면의 질이 영아의 성별과 남편의 협조 정도에

따라 유의한 차이가 난 반면, 연령, 교육, 직업상태, 월수입, 가족형태, 분만형태, 임신 원함 여부, 임부교실 참여여부, 분만력, 산후조리장소, 집안일 도와주는 사람, 아기 양육 도와주는 사람, 아기와 함께 수면, 수유형태, 산모건강문제, 아기건강문제에 따라서는 유의한 차이가 없는 것으로 보고된 것과도 상이한 결과이다. 대상자가 산욕부 여성이 아니어서 직접적인 비교는 어렵지만 Lee(2004)의 연구에서 18-39세 여성의 수면의 질이 결혼상태, 학력, 동거유형, 지각된 건강상태, 질환 유무, 운동유무, 흡연유무, 음주유무, 월경상태 등에 따라 유의하게 차이가 났던 점과 비교해도 다소 상이한 결과이다. 이상에서 산욕부의 일반적 특성에 따른 수면의 질에 관한 선행연구 결과들이 상이하게 나타난 것은 상이한 측정도구와 산욕기간에 기인하는 결과일 수 있기에 추후 대상자의 모든 특성 변수를 포괄적으로 포함하는 연구가 필요하다 하겠다. 더 나아가 산욕후기 산욕부의 수면의 질 향상을 위한 중재를 개발하기 위해서는 산후 우울 정도에 따른 인구사회학적 위험요인의 사정에 근거한 개별화된 간호중재를 제공해야 할 것으로 사료된다.

본 연구에서 산후우울군과 비우울군의 수면의 질 관련요인으로 건강증진행위 실천정도를 살펴본 결과 각각 평균 144.3 점, 145.7점으로 비교적 높은 편이었으며, 산후우울군의 건강증진행위 실천정도가 산후비우울군 보다 낮은 경향을 보였다. 또한 건강증진행위의 하부영역별 실천정도를 살펴보면, 두 군 모두 자아실현과 대인관계지지가 가장 높은 반면 운동과 휴식의 실천 정도가 대체로 저조하였다. 이는 Jo(1998)의 연구에서 산욕기 4-6주째 산욕부의 건강증진행위의 실천정도가 평균 142.3점이었고, 하부영역별 실천정도는 자아실현이 가장 높았고 건강책임, 영양, 대인관계지지의 실천 정도는 비교적 높았으나 스트레스 관리 및 운동과 휴식의 실천 정도는 낮다고 보고된 것과 비교할 때 유사한 결과이다. 이렇듯 산욕부 두 군의 건강증진행위의 실천정도가 높게 나타난 것은 전통적으로 산후관리를 중요시하는 문화적 요인에 근거한다고 볼 수 있겠다. 최근 분만 후 조기퇴원을 권장하는 의료 환경적 분위기와 핵가족화에 따른 가족지지체계의 부족, 근거기반연구에 기초한 산후조리원 및 산욕기 가정간호서비스의 제공이 제도화되지 않은 국내 산욕부 건강관리체계의 현황을 고려할 때, 산욕부 자신의 건강증진행위의 실천이 무엇보다도 중요하다고 볼 수 있겠다. 또한 산후우울군과 비우울군의 수면의 질과 건강증진행위간의 관련성을 살펴본 결과, 산후우울군은 전반적인 건강증진행위 실천이 낮을수록, 특히 자아실현, 운동과 휴식, 스트레스 관리 수준이 낮을수록 수면의 질 수준이 유의하게 낮은 반면, 산후비우울군은 건강증진행위로서 자아실현 정도가 낮을수록 수면의 질 수준이 유의하게 낮았다. 이와 같은 결과는 산후우울의 위험이 상대적으로 높은 산욕부

의 수면의 질 증진을 위한 간호중재 개발 시, 산후우울군의 수면의 질 증진을 위해서는 전반적인 건강증진행위의 실천과 함께 특히 자아실현, 운동과 휴식, 스트레스 관리의 중요성을 강조하는 한편, 산후비우울군을 위해서는 스트레스 관리를 강조하는 건강증진 프로그램을 포함시켜야 함을 시사하는 것이다.

다음으로 산후우울군과 비우울군의 수면의 질 관련요인으로 가족기능 정도를 살펴본 결과, 가족기능의 평균점수는 산후우울군이 126.7점으로 산후비우울군 137.7점에 비해 유의하게 저조했으며, 특히 6개 하부영역 중 정서적 지지, 생활시간 공유, 가족원간의 친밀감 수준이 유의하게 낮게 나타났다. 또한 산후우울군과 비우울군의 수면의 질과 가족기능과의 상관성 분석에서 산후우울군의 경우 가족원간의 친밀감이 낮고 가족 의사소통 수준이 높을수록, 그리고 산후비우울군에서는 가족원간의 정서적 지지와 친밀감이 높을수록 수면의 질이 양호한 것으로 나타났다. 사회적 지지 자원으로서 기능적인 가족이란 가족 내의 하위체계간 경계가 분명하면서도 경직되지 않아 원만한 상호작용이 이뤄지고, 가족원 개개인의 자율성과 발전을 도모하는 동시에 가족원들 간에 친밀감과 유대감이 있으며, 명확하고 융통성 있는 가족규칙에 기초하여 가족체계의 변화와 가족구성원간의 갈등상황에 잘 대처하여 신속하게 안정을 되찾고 균형 상태를 유지할 수 있는 힘을 가진 가족을 의미한다(Choi & Yoo, 2003). Park 등(2004)이 산후우울과 가족기능과의 부적 상관성을 보고한 점이나, Ahn(2004)이 산후우울과 사회적 지지와의 정적 상관성을 보고한 점을 고려할 때, 상기 연구결과는 추후 산욕후기 모성의 수면의 질 향상을 위한 간호중재 프로그램을 개발 시 가족기능을 증진시킬 수 있는 전략이 포함되어야함을 시사하는 것이다. 특히 산후우울 정도에 따라 산후우울군은 가족구성원간의 지나친 친밀감을 경계하면서도 가족 의사소통을 향상시키는 한편, 산후비우울군은 가족원간의 정서적 지지와 친밀감을 높이는 각기 차별화된 가족기능 증진을 위한 간호중재를 계획해야 할 것으로 사료된다.

마지막으로 산후우울군과 비우울군의 주관적 수면의 질 관련요인으로 양육스트레스 정도를 살펴본 결과, 양육 스트레스의 평균점수에서 산후우울군이 100.6점으로 산후비우울군 87.3점에 비해 유의하게 높았으며, 2개 하부영역인 자녀영역과 부모영역 스트레스 수준 모두에서 유의하게 높게 나타났다. 또한 산후우울군과 비우울군의 수면의 질과 양육스트레스와의 상관성 분석에서, 산후우울군은 부모영역 양육스트레스, 산후비우울군은 양육 스트레스 하부 모든 영역간에 유의한 상관성을 나타냈는데, 이는 산욕부 양육스트레스와 수면부족의 유의한 상관성을 설명한 Walker, Sechrist와 Pender(1987)의 선행연구결과를 지지하는 것이다. 이는 일반적으로 영아가 1개월에 접어드는 산욕후기에는 자녀양육의 구체적인 기술 습

득, 부모역할 가중 등의 부모역할뿐만 아니라 영아의 특성에 기인하는 양육스트레스에 의해 산후비우울군의 수면의 질이 크게 영향 받게 된다는 사실을 의미한다. 또한 산후우울 정도가 심할수록 양육스트레스가 증가하고 영아기질을 부정적으로 지각하며 자녀와의 상호작용에 갈등을 느껴 자녀의 신체적, 정서적 건강에 영향을 미칠 수 있다는 선행연구결과(Kwon, Kim, Kim, & Jang, 2006; Yang, 2000)를 고려할 때, 산후우울을 아직 경험하지 않은 산욕부라 하더라도 수면장애 문제를 조기에 사정하여 적절한 관리를 제공하지 않으면 영아의 기질적 특성에 더욱 부정적으로 반응하게 되고, 이로 인해 산후우울의 정도가 악화될 수 있다고 유추할 수 있겠다. 따라서 산후비우울군의 수면의 질 향상을 위해서는 부모 역할뿐만 아니라 영아특성에 기인하는 양육스트레스를 감소시킬 수 있는 간호중재도 포함시켜야 할 것으로 보인다.

이상의 결과는 산후우울군, 비우울군의 수면의 질이 각기 상이한 인구사회학적, 산과적, 사회심리행동적 요인에 의해 영향을 받는다는 사실을 입증하는 것으로서 각 군의 수면의 질 향상을 위한 간호중재 시 이들을 고려한 차별화된 접근을 시도해야함을 시사하는 것으로 보인다.

## 결론 및 제언

본 연구에서는 경증 산후우울증 선별 기준인 EPDS 총점 10점에 근거하여 대상자를 산후우울군과 산후비우울군으로 분류한 다음, 산욕부의 주관적 수면의 질 수준 및 관련요인의 상관성을 분석하였다. 연구 결과 산후우울군은 평균 7.0점, 산후비우울군은 평균 5.0점으로 산후우울군의 수면의 질 수준이 산후비우울군 보다 유의하게 낮았다. 산욕후기 산욕부의 수면의 질 관련요인으로 건강증진행위의 실천정도는 산후우울군이 산후비우울군에 비해 저조한 경향을 보였고, 가족기능 수준은 산후우울군이 산후비우울군에 비해 유의하게 낮았으며, 양육 스트레스 수준에서도 산후우울군이 산후비우울군에 비해 유의하게 높았다. 산욕부의 제 일반적 특성에 따라 수면의 질 차이를 분석한 결과, 산후우울군은 현재 전업주부이고, 커피를 마시지 않으며, 초산모일수록, 그리고 산후비우울군에서는 고졸이하의 교육수준을 가진 산욕부일수록 수면의 질이 낮게 나타났다. 산욕부의 수면의 질과 제 연구변수들의 관련성을 분석한 결과, 산후우울군은 전반적인 건강증진행위 실천이 낮고, 가족 간의 친밀감이 높은 반면 가족 의사소통 수준은 낮으며, 부모영역의 양육스트레스가 높을수록, 그리고 산후우울군은 건강증진행위의 스트레스 관리 수준이 낮고, 가족의 정서적 지지와 친밀감이 낮으며, 전반적인 양육 스트레스가 높을수록 수면의 질 수준이 낮았다.

이상의 연구결과는 국내 산욕후기 산욕부의 수면의 질 수

준은 의료인의 관심을 요구하는 수준이며, 산후우울 정도에 따라 복합적이고 다차원적인 요인들과 관련되어 있음을 시사하는 것이다. 특히 간호제공자들이 산욕후기 산욕부의 수면의 질 관리를 위한 수면장애 위험요인 사정 시 산후우울군은 전반적인 건강증진행위, 가족의 친밀감과 의사소통, 부모측 양육스트레스 요인, 그리고 산후비우울군은 스트레스 관리, 가족의 정서적 지지와 친밀감, 전반적인 양육스트레스를 우선적으로 고려해야함을 시사하는 것이다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 추후연구 설계 시, 산후우울 유발시기와 산욕부의 회복정도를 고려한 산후 6개월까지 시기별 균등한 표본추출 및 산욕기 호르몬 변화와 수면의 질 상관성을 규명하기 위한 생리적 변수에 관한 종단적 분석이 요구된다.
- 본 연구에서 분석된 변수 이외의 산욕후기 모성의 수면의 질에 영향을 미치는 영아측 요인으로 영아의 기질적 특성, 영아의 수면행동과 함께 배우자의 수면행동, 양육활동 참여 정도를 포함시키는 추후 연구가 필요하다.
- 대상자의 주관적 수면의 질 평가와 병행하여 수면다원검사, 수면-각성 활동도검사, 수면일기 등의 객관적 도구를 사용하여 수면-각성 유형을 측정하는 연구가 요구된다.
- 산욕후기 모성의 수면의 질 향상을 위한 프로그램 개발 시 산후우울 정도에 따라 개별화된 관리를 계획해야할 필요가 있다.
- 산욕후기 모성의 수면의 질 향상을 위한 간호중재 프로그램을 개발 시 가족기능과 건강증진행위를 증진시키며 양육 스트레스를 완화시킬 수 있는 전략을 포함하여 그 효과를 검증하는 연구가 요구된다.

## References

- Ahn, O. S. (2004). The influence of parenting stress and social support on postpartum depression among mothers during puerperium. Unpublished master's thesis, Dongguk University, Gyeongju.
- Ahn, T. M., & Kim, J. H. (2003). Comparison of maternal self-esteem, postpartal depression, and family function in mothers of normal, and of low birth-weight infants. *J Korean Acad Nurs*, 33(5), 580-590.
- Armstrong, K. L., Van Haeringen, A. R., Dadds, M. R., & Cash, R. (1998). Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: separating the chicken from the egg. *J Paediatr Child Health*, 34, 260-262.
- Bai, J. I. (1996). *Construction of a postpartum depression model*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.
- Blyton, D. M., Sullivan, C. E., & Edwards, N. (2002). Lactation is associated with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res.*, 11, 297-303.
- Byusse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The pittsburgh sleep quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28:193-213.
- Choi, H. J., & Yoo, Y. J. (2003). The development of Korean family functioning scale. *J Korean Home Management Association*, 21(3), 15-28.
- Civic, D., & Holt, V. L. (2000). Maternal depression symptoms and child behavior problems in a nationally representative normal birth weight sample. *Matern Child Health J*, 4, 215-221.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, 32(3), 187-193.
- Friedman, M. M. (1981). *Family nursing theory & assessment*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Han, K., Kim, M., & Park, J. (2004). The edinburgh postnatal depression scale, Korean version: Reliability and validity. *J Korean Soc Ther Psychiatry*, 10(2), 202-207.
- Huang, C. H., Chang, S. H., & Chin, C. C. (1993). Correlates of stress perceived by women during puerperium(Chinese). *Public Health Quarterly*, 20(1), 29-45.
- Huang, C. M., Carter, P. A., & Guo, J. L. (2004). A Comparison of sleep and daytime sleepiness in depressed and non-depressed mothers during the early postpartum period. *J Nursing Research*, 12(4), 287-295.
- Jo, L. (1998). A study on factors influencing the health promoting behaviors in postpartal women. Unpublished master's thesis, Chonnam National University, Kwangju.
- Kang, M. J., Matsumoto, K., Shinkoda, H., Mishima, M., & Seo, Y. J. (2002). Longitudinal study for sleep-wake behaviours of mothers from pre-partum to post-partum using actigraphy and sleep log. *Psychiatry Clin Neurosci*, 56, 251-252.
- Kwon, M., Kim, H., Kim, N., & Jang, J. (2006). Postpartum depression and maternal role confidence, parenting stress, and infant temperament in mothers of young infants. *J Korean Acad Child Health Nurs* 12(3), 314-321.
- Lee, E. (2004) *A study on quality of women's sleeping by their age group*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Lee, J. Y. (2006). *Fatigue, parenting stress and sleep patterns of women according to period of postpartum*. Unpublished master's thesis, Keimyung University, Daegu.
- Manber, R., & Armitage, R. (1999). Sex, steroids and sleep: a review. *Sleep*, 22(5), 540-554.
- Nishihara, K., & Horiuchi, S. (1998). Changes in sleep patterns of young women from late pregnancy to postpartum: Relationships to their infant's movements. *Percept Motor Skills*, 87, 1043-1056.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of

- postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, 8, 37-54.
- Park, Y. J., Shin, H. J., Ryu, H., Cheon, S. H., & Moon, S. H. (2004). The predictors of postpartum depression. *J Korean Acad Nurs.*, 34(5), 722-728.
- Richard, R., & Abidin, R. (1990). *Parenting Stress Index (PSI)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Ross, L. E., Murray, B. J., & Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *J Psychiatry Neurosci*, 30(4), 247-256.
- Song, J. E. (2007). Predictors of postpartum fatigue between early and late postpartum period in parturient women-divided by 3/4 weeks of postpartum period. *Korean J Women Health Nurs*, 13(4), 299-309.
- Walker, S. B., Sechrist, K. R., & Pender, D. J. (1987). The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81.
- Wolfson, A. R., Crowley, S. J., Anwer, U., & Bassett, J. L. (2003). Changed in sleep patterns and depressive symptoms in first-time mothers: Last trimester to 1-year postpartum. *Behav Sleep Med*, 1(1), 54-67.
- Yang, M. S. (2000). *Relationship between postpartum depression and parenting stress of mother with infant*. Unpublished master's thesis, Kyung Hee University. Seoul.
- Yeo, J. H. (2006). Postpartum depression and its predictors at six months postpartum. *Korean J Women Health Nurs.*, 12(4), 355-362.