

일상화된 회음절개술에 대한 여성의 지식, 교육요구, 불편감 및 통증정도에 관한 일 연구

유 은 광* · 김 진 희**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

세계보건기구(WHO)에서는 회음절개술을 반대하며 대안 방법을 통해 회음을 보호하기를 권하고 있으며, 일상적인 회음절개술의 사용을 정당화하지 않고 있다. 다만, 태어나 모체의 난제(distress)를 완화하고 회음의 직접적인 원인으로 인해 분만과정이 적절히 이루어지지 않는 경우에만 사용되어야 한다고 주장함에도 불구하고 여러 문헌에서 계속적으로 개발 도상국에서 불필요한 회음절개술이 시행되고 있음이 시사되고 있다. 이에 반해 영국의 경우 그 시행 빈도가 점차 줄어들고 있으며(Graham, 1997), 선진국일수록 시행빈도가 낮고 후진국이나 개발도상국일수록 시행빈도가 높은 것으로 나타났다.

여성들은 회음절개술의 장단점에 대한 지식 부족, 시술 전에 이것에 대한 선택 사항에 대한 지식 부족, 회음절개와 관련된 합병증 발생 위험에 대한 지식부족 뿐만 아니라 회음절개술 실시전 어떠한 정보제공이나 동의없이 시술되는 것에 대한 윤리적 의문점 조차도 제기하고 있지 않으며, 이에 대한 찬성·반대에 대해 서도 거의 생각하지 않고 있다고 지적하였다 (Maduma-Butshe, Dyall, & Garner, 1998; Garner, 1998, p.14).

1742년 어려운 질분만을 도와주기 위해 Ould에 의해 처음으로 제안된(Labrecque & Baullargeon, 1997) 회음절개술은 오늘날 첫아기 분만시 3도 회음 열상방지를 위한 당연한 절차로 받아들여지고 있으며, 개발도상국에서는 심지어 의사나 조산사 수련과정생 혹은 의대학생들의 회음시술 연습의 기회로서 회음시술이 제공되고 있다 (Griffin, 1995).

아르헨티나가 질식분만의 80%에서 회음절개술을 시행한다하여 회음절개술 높은 비율의 대명사처럼 논문들에 언급되어 있으나 우리나라의 경우 이 비율을 훨씬 웃돌 것이라 생각할 때 회음절개술에 있어서는 후진국 수준이라고 볼 수 있다. 어떠한 의료적 시술이든지 대상자들은 그 시술의 장단점 및 유해점에 대한 정보를 제공받고 그 시술의 시행여부를 결정할 권리가 당연히 보장되어야 한다. 자연 분만시 행해지는 회음절개술 또한 마찬가지이다. 그동안 제왕절개술 비율이 높은 것에 대한 의구심은 있어왔지만 불필요한 회음절개술에 대해서는 폭넓게 논의되지 않았었다(Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, 1993).

지금까지 회음절개술의 유해점에 대한 선행연구를 보면, 열상방지를 위해 행해진다는 회음절개술이 그 자체만으로도 회음부에 극심한 3-4도의 열상을 초래한다고 하였고(Labrecque & Baillargeon, 1997; Roberto

* 한양대학교 간호학과 교수

** 영동전문대학 간호과 교수

등, 1996), 자연적 열상과 회음절개술을 비교한 결과 분만 중의 자연적인 열상보다 산욕기동안 더 심한 동통을 유발하며(Robert, 1995), 질식분만을 하는 여성에서 회음절개술이 아거나 모성을 위해 유익함을 증명해내지 못하는 반면, 오히려 불필요한 통증과 정신적 영향 및 생명의 위협을 받을 수 있음이 보고 되었다(Steen, 1998). 또한 분만중 회음절개술을 시행한 여성들은 이를 시행하지 않은 여성과 그리고 시행하지 않아서 회음의 열상을 입은 여성과 비교해 볼 때 산후 첫 6개월 동안 항문실변율이 훨씬 높았다(Henderson, 2000a 에서 이차적으로 인용됨). 이와 비슷한 보고로, 하버드의대 연구에서 질식 만삭 분만시 정중선 회음절개술을 시행한 여성과 자연적인 회음열상을 입은 군, 그리고 회음절개도 안하고 열상도 입지 않은 군 간의 비교연구에서 회음절개술을 시행한 여성들이 자연적인 열상을 입은 여성들과 비교해서 변실금율이 3배이상 높고 산후 6개월에 가스 incontinence 률도 2배 높았다고 보고하면서 회음절개술은 분만 중 회음과 괄약근을 보호하는데 효과적이지 못하며, 오히려 회음절개술 사용의 역제가 항문실변을 예방할 수 있다고 결론을 내렸다(Henderson, 2000 a,b).

이처럼 회음절개술의 이점을 지지할 만한 과학적인 자료가 없고 유해점에 대한 연구결과가 많이 있음에도 불구하고 "열상을 피하기위해 회음절개술을 하라"는 옛말이 아직도 일상적으로 적용되는 정책이 되고 있고 있는 실정이다.

이러한 임상상황에서 간호사들은 불필요한 회음절개술로부터 야기되는 회음부 외상을 피할수 있도록 환자교육, 환자변호 그리고 직접적인 간호를 통해 여성을 지지하여야 하며, 간호사가 회음절개술의 예방과 여성의 권리를 존중하여, 여성스스로가 자신의 신체에 행해지는 의료 시술과정에서의 참여 및 결정을 돕는 간호중재를 해야 한다고 주장되어 왔다(Jeanmarie, 1995). 법적 윤리적 측면에서 고려해 볼 때 간호사는 회음절개술을 받는 대상자에게 회음절개술의 목적, 장단점 및 그 유해점에 대한 정보를 제공해야할 의무가 있고 여성은 정보제공을 받을 권리가 있으며 자신의 신체에 가해지는 어떤 치료와 시술의 시행여부 결정에 참여할 권리가 있고 간호사를 포함한 해당 의료인들은 이러한 여성의 권리를 마땅히 보장해 주어야 한다.

이에 우리나라 여성의 회음절개술과 관련한 선행 연구가 거의 없고, 여성의 권리가 주장되는 현실에서 우리나라의 여성들의 회음절개술에 대한 지식정도와 교육요구

도 그리고 실지 경험한 산후의 문제점을 파악함은 매우 의미있는 과정이라 사료된다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 회음절개술을 받은 여성의 회음절개술에 대한 지식정도, 교육요구도 및 회음절개술을 받은 후 경험한 불편감의 정도와 통증정도를 알아보므로써 차후 회음절개술 대상 여성을 위한 적절한 간호중재의 기초자료를 제공하기 위함이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 회음절개술을 받은 여성의 회음절개술에 대한 지식정도를 파악한다.
- 2) 회음절개술을 받은 여성의 회음절개술에 대한 교육요구도를 확인한다.
- 3) 회음절개술을 받은 여성의 회음절개술 후 불편감과 동통정도를 파악한다.
- 4) 제 변수와 지식정도, 교육요구도, 불편감과 동통정도간의 관계를 확인한다.
- 5) 지식정도, 교육요구도, 불편감 및 동통정도간 상관관계를 파악한다.

II. 문헌고찰

1. 회음절개술

회음절개술이란 분만을 용이하게하고 회음부의 열상을 예방하기위해 분만 제 2기 말에 회음에 가해지는 수술적 절개로 정의 된다. 즉, 질의 입구를 넓혀 주기 위해 1-3인치(2-4cm)로 회음을 절개하는 시술로 구체적인 목적은 첫째로, 회음열상을 예방하기 위함이다. 즉, 적절한 위치에 깨끗한 절개를 해주므로써 여러군데의 열상(jagged tear)을 예방하고 보다 더 쉽게 더 잘 회복되게 함이다. 특히 회음부, 질과 직장의 과도긴장이나 열상 등의 조직손상을 유발할 수 있는 상황 즉, 거대아, 급속분만시 충분히 회음이 준비되지 않았을 때, 태아의 선진부가 안 좋을 때, 협소골반시 치골상부궁(arch)이 좁을 때 사용된다. 둘째로, 지연분만과 방광과 직장을 지지하는 근육의 과도 긴장을 예방하여 질이나 골반 이완을 예방하여 긴장성 실금이나 질 하수를 예방할 수 있다. 셋째로, 모체의 고�혈압이나 태아의 지속적인 서맥과 같은 상황에서 분만 2기 기간을 단축시키기 위해 사용한다.

넷째로, 겸자분만시와 둔위 분만시 질을 확장시키는 데 사용된다.

회음절개술의 위해점과 합병증은 혈액손실이 증가되고, 절개부위의 감염이 발생되어 치유가 느리며, 분만후 통증, 성교시 통증, 절개부위의 불편감, 산후회복 지연 등을 들 수 있다(Henci, 1995).

회음절개술의 유형은 정중절개, 측방절개, 정중측방세 유형이다. 정중선 절개가 가장 흔하게 사용되는데, 효과적이고 봉합하기 쉬우며 동통이 적고 출혈이 적고 차후에 성교통이 적은 장점이 있는 반면, 3도열상(직장 괄약근)이나 4도열상(항문)이 때때로 발생할 수 있는 위험이 있다. 그러나 다행한 것은 그러한 열상에서도 잘 봉합하고 치유되면 괄약근의 긴장도가 잘 회복된다.

측방선 절개는 겸자분만 같은 수술적 분만시 후부신장(posterior extension)이 쉬울 때 종종 사용된다. 4도 열상은 잘 예방이되나 3도 열상이 발생할 수 있다. 정중절개와 비교해 볼 때 혈액손실이 훨씬 많고 봉합도 힘들며 동통이 더 심하다 (Pritchard & MacDonald, 1980; Jensen, Benson & Bobak, 1981, p. 508).

또한 역사적으로 골반기관의 하수, 뇨실금 및 잘 치유되지 않는 회음의 열상을 예방하기 위해 이 수술을 해왔다. 이외에도 지연분만이 분만손상과 뇌성 마비 그리고 영아에서의 기타 신경학적 장애를 가져온다고 믿고 있어 회음절개술을 하여 분만 2기를 단축시켜야 한다는 당위성이 지지되어 왔다.

회음절개술의 역사를 기술해 보면 다음과 같다(Griffin, 1995).

1741년, 의학적인 문헌에서 처음으로, 회음절개술이 질을 확대하며, 겸자(forceps)를 삽입하게 하여 출산을 도와준다고 기술하였다. 그 당시에는 회음절개술이 출산동안 열상, 골반저 근육의 손상, 태아두뇌 외상이나 손상을 예방하는 것으로 알려져 있었다.

1930년대, 회음절개술은 병원에서 이루어지는 모든 출산에 일상적인 절차가 되었다. 시카고 산과의사인 Joseph DeLee는 1920년대 저서에서 회음절개술과 겸자사용을 주장했다.

또한 1920년대 말과 1930년 초반, 여권단체들은 출산동안 고통스러워하는 여성들에게 마취를 사용하도록 캠페인하기 시작했다. 그 결과 병원에서 출산하는 대부분 여성들은 "twilight sleep" 마취를 했다. 이러한 시술은 출산동안 여성의 의식을 없게하여 힘주기를 할 수 없게 하였고 이로 인해 고위 겸자사용과 회음절개술이 필

요하게 되었다.

1950년대 초에 "twilight sleep" 은 점차적으로 spinal, caudal, saddle block 국소마취로 대체되어 여성들이 출산동안 의식을 가질 수 있었다. 그러나 무감각 효과와 출산동안 취하는 분만자세로 효과적으로 힘주기를 할 수 없었다.

1950년대, 출산동안 약을 투여하는 것에 대한 비판이 있었지만, 1970년대 가사야 비로서 출산동안 널리 행해진 투약과 의학적인 중재에 의문이 제기 되었다. 그 당시, 출산준비방법으로 유행했던 즉 Bradely 와 라마즈 방법은 자연적인 출산운동으로 지지되었다.

최근 수많은 연구에서 회음절개술의 잇점이 논박되고 위험성이 있다고 보고하고 있지만 회음절개술은 여전히 흔한 시술이 되고 있다. 최근 Robbie Davis-Floyd에 의해 행해진 미국인의 출산에 대한 문화인류학적인 연구에서는 회음절개술을 경험한 많은 여성들은 회음절개술을 문화적인 "의식불구(mutilation)" 의 일종으로 본다고 결론지었으며, 신체적 위험성뿐만 아니라 심리적 위험성이 있는 개념으로 소개하고 있다(Griffin, 1995).

왜 일상적인 회음절개술을 계속 하는가? 에 대한 의문을 제기하는 연구들이 많이 있음에도 불구하고, 역사적으로 의과대학 수련과정에서는 첫 번째 아이를 출산할 때 회음절개술을 필요한 시술로 지지해왔다.

2. 회음절개술에 대한 이유

회음절개술의 당위성에 대한 물음이 계속 되어 온 바, 분만실에서 가장 일반적인 외과 처치의 하나인 회음절개술은 그것의 이점에 대한 과학적인 제시 없이 18세기에 임상에서 소개되었다. 전술한 바와같이 이 처치의 이용은 극심한 회음부 열상의 예방, 성기능, 소변기능 및 배설기능의 조속한 회복으로 정당화 되었다. 하지만 장기간의 반응을 연구한 결과 회음 절개술을 기본적으로 시행받은 여성은 선택적으로 사용된 회음절개술 시술 대상 산모와 비교하여 오히려 성기능 장애, 골반근력 약화, 비뇨기계 불편감이 많은 반면 자연적인 열상이 생긴 여성의 경우 회음절개술을 받은 여성보다 성생활을 보다 빨리 회복하였고 동통이 적었으며 보다 성적으로 만족하였다고 나타났다(Michelle, 1996).

Henderson(2000)의 연구결과 회음절개술은 분만중 회음과 괄약근을 보호하는데 효과적이지 못하며, 오히려 회음절개술 사용의 역제가 항문실변을 예방할 수 있다고

결론을 내렸다. 또 이론과는 달리 외과적인 처치에 대한 요구의 증가와 성기능 장애와 같은 유해점에 대한 증거가 있음을 시사하였다 (Roberto, Jose, Guillermo & Carroli, 1996).

이외에도 여러 가지 동통 같은 불편감, 감염, 출혈 및 열상과 같은 합병증을 들 수 있다. 이론적인 정당화의 가장 우선되는 것이 열상 예방을 이점으로 회음절개술이 산과에서 일상적인 절차로 시행되어져 왔으나 1976년과 1994년 사이의 열상 분석 결과 거대아를 낳은 초산모군을 제외한 모든 경우에 있어서 이 시술의 감소가 오히려 회음부 열상의 감소와 관련이 있는 것으로 밝혀졌다. 사실상 회음 절개술은 그 자체만으로 2도 열상이며, 극심한 3, 4도의 열상을 회음부에 초래하는 것으로 나타났다 (Raj, Winona, Jeffrey, Judith & Sarah, 1996).

여러 연구결과에서와 같이 회음절개술이 열상을 예방하는 조치로 행해지기에는 석연치 않은 부분이 너무나 많이 드러나고 있다. Jeanmarie(1995), Ecker, Tan, Bansal, Bishop, & Kilpatrick (1997) 의 연구에서도 회음절개술로 인한 3-4도 열상발생이 흔한 것으로 나타났다. 정중선 회음절개를 한 여성은 3-4도 열상 발생 비율이 회음절개술을 하지 않은 여성보다 50배나 더 많았고, 측방회음절개를 한 여성은 8배나 더 높았다.

그리고 회음절개술과 자연적 열상의 비교에 관한 Robert(1995)와 Medical update(2000)의 연구결과를 보면 분만 중에 회음절개술은 자연적 열상보다 더 심한 동통을 유발하며, 산후 며칠 간의 산욕기동안에도 회음절개술은 자연적 열상보다 더욱 심한 동통을 유발하는 것으로 보고되었다. 이 시술로 인한 장기적인 동통에 대한 증거는 없었다. 성생활의 회복이 자연적 열상의 경우가 측방 회음절개술보다 더 쉬운 것으로 나타났고, 성교통에 있어서는 특이할 만한 차이점은 없었으나 측방 회음절개술이 단기간 및 장기간의 비정상적 치유와 관련이 있었다. 회음절개술에 있어서 회음부 감염, 부종, 혈종이 더 빈번하지는 않았으나 회복이 더욱 쉽다는 근거는 없었고 분만후 6개월까지도 장(intestine)의 문제가 훨씬 많았다고 보고 하였다. 무제한의 회음절개술로 인해 회음부 손상의 빈도와 손상의 심각성은 더욱 증가하는 것으로 나타났다. 다시 말해서, 회음절개술은 어떠한 이점을 가져다주는 기본적인 처치라는 데에 대한 믿을 만한 증거가 없다는 것이며, 오히려 외과적인 처치에 대한 요구의 증가와 성기능 능력의 불량과 같은 유해점에 대한 증거는 있다 (Roberto et al., 1996).

회음절개술과 관련되는 위험 요인인 감염과 출혈을 보면, 시술 여성 중 4.9%의 감염율이 발견되었고, 특히 HPV에 감염된 여성은 회음절개 상처치유가 더욱 어려웠다. 혈액손실도 또 하나의 부정적인 효과인데 자연스럽게 열상을 입은 여성은 회음절개를 한 여성보다 혈액손실이 덜했다. 한편 이 시술로 인한 합병증으로 회음부 낭종과 회음절개 흉터로부터 발생하는 자궁내막증(endometriosis)이며 회음절개 흉터는 20년 후에 자궁내막증(endometrioma)으로 발전할 수 있고 심지어는 외음부 암(vulvar cancer)도 발생하였다 (Olah & Clarke, 1995).

1983년 조사에서 회음절개술을 받은 60% 여성이 산후에 심한 통증이 있었고, 25% 여성이 회음절개술 부위에 감염을 경험하고, 20% 여성이 출산후 3개월에 성교시 문제가 있었으며, 질부종(vaginal swelling) 또한 흔했다(Griffin, 1995).

회음절개술을 하지 않는 경우 회음 열상이 전혀 없거나 자연적인 열상이 발생하는 빈도와 분만2기가 지연되는 빈도도 따라서 높아지나 태아의 출생후 1분 APGAR 점수는 7점 이상으로 태아에게 나쁜 영향을 미치지 않는다고(East & Webster, 1995). 또한 분만 지연시 태아와 영아에 미치는 효과로 인한 분만 2기 단축의 당위성과의 관계를 연구한 결과에 따르면 Ottawa 대학 Erica, Eason, MDCM,FRCS 와 Toronto의 McGilleogkr 가정의학과의 Perle Feldman (Henderson, 2000에서 인용)과 Klein, Kaczorowski, Robbins, Gauthier, Jorgensen 과 Joshi (1995)의 연구에서 회음절개술을 한 여성과 그렇지 않은 여성을 단기- 장기연구를 검토해보고 또한 회음절개술을 하고 태어난 아기와 안하고 분만2기가 지연된 후 태어난 영아 발달을 비교해 본 결과 영아발달 결과에 중요한 차이가 없었고, 모성상황에서도 절개술을 받지 않은 사람이 받은 사람보다 더 좋았으며 긍정적인 출산경험을 하였다. 영아의 장기간의 연구에서 영아7세 때 IQ와 운동결핍(motor deficit)을 연구한 결과 분만의 길이와 신경학적 문제간에 어떤 상관관계도 보이지 않았다. 또한, 회음절개를 받지 않은 경우나 제왕절개로 분만한 여성이 가장 강한 골반저부를 갖고있어 회음절개를 받은 여성보다 하수가 더 심하게 발생되지 않는다고 보고되었다. 이외에도, 뇨실금의 발생빈도에 차이가 없음을 보고하였다. 이는 기존의 교과서 적인 설명과 믿음과는 상반되는 결과이다. 실제로, 회음 절개를 하지 않은 여성이 혈액손실도

적고, 감염위험도 적으며 분만후 회음 동통도 적다. 또한 회음절개술 수행여부에 영향을 주는 영향 요인을 지적하였는데 의사의 시간압박, 업무과실에 대한 염려, 회음부를 서서히 넓혀주는 기술에 대한 경험 부족, 중재(intervention)를 강조하는 실무형태 등이다. 또한 의료전문인은 분만 2기가 길고 회음부가 긴장되는 것이 위험하다고 전통적으로 가르치는 것을 버려야 한다고 주장하였다(Henderson, 2000).

또한 정상적인 진통을 하는 동안에 일상적인 절차로 회음절개를 수행하는 것이 임산부에게 이익보다는 더 많은 위험요소를 가지고 있으며 놀라운 사실은 대부분의 여성들이 이를 모르고 있다는 것이다(Jeanmarie, 1995).

3. 회음절개술 시행의 일반적 추세

ACOG(American College of Obstetricians and Gynecologists)가 일상적인 회음절개술 사용은 가치가 없다고 지적하면서 이를 추천하지 않고 있으며, WHO에서도 이에 대한 반대입장을 취하고 있다. 또한 최근연구들에서 회음절개술의 이익이 논박되고 위험성이 나타났지만 회음절개술은 여전히 흔하다.

미국대학의 산과외사와 부인과 의사는 회음절개술의 일반적인 사용이 현재 표준실무로서 추천되지 않음에도 불구하고 병원에서 첫 출산을 하는 여성의 90% 정도가 회음절개술을 한다고 추정하고있고 또한 가정이나 조산사에 의해 이루어지는 출산에서도 회음절개술 비율은 약 10-15%로 추정된다(Griffin, 1995), 일 연구에서는 1996년 출산률의 1/3에서 아직도 너무 자주 수행되고 있다고 지적하였다(Henderson, 2000 b). 또 다른 연구에서 미국의 분만 여성의 1/2이 회음절개술을 한다고 보고되었다. UCSF 병원의 경우 1976년에서 1994년에 각각 86.8%에서 10.4%로 감소하였고(Raj, et al., 1996), 2000년 1월까지 회음절개율은 5%이하이다(Personal communication, 2000).

호주에서는 1986년 회음절개율이 65%에서 1992년 36%로 감소되었고(East & Webster, 1995), 영국에서는 1980년 50%넘게 시행되던 이 기술이 1985년 37%로 떨어졌고 최근 1994-5년간 약 20%로 감소하였다 엄격히 1994-5년으로부터 비교해볼 수 없더라도 감소의 전체적인 경향은 명백하며 지역적인 자료가 이를 뒷받침해준다. 예를 들면 Liverpool의 여성병원에서 처음

50%인 이 기술이 1997년 부터 16% 그리고 정상분만의 5%에서 행해졌다. Botswana의 경우 정상분만에서 3명중 1명, Burkina Faso의 연구에서는 초임부의 43%가 회음절개술을 하는 것으로 나타났다. 선진국에서는 태아 클리닉에서 보통 임신 여성에게 정보를 주고 함께 의논하지만 개발도상국에서는 어떤 의논도 하지 않고 일상적인 절차로 시행될 뿐이다(Graham, 1997). Nigeria의 경우 초산모의 병원 분만의 경우 90% 이상이 회음절개술을 받고 있다(Otoid, Ogbonmwan & Okonofua, 2000).

이상에서와 같이 선진국에서는 계속 감소 추세이나 아직도 후진국이나 개발도상국에서는 회음절개술 빈도가 높은 것으로 나타났다. 또한 회음절개술 비율이 개발도상국가에서 계속 감소되고는 있지만, 아직까지도 아주 높다는 지적이다(Hamdy, 1998).

우리나라의 경우 이상에 언급한 바와 같이 여러 부정적인 연구결과들에도 불구하고 회음절개술의 습관적 시행이 만연되어 있다. 회음절개술을 하지 않은 산모를 거의 찾기 힘든 것이 사실이며 여성의 기본적인 당연한 일상적인 절차로 보통 동의 없이 이루어진다.

중요한 것은 여러 연구결과들을 토대로 불필요한 중재는 더 이상 행해지지 않아야 한다는 것과 여성에게 해가 되는 어떤 절차에 대해 의문을 제기해야 한다는 것이며, 더 나아가 여성에게 최상의 것을 기본으로 하는 산과적 처치가 무엇인지를 당사자인 여성자신, 산과외, 조산사, 특히 의료수가를 담당하는 공공기관들이 분명히 인식하고 함께 해결해 나가야한다는 것이다.

4. 회음절개술 시행에 관한 모성 권리 보호와 간호사의 입장

세계건강기구와 ACOG는 일상적인 회음절개술을 반대한다. 산과 의료진들은 미심쩍어할지도 모르나 이 점은 의사와 환자간에 있어서 중요한 윤리적 문제이다(Thompson, 1997). 계속적인 이 기술에 대한 연구 결과를 표명해왔지만 임상자들은 자주 회의적인 태도를 보였고, 변화에 관한 의지를 표현하지 않았다. 제왕절개술 비율이 높은 것에 대한 의구심은 과거에도 있었다. 그러나 불필요한 회음절개술은 폭넓게 논의되지 않았다(Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, 1993). 산과외들은 열상을 피하게 한다면 회음절개술을 기본적으로 시행해왔다. 이는 굳은 신념에 바탕하여 행

동했는지 모르나 과학적 연구자료들은 이를 입증하지 못하였다. 질식으로 분만하는 여성은 회음절개술 같은 외과적으로 시술이 아이나 모성을 위해 유익함을 증명해 내지 못한 반면 불필요한 통증과 정신적인 영향을 받고 생명에 위협을 받을 수 있다 (Sleep, Robert & Chalmers, 1989).

여기에서 간호사는 다양한 연구자료에 근거하여 회음절개술에 대해 변호를 하고 또한 처치를 한 여성의 위험요인, 장점 및 단점을 임신부와 건강 관리자에게 교육함으로써 불필요한 회음부 상처를 예방할 수 있다. 자료에 근거한 역할 모델을 제공하는 것, 도덕적인 간호, 전통적인 믿음, 불필요한 회음부 외상을 피하면서 산모를 지지할 수 있도록 도울 수 있다(Jeanmarie, 1995).

회음절개술로 인한 나쁜 영향에 대한 Jeanmarie의 연구(1995)는 이러한 시행에 대한 간호사의 확고한 입장에 대해 말하고 있다. 즉, 심한 열상 발생의 증가, 혈액손실, 동통, 치유의 지연, 성교통, 정신적 외상, 의료비 부담 등을 들면서 간호사들은 불필요한 회음절개술로부터 야기되는 회음부 외상을 피할 수 있도록 환자 교육, 환자 변호 그리고 직접적인 간호를 통해 여성을 지지할 수 있어야 한다는 것이고 또한 환자를 보호하는 차원에서 최상의 간호를 제공하기 위해서도 간호사는 이 시술에 대해 무관심해서는 안되고 불필요한 회음절개술을 예방하고 여성의 권리를 존중하며 여성 스스로 자신의 신체에 가해지는 의료시술 과정에의 참여 및 결정을 도울 수 있는 간호중재가 필요하다는 것이다.

현재 무비판적으로 시행되는 회음절개술에 대해 여성의 건강에 도움이 되는 방향으로 점진적인 변화를 위한 기초자료를 제공함은 가치있는 일로 사료된다.

이상의 문헌과 관련 선행 연구결과들을 검토한 결과 후진국 수준으로 흔하게 일상적인 회음절개술이 이루어지는 우리나라의 현실에도 불구하고, 또한 모성의 권리 혹은 여성의 권리 존중에 대한 테마가 여성 건강간호학을 위시하여 간호학전반에서 주장되고 있음에도 외국에서 활발히 전개되고 있는 불필요한 습관적인 회음절개술에 대한 연구 및 논의가 국내에는 너무나 미흡하다는 것이다.

이에 본 연구는 여성들이 회음절개술에 대해 갖고 있는 지식정도, 교육요구도, 회음절개술 시에 여성이 경험하는 불편감 및 통증강도에 대해 알아보고 여성들의 주도적인 결정과 이를 위한 의식의 전환을 위해 그리고 분만을 경험할 여성들을 위한 적절한 간호중재 개발에 도

움이 되는 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 출산후 여성을 대상으로 회음절개술에 대한 지식정도, 교육요구도, 불편감 및 통증강도를 알아보고자 하는 횡단적 조사연구이다. 자료수집 기간은 2000년 7월 1일에서 9월 30일까지였으며, 수집장소는 일 대학병원, 2개 산후조리원 그리고 가정이었다. 세 유형의 수집장소에서 세 기간에 속한 여성들을 조사하였는데 H 대학병원에 입원중인 산후 2-3일된 여성 34명, S산후조리원과 U산후조리원에 입원중인 산후 4일 이상된 여성 34명, 그리고 가정에서 출산후 12개월 이내의 여성 34명에게 연구목적과 절차를 설명 후 구두로 연구에 동참한다는 동의를 얻은 총 102명을 연구 대상으로 자료를 수집하였다. 세 유형의 세 기간에 속한 여성을 대상으로 한 이유는 불편감이나 통증의 변화를 전향적 후향적으로 알아보고자 함이었다. H 병원에 입원중인 산후 2-3일된 대상자에게는 회음절개술에 대한 지식정도는 내용면으로 보아 의료진과의 역동에 영향을 줄 수 있다고 보아 설문지에서 생략하여 배포하였다.

2. 연구도구

본 연구에 사용된 연구도구로는 회음절개술에 대한 지식정도는 10개 문항으로 현숙자 (1998)의 측정도구를 기초로 문헌을 참고하여 본 연구에 맞게 수정 보완하여 사용하였고 도구의 신뢰도는 .8176 이었다. 회음절개술에 대한 교육요구도는 8개 문항으로 현숙자(1998)의 측정도구를 본 연구에 맞게 수정 보완하여 사용하였고 도구의 신뢰도는 .8836이었다. 불편감은 3개 문항으로 신현정(1996)이 사용한 회음부 불편감 척도를 수정 보완하여 사용하였으며 visual analogue scale로 전혀 불편하지 않다 0점에서 너무 불편해서 움직일 수 없다 10점 척도로 구성되어 있고 도구의 신뢰도는 .8092 였다. 통증강도는 3개 문항으로 김선화(1998)가 사용한 통증강도도구를 수정 보완하여 사용하였으며 visual analogue scale로 전혀 아프지 않다 0점에서 너무 아파 죽을 것 같다 10점의 척도로 도구의 신뢰도는 .9252 였다.

3. 자료분석방법

SPSS/WIN program을 이용하였으며, 빈도, 백분율, t-test, ANOVA, Pearson Correlation 통계기법을 이용하여 분석하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자의 일반적 특성은 표 1과 같다. 연령 분포는 20-27세가 15.7%, 28-34세가 63.7%, 35세 이상이 20.6%으로 평균연령은 30.99 세 였다. 학력은 55%이상이 대학졸업이상 이었다. 직업이 없는 여성이 59.8%였고 직업이 있는 경우 행정관리직, 기술, 판매직, 사무직, 전문직, 서비스직, 생산직 근로자, 학생 등 다양하였다. 또한 98.0%가 기혼여성이었고, 51.0%가 월소득 100만원-200만원 미만에 속하여 있었다.

<표 1> 대상자의 일반적 특성 (N=102)

| 일반적 특성 | 구분 | 도수 | 백분율 | 평균±표준편차 |
|--------|--------------|-----|------|------------|
| 연령 | 20~27세 | 16 | 15.7 | 30.99±4.11 |
| | 28~34세 | 65 | 63.7 | |
| | 35세이상 | 21 | 20.6 | |
| 학력 | 초졸 | 2 | 2.0 | |
| | 중졸 | 4 | 3.9 | |
| | 고졸 | 40 | 39.2 | |
| | 대졸이상 | 56 | 54.9 | |
| 직업 | 주부 | 61 | 59.8 | |
| | 행정관리직 | 4 | 3.9 | |
| | 기술·판매직 | 6 | 5.9 | |
| | 사무직 | 9 | 8.8 | |
| | 전문직 | 10 | 9.8 | |
| | 서비스직 | 6 | 5.9 | |
| | 생산직 근로자 | 1 | 1.0 | |
| | 학생 | 2 | 2.0 | |
| 결혼상태 | 기혼 | 100 | 98.0 | |
| | 미혼 | 1 | 1.0 | |
| | 사별 | 1 | 1.0 | |
| 월소득 | 100만원 미만 | 15 | 14.7 | |
| | 100~200만원 미만 | 52 | 51.0 | |
| | 200~300만원 미만 | 20 | 19.6 | |
| | 300만원 이상 | 15 | 14.7 | |

2. 대상자의 산과적특성

대상자의 산과적 특성은 표-2와 같다. 분만후 일주일 내에 속한 여성이 52% 였고, 한달이 지난 여성도 29.4%나 되었다. 분만장소는 병원에서 분만한 여성이 100명(98.0%), 조산소에서 분만한 여성이 1명(1.0%), 기타 장소에서 분만한 여성이 1명(1.0%)이었다. 분만횟수는 1회가 42.2%, 2회가 49.0%, 3회가 7.8%, 4회가 1.0%로 경산부가 58%를 차지하였다. 회음절개술을 시행한 후 통증의 지속일은 응답한 여성 34명 중 1-10일이라고 응답한 여성이 55.9%, 11-30일이라고 응답한 여성이 35.3%, 32일 이상이라고 응답한 여성이 8.8% 였다. 그동안 회음절개술로 인한 장기적인 동통에 대한 증거는 없었다고 하였는데(Robert,1995) 이와 같은 결과는 동통이 매우 오래 지속된다는 증거이다.

81.4%의 여성이 산전교육에 참여했었고, 84.3%의 여성이 분만후 신생아에게 건강문제가 없었다. 연구 대상자의 99.0%가 회음절개술을 받았다. 월경주기가 규칙적인 여성이 65.7% 였고, 월경통이 전혀없는 경우는 불과 19.6%이며 대상자의 81.4%는 보통이상의 월경통을 경험하고 있었다. 사전에 회음절개술에 관한 교육을 받았다고 응답한 여성은 9.9%에 불과하며, 시술전에 회음절개술에 대한 설명과 동의 과정을 거쳤다고 응답한 여성도 11.9%에 불과하여 Maduma-Butshe, Dyall 과 Garner(1998)가 시사한 바와 일치한다.

대상자 82.2%가 회음절개술로 인한 불편감을 경험하였다.

3. 회음절개술에 대한 여성의 지식정도

회음절개술에 대한 지식정도를 10개 문항으로 구성된 도구를 사용하여 각 문항이 옳으면 1점, 틀리면 0점으로 처리하였고 H 병원에 입원중인 산후 1-3일 된 대상자를 제외한 68명이 응답한 결과 표 3과 같다. "회음절개는 회음의 여러군데에 작은 열상을 예방하기위해 고안된 방법이다", "회음절개술을 시행한 경우 깊은 열상, 감염, 출혈 등 합병증이 발생할 수 있다" "산모가 힘주기, 이완법으로 잘 조절하고 분만 시술자가 회음부 간호시술을 하면 회음절개술이 필요없다" 순으로 지식정도가 높았다. "회음절개술을 시행하지 않으면 분만시 회음부의 더 심각한 열상이 생겨 합병증을 일으킨다"가 가장 낮았고, "회음절개 부위는 성교시 동통, 불편감과 관련이 있다", "회

음절개술의 시행여부는 산모가 결정할 수 있다.” 순으로 지식정도가 낮았다.

이와 같은 결과는 연구대상자들이 회음절개술의 이유에 대한 전통적인 견해를 갖고 있음을 반영하며, 흔한 합병증에 대해서는 알고 있으나 회음절개 부위의 성교시 동통 및 불편감 같은 합병증에 대해서는 지식정도가 낮고 특히 여성의 회음절개에 대한 결정권에 대한 지식수준은 상대적으로 낮다고 볼 수있다. 또한 “회음 절개술을 시행하지 않을 경우 더 심각한 열상이 생겨 합병증을 일으킨다”는 문항이 맞다고 표한 대상자가 48.5%로 가장 낮은 비율을 보인 것과 “산모가 힘주기, 이완법으로 잘 조절하고 분만 시술자가 회음부 간호시술을 하면 회음절개술이 필요없다”에 72.1%가 맞다고 응답한 것은 회음절개가 분만시 가장 안전하여 안하면 안된다든가 혹은 반드시 해야하는 시술로 받아들이고 있지 않음을 알 수 있다.

또한 10개 문항중 1개를 맞은 대상자는 1명 1.5%, 10개 문항을 다 맞은 경우 3명 4.4% 이며 5개를 맞은 대상자는 13.2%, 6-8개 맞은 대상자가 63.2%였다.

4. 회음절개술에 대한 여성의 교육요구도

회음절개술에 대한 여성의 교육요구도는 평균±표준편차가 4.25±0.81~4.64±0.60의 범위이며, 평균 4.45±0.53으로 전 항목에서 비교적 높게 나타났다. 그 중에서 “회음절개술 시행의 장단점은 무엇인가”에 대한 교육요구도가 4.64로 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 “회음절개술 후 나타날 수 있는 합병증과 그 증상은 무엇이 있는지” 4.57 에 대해, 그 다음으로 “회음절개술 후 스스로 할 수 있는 관리 방법에는 어떤 것이 있는지” 4.54에 대한 교육요구도가 높게 나타났다. 가장 낮은 요구도는 회음절개술의 시술방법 4.25이며 그 다음은 근소한 차로 그 목적 4.26에 대한 요구로 나타났다. 즉 이는 시술전에 대한 교육이 매우 필요함을 시사한다.

〈표 2〉 대상자의 산과적 특성 (N=102)

| 산과적 특성 | 구 분 | 도 수 | 백분율 |
|---------|--------|-----|------|
| 분만후 경과일 | 1~7일 | 53 | 52.0 |
| | 8~14일 | 13 | 12.7 |
| | 15~31일 | 6 | 5.9 |
| | 32일이상 | 30 | 29.4 |

〈표 2〉 대상자의 산과적 특성 계속 (N=102)

| 산과적 특성 | 구 분 | 도 수 | 백분율 |
|------------------------|--------|------|------|
| 분만장소 | 병원 | 100 | 98.0 |
| | 조산소 | 1 | 1.0 |
| | 기타 | 1 | 1.0 |
| 분만횟수 | 1회 | 43 | 42.2 |
| | 2회 | 50 | 49.0 |
| | 3회 | 8 | 7.8 |
| | 4회 | 1 | 1.0 |
| 시술후 통증 지속일 (34명 응답) | 1~10일 | 19 | 55.9 |
| | 11~31일 | 12 | 35.3 |
| | 31일 이상 | 3 | 8.8 |
| 산전교육 | 참여 | 83 | 81.4 |
| | 비참여 | 19 | 18.6 |
| 신생아 건강문제 | 유 | 16 | 15.7 |
| | 무 | 86 | 84.3 |
| 회음절개유무 | 유 | 101 | 99.0 |
| | 무 | 1 | 1.0 |
| 분만경험 | 초산 | 37 | 36.3 |
| | 경산 | 65 | 63.7 |
| 월경주기 | 규칙적 | 67 | 65.7 |
| | 불규칙적 | 35 | 34.3 |
| 월경통 | 매우심함 | 5 | 4.9 |
| | 심함 | 19 | 18.6 |
| | 보통 | 58 | 56.9 |
| | 전혀없음 | 20 | 19.6 |
| 회음절개에 관한 교육여부 | 유 | 10 | 9.9 |
| 무 | 91 | 90.1 | |
| 분만전 회음절개술 설명/동의 | 유 | 12 | 11.9 |
| 무 | 89 | 88.1 | |
| 회음절개술로 인한 불편감 유무 | 유 | 83 | 82.2 |
| 무 | 18 | 17.8 | |

<표 3> 회음절개술에 대한 지식정도

(N = 68)

| 구 분 | 점수 | % |
|--|----|------|
| 회음절개는 회음의 여러 군데에 작은 열상을 예방하기 위해 고안된 방법이다 | 52 | 76.4 |
| 회음절개술을 시행한 경우 깊은 열상, 감염, 출혈 등 합병증이 발생할 수 있다 | 50 | 73.5 |
| 산모가 힘주기, 이완법으로 잘 조절하고 분만 시술자가 회음부 간호시술을 하면 회음절개술이 필요없다 | 49 | 72.1 |
| 회음절개는 꼭 해야되는 경우에만 선택적으로 산모에게 설명 후 동의를 얻어 하는 것이다 | 47 | 69.1 |
| 회음절개술은 당연히 시행하는 것이 아니다 | 46 | 67.6 |
| 회음절개는 분만후 회음부의 치유속도와 관계가 있다 | 43 | 63.2 |
| 회음절개 그 자체가 깊은 회음의 열상을 초래할 수 있다 | 41 | 60.3 |
| 회음절개술의 시행여부는 산모가 결정할 수 있다. | 38 | 55.9 |
| 회음절개 부위는 성교시 동통, 불편감과 관련이 있다 | 35 | 51.5 |
| 회음절개술을 시행하지 않으면 분만시 회음부의 더 심각한 열상이 생겨 합병증을 일으킨다 | 33 | 48.5 |

<표 4> 회음절개술에 대한 교육 요구도

(N = 102)

| 구 분 | 평균±표준편차 |
|--|-----------|
| 회음절개술 시행의 장단점은 무엇인가 | 4.64±0.60 |
| 회음절개술 후 나타날 수 있는 합병증과 그 증상은 무엇이 있는지 | 4.57±0.63 |
| 회음절개술 후 스스로 할 수 있는 관리방법에는 어떤 것이 있는지 | 4.54±0.69 |
| 성생활에 미치는 영향(예 성교통)과 불편감은 어떤한지 | 4.49±0.71 |
| 회음절개술을 시행받은 후에 신체(회음부위)의 회복은 어떤 단계를 거치는가 | 4.44±0.77 |
| 회음절개술후 흔히 경험하는 불편감은 무엇인가 | 4.39±0.73 |
| 회음절개술의 목적은 무엇인가 | 4.26±0.79 |
| 회음절개술은 어떤 방법으로 시행하게 되는지 | 4.25±0.81 |
| 계 | 4.45±0.53 |

5. 회음부의 불편감과 통증강도

회음절개술 후의 회음부 불편감은 '너무 불편해서 움직일 수 없다' 10점으로 볼 때 산후 일주일 내에 6.88, 8-14일 에 4.20, 15일 후 2.47로 일주일 후에는 보통이하로 현격히 떨어짐을 볼 수 있다. 통증강도 역시 '전혀 아프지 않다' 0점에서 '너무 아파 죽을 것 같다' 10점으로 볼 때 산후 일 주일 이내가 5.93점, 8-14일에는 2.55점, 15일 이후에는 1.08점으로 일 주일을 전후하여 그 정도가 현격히 감소하였다. 불편감이나 통증 모두 일 주일 후 부터는 그 강도가 큰 차이로 낮아짐을 볼 수 있으나 표-2 에 서와 같이 대상자의 90%이상에서 시술후 통증이 한 달 이 후 까지도 장기간 지속되는 것을 보아 일주일 이내에 주요 하게 다루어야 할 산후 문제임과 동시에 계속적인 추후관 리 대상임을 알 수 있다. 또한 전반적으로 불편감 정도가 통증 정도 보다 높지만 일주일 내에는 불편감의 정도가 통 증과 비슷한 정도로 높으나 그 후부터는 불편감의 정도가 통증의 2배 정도 높은 것으로 나타났다.

<표 5> 회음부의 불편감과 통증강도 (N=101)

| | 회음부 불편감 | | 통증강도 | |
|--------|-----------|-----|-----------|-----|
| | M | S.D | M | S.D |
| 1주일내 | 6.88±2.40 | | 5.93±2.56 | |
| 8-14일 | 4.20±2.31 | | 2.55±2.31 | |
| 15일 이후 | 2.47±2.44 | | 1.08±1.83 | |
| | 6.10±2.52 | | 5.36±2.92 | |

6. 제 특성에 따른 지식정도와 교육요구도

5개 일반적 특성 및 12개 산과적 특성과 지식정도, 교육 요구도와의 관계를 보면 <표 6> 과 같다. 지식정도는 17개 특성 중 산과적 특성의 월경통(p<0.05)과 분만 횟수(p<0.05) 에서만 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 월경통이 심한 경우 보통이나 전혀 없는 경우보다 회음절개술에 대한 지식정도가 높았고, 초산모가 경산부보다 지식정도가 높았다. 이는 경산부가 경험이 있어서 초산부 보다 지식이 더 많을 것이라고 예측할 수 없음을 시사한다. 교육 요구도는 일반적 특성의 연령에서만 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 즉

<표 6> 제 특성에 따른 지식정도와 교육요구도

| 구분 | 지식정도 | | t 또는 F | 교육요구도 | |
|--------|------------|-----------|---------|------------|--------|
| | M | S.D. | | M | S.D. |
| 일반적 특성 | | | | | |
| 연령 | 20-27세(16) | | N.S | 4.18±0.72* | 3.640* |
| | 28-34세(65) | | | 4.55±0.46* | |
| | 35세 이상(21) | | | 4.34±0.53 | |
| 산과적 특성 | | | | | |
| 분만횟수 | 1회(43) | 7.07±1.63 | 2.656** | | N.S |
| | 2회이상(59) | 5.90±1.89 | | | |
| 월경통 | 매우 심함(5) | 7.50±1.29 | 3.289* | | N.S |
| | 심함(19) | 7.70±1.56 | | | |
| | 보통(58) | 6.20±1.74 | | | |
| | 전혀 없음(20) | 5.66±2.05 | | | |

* p<0.05 ** p<0.01 Scheffe p<0.05

28-34세 군의 산후여성이 교육요구도가 가장 높은 것으로 나타났다. 산과적 특성의 어떤 요인에서도 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 산과적 특성의 어떤 변수와도 무관하게 회음절개술에 대한 교육요구도가 높음을 알 수 있다.

7. 지식정도, 교육요구도, 불편감, 통증정도간 상관관계

표 7에서와 같이 강한 순 상관관계를 보인 것 (r=.752)은 불편감과 통증 정도로 불편감 정도가 높을수록 통증 정도가 높았다. 그 다음으로 약하지만 순 상관관계를 보인 것(r=.308)은 불편감 정도와 교육요구도로 불편감의 정도가 높을수록 교육요구도가 높았다. 아주 미약하지만 통계적으로 유의한 순 상관관계를 보인 것은 지식정도와 교육요구도, 그리고 지식정도와 불편감 정도 및 통증정도였다.

<표 7> 지식정도, 교육요구도, 통증강도 및 불편감 정도간 상관관계

| | 교육요구도 | 지식정도 | 불편감정도 |
|--------|--------|-------|--------|
| 지식정도 | .284* | | |
| 불편감 정도 | .308** | .290* | |
| 통증 정도 | .145 | .257* | .752** |

* p<0.05 ** p<0.01

이와 같은 결과와 우리나라의 경우 의사에 의한 병원 출산률이 99%인 현실을 감안하여 볼 때 본 연구대상자

중 1명을 제외하고는 99%의 회음절개시술률을 보인 것은 비단 본 연구대상자에서 만이 아니라 우리나라의 회음절개시술률을 가히 짐작하고도 남음이 있다고 본다. 또한 이처럼 높은 비율로 회음절개술을 시행함에도 이에 대한 사전 설명과 동의 절차를 충분히 받고 있지 않으며, 이에 대한 교육요구도가 높음에도 불구하고 사전에 충분한 정보제공 없이 습관적으로 일상적인 과정으로 회음절개술을 시행하고 있을 가능성이 매우 높다는 것을 유추할 수 있다. 또한 본 연구대상 여성들 역시 회음절개술을 시행하는 이유에 대해 전통적인 견해를 갖고 있었고, 혼한 합병증에 대해서는 알고 있으나 회음절개 부위의 성교시 동통 및 불편감 같은 합병증에 대해서는 지식정도가 낮고 특히 여성의 회음절개에 대한 결정권에 대한 지식수준은 상대적으로 낮다고 볼 수 있다. 또한 "회음절개술을 시행하지 않을 경우 더 심각한 열상이 생겨 합병증을 일으킨다"는 문항이 맞다고 표한 대상자가 48.5%로 가장 낮은 비율을 보인 것과 "산모가 힘주기, 이완법으로 잘 조절하고 분만 시술자가 회음부 간호시술을 하면 회음절개술이 필요없다"에 72.1%가 맞다고 응답한 것은 회음절개가 분만시 가장 안전하여 안하면 안된다든가 혹은 반드시 해야하는 시술로 받아들여지고 있지 않음도 알 수 있다. 또한 동통과 불편감이 1주일 동안은 중등도 이상으로 있고 불편감의 경우 2주 까지도 어느정도 있으며 시술후 통증이 한달지나서 까지도 지속되는 경우가 43%나 되는 것을 볼 때 모유수유시 적절한 자세획득과 유지에 어려움을 더할 수 있음을 시사하며, 전반적인 에너지 수준과 산고로 인해 지치고 힘든 산욕초기에 불

필요한 회음절개술로 인한 동통과 불편감은 새로운 모성 역할 시도를 포함하여 산후의 건강한 적응에 방해를 줄 수 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 2000년 7월1일에서 9월 30일까지 대학병원, 2개 산후조리원, 가정 세 유형의 수집장소에서, 세 기간에 속한 즉 산욕병동에 입원중인 산후 2-3일된 여성 34명, S산후조리원과 U산후조리원에 입원중인 산후 4일 이상된 여성 34명, 그리고 가정에서 출산후 12개월 이내의 여성 34명의 구두로 동의한 총 102명을 연구 대상으로 회음절개술에 대한 지식정도, 교육요구도, 불편감 및 통증정도를 알아보고자 한 횡단적 조사연구이다.

사용된 연구도구는 대상자를 일반적 특성 5문항, 산과적특성 12문항, 회음절개술에 대한 지식정도를 파악하기 위한 10개 문항(Cronbach's α 값 .8176), 회음절개술에 대한 교육요구도 8개 문항(Cronbach's α 값 .8836), 불편감 3개 문항(Cronbach's α 값 .8092), 통증정도 3개 문항(Cronbach's α 값 .9252)으로 구성된 설문지였다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 회음절개술에 대한 지식정도를 10개 문항으로 구성된 도구를 사용하여 각 문항이 옳으면 1점, 틀리면 0점으로 처리하였고 68명이 응답한 결과 "회음절개는 회음의 여러군데에 작은 열상을 예방하기위해 고안된 방법이다", "회음절개술을 시행한 경우 깊은 열상, 감염, 출혈 등 합병증이 발생할 수 있다" "산모가 힘주기, 이완법으로 잘 조절하고 분만 시술자가 회음부 간호시술을 하면 회음절개술이 필요없다" 순으로 지식정도가 높았다. "회음절개술을 시행하지 않으면 분만시 회음부의 더 심각한 열상이 생겨 합병증을 일으킨다"가 가장 낮았다. 이는 문항자체가 옳지 않기 때문에 낮게 나온 것인지 아니면 다른 이유인지 명확하지 않다. 또한 10개 문항중 1개를 맞은 대상자는 1명 1.5%, 1개 문항을 다 맞은 경우 3명 4.4% 이며 5개를 맞은 대상자는 13.2%, 6-8개 맞은 대상자가 63.2%였다.
2. 교육요구도는 5점 만점에 4.45이고, 4.25 ~4.64의 범위로 전 항목에 교육요구도가 높았다.
3. 회음절개술로 인한 불편감 정도는 1주일 이내에는 10점 만점에 6.88, 8-14일 에 4.20, 15일 후 2.47로 일주일 후에는 보통정도 이하로 현격히 떨어짐을

볼 있다. 통증강도 역시 일 주일 내가 5.93, 8-14일에는 2.55, 15일 이후에는 1.08로 현격히 감소하였으나 통증 지속 기간은 한달 이후까지도 지속되었다. 전반적으로 불편감 정도가 통증 정도 보다 높다.

4. 5개 일반적 특성 및 12개 산과적 특성과 지식정도, 교육요구도, 불편감의 정도 및 통증과의 관계를 보니 교육요구도는 일반적 특성의 연령에서만 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 산과적 특성의 어떤 요인에서도 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타나 연령을 제외한 어떤 요인에도 무관하게 교육요구도가 높음을 알 수 있다. 산과적 특성과 지식정도, 불편감 및 통증강도와의 관계를 보면, 지식정도는 월경통과 분만횟수, 불편감 정도와 통증강도 역시 분만후 경과일에서만 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.
5. 지식정도, 교육요구도, 통증강도 및 불편감 정도간 상관관계를 보니 강한 순 상관관계를 보인 것($r=.752$)은 불편감과 통증 정도로 불편감 정도가 높을수록 통증 정도가 높았다. 그 다음으로 약하지만 순 상관관계를 보인 것($r=.308$)은 불편감 정도와 교육요구도로 불편감의 정도가 높을수록 교육요구도가 높았다. 아주 미약하지만 통계적으로 유의한 순 상관관계를 보인 것은 지식정도와 교육요구도, 지식정도와 불편감 정도 및 통증정도였다.

본 연구에서 다루어진 변수 중심의 결과 이외에도 여성의 생의 주기에 따른 건강을 고려할 때 출산기에 간단한 시술로 치부될 수 있는 회음절개술은 문헌고찰에 기술된 바와 같이 분만 중 회음열상 및 출혈 감염을 비롯하여 출산기 이후의 여성의 삶에 노실금을 비롯하여 여러 건강문제를 가져올 수 있는 원인으로 작용하고 있다. 또한 WHO와 미국 산부인과학회조차도 일상적인 회음절개술 사용은 가치가 없다고 지적하면서 이를 추천하지 않고 있고 최근의 수 많은 연구결과 등에서 회음절개술의 이익이 논박되고 오히려 많은 위험성이 보고되고 있음에도 우리나라의 병원 분만을 99% 실정을 고려할 때 습관적인 회음절개술은 매우 높을 것으로 본다. 또한 본 연구에서도 나타난 바와 같이 회음절개술에 대한 교육요구도가 매우 높음을 양지하여 여성이 자신의 몸에 시행되는 여러 시술에 앞서 충분한 옳은 정보를 가지고 이에 근거하여 주체성을 갖고 자신의 치료계획에 의사결정력을 가지고 여성 주도적으로 참여 할 수 있도록 지도함이 오늘을 사는 건강전문의의 여성건강을 위한 책임 일 것

이다.

결론적으로 다음의 제언을 하고자 한다.

1. 회음절개술의 효과와 합병증에 대한 종단적 횡단적 연구가 필요하다.
2. 출산문화의 변화와 발 맞추어 회음 절개술에 대한 충분한 사전 정보를 통해 여성이 스스로 상황에 따라 선택할 수 있는 모성권한(maternal right)으로 정착될 수 있도록 방안을 모색함이 절실하다.
3. 여성의 건강에 오히려 해를 줄 수 있는 불 필요한 회음절개술이나 제왕절개술을 최소화 하기 위해 적절한 분만수가 체계의 확립이 요구된다.

참 고 문 헌

김선화 (1998). 분만 1기 과정중에 배우자의 지지가 분만에 미치는 효과. 전남대 석사학위논문.

신현정 (1997). 냉요법이 산모의 회음부 불편감 및 치유상태에 미치는 영향. 고려대 석사학위논문.

현숙자 (1998). 자궁적출술 환자의 교육요구에 관한 연구. 경희대 행정대학원 석사학위논문.

Anderson, T. (1998). Episiotomy policies in vaginal births. Practising Midwife, 1(9), 36-7.

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. (1993). Routine vs. selective episiotomy: A randomized control trial. Lancet, 342, 1517-1518.

Cravchik, S., Munoz, D. M. E., & Bortman, M. (1998). Indications for episiotomy at public maternity clinics in Neuquen. Pan. Am. J. Public Health, 4(1); 26-31.

Ecker, J. L., Tan, W. M., Bansal, R. K., Bishop, J. T., & Kilpatrick, S. J. (1997). Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observation over ten years in a stable population. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 166(2) 411- 414.

Garner, P. (1998). Women's Health Weekly, May, 4. p.14.

Graham I. D., & Graham, D .F. (1997). Episiotomy counts: Trends and prevalence in Canada, 1981/1982 to 1993/1994. Birth,

24(3), 141-147.

Griffin, N. (1995). Avoiding an episiotomy. Mothering, Summer, 95(75), 56.

Henderson, C. W. (2000). Much Ado about a little cut: Is episiotomy worthwhile? Women's Health Weekly, May, 6, 2.

Henderson, C. W. (2000). Episiotomy increase risk of anal incontinence. Women's Health Weekly, Jan. 22, p.5.

Hamdy, R. C. (1998). High frequency of episiotomy among developing countries. Southern Medical Journal, 91(9), 888.

Jensen, M. D., Benson, R. C., & Bobak, I. M. (1981). Maternity care. St. Louise: Mosby Company.

Klein, M. C., Kaczorowski, J., Robbins, J. M., Gauthier, R. J., Jorgensen, S. H., & Joshi, A. K. (1995). Physician's beliefs and behavior during a randomized controlled trial of episiotomy: Consequences for women in their care. CMAJ, 153(6), 769-79.

Labrecque, M., & Baillargeon, L. (1997). Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. Canadian Medical Association Journal, 156(6), 6.

Lieberman, A. B. (1997). The unkindest cut?. AMBABY(Prenatal ED), 59(6); 22, 25, 32.

Maimbowa, M. C., Ransjo, A. A., Ng'andu, N., Sidazwe, N., & Diwan, V. K. (1997). Routine care of women experiencing normal deliveries in Zambian maternity words: A pilot study. Midwifery, 13(3), 125-31.

Maduma-Butshe, A., Dyall, A., & Garner, P. (1998). Routine episiotomy in developing countries: Time to change a harmful practice. BMJ, 316, 1179-1180.

McMillan, M. H. (1997). Episiotomy... "Nurse advocacy for selective versus routine episiotomy". JOGNN, 26(4), 373

Michelle, M. (1996). Study suggest episiotomy not beneficial. Women's Health Weekly,

July/August, 13.

- Olah, K. S., & Clarke, F. (1995). Journal of Obstetrics & Gynecology, 15(3), 208.
- Otoid, V. O., Ogbonmwan, S. M., & Okonofua, E. E. (2000). Episiotomy in Nigeria. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 68(1), 13-17.
- Pritchard, J. A., & MacDonald, P. C. (1980). Williams obstetrics(16th. Eds.). N.Y.: Appleton-Century Crofts.
- Raj, K., Bansal, W. M., Tan, J., Ecker, L., Bishop, J. T., & Kilpatrick, S. J. (1996). Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 174(10), 897-901.
- Renfrew, M. J., Hannah, W., Albers, L., & Floyd, E. (1998). Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: A systematic review of the literature. Birth, 25(3): 143-60.
- Roberto, L., Jose, M., & Guillermo, C. (1996). Is routine use of episiotomy justified?. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 174(5), 1399-1402.
- Rosser, F. (1998). Fools rush in.. how little we know about normal birth. Practising Midwife, 1(9), 4-5.
- Steen, M. (1998). Perineal trauma: How do we evaluate its severity?. Midwifery Digest, 8(2): 228-230 (1997). Episiotomies unnecessary. Mothering, Jan-Mar, 83, 61.
- _____ (2000). Reconsidering "the kidest cut". Medical Update, 23(11), 3.

-Abstract-

Key concept : Episiotomy, Postpartum, Need

A Study on Women's Level of Educational Need & Knowledge about Routine Episiotomy and the Degree of Discomforts and Pain after Episiotomy

Yoo, Eunkwang* · Kim, Jinhee**

The purpose of this study was to find out women's need and level of knowledge about episiotomy, pain and discomfort related to episiotomy on a cross-sectional survey design.

The subjects were 102 postpartal women agreed on oral consent. 34 postpartal women admitted at obstetric ward of H university hospital, 34 postpartal women admitted at 2 Sanhujoriwons, and 34 women within one year afterbirth. They were selected in Seoul, Korea. Data were collected from July, 1 to September 30, 2000, by a structured questionnaire.

The instrument used for this study was a questionnaire consisted of 5 items of general characteristics, 12 items of obstetric characteristics, 10 items of level of knowledge (Chronbach α .8176), 8 items of need of education(Chronbach α .8836), 3 items of pain (Chronbach α .9252), and 3 items of discomfort (Chronbach α .8092).

The data were analyzed by the SPSS/PC+ program using t-test, ANOVA and Scheffe test as a post hoc and Pearson Correlation Coefficient.

The results of the study were as follows:

1. 63.2% of respondents had right answer on 6-8 items among 10 items. Only 4.4% of

* Professor, Hanyang University, Dept. of Nursing

** Fulltime Lecturer, Youndong Junior College, Dept. of Nursing

women got right answer on 10 items all.

2. The need of education was high(4.45%) on all items and the range of score was 4.25~4.64.
3. The strength of pain was the highest within one week afterbirth(5.93/10) and became lower in 8-14 days afterbirth(2.55). And after 15days of postpartum, the pain level became to the lowest level(1.08). However, pain was delayed until more than one month afterbirth.
4. The level of discomfort was the highest one week afterbirth(6.88/10) and became lower in 8-14 days afterbirth(4.20). And after 15days of postpartum, the discomfort level became to the lowest level(2.47). Universally, the degree of discomfort was higher than pain.
5. There was a strong positive correlation between discomforts and pain ($r=.752^{**}$) and weak positive correlation between discomforts and the level of educational need($r=.308^{*}$).

In conclusion, women have a right to choose whether she will have episiotomy or not according to her decision making based on the comprehensive knowledge of episiotomy before they get episiotomy with consent process and explanation in detail. Women health care providers like nurses have a responsibility to do conscious raising and empowerment for women so that they could lead themselves to choose given medical treatments for women's health and wellbeing and the quality of life in her life cycle.