



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

문학석사 학위논문

유산 당시의 심리적 고통과  
유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계  
: 적응적 정서조절방략의 조절효과

심 리 학 과

이 수 진

지도교수 김 근 향

2022년 2월

대구대학교 대학원

# 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계

: 적응적 정서조절방략의 조절효과

이 논문을 문학석사 학위논문으로 제출함.

심 리 학 과

이 수 진

지도교수 김 근 향

이수진의 문학석사 학위논문을 인준함.

2022년 2월

심사위원장 \_\_\_\_\_(인)

심 사 위 원 \_\_\_\_\_(인)

심 사 위 원 \_\_\_\_\_(인)

대구대학교 대학원

# 목 차

<b>I. 서론</b> .....	<b>1</b>
1. 연구의 필요성 및 목적 .....	1
2. 유산 .....	3
3. 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상 .....	4
4. 정서조절방략 .....	8
1) 정서조절의 정의 .....	8
2) 정서조절방략 .....	11
3) 정서조절방략과 유산 후 적응 .....	12
5. 유산 당시의 심리적 고통과 적응적 정서조절방략이 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상에 미치는 영향 .....	15
6. 연구문제 및 가설 .....	18
<b>II. 연구방법 및 절차</b> .....	<b>21</b>
1. 연구대상 .....	21
2. 자료수집 및 연구절차 .....	23
3. 측정도구 .....	23
1) 유산 경험 질문지 .....	23
2) 에딘버러 산후우울 척도 .....	24
3) 외상후스트레스 선별 평가지 .....	24
4) 통합적 한국판 CES-D .....	25
5) 사건충격척도 .....	25
6) 정서조절방략 질문지 .....	25
4. 자료 분석 방법 .....	26
<b>III. 결 과</b> .....	<b>27</b>
1. 측정변인 신뢰도 .....	27
2. 측정변인 간 상관분석 .....	28
3. 유산 당시와 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 절단점 비율 .....	29
4. 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향에서 적응적 정서조절방략의 조절효과 .....	31
5. 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향에서 적응적 정서조절방략의 조절효과 .....	36

IV. 논 의 .....	42
참고문헌 .....	51
영문초록 .....	61
부 록 .....	63

## 표 목 차

표 1. 정서조절방략의 적응적, 부적응적 측면 .....	12
표 2. 연구대상자의 특성 .....	21
표 3. 연구대상자의 산과적 특성 .....	22
표 4. 측정변인의 신뢰도 분석 및 평균과 표준편차 .....	27
표 5. 측정변인 간 상관 행렬표 .....	28
표 6. 유산 당시 우울 및 외상후스트레스 증상의 절단점에 따른 비율 .....	30
표 7. 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 절단점에 따른 비율 .....	30
표 8. 유산 당시 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 위계적회귀분석결과 .....	32
표 9. 유산 당시 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균과 표준편차 .....	32
표 10. 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 위계적회귀분석결과 .....	33
표 11. 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균과 표준편차 .....	34
표 12. 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 위계적 회귀분석결과 .....	35
표 13. 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균과 표준편차 .....	35
표 14. 유산 당시 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 위계적회귀분석결과 .....	37
표 15. 유산 당시 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 평균과 표준편차 .....	37
표 16. 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 위계적회귀분석결과 .....	39
표 17. 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 평균과 표준편차 .....	39
표 18. 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 위계적회귀분석결과 .....	41
표 19. 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 평균과 표준편차 .....	41

## 그림 목 차

그림 1. 정서조절 과정 모델 .....	9
그림 2. 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계에서 적응적 정서조절방략의 조절효과 모형 .....	20
그림 3. 유산 당시의 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균 .....	32
그림 4. 유산 당시의 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균 .....	35

유산 당시의 심리적 고통과  
유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계  
: 적응적 정서조절방략의 조절효과

이 수 진

대구대학교 대학원  
석사과정 심리학과

지도교수 김 근 향

(초 록)

본 연구는 유산 경험 당시의 심리적 고통이 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상에 미치는 영향을 확인하고 적응적 정서조절방략이 이를 완화시켜 주는지 조절효과를 검증하였다. 유산을 경험한지 10년 이내의 여성 126명이 연구에 참여하였고, 참여자들의 연령은 평균 34.25세, 유산 경과 기간은 평균 19.37개월이었다. 출산 및 육아와 관련된 인터넷 카페에서 온라인 설문 실시를 통해 자료를 수집하였다. 상관분석 결과, 유산 당시 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상은 유의한 정적 상관이 나타났다. 적응적 정서조절방략은 유산 후 우울 증상과 유의한 부적 상관이 나타났으나 외상후스트레스 증상과는 유의한 상관을 보이지 않았다. 조절효과 검증을 위한 위계적회귀 분석 결과, 유산 당시의 심리적 고통이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향에서 적응적 정서조절방략의 하위유형 중 접근적, 지지추구적 정서조절방략의 조절효과가 유의하게 나타났다. 유산 당시의 심리적 고통이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향에서 적응적 정서조절방략의 하위유형 모두 조절효과가 유의하지 않게 나타났다. 이러한 결과는 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 증상의 관계에서 적응적 정서조절방략의 역할이 중요함을 시사한다. 본 연구는 유산 당시의 심리적 고통을 호소하는 여성에게 심리적 개입이 필요함을 확인하였고, 접근적 정서조절방략과 지지추구적 정서조절방략이 유산 후 우울 증상의 완화에 도움이 됨을 확인하였다는데 의의가 있다.

**주요어:** 유산, 심리적 고통, 우울, 외상후스트레스, 정서조절방략



# I. 서론

## 1. 연구의 필요성 및 목적

유산 경험은 여성들에게 애착 대상의 상실이라는 외상 경험으로 지각되어 심리적 고통을 유발하며 일부 유산 여성들은 시간이 경과하였음에도 불구하고 여전히 심리적 고통을 경험한다. 따라서 본 연구에서는 유산 당시에 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계를 살펴보고자 하며 이들의 관계에서 적응적 정서조절방략의 조절효과를 확인하고자 한다.

임부에게 예상하지 못한 유산은 충격적인 사건으로 지각된다. 유산 경험은 임부에게 태아의 상실, 어머니 역할에 대한 기대 상실을 경험하게 하며 유산 이후 수술이나 시술과 같은 의학적 처치 등은 신체적, 심리적 증상을 동반하는 외상 사건으로 지각될 수 있다(김애립, 2019). 실제로도 유산을 경험한 여성은 신체증상과 함께 유산 후 슬픔, 충격, 죄책감, 우울, 신경과민 등을 경험한다고 보고된다(정재원 등, 2009). Farren 등(2020)에 따르면 유산을 경험한 지 1개월이 지난 시점에서 유산 여성의 29%는 외상후스트레스, 11%는 우울, 24%는 불안을 경험하였다고 보고하였으며 유산 이후 높은 수준의 불안과 우울을 보인 여성들은 외상후스트레스 장애 또는 외상후스트레스 증상을 보였다(Inger et al., 2013).

그러나 유산 경험 이후 모든 여성들이 주요우울장애나 외상후스트레스 관련 장애를 진단 받는 것은 아니며 외상 사건과 관련된 정서 지각 수준과 정서조절 정도에 따라 우울 및 외상후스트레스 증상의 심각도에서 차이를 보일 수 있다. 외상 사건을 경험한 개인은 두려움, 무력감, 공포, 죄책감, 수치심, 분노, 슬픔 등 다양한 종류의 정서반응을 경험하며(안현의, 박철옥, 주혜선, 2012), 외상 관련 부정 정서를 효과적으로 해소하지 못하거나 부적절하게 표출하는 경우 심리적 부적응과 정신병리를 초래하게 된다. 부정 정서를 조절하기 위해 정서조절방략을 얼마나 다양하고 적절하게 사용하는가에 따라 부정 정서의 해소뿐만 아니라 개인의 정신건강 상태가 결정될 수 있다(지은혜, 조용래, 2009). 즉, 유산 경험 자체가 우울이나 외상후스트레스 증상과 같은 심리적 부적응을

유발하기 보다는 유산 경험에 대한 개인의 정서 반응과 유산으로 인한 부정적인 정서를 해소하기 위해 사용하는 정서조절방략이 우울과 외상후스트레스 증상의 발생 및 유지에 영향을 미칠 것으로 예상해볼 수 있다. 따라서 본 연구에서는 이에 근거하여 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상의 발현에 영향을 미치는 변인으로 유산 당시의 심리적 고통과 이를 완화 시키는 정서조절방략에 주목하고자 한다.

Lazarus(1966)의 스트레스-대처 모델은 스트레스 사건으로 인해 유발된 부정 정서를 조절하는 방략을 스트레스 사건에 대한 대처 반응으로 보았다. 이러한 대처 반응은 두 가지로 구분된다. 문제 중심적 대처는 상황 자체를 변화시키기 위한 시도를 말하고 정서 중심적 대처는 정서적 고통을 줄이기 위한 시도를 말한다(Folkman, Lazarus, 1980). 개인의 불쾌한 정서를 감소시키기 위한 노력인 정서조절방략은 정서의 어떠한 측면에 개입하느냐에 따라 구분되며 인지를 변화시키는 방식으로 정서적 변화를 초래하는 ‘인지적 정서조절방략’과 행동을 변화시키는 방식으로 정서적 변화를 초래하는 ‘행동적 정서조절방략’, 정서 체험 및 표현을 통해 정서를 변화시키는 ‘체험적 정서조절방략’으로 구분된다(이지영, 권석만, 2007). 정서조절방략의 사용은 경험하는 정서의 종류와 상황에 따라 적응적 또는 부적응적일 수 있다. 이지영과 권석만(2007)에 의해 개발된 정서조절방략 질문지(ERSQ)의 16가지 정서조절방략은 적응적 정서조절방략과 부적응적 정서조절방략으로 구분되며(이지영, 권석만, 2009), 적응적 정서조절방략의 하위유형에는 ‘접근적, 주의분산적, 지지추구적 정서조절방략’이 포함된다. 유산으로 인한 태아 상실과 같은 외상 사건은 개인의 노력 여하로 되돌릴 수 없으므로 문제나 상황을 변화시키기 위한 적극적인 노력인 문제 중심적 대처가 정서조절에 효과적이지 않을 수 있다(Nikcevic, Kuczminerczyk, Tunkel & Nicolaides. 2000). 따라서 사건통제가 불가능하다고 평가될 경우 사건을 변화시키려는 문제 중심적 대처보다는 사건으로 인해 발생한 정서 문제에 주의를 기울이는 정서 중심적 대처가 더 효과적일 수 있다(Park, Folkman & Bostrom, 2001).

유산 여성을 대상으로 한 대부분의 국내 연구는 유산의 의료적 원인과 결과, 출산력 증가에 일차적 초점을 맞추고 있다(배정순, 2018). 몇몇 연구에서

유산 여성들의 심리적 측면을 다루고 있지만 유산 여성의 심리적 부적응에 대한 보호요인 연구는 부족한 실정이다. 따라서 본 연구는 유산 당시의 심리적 고통이 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상에 미치는 영향에서 적응적 정서 조절방략의 조절효과를 검증하고자 한다. 이를 통해 심리적 측면에서의 유산 경험에 대해 새로운 시사점을 제공할 수 있을 것으로 사료된다.

## 2. 유산

임신의 결과는 크게 출산과 출산의 실패로 볼 수 있다. 임신과 출산은 여성에게 어머니로서의 역할 전환이 일어나는 인생의 주요한 사건이며 출산을 통해 여성은 새로운 생명에 대한 기대와 설렘 등의 기쁨을 경험하게 된다(강민철, 김수임, 김동민 2012). 성공적인 출산 경험은 이러한 기대를 충족시켜주는 반면 유산 경험은 이를 상실하는 경험이 된다.

유산이란 태아가 생존 가능한 시기 이전에 임신이 종결되는 것을 말하며 자연유산과 인공유산 두 가지로 분류할 수 있다. ‘자연유산’은 태아가 생존 가능한 시기인 임신 20주 이전에 임신이 종결되는 경우를 말한다(정재원 등, 2009). 임신 초기에 자연유산은 주로 염색체 이상으로 발생할 가능성이 높으며 임신 12주 이후에 발생하는 유산은 모체 측 원인에 의해 주로 발생한다(Maconochie, Doyle, Prior & Sommons, 2007). 자연유산을 경험한 여성은 신체적 증상과 함께 슬픔, 충격, 죄책감, 우울, 신경과민과 같은 심리적 증상을 호소하였다(정재원 등, 2009).

‘인공유산’은 인공임신중절(induced abortion)이라고도 칭하며 의학적으로 태아가 임부의 신체 밖에서 살아갈 수 있는 생존능력을 갖기 이전에 임신을 중단시키는 것을 말한다(배영희, 정문석, 2004). 인공유산은 시행 사유에 따라 태아 또는 임부 건강상의 이유로 선택하게 되는 치료적 유산과 임부가 아이를 키울 수 없다고 판단하여 인공임신중절 수술을 선택하게 되는 선택적 유산으로 나눌 수 있다(서울대학교 의학정보, 2017). 모자보건법 제 14조에 의거하여 본인 또는 배우자가 유전적인 정신장애나 신체질환 또는 전염성 질환을 가지고 있는 경우, 강간이나 준강간에 의해 임신이 된 경우, 임신의 지속이 모체의

건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우에만 인공임신중절수술을 할 수 있다. 그러나 임신 중단(인공임신중절 수술)에 관한 여성의 인식과 경험을 조사한 연구(권인숙, 2018)에 따르면 인공유산 여성의 대부분이 경제적 어려움 또는 학업이나 일을 지속하기 위해, 더 이상의 자녀를 원하지 않기 때문에 임신을 중단하는 것으로 나타났다. 이처럼 인공유산은 치료적 사유에 의해 개인의 선택 여부와 상관없이 이루어지기도 하지만 상당수의 인공유산은 임부의 선택에 따라 이루어지고 있다. 인공유산은 임부가 선택한 결과라는 점에서 심리적 후유증이 비교적 적을 것으로 생각할 수 있지만 임신 중단 여성의 대부분이 신체적, 정신적 부작용과 죄책감을 경험하였으며 임신을 중단한 날을 잊지 못하고 이를 회상시키는 상황을 마주할 때 어려움을 호소하는 등의 외상후스트레스 증상을 보였다. 또한 다음 임신에 대한 두려움 및 가족 관계 문제 등을 경험하는 것으로 보고된다(강명선, 양성은, 2011).

유산 경험은 다양한 이유에 의해 나타날 수 있으며 개인의 선택 여부와 상관없이 여성에게 상당한 고통을 초래하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 본 연구에서는 유산으로 인해 여성이 경험하는 심리적 증상의 확인에 초점을 맞추어 자연유산과 인공유산을 구분하지 않고 ‘대략 20주 내외에 임신이 종결됨으로써 임신을 지속하지 못하게 된 경우’를 유산으로 정의하고자 한다.

### 3. 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상

유산 후 여성들이 심리적 고통을 경험하는 원인은 매우 다양하며 유산 경험이 반복될 것 같은 불안과 무력감, 출산 여성에 대한 부러움, 가족 및 주변 지인들에 대한 부담감, 자연스러운 순리로 여긴 임신과 예상하지 못한 출산의 실패, 태아 사망에 대한 인식 및 관심 부족, 유산의 고통을 오롯이 자신의 몫으로 여김, 난임에 대한 불안, 죄책감 및 상실, 어머니 역할에 대한 기대감의 상실, 태어날 아기에 대한 희망 상실과 슬픔 및 절망, 배우자와 정서적·신체적 단절 등이 있다(강선명, 양성은, 2011; 김은희, 2019; 홍주은, 박점미, 2017).

유산 여성들은 유산 후 슬픔, 소리 내어 우는 것, 죄책감, 신경과민, 자신에 대한 불신, 식사 및 수면의 어려움, 업무 저하, 음주 문제, 충격, 과민한 기분,

불안감, 유산 경험에 대한 부인, 성관계 회피, 환청(아이 울음소리가 들림 등) 등의 심리적 증상을 경험한다(정재원 등, 2009; 김경란, 2005). 또한 임부는 임신 후 태아를 인지함과 동시에 태아와 상호작용을 시작하고 그 과정에서 어머니 역할 획득과 모성 정체성을 형성하게 된다(Rubin, 1977). 김현옥(1991)의 연구에서는 임신 1-3개월 이내에도 여성은 태아와 애착을 형성하는 것으로 나타났다. 인공유산을 경험한 여성 또한 태아를 아기라 지각하며 아기를 잃었다는 것이 고통의 가장 큰 원인이 된다고 하였다(배정순, 2018). 이처럼 임부는 태아를 하나의 인격체로 지각하며 임신과 동시에 태아와 애착을 형성한다. 이는 태아의 상실이 사랑하는 사람의 상실로 경험될 수 있음을 보여준다. 여성들은 출산을 통해 부모가 됨으로써 인생에 가치를 느끼며, 출산을 통해 부부 사이가 더 돈독해지며 외롭지 않게 노년을 보내는 것을 기대하게 된다. 또한 자녀를 통해 애정과 만족, 기쁨을 통한 심리적 만족, 자녀를 둔 주변 사람들과 긍정적인 관계를 형성하고자 하는 관계적 만족 등을 기대한다(김의철, 박영신, 권용은, 2015; 이소영, 2018). 그러나 유산은 이러한 기대를 상실하게 하는 사건이 된다. 즉 유산 여성들은 태아를 상실하는 것 외에도 출산을 통해 자녀를 얻음으로써 이를 것이라 기대했던 것에 대한 상실을 경험하게 된다.

상실이란 ‘개인이 가치 있다고 여기는 어떠한 대상과 멀어지거나 더 이상 가치 있는 질이나 목적을 달성할 가능성이 없어지는 실제적 혹은 잠재적인 상황’을 의미한다(Carlson, 1978). 상실 경험은 다양한 범주로 나뉘지며, 가까운 사람을 죽음으로 잃는 ‘죽음 관련 상실’, 다른 사람과 정서적·신체적으로 관계할 수 있는 기회를 잃는 ‘관계 상실’, 중요한 애착 대상이나 친숙한 환경을 상실하는 ‘물질적 상실’, 미래의 계획이나 꿈을 포기하는 ‘심리적 상실’이 있다(Sofka, 1997). 유산은 태아의 사망으로 인해 태아를 잃게 되는 죽음 관련 상실에 해당하며 이는 태아와 정서적, 신체적 교감을 나눌 수 있는 기회를 잃어버리게 한다는 측면에서 관계 상실의 경험이 되기도 한다. 또한 애착을 느끼던 대상이 사라지고 태아를 통해 기대한 미래를 잃어버리는 물질적 상실과 심리적 상실에 해당한다. 특히 유산과 같은 상실 경험은 시간이 지남에 따라 극복되기보다는 인생의 위기를 초래하며 때때로 정상적인 기능을 방해한다(홍구화, 2009). 즉, 유산 경험은 상실의 측면에서 심리적·정신적 충격을 유발하는

외상 사건으로 지각될 수 있다. 이러한 상실 경험을 제대로 해소하지 못하면 이는 심리적 외상이 되어 정신과 신체에 지속적인 영향을 미친다(최선제, 2011). 유산 후 여성이 보이는 심리적 반응은 인생에서 중요한 상실했을 때 경험하는 극도의 슬픔, 상실에 대한 반추, 불면, 식욕 저하, 체중의 감소와 같은 우울 증상과 유사하다(APA, 2013). 자연유산을 경험한 여성을 대상으로 한 종단연구 결과, 280명 중에서 27%가 유산 당시에 우울한 기분을 경험했으며 1년이 경과된 시점에서 9.3%는 여전히 우울한 기분을 경험함을 보여주었다(Lok, Yip, Lee, Sahota & Chung, 2010). 유산을 경험한 여성은 유산을 경험하지 않은 여성들에 비해 다음 임신에 대한 두려움과 불안을 더 높이 경험했으며(Fertl, Bergner, Beyer, Klapp & Rauchfuss, 2009), 이는 유산 후 여성들은 높은 수준의 부정적 정서를 경험하는 것으로 볼 수 있다. 또한 3회 이상의 자연유산을 경험한 습관성 유산 여성은 그렇지 않은 여성에 비해 다음번 임신에서 스트레스와 우울감이 더 높았고 긍정적 정서는 더 낮은 것으로 나타났다(서혜정, 송주은, 이영진, 안정아, 2020; Li, Newell-Price, Jones, Ledger & Li, 2012). 대부분의 유산 여성들은 시간이 지남에 따라 우울의 빈도와 강도가 감소하며 유산 경험을 받아들이게 되지만 몇몇 여성들은 주요우울장애나 외상후 스트레스 장애와 같은 정신과적 장애를 경험하게 되기도 한다.

유산은 상실의 측면에서 뿐만 아니라 외상의 측면에서도 단순한 스트레스 사건을 넘어서는 외상 사건으로 지각될 수 있다. DSM-5에서는 자신 또는 타인에게 실제적이거나 위협적인 죽음, 심각한 상해 또는 성폭력 사건을 직접 경험하였거나, 다른 사람에게 일어난 것을 목격하였거나, 가까운 사람에게 외상 사건이 발생했음을 알게 되거나, 극단적으로 반복되는 노출 경험을 외상 사건으로 정의하고 있다(APA, 2013). 유산 과정에서 경험하는 시술이나 수술과 같은 의학적 처치 등은 여성들에게 신체적 손상과 후유증을 남기며 심한 경우 유산 과정에서 여성들은 생명의 위협을 경험하게 되기도 한다. 자연유산의 경우 임신 전반기에 출혈과 복통을 경험하며 심한 출혈은 짧게는 며칠에서 길게는 몇 주 동안 지속될 수 있다. 조기 양막 파열 시에는 자궁 내 감염의 위험을 높이고 태아와 태반이 동시에 배출되지 못하여 태반의 일부 또는 전부가 자궁 내에 남아 있게 되면 소파수술을 통해 제거해야 한다. 또한 자궁 내



에서 사망한 태아가 장기간 잔류하게 되면 심한 응고 이상으로 인해 코피, 잇몸 출혈 등이 유발되고 이는 임부에게 치명적일 수 있다(서울대학교병원 의학정보, 2017). 인공임신중절은 자궁경부를 통한 자궁 내용물을 제거하는 외과적 유산 방법(ex. 경관 확장 자궁 소파술, 개대 및 흡입)과 자궁 내용물을 배출하기 위해 자궁 수축을 자극하는 약물을 통한 유산 방법이 있다. 유산 방법에 따라 위험성의 정도가 다르며 경관 확장 자궁 소파술을 시행한 경우 위험성이 증가하고 이후 임신에서 조산, 저체중아 출산의 위험성이 증가한다. 인공임신중절 후 합병증은 드문 편이지만 자궁 천공이 발생하거나 내장 또는 다른 장기의 손상을 유발할 수 있고 심한 출혈, 감염, 불임과 같은 합병증이 초래될 수 있다. 30세 이상의 고임부나 임신주수가 12주 이후로 증가된 경우, 다산부일 경우 임신중절수술 시 사망률이 높은 것으로 나타났다(Frances, 2020).

이처럼 유산은 일상에서 경험하는 단순한 스트레스 사건을 넘어서 개인에게 신체적 손상을 초래하고 몇몇 고위험 임부들에게는 생명의 위협을 초래하는 사건이 될 수 있다는 점에서 외상성 사건의 기준을 충족하는 것으로 볼 수 있다. 따라서 외상 사건으로 분류될 수 있으며 일부 연구에서는 유산 여성 또한 외상을 경험한 사람들이 호소하는 증상과 그 심각성을 가진다고 보고하였다(Beil, 1992; DeFrain, Millspaugh & Xie, 1996; Lee, Slade & Lygo, 1996). Engelhard, Van den Hout & Amtz(2001)의 연구에 따르면 유산을 경험한 지 한 달이 지난 시점에서 유산 여성의 77%가 재경험 증상을 보였고 40%는 회피증상을 보였으며 42%는 과각성 증상을 경험한다고 보고했다. 또한 유산 여성의 26%는 공포, 31%는 두려움, 68%는 유산 후 무력감을 호소했으며 이를 통해 유산 후 감정의 부정적 변화가 나타났음을 확인할 수 있다. Farren 등(2020)의 연구에서는 유산 1개월 후 여성들의 29%는 외상후스트레스 증상, 24%는 중증 불안, 11%는 중증 우울을 경험했고, 유산을 경험한 지 9개월이 경과한 시점에도 18%는 외상후스트레스 증상, 17%는 중증 불안, 6%는 중증 우울 경험했다. 유산 여성의 외상후스트레스 증상에 대한 종단 연구를 실시한 선행연구에서는 유산 후 6개월이 지난 시점에도 유산 여성들은 외상후스트레스 증상을 경험했으며, 2년 후에는 대부분의 외상후스트레스 증상이 사라진 것으로 보고하였다(Beutel, Deckarde, Von Rad & Weiner, 1995). 즉, 유산을

경험한 여성들은 외상후스트레스 증상을 경험하며 유산을 경험하지 않은 여성들보다 외상후스트레스 장애로 진단될 위험성이 높을 것으로 예상할 수 있다.

또한 여성의 사회경제적 지위가 높아짐에 따라 출산연령의 고령화, 사회생활로 인한 여성의 신체·심리적 스트레스가 심화되면서 자연유산과 인공유산의 위험이 커지고 있다(임명남, 주상열, 2015). 한국보건사회연구원에서 발표한 전국 출산력 및 가족 보건복지 실태조사에 따르면 우리나라의 15-44세 유배우 여성에서 자연 유산율은 2012년 11.1%에서 2018년 14.3%로 증가한 것으로 나타났다(이소영, 2018). 가임기 여성의 유산율 증가와 유산의 외상성에 대한 인식이 점차 증가하고 있음에도 불구하고 유산 여성의 심리적 부적응과 이를 예방하기 위한 보호요인에 대한 연구는 부족한 실정이다. 따라서, 본 연구에서는 유산의 외상성과 유산 당시 여성들의 심리적 고통이 유산 후 우울 및 외상후 스트레스 증상의 유발에 미치는 영향을 확인하고자 하며 유산으로 인한 심리적 고통에서 벗어나 우울과 외상후스트레스 증상 유발 가능성을 낮춰줄 수 있는 보호요인에 대해 알아보하고자 한다.

#### 4. 정서조절방략

##### 1) 정서조절의 정의

인간은 일상생활에서 다양한 상황에 노출되며 이에 따른 정서 경험과 정서 반응은 개인마다 다양하게 나타난다. William James(1884, 1894)에 따르면 정서는 진화에 있어 중요한 상황에 나타나는 적응적인 행동 및 생리적 반응 경향성을 의미한다. 많은 연구자는 William James의 관점에 따라 정서를 개인이 경험하는 상황에 대해 중요한 도전 혹은 기회로써 평가할 때 발생하는 융통성 있는 반응의 연속으로 생각해왔다(Frijda, 1986; Schere, Ekman, 2009). Darwin은 정서가 인간의 심리적 기능을 통합하고 유기체적 욕구를 환경적 요구에 맞추어 조화시키는 기능을 지닌다고 보았으며 특히 정서표현을 통한 사회적 의사소통의 기능을 강조하였다(cole, Michel & Teti., 1994; Greenberg, 2003). 즉, 정서는 다양한 생리적 변화를 일으키고 특정한 행동 반응을 준비 또는 억



제하며 직면한 상황에서 요구되는 적절한 인지 반응의 형성 및 의사결정 촉진, 기억력 증진에도 영향을 미친다. 이뿐만 아니라 사회적 행동 결정에서도 효과적인 정보를 제공함으로써 원활한 의사소통과 문제해결을 돕는다(이지영, 권석만, 2006). 따라서 정서를 무시하거나 억제하기보다는 자신이 경험하는 정서를 파악하고 상황에 적절하게 반응하여 대처하는 것이 중요하다. Salovey와 Mayer(1990)는 자신과 다른 사람의 정서를 평가하고 표현하는 것, 자기 자신과 타인의 정서를 조절하는 것, 정서를 적응적으로 사용하는 것을 정서지능이라 명명하였다. 정서지능은 정서를 판단하고 조절하며 활용하는 능력을 말한다(김영봉, 강병재, 1998). 이처럼 정서적 정보를 처리하여 정서를 적절히 조절하는 능력을 갖춘 개인은 더 적응적이고 건강한 삶을 영위할 수 있지만 그렇지 못한 개인은 사회적 기능의 손상과 개인의 적응에 어려움을 겪게 된다(이지영, 권석만, 2006).

정서조절은 일반적으로 개인의 적응 및 삶의 질 향상을 위해 효과적인 방식으로 정서를 조절하는 능력이며(Calkins, 2010; Gross, 2015), 환경의 요구에 적절한 반응을 위해 정서를 조절함으로써 부정 정서와 긍정 정서의 균형을 갖춘 정서 상태를 유지하는 것을 의미한다(Gross, 1998; Nolen-Hoeksma, Aldao, 2011). Kopp(1989)은 정서조절을 긍정 정서와 부정 정서 간에 조화를 유지하는 것이라 정의했으며, Thompson(1994)는 개인이 자신의 목표를 성취하는데 있어 정서적 반응의 순간적인 특징을 관찰, 평가, 수정하는 외적 및 내적 과정이라 제안하였다. Gross(1998)는 정서조절 과정 모델을 제안하였으며 정서조절은 어떤 정서를, 언제, 어떻게 표현하는가에 대해 아래 그림과 같이 5단계로 나누었다.

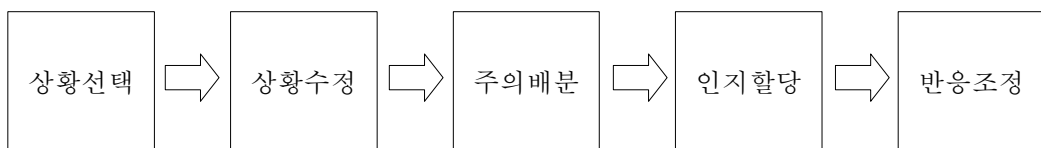


그림 1. 정서조절 과정 모델(Gross, John, 2003)

Gross와 John(2003)는 ‘상황 선택 단계’에서 정서 조절을 위해 사람, 장소, 대상 등에 접근 또는 회피하는 선택을 하고 ‘상황 수정 단계’에서 정서의 직접적인 영향을 조절하기 위해 상황을 적극적으로 수정하기 위한 노력을 한다. 그러나 상황을 수정하는 것이 어려울 때 주의의 할당을 조정하는 ‘주의 배분 단계’를 거치게 된다. 주의 배분 단계에서는 분산, 집중, 반추 등의 정서조절 전략을 사용하여 정서를 조절한다. 분산은 상황의 비정서적인 측면이나 완전히 다른 곳에 주의를 돌리는 것이며 집중은 현재 상황에서 다른 인지 자원에 집중하는 것이다. 반추는 사건과 관련된 특정한 느낌과 결과를 곱씹는 것이다. 다음 단계인 ‘인지 전환 단계’는 인지적 변화를 통해 정서를 조절하는 단계로 자신의 상황을 다른 사람과 비교함으로써 실패를 성공 경험으로 재구조화하고, 정서를 유발하는 상황에 대한 재해석을 통해 정서의 영향을 조절한다. 마지막으로 ‘반응 조정 단계’에서 행동적, 경험적, 생리적 반응에서 정서반응 경향성을 조정한다(손재민, 2005). Gross(1999)는 사람들은 자신의 정서 경험과 기분, 정서를 구성하는 행동이나 생리적 반응을 증가시키거나 유지 또는 감소시키기 위해 다양한 전략들을 사용할 수 있다고 설명하였다. 이러한 전략들은 정신장애의 유지와 병인에 따라 다시 적응적이거나 부적응적인 개념으로 나뉜다.

유산과 같이 개인에게 큰 변화를 초래하는 중요한 사건은 개인에게 고통을 유발하며 유산을 경험한 이후 여성들은 임신 및 출산에 대한 걱정, 부부관계 및 원가족 관계에서의 문제, 신체적 고통과 호르몬의 변화, 업무 복귀, 주변 사람들과 관계, 유산 사실이 알려지는 것에 대한 걱정 등으로 다양한 상황에 문제에 직면할 수 있다(김애림, 2019). 이러한 스트레스 상황에서 요구되는 내적, 외적 문제를 다루기 위해 사용하는 인지적, 행동적 노력을 Monat와 Lazarus(1991)는 대처라 정의하였으며 대처와 정서조절은 같은 의미로 사용되기도 한다(Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). Lazarus의 대처 반응은 두 가지로 구분되며, 상황 자체를 변화시키기 위한 시도인 문제 중심적 대처와 정서적 고통을 줄이기 위한 활동인 인지적 재평가, 선택적 주의, 회피 등이 포함된 정서 중심적 대처로 구분되며(Folkman, Lazaurus, 1980), 정서 중심적 대처는 정서조절과 유사한 개념으로 볼 수 있다.

유산으로 인한 태아 상실과 같은 외상은 개인의 노력 여하로 되돌릴 수 없으므로 유산 경험을 변화시키기 위해 원인에 대해 의학적 정보나 조언을 얻기 위한 노력과 같은 문제 중심적 대처가 정서조절에 도움이 되지 않을 수 있다(Nikcevic, Kuczminerczyk, & Tunkel, 2000). 따라서 사건통제가 불가능하다고 평가될 경우 사건을 변화시키려는 문제 중심적 대처보다는 사건으로 인해 발생한 정서적 문제에 주의를 기울이는 정서 중심적 대처가 효과적일 수 있다(Park, Folkman, & Bostrom, 2001). 따라서 본 연구에서는 유산 후 여성들이 경험하는 심리적 고통을 해소하기 위해 정서조절에 초점을 맞추고자 한다.

## 2) 정서조절방략

정서조절은 ‘불쾌한 정서의 예방이나 감소를 위해 동원되는 다양한 노력’이라 정의되고 있으며(이지명, 권석만, 2007), 이 과정에서 부정적인 정서를 감소시키기 위해 사용하는 방략을 정서조절방략이라 한다. Cicchetti, Ackerman과 Izard(1995)는 정서조절 과정이 부적절하거나 정서조절방략을 부적응적으로 사용하는 것을 정서조절곤란이라 명명하였으며 정서조절방략을 극단적인 방식으로 사용하거나 융통성 있게 사용하지 못할 경우 정서조절의 어려움이 있는 것으로 간주한다(Gratz, Roemer, 2004; Keenan, 2000; Walden, Smith, 1997). 따라서 일상생활에서 경험하는 부정적이고 불쾌한 정서를 조절하기 위해 개인의 내외적 요구 및 목표에 적절한 정서조절방략을 융통성 있게 사용하는 것이 중요하다.

정서조절방략은 정서의 어떤 측면에 개입하는가에 따라 인지적 정서조절방략과 행동적 정서조절방략 2가지로 구분되어 왔다(Parkinson, Totterdell, 1999). 그러나 조절 수단에 따라 인지적 정서조절방략과 행동적 정서조절방략 만으로는 충분한 설명이 되지 못하거나 구분이 명확하지 않은 정서조절방략들이 있었으며 인지적·행동적 정서조절방략의 두 가지 범주만으로 분류하기에는 한계가 있었다(이지영, 권석만, 2007). 따라서 최근에는 인지적·행동적 정서조절방략과 함께 체험적 정서조절방략을 제안함으로써 정서적 정보를 처리하는 역할을 강조하는 시도들이 나타났다(Greenberg, Rice & Elliot, 1993). 즉 어떠

한 방식으로 정서 변화를 유발하는가에 따라 정서조절방략이 구분되며, 인지적·행동적·체험적 정서조절방략으로 구분된다.

이지영과 권석만(2007)은 16개의 정서조절방략을 포괄적인 방식으로 측정하는 정서조절방략 질문지(ERSQ)를 개발하였다. 이지영과 권석만(2009)은 정서조절방략 질문지(ERSQ)의 16개 정서조절방략이 경험적으로 어떻게 구분되는지 알아보기 위해 고차 요인 구조분석을 실시하였다. 그 결과 6개의 하위요인은 부적응적 정서조절방략으로 묶였고, 10개의 하위요인은 접근적, 주의분산적, 지지추구적 정서조절방략으로 구분되었다. 이지영과 권석만(2009)의 요인분석 결과를 바탕으로 적응적 정서조절방략과 부적응적 정서조절방략을 재구성하여 표 1에 제시하였다.

표 1. 정서조절방략의 적응적, 부적응적 측면

	접근적 정서조절방략	능동적으로 생각하기, 문제해결행동 취하기, 인지적으로 수용하기, 감정 수용하기
적응적 정서조절방략	주의분산적 정서조절방략	수동적으로 생각하기, 즐거운 상상하기, 기분전환활동하기
	지지추구적 정서조절방략	감정 표현 및 공감 얻기, 조언이나 도움 구하기, 친밀한 사람 만나기
부적응적 정서조절방략		부정적으로 생각하기, 타인 비난하기, 폭식하기, 탐닉활동, 타인에게 부정적 감정 분출하기, 안전한 상황에서 부정적 감정 분출하기,

### 3) 정서조절방략과 유산 후 적응

유산을 경험한 여성들의 주관적 경험에 관한 몇몇 연구를 통해 유산 이후 정서조절 과정이 유산 여성의 적응과 회복을 도와줄 수 있음을 예상해 볼 수 있다(고명숙, 1995; 이경혜, 고명숙, 1994; 홍주은, 박점미, 2017, 2016). 유산 후 여성들이 보이는 반응을 접근적, 주의분산적, 지지추구적 정서조절방략으로 나

누어 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 접근적 정서조절방략은 감정이나 감정을 유발한 자극 혹은 상황에 접근해서 다루는 방식이다(이지영, 2014). 이는 능동적으로 생각하고 문제해결행동을 취하는 가장 적응적이면서 효과적인 방략이다. 여성들은 생애주기에 따라 결혼과 임신, 분만 등의 경험이 자연스럽게 이뤄질 것으로 생각하고 건강한 아이가 태어나는 것과 좋은 엄마가 되는 것을 기대하지만 반복되는 유산의 원인을 객관적 근거 없이 자신의 탓으로 돌리거나 자신의 책임이라 느끼며 죄책감을 경험한다. 유산 경험에 대해 부정적인 생각이나 자신을 비난하는 태도는 유산 진단으로 인한 충격, 상실감, 슬픔, 우울, 죄책감, 절망과 같은 부정적 정서를 강화하고 이는 유산 여성이 자신을 돌보는 것을 소홀하게 만든다. 그러나 몇몇 유산 여성들은 유산을 통해 얻은 것과 잃은 것에 대해 생각해봄으로써 유산 경험에 대해 새로운 의미를 부여하는 긍정적인 재해석 과정을 거쳤고 유산 경험을 받아들임으로써 현실을 수용하고 앞으로의 임신 및 자녀 계획을 세우는 모습 등을 보였다. 즉, 유산 경험에 대해 능동적으로 생각하는 것과 인지적, 감정적 수용이 효과적인 정서조절방략이 될 수 있다. 특히 수용은 유산 경험과 같이 개인의 힘으로 통제가 불가능하고 변화시킬 수 없는 상황에서 적응하기 위한 핵심 요소로 이는 유산으로 인한 부정정서를 다루는데 효과적인 정서조절방략이 됨을 추론해 볼 수 있다. 다만, 유산과 같이 발생 원인을 명확히 하기 어려운 경우 원인을 찾아 문제 상황을 변화시키기 위한 과도한 노력은 객관적 근거 없이 자신의 탓하거나 다른 사람을 탓하는 자기비난, 타인비난과 같은 인지적 편향으로 이어질 수 있다(홍주은, 박점미, 2017). 따라서 접근적방략이 유산 여성의 부정정서를 조절하는데 있어 효과성을 가질 것으로 예상되지만 효과성에 대한 경험적 확인이 필요하다.

둘째, 주의분산적 정서조절방략은 주의를 돌려 감정을 변화시키는 방법이다(이지영, 2014). 이러한 대처방식은 문제나 상황을 변화시키기 위해 적극적으로 노력을 기울이기보다는 정서적 고통을 감소시키는데 초점을 두며 이를 정서 중심적 대처라 한다. 정서 중심적 대처는 사건에 직면하려는 노력을 하지 않고 사건을 회피하는 역기능적인 반응으로 인식되어 왔다(Holahan, Moos, 1987). 그러나 상황의 특성이나 대처 양식에 따라 사건의 변화 가능성이 낮은 경우 정서 중심적 접근이 더 적응적일 수 있다(Aldwin, Revenson, 1987;

Terry, Hynes, 1998). 따라서 효과적인 문제 중심적 접근이 취해지기 전까지는 스트레스 수준을 억제하거나 통제감이 낮은 상황에서의 무기력감을 다루는 것이 개인을 보호하는 요인이 될 수 있다(Terry, Hynes, 1998). 앞서 언급했듯이 유산의 경우 통제가 어렵고 개인의 노력 여하로 사건을 되돌릴 수 없기 때문에 문제 상황을 직접 변화시키려는 노력보다는 스트레스 상황에서 잠시 주의를 돌리고 긍정 정서를 유발하는 활동에 참여하거나 즐거운 상상을 하는 것, 유산 경험에 대해 깊이 생각하기 보다는 위안이 되는 말을 되새기는 것 등이 유산으로 발생한 문제에 대처하는데 도움이 될 수 있다. 그러나 주의분산적 정서조절방략의 경우 일시적으로는 부정적 정서를 감소시킬 수 있지만 감정을 직접적으로 다루지 않고 정서적 정보 처리를 방해한다는 측면에서 장기적으로는 정서조절에 효과적이지 않으며 오히려 어려움을 초래할 수 있다(이지영, 권석만, 2006). 따라서 주의분산적 정서조절방략이 유산 당시 심리적 고통을 경험할 때 일시적으로는 부정 정서 완화에는 도움이 될 것으로 예상되지만 유산으로 인한 장기적인 심리적 고통을 호소하는 여성들에게도 효과적인가에 대한 경험적 확인이 필요할 것으로 사료된다.

셋째, 지지추구적 정서조절방략은 다른 사람의 지지나 위안을 얻어 부정적인 감정을 변화시키는 것이다. 유산 후 여성들은 유산에 대해 오롯이 자신이 책임져야 하는 일이라 생각하며 혼자 견뎌 내거나 주변 사람들로부터 적절한 보살핌과 위로를 받지 못하는 경우 외로움, 서운함, 원망스러움 등의 감정을 느꼈다. 그러나 자신의 유산 경험에 대해 가족과 지인, 의료인, 직장 동료 등 다양한 주변 사람들과 경험을 나누고 의사소통함으로써 위로와 안심을 얻고 이해받음을 경험했다. 즉, 유산으로 인한 감정 경험을 적절히 표현하고 주변 사람들로부터 공감과 지지를 얻는 것이 유산 이후 여성들의 적응과 회복을 돕는 것으로 볼 수 있다. 지지추구적 조절 양식은 슬픔을 조절하기 위해 많이 사용되고 있으며(민경환, 김지현, 윤석빈, 장승민, 2000), 앞선 선행연구를 통해 유산 후 여성들이 경험하는 배우자 및 중요한 타인의 정서적 지지가 유산으로 인한 슬픔에 영향을 미침이 확인되었다(윤명숙, 박은아, 2013; Reed, 1984). 따라서 사회적 지지를 통해 정서를 조절하는 지지추구적 접근은 유산 여성의 우울과 외상후스트레스 증상을 완화시키는데 영향을 미칠 것으로 예상해 볼 수 있다.

이처럼 유산 여성은 유산 이후 적응과 회복으로 나아가는 과정에서 다양한 정서조절방략을 사용한다. 그러나 적응적 정서조절방략이라 하더라도 그 사용과 효과성이 반드시 일치하는 것은 아니며 정서를 유발하는 상황 특성에 따라 달라질 수 있다. 외상 후 반복적이고 지속적인 고통은 외상후스트레스 증상과 같은 심리적 부적응을 유발하게 되므로 유산 초기에 심리적 고통 완화를 위한 적극적인 대처가 필요하다. 따라서 본 연구에서는 적응적 정서조절방략이 유산 당시의 심리적 고통을 완화시킴으로서 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 발현을 예방할 수 있는가에 대해 초점을 맞추어 연구하고자 한다.

## 5. 유산 당시의 심리적 고통과 적응적 정서조절방략이 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상에 미치는 영향

외상 사건을 경험한 개인은 극심한 두려움, 무력감, 공포, 죄책감, 수치심, 분노, 슬픔(애도) 등의 다양한 종류의 정서 반응을 경험하고(안현의, 박철옥, 주혜선, 2012), 외상 경험 당시와 이후에 경험하는 높은 강도의 부정 정서는 외상후스트레스 장애의 발병 및 유지와 관련이 있다(Foa, Steketee & Rothbaum, 1989; Roemer, Orsillo, Borkovec & Litz, 1988). 특히, 외상 사건 이후 경험하는 불쾌한 정서가 심화될수록 우울 증상을 동반할 가능성이 커지고 이 경우 외상후스트레스 증상은 더 심각한 형태로 이어질 수 있다(Post et al., 2011). 따라서 외상 사건 이후 적절한 방식으로 부정 정서를 해소하는 것은 우울 증상의 발현 가능성을 낮추고 외상후스트레스 증상을 완화하는데 도움을 줄 것으로 예상해 볼 수 있다.

외상 사건을 경험한 개인은 외상 사건으로 인한 부정적 정서를 해소하기 위한 노력으로써 정서조절을 하게 되며 이때 개인은 어떠한 정서조절전략을 사용할 것인지 선택하게 된다. 정서조절능력이 높은 사람들은 정서를 자각하고 이해하며 이를 수용하고 부정 정서를 느낄 때 충동적인 행동을 조절할 수 있다. 또한 개인이 희망하는 목표와 일치되게 행동하며 목표 및 상황적 요구의 충족을 위해 정서조절 전략을 융통성 있게 사용한다. 그러나 정서조절능력이 결핍된 개인은 정서조절 곤란을 경험하게 되며 정서조절곤란은 정서조절방략



의 사용과 관련된다. 적응적인 정서조절방략을 사용하는 사람들은 불쾌한 정서를 효과적으로 완화하고 현실적인 문제를 극복하며 적응으로 나아갈 것이다. 유산 여성들은 유산 당시에는 유산으로 인한 다양한 심리적 증상을 경험하게 되지만 자신의 상황과 목표하는 바에 맞는 정서조절방략의 사용을 통해 유산에 대한 정서 반응을 조절할 수 있다. 이는 부정 정서는 낮추고 긍정 정서를 높임으로써 유산으로 인한 상실이나 위협에 대한 반응인 우울과 외상후 스트레스 증상을 줄여줄 것으로 예상할 수 있다.

정서조절방략 중에서도 일부 정서조절방략은 적응과 기능의 회복에 부적응적일 수 있으며 개인이 경험하는 정서의 종류와 상황, 사용 방식에 따라 적응적이거나 부적응적이다. 박애실(2016)의 연구에서는 개인에게 심리적 고통을 유발하는 외상 사건에서 벗어나 긍정 정서를 유발하는 것을 떠올려보는 긍정적 초점 변경과 외상 사건의 긍정적 측면이나 새로운 의미를 발견하도록 돕는 긍정적 재평가와 같은 적응적인 인지적 정서조절방략이 심리적 고통과 높은 수준의 정서조절곤란을 경험하는 개인에게서 나타나는 자동적이고 침습적인 반추를 줄여주는 것으로 나타났다. 이는 기존의 신념과 목표에서 벗어나 사건을 이해하고 해결하며 외상 사건의 의미와 도움이 되는 점을 찾는 반복적이고 목적이 있는 인지적 과정인 의도적 반추로 나아가는데 도움을 준다. Nolen-Hoeksema(1991)의 연구에서 반추는 우울을 유지 및 심화시키지만 주의분산은 우울을 경감시키며 지속시간을 감소시켜줄을 보여주었다. 인지적 방략과 우울의 관련성을 조사한 Garnefski 등(2004)의 연구에서 긍정적 재평가는 우울에 대해 적응적인 방략이지만 반추, 자기비난, 파국화는 부적응적임을 나타냈다. 또한 부정적인 감정을 타인에게 표출하는 부적응적인 체험적 방략과 불쾌한 감정을 조절하기 위해 폭식이나 자극적인 탐닉 활동에 몰두하는 부적응적인 행동적 방략은 외상후스트레스 증상을 악화시키는 방략으로 여겨진다(최상희, 2016).

유산을 경험하고 난 후 공허감과 상실에 대한 반응으로 인한 슬픔, 죄책감, 분노, 유산에 대한 부인이나 회피와 같은 증상으로 인해 심리적 고통을 경험할 수 있다. 그러나 적응적인 정서조절방략의 사용은 외상 사건으로 인한 불쾌한 정서 경험을 낮춰줌으로써 유산 당시의 심리적 고통을 낮추고 우울 및



외상후스트레스 증상을 완화시켜 줄 것으로 예상할 수 있다. 그 결과 현실의 문제를 극복하고 일상생활에서의 회복과 적응을 도울 것이다. 이 과정에서 유산 여성은 유산에 대한 새로운 의미를 발견하고 임신과 출산에 대해 또 다른 관점으로 바라볼 수 있게 될 것이며, 자신의 감정을 표현하고 공감과 이해를 경험하는 것을 통해 주변 사람들에 대한 고마움과 중요성을 경험하게 될 수 있다. 즉 유산은 극심한 스트레스를 유발하는 외상 사건으로 지각될 수 있지만, 적응적 정서조절방략을 통해 적응적으로 대처함으로써 외상후스트레스 증상의 감소뿐만 아니라 긍정적인 변화까지도 유발할 것으로 예상해 볼 수 있다.

## 6. 연구문제 및 가설

본 연구의 목적은 유산 당시 여성들이 경험하는 심리적 고통과 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계에서 적응적 정서조절방략의 조절효과를 검증하는 것이다. 유산 경험은 여성들에게 애착 대상을 상실하는 외상 사건으로 지각되어 여성들은 유산 경험 당시 상실로 인한 심리적 고통을 경험한다. 유산 당시의 높은 수준의 심리적 고통은 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상을 심화시킬 수 있다. 따라서 유산 당시 높은 수준의 심리적 고통을 경험하는 여성들은 시간이 경과했음에도 불구하고 여전히 높은 수준의 우울 및 외상후스트레스 증상을 경험할 가능성이 클 것으로 예상할 수 있다.

**가설 1-1.** 유산 당시의 심리적 고통은 유산 후 우울 증상과 유의한 정적인 관계가 있을 것이다.

**가설 1-2.** 유산 당시의 심리적 고통은 유산 후 외상후스트레스 증상과 유의한 정적인 관계가 있을 것이다.

정서조절은 개인의 불쾌한 정서를 감소시키기 위한 노력이다. 외상 사건 후 우울 및 외상후스트레스 증상을 경험하는 것은 외상과 관련된 정서를 높게 지각하고 정서조절의 어려움을 경험하기 때문일 것이다. 정서조절방략은 정서의 종류 및 상황, 사용 방식에 따라 적응적이거나 부적응적일 수 있다. 적응적 정서조절방략은 불편한 감정을 완화하고 현실적인 문제를 극복함으로써 적응을 돕지만, 부적응적인 정서조절방략은 부정적인 감정 및 고통을 경험하게 한다. 따라서 적응적 정서조절방략은 외상과 관련된 불쾌한 정서 수준을 낮춰줌으로써 우울과 외상후스트레스 증상의 완화를 돕고 적응을 촉진할 것이다.

**가설 2-1.** 적응적 정서조절방략은 우울 증상과 유의한 부적 관계가 있을 것이다.

**가설 2-2.** 적응적 정서조절방략은 외상후스트레스 증상과 유의한 부적 관계가 있을 것이다.

유산은 여성에게 외상 사건으로 경험되어 심리적 고통을 유발한다. 유산 당시의 높은 수준의 심리적 고통은 유산 후 시간이 경과했음에도 우울이나 외상 후스트레스 증상을 심화시킬 수 있다. 이때 유산으로 인한 심리적 고통이 높더라도 적응적 정서조절방략의 사용을 통해 불편한 감정을 완화하고 정서조절 곤란의 해소를 도움으로써 유산으로 인해 직면한 문제의 해결과 적응을 촉진할 수 있을 것이다. 따라서 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상 후스트레스 증상의 관계에서 적응적 정서조절방략이 이를 완화시켜 줄 것으로 예상할 수 있다.

**가설 3.** 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계에서 적응적 정서조절방략의 조절효과가 있을 것이다.

**가설 3-1.** 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 증상의 관계에서 접근적 정서조절방략의 조절효과가 있을 것이다.

**가설 3-2.** 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 증상의 관계에서 주의 분산적 정서조절방략의 조절효과가 있을 것이다.

**가설 3-3.** 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 증상의 관계에서 지지 추구적 정서조절방략의 조절효과가 있을 것이다.

**가설 3-4.** 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 외상후스트레스 증상의 관계에서 접근적 정서조절방략의 조절효과가 있을 것이다.

**가설 3-5.** 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 외상후스트레스 증상의 관계에서 주의분산적 정서조절방략의 조절효과가 있을 것이다.

**가설 3-6.** 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 외상후스트레스 증상의 관계에서 지지추구적 정서조절방략의 조절효과가 있을 것이다.

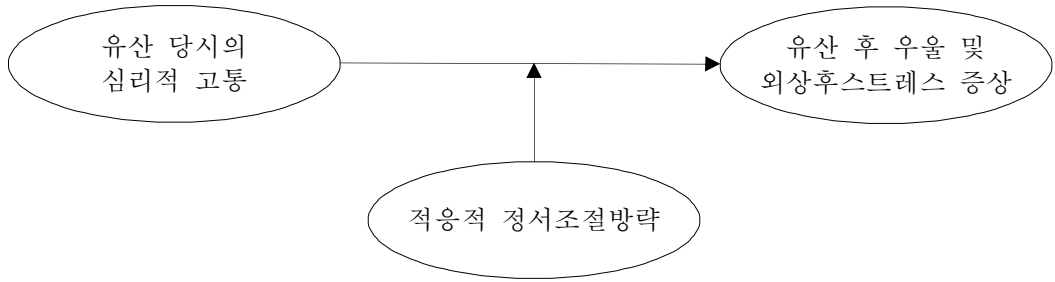


그림 2. 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계에서 적응적 정서조절방략의 조절효과 모형

## II. 연구방법 및 절차

### 1. 연구대상

본 연구는 유산 당시의 심리적 고통이 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상에 미치는 영향에서 적응적 정서조절방략의 조절효과를 확인하였다. 임신이 이루어진 이후 태아가 생존이 가능한 시기인 대략 20주 내외에 자연적 또는 의학적으로 임신이 종결되는 유산을 경험한 여성 138명을 대상으로 온라인 설문지를 실시하였다. 이때 응답을 불성실하게 하였거나 연구 대상자가 아닌 경우(유산 경험이 없음), 유산을 경험한지 10년이 경과한 경우에 해당하는 12명을 제외함에 따라 총 126명의 자료를 분석에 이용하였다. 연구대상자의 평균 나이는 34.25세( $SD = 4.05$ )이고 유산 후 기간은 평균 19.37개월( $SD = 25.23$ )이었다. 연구대상자의 특성은 표 2에 제시되어 있으며 유산 유형, 유산 횟수, 경과 기관, 유산 당시 임신 주수와 같은 산과적 특성은 표 3에 제시되어 있다.

표 2. 연구대상자의 특성

구분	N(%)	구분	N(%)
<b>연령</b>		<b>현재 결혼 상태</b>	
20대	12(9.52%)	미혼	2(1.59%)
30대	100(79.37%)	기혼	124(98.41%)
40대	14(11.11%)		
<b>학력</b>		<b>경제 수준</b>	
고등학교 졸업 이하	7(5.56%)	하	3(2.38%)
대학교 재학 중	4(3.17%)	중하	20(15.87%)
대학교 졸업	88(69.84%)	중	71(56.35%)
대학원 재학 중	5(3.97%)	중상	26(20.63%)
대학원 졸업	22(17.47%)	상	6(4.76%)
<b>직업 유무</b>		<b>종교 유무</b>	
유	48(38.10%)	유	45(35.71%)
무	78(61.90%)	무	81(64.29%)

표 3. 연구대상자의 산과적 특성

구분	N(%)	구분	N(%)
<b>유산 유형</b>		<b>유산 당시 임신 주수</b>	
자연유산	94(74.60%)	4주 이하	4(3.17%)
인공유산	21(16.67%)	5주 이상 ~ 8주 이하	69(54.76%)
둘 다 경험	11(8.73%)	9주 이상 ~ 12주 이하	35(27.78%)
<b>자연 유산 원인</b>		13주 이상 ~ 16주 이하	7(5.56%)
남성 측 원인	5(4.76%)	17주 이상 ~ 20주 이하	7(5.56%)
여성 측 원인	4(3.81%)	기타	6(4.76%)
둘 다	1(0.95%)	<b>유산 경험 횟수</b>	
원인 불명	97(92.38%)	1회	88(69.84%)
<b>인공 유산 원인</b>		2회	31(24.6%)
학업이나 일을 지속하기 위해	4(12.50%)	3회	6(4.76%)
출산을 원하지 않아서	5(15.63%)	기타	1(0.79%)
이미 낳은 아이로 충분해서	3(9.38%)	<b>유산 이전의 자녀 수</b>	
태아의 건강상의 이유로	16(50.00%)	0명	96(76.19%)
주변인의 출산 반대	6(18.75%)	1명	24(19.05%)
임부의 건강상의 이유로 인해	4(12.50%)	2명	6(4.76%)
<b>유산 후 경과 기관</b>		<b>태아와 애착 정도</b>	
6개월 이하	57(45.6%)	매우 약하였음	7(5.56%)
7개월 이상 ~ 12개월 이하	12(9.6%)	약하였음	22(17.46%)
13개월 이상 ~ 18개월 이하	15(12%)	중간정도	48(28.57%)
19개월 이상 ~ 23개월 이하	3(2.40%)	강하였음	36(28.57%)
2년 이상 ~ 3년 미만	15(12%)	매우 강하였음	13(10.32%)
3년 이상 ~ 4년 미만	7(5.6%)	<b>임신 희망 여부</b>	
4년 이상	16(12.8%)	그렇다	101(80.16%)
<b>유산 당시 결혼 여부</b>		아니다	25(19.84%)
미혼	5(3.97%)	<b>유산 후 출산 여부</b>	
기혼	121(92.06%)	예	32(25.4%)
		아니요	94(74.6%)

표 3. 연구대상자의 산과적 특성(계속)

구분	N(%)
<b>유산 과정에서 어려움</b>	
경제적 어려움	7(5.56%)
시술 가능한 의료기관 정보 부족	8(6.35%)
부정적인 사회 인식	16(12.70%)
주변에서 알게 되는 것	53(42.06%)
유산 경험에 대한 배우자, 가족의 이해 및 공감 부족	12(9.52%)
유산 이후 부정적인 정서 경험	73(57.94%)
유산 이후 임신 가능성에 대한 불안감	94(74.6%)
유산으로 인한 신체적 고통	49(38.89%)
유산 이후 충분한 휴식을 취하지 못한 것	19(15.08%)
특별한 어려움 없었음	3(2.38%)

## 2. 자료수집 및 연구절차

자료 수집을 위해 임신 및 출산 관련 인터넷 카페를 활용하였으며, 연구자가 올린 연구 참여 게시글을 통해 자발적으로 온라인 설문에 응답하도록 하였다. 조사기간은 2021년 9월 17일부터 2021년 10월 7일까지 총 21일이었다.

## 3. 측정도구

### 1) 유산 경험 질문지

유산 경험 질문지는 인구통계학적 변인을 비롯하여 유산 유형, 유산 후 경과 기간, 유산 경험 횟수, 유산 당시 임신 주 수, 유산 당시 어려움 등 유산 여성의 우울 및 외상후스트레스 증상에 영향을 미칠 것으로 예상되는 유산 경험에 대한 질문으로 구성되었다.

## 2) 에딘버러 산후우울 척도(Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS)

EPDS는 산모들이 경험하는 산후우울증을 보다 간단하게 측정하기 위해 개발된 척도이며 본 연구에서는 한귀원, 김명정, 박제민(2004)이 번안 및 타당화한 한국판 EPDS를 활용하였다. EPDS는 총 10문항으로 구성되어 있으며 지난 1주일 간 우울, 불안, 자살사고 등을 묻는 문항에 대해 각각 0점 '전혀 그렇지 못했다'에서부터 3점 '항상 그랬다'까지 4점 리커트 형식으로 구성되어 있다. 경도 우울증 환자 선별 절단점은 EPDS 총점 9.5점을 기준으로 한다. 한귀원 등(2004)의 연구에서 한국판 EPDS의 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 .85로 나타났다. 산후우울증은 유산을 겪은 여성들에게도 나타날 수 있다(Miller, 2002)는 선행연구 결과를 바탕으로 유산 당시의 우울감 측정을 위해 한국판 EPDS를 사용하였다.

## 3) 외상후스트레스 선별 평가지(Primary Care PTSD Screen for DSM-5 : PC-PTSD-5)

PC-PTSD는 Prins 등(2003)이 외상후스트레스 장애 위험군을 일차로 선별하기 위해 개발된 척도이며 최근 DSM-5 진단 기준에 맞추어 PC-PTSD-5로 개정되었다. PC-PTSD-5는 총 5문항으로 구성되어 있으며 지난 1개월 동안 재경험, 회피, 마비, 과각성, 정서의 부정적 변화를 묻는 문항에 대해 '예', '아니오'로 응답한다. PC-PTSD-5의 선별 절단점은 3점이며, 염유성(2017)의 한국판 PC-PTSD-5가 타당화 연구에서 선별 절단점 3점을 기준으로 했을 때 외상후스트레스 장애로 진단된 집단과 진단되지 않은 집단을 구별하는 민감도가 가장 높았다. 한국판 PC-PTSD-5의 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 .73으로 나타났다.



#### 4) 통합적 한국판 CES-D(Center for Epidemilogic Studies Depression Scale)

CES-D는 일반인들이 경험하는 우울을 보다 용이하게 측정하기 위해 개발된 척도이며, 본 연구에서는 전경구, 최상진, 양병창(2001)이 국내에서 사용되는 세 가지 종류의 한국판 CES-D를 기초하여 개발한 통합적 한국판 CES-D를 활용하였다. 총 20문항으로 구성되어 있으며 지난 1주 동안 해당 문항을 얼마나 경험하였는가에 대해서 0점 ‘극히 드물게(1일 이하)’에서부터 3점 ‘거의 대부분(5-7일)’까지 4점 리커트 형식으로 구성되어 있다. 임상적 우울 환자 선별 절단점은 16점을 기준으로 한다. 전경구 등(2001)의 연구에서 통합적 한국판 CES-D의 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 .91로 나타났다.

#### 5) 사건충격척도(Impact of Event Scale-Revised Korea version : IES-R-K)

사건충격척도는 Horowitz 등(1979)에 의해 개발되었으며 본 연구에서는 Weiss와 Marmar(1997)가 수정한 척도를 은헌정 등(2005)에 의해 번안 및 타당화된 것을 활용하였다. 사건충격척도는 전체 22문항이며 과각성 증상, 회피 증상, 침습 증상, 수면장애 및 정서적 마비/해리 증상 4가지 하위요인으로 구성되어 있다. 0점 ‘전혀 없다’에서 4점 ‘극심하게 있다’까지 5점 리커트 형식으로 구성되어 있다. 외상후스트레스 장애 선별 절단점은 24/25점, 외상후스트레스 경향성 선별 절단점은 17/18점으로 산출되었다. 은헌정 등(2005)의 연구에서 IES-R-K 내적일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 .83으로 나타났다.

#### 6) 정서조절방략 질문지(Emotion Regulation Strategy Questionnaire : ERSQ)

정서조절방략 질문지(ERSQ)는 다양한 정서조절방략을 포괄적으로 분류 및 측정하기 위한 자기보고식 검사이며 이지영과 권석만(2007)에 의해 개발되었다. ERSQ는 총 69문항이며, 0점 ‘거의 그렇지 않다’에서 6점 ‘거의 항상 그렇다’까지 7점 리커트 형식으로 구성되어 있다. ERSQ의 16가지 방략은 경험적 기준에 따라 부적응적 정서조절방략과 적응적 정서조절방략으로 나뉘며, 적응

적 정서조절방략은 접근적, 주의분산적, 지지추구적 정서조절방략으로 구분될 수 있다(이지영, 권석만, 2009). 본 연구에서는 경험적 구분 기준에 따라 정서조절방략을 구분하였다. 이지영, 권석만(2007)의 연구에서 ERSQ의 내적 일치도(Cronbach's  $\alpha$ )는 인지적 정서조절방략 .77, 행동적 정서조절방략 .85, 체험적 정서조절방략 .77로 나타났다.

#### 4. 자료 분석 방법

본 연구는 유산을 경험한 여성들 대상으로 설문을 실시하고 자료 분석을 위해 SAS 9.4판을 이용하였다. 1) 연구 대상자의 특성을 파악하기 위해 빈도분석을 실시하였다. 2) 척도의 신뢰도를 분석하기 위해 신뢰도 분석을 실시하였다. 3) 연구에 사용된 주요 변인들 간의 관계를 살펴보기 위한 상관분석을 실시하였다. 4) 독립변인인 유산 당시의 심리적 고통과 중재변인인 적응적 정서조절방략 이외에 종속변인인 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상에 영향을 미치는 가외변인을 통제하였으며, 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계에서 적응적 정서조절방략의 조절효과를 확인하기 위해 위계적회귀 분석을 실시하였다.

### Ⅲ. 결 과

#### 1. 측정변인 신뢰도

본 연구에서 사용된 유산 당시 심리적 고통, 적응적 정서조절방략, 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상을 측정하는 척도의 신뢰도 분석 및 평균과 표준편차 결과를 표 4에 제시하였다. 정서조절방략 하위요인인 접근적 정서조절방략을 측정하는 문항 중 ‘불쾌한 감정을 충분히 느끼려고 한다.’라는 문항과 주의분산적 정서조절방략을 측정하는 문항 중 ‘부정적인 것은 잊어버리려 노력한다.’, ‘처한 상황이나 문제와 관련 없는 다른 일을 생각한다.’라는 문항은 문항 총점 상관이 .3 이하로 나타나 분석에서 제외하였다. 외상후스트레스 증상의 하위요인인 수면장애 및 정서적 마비/해리증상 문항 중 ‘유산 사건에 대한 나의 감정은 무감각한 느낌이었다.’라는 문항의 문항총점상관이 .3 이하로 나타나 분석에서 제외하였다. 척도의 신뢰도 분석 결과, 유산 당시 심리적 고통 척도는 .90, 적응적 정서조절방략 척도는 .93, 우울 증상 척도는 .93, 외상후스트레스 증상 척도는 .94로 각 척도의 내적신뢰도계수(Cronbach's  $\alpha$ )는 .71에서 .94 사이로 수용 가능한 수준인 것으로 나타났다.

표 4. 측정변인의 신뢰도 분석 및 평균과 표준편차

변수	문항(원문항)	신뢰도	평균(표준편차)
<b>유산 당시 심리적 고통</b>	15(15)	.90	19.29(7.86)
우울감(EPDS)	10(10)	.90	16.63(6.75)
외상후스트레스 증상(PC-PTSD-5)	5(5)	.71	2.67(1.65)
<b>적응적 정서조절방략(ERSQ)</b>	41(44)	.93	3.93(0.71)
접근적 정서조절방략	18(19)	.90	3.94(0.77)
주의분산적 정서조절방략	12(14)	.84	3.77(0.88)
지시추구적 정서조절방략	11(11)	.84	4.01(0.92)
<b>우울(CES-D)</b>	20(20)	.93	23.33(12.00)
<b>외상후스트레스 증상(IES-R-K)</b>	21(22)	.94	33.18(18.09)
과각성	6(6)	.85	6.69(5.40)
회피	6(6)	.90	33.18(18.09)
침습	5(5)	.88	9.52(5.13)
수면장애/정서적마비/해리증상	4(5)	.80	4.89(3.86)

## 2. 측정변인 간 상관분석

표 5는 측정변인들 간의 상관분석 결과이다. 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 증상( $r = .37, p < .001$ ), 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 외상후스트레스 증상( $r = .55, p < .001$ )의 관계에서 유의한 정적 상관이 있는 것으로 나타났다. 따라서 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울, 외상후스트레스 증상 사이에 정적 상관을 나타낼 것이라는 가설 1-1, 1-2가 지지되었다.

적응적 정서조절방략과 유산 후 우울 증상( $r = -.39, p < .001$ )간에 유의한 부적 상관이 있는 것으로 나타났다. 따라서 적응적 정서조절방략과 유산 후 우울 증상 간에 부적 상관을 나타낼 것이라는 가설 2-1은 지지되었다. 그러나 적응적 정서조절방략과 유산 후 외상후스트레스 증상( $r = -.16, p = .0784$ )의 관계에서 부적 상관은 유의하지 않은 것으로 나타났으며 적응적 정서조절방략과 유산 후 외상후스트레스 증상 간에 부적 상관을 나타낼 것이라는 가설 2-2는 지지되지 않았다.

표 5. 측정변인 간 상관 행렬표

변수	유산 당시 심리적 고통	적응적 방략	접근적 방략	주의분산 방략	지지추구 방략	유산 후 우울	유산 후 PTSD
유산 당시 심리적 고통	1.00						
적응적 방략 <sup>1)</sup>	-0.06	1.00					
접근적 방략	-0.13	0.84***	1.00				
주의분산 방략	-0.17	0.84***	0.59***	1.00			
지지추구 방략	0.13	0.83***	0.55***	0.51***	1.00		
유산 후 우울	0.37***	-0.39***	-0.43***	-0.31***	-0.25**	1.00	
유산 후 PTSD	0.55***	-0.16	-0.26**	-0.15	0.00	0.58***	1.00

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

1) 적응적 방략은 접근적, 주의분산적, 지지추구적 방략의 총합으로 구성되었다.

### 3. 유산 당시와 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 절단점 비율

표 6는 유산 당시의 심리적 고통을 나타내는 우울과 외상후스트레스 증상을 경험하는 유산 여성의 비율을 나타낸 결과이다. 우울 증상을 측정하는 EPDS의 절단점인 9.5점과 외상후스트레스 증상을 측정하는 PC-PTSD-5의 절단점인 3점을 기준하여 집단을 구분하였다. 유산 당시에 우울과 외상후스트레스 증상 모두 절단점 이상인 집단은 71명으로 전체의 56.35%를 차지했다. 우울 증상만 절단점 이상인 집단은 36명으로 28.57%이며, 외상후스트레스 증상만 절단점 이상인 집단은 3명으로 2.38%를 차지했다. 우울과 외상후스트레스 증상 모두 절단점 이하인 집단은 16명으로 12.70%로 나타났다.

표 7은 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상을 경험하는 유산 여성의 비율을 나타낸 것이다. 유산 후 우울을 측정하는 CES-D의 절단점인 16점과 유산 후 외상후스트레스 증상을 측정하는 IES-R-K의 절단점인 24점을 기준하여 집단을 구분하였다. 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상 모두 절단점 이상인 집단은 68명으로 전체의 53.97%를 차지했다. 유산 후 우울 증상만 절단점 이상인 집단은 22명으로 17.46%이며, 유산 후 외상후스트레스만 절단점 이상인 집단은 13명으로 10.32%를 차지했다. 유산 후 우울과 외상후스트레스 모두 절단점 이하에 해당하는 집단은 23명으로 18.25%로 나타났다.

즉, 유산 당시에 비해 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상을 모두 경험하는 여성은 56.35%에서 53.97%로 감소한 것으로 나타났으나 여전히 참여자의 절반 이상이 우울과 외상후스트레스 증상을 모두 경험하는 것으로 나타났다. 또한 유산 당시에 비해 유산 후 우울 증상만 경험하는 여성의 비율은 28.57%에서 17.46%로 감소하였지만 외상후스트레스 증상만 경험하는 여성의 비율을 2.38%에서 10.32%로 증가한 것으로 나타났다. 즉, 유산 당시의 우울증상을 경험하는 비율은 시간의 경과에 따라 감소하였지만 외상후스트레스 증상을 경험하는 비율은 증가하였다.

표 6. 유산 당시 우울 및 외상후스트레스 증상의 절단점에 따른 비율

	외상후스트레스 증상 (PC-PTSD-5) 절단점(3점) 이상	외상후스트레스 증상 (PC-PTSD-5) 절단점(3점) 미만	전체
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)
우울(EPDS) 절단점(9.5점) 이상	71(56.35%)	36(28.57%)	107(84.92%)
우울(EPDS) 절단점(9.5점) 미만	3(2.38%)	16(12.70%)	19(15.08%)
전체	74(58.73%)	52(41.27%)	126(100%)

표 7. 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 절단점에 따른 비율

	외상후스트레스 증상 (IES-R-K) 절단점(24점) 이상	외상후스트레스 증상 (IES-R-K) 절단점(24점) 미만	전체
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)
우울(CES-D) 절단점(16점) 이상	68(53.97%)	22(17.46%)	90(71.43%)
우울(CES-D) 절단점(16점) 미만	13(10.32%)	23(18.25%)	36(28.57%)
전체	81(64.29%)	45(35.71%)	126(100%)

#### 4. 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향에서 적응적 정서조절방략의 조절효과

##### 1) 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향에서 접근적 정서조절방략의 조절효과

유산 당시의 심리적 고통과 접근적 정서조절방략이 우울 증상에 미치는 영향을 확인하기 위해 위계적회귀분석을 실시하였으며, 독립변수와 상호작용항간의 다중공선성의 발생 가능성을 방지하기 위해 유산 당시 심리적 고통과 접근적 정서조절방략은 평균중심화한 값을 사용하였다.

표 8은 유산 당시의 심리적 고통과 적응적 정서조절방략이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향을 알아보기 위한 위계적회귀분석 결과이다. 분석 결과, 우울 증상에 대한 유산 당시의 심리적 고통과 접근적 정서조절방략의 상호작용 효과가 유의한 것으로 나타났다( $F = 4.46, p = .0367$ ).

표 9는 가설적 패턴과 비교해 보기 위해 유산 당시의 심리적 고통의 평균( $M = 19.29, SD = 7.86$ )과 접근적 정서조절방략의 평균( $M = 3.94, SD = 0.77$ )을 기준으로 각각 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 유산 후 우울 증상의 평균을 제시한 것이다. 표 9와 그림 3을 함께 살펴보면, 유산 당시의 심리적 고통의 수준과 관계없이 접근적 방략을 많이 사용하는 집단의 유산 후 우울 증상이 더 낮았으며, 접근적 정서조절방략을 많이 사용하는 집단과 적게 사용하는 집단 모두 유산 당시의 심리적 고통이 높을수록 유산 후 우울 증상이 증가하지만 증가 폭은 접근적 정서조절방략을 적게 사용하는 집단이 더 큰 것으로 나타났다. 즉, 유산 당시의 고통이 높을수록 접근적 정서조절방략에 따른 유산 후 우울 증상의 차이가 더 커지며, 유산 당시의 고통과 유산 후 우울 증상의 관계에서 접근적 정서조절방략이 조절효과를 가질 것이라는 가설 3-1이 지지되었다.

표 8 유산 당시 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 위계적회귀분석결과

변량원	df	b	$\beta$	F	p	$\Delta R^2$
유산 당시 심리적 고통(A)	1	2412.81	2412.81	24.01	<.0001	0.0355
접근적 방략(B)	1	2659.00	2659.00	26.46	<.0001	0.1509
A × B	1	448.23	448.23	4.46	0.0367	0.0424

$R^2 = .3105$

표 9 유산 당시 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균과 표준편차

접근적 방략	유산 당시 심리적 고통				전체
	낮음		높음		
	N	평균(표준편차)	N	평균(표준편차)	
낮음	48	24.69(9.92)	27	31.19(9.66)	27.03(10.26)
높음	34	17.35(11.44)	17	18.41(13.74)	17.71(12.13)
전체	82	21.65(11.12)	44	26.25(12.90)	23.25(11.93)

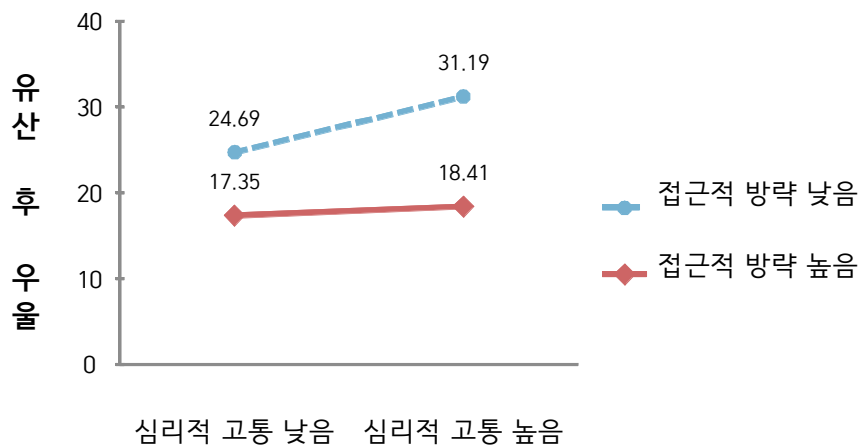


그림 3. 유산 당시의 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균



2) 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향에서 주의 분산적 정서조절방략의 조절효과

유산 당시의 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향을 확인하기 위해 위계적회귀분석을 실시하였으며, 독립변수와 상호작용항 간의 다중공선성의 발생 가능성을 방지하기 위해 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략은 평균중심화한 값을 사용하였다.

표 10은 유산 당시의 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향을 알아보기 위한 위계적회귀분석 결과이다. 분석 결과, 유산 후 우울 증상에 대한 유산 당시 심리적 고통의 주효과( $F = 20.90, p = <.0001$ )는 정적으로, 주의분산적 정서조절방략의 주효과( $F = 9.47, p = .0026$ )는 부적으로 유의하게 나타났다. 그러나 유산 후 우울 증상에 대한 유산 당시의 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략의 상호작용 효과는 유의하지 않은 것으로 나타났다( $F = 1.62, p = .2055$ ). 따라서 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 증상의 관계에서 주의분산적 정서조절방략이 조절효과를 가질 것이라는 가설 3-2는 지지되지 않았다. 유의한 조절효과가 나타나지 않았으나 주의분산적 정서조절방략을 많이 사용하는 집단이 유산 후 심리적 고통이 낮을 때와 높을 때 모두 주의분산적 정서조절방략을 적게 사용하는 집단보다 유산 후 우울 증상이 더 낮은 것으로 나타난 결과는 주의 깊게 볼만하다.

표 10. 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 위계적회귀분석결과

변량원	<i>df</i>	<i>b</i>	$\beta$	<i>F</i>	<i>p</i>	$\Delta R^2$
유산 당시 심리적 고통(A)	1	2412.81	2412.81	20.90	<.0001	0.1357
주의분산적 방략(B)	1	1093.20	1093.20	9.47	0.0026	0.0615
A × B	1	187.02	187.02	1.62	0.2055	0.0105
$R^2 = .2077$						

표 11. 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균과 표준편차

주의분산적 방략	유산 당시 심리적 고통				전체
	낮음		높음		
	N	평균(표준편차)	N	평균(표준편차)	평균(표준편차)
낮음	36	23.11(10.00)	25	32.08(7.65)	26.79(10.08)
높음	46	20.50(11.91)	19	18.58(14.49)	19.94(12.63)
전체	82	21.65(11.12)	44	26.25(12.90)	23.25(11.93)

3) 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향에서 지지추구적 정서조절방략의 조절효과

유산 당시의 심리적 고통과 지지추구적 정서조절방략이 우울 증상에 미치는 영향을 확인하기 위해 위계적회귀분석을 실시하였으며, 독립변수와 상호작용 항 간의 다중공선성의 발생 가능성을 방지하기 위해 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 정서조절방략은 평균중심화한 값을 사용하였다.

표 12는 유산 당시의 심리적 고통과 지지추구적 정서조절방략이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향을 알아보기 위한 위계적회귀분석 결과이다. 분석 결과, 유산 후 우울 증상에 대한 유산 당시의 심리적 고통과 지지추구적 정서조절방략의 상호작용 효과가 유의한 것으로 나타났다( $F = 5.55, p = .0200$ ).

표 13은 가설적 패턴과 비교해 보기 위해 유산 당시의 심리적 고통의 평균 ( $M = 19.29, SD = 7.86$ )과 지지추구적 정서조절방략의 평균( $M = 4.01, SD = 0.92$ )을 기준으로 각각 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 유산 후 우울 증상의 평균을 제시한 것이다. 표 13과 그림 4를 함께 살펴보면, 지지추구적 정서조절방략을 많이 사용하는 집단은 지지추구적 정서조절방략을 적게 사용하는 집단보다 유산 당시의 심리적 고통의 수준과 상관없이 유산 후 우울 증상이 낮았다. 또한 지지추구적 방략을 적게 사용하는 사람들은 유산 당시 심리적 고통이 높아질수록 유산 후 우울 증상이 증가하였다. 따라서 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 증상의 관계에서 지지추구적 정서조절방략이 조절 효과를 가질 것이라는 가설 3-3이 지지되었다.

표 12 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 위계적 회귀분석결과

변량원	df	b	$\beta$	F	p	$\Delta R^2$
유산 당시 심리적 고통(A)	1	2412.81	2412.81	22.42	<.0001	0.1357
지지추구적 방략(B)	1	1637.00	1637.00	15.21	0.0002	0.0921
A × B	1	597.84	597.84	5.55	0.0200	0.0065

$R^2 = .2343$

표 13. 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균과 표준편차

지지추구적 방략	유산 당시 심리적 고통				전체
	낮음		높음		
	N	평균(표준편차)	N	평균(표준편차)	
낮음	48	22.69(10.02)	20	33.20(5.95)	25.78(10.18)
높음	34	20.18(12.53)	24	20.46(14.31)	20.29(13.17)
전체	82	21.65(11.12)	44	26.25(12.90)	23.25(11.93)

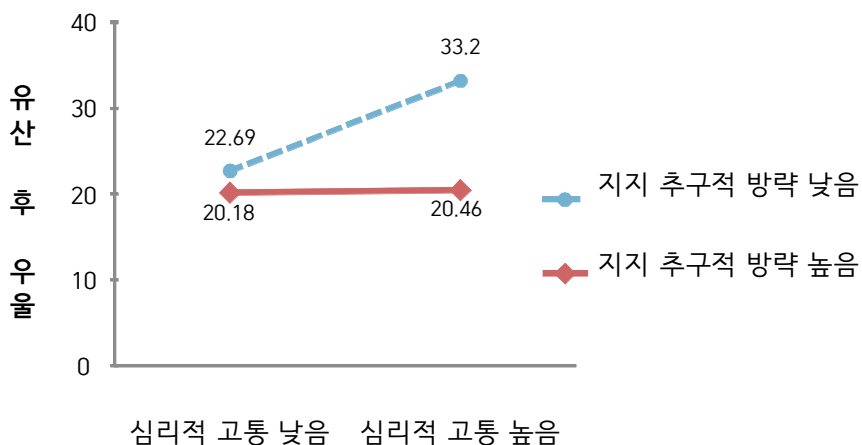


그림 4. 유산 당시의 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 우울 증상의 평균

## 5. 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향에서 적응적 정서조절방략의 조절효과

### 1) 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향에서 접근적 정서조절방략의 조절효과

유산 당시 심리적 고통과 접근적 정서조절방략 이외에 유산 후 외상후스트레스 증상에 영향을 미치는 것으로 나타난 유산 당시 임신 주수, 유산 후 출산여부의 영향력을 통제 한 뒤 유산 당시의 심리적 고통과 접근적 정서조절방략이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향을 확인하기 위해 위계적회귀분석을 실시하였다. 추가적으로 독립변수와 상호작용항 간의 다중공선성의 발생 가능성을 방지하기 위해 유산 당시 심리적 고통과 접근적 정서조절방략은 평균중심화한 값을 사용하였다.

표14는 유산 당시의 심리적 고통과 적응적 정서조절방략이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향을 알아보기 위한 위계적회귀분석 결과이다. 분석 결과, 유산 후 외상후스트레스 증상에 대한 유산 당시 심리적 고통의 주효과( $F = 53.64, p = <.0001$ )는 정적으로, 접근적 정서조절방략의 주효과( $F = 8.08, p = .0053$ )는 부적으로 모두 유의하게 나타났으나 유산 후 외상후스트레스 증상의 관계에서 유산 당시의 심리적 고통과 접근적 정서조절방략의 상호작용 효과는 유의하지 않은 것으로 나타났다( $F = 0.84, p = .3604$ ). 따라서 유산 당시의 고통과 유산 후 외상후스트레스 증상의 관계에서 접근적 정서조절방략이 조절효과를 가질 것이라는 가설 3-4는 지지되지 않았다. 유의한 조절효과가 나타나지 않았으나 접근적 정서조절방략을 많이 사용하는 집단이 유산 당시의 심리적 고통이 낮을 때와 높을 때 모두 접근적 정서조절방략을 적게 사용하는 집단보다 유산 후 외상후스트레스 증상이 더 낮게 나타난 결과는 주의 깊게 볼만하다.

표 14. 유산 당시 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 위계적회귀분석결과

변량원	<i>df</i>	<i>b</i>	$\beta$	<i>F</i>	<i>p</i>	$\Delta R^2$
유산 당시 임신 주수	1	2774.55	2774.55	14.01	0.0003	0.06890
유산 후 출산 여부	1	1293.56	1293.56	6.53	0.0118	0.0322
유산 당시 심리적 고통(A)	1	10622.99	10622.99	53.64	<.0001	0.2641
접근적 방략(B)	1	1599.43	1599.43	8.08	0.0053	0.0398
A × B	1	166.97	166.97	0.84	0.3604	0.0042
$R^2 = .4091$						

표 15. 유산 당시 심리적 고통과 접근적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 평균과 표준편차

접근적 방략	유산 당시 심리적 고통				전체 평균(표준편차)
	낮음		높음		
	N	평균(표준편차)	N	평균(표준편차)	
낮음	48	30.48(16.93)	27	44.11(15.19)	35.39(17.51)
높음	34	23.32(16.67)	17	33.29(17.54)	26.65(17.45)
전체	82	27.51(17.09)	44	39.93(16.80)	31.85(17.94)

## 2) 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향에서 주의분산적 정서조절방략의 조절효과

유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략 이외에 유산 후 외상후스트레스 증상에 영향을 미치는 것으로 나타난 유산 당시 임신 주수와 유산 후 출산 여부의 영향력을 통제 한 뒤 유산 당시의 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향을 확인하기 위해 위계적회귀분석을 실시하였다. 추가적으로 독립변수와 상호작용항 간의 다중공선성의 발생 가능성을 방지하기 위해 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략은 평균중심화한 값을 사용하였다.

표16은 유산 당시의 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향을 알아보기 위한 위계적회귀분석 결과이다. 분석 결과, 유산 후 외상후스트레스 증상에 대한 유산 당시 심리적 고통의 주효과( $F = 50.54, p = <.0001$ )는 부적으로 유의하게 나타났으나 주의분산적 정서조절방략의 주효과( $F = 0.52, p = .4727$ )와 유산 당시의 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략의 상호작용 효과는 유의하지 않은 것으로 나타났다( $F = 0.96, p = .3281$ ). 따라서 유산 당시의 고통과 유산 후 외상후스트레스 증상의 관계에서 주의분산적 정서조절방략이 조절효과를 가질 것이라는 가설 3-5는 지지되지 않았다. 유의한 조절효과가 나타나지 않았으나 주의분산적 정서조절방략을 많이 사용하는 집단이 유산 당시의 심리적 고통이 낮을 때와 높을 때 모두 주의분산적 정서조절방략을 적게 사용하는 집단보다 유산 후 외상후스트레스 증상이 더 낮게 나타난 결과는 주의 깊게 볼만하다.

표 16. 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 위계적회귀분석결과

변량원	<i>df</i>	<i>b</i>	$\beta$	<i>F</i>	<i>p</i>	$\Delta R^2$
유산 당시 임신 주수	1	2774.55	2774.55	13.20	0.0004	0.0690
유산 후 출산 여부	1	1293.56	1293.56	6.15	0.0145	0.0322
유산 당시 심리적 고통(A)	1	10622.99	10622.99	50.54	<.0001	0.2641
주의분산적 방략(B)	1	109.09	109.09	0.52	0.4727	0.0027
A × B	1	202.65	202.65	0.96	0.3281	0.0050
$R^2 = .3730$						

표 17. 유산 당시 심리적 고통과 주의분산적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 평균과 표준편차

주의분산적 방략	유산 당시 심리적 고통				전체
	낮음		높음		
	N	평균(표준편차)	N	평균(표준편차)	평균(표준편차)
낮음	36	29.36(16.48)	25	44.12(14.84)	35.41(17.32)
높음	46	26.07(17.60)	19	34.42(18.01)	28.51(18.00)
전체	82	27.51(17.09)	44	39.93(16.80)	31.85(17.94)

### 3) 유산 당시 심리적 고통이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향에서 지지추구적 정서조절방략의 조절효과

유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 정서조절방략 이외에 유산 후 외상후스트레스 증상에 영향을 미치는 것으로 나타난 유산 당시 임신 주수와 유산 후 출산여부의 영향력을 통제 한 뒤 유산 당시의 심리적 고통과 지지추구적 정서조절방략이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향을 확인하기 위해 위계적회귀분석을 실시하였다. 추가적으로 독립변수와 상호작용항 간의 다중공선성의 발생 가능성을 방지하기 위해 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 정서조절방략은 평균중심화한 값을 사용하였다.

표18은 유산 당시의 심리적 고통과 주의분산적 정서조절방략이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향을 알아보기 위한 위계적회귀분석 결과이다. 분석 결과, 유산 후 외상후스트레스 증상에 대한 유산 당시 심리적 고통의 주효과( $F = 51.08, p = <.0001$ )는 부적으로 유의하게 나타났으나 지지추구적 정서조절방략의 주효과( $F = 1.31, p = .2280$ )와 유산 당시의 심리적 고통과 지지추구적 정서조절방략의 상호작용 효과는 유의하지 않은 것으로 나타났다( $F = 1.47, p = .2280$ ). 따라서 유산 당시의 고통과 유산 후 외상후스트레스 증상의 관계에서 지지추구적 정서조절방략이 조절효과를 가질 것이라는 가설 3-6은 지지되지 않았다. 유의한 조절효과가 나타나지 않았으나 지지추구적 정서조절방략을 많이 사용하는 집단이 유산 당시의 심리적 고통이 높을 때 지지추구적 정서조절방략을 많이 사용하는 집단이 적게 사용하는 집단보다 유산 후 외상후스트레스 증상이 더 낮게 나타난 것은 주의 깊게 볼만하다.



표 18. 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 위계적회귀분석결과

변량원	<i>df</i>	<i>b</i>	$\beta$	<i>F</i>	<i>p</i>	$\Delta R^2$
유산 당시 임신 주수	1	2774.55	2774.55	13.34	0.0004	0.0690
유산 후 출산 여부	1	1293.56	1293.56	6.22	0.0140	0.0322
유산 당시 심리적 고통(A)	1	10622.99	10622.99	51.08	<.0001	0.2641
지지추구적 방략(B)	1	272.70	272.70	1.31	0.2544	0.0068
A × B	1	305.33	305.33	1.47	0.2280	0.0076
$R^2 = .3796$						

표 19. 유산 당시 심리적 고통과 지지추구적 방략에 따른 유산 후 외상후스트레스 증상의 평균과 표준편차

지지추구적 방략	유산 당시 심리적 고통				전체 평균(표준편차)
	낮음		높음		
	N	평균(표준편차)	N	평균(표준편차)	
낮음	48	27.04(17.56)	20	43.05(16.94)	31.75(18.75)
높음	34	28.18(16.66)	24	37.33(16.59)	31.97(17.10)
전체	82	27.51(17.09)	44	39.93(16.80)	31.85(17.94)

## IV. 논 의

본 연구는 유산 당시의 여성들이 경험하는 심리적 고통이 유산 이후에도 여전히 유산 여성들의 우울과 외상후스트레스 증상에 영향을 미치는지를 확인하고 적응적 정서조절방략의 수준에 따라서 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 관계가 어떻게 달라지는지 알아보고자 하였다. 따라서 국내 유산 여성 126명을 대상으로 유산 당시의 심리적 고통을 측정하는 EPDS, PC-PTSD-5와 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상을 측정하는 CES-D, IES-R-K, 정서조절방략 질문지(ERSQ)를 사용하여 설문조사를 실시하고 분석하였다. 연구 결과를 요약하고 논의하면 다음과 같다.

첫째, 여성에게 유산은 상실을 초래하는 외상 사건이다. 이로 인한 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상 간에 유의한 정적인 상관을 보여 가설 1-1과 1-2가 지지되었다. 즉, 유산을 경험한 당시에 심리적 고통이 클수록 시간이 경과한 후에도 심리적 증상을 경험할 가능성이 높은 것으로 해석할 수 있다. 이는 유산 스트레스가 높을수록 우울과 외상후스트레스 증상이 높아진다고 보고한 김애림(2019)의 연구와 가까운 이를 죽음으로 잃는 죽음상실을 경험했을 때 상실감으로 인한 고통이 클수록 우울감이 증가한다는 박규리(2015), 신나라(2018)의 연구결과와 맥락을 같이한다. 이러한 연구 결과는 유산 당시의 심리적 고통이 유산 후 우울, 외상후스트레스 증상과 같은 심리적 부적응을 초래하는 것을 예방하기 위해서 유산을 경험한 초기에 심리적 고통을 다뤄주는 것이 유산 여성들의 심리적 회복과 일상생활 적응을 위해 중요함을 의미한다.

둘째, 적응적 정서조절전략은 스트레스 사건 이후 경험하는 부정적인 정서를 조절하기 위해 적응적인 방식으로 대처함으로써 정서적 고통을 완화시키는 것을 의미한다. 따라서 적응적 정서조절방략과 유산 후 우울, 외상후스트레스 증상 간에 부적인 상관이 있을 것이라 예상했다. 본 연구 결과 적응적 정서조절방략이 유산 후 우울 증상과 부적인 상관을 보여 가설 2-1은 지지되었지만 유산 후 외상후스트레스 증상과 부적인 상관을 보이지 않아 가설 2-2는 지지되지 않았다. 이러한 연구결과가 나타난 이유에 대해 유산 여성의 외상후스트

레스 증상을 완화하는데 있어 정서 중심적 대처의 효과가 미비했기 때문인 것으로 사료된다. 외상 사건을 경험했을 때 대처양식은 문제 중심적인 대처 방식과 정서인 중심적 대처 방식으로 나뉜다. 스트레스와 대처방식에 관한 선행 연구들은 문제중심적 대처방식이 정서중심적 대처방식보다 스트레스 감소에 더 효과적인 것으로 보고한다(김소연 등, 2015). 그러나 상황적 맥락의 특수성에 따라 정서 중심적 대처가 더 효과적일 수 있다. 유산의 경우 사건의 통제나 수정이 불가능하다고 여겨 정서조절방략이 더 효과적일 것이라 예상했다. 그러나 유산 여성들의 경우 유산을 극복하고 미래 임신을 준비하기 위해 유산의 원인 및 원인별 치료 방법, 시술 과정에 대한 정보를 찾는 등 적극적으로 문제를 해결하는 모습을 보였다. 즉, 유산 여성들은 유산 경험을 통제 불가능한 것으로 여기기보다는 개인의 노력으로 변화시킬 수 있는 경험으로 지각하고 있는 것으로 보인다. 본 연구에서도 문제 해결을 위한 계획을 세우는 것과 구체적인 문제해결 행동을 하는 것 그리고 자신의 느낌이나 상황을 이해하려 노력하는 것 등의 접근적 정서조절방략은 외상후스트레스 증상과 부적 상관을 가지는 것으로 나타났다. 따라서 임신과 출산을 위협하는 유산이라는 스트레스 상황에서 벗어나기 위해 적극적으로 관여하고 노력하는 것이 유산 후 외상후스트레스 증상을 완화하는 보호요인이 될 수 있는 것으로 볼 수 있다. 그러나 이 과정에서 심리적 후유증에 대한 탐색 없이 유산 상황에서 벗어나 임신하는 것만을 목표로 하지 않도록 유산 후 심리적 후유증을 다루기 위한 개입이 필요하다. 임신 및 출산과 관련된 우울증상에서 가족 및 배우자의 지지가 주요한 보호요인으로 제안되고 있으며(Gremigni et al, 2011; Webster et al, 2000), 문주영(2017)의 연구에서는 유산으로 인한 스트레스, 불확실성, 부정 정서에 대처하는 방법으로 사회적 지지 탐색, 문제 중심 대처, 긍정적 관심 등이 제안되었다. 따라서 유산으로 인한 심리적 후유증을 다루는데 있어 배우자 및 가족의 적극적인 참여가 필요하며 유산 경험에 대처하는데 있어 문제 중심적 대처방식과 정서 중심적 대처 방식을 적절히 활용할 수 있도록 돕는 전문적이고 체계적인 개입이 필요하다.

셋째, 유산 당시의 심리적 고통이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향을 적응적 정서조절방략이 완화시켜줌으로써 조절효과가 유의할 것이라 예상했다. 적

응적 정서조절방략의 하위요인 중 접근적, 지지추구적 정서조절방략은 유산 당시의 심리적 고통이 유산 후 우울 증상에 미치는 영향에서 유의한 조절효과를 가지는 것으로 나타나 가설 3-1과 3-3은 지지되었지만, 주의분산적 정서조절방략의 조절효과는 유의하지 않은 것으로 나타나 가설 3-2는 지지되지 않았다. 이러한 결과가 나온 이유는 다음과 같이 추론해볼 수 있다. 먼저, 본 연구에 사용된 표본은 126명으로 표본의 수가 다소 작은 편이다. 따라서 조절효과 확인을 위한 표본의 크기가 적절하지 않았을 가능성이 있다. 조절효과 확인을 위해서는 표본의 크기가 120명 이상이어야 하며, 표본의 크기가 120명 또는 그 이하일 경우 조절회귀분석의 통계적 검증력이 낮아질 수 있다(한인수, 2002). 따라서 보다 큰 표본에서 본 연구 결과에 대한 재확인이 필요할 것으로 사료된다. 또한 정서조절방략 중에서도 주의전환은 우울을 완화하고 우울의 지속 시간을 줄여주는 것으로 제안되었으며 여러 연구들을 통해 입증되었다(김진영, 2000). 그러나 Fivush와 Buckner(2000)는 주의분산은 완전한 대처방략이 아니라고 주장하였으며, 회피/주의전환은 정서적 정보를 처리하는 것을 방해하여 병리적인 고통을 유발한다(Rachman, 1980). 회피적 정서조절방략의 사용은 강렬한 부정적 감정으로부터 정서를 즉각적으로 해소하거나 피하기 위해 사용되며(Marra, 2005; Westen, 1994), Garnefski 등(2004)의 연구에서는 주의분산적 정서조절방략은 일시적으로는 부정적인 정서를 감소시킬 수 있지만 장기적으로는 더욱 심각한 문제를 야기할 가능성이 시사되었다. 따라서 주의분산적 정서조절방략의 경우 유산 당시 일시적으로는 심리적 고통을 완화하는데 효과적일 수 있지만 장기적으로는 유산으로 인한 감정이나 상황에 접근을 방해하여 유산 경험을 다루는데 효과적이지 않으며 오히려 유산 후 심리적 증상을 악화시킬 수 있다. 이러한 연구 결과는 유산 당시의 정서 경험이나 시간의 경과에 따라 보다 통합적인 정서조절방략의 사용이 요구됨을 시사한다.

넷째, 유산 당시의 심리적 고통이 유산 후 외상후스트레스 증상에 미치는 영향을 적응적 정서조절방략이 완화시켜줌으로써 조절효과가 유의할 것이라 예상했다. 그러나 적응적 정서조절방략의 3가지 하위요인 모두 조절효과가 유의하지 않은 것으로 나타나 가설 3-4, 3-5, 3-6은 지지되지 않았다. 그러나 접근적 정서조절방략의 주효과는 유의한 것으로 나타나 접근적 정서조절방략의

사용이 유산 후 외상후스트레스 증상을 완화하는데 있어 효과적인 것으로 나타났다. 이러한 결과가 나온 이유는 정서의 변화만으로는 외상 사건으로 인해 발생한 문제를 처리하는데 효과적이지 않을 수 있기 때문이다. Tedeschi와 Calhoun(1995)은 극심한 스트레스를 유발하는 외상 사건을 경험한 뒤 이에 대한 대처 결과로 나타나는 개인의 긍정적인 심리적 변화를 외상 후 성장(Psttraumatic Growth: PTG)이라 정의하였다. 외상 후 성장에서는 외상 사건으로 인해 파괴된 자신과 세상에 대한 개인의 신념을 재형성하는 과정에 있어서 정서 상태 및 기능과 함께 인지적 과정을 중요한 요인으로 언급하였다. 선행연구를 통해 외상 사건과 그 경험을 처리하는 과정에서 인지적이고 의식적인 대처 전략인 인지적 정서조절 전략의 효과가 입증되었다(김한결, 2021). 본 연구에서 사용한 접근적 정서조절방략의 경우 능동적으로 생각하기, 인지적으로 수용하기 같은 인지적 변화를 통해 정서를 조절하는 하위요인을 가지고 있으며 이러한 접근적 정서조절방략을 많이 사용하는 사람일수록 유산 후 외상후스트레스 증상이 낮아지는 것으로 나타났다. 이는 유산 경험에 대한 정서적 변화와 함께 인지적 변화까지도 이끌어 내는 치료적 접근이 필요함을 시사하며 인지적 변화를 통해 정서변화를 초래하는 인지적 정서조절방략이 유산 경험을 다루는데 유용할 수 있을 것으로 사료된다.

위의 연구 결과를 바탕으로 한 본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 유산 당시의 심리적 고통을 경험한 여성들은 유산 후 적게는 1개월에서 많게는 10년이라는 시간이 경과하였음에도 불구하고 여전히 높은 수준의 우울 또는 외상후스트레스 증상과 같은 심리적 부적응을 경험하고 있음을 확인하였다. 유산 당시 우울과 외상후스트레스 증상을 측정하는 설문절단점을 넘은 여성들은 56.35%였으며, 이들은 유산 후에도 절단점을 넘어서는 임상 수준의 우울( $M = 26.39, SD = 11.65$ )과 외상후스트레스( $M = 39.69, SD = 14.71$ ) 증상을 경험하는 것으로 나타났다. 이는 국내 연구 중 유산을 경험한지 6개월에서 2년 이내의 여성들을 대상으로 유산 스트레스에 따른 우울과 외상후스트레스 증상의 차이를 연구한 김애림(2019)의 연구와 일치하는 결과이다. 또한 유산을 경험한지 1년이 경과된 시점에서도 9.3%의 여성은 여전히 우울을 경험하였고 보고한 Lok 등(2010)의 연구와 유산 1개월 후 외상후스트레스와 우울을 경

험했던 여성들 중 일부는 유산을 경험한지 9개월이 경과했음에도 여전히 외상 후스트레스와 우울 증상을 경험한다고 보고한 Farren 등(2009)의 연구와도 일치하는 것으로 나타났다. 이뿐만 아니라 유산 당시의 여성들의 우울감은 산후 우울증을 경험하는 여성들의 우울감보다 훨씬 높은 것으로 나타났다. 에딘버러 산후우울 척도(EPDS)를 사용하여 측정한 유산 당시 여성들의 우울감은 16.63점이었으나 동일한 척도를 사용한 이성희(2017)와 서혜정 등(2020)의 연구에서 정상 임부의 우울감은 각각 7.5점, 6.8점으로 나타났다. 두 연구 결과를 비교했을 때 유산 당시 여성들의 우울감이 현저히 높은 것으로 볼 수 있다. 우리나라의 여성의 초혼 나이는 2010년 평균 28.91세에서 2020년 평균 30.78세로 증가하였으며(통계청, 2021). 전체 출산율 중 35~39세 여성의 출산율도 증가하는 추세이다. 본 연구에 참여한 여성들의 평균 나이는 또한 34.25세로 30대 여성(79.37%)이 다수를 차지했다. 이처럼 매년 결혼연령과 출산연령의 증가와 함께 자연유산율이 증가하고 있으며 이는 출산율 감소의 주요한 원인으로 제시되고 있다(황나미, 2006). 이에 대한 대책으로 출산율 증가를 위한 다양한 지원과 서비스가 제공되고 있지만 유산 후 여성들이 경험하는 신체적, 심리적 고통을 해소하기 위한 지원은 미비한 실정이다. 박점미, 신나연(2019)의 유산 환자의 간호 요구도 조사 연구에 따르면 유산 여성들은 지원체계에 있어 유산 후 스트레스 해소 방법, 배우자 및 주변 사람들과의 지지체계 형성, 심리적 지지 등에 대한 간호를 요구하는 것으로 나타났다. 이는 유산 여성들 또한 심리적 치료 필요성을 인지하고 있는 것으로 볼 수 있으며 유산 여성들의 심리적 회복을 돕기 위한 심리적 지원과 제도가 마련되어야 할 것으로 사료된다.

둘째, 유산 당시와 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 비율을 비교하였다. 연구 결과, 유산 당시 우울증상만 경험했던 여성의 비율은 유산 후에는 감소하는 것으로 나타났지만 유산 당시 외상후스트레스 증상만 경험했던 여성의 비율은 유산 후에는 증가한 것으로 나타났다. 우울장애와 외상후스트레스 장애는 높은 공병률을 보이고 있지만 명백히 구분되는 정신과적 장애이다(최지영, 김근향, 박은희, 2016). 최지영 등(2016)의 연구에 따르면 우울장애의 경우 정서적/내재화 문제가 핵심이지만 외상후스트레스 장애의 경우 행동적/외현화 문제와 사고 문제가 핵심적인 것으로 나타났다. 따라서 유산 후 외상후

스트레스 증상을 보이는 여성의 경우 유산 경험에 대한 자동적이고 불수의적인 반복적인 사고, 통제결여의 어려움, 물질남용 등의 증상을 보일 수 있으며 이는 유산 후 심리적 증상을 악화시킬 수 있다. 특히 우울증상과 외상후스트레스 증상이 공존하는 경우에는 더 심각한 수준의 심리적 증상을 보일 수 있다. 따라서 유산 당시 여성들이 호소하는 문제에 따라 치료적 개입을 달리할 필요가 있을 것으로 사료된다.

셋째, 유산 당시 경험에 대해 다양한 측면에서 살펴보았다. 연구 결과, 유산의 원인으로 자연유산의 경우 원인불명인 경우가 가장 많았으며 인공 유산의 경우 치료적 사유보다 개인적인 이유에 의해 시행되는 경우가 많았다. 그럼에도 유산 유형에 따른 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상에 차이는 없었으며, 이는 개인의 선택 여부와 상관없이 유산 경험은 여성에게 상당한 고통이 됨을 시사하는 결과로 볼 수 있다. 또한 여성들은 유산 과정에서 신체적 고통보다 유산 후 임신 가능성에 대한 불안감과 슬픔, 죄책감 등의 부정적인 정서 경험으로 인한 심리적 고통을 더 크게 지각하였다. 이를 통해 여성들이 유산 과정에서 심리적 측면에서의 어려움을 더 많이 경험함을 확인하였다. 즉, 유산 경험은 그 자체로 여성들에게 고통을 초래하며, 특히 유산 후 느끼는 부정적인 정서를 다루는데 초점을 맞춘 심리적 개입이 필요할 것으로 사료된다.

넷째, 유산 당시 심리적 고통을 경험할 때 유산으로 인한 부정정서를 완화하는 것이 우울 증상의 예방에 도움이 될 수 있다. 특히 능동적인 생각과 문제를 해결하기 위한 적극적인 탐색을 통해 정서를 조절하는 접근적 정서조절방략과 사회적 지지를 통해 부정적인 정서 상태에서 벗어나려는 노력인 지지추구적 정서조절방략이 효과적인 것으로 나타났다. 따라서 유산을 경험한 여성에게 치료적·상담적 개입 시 유산 경험에 대한 이해를 바탕으로 한 유산 경험에 대한 수용과 문제 해결 행동을 돕는 접근적인 정서조절양식의 사용을 도와야 한다. 또한 유산은 여성 개인의 문제 아닌 배우자 및 가족들이 함께 하는 문제임을 인식시키는 가족 교육이 필요하며, 유산 여성들이 자기개방에 대한 효과적인 사회적 반응을 제공받을 수 있는 치료적 경험은 유산 후 우울 증상을 완화 시키는데 도움이 될 수 있을 것이다.

다섯째, 유산 경험에 따른 유산 후 우울 및 외상후스트레스 증상의 수준에



유의한 차이가 나타났음을 확인하였다. 연구 결과 유산 주수에 따라 유산 후 외상후스트레스 증상의 심각도에 유의한 차이가 나타났으며 더 오랫동안 임신을 유지한 여성일수록 유산 후 외상후스트레스 증상의 수준이 높은 것으로 나타났다. 임신 주기별 모와 태아의 상호작용을 연구한 권미경(2008)의 연구에 따르면 임부는 임신 기간이 증가함에 따라 태아와 상호작용을 경험했다고 응답하였으며 임신이 진행될수록 태아와 애착을 형성하고 태아를 하나의 인격체로 느낀다고 설명하였다. 따라서 임신 주수가 늘어남에 따라 태아가 사망했을 때 여성들이 느끼는 상실감은 사랑하는 사람의 사별로 인한 상실감과 비슷한 수준일 것으로 여겨진다. 이는 여성들에게 외상적 상실경험으로 지각되어 유산 후 외상후스트레스 증상을 더욱 심화시키는 것으로 볼 수 있다. 반면 유산 후 출산을 경험한 여성들은 유산 후 출산을 경험하지 못한 여성들보다 유산 후 외상후스트레스 증상의 수준이 낮은 것으로 나타났다. 유산 여성들에게 출산은 새로운 생명의 탄생에 대한 기쁨과 감사, 어머니로서의 역할과 부모 경험, 결혼생활의 중요한 과업의 성취와 같은 긍정적 경험을 하게 되고 과거 유산 경험에 대한 보상으로 여겨질 것으로 생각된다. 이는 유산 경험에 대한 새로운 조망을 가져다줌으로써 유산 후 외상후스트레스 증상을 완화시키는 것으로 예상된다.

본 연구의 제한점 및 제언은 다음과 같다. 첫째, 유산 경험 이후 우울 증상의 완화에 적응적 정서조절방략의 사용이 어떤 과정을 통해 영향을 미치는가에 대한 세부적인 설명을 제공하지 못하였다. 적응적 정서조절방략의 3가지 하위요인 중 어떠한 정서조절방략이 선행되는지, 또는 3가지 정서조절방략이 동시에 작용하는지에 대한 충분한 설명을 제공하기 어렵다. Gross와 Jhon(2003)이 제안한 정서조절 과정 모델에 따르면 정서가 유발되면 정서를 다루기 위해 정서유발 상황에 접근 또는 회피하는 선택을 하게 된다. 이후 정서를 조절하기 위해 상황을 수정하려는 노력을 하지만 개인의 노력으로 상황을 수정하는 것이 어려울 때는 주의배분 단계를 거치게 된다. 이 과정을 통해 정서가 어느 정도 조절되고 나면 인지적 변화를 통한 정서 조절과 행동적, 경험적, 생리적 반응을 통해 정서반응의 조정이 나타난다. 이는 시간의 흐름이나 개인이 사용하는 정서조절방략에 따라 다음 단계에서 사용하게 될 정서조절방



략이 달라질 수 있음을 의미한다. 따라서 후속 연구에서는 유산을 경험한 직후 어떠한 정서조절방략을 가장 많이 사용하는지, 시간의 흐름에 따라 주로 사용하는 정서조절방략의 하위요인이 변화하는지에 대한 과정을 함께 고려하여 연구되어야 할 필요성이 있다.

둘째, 유산을 경험한 여성의 표본이 다소 편향되어 있어 유산 당시의 심리적 고통과 적응적 정서조절방략 이외에 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상에 영향을 미치는 변인을 통제하는데 한계가 있었다. 선행 연구에 따르면 유산 후 경과에 따라 우울증으로 이환될 가능성이 감소하고(Kulathilaka, Hanwella, Silva, 2016), 유산을 경험한지 2년 후에는 유산으로 인한 증상의 대부분이 사라진 것으로 보고되었다(Beutel et al., 1995). 그러나 본 연구에 참여한 여성의 대부분이 유산을 경험한지 2년 이내에 해당하였으며 유산을 경험한지 3년 이상 10년 이내의 여성은 23명으로 그 수가 굉장히 적었다. 또한 결혼 여부, 자녀 수, 유산 후 임신 및 출산 여부, 초음파 결과를 확인했는가에 따라 유산 후 우울과 외상후스트레스 증상에 영향을 미칠 것이라는 선행연구(김경란, 2005; Brier, 2008)를 바탕으로 본 연구에서는 유산 후 우울, 외상후스트레스 증상에 영향을 미칠 것이라 생각되는 변인을 측정하였다. 그러나 유산 여성의 인구사회학적 특성 및 산과적 특성에 따라 유산 후 우울 증상에 유의미한 차이가 나타나지 않았으며, 유산 후 외상후스트레스 증상에서만 유산 당시 임신 주수와 유산 이후 출산 여부에 따라 유의미한 차이가 나타났다. 따라서 후속 연구에서는 유산 여성의 인구사회적 특성과 산과적 특성(ex. 유산 후 경과 기간, 유산 당시 임신 주수)에 따라 집단의 사례 수를 고려하여 표본을 모집할 필요가 있을 것으로 사료된다.

셋째, 본 연구는 유산 당시의 심리적 고통과 유산 후 심리적 고통을 동일 시점에서 수집하였기 때문에 본 연구 결과를 통한 변인들 간의 인과관계를 확인하는데 있어 한계가 있었다. 또한 유산 당시의 심리적 고통이나 적응적 정서조절방략의 사용에 대한 응답에 있어 현재의 정서 상태가 영향을 미쳤을 수 있으며 시간의 흐름에 따라 변화된 과정을 연구할 수 없었다. 따라서 추후 연구에서는 유산을 경험한 여성들을 대상으로 한 종단연구를 통해 유산 당시의 심리적 고통이 어떠한 경로를 통하여 완화되어 가는가에 대한 연구가 필요할

것으로 사료된다.

위의 제한점에도 불구하고 본 연구는 유산의 의료적 측면에만 초점을 맞춘 기존의 한계에서 벗어나 유산 여성의 심리적 측면에 초점을 맞추어 유산 여성의 심리적 측면에 대한 전문적이고 체계적인 지원이 마련되어야 할 필요성을 확인하였다는데 그 의의가 있다. 또한 유산 후 여성들이 경험하는 부정 정서를 조절하기 위한 프로그램을 통해 유산을 경험한 초기에 적응적 정서조절方略의 사용을 촉진한다면 유산 후 우울 증상의 예방에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

## 참 고 문 헌

- 강명선, 양성은 (2011). 여성의 낙태경험에 관한 현상학적 연구. 한국가정관리학회지, 29(4), 233-250.
- 강민철, 김수입, 김동민 (2012). 산후우울증 유병률 및 관련요인에 대한 메타연구: 사회적 지지와 양육스트레스를 중심으로. 상담학연구, 13(1), 149-168.
- 국가법령 정보센터(2009, 1, 7). 모자보건법 14조. <https://is.gd/3AvcAU>에서 2021. 7. 2에 자료 얻음.
- 권미경(2008). 임신 주기별 모-태아상호작용 양상. 부모·자녀건강학회지, 11(2), 93-104.
- 권인숙 (2018). 여성의 임신중단 경험과 낙태죄로 인한 자기결정권 및 건강권 침해 인식. 한국여성정책연구원, 46, 1.
- 고명숙(1995). 유산으로 인한 기혼여성의 상실 경험. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 김경란 (2015). 인공임신중절을 경험한 기혼 및 미혼 여성의 심리적 반응. 고려대학교 석사학위논문.
- 김소연, 김선미, 김보영, 양은주 (2015). 대처방식과 외상 후 심리적 부적응의 관계에 관한 메타분석 연구. 한국인간발달학회. 22(1), 195-223.
- 김애림 (2019). 유산 여성의 유산스트레스와 우울 및 외상 후 스트레스 증상의 관계에서 대처유연성의 조절효과. 대구대학교 석사학위논문.
- 김영봉, 강병재(1988). 정서지능 측정에 대한 고찰. 국제여성연구소 연구논총, 7(1), 61-82.
- 김은희 (2019). 주산기 아기 사망 간호에 대한 간호사의 인식과 스트레스. 서울대학교 석사학위논문.
- 김의철, 박영신, 권용은 (2005). 한국 세대별 어머니 집단의 가족관련 가치의식 비교. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 11(1), 109-142.
- 김진영 (2000). 우울한 기분에 대한 두가지 내부 초점적 반응양식 : 반추적 반응양식 대 반성적 반응양식. 서울대학교 석사학위논문.
- 김한결 (2021). 외상 후 성장과 인지적 정서 조절 전략 간의 관계 탐색. 가톨릭

릭대학교 석사학위논문.

김현옥 (1991). 임신부의 태아에착행위에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

문주영 (2017). 반복유산을 경험한 임부의 불확실성이 대처방법에 미치는 영향. 한양대학교 석사학위논문.

민경환, 김지현, 윤석빈, 장승민 (2000). 부정적 정서조절 방략에 관한 연구: 정서 종류와 개인 변인에 따른 정서조절 양식의 차이. 한국심리학회지 : 사회 및 성격, 14(2), 1-16.

박규리 (2015). 남녀 노인의 상실경험과 우울 간의 관계: 스트레스 대처양식의 조절효과. 부산대학교 석사학위논문.

박점미, 신나연 (2019). 유산 환자 통합 지원 서비스 프로그램 개발을 위한 가호 요구도 조사: 유산 경험 여성들을 대상으로. 한국모자보건학회지, 23(2), 101-108.

박애실 (2016). 외상 후 인지가 외상 후 성장에 미치는 영향: 침습적 반추와 의도적 반추의 이중매개효과와 적응적 인지적 정서조절전략의 조절된 매개효과 검증. 상담학연구, 17(5), 181-200.

배영희, 정문숙 (2004). 가임 여성의 인공유산에 대한 지식, 태도, 경험. 경북간호과학지, 8(1), 79-90.

배정순 (2018). 외상 후 스트레스 장애로서의 낙태. 생명, 윤리와 정책, 2(1), 75-102.

서울대학교병원 의학정보 (2017. 7. 1). 유산. <https://is.gd/Gv37Zk>에서 2021.07.22 자료 얻음.

서혜정, 송주은, 이영진, 안정아 (2020). 임부의 스트레스, 우울 및 배우자와 가족의 지지가 모성 정체성에 미치는 영향. 한국여성건강간호학회, 26(1), 84-92.

손재민 (2005). 정서조절 방략 사용에서의 개인차: 인지적 재해석인과 정서표현 억제인의 비교. 서울대학교 석사학위논문.

신나라 (2018). 상실경험이 우울에 미치는 영향: 정서조절 양식의 조절효과. 가톨릭대학교 석사학위논문.

- 안현의, 박철옥, 주혜선 (2012). 외상관련 정서의 확장: 수치심, 죄책감, 분노를 중심으로. 상담학연구, 13(2), 839-854.
- 염유성 (2017). 한국판 PC-PTSD-5의 타당화 연구. 충북대학교 석사학위논문.
- 윤명숙, 박은아 (2013). 유산 후 애도와 우울. 정신건강과 사회복지, 41(2), 33-56.
- 은헌정, 권태완, 이선미, 김태형, 최말례, 조수진 (2005). 한국판 사건충격척도 수정판의 신뢰도 및 타당도 연구. 신경정신의학, 44, 303-310.
- 이경혜, 고명숙 (1995). 여성의 유산경험에 대한 현상학적 연구. 한국간호과학회, 24(2), 157-174.
- 이성희 (2017). 고령 임부의 인구 및 산과적 특성, 사회적지지, 산전우울과 건강관련 삶의 질: 35 세 미만 임부와 비교. 예술인문사회융합멀티미디어 논문, 7(4), 801-808.
- 이소영 (2018). 2018년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사. 한국보건사회연구원.
- 이지영(2014). 나는 왜 감정에 서툴까?. 청림출판. 101-107.
- 이지영, 권석만 (2006). 정서조절과 정신병리의 관계: 연구 현황과 과제. 한국심리학회지 : 상담 및 심리치료, 18(3), 461-493.
- 이지영, 권석만 (2007). 정서조절방략 질문지의 개발: 대학생 집단을 대상으로. 한국심리학회지: 임상, 26(4), 369-976.
- 이지영, 권석만 (2009). 정서조절방략 질문지(ERSQ)의 16개 방략의 경험적 구분. 한국임상심리학회 2009년도 동계 연수회 포스터 발표 초록집, 31-32.
- 임명남, 주상열 (2015). 여성의 사회경제적 지위가 유산에 미치는 영향에 관한 연구. 한국자료분석학회, 17(5), 2473-2482.
- 전겸구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. 한국심리학회지 : 건강, 6(1), 59-76.
- 정재원, 정혜선, 윤순녕, 신종철, 박현주, 한미연 (2009). 자연유산을 경험한 여성의 신체적 증상 및 심리적 증상 관련 요인. 여성건강간호학회지, 15(3), 303-311.
- 지은혜, 조용래 (2009). 외상경험 대학생들의 외상관련 부정적 인지와 정서조

- 절곤란이 외상 후 스트레스 장애 증상에 미치는 영향. *인지행동치료*, 15(1), 195-212.
- 최상희 (2016). 경찰공무원의 외상성 사건 경험과 외상후 스트레스 증상의 관계: 부적응적 정서조절방략의 조절효과. *전남대학교 석사학위논문*.
- 최선제 (2011). 상실 경험의 의미 재구성과 심리적 적응의 관계. *이화여자대학교 석사학위논문*.
- 최지영, 김근향, 박은희 (2016). 다면적 인성검사 II 재구성판(MMPI-2-RF)으로 살펴본 외상후스트레스 장애군과 주요우울장애, 그리고 공병장애군의 임상 특성 비교. *한국심리학회*, 35(1), 1-20.
- 통계청 (2021). 시도별 평균초혼연령. [orl.kr/eY](http://orl.kr/eY)에서 2021. 12. 15에 자료 얻음.
- 한귀원, 김명정, 박제민 (2004). 한국어판 에딘버러 산후우울 척도 : 신뢰도와 타당도. *생물치료정신의학*, 10(2), 201-207.
- 한인수 (2002). 조절회귀분석의 통계적 검정력에 대한 연구. *Journal of industrial relations*, 13, 143-161.
- 황나미 (2006). 임신소모가 저출산에 미치는 영향과 향후과제. *보건복지포럼*, 111, 50-62.
- 홍구화 (2009). 상실로 인한 슬픔에 대한 효과적인 위로 사역. *한국 기독교 신학 논총*, 67(1), 319-341.
- 홍주은, 박점미 (2016). 난임 간호사의 자연유산 경험에 대한 내러티브 탐구. *정신간호학회지*, 25(1), 58-70.
- 홍주은, 박점미 (2017). 여성의 자연유산 경험에 대한 현상학적 연구. *여성건강간호학회지*, 23(2), 73-77.
- Aldwin, C., Revenson, T. (1987). Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-5). *American Psychiatric Pub*.
- Beil ER. (1992). Miscarriage : The influence of selected variables on impact. *Women There*, 12 , 161 - 173.

- Beutel, M., Deckardt, R., Von Rad, M., & Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine*, *57*(6), 517-526.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, *17*(3), 451-464.
- Calkins, S. D. (2010). Commentary: Conceptual and methodological challenges to the study of emotion regulation and psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*, 92-95.
- Carlson, C. (1978). Behavioral concepts and nursing intervention 'Loss' in chapter 4. *2nd ed. New York: Lippincott*. 72-112.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *7*, 1-10.
- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the society for research in child development*, 73-100.
- DeFrain J, Millspaugh E, Xie X. (1996). The psychosocial effects of miscarriage: Implications for health professionals. *Fam Syst & Health*, *14*, 331 -347.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, *23*(2), 62-66.
- Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., AL-Memar, M., ... Bourne, T. (2020). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multi-center, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *222*(4), 367-389.
- Fertl, K. I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy

- after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142(1), 23-29.
- Fivush, R., & Buckner, J. P. (2000). Gender, sadness, and depression: The development of emotional focus through gendered discourse. In A. Fischer (Ed.), *Gender and emotion: social psychological perspectives*, 32-253. Cambridge: University Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980) An Analysis of coping in a middle0aged community sample. *Journal of Health and social Behavior*, 21, 219-239.
- Frances E. Casey (2020. 5. 4). <https://is.gd/NB9dn9>에서 2021.07.22.에 자료 얻음.
- Frijda N. H. (1986). The emotions. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gratz, K. L., Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276.
- Greenberg, L. S. (2003). Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings. *Washington : American Psychological*



*Association.*

- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (1993). Facilitating emotional change: The moment by moment process. *The Guilford Press*.
- Gremigni, P., Mariani, L., Marracino, V., Tranquilli., and Turi, A. (2011). Partner support and postpartum depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3): 135–140.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent and response focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551–573.
- Gross, J. J., John, O.P. (2003). Individual Difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1–26.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Holahan, C., Moos, R. (1987). Personality and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955.
- Inger Wallin Lundell, Inger Sundström Poromaa, Örjan Frans, Lotti Helström, Ulf Högberg, Lena Moby, Sigrid Nyberg, Gunilla Sydsjö, Susanne Georgsson Öhman, Ingrid Östlund & Agneta Skoog Svanberg (2013). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18(6), 480–488.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205.

- James, W. (1894). The physical basis of emotion. *Psychological Review*, 101, 205–210.
- Keenan, K. (2000). Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 418–434.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental review. *Developmental Psychology*, 25, 343–354.
- Kulathilaka, S., Hanwella, R., & Silva, V. A., (2016). Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMS Psychiatry*, 16(100).
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. *New York: McGraw Hill*.
- Lee C, Slade P, Lygo V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *Br J Med Psychol*, 69, 47 - 58.
- Lok, I. H., Yip, A. S.-K., Lee, D. T.-S., Sahota, D., & Chung, T. K.-H. (2010). A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and sterility*, 93(6), 1966–1975.
- Li, W., Newell-Price, J., Jones, G. L., Ledger, W.L. & Li, T.C. (2012). Relationship between psychological stress and recurrent miscarriage. *Reproductive BioMedicine Online*, 25, 180–189.
- Maconochie, N., Doyle, P., Prior, S., & Simmons, R. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK .population .based case - .control study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(2), 170–186.
- Marra, T. (2005). Dialectical Behavior Therapy in Private Practice. *New Harbinger Publications*.
- Miller LJ. (2002). Postpartum depression. *JAMA*, 286(6), 762–765.
- Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R., Tunkel, S. A., & Nicolaidis, K. H. (2000). Distress after miscarriage: relation to the knowledge of the

- cause of pregnancy loss and coping style. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(4), 339-343.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 100(4), 569-582.
- Park, C. L., Folkman, S., Bostrom, A. (2001). Appraisals of controllability and coping in caregivers and HIV+ men: Testing the goodness-of-fit hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 481-488.
- Parkinson, B., Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cognition and Emotion*, 12(3), 277-303.
- Post, L. M., Zoellner, L. A., Youngstrom, E., & Feeny, N. G. (2011). Understanding the relationship between co-occurring PTSD and MDD: Symptom severity and affect. *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 1122-1130.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Camerond, R P., Hugelshofer, D, S., Shaw-Hegwer J., ... & Sheikh, J, I. (2003). The primary care PTSD screen (PC PTSD) : development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9, 9-14.
- Rachman, S. (1980). Emotional Processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Reed, K. S. (1984). Involuntary pregnancy loss research and the implications for nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 6, 209-217.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., Borkovec, T. D., & Litz, B. T. (1988). Emotional response at the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology: A preliminary retrospective analysis of the DSM-IV Criterion A-2. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 123-130.

- Rubin, R. (1977). Binding-in the postpartum period. *Maternal-Child Nursing Journal*, 6(2), 67-75.
- Salovey, P., Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and personality*, 9, 195-211.
- Schere, K. R., P. E. Ekman P. E. (2009). Approaches to emotion. *Psychology Press*, 293-317.
- Sofka, C, J. (1997). Loss History Checklist. In J. D. Maanino (Ed.), *Grieving days, healing days*. Boston: Allyn & Bacon.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1995). Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering. *Thousand Oaks, CA. Sage Publications, Inc.*
- Terry, D., Hynes, G. (1998). Adjustment to a Low-Control Situation: Reexamination the Role or Coping Response. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1078-1092.
- Thompson, R. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25-52.
- Walden, T. A., Smith, M. C. (1997). Emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 21(1), 7-25.
- Webster, J., Linnane, J. W., Dibley, L. M., Hinson, J. K., Starrenburg, S. E., and Robert, J. A., (2000). Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful?. *Birth*, 27: 97-101.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1997). The Impact of event scale-revised. *Assessing Psychological trauma and PTSD: A Handbook for Practitioners*, 99, 399-411.

# The Moderating Effect of Adaptive Emotion Regulation Strategies in Relation to at that Time of Miscarriage, Post-Miscarriage Depression and Post Traumatic Stress Symptoms

Lee, Su-Jin

Department of Psychology  
Graduate School, Daegu University  
Gyeongbuk, Kores

Supervised by prof. Kim, Keun-Hyang

(Abstract)

The purpose of this study was to examine the moderation effect of adaptive emotion regulation strategies in relationship between at that time miscarriage distress and post-miscarriage depression & post-traumatic stress symptoms. A total 126 women who experienced miscarriage within 10 years participated in the survey. The mean age of the subjects was 34.25(SD = 4.05) and the mean duration of after miscarriage was 19.37(SD = 25.23) months. The research was conducted by online survey through internet cafes relation to childbirth and nurture. As a result, there was a significant positive correlation between psychological distress at the time of miscarriage and post-miscarriage of depression and post-traumatic stress symptoms. Adaptive emotion regulation strategies was a significant negative correlation with post-miscarriage depressive symptoms but, no significant negative correlation with post-traumatic stress symptoms. As a result of multiple regression analysis, moderating effect of active emotional regulation strategy and support-seeking emotion regulation strategy on the relationship between psychological distress at that time miscarriage and post-miscarriage depression was significant. The moderating effect of all subtypes

of adaptive emotion regulation strategies on the relationship between psychological distress at that time miscarriage and post-miscarriage depression was not significant. These results suggest that the role of an adaptive emotion regulation strategies are important in moderating the psychological distress at the time of miscarriage to alleviate the depressive symptoms after miscarriage. The study confirmed that psychological intervention need for psychological distress at that time miscarriage and active emotional regulation strategy and support-seeking emotion regulation strategy can help alleviate these symptoms.

*key words : miscarriage, psychological distress, depression, post-traumatic stress symptoms, emotion regulation strategy*

## 부 록

### 부록 1. 유산 경험 질문지

※ 아래에 문항은 귀하의 일반적인 특성과 유산 경험을 묻는 문항입니다.  
 귀하에게 해당하는 문항에 ✓ 표시해 주십시오.

1. 연령	① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 이상
2. 학력	① 중졸 이하 ② 고등학생 ③ 고졸 이하 ④ 대학생 ⑤ 대졸 이하 ⑥ 대학원 재학 ⑦ 대학원 졸업
3. 경제 수준	① 하 ② 중하 ③ 중 ④ 중상 ⑤ 상
4. 현재 결혼 상태	① 미혼 ② 기혼(초혼) ③ 기타( )
5. 직업 유무	① 유 ② 무
6. 종교 유무	① 유 ② 무

1. 유산 유형	① 자연유산 ② 인공유산(인공임신중절, 낙태)
2-1. 자연유산 원인	① 남성 측 원인 ② 여성 측 원인 ③ 둘 다 ④ 원인불명
2-2. 인공유산 원인	① 경제적 어려움 ② 학업이나 일을 지속하기 위해 ③ 결혼하는 것, 엄마가 되는 것을 원하지 않기 때문에 ④ 이미 낳은 아이로 충분해서 ⑤ 태아 건강상의 이유로 ⑥ 주변인의 출산 반대로 인해 ⑦ 본인 또는 배우자의 정신장애나 신체질환으로 인해 ⑧ 전염성 질환으로 인해 ⑨ 임부의 건강 상의 이유로 인해 ⑩ 강간 또는 준강간에 의해 임신되었기 때문에 ⑪ 기타

3. 유산 후 경과 기간	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 6개월 이하</li> <li>② 7개월 이상 ~ 12개월 이하</li> <li>③ 13개월 이상 ~ 18개월 이하</li> <li>④ 19개월 이상 ~ 24개월 이하</li> <li>⑤ 2년 이상 ~ 3년 미만</li> <li>⑥ 3년 이상 ~ 4년 미만</li> <li>⑦ 4년 이상</li> </ul>
4. 유산 경험 횟수	① 1회 ② 2회 ③ 3회 ④ 4회 이상 (_____회)
5. 유산 당시 임신 주 수	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 5주 이하</li> <li>② 5주 이상 ~ 8주 이하</li> <li>③ 9주 이상 ~ 12주 이하</li> <li>④ 13주 이상 ~ 16주 이하</li> <li>⑤ 17주 이상 ~ 20주 이하</li> <li>⑥ 21주 이상 (_____주)</li> </ul>
6. 태아에 대한 애착	① 매우 약하였음 ② 약하였음 ③ 중간정도 ④ 강하였음 ⑤ 매우 강하였음
7. 유산 당시 결혼 상태	① 미혼 ② 기혼(초혼) ③ 이혼 ④ 기타(_____)
8. 유산 당시 자녀 수	① 없다 ② 1명 ③ 2명 ④ 기타 (_____명)
9. 임신 희망 여부	① 예 ② 아니요
10. 유산 과정에서 어려움	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 경제적 어려움</li> <li>② 시술 가능한 의료기관에 대한 정보 부족</li> <li>③ 유산 경험에 대한 부정적인 사회 인식</li> <li>④ 유산 경험에 대해 주변에서 알게 되는 것</li> <li>⑤ 유산 경험에 대한 배우자나 가족의 이해 및 공감 부족</li> <li>⑥ 유산 이후 부정적인 정서 경험</li> <li>⑦ 유산 이후 임신 가능성에 대한 불안감</li> <li>⑧ 유산으로 인한 신체적 고통</li> <li>⑨ 유산 이후 충분한 휴식을 취하지 못한 것</li> <li>⑩ 특별한 어려움이 없었다.</li> <li>⑪ 기타</li> </ul>
11. 유산 이후 출산 경험	① 있다 ② 없다



## 부록 2. 유산 당시 심리적 고통 설문지

※ 아래에 적혀있는 문항을 읽으신 후, 유산을 경험했던 당시 귀하가 느낀 것과 행동한 것을 가장 잘 나타낸다고 생각하는 문항에 ✓ 표시해 주십시오.

<한국판 에딘버러 산후우울 척도>

	문항	전혀 그렇지 못했다	대부분 그랬다	자주 그랬다	항상 그랬다
1	유산 당시 우스운 것이 눈에 잘 띄고 웃을 수 있었다.	0	1	2	3
2	유산 당시 즐거운 기대감에 어떤 일을 손꼽아 기다렸다.	0	1	2	3
3	유산 당시 일이 잘못되면 필요 이상으로 자신을 탓했다.	0	1	2	3
4	유산 당시 별 이유 없이 불안해지거나 걱정이 되었다.	0	1	2	3
5	유산 당시 별 이유 없이 겁먹거나 공포에 휩싸였었다.	0	1	2	3
6	유산 당시 처리할 일들을 하지 못하고 쌓여 있었다.	0	1	2	3
7	유산 당시 너무 불행한 기분이 들어 잠을 잘 못 잤다.	0	1	2	3
8	유산 당시 슬프거나 비참한 느낌이 들었다.	0	1	2	3
9	유산 당시 너무나 불행한 기분이 들어 울었다.	0	1	2	3
10	유산 당시 나 자신을 해치는 생각이 들었다.	0	1	2	3

<PC-PTSD-5 척도>

	문항	아니요	예
1	유산 경험에 관한 악몽을 꾸거나 생각하고 싶지 않은데도 그 경험이 떠오른 적이 있었다.	0	1
2	유산 경험에 대해 생각하지 않으려고 애쓰거나 유산 경험을 떠올리게 하는 상황을 피하기 위해 특별히 노력하였다.	0	1
3	늘 주변을 살피고 경계하거나 쉽게 놀랐었다.	0	1
4	다른 사람, 일상 활동, 또는 주변 상황에 대해 가졌던 느낌이 없어지거나 그것에 대해 떨어진 느낌이 들었다.	0	1
5	유산 사건이나 이로 인해 생긴 문제에 대해 죄책감을 느끼거나 자기 자신이나 다른 사람에 대한 원망을 멈출 수가 없었다.	0	1

### 부록 3. 통합적 한국판 CES-D 척도

※ 아래에 적혀있는 문항을 읽으신 후, **지난 1주 동안** 귀하가 느낀 것과 행동한 것을 가장 잘 나타낸다고 생각하는 문항에 **✓** 표시해 주십시오.

	문항	극히 드물게 (1일 이하)	가끔 (1~2일)	자주 (3~4일)	거의 대부분 (5~7일)
1	(지난 1주일 동안) 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 귀찮게 느껴졌다.	0	1	2	3
2	(지난 1주일 동안) 먹고 싶지 않았다, 입맛이 없었다.	0	1	2	3
3	(지난 1주일 동안) 가족이나 친구가 도와주더라도 울적한 기분을 떨쳐버릴 수 없었다.	0	1	2	3
4	(지난 1주일 동안) 다른 사람들만큼 능력이 있다고 느꼈다.	0	1	2	3
5	(지난 1주일 동안) 무슨 일을 하든 정신을 집중하기가 힘들었다.	0	1	2	3
6	(지난 1주일 동안) 우울했다.	0	1	2	3
7	(지난 1주일 동안) 하는 일마다 힘들게 느꼈다.	0	1	2	3
8	(지난 1주일 동안) 미래에 대하여 희망적으로 느꼈다.	0	1	2	3
9	(지난 1주일 동안) 내 인생은 실패작이라는 생각이 들었다.	0	1	2	3
10	(지난 1주일 동안) 두려움을 느꼈다.	0	1	2	3
11	(지난 1주일 동안) 잠을 설쳤다, 잠을 이루지 못했다.	0	1	2	3
12	(지난 1주일 동안) 행복했다.	0	1	2	3
13	(지난 1주일 동안) 평소보다 말을 적게 했다, 말 수가 줄었다.	0	1	2	3
14	(지난 1주일 동안) 세상에 홀로 있는 듯한 외로움을 느꼈다.	0	1	2	3
15	(지난 1주일 동안) 사람들이 나에게 불친절했다.	0	1	2	3
16	(지난 1주일 동안) 생활이 즐거웠다.	0	1	2	3
17	(지난 1주일 동안) 갑자기 울음이 나왔다.	0	1	2	3
18	(지난 1주일 동안) 슬픔을 느꼈다.	0	1	2	3
19	(지난 1주일 동안) 사람들이 나를 싫어하는 것 같았다.	0	1	2	3
20	(지난 1주일 동안) 도무지 무엇을 시작할 기운이 나지 않았다.	0	1	2	3

#### 부록 4. 사건충격척도(IES-R-K)

※ 다음은 유산 경험 후 귀하가 겪는 어려움의 정도를 알아 보고자합니다.  
다음 문항을 읽으시고 유산 경험으로 인해 아래 사항들이 귀하에게 어느 정도로 힘들었는지 해당 하는 문항에 ✓ 표시해 주십시오.

	문항	전혀 없다					극심 하게 있다
1	그 사건을 상기시켜 주는 것들이 그 사건에 대한 감정(느낌)들을 다시 되살아나게 한다.	0	1	2	3	4	
2	나는 수면을 지속하는데 어려움이 있다.	0	1	2	3	4	
3	나는 다른 일들로 인해 그 사건을 생각하게 된다.	0	1	2	3	4	
4	나는 그 사건 이후로 예민하고 화가 난다고 느꼈다.	0	1	2	3	4	
5	그 사건에 대해 생각하거나 떠오를 때마다 혼란스러워지기 때문에 회피하려고 했다.	0	1	2	3	4	
6	내가 생각하지 않으려고 해도 그 사건이 생각난다.	0	1	2	3	4	
7	그 사건이 일어나지 않았거나, 현실이 아닌 것처럼 느꼈다.	0	1	2	3	4	
8	그 사건을 상기시키는 것들을 멀리하며 지냈다.	0	1	2	3	4	
9	그 사건의 영상이 나의 마음에 갑자기 떠오르곤 했다.	0	1	2	3	4	
10	나는 신경이 예민해졌고 쉽게 깜짝 놀랐다.	0	1	2	3	4	
11	그 사건에 관해 생각하지 않기 위해 노력했다.	0	1	2	3	4	
12	나는 그 사건에 관하여 여전히 많은 감정을 가지고 있다는 것을 알지만 신경 쓰고 싶지 않았다.	0	1	2	3	4	
13	그 사건에 대한 나의 감정은 무감각한 느낌이었다.	0	1	2	3	4	
14	나는 마치 사건 당시로 돌아간 것처럼 느끼거나 행동할 때가 있었다.	0	1	2	3	4	
15	나는 그 사건 이후로 잠들기가 어려웠다.	0	1	2	3	4	
16	나는 그 사건에 대한 강한 감정이 물밀 듯 밀려오는 것을 느꼈다.	0	1	2	3	4	
17	내 기억에서 그 사건을 지워 버리려고 노력했다.	0	1	2	3	4	
18	나는 집중하는데 어려움이 있었다.	0	1	2	3	4	
19	그 사건을 떠올리게 하는 어떤 것에도 식은땀, 호흡곤란, 오심, 심장 두근거림 같은 신체적인 반응을 일으켰다.	0	1	2	3	4	
20	나는 그 사건에 관한 꿈들을 꾸 적이 있었다.	0	1	2	3	4	
21	내가 주위를 경계하고 감시하고 있다고 느꼈다.	0	1	2	3	4	
22	나는 그 사건에 대해 이야기 하지 않으려고 노력했다.	0	1	2	3	4	

## 부록 5. 정서조절방략 질문지(ERSQ)

※ 다음 문항은 사람들이 일상생활 중 겪는 불쾌한 감정을 감소시키기 위해 사용하는 다양한 노력을 나열한 것입니다. 각 문항을 읽고 ‘유산 경험과 관련하여 불쾌하고 부정적인 경험을 떠올릴 때’ 평소 귀하의 모습과 비슷한 것에 ✓ 표시해 주십시오.

문항	거의 그렇지 않다	0	1	2	3	4	5	6	거의 항상 그렇다
1 처한 상황이나 문제를 합리적으로 생각하려 노력한다.	0	1	2	3	4	5	6		
2 문제해결을 위해 도움을 줄 수 있는 사람에게 구체적인 도움을 부탁한다.	0	1	2	3	4	5	6		
3 일어나버린 상황에 대해 어쩔 수 없음을 받아들인다.	0	1	2	3	4	5	6		
4 내가 어떻게 느끼는지 누군가에게 이야기한다.	0	1	2	3	4	5	6		
5 왜 이런 기분을 느끼게 되었는지 이해하려고 노력한다.	0	1	2	3	4	5	6		
6 상대방이나 주변 사람들에게 화를 낸다.	0	1	2	3	4	5	6		
7 스스로에게 괜찮다고 말한다.	0	1	2	3	4	5	6		
8 느껴지는 감정을 부정하지 않고 수용하려 한다.	0	1	2	3	4	5	6		
9 행복했던 기억을 떠올려본다.	0	1	2	3	4	5	6		
10 처한 상황이나 문제의 부정적인 측면에 대해 반복적으로 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6		
11 부정적인 것은 잊어버리려 노력한다.	0	1	2	3	4	5	6		
12 그 일의 원인이 기본적으로 다른 사람에게 있다고 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6		
13 이 일을 달리 해석해볼 수 없는지 생각해본다.	0	1	2	3	4	5	6		
14 처한 상황이나 문제를 개선하거나 해결하기 위해 구체적인 일을 실행에 옮긴다.	0	1	2	3	4	5	6		
15 누군가 나를 이해하고 위로해주길 바란다.	0	1	2	3	4	5	6		
16 불쾌한 기분에서 벗어날 수 있도록 즐거운 장소에 간다.	0	1	2	3	4	5	6		
17 혼자 있거나 안전한 장소에서 소리를 크게 질러본다.	0	1	2	3	4	5	6		
18 처한 상황이나 문제와 관련 없는 다른 일을 생각해본다.	0	1	2	3	4	5	6		
19 지금 하고 있는 행동이나 생각이 나에게 얼마나 도움이 될 것인지 생각해본다.	0	1	2	3	4	5	6		
20 처한 상황이나 문제에 대해 무언가 구체적인 일을 할 수 있는 사람과 이야기한다.	0	1	2	3	4	5	6		
21 폭식을 한다.	0	1	2	3	4	5	6		
22 나쁜 상황은 금방 지나갈 거라고 스스로에게 말한다.	0	1	2	3	4	5	6		
23 나를 행복하게 하는 것들을 떠올려본다.	0	1	2	3	4	5	6		
24 주변 사람들에게 짜증을 낸다.	0	1	2	3	4	5	6		
25 평소 좋아하는 사람을 만나 시간을 보낸다.	0	1	2	3	4	5	6		
26 앞으로 일어날 일에 대해 자꾸만 안 좋은 쪽으로 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6		
27 일은 이미 일어났고 어떻게든 달라질 수 없음을 받아들이려 한다.	0	1	2	3	4	5	6		
28 그 일이 다른 사람 잘못이라고 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6		
29 담배를 피운다.	0	1	2	3	4	5	6		
30 처한 상황이나 문제를 보다 나은 방향으로 해결할 수 있도록 차근차근 행동을 취한다.	0	1	2	3	4	5	6		

31	혼자 있거나 안전한 장소에서 화장지나 종이 등의 물건을 찢거나 부수면서 불쾌한 감정을 해소하려 한다.	0	1	2	3	4	5	6
32	성적 행위(자위나 성관계 등)를 한다.	0	1	2	3	4	5	6
33	음식을 마구 먹어댄다.	0	1	2	3	4	5	6
34	상황이 왜 잘 진행되지 않았는지 평가한다.	0	1	2	3	4	5	6
35	내가 겪은 일이 얼마나 끔찍한지 계속 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6
36	기분을 전환하기 위해 산책이나 드라이브를 한다.	0	1	2	3	4	5	6
37	자신에게 위안이 되는 말을 되뇌는다.	0	1	2	3	4	5	6
38	마음이 편안해지거나 기분이 좋아지는 자연경관을 머릿속에 그려본다.	0	1	2	3	4	5	6
39	처한 상황이나 문제가 다른 사람의 탓이라고 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6
40	불쾌한 감정을 충분히 느끼려고 한다.	0	1	2	3	4	5	6
41	상대방이나 주변 사람들에게 내 감정을 정확하게 표현하려 한다.	0	1	2	3	4	5	6
42	안 좋은 일이 일어나게 될지 모른다고 계속해서 걱정한다.	0	1	2	3	4	5	6
43	편한 친구나 가족을 만난다.	0	1	2	3	4	5	6
44	불쾌한 감정을 있는 그대로 받아들여야 한다.	0	1	2	3	4	5	6
45	처한 상황으로부터 배울 게 있을 거라 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6
46	과거에 기분을 좋게 해주었던 활동을 한다.	0	1	2	3	4	5	6
47	어떻게 하는 것이 좋을지 선배나 권위자에게 조언을 구한다.	0	1	2	3	4	5	6
48	혼자 있거나 안전한 장소에서 욕이나 심한 말을 함으로써 불쾌한 감정을 해소하려 한다.	0	1	2	3	4	5	6
49	처한 상황이나 문제를 잘 처리할 수 있는 방법을 취한다.	0	1	2	3	4	5	6
50	상황이 다르게 전개되었더라면 하는 생각을 반복적으로 한다.	0	1	2	3	4	5	6
51	이미 일어난 일이라는 사실을 받아들인다.	0	1	2	3	4	5	6
52	처한 상황을 변화시킬 수 있는 방법에 대해 생각해본다.	0	1	2	3	4	5	6
53	그 일에 대해 다른 사람의 책임이라고 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6
54	다른 사람에게서 공감이나 이해를 구하려 한다.	0	1	2	3	4	5	6
55	취할 때까지 술을 마신다.	0	1	2	3	4	5	6
56	상대방이나 다른 사람들에게 자꾸 시비를 건다.	0	1	2	3	4	5	6
57	불쾌한 감정을 유발했던 대상이나 상황을 반복해서 생각한다.	0	1	2	3	4	5	6
58	문제를 해결하기 위해 구체적인 행동을 취한다.	0	1	2	3	4	5	6
59	컴퓨터 게임을 한다.	0	1	2	3	4	5	6
60	친구와 함께 즐겁고 유쾌한 활동을 한다.	0	1	2	3	4	5	6
61	그 일에 대해 너무 깊이 생각하지 않으려고 한다.	0	1	2	3	4	5	6
62	과거에 즐거웠던 일들을 생각해본다.	0	1	2	3	4	5	6
63	처한 상황이나 문제와 관련해 내가 실수하거나 잘못된 점들을 계속해서 떠올린다.	0	1	2	3	4	5	6
64	앞으로 어떻게 할지 행동에 대한 계획을 세운다.	0	1	2	3	4	5	6
65	불쾌한 감정에 대해 부정하지 않고 받아들여야 한다.	0	1	2	3	4	5	6
66	처한 상황이나 문제에 대해 무엇을 할지 다른 사람에게 조언을 구한다.	0	1	2	3	4	5	6
67	친밀한 사람과 함께 시간을 보낸다.	0	1	2	3	4	5	6
68	내게 어떤 문제가 있을 거라는 생각을 반복한다.	0	1	2	3	4	5	6
69	필요 이상으로 많이 먹는다.	0	1	2	3	4	5	6