

제왕절개 기왕력이 있는 질 분만(VBAC)에 관한 간호사의 인식정도와 교육안*

박 상 주** · 최 경 숙***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 산과 영역과 의료보험에서 많은 논란의 대상이 되고 있는 문제는 급격히 증가하고 있는 제왕절개에 의한 분만이라고 할 수 있다. 제왕절개는 복벽을 통해 자궁벽을 절개하여 태아가 이를 통해 출산하게 하는 과정이다.

Enkin, Keirse, Renefrew & Neilson (1995)은 이는 대 수술이며 많은 이득이 있음과 더불어 산모와 아기에게 상당한 위험도가 따른다고 하였다.

Leveno(1999)는 1916년 Cragin이 "Once a cesarean, always cesarean"이라고 발표한 이후 여러 학자들에 의해 제왕절개 기왕력이 있는 질 분만 (VBAC: Vaginal Birth after Cesarean)에 관한 연구가 꾸준히 진행되어 왔으며, 최근에 들어서 다시 관심이 고조되는 주된 이유는 1980년대 들어 갑자기 증가되는 제왕절개 빈도 때문이다. 미국의 1981년 National Institute of Health Consensus Development Conference (NIH)에서는 총 제왕절개율의 증가 원인의 하나가 반복 제

왕절개임을 규명하고, 제왕절개후의 질 분만을 통해 제왕절개의 빈도를 감소시킬 수 있다고 하였다. 제왕절개 시행 초기에 높은 반복 제왕절개율은 제왕절개 반흔의 파열 때문이었는데 그 당시는 고전적인 자궁체부 종절개술이 주로 행해진 시기였다. 자궁저부 횡절개술이 1921년 Kerr에 의해 발표된 후에 VBAC이 보편화된 현 시점에서 무조건적인 반복제왕절개는 많은 도전을 받게 되었으며, 1980년대에 들어서 부터 시도분만에 대한 안전성과 이점에 대한 수많은 연구가 행해져 왔다.

미국전체의 제왕절개율은 1996년에는 20.7%를 나타내고 아직도 서서히 감소하고 있는 추세이며 (Socol, 1999), 유럽의 제왕절개율은 13%이다.

우리 나라의 제왕절개율은 1990년대 이후에도 계속적인 증가추세를 보이고 있으며 한국 보건사회 연구원의 1997년 전국 출산력 및 가족 보건 실태조사 보고(조남훈, 1997)에서 1982년 4.4%에서 1997년 35.9%로 증가하였다. 또 제왕절개를 한 여자 418명을 대상으로 하여 제왕절개 권유자를 조사한 결과, 의사에 의해서가 78.1%, 자의에 의하여가, 21.9%로 많은 제왕절개가 의사 권유에 의하여 시행되는 것으로 나타났다. 이는 눈앞의 분만 고통만을

* 1999학년도 중앙대학교 대학원 석사학위 논문입니다.

** 121 병원 수술실 간호사(8th Army, Yongsan)

*** 중앙대학교 간호학과 교수(kschoi@cau.ac.kr)

염려하는 임신부의 견해와 함께 의료팀의 유도에 따른 편의적 결정에 따른 것이라 사료된다.

미국 산부인과 학회(American Collage of Obstetricians and Gynecologists : ACOG)에서는 선택된 기준 하에서 제왕절개 기왕력이 있는 임부의 질 분만을 권장하고 있으며 특별한 금기사항이 없는 한 VBAC은 장려되어야 한다고 주장하고 있다(ACOG, 1982, 1988, 1994 :참고 1). 미국 산부인과 학회지 편집자인 Dr. Roy Pitkin은 1991년도 산부인과 학회지에 발표하기를 지난 수십 년간의 산부인과학의 가장 현저한 발전은 선택 제왕절개 임부의 VBAC시도라고 하였다.

임신을 하나의 자연적인 생리과정으로 보고 자연분만을 최상의 방법으로 권장하며, 제왕절개를 줄이기 위한 노력을 열심히 하는 세계적인 추세와 더불어, 의사나 부모의 편의에 의해서가 아니라 임부나 아기에게 의학적인 문제가 있을 때만 제왕절개가 시행되도록 하여야 한다는 관점에서 볼 때 이를 위한 적극적인 간호교육, 환자교육이 필요하며, 또 간호사들은 VBAC의 장점을 적극적으로 홍보하여 환자가 스스로 VBAC을 결정할 수 있도록 도움을 줄 수 있어야 한다.

따라서 본 연구는 간호사들의 VBAC에 대한 교육과정의 필요성을 인지하고, 이를 위한 기초자료로서 간호사들의 VBAC에 대한 인식정도를 파악하고 교육안을 마련하기 위하여 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 VBAC에 관한 간호사의 인식정도와 교육안을 개발하는 것이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 VBAC에 대한 인식정도를 파악한다.
- 2) 간호사를 위한 VBAC 교육안을 개발한다.

II. 문헌 고찰

1. 분만 경험

분만 경험 지각은 분만 형태에 따라 유의한 차

이를 보이는데, Shereshefsky의 연구(조미영, 1987에 인용됨)에서 질 분만을 한 산모는 일단 분만이 끝나면 분만에 대한 공포가 현저히 감소되어 안정된 심리상태를 되찾아 분만 경험이 긍정적인 반면에, 난산이거나 제왕절개를 한 산모는 신체적, 정서적으로 탈진하여 계속 허약한 심리상태에 있게 된다. 특히 분만과정 중 산모들이 정상 분만의 기대가 어긋나 수술분만을 하게 되면 이러한 스트레스는 곧 신체 기능 통제력의 상실, 불안, 공포, 무력감, 실패, 죄책감, 우울, 자존감 결여 등 여러 가지 문제를 유발하여, 어머니됨에 대한 정체감 또는 모아 상호작용에 방해를 받는다고 한다.

Wilmuth(1975)는 질 분만한 산모가 그들의 분만 경험에 대해 긍정적으로 느끼는 한 중요 요소로서 통제능력을 제시하였다. 실제적인 분만체험을 통하여 임부는 진통과정에서 자기 자신을 통제해 나가면서 발생하는 모든 변화를 극복해 나간다. 그러나 제왕절개한 산모의 경우는 통제능력이 형성될 수 있는 시간과 기회가 적기 때문에 통제능력이 부족한 상태이다.

Jukelevics(1997)는 출산하는데 실패했다고 생각하는 사람과, 길고 아픈 진통 중에 의료 팀으로부터 부적절한 대우를 받았던 사람들은 자기의 이미지에 손상을 주어 부정적인 자아상이나 무력감을 갖게 된다고 하였다.

Flamm(1990)은 질 분만을 통하여 여성들이 자신감을 느끼며 또 자신과 아기가 이 세상에서 가장 중요한 사람이란 성취감을 갖게된다고 하였다. 이는 하나의 empowering이 되며, 성취감을 자극하는 중요한 요소가 된다. 특히 먼저 아이의 질 분만에 실패하였던 경우라면 VBAC을 통해서 하나의 치유과정을 경험할 수 있다고 하였다.

Phillips(1998)는 질 분만시 Birthing Room (진통과 분만이 동시에 이루어지는 방)에서 아기와 산모가 회복되도록 한 후에 어머니 아기에 특별한 부작용이나 건강의 문제가 없는 한에는 모아 병동에 함께 두어 한 간호사가 어머니와 아기를 돌보도록 장려하고, 가능하면 남편이나 다른 가족이 아기 돌보기에 많은 참여를 하도록 권장한다. 아기는 자궁 밖의 새로운 세상에 적응하며 주위에서

돌보아주는 사람들과의 상호작용을 통하여 세상살이를 배우며, 이와 동시에 가족들의 새로운 역할 적응이 시작된다(Brazelton & Cramer, 1990). 이때 한 간호사가 가족을 함께 간호하므로써 모아와 가족의 신체적, 정신적 요구를 인지하고 이에 초점을 맞추어 양질의 간호를 할 수 있도록 한다. 즉 신체적 안정성을 유지하는 동시에 한 가족을 하나의 단위로 돌보는데 중점을 둔다(Phillips, 1996). 모아 간호사는 침상간호를 하면서 교육을 시키므로, 퇴원시에 모든 정보와 교육을 제공하는 사례를 막을 수 있으며, 산모가 아기를 침상 옆에 두고 엄마로 하여금 아기를 관찰하고 돌보아 주도록 격려한다. 이를 통하여 양질의 간호뿐만 아니라 의료비를 줄이는 데도 기여하며, 모아간호(Mother Baby Nursing)는 가족에게 empower를 주고 치유의 분위기를 창조하여주기도 한다.

이상의 문헌을 통하여 볼 때 질 분만의 경우에는 산모가 무엇을 해내었다는 자신감을 얻고, 모아 결속이 쉽게 일어난다. 반면에 제왕절개를 하였을 때는 동통으로 인해 모아 결속이 느려지고 정상적인 과정이 아닌 수술을 통하여 분만했다는 이유로 상실감이 나타나기도 한다.

특히 전신마취를 한 산모는 마취로 인한 비현실감으로 인해 진통과 분만 경험에 대한 그들의 기억에 차이가 생겨 통제능력을 상실하는 것으로 지적되고 있다. 또 출산하는데 실패했다고 생각하는 산모와, 길고 아픈 진통 중에 의료 팀으로부터 부적절한 대우를 받았던 산모들은 자기의 이미지에 손상을 받아 부정적인 자아상이나 무력감을 갖게되고 또한 자신의 신체가 분만에 부적합하다는 생각을 갖게 되어 차후 시도 분만을 원치 않는 경향이 있다.

2. 제왕절개 기왕력이 있는 질 분만(VBAC)

VBAC의 역사적 배경을 보면 Merrill과 Gibbs가 1978년에 83%의 성공률을 처음으로 발표하였으며 그 당시의 VBAC 시도율은 2%였다. 미국 의회에서는 환자들을 의료영리단체로부터 보호하려고 하고 있으며 VBAC의 시도를 강조

하고 있다.

Radabough & Everheart(1999)의 의하면 Eastside Medical Center에서는 제왕절개술의 상승을 감지하였을 때 산부인과 의사, 위험관리자, 질 관리자, 산과 간호사, 산전간호 관리자들로 구성된 적정 심의 위원회(Multidisciplinary Team)를 만들어 시행된 모든 제왕절개를 감사하기 시작하였다. 감사내용은 어떤 이유에 의하여 수술을 하였는지, 수술 결정전에 모든 필요한 과정이 이루어 졌었는지, 꼭 필요한 수술이 있었는지를 감사한다. 예를 들면 진행 장애에 의한 제왕절개일 때, 교과서에서 정의하는 규정에 의하여 시행되었는지, oxytocin 사용, 진통제의 사용, 적당한 Push가 이루어 졌었는지 등을 체크하고, 또 태아가사증 이었다면 수술 전에 산소공급, 체위변경, 수액증가의 시도가 있었으며 의사에게 즉시 보고 되었었는지, 태아가사증이란 진단을 내렸을 때 어떤 범위에서 응급수술을 결정하였었으며 응급수술이 제대로 시행되었는지 등을 감사한다. 이 팀의 목적은 제왕절개를 해야 하는 환자의 건강관리증진 뿐만 아니라 진단과 적응증에 대하여 정확하게 기록하고자 하는 것이다. 이러한 Performance Improvement (PI)를 통하여 제왕절개율이 저하되었고 제왕절개의 적응증의 범위를 다시 정하게 되었으며, 유도분만의 Protocol을 만들고, 필요한 경우에는 의사와 간호사에게 임상교육을 실시하여 함께 일할 수 있도록 도모했다. 동료들간의 Review를 통해 미비한 점의 대안 책을 마련하고, 특히 고위험 환자들의 care를 위한 팀 내의 의사소통을 증진하였다. 이를 통하여 제왕절개율은 1996년도에 21.8%이었던 것이 1997년에는 19.6%로, 첫번 제왕절개율은 1996년에 16.5%에서 1997년에 12.6%로 감소하였다. 또 제왕절개 빈도를 줄이기 위해서는 교육에 중점을 두어야 하며, 의료팀들의 제왕절개 지침과 임상 시행의 결과를 비교하여 시도 분만을 장려하며, 난산에 의한 제왕절개를 제한, 감시하고 전자태아 감시기의 적당한 사용을 유도 해야한다고 하였다.

Cohen & Carson의 연구(Flamm, 1994년에 인용됨)에 의하면 짧은 시간의 진통과정도 아기의

새로운 세상에 대한 적응 능력에 도움을 준다. 만삭아의 30%에서 호흡곤란이 있었으나 진통을 하다가 제왕절개한 신생아는 11%밖에 문제가 없었는데, 이는 진통에 의하여 태아의 폐나 위안에 있는 양수를 짜내어 주어 아기가 세상에 나왔을 때 적응하는데 도움을 주어 호흡곤란증이 적고 또 산모의 자궁수축에도 도움을 준다고 하였다.

Flamm & Geiger(1997)는 VBAC 성공요소를 분석하기는 힘들지만 의사 자신의 자신감에 의해 많이 좌우된다고 하며 의료팀이 자신감을 갖고 편할 때 VBAC 성공률이 훨씬 높다고 한다.

Jukelevics(1997)는, 조산 간호사이며 산전 교육 지도자인 Crom Elsberry의 예를 들어 설명하였다. 그는 VBAC을 계획하는 여성들의 이야기를 경청하여 주고 그들의 의문점을 풀어주며 매번 산전 방문을 할 때마다 생각할 의제를 주어 평안한 감정을 가질 수 있도록 유도하고 VBAC이 새로운 분만 방법이며 수술보다 안전한 방법이라고 설명하였다. 지역사회에 나가 자궁과열이 하나의 미신이라는 것을 강조하고 주의 깊게 진통을 관찰하므로써 자궁과열을 예방할 수 있다고 설명하였으며, 분만에 관한 안내서를 배부하였다. 언제라도 의문이 있으면 답해 주고 그들의 걱정이나 염려를 지지해 주었으며 자세하고 정확한 정보를 줌으로써 산모들이 VBAC을 선택하는 계기를 마련해 주었다. 이러한 것들이 1990년 이후의 출생과 분만의 발전에 큰 기여를 산전 교육지도자들이 한 것이라고 주장하였다.

Flamm 등(1994)은 분만 진통후의 제왕절개는 위험도가 크지만 시도분만을 하지 않는다면 대수술을 피할 수 없음을 보고했다. 아직도 25%의 태아가 제왕절개에 의해 탄생한다는 것은 VBAC 산전 교육의 필요성이 그만큼 크다는 것을 말한다. 저자들은 VBAC 산전 교육에 참석했던 산모들이 분만의 결과에 만족하는 경향을 보였다고 주장하였다. 즉 산모들이 시도 분만 중에 일어날 수 있는 모든 상황에 대해 잘 알고 있으며 대처할 수 있었을 때 그들의 분만과정의 결과에 만족해하였다.

Flamm & Geiger(1997)는 질 분만이 얼마나 가능할까를 예측하는 수치를 개발하는 연구를

한 결과 질 분만 성공율은 입원당시의 점수가 높으면 VBAC의 가능성도 높으며 이의 수치를 적용시키므로 환자가 VBAC을 결정하는데 도움을 주고, 또 처음에는 VBAC을 시도하겠다고 하였던 임부들이 막상 진통이 시작되고 나면 마음의 갈등이 생길 수 있는데, 그때 이 수치를 적용하여 설명하므로써 VBAC을 하도록 격려시키는데 도움을 줄 수 있다고 주장하였으며 일부 종합병원의 보험회사와 Managed care Organization에서는 모든 선행 제왕절개 임부가 VBAC을 해야 한다고 주장하며 계획된 제왕절개는 절대 허용하지 않는다고 하였다.

McMahan 등(1996)은 35세 이하의 여성이 4kg이하의 아기를 분만한다면 VBAC을 시도하는데 큰 문제가 없을 것이고, 35세 이상의 경산모는 제왕절개 기왕력 유무에 관계없이, 출산의 경력이 많을 수록 VBAC의 위험도를 낮출 수 있다고 주장하였다. 다른 요인으로는 태아가 작으면 분만중의 합병증과 위험을 줄일 수 있으며 성공율은 숙달된 간호사와 의사가 적절한 프로토콜에 의해 시행하는 병원에서 높다고 지적하였다. 그러므로 VBAC은 지정된 병원에서만 아니라 지지적인 환경과, 마취가 가능하고, 교육받은 간호사가 있고 편안하게 생각하는 의사가 있다면 어느 곳에서든지 가능하며, 가장 중요한 것은 교육이다.

Dawson & Acheson(1997)은 사람들은 심한 통증과 긴 분만과정 후에 응급 제왕절개를 할 지도 모른다는 불확실성 때문에, 또 몇몇의 시도 분만에 실패한 산모들의 부정적인 감정의 영향에 의하여 VBAC을 시도하는 데 망설인다. 그러므로 의료팀은 선택 반복 제왕절개보다 VBAC이 위험성이 적다고 알려주고, 임상적 결정을 내리는데 도움을 주기 위하여 시도 분만의 성공을 예측하는 정보를 좀 더 자세히 설명할 필요가 있다.

한신교 등(1996)은 시도 분만은 의료비용의 절감, 재원 기간의 단축, 수술 및 마취로 인한 위험성의 감소, 이환율의 감소, 제왕절개 횟수의 감소, 의인성 미숙아의 예방, 산모와 신생아의 조기 접촉 등의 장점을 갖고 있기 때문에 한 번의 자궁저부 횡절개를 실시한 환자에게 다시 반복 제왕절

개를 실시할 만한 산과적 및 기타 적응증이 없는 한, 인원과 설비가 갖추어진 병원에서는 시도 분만을 실시하는 것이 좋겠다고 제안하였다.

VBAC율이 높은 곳은 76.8%에 이르고, 또 제왕절개 율을 줄이기 위하여 제왕절개를 시행할 때 시행 규칙을 정하여 이 규칙을 엄격하게 따르도록 하여 첫 번 제왕절개를 줄이면 결과적으로 VBAC에 대한 염려를 하지 않아도 될 것이라는 Flamm의 주장과, 분만 진행 장애 태아가사중에 대한 제왕절개선택의 새로운 지침의 결정으로, 좀 더 나은 산과 간호를 위한 지속적인 의료팀의 교육과, 동료간의 임상 Review등을 통하여 제왕절개 빈도를 낮추기 위한 많은 노력이 주어지고 있는 미국에 실정에 비하여, 우리 나라에서는 제왕절개의 78.1%가 의사의 권유에 의해서 이루어지고 있다고 조남훈 등(1997)은 보고 하였다.

문헌을 통하여 볼 때 VBAC 성공률이 80%를 능가하는데도 불구하고 우리 나라에서는 아직 극히 소수의 병원에서만 VBAC을 시행하고 있음을 알 수 있으며 이는 VBAC의 교육의 문제점을 제기한다.

III. 연구 방법

1. VBAC 인식 정도

1) 연구 대상

연구 대상자는 현재 간호사 면허소지자로서 학사과정 3학년에 재학중인 간호사 164명과 종합병원이나 부속병원의 산과와 신생아실에 근무하는 간호사 104명을 대상으로 설문조사를 하였다.

연령은 평균연령이 28.3세였고, 25세 이하가 45.4%로 가장 많았다. 대상자들의 근무지는 산과와 신생아실 간호사의 경우는 대학부속병원과 종합병원(200병상이상)에 근무하였고 일반간호사의 경우는 종합병원(200병상 미만), 의원, 및 기타에서 근무하는 것으로 나타났다. 대상자의 근무경력 은 2년에서 4년 미만이 36.2%였으며 산과와 신생아실 간호사의 경우 산과, 신생아실 근무경력도 2년에서 4년 미만이 32.0%로 가장 많았다.

2) 자료 수집

자료는 1998년 11월부터 1999년 3월까지 학사과정 3학년에 재학중인 간호사에게 실시한 설문지 164부 중 결측치가 많은 설문지를 제외한 99부와, 대학부속병원과 3차 종합병원의 산과 병동, 분만실, 신생아실, 산과 외래에 근무하는 간호사 104명을 대상으로 설문지를 수집하여 결측치가 많은 설문지를 제외한 97개를 선택하였다. 즉 총 수집된 268부중 196부가 자료분석에 이용되었다.

3) 자료 분석

SPSS-PC 프로그램을 이용하여 대상자의 특성 및 연구변수에 대한 서술적인 특성, 제왕절개의 결정이유와 과정을 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 분석하였으며 대상자의 특성별 VBAC 인지유무는 χ^2 -test, t-test를 시행하였다. 개방형 질문은 내용별로 분류하였다.

2. VBAC 교육안

주요내용은 인터넷상에서(Health, CNN, Yahoo, Lyc0) 미국의 조산사나 산과 전문의들이 게재한 분만에 관한 자료 14부를 번역하여 사용하였다. 그 외 분만실 간호사, 마취과 레지던트, 제왕절개 경험자와의 면담을 통하여 얻은 제왕절개의 결정과정에 대한 자료를 참고하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 VBAC에 대한 인식정도

대상자들의 VBAC에 대한 인식정도를 확인한 결과는 <표 1>와 같다. 제왕절개를 통한 분만가능 횟수는 세 번까지가 가장 많았으며 네 번 이상은 15명이었다. 그러나 차후 분만을 제왕절개로 하지 않아도 된다는 견해가 30명(15.3%)으로 가장 낮았고, 해야 한다는 견해가 84.7%였다. 환자로부터 VBAC에 관한 질문을 받은 경험이 있는지에 대해 '없다'가 34.7%로 가장 많아 VBAC에 관한 임부들의 관심이나 지식이 낮은 것을 알 수 있었다.

<표 1>대상자들의 VBAC에 대한 인식정도

	구 분	빈 도	백 분 율
제왕절개를 통한 분만가능 횟수	한 번	1	0.5
	두 번	55	28.4
	세 번	123	62.8
	네번 이상	15	7.7
제왕절개 기왕력이 있는 대상자의 차후 제왕절개	아 니 다	30	15.3
	약간 그렇다	72	36.7
	대체로 그렇다	83	42.3
	매우 그렇다	8	4.1
환자로부터 질문을 받은 경험	없 다	68	34.7
	한 번	36	18.4
	두 번	24	12.2
	세번 이상	66	33.7
제왕절개 기왕력이 있는 대상자의 질 분만 가능성	20%	35	17.9
	40%	58	29.6
	60%	52	26.5
	80%	31	15.8
간호사가 인식하는 제왕절개 기술을	일반 간호사	97	36.2
	산과 신생아실 간호사	92	38.8

대상자들이 예측하는 우리 나라 제왕절개율은 산과, 신생아실 간호사가 38.8%로 예측한 반면에 오히려 일반 간호사가 36.2%로 더 낮게 예측하였다. 대상자들이 예측하는 WHO 권장율은 20.2%로 실제의 10-15%에 비하여 높았다.

산과, 신생아실 간호사의 VBAC에 대한 정보획득 경로는 다른 사람의 경험담을 통하여가 31%, 산과 강의 25%, 매스컴 9%, 학회지 6%로 나타났다. 또 VBAC의 교육이 필요하다면 어느 기관에서 시작을 해야 할까하는 질문에 대하여는 병원 교육과정 38%, 산과 강의 22%, 매스컴 16%, 기타 6%로 답하였다.

2. 분만형태별 장단점에 대한 산과, 신생아실 간호사의 인식

질 분만의 장점 중 가장 많은 것은 빠른 회복이라고 76명이 언급을 했으며 다음으로는 병원비 감소(31), 수술후의 부작용(11), 모유수유시기가 빨라진다(8), 제왕절개에 비해 출혈이 적고(7), 자연적인 분만이므로 수술 등에 의한 부작용이 없다(11) 등의 이유를 들었다.

반면에 단점으로는 진통과 불안고조를(60) 이야기하였으며 산모와 아이가 스트레스를 심하게 받을 수 있다(15), 분만준비에 힘들고 오랜 진통 후에 제왕절개를 해야 할 경우와(7), 난산 시에 산모와 아기의 건강을 염려하였으며(7), 또 회음 절개를 했을 경우 그 부위의 통증에 대해 서술하였으며(8), 합병증으로 올 수 있는 요실금과(4), 골반근육이 약해지므로(2), 회음부 열상(4)과, 분만후 성적만족의 문제가 있다고(2) 서술하기도 하였다. 또한 아기 머리의 Molding(2)을 들었다. Molding의 대부분이 24시간 내에 돌아올 수 있는 것이며 아기가 스트레스를 받는 것이 단점이라고 하였지만 연구문헌을 통해 진통은 아기의 사회적응력을 높여 주고 진통과정을 통해 태아의 폐안에 있는 양수를 배출하게 하여 오히려 단점보다는 장점으로 보는 견해가 있다.

제왕절개의 장점으로는 분만 전 고통이 없다(53)를 가장 많이 서술하고 있으며 고위험 아기의 분만을 돕는다(13), 질 분만이 불가능할 때(10), 예정된 시간에 분만할 수 있도록(11), 아기와 산모에게 스트레스를 적게 준다(8)를 제시하고 있으며, 반면에 제왕절개의 단점으로는 회복이

느리다(60), 입원비용이 비싸다(39), 수술후의 통증(19), 합병증(14), 반흔으로 인한 미용상의 문제(18), 마취위험(아기와 산모 모두 10), 수술 부위의 유착(10), 마취영향으로 인한 졸리운 신생아(8), 모아 결속 지연(8), 모유수유 지연(7), 출혈이 심해 수혈의 가능성이 높고(6), 또 특이한 경우로 제왕절개에 의한 분만으로 태어난 아기들에게서 자살율이 높다는 이유를 들었다. 이 견해는 좁은 산도를 통해 태어난 아기는 수술로 쉽게 태어난 아이보다 세상을 이겨내는 힘이 더 강한 것 같다는 주장이라고 제시하였다(N:97).

3. 산과, 신생아실 간호사의 VBAC 가능성에 대한 견해

산과 신생아실 간호사 대상으로 VBAC 가능성에 대한 질문에 대한 답변 결과는 다음과 같다. 즉, 할 수 있으나 위험부담이 있으므로 의료진과 상의한다(19), 할 수 있으나 위험율이 따른다(6), 자궁파열의 위험이 있으니 제왕절개를 권유한다(9), 조심스럽지만 가능하다고 생각한다(9), 가능하지만 우리 병원에서는 안 한다(9), 등의 견해가 있었다(총 응답 수 : 61).

4. 교육안 : VBAC 교육안 내용

1) VBAC 안전한 방법

매해 백만 명의 미국여성이 제왕절개를 받는다. 38%가 반복되는 제왕절개이다. 17세부터 40세의 여자들에게 가장 많이 시행되는 수술이 제왕절개이다. 연구를 통해 보면 선행 제왕절개를 받은 여성들의 최상의 분만방식은 질 분만이라고 하는데 왜 3/4의 여성들이 반복 제왕절개를 하는 것일까? 해답은 단순하지 않으며, 여성들의 경험과 어떤 진통분만을 기대 하는가 등의 주관적인 요소가 작용한다.

(1) 왜 VBAC을 하는가?

많은 여성들이 제왕절개를 하므로 써 놓쳐버린 중요한 분만 경험의 지각을 원한다. 아기가 산모의 몸으로부터 용솟음쳐 나와 팔에 안기는 그런

느낌을 말이다. 산모와 아기에게 가장 안전한 분만 방법은 질분만이며 아기가 자궁 밖의 세상에 적응하는데 진통과정이 꼭 필요하다.

VBAC의 장점/ 질 분만의 장점

① 산모

- 질 분만은 빠른 회복과 수술로 인하여 발생할 수 있는 아기와의 격리나 신체적인 불편함 없이 신생아 또는 다른 아이들을 돌볼 수 있고, 수술로 인한 위험과 합병증이 적다.
- 감염, 출혈의 가능성이 낮으며, 산모의 자궁수축에 도움을 주고 내장, 방광 요로 등에 수술로 인한 상처나, 다리에 올 수 있는 혈전증 예방한다.
- 빨리 아기를 안아볼 수 있고 모유수유가 가능하며, 제왕절개로 인하여 올 수 있는 복잡한 감정이나 죄의식을 예방하고 질 분만을 통하여 많은 성취감을 느낄 수 있다.

② 아기

- 예정일이 잘못 계산되었을 때 생길 수 있는 미숙아의 문제가 없다.
- 수술로 인해 오는 폐인성 고혈압 증세의 사례를 줄일 수 있다.
- 분만과정을 통해 아기출생시의 자궁 밖의 세상에 적응을 돕는다.
- 반복제왕절개보다 시도분만 하였을 때 신생아의 사망률이 낮다.

제왕절개의 합병증: 11-38%, 질 분만의 합병증: 2-23%

(2) 제왕절개란?

제왕절개란 복부와 자궁내부를 잘라 아기가 나오게 하는 방법이다. 이는 분만 진통 중에 문제가 있을 때 산모와 아기를 살릴 수 있는 방법이다. 대부분의 산모들이 질 분만을 선호하지만 어떤 방법으로 출산하느냐가 중요한 것이 아니라 건강한 아기를 낳는 것이 더 중요한 문제이므로, 제왕절개를 준비한다는 것은 언제 제왕절개가 필요하며 또 어떤 준비를 함으로써 제왕절개의 가능성을 줄이며 수술과정은 어떻게 진행되며 질 분만이 불가

능할 때 나타날 수 있는 실망감을 어떻게 통제하고 받아들일 수 있는가는 배우는 것이다.

① 제왕절개의 단점

● 산모

- 감염율: 10%정도(자궁, 방광, 요도, 수술부위의 염증과 폐렴),혈전증이 다리, 골반이나 폐에 나타나기도 한다.
- 출혈: 질 분만의 2배이상의 위험. 후속 임신시에, Placenta accreta(태반 만이 잘 안되며), 자궁내에 찌꺼기가 남아 출혈의 문제가 생김(Placenta retained) 생명이 위험해져 자궁적출술을 해야하는 경우, 전치태반(태반이 자궁 경부를 막음)이 올 수 있다. 수혈, 그리고 수혈로 인한 합병증이 올 수 있다.
- 사망: 극히 드물게 나타나지만 질 분만에 비해 4배의 수준이다.
- 복강내의 흉터에 의해 생기는 복강 내 유착으로 후속임신의 불임률이 높다.
- 제왕절개는 분만후의 고통이 심하며 비용이 더 많이 들고 질 분만보다 회복기간이 느리다. 4-5일 간 병원에 입원해야하고 6주 이상의 회복기간이 필요하다.

● 아기에게 주는 위험

- 미숙아: 예정일이 정확히 계산되지 않았을 때 호흡곤란이나 체중미달 될 수 있다.
 - 신생아 상해(Fetal Laceration)가, 수술시 복부 안에서 1.9%의 아기에게서 나타난 보고가 있다(Smith,1997).
 - 전신마취를 한 경우, 신경계에 영향을 주며 움직임, 반응의 저하가 나타나고 수유와 호흡에 지장 준다.
 - 출생 전에 정상이었던 아기의 9%가 제왕절개 후에 신생아 중환자실에 입원했다.
- 반복 제왕절개 시에 인위적 신생아 호흡곤란 증후군을 예방하는 한 방법으로서 진통이 시작될 때까지 수술시기를 지연시키는 것이 좋다.

② 제왕절개를 해야 하는 경우?

- 제대탈출(태줄이 질로 먼저 나왔을 때):양수가 터질 때 태줄이 질로 빠져 나와 아기머리에 눌

리면 산소공급을 못 받게 되므로 응급수술을 요한다.

- 박리태반이나 전치태반: 태반이 아기 출산 전에 박리 되기 시작하여 출혈이 생기고 아기에게 산소공급이 제대로 안될 경우
- 산모 건강의 문제: 고혈압, 당뇨병, 감염, 심장병 등
- 골반이 사고나 골절로 인해 비정상적인 구조를 갖고 있을 때
- 난산: 아기머리가 골반보다 큰 경우(CPD) : 아기의 머리가 너무 커서 산모의 골반을 통해 분만 할 수 없을때나, 진통기간이 너무 길거나 분만진행이 제대로 되지 않을 때를 포함한다.
- 태아의 체위 이상 : (태아가 옆으로 누워있거나 발이나 엉덩이가 먼저 나오려고 할 때) : 3-4%의 임부가 이를 경험하며 태아가 제자리로 돌아 올 수 있는 가능성이 있으므로 기다려 보기도 하고, 36주 정도에 태위 회전을 시도하기도 한다.
- 태아가사증: 태아의 심한 스트레스-태아의 심장박동 수가 떨어지거나 혈액 내 산소가 부족할 때.
- 양수가 터진지 오래됨-양수가 터진 후, 분만 진행이 안되고 시간이 너무 오래 걸려 감염의 위험이 있을 때.
- 선행 제왕절개 - 계획된 반복 제왕절개 포함

③ 선행 제왕절개에 대하여 어떤 것을 알아야 하나 / 제왕절개가 꼭 필요한가?

- 선행 제왕절개, 둔위 임신, 난산, 태아가사증(문제가 있는 것처럼 나타났던 경우의 25%에 서만 아기에게 위험이 있었다) 등 대부분의 원인이 다시 반복할 필요가 없는 경우가 많다. .
- 예정일이 지남 - 임신 예정일이 정확히 책정 안될 수도 있으며 42주가 지나야 예정일이 지났다고 한다. 그 이유는 42주가 되어야 태반의 기능이 떨어지기 시작하기 때문이다.

산과 의사들이 보고하기를 50%의 제왕절개가 불필요한 원인에 의해 시행된다고 한다. 그 중 일부는 의사들이 법적인 소송문제가 일어나면 어쩌나 하는 부담으로 수술을 시행한다고 한다.

④ 제왕절개의 과정

- 마취: 전신마취, 부위마취(경막외마취, 척추마취)가 적용된다. 만일 긴급하게 수술이 진행되어야 한다면 전신마취를 할 것이고 척추마취나 경막외마취라면 아기가 태어날 때 의식이 있을 것이며 가슴 부위부터 발끝까지 자극을 못 느낀다.
- 수술
 - 방광을 비우기 위하여뇨관이 삽입된다.
 - 수술 중에 약이나 수분 공급을 위하여 정맥 주사를 놓는다.
 - 복부를 면도하고 소독액으로 닦고 난 후 마취가 되면 복부절개를 시작한다.
 - 응급이라면 배꼽 밑에서 아래로 종 절개하며, 그렇지 않다면 비키니 라인으로 절개한다.
 - 자궁 내에 수술자국을 내는 데, 보통 옆으로 자궁 밑 부분을 절개하며, 그 이유는 이 부분이 출혈이 작고 나중에 치유되었을 때 상처가 벌어질 염려가 없고 잘 아물기 때문이다. 태반의 위치나 아기의 위치에 따라 위 아래로 자를 수도 있다.
 - 양수 막을 터트리고 아기를 출생시킨다.
 - 자궁 안의 태반을 분리하여 꺼낸다.
 - 자궁과 복막을 봉합하고 복부와 피부를 꿰맨다. 수술은 1시간 정도 걸린다.

⑤ 제왕절개를 줄이기 위해 어떤 일을 할 수 있는가: 건강한 임신과 분만을 위하여 하여야 할 일들

- 산전간호를 빠른 시기에 시작한다.
- 임신 중에 건강에 유의하고 적당한 체중을 유지한다.
- 임신중독증이나 양수과열, 이상출혈 등이 있을 때 즉시 의사에게 연락한다.
- 진통이 시작되는 초기에 수분을 충분히 섭취하고 수분의 보충한다.
- 가능하다면 많이 걷고 진통 중에도 자주 체위를 변경하며 서있는 경우에 분만진행에 도움을 주기도 하며, 본인에게 편안한 체위를 유지하는 것이 좋다.
- 당신에게 알 맞는 의료팀을 선택한다. 가정의, 산과 전문의, 조산사: 가능하다면 제왕절개를 적

게 하는 곳을 선택한다. 분만 시도 전에 수술을 권한다면 다른 의사의 의견을 참고한다.

- 아기 예정일이 정확한지, 태반이 정상적인 위치에 있는지, 초음파나 아기에게 스트레스를 주지 않고 아기의 건강상태를 측정하는 검사(Non Stress Test: NST)를 할 수 있다. 선택 제왕절개를 해야할 경우에도 진통이 올 때까지 기다린다.
- 분만하고자 하는 병원의 제왕절개 율을 알아보고, WHO의 목적은 2000년대에 15%미만이 라는 것을 참고한다.
- 가능하다면 국부마취를 요구한다-국부마취를 받은 산모들의 분만 경험이 양적이었다
- 남편이 수술실에 함께 참여할 수 있도록 요구하고, 의료팀에게 아기가 출생하자마자 산모가 아기를 안을 수 있도록 부탁한다. 회복실에서 아기의 건강에 특별한 위험이 없는 한은 아기를 안고 돌볼 수 있으며, 즉시 모유수유를 할 수 있다.
- 당신이 겪는 분만과정에 의문이 있으면 언제든지 질문한다.

⑥ 빠른 회복을 위하여

제왕절개를 해야할 경우에 6주정도의 회복기간이 필요하며 상처부위가 아프고, 마취로 인하여 매스거리며 추위를 느끼기도 한다.

- 필요하다면 진통제를 주저하지 말고 택하고, 수술 후 8-24시간 안에 걷기 시작한다. 이는 장의 운동을 촉진시키고 다리에 생길 수 있는 혈전증을 예방하는데 많은 도움을 준다.
- 준비되었다면 조기 퇴원을 요구한다.
- 절대로 무리하지 않는다. 집에 가서 일어나 움직이고, 아기와 자신을 돌보는 것 외에는 쉬는 시간이 필요하다. 계단을 오르내리거나 아기보다 무거운 물건을 드는 것은 2주 동안은 피하여야 하며, 아기가 잘 때마다 수면을 취하도록 노력한다.
- 자연분만에 실패하여 제왕절개를 한 경우, 많은 부모들에게 실망감, 역정, 우울증상 등이 나타날 수 있다. 어떤 이유에 의하여 제왕절개를 하였는지 알아보고, 왜 수술을 해야했는지를

이해하도록 노력한다.

- 당신과 아기의 최선은 건강한 산모와 아기라는 것을 기억하고, 질 분만에 실패하였다는 감정을 지우도록 노력한다.
- 분만 후에 많은 산모들이 여러 가지 감정의 변화를 느끼는데, 어떤 것은 호르몬의 변화에 의해 나타난다. 필요하다면 울고 웃고 하므로 써 이런 감정들을 해소하는데 도움을 줄 수 있다. 남편이나 주위의 친구들 및 의료팀과 의견을 나누도록 노력하고 만일 불안한 감정이나 우울이 심해지면 의료팀이나 제왕절개 지지팀(C/S support team)을 찾아 상담한다.

(3) VBAC-당신도 할 수 있을까?

제왕절개를 받은 사람은 항상 제왕절개를 받아야 한다는 것은 하나의 미신 같은 것이며, 오래 전에는 제왕절개를 할 때 자궁을 위에서 아래로 절개하여 자궁파열의 위험이 높았었다. 하지만 요즘에는 대부분의 경우에 비키니 스타일로 자궁의 아래 부분을 옆으로 자른다. 아주 비키니 스타일의 제왕절개를 받은 사람은 자연분만을 시도했을 때 별 위험이 없이 질 분만을 할 수 있다.

① 자궁파열의 실상

자궁파열의 위험도는 매우 낮아 0.8%의 비율을 보인다. 특히 비키니 스타일의 수술을 받았던 산모에게는 적게 나타난다. 이는 다른 제왕절개를 해야하는 원인 보다 비율이 낮다. (예: 태아가사증 1-5%, 제대 탈출1%, 태반 박리1% : 다른 종류의 자궁손상의 문제는 최근 2%의 VBAC에서 보고되고 있는데 이는 태반이 아기 출산 전에 미리 박리 되기 시작하는 것이다). 이때는 자궁에 작은 상처를 입혀 일어나며 자궁 내막에는 영향을 주지 않는다. 이러한 경우에는 특이한 증상이나 위험이 없어 특별한 처치가 필요하지 않다. 예전에 주로 사용했던 종 절개는 12%의 자궁파열의 가능성이 있어 절개를 받았던 경우에는 미국 산부인과 협회에서 VBAC의 시도를 반대한다.

② 거의 모두가 VBAC을 계획할 수 있다.

③ 제왕절개를 선택하는 이유

출산하는데 실패했다고 생각하는 사람과, 길고

아픈 진통 중에 의료 팀으로부터 부적절한 대우를 받았던 사람들은 자기의 이미지에 손상을 주어 부정적인 자아상이나 무력감을 갖게 되며 그들의 신체가 분만에 부적합하다는 생각을 갖게 되어서 시도분만을 원치 않는 경향이 있다. 특히 진행장애로 인하여 제왕절개를 받은 산모들 중의 많은 숫자가 반복 제왕절개를 선호했다.

수술에 의한 분만이 아기의 건강에 도움을 준다고 믿고 있으며, 스케줄에 의한 반복 제왕절개가 분만을 할 때, 아기의 돌봄이나 직장 환원 문제 등의 사회적, 경제적 요구에 맞추어 줄 수도 있다는 장점을 들었다.

(4) VBAC 분만과정은?

질 분만과 같으며, 의사가 건강상태를 자주 체크 할 것이다.

① 어떤 의료처치를 받게 될까?

초음파, 전자태아 감식기, 분만 촉진제, 양수파열, 정맥주사와 여러 가지의 진통제를 사용할 수 있다. 진통제는 사용시 장점이 있기는 하나 어떤 때는 촉진제나 다량의 진통제 사용에 의해 분만 진행이 느려지는 문제가 일어날 수 있어 제왕절개를 증가시키는 원인이 되기도 한다. 병원에 따라 의료적인 처치보다는 자유롭게 환자가 움직이게 하는 등의 자연적인 방법을 사용하여 분만하도록 권장하기도 한다.

② 질 분만을 꼭 할 수 있다고 장담 할 수 있을까?

아무도 100% 장담할 수는 없다. 만일 분만이 제대로 진행되지 않거나 아기의 생명에 위험이 생긴다면 제왕절개가 필요할 것이다.

- 자신을 알도록 노력한다. 상상법이나 목상을 통하여 자신감을 갖게 하는 것은, 지난번 출산의 실패로 인한 불안감이나 석연치 않는 감정들은 받아들이고 치유하는데 도움을 준다. 이런 감정들의 인지는 불안감을 완전 해소시키지는 못할지라도 분만 과정을 통해 양적인 감정이나 자신감을 갖도록 하는데 도움을 줄 수 있다. 많은 산모들이 후속분만에 대한 걱정과 염려가 많다.

- 산전교육을 통하여 라마즈 호흡법, 긴장 이완술을 배운다.

- VBAC에 대한 책자나 안내서를 읽어보고, 남편과 함께 상담하고 분만계획서를 세워 보도록 권유한다 (의료팀이 상담과 교육을 통하여 의문을 해결해 줄 수 있다).

③ 어떤 것들이 분만 시에 도움을 줄 수 있을까? 자신의 분만과정을 받아들이고 함께 진행하도록 노력하는 것이 최선의 방법이다. 대부분의 사람들이 분만이 어느 정도 진행될 때까지는 병원에 가지 않는 것이 좋다고 생각한다. 샤워하고 걷고 소리치려고 하는 것이 진통제를 맞는 것보다 자신의 신체와 적응하는데 도움이 되었다고 한다. 등을 바로 대고 똑바로 눕는 것은 분만진행에 도움이 안되며, 대동맥이 아기(자궁)에게 눌러 혈액순환에 장애를 주고 태아에게 산소공급의 문제가 생길 수도 있다. 임신 6-7개월이 되면 왼쪽으로 눕는 것이 태아에게 산소 공급을 원활히 하게 한다.

④ 다른 사람도 분만에 참가 할 수 있나?

한 명이나 더 이상의 지지자가 있을 때 도움이 되었다고 하였다.

⑤ 만일 실패하여 제왕절개를 해야하게 된다면?

시도분만을 했는데 결국에 제왕절개를 하게 된다면 힘들고 속상하는 일이다. 하지만 산모와 아기를 위한 최선의 방법을 선택하여 노력했었기 때문에 무조건의 실패자가 는 아니다. 질 분만의 실패나 또 어떤 실패에서 올 수 있는 실망과 슬픈 감정들은 하나의 삶의 과정이다. 이런 경험을 통하여 성장하고 배울 수 있다. 시도 분만을 했다가 실패하여 반복 제왕절개를 한 여러 명의 산모들이 과거를 돌이켜 보고 자신이 시도분만을 했었다는 것에 대해 자랑스럽게 생각하였다. 많은 사람들이 분만이 저절로 시작될 때까지 기다렸고, 그들의 아기가 자연스런 출생준비가 하였다는 것에 만족하였다.

⑥ VBAC을 위한 노력은 정말 가치가 있는가?

VBAC의 여행을 거친 산모들은 새로운 능력과 결과에 대한 만족감을 갖는다. 지난 분만으로 받았던 공허했던 부분을 채울 수 있고 여자로서의 능력의 새로운 발견에 만족감을 나타냈다.

(5) VBAC 교육과정에 필요한 주제들

- ① 각자 그룹의 필요성 파악한다(Need Assessment).
- ② 지난번 제왕절개 시에 해결되지 않았던 문제들에 대하여 논의한다.
- ③ VBAC과 제왕절개의 장단점 설명한다.
- ④ 미 산부인과 협회의 안내지침서 설명한다.
- ⑤ 분만형식에 상관없이 자신의 모든 의료처치의 과정에 대한 설명을 듣고 분만 허락서를 작성한다.
- ⑥ 제왕절개가 꼭 필요한 상황인가, 아니면 고려할 수 있는 상황인가를 분명히 구별하도록 한다.
- ⑦ VBAC을 장려되지 해줄 수 있는 지지그룹에 참여시킨다.
- ⑧ 교육과정내의 지지그룹을 만들고 연락망을 구축한다.
- ⑨ 남편의 참가를 장려하여 아내의 분만과정에 어떻게 도움을 줄 수 있는가에 대하여 논의한다.
- ⑩ 분만 과정중에 일어날 수 있는 감정적인 요소에 대한 교육을 포함한다.

(6) VBAC을 계획하는 산모의 안내서

당신이 VBAC을 계획하고 계신다면 안전하고 건강한 아기를 출산하실 수 있는 기회가 높다. VBAC을 하는 것이 제왕절개를 하는 것보다 당신과 아기에게 훨씬 안전하다. 제왕절개는 대수술이므로 감염, 출혈, 수혈의 위험, 장기간 손상 마취의 위험도 등에 의해 위험도가 높다. 특히 미리 예정된 반복 제왕절개는 아기의 호흡곤란의 문제를 주기도 한다.

- ① VBAC을 시도한 60-80%의 산모가 질 분만을 할 수 있었다.
- ② 2번 이상 자궁저부 횡 \절개 술을 한 산모도 VBAC이 가능하다.
- ③ 의료팀과 상의하여 어떤 가능성이 있는지 알아보고 당신에 알 맞는 방법을 선택한다. 이것은 당신의 권리이며 당신에게 주어지는 치료가 주어지기 전에, 어떤 이유에서 행해지는지 어떤 이점과 단점이 있는지 알 권리가 있고 맘에 들지 않는다면 거절한다.
- ④ 신체에 믿음을 갖도록 노력한다. 아기가 커서

출산하지 못했던 70%의 산모가 VBAC을 시도하여 질 분만 할 수 있었다.

- ⑤ 이번 분만에는 자신이 어느 정도 자신을 통제할 수 있을지를 생각해 본다.
- ⑥ VBAC에 성공했던 사람들과 의견을 나누고 어떤 경험을 했었는지 알아 본다.

(7) VBAC Fact Sheet : 논문참고

2) VBAC에 대하여 자주 생기는 질문과 답변: 논문참고

제왕절개에 대한 일반적인 감정반응

- ① 왜 제왕절개가 그렇게도 많은가? 생명을 구하지 않는가? 분만의 진통을 예방하지 않는가? 아기에게 좋지 않은가?
- ② 단순한 수술이 이렇게 많은 영향을 미치는가?: 문제는 제왕절개가 너무 많아 단순한 과정으로 받아들여지게 되었다. 꼭 필요한 경우라면 예전보다는 안전하지만 결코 단순한 수술은 아니다.
- ③ 제왕절개가 꼭 필요하지 않다면?: 제왕절개를 피하는 핵심적 요소는 교육이다.
- ④ 질 분만을 시도해야 하는 이유는?: 의료, 감정, 경제적인 문제가 적고 또 회복이 빠르다.
- ⑤ 자궁과열은?

다음의 사항들은 시도분만을 하는 사람들이 자주 일어나는 의문점들이다.

- 제왕절개를 했던 이유가 골반이 너무 작아서 이었다면: 골반에 골절이 있거나 소아마비를 앓았던 경우를 제외하고는 대부분의 여자들이 정말 골반이 작아 아기를 출산치 못하는 경우는 극히 적다. 많은 제왕절개 경험이 있는 산모들이 먼저의 아기보다 더 큰 아이도 질 분만을 할 수 있었다.
- 아기가 너무 크다면: 골반과 아기의 머리는 딱딱하지 않다. 골반과 아기의 머리가 분만과정을 돕기 위해 아기 머리모양이 바뀔 수도 있고 골반이 늘어날 수 있다. 예를 들어 쭈그리고 앉을 때 10%정도 골반의 입구를 늘려줄 수 있다고 한다. 한 연구 보고에 의하면 4kg가 넘는 아기의 67%가 질 분만에 성공하였는데 이들

중의 반 이상이 선행 분만시에 분만진행의 실패에 의하여 제왕절개를 경험한 사람이었다.

- 허피스가 있었다면: 미국산부인과 학회에서 결정하여 발표하기를 출생시에 허피스의 경우 증상이 있지 않는 한 질 분만이 가능하다고 한다.
- 내가 두 번 이상의 제왕절개 경험이 있다면: 효과적인 임신과 출산이란 안내 책자에 의하면 한번 제왕절개를 했던 사람과 두 번 이상의 경험이 있는 사람과는 극소한 차이가 있었다고 한다. 이는 두 번 이상 수술 경험이 있다고 해서 시도분만을 피해야하는 충분한 이유가 되지 못 한다.
- 태아 가사증에 의하여 제왕절개를 받았다면: 정말로 일어나는 태아 가사증은 극히 드물다. 많은 경우에 이로 인한 제왕절개를 하지만 Finley와 Gibb가 한 연구 보고에 의하면 심한 태아 가사증은 1.5%의 시도분만 중에 나타날 수 있다고 하였다.

⑥ VBAC에 대한 감정

일반적으로 임신 중에는 대부분의 사람의 감정이 불안해진다. 특히 VBAC을 시도하기 위한 정신적인 불안은 더 클 것이다. 이런 불안들은 모두 정상이다. 만일 먼 저번의 분만이 힘들고 어려운 것이었다면, 이번에도 다시 반복되면 어쩌나 하는 불안감에 의하여 진통이 더욱 두렵게 느껴질 것이다.

주의 사람들, 당신의 출산을 도와 줄 수 있는 사람들과 의견을 교환하고, 깊숙이 잠재하고 있는 부정적인 생각이나 죄책감이 있다면, 당신의 느낌이나 감정을 충분히 고려하여 풀어 나가야 한다.

V. 논 의

1. 대상자의 VBAC에 대한 인식정도

본 연구에서는 간호사들의 VBAC에 대한 인식 정도를 조사하였다. 제왕절개 기왕력이 있는 사람이 꼭 제왕절개를 해야 하는가에 '아니다'라고 답변한 사람은 15.3%에 불과하고 '수술을 해야한다'고 답한 대상자가 46.4%되어 아직도 대부분의 간호사가 한 번 제왕절개를 하면 다시 제왕절개를 해야한다는 인식을 갖고 있어 VBAC에 대한 이해

정도가 낮다는 것을 알 수 있었다.

또 VBAC에 관한 질문을 환자로부터 받아 본 경험이 있는가에 '없다'가 34.7%나 되어 환자들이 역시 VBAC이 가능하다는 것을 모르고 있거나 VBAC에 관심이 없는 것을 확인할 수 있었다.

제왕절개 기왕력이 있는 임부의 질 분만 가능성은 간호사의 47.5%가 40%이하라고 제시하여 성공률이나 VBAC의 실시 가능성에 대한 인지가 낮았다. 현재 문헌에 나타난 VBAC 성공률은 80% 이상인데 반하여 간호사들은 정확한 성공률을 알지 못하므로 대부분의 간호사들이 환자들이 필요로 하는 교육과 상담을 하기에는 VBAC과 제왕절개에 대한 정확하고 과학적인 지식이 부족하였다.

계획된 제왕절개는 없다는 보험회사의 주장들에 따라 미국 대부분의 병원에서 VBAC 시도를 하는 것과는 달리, 현재 우리 나라의 제왕절개율은 예를 들어 서울시의 경우 한 달에 50명 이상의 분만을 하는 병원의 1998년 총계에서 50.6%나 된다(동아일보, 1999 3월9일). 이는 제왕절개율이 20.7%인 미국, 스웨덴의 11%(Nortzon et al., 1994), 유럽의 18%, WHO가 제왕절개율을 15%미만으로 줄이고자 하는 목표와 비교할 때 현저한 차이를 보여주는 것이다.

우리 나라의 제왕절개율은 90년대 이후에도 계속적인 증가추세를 보이고 있으며, 부유한 층에서 높은 제왕절개율을 보이는 것은, 미국의 하류층이나 메디케이드 환자의 제왕절개율이 높은 것과는 많은 차이가 있다. 이는 제왕절개에 대한 생각과 환자교육 과정의 문제가 있지 않느냐 하는 의문을 제기한다.

산과, 신생아실 간호사의 VBAC의 정보 획득 경로를 보면 다른 사람의 경험담을 통하여가 31%, 산과 강의 25%, 매스컴 9%, 학회지 6%로 나타났으며 다른 사람의 경험담이나 매스컴을 통하여 정보를 획득하는 경우가 40% 이상을 차지하여 대부분의 산과, 신생아실 간호사의 VBAC에 대한 지식이 깊지 않다는 것과 임상에서 VBAC의 시도율이 매우 낮은 것을 추정할 수 있었다. 또 VBAC의 교육이 필요하다면 어느 기관에서 시작을 해야 할까하는 질문에 대하여는 병원교육과

정을 통해서 46%, 산과 강의 27%, 매스컴 20%, 기타 7%라는 연구결과를 볼 때, 간호사들은 임상현장에서 VBAC의 산전과정에 대한 교육을 받는 것을 원하고 있으며, 환자의 인식변화를 위해서는 매스컴을 통한 홍보가 가장 좋은 자극이 될 것으로 사료된다.

이러한 결과는 그 동안 VBAC에 대한 정보제공이 간호교육을 통해 제대로 이루어지지 못한 것을 나타내며 VBAC에 대한 우리 간호사들의 인지도를 높이기 위해서는 병원에서의 보수교육을 통하여 VBAC의 중요성을 인식시키고, 이를 위한 간호활동을 강화시키는 것이 시급하다고 본다.

2. 분만형태별 장단점에 대한 산과, 신생아실 간호사의 인식

대상자들의 질 분만의 최대 장점은 빠른 회복이었으며 단점으로는 분만진통을 들었다. 반면에 제왕절개의 최대 장점은 분만전에 진통이 없다는 것이었다.

Flamm(1990)은 분만진통을 이겨내고 자연분만을 통해 환자들은 자신감을 느끼며 자신과 아기가 이 세상에서 가장 중요한 사람이란 성취감을 갖게 된다고 하였다. 이는 하나의 empowering이 되며 성취감을 자극하는데 중요한 요소가 된다고 하였다. 이와 같이 무엇을 해내었다는 자신감은 모유수유의 어려운 상황(한국 모유수유율: 14.1% 1997년 대한가족 보건복지협회, 미국 75%, 유럽 90%)을 극복해 낼 수 있는 능력을 주며 긍정적 가족관계 형성을 돕는다. 진통의 어려움은 있지만 일단 분만을 하고 나면 곧 아기를 돌볼 수 있는데 반하여, 제왕절개 시에는 수술후의 통증과 이의 해소를 위한 진통제의 효과로 의존적 시기가 연장되어 지는데, 우선 당면한 진통만을 염두에 두는 듯한 대상자의 태도는 교육의 필요성을 제기하였다. 또한 의료 팀이 할 수 있다는 자신감을 갖고 VBAC을 시도할 때에 성공률이 높고, 또 의료 팀이 초기 임신중부터 잘 분만할 수 있을 것이라는 자신감을 임부에게 불어 넣어줄 때 자연분만 성공률이 높을 것이라는 주장에 따라, 우리 간호사들이

진통을 어떻게 피하는가를 돕기 이전에, 이를 통해서 이를 수 있는 성취감과 분만 후에 오는 편안함을 진통시에 자주 일깨워 줌으로써, 임부들이 자신 있게 출산에 대비하도록 도와주는 것이 중요하다.

또 질 분만이 자연적인 섭리이며 90%이상이 질 분만을 할 수 있다는 확신을 심어주고, 또 질 분만을 하고 나면 수술로 인한 통증은 격지 않아도 되며, 잘 하고 있다고 자주자주 일깨워주고 격려하여 주었을 때, 임부들이 자신감을 되찾고 또 쉽게 출산할 수 있었다고 한다.

우리 나라에서는 많은 시간을 소모하면서도 제왕절개보다 의료수가가 훨씬 적으며 법적 논쟁의 문제가 있는 VBAC만을 의사들에게 강조하기는 비합리적일 수 있다. 하지만 1999년 의료공단에서는 제왕절개의 수가는 동결하고 제왕절개 기왕력이 있는 질 분만 수가를 신설해 질 분만을 유도하는 한편, 산전처치 항목을 '분만전 처치', '분만감시', '분만중 전자 태아감시' 등으로 세분하여 질 분만 관련수가를 높여 현실화하기로 한다는 보고를 하였다. 이에 따른 VBAC의 시도가 늘어나지 않을까 기대된다. 따라서 간호사들의 VBAC에 관한 교육의 요구가 늘어날 것이며, 또 의사들 만으로의 VBAC시도나 교육의 증가가 힘들 것이므로 간호사가 주축이 되어 이를 적극 권장하여야 할 필요성이 있다. 이에 따른 환자교육의 문제점이 제기되며 의료선택의 결정은 환자가 해야 한다는 환자의 권리를 확장하려는 노력이 함께 이루어져야 할 것이다.

3. 산과, 신생아실 간호사의 VBAC 가능성에 대한 견해

제왕절개 선택의 결정은 의사에 의해서 이루어진다는 안이한 사고방식에서 벗어나, 미국의 예에서 본 것처럼 Multidisciplinary Team에 간호사가 포함되어, 제왕절개의 시행과정과 규칙의 합의에 참여하고 제왕절개의 선택 결정을 내리는데 기여하도록 노력하여야 할 것이다. 또 적절한 간호를 위해서는, 환자에게 무엇이 중요한가를 고려하여, 그에 필요한 교육과 상담을 해 주고 적절한

결정을 내릴 수 있도록 도와주어야 하는 것이 우리 간호사의 의무라 할 것이다. 하지만 간호사는 일선에서 산모와 가장 접촉이 많은 의료 팀이며 교육이나 상담에 가장 적절한 위치에 있으면서도 그 역할을 다하지 못하고 있는 실정이다.

간호사들의 VBAC에 대한 인식을 높이고 적극적인 자연분만의 장점에 대한 홍보를 통해 당장의 고통만 생각하는 여성들을 자연의 이치로 인도할 수 있는 교육과정이 필요하다. 의료처치가 시행되기 전에 여러 가지 가능성을 설명하여 주고 그에 맞는 결정을 환자들이 할 수 있는 분위기가 조성될 때 환자의 권리의 확장에 큰 발전을 기여할 수 있을 것이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 제왕절개 기왕력이 있는 질 분만에 관한 간호사 교육안 개발을 위한 연구로서, 일반 간호사와 산과 신생아실에 근무하는 간호사를 대상으로 1998년 11월부터 1999년 3월까지 제왕절개와 VBAC에 대한 간호사의 인지정도에 관하여 자료 수집을 하였다. 총196부의 설문지가 자료분석에 이용되었다.

설문지 분석은 SPSS-PC 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 VBAC 인지정도는 백분율로 분석하였으며, 일반간호사와 산과, 신생아실 간호사의 VBAC에 대한 인식정도는 χ^2 -test와 t-test로 분석 비교하였고, 개방형 질문은 내용별로 분류하였다. 교육안 내용구성을 위한 자료는 인터넷상에서 전문가들이 게재한 VBAC 내용을 발췌하여 사용하였다.

연구의 결과는 다음과 같다.

대상자들의 제왕절개와 VBAC에 대한 인지도를 확인한 결과, 차후 분만을 제왕절개로 하지 않아도 된다는 견해가 15.3%으로 가장 낮았고 해야 한다는 견해가 46.4%였다.

VBAC에 대하여 들어본 적이 없다고 한 간호사가 14%나 되었다.

또 VBAC에 관한 질문을 환자로 부터 받아본 경험이 있는가에 '없다'가 34.7%나 되어 환자들

역시 VBAC이 가능하다는 것을 모르고 있거나 VBAC에 관심이 없는 것을 확인 할 수 있었다.

VBAC의 실제 성공률이 80%정도인데 비하여 임부의 질 분만 가능성은 대상자의 47.5%가 40%이하라고 제시하여 성공률이나 VBAC의 실시 가능성에 대한 인지도가 낮았다.

VBAC의 정보 획득 경로를 보면 다른 사람의 경험담을 통하여서 31%, 산과 강의 25%, 매스컴 9%, 학회지 6%로 나타났으며 다른 사람의 경험담이나 매스컴을 통하여 정보를 획득하는 경우가 40%이상을 차지하여 대부분의 산과, 신생아실 간호사의 VBAC에 대한 지식이 깊지 않음을 알 수 있었다.

VBAC의 교육을 위한 교육기관은 병원 교육과정 39%, 산과 강의 23%, 매스컴 16%, 기타 6%로 나타났으며 그 중 간호사들이 병원 교육과정을 가장 선호하는 것으로 조사되었다.

위의 조사에 의하여 대부분의 간호사가 VBAC에 관하여 들어본 적은 있지만 VBAC의 가능성이나, 장·단점, 환자를 상담하고 돌보는데 필요한 구체적인 내용이나 핵심은 잘 모르고 있었다. 또 VBAC에 대한 전반적인 지식은 산과, 신생아실에 근무하고 있는 간호사와 일반 간호사간에 별 차이가 없어, 환자에게 VBAC의 선택조건이 주어졌을 때, 선택의 결정을 돕기 위하여 VBAC에 대한 정보를 주고 상담할 수 있으려면 산과 분야 간호사들에게 전문적인 지식 습득을 위한 교육이 필요하다.

결론적으로, 간호사 모두 VBAC의 실시 가능성과 성공률에 대한 인지가 매우 낮았으므로 종합병원의 산과 간호사들에게 VBAC에 관한 전문지식 습득을 위한 교육과정이 실시되어야 한다

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 병원의 보수교육과정을 통하여 VBAC의 가능성·필요성·중요성을 간호사들에게 충분히 이해시켜야 한다.

둘째, 산전교육과정에서 VBAC의 가능성·필요성을 임부들에게 충분히 이해시켜야 한다.

셋째, VBAC에 관한 Clinical Pathway의 개발이 필요하다.

넷째, 각 병원마다 적정심의 위원회(Multidisciplinary Team)가 구성되어 제왕절개 시행규칙을 강화하며 VBAC의 실천율을 높이는 노력이 필요하다.

참 고 문 헌

- 김 암 (1998), 제왕절개술 빈도의 변화 양상. 대한산모회지, 41(3), 647-653.
- 박일수 (1986), 제왕절개술의 증가원인. 대한산모회지, 29(4), 451-458.
- 송 철, 송태복, 김윤하 (1995), 선행 제왕절개 임부의 시험 분만. 대한주산회지, 6(4) 392-397.
- 조남훈, 김승권, 조애주, 장영식, 오영희 (1997), 전국 출산력 및 가족보건실태조사보고, 한국보건사회 연구원, 총계청 간행물 승인번호 331-01호, 정책보고서 97-07 고려문화사.
- 조미영 (1988), 초산모의 분만유형별 분만 경험에 대한 지각과 모아 상호용 과정에 관한 연구, 이화여자 대학교 대학원 박사학위 논문, 서울.
- 한신교, 정강우, 김우성, 조 숙, 고승권, 김구상 (1996), 선행 제왕절개후의 경질 분만에 대한 임상적 연구. 대한산모회지, 38(11), 2138-2143.
- 의료보험관리공단 (1999), 제왕절개 분만실태 분석결과, 의료보험 4월호, [산부인과 조사, 병원 장삿속, "제왕절개 하시죠", 동아일보, 1999년 3월 9일자.
- Affonso and Stichler (1980), Cesarean Birth Womens Reaction, AJN, 80(3), 468-470.
- American Health Consultants (1996), VBAC: Are Cost Concerns Out Weighing Possible Safety Risks?. Hospital Case Management, 4(11), 161-176.
- American College of Obstetrician and Gynecologists Practice Pattern (1995), Vaginal Delivery After Previous Cesarean Birth. No.1, August.

- Cranley, M. S., Hedahl, K. J., & Pegg, S. H. (1983). Women's Perception of Vaginal and Cesarean Deliveries. Nursing Research, 32(1), 10-15.
- Cunningham, McDonald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark (1997). Williams Obstetrics. (20th ed). Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Dawson, N., & Ancheson, L.(1997). Trade-offs in Clinical Policy Making. ARCH FAM MED, 6(Mar/Apr), 127-128.
- Enkin, M., Keirse, M., Renfrew & Neilson, T. (1995). A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 2Ed.
- Fawcett, J., Tulman, L., & Spedden, J. (1994). Response to Vaginal Birth After Cesarean Section. JOGNN, Mar/Apr: 253-259.
- Flamm, B.(1990). Birth after cesarean: The medical fact. New York: Simon and Schuster(Paperback).
- _____. (1997). Once a Cesarean, Always a Controversy. Obstetrics and Gynecology, 90(2), 312-315.
- Flame, B., & Geiger, A. (1997). Vaginal Birth After Cesarean Delivery: An Admission Scoring System. Obstetrics and Gynecology, 90(6), 907-910.
- Flamm, B., Going, J., Creed, S., Anchera, R., & Newman, J. (1994). Vaginal Birth After Cesarean(VBAC) Education Classes at Ten California Hospitals. The Journal of Perinatal Education, 3(4), 35-38.
- Flamm, B., Going, J., Yunbao, L., & Wolde-Tsadik, G. (1996). Repeat cesarean Section Versus Trial of Labor: A Prospective Multicenter Study. Obstetrics and Gynecology, 94(83), 927-932.
- Jukelevics, N.(1995). VBAC: The Safest Option, But for Some a Difficult Choice. Childbirth Instructor Magazine, Summer, 18-23.
- Kerr, J.(1926). The Technique of Cesarean Section with Special Reference to the Lower Uterine Segment Incision. Am J Obstetrics and Gynecology, 12, 729-731.
- Leveno, K., Socol, M.(1999). Should we rethink the criteria for VBAC?. Contemporary OB/GYN, (Jan), 57-72.
- McMahan, M., Luther, Bowes, W., & Olshan, A.(1996). Comparison of a Trial of Labor with an Elective Second Cesarean Section. North England Journal of Medicine, 335, 689-695.
- Merrill B. S., & Gibbs C. E.(1978). Planned vaginal delivery following cesarean section. Obstet Gynecol, 52, 50-52
- National Institutes of Health(1981). The Cesarean Birth Task Force. Cesarean Birth. NIH Publication 82-2067. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health.
- Phillips, C. R.(1996). Family-centered maternity and newborn care: A basic text. St. Louis, MO: Mosby-Yearbook.
- _____. (1999). Why Mother-Baby Care. AWHONN Lifelines, 98(2), 53-54.
- Pitkin R. M.(1991). Once a Cesarean? [editorial] Obstetrics and Gynecology, 77(10), 939.
- Radabaugh, S., & Everhart, A.(1999). Cesarean Birth Reducing Incidence while Improving Outcomes. AWHONN Lifelines, 3(1), 28-35.
- Reichert, J., Barron, M., & Fawcett, J.(1993). Change in Attitude Toward Cesarean Birth. JOGNN, 22, 159-167.
- Wilmuth L.(1975). Prepared Childbirth and Concept of Control, JOGNN, 4, 38-40.

Birthrites: Healing After Caesarean. VBAC Information. [<http://edsitewa.iinet.au/bacup/vbac.html>]

Childbirth.org.(1995). Vaginal Birth After Cesarean FAQ. [<http://www.childbirth.org/section/VBACFAQ.html>].

Group Health Cooperative(1996). Vaginal Birth After Cesarean(VBAC). [http://www.ghc.org/health_info/self/women/pregnanc/vbac.html].

March of Dimes Birth Defects Foundation (1993). March of Dimes: Understanding Cesarean Birth [www.noah.cuny.edu/pregnancy/march_of_dimes/birth/csection.html].

Midwife Archives. Informed Consent for VBAC. [<http://www.fensende.com/users/swynymph/Midwife/vbacn.html>]. NetMax Web Design. (1998). Birth Education Program-Birth Preparation Course. [<http://birtheducationprogram.com/birthpreparation.html>].

Peg Plumbo. (1998). Is VBAC Required? [<http://www.parentsplace.com/expert/midwife/general/qa/0,3459,188,00.html>].

Weiss, Robin.(1997). Vaginal Birth After Cesarean-A Good Idea?. [<http://www.pregnancy.miningco.com/library/weekly/aa032497.htm>].

-Abstract-

Key concept : VBAC

Korean Nurses Knowledge Concerning Vaginal Birth After Cesarean(VBAC) and its Educational Material

Park, Sang Ju · Choi, Kyung Sook***

The purpose of this study are 1. Evaluate the degree of knowledge of Vaginal Birth After Cesarean(VBAC) of Korean nurses. 2. To gather and develop educational material for VBAC.

The sample was surveyed Korean Nurses knowledge about VBAC, from November 1998 through March 1999.

For the data analysis, the SPSS computer program percentage and frequency were used for descriptive statistics. The χ^2 and the t-test were used to compare the results of the two sample groups. Open questions asked in the survey were sorted out by content, then displayed in chart form.

For the education material, the Internet was the main source of information. Information on the Internet was provided by professional doctors and prenatal educational nurses.

The results of the survey are as follows:

1. Out of 97 Nurses 15.3% answered that cesarean deliveries do not need to be performed after previous cesarean sections; however, 46.4% answered that cesarean sections must be performed after previous cesarean sections.

* 121General Hospital operating room nurse

** Department of nursing, Chung-ang University

2. Of the nurses surveyed 14% had no knowledge or had never heard of VBAC.
3. Nurses did not have questions from patients concerning VBAC was 34.7%. This led to the conclusion that patients either do not have knowledge about VBAC or patients have no interest in the trial of labor.
4. Nurses indicated that their information about VBAC originated from other people's experiences (31%), Nursing School (25%), Media information (9%), and through literature review (6%). This data led to the conclusion that the knowledge about VBAC may not be extensive enough to counsel and guide patients who are willing to endure the trial of labor.
5. Nurses preferred hospital education programs to develop their knowledge concerning VBAC.

Based upon survey, the conclusion was made that General Nurses and Maternity Nurses did not have knowledge about

VBAC success rates and the possibility of a trial of labor. In order for nurses to help patients make decisions concerning VBAC, nurses have to gain more knowledge through hospital educational programs.

Further more, the study suggests that through hospital educational programs, the possibility and importance of VBAC must be emphasized to nurses who work in maternity areas.

Second, through prenatal educational programs, the possibility and importance of VBAC must be explained and emphasized to patients who had previous cesarean sections.

Third, the clinical pathways of VBAC need to be developed.

Fourth, each hospital needs to develop multi-disciplinary teams, consisting of obstetricians, risk management/quality management, staff registered nurses, and the director for perinatal services. This team can review cesarean section rates and help to increase the practice of VBAC.