유산 환자 통합 지원 서비스 프로그램 개발을 위한 간호 요구도 조사: 유산 경험 여성들을 대상으로

박 점 미¹ · 신 나 연²

남서울대학교 간호학과¹, 차의과학대학교 분당차병원²

A Study on Patients' Nursing Needs on Integrated Supportive Service Programs for the Abortion Women-Focused on Abortion Experienced Woman

Jummi Park¹ · Nayeon Shin²

Department of Nursing, Namseoul University¹

Department of Nursing, Bundang CHA Hospital²

Purpose: The objective of this study was to investigate the patients' needs on integrated supportive service programs for the abortion women.

Methods: The 49 participants in this study were abortion experienced women in 2 infertility hospitals. Data were collected using a structure self-report questionnaire including medical treatment and nursing after abortion, symptom recognition and sexual problems after abortion, management in daily care after abortion and supportive system after abortion.

Results: Participants had an average score 3.54 for the need of medical treatment and nursing after abortion, 3.50 for the need of symptom recognition and sexual problems after abortion, 3.27 for the need of management in daily care after abortion and 3.28 for the need of supportive system after abortion.

Conclusion: In order to effectively conduct integrated supportive service programs for the abortion women, it is necessary to understand appropriate nursing care for women after abortion.

Key Words: health services needs and demand, comprehensive health care, needs assessment, pregnancy complications, women

서 론

1. 연구의 필요성

전 세계적으로 저출산 문제는 점점 심각해져 가고 있고, 우리나라의 가임기 여성(15~49세) 중 기혼 여성에서 인공 유산 및 자연 유산의 비율은 2015년 22.2%이었다(Lee et al., 2018). 또한 우리나라는 2016년 합계 출산율이 1.17명, 2017년에는 1.05명으로 2017년 OECD 회원국 중 가장 낮았다(Statistics Korea, 2018). 이처럼 저출산으로 발생하는 경제·사회적 파급효과는 생산 인구

감소에 직접적으로 영향을 주고, 사회적 비용 부담을 초래

*본 연구는 2018년도 정부의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(No. 2018R1C1B6006752).

교신저자: 신나연, 경기도 성남시 분당구 야탑로 59
분당차병원

전화번호: 031-780-5835, 팩스번호: 031-780-5840

E-mail: nabong78@chamc.co.kr

접수일자: 2019년 3월 24일, 심사일자: 2019년 4월 3일

게재확정일자: 2019년 4월 4일

하여 지속 가능한 사회 발전에 걸림돌이 될 수 있다(Woo, 2018).

유산은 태아가 모체 밖에서 생존할 능력을 갖기 전인 임신 20주 이전에 임신이 종결된 것을 말하며, 태아가 모체 밖에서 생존할 능력을 갖기 전인 체태기간 20주 이전에 임신이 종결된 것을 말하며 자연적으로 유산이 일어나는 경우를 자연유산(miscarriage)이라 하고 의도적으로 유산시키는 경우를 흔히 유발 유산(induced abortion) 또는 낙태라고 한다(Duckitt & Qureshi, 2011).

한국 보건 사회 연구원의 '2018년도 전국 출산력 및 가족 보건, 복지실태조사'에 따르면 한국의 15~49세 유배우 여성에서 총 임신 횟수는 평균 2.2회였으며 이 중 자연 유산 0.3회, 인공임신중절 0.2회 등으로 부정적인 임신 결과는 전체 중 14.3%를 차지하였다(Lee et al., 2018). 이 중 35세 이하의 연령대에서 평균 임신 유지율은 87.3% 미만으로(Lee et al., 2018), 유산은 난임 여성들에게만 국한된 상황이 아니라 젊은 여성들에게서도 일어날 수 있는 문제이다(Kim et al., 2009)

가임기 여성 건강 증진을 위해 임신한 여성에게 산전 검진, 분만에서 산후 조리에 이어지는 체계적인 간호를 제공하고 있지만(Hong & Park, 2017), 실제 임상에서는 유산을 진단 받은 여성에 대한 관심과 증제는 부족한 실정으로, 유산 후 의료적 처치 이외에 여성 건강 간호 및 추후 관리는 유산을 경험한 환자 뿐만 아니라 가족과 의료진들에게도 시행되어지고 있지 않다(Hong & Park, 2016).

유산을 경험한 여성들은 유산 후 합병증 및 주의사항을 포함하여 다양한 의문점을 주로 인터넷 정보 및 상담 사례 검색에 의존하며 정보를 얻으며, 비슷한 사례를 경험한 정보 제공자들과 유산과 관련하여 정서적 공감을 받고 있는 실정이다(Hong & Park, 2017). 이러한 점을 고려해 보았을 때, 유산을 경험한 여성들은 의학적 상담과 치료에 관한 정보만을 요구하는 것이 아니라, 정서적 지지 및 상호 작용, 정부의 재정적 지원 등을 필요로 한다는 것을 알 수 있다(Lee et al., 2018). 이는 현재 임상에서 실시하는 의학 위주의 진료 서비스와 간호 중재 이상의 것이 요구된다는 것을 의미한다.

현재 여성의 출산에만 포커스가 맞추어져 있으며, 유산과 관련하여서는 여성의 산과력에 필요한 정보로 다루어질 뿐 유산 후에 여성들이 겪는 신체적, 심리적 건강문제와 구체적인 관리에 대한 관심은 미흡하다(Bellhouse et al., 2018). 또한 유산을 경험한 여성에게도 출산에 상응하는 건강 관리 요구가 있으나 이들에 대한 건강 관리는 미흡한 실정이다(Levang et

al., 2018). 따라서 유산을 경험한 여성을 대상으로 신체적, 심리적, 행정적 건강 요구도를 파악하는 것은 가임기 여성들의 생식건강을 보호하고 건강한 임신과 출산을 유도하는 방안이 될 수 있을 것이다. 우리나라는 난임 지원 활성화 방안이 정부 및 기관 차원에서 모색되고 있으나 유산을 경험한 여성의 건강관리 영역 및 행정 영역에서는 활성화 방안이 거의 이루어지고 있지 않은 실정이다(Lee et al., 2018).

이에 유산을 경험한 여성을 위한 지원 체계 확립을 위해 실제 유산 대상자의 총체적 지원에 대한 대상자들의 요구도를 조사하는 연구가 선행되어야 한다. 이에 본 연구는 유산을 경험한

여성 환자를 대상으로 유산을 경험한 여성의 임신 통합 지원 서비스 구축에 필요한 요구도를 조사해봄으로써 다양한 주체가 협력한 유산 환자 지원 체계 구축을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 유산 경험 여성들을 대상으로 유산 환자 통합 지원 서비스 프로그램 개발을 위한 간호 요구도를 조사하고, 이를 기반으로 유산 환자를 위한 통합 지원 서비스 프로그램의 기초 자료로 활용하고자 한다.

연구대상 및 방법

1. 연구 설계

본 연구는 유산을 경험한 여성들을 대상으로 유산 환자 통합 지원 서비스 프로그램 개발을 위한 간호 요구도를 조사하기 위한 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 S시와 G도에 있는 2개의 난임 전문 병원에서 유산의 경험이 있으면서 난임 치료를 받고 있는 환자를 대상으로 자가 보고식 설문지를 이용하여 실시하였다. 연구 대상자는 만 20세 이상의 성인 여성으로 임신 20주 미만의 상태에서 태아의 소실 경험이 있었던 여성을 대상으로 하였으며, 정신 질환을 진단 받은 대상자는 연구 대상에서 제외하였다. G Power 3.1.3 프로그램을 이용하였고, 본 연구의 연구 설계와 유사한

선행 연구(Lim, 2015)에서 제시된 효과크기를 참조하여 유의 수준 0.05, 효과크기 0.40, 검정력 0.80의 기준에서 44명의 대상자가 산출되었다. 소아암 생존자의 건강 관련 요구를 탐색한 선행 연구(Lim, 2015)에서 78%의 응답률을 보인 것을 근거하여 본 연구에서도 탈락률 20%를 고려하였고, 54명의 대상자를 수집하였으며 이 중 불충분하게 응답한 5명의 대상자를 제외하고 최종 49명을 분석하였다. 따라서 본 연구의 표본수는 적절한 것으로 판단되었다.

3. 연구 도구

유산 여성 간호, 유산과 관련된 정부 정책 등과 관련된 문헌 고찰과(Kim et al., 2009; Lee et al., 2018; Statistics Korea, 2018; Woo, 2018) 논문 분석(Hong & Park, 2016; Hong & Park, 2017; Bellhouse et al., 2018)을 통하여 측정하고자 하는 유산 환자의 간호 요구도의 핵심 내용을 분석하였다. 또한 문항 도출을 위해 난임 전문 병원에서 유산을 경험 한 후 임신을 하기 위해 난임 치료를 받고 있는 유산 경험 여성 4명을 대상으로 난임 전문 병원 상담실에서 1시간 동안 심층 면담을 시행하였다. 문헌 고찰과 논문 분석, 심층 면담을 통하여 유산 환자의 간호 요구도에 적합한 문항을 개발하고 개념화하는 과정을 시행하였다. 이렇게 구성된 유산 환자 간호 요구도는 ‘유산 후 치료 및 간호’, ‘유산 후 증상 인식과 성생활’, ‘유산 후 일상 생활 관리’, ‘유산 후 지지 체계’의 4개 영역이었다. 각 영역에서 도출된 자료를 바탕으로 예비 문항을 작성하였으며 하부 영역별로 최소 4개에서 최대 18개까지 문항을 구성하였고, 총 40개의 예비문항이 작성되었다.

다음 단계로 간호 경험 및 지식을 보유한 전문가(간호 대학교수 2인과 난임 환자 간호 경력 20년 이상인 난임 전문 병원 수간호사 4명)과 협의를 통하여 항목을 추출하였다. 이후 항목에 대한 적절성과 중요성을 파악하기 위해 난임 병원의 전문의 및 경력 10년 이상의 간호사 10명으로 구성된 전문가 집단을 중심으로 내용 타당도를 검증하였다. 내용 타당도 검증시 ‘매우 적절하지 않음’ 1점, ‘내용과 연관성이 없어 다수 수정이 필요함’ 2점, ‘내용은 연관성이 있으나 일부 수정이 필요함’ 3점, ‘매우 적절함’ 4점으로 측정할 수 있도록 하였으며, 3점과 4점을 선택한 전문가 수를 전체 전문가 수로 나누어 내용 타당도 계수를 측정하였다. 내용 타당도 계수 검증 결과, Item-Content Validity Index (I-CVI) 평균은 0.90이었다. 이 중 문항의 표현이 부적절한 ‘유산 치료의 최신 트렌드’, ‘지역 사회 자

원 지원’의 2문항은 삭제하였고 모든 문항의 I-CVI가 0.85 이상으로 측정되었다. 전문가 그룹 의견 반영 후 본 연구자들이 유산 환자 통합 지원 서비스 프로그램에 필요하다고 최종 선택한 문항은 1) 유산 후 치료 및 간호 과정 18문항, 2) 8 유산 후 증상 인식, 성생활 6문항, 3) 유산 후 일상 생활 관리 4문항, 4) 유산 후 지지 체계 10문항으로 총 4개 영역, 38개의 문항의 요구도였다. 본 도구는 ‘매우 필요하지 않다’의 1점에서 ‘매우 필요하다’의 4점 Likert 척도로 측정하였고, 점수가 높을수록 간호 요구도가 높음을 의미한다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's α 는 0.86이었다.

4. 자료수집

자료 수집은 2018년 3월 1일부터 10월 31일까지였다. 자료 수집은 서울, 경기 지역 300명 이상 난임 전문 병원 2곳에서 연구자 3인이 직접 대상자에게 연구 목적에 대하여 설명하고 대상자에게 서면으로 연구목적에만 사용할 것과 대상자의 익명을 보장한다는 내용을 포함한 피험자 동의서를 받았다. 응답이 완료된 설문지는 연구자 3인이 직접 수거하였으며, 설문조사가 끝난 후 본 연구 참여, 시간 할애에 대한 1만원 상당의 선물을 제공하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구를 진행하기에 앞서 연구자가 소속된 N 대학교의 생명 윤리 위원회의 승인을 받았다. 연구 대상자에게 연구 설명문을 서면으로 제공하고, 연구의 목적과 연구방법, 자료의 익명 처리, 비밀 보장됨을 알렸다. 자료는 숫자로 코드화 되어 관리될 것이고, 연구 이외의 목적으로 사용되지 않으며, 자물쇠가 있는 보관함에 3년간 저장 후 영구 파괴할 것이라는 점을 설명하였다. 또한 연구 참여 도중 언제든지 연구에 대한 철회 의사를 밝히는 경우 중단할 수 있으며, 수집한 모든 자료를 폐기할 것을 설명하였다. 이에 대한 설명을 듣고 자발적 참여에 대한 서면 동의를 한 대상자에게만 자료를 수집하였다.

6. 자료 분석

수집된 자료는 프로그램을 이용하여 분석 SPSS/WIN 24.0을 이용하여 분석하였으며 구체적인 분석 방법은 다음과 같다.

1) 대상자의 일반적 특성 및 유산 관련 특성, 유산 관련 간

호 요구도는 기술통계를 이용하여 분석하였다.

2) 대상자가 일반적 특성 및 유산 관련 특성에 따른 유산 관련 간호 요구도의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

결 과

1. 대상자의 일반적 특성 및 유산 관련 특성

본 연구 대상자의 평균 연령은 21~30세가 32.7%, 31~40세가 61.2%, 41~50세가 6.1%이었다. 학력은 대졸이 91.8%이었으며 대학원졸이 8.2%이었으며, 거주 지역은 서울이 8.1%, 경기도가 87.8%이었다. 종교는 무교가 46.9%로 가장 많았으며 불교가 4.1%로 가장 적었다. 가족 거주형태는 부부끼리만 거주하는 경우가 89.8%로 가장 많았으며 주말 부부가 4.1%로 가장 적었다. 직업은 전문직이 49.0%로 절반가량을 차지하고 있었으며 주부 26.5%, 회사원 18.4%의 순으로 나타났다. 부부 관계 횟수는 월 1~3회가 22.5%, 4~6회가 40.7%, 7~9회가 22.4%, 10회 이상이 14.2%이었다. 유산의 원인은 원인 모름이 79.6%로 가장 많았고, 습관성 유산 8.2%, 기타 8.2%, 염색체 원인 4.1%의 순으로 나타났다. 유산 전 의료진과의 유산 상담 유무는 '상담을 받은 경험이 있다'가 55.1%로 과반수 이상을 차지했고 유산 후 의료진과의 유산 상담 유무는 '상담을 받은 경험이 없다'가 67.3%로 나타났다. 유산 후 질병 관련 정보 및 행정적 지원과 관련된 정보는 의료인에게서 받는 경우가 8.2%, 인터넷으로 받는 정보가 91.8%로 나타났다. 인터넷 정보에 대한 유용성은 '항상 유용하다'가 14.3%였으며 '유용하지 않다'가 12.2%이었다. 인터넷 정보에 대한 신뢰성은 '신뢰하지 않는다'가 75.5%로 나타났으며 '신뢰한다'가 24.5%이었다(Table 1).

2. 대상자의 유산 관련 간호 요구도

대상자의 유산 관련 간호 요구도를 1) 유산 후 치료 및 간호 18문항, 2) 유산 후 증상 인식과 성생활 6문항, 3) 유산 후 일상 생활 관리 4문항, 4) 유산 후 지지 체계의 10문항, 총 4개 영역으로 구분하여 조사한 결과는 다음과 같다(Table 2).

첫 번째로 유산 후 치료 및 간호 영역에서는 평균 3.54점으로 나타났다. 영역별 문항의 평균점수는 '유산 후 임신 계획'에 대한 요구도가 3.87점으로 가장 높았으며 '유산의 원인 및 증상'이 3.73점, '유산의 원인별 치료 방법 및 시술 과정'과 '유

Table 1. General Characteristics

		N=49
Characteristics	n (%)	
Age		
21~30	16 (32.7)	
31~40	30 (61.2)	
41~50	3 (6.1)	
Education		
Undergraduate	45 (91.8)	
Graduate	4 (8.2)	
Location		
Seoul	4 (8.1)	
Gyeonggido	43 (87.8)	
Etc	2 (4.1)	
Religion		
Prestian	18 (36.7)	
Buddihsm	2 (4.1)	
Catholic	6 (12.3)	
None	23 (46.9)	
Family residence type		
Couple	44 (89.8)	
Parents and couple	3 (6.1)	
Dual career commuting couple	2 (4.1)	
Career		
Profession	24 (49.0)	
Self employment	3 (6.1)	
Employee	9 (18.4)	
Housewife	13 (26.5)	
Cause of abortion		
Unknown	39 (79.6)	
Habitual abortion	4 (8.2)	
Idiopathic	4 (8.2)	
Genetic cause	2 (4.0)	
Counselling with medical staff before abortion		
Yes	27 (55.1)	
No	22 (44.9)	
Counselling with medical staff after abortion		
Yes	16 (32.7)	
No	33 (67.3)	
Source of disease-related and administrative support information		
Medical staff	4 (8.2)	
Web	45 (91.8)	
Availability of web information		
Always agree	7 (14.3)	
Agree	35 (71.4)	
Not agree	6 (12.3)	
Always not agree	1 (2.0)	
Reliability of web information		
Always agree	12 (24.5)	
Agree	33 (67.3)	
Not agree	4 (8.2)	
Always not agree	0 (0)	

Table 2. Needs of Integrated Supportive Service Programs Item for the for the Abortion Woman among Participants

Categories	Item	M±SD
Medical treatment and nursing after abortion	Postabortion family planning	3.87±0.33
	Causes and symptoms of abortion	3.73±0.63
	Treatment methods and intervention procedures of abortion	3.73±0.53
	Kinds of contraceptive effect, side effect	3.73±0.44
	Physical change after abortion	3.71±0.67
	Emergency symptoms and treatment associated with abortion	3.71±0.57
	Types and purpose of abortion treatment	3.69±0.46
	Method of administration of implantable hormone preventing abortion	3.65±0.56
	Definition and treatment of habitual abortion	3.65±0.48
	Types and methods of abortion diagnostic tests	3.53±0.61
	Husband's planning after abortion(semen test, hormone test)	3.51±0.64
	Abortion treatment: Current status and trends	3.48±0.58
	Abortion prevention and caution	3.38±0.75
	Case of pregnancy after abortion treatment	3.32±0.74
	Abortion statistics	3.14±0.81
	Immunotherapy associated abortion treatment	2.97±0.74
	Herbal treatment after abortion	2.85±0.59
	How to participate in clinical trials relating abortion	2.61±0.78
Total		3.54±0.74
Symptom recognition and sexual problems after abortion	Symptoms associated with vaginal bleeding after abortion, pelvic pain	3.73±0.63
	Recognize symptoms of respiratory disease and gastrointestinal diseases after abortion	3.55±0.61
	Fatigue and sleep disturbance after abortion	3.48±0.56
	Skin change after abortion	3.48±0.18
	Psychological problem (Anxiety, depression)	3.44±0.51
	Sexual activity problem	3.40±0.11
Total		3.50±0.23
Management in daily care after abortion	Nutrition and diet after abortion	3.40±0.32
	Caution of smoking problems	3.24±0.36
	Type of exercise after abortion	3.24±0.12
	Caution of drinking problems	3.22±0.32
Total		3.27±0.57
Supportive system after abortion	Relieving stress after abortion	3.59±0.51
	Establish spousal support	3.57±0.12
	Government Subsidy of abortion treatment	3.55±0.44
	Abortion woman support policy information	3.53±0.32
	Psychological support	3.44±0.11
	Family' support(except spouse)	3.42±0.54
	Friends and colleagues' support	3.42±0.08
	Website associated with abortion information	3.20±0.67
	Hobby life information after abortion	3.20±0.12
Total	Support group for abortion woman	2.95±0.45
Total		3.28±0.88

산 후 피임의 종류 및 기전, 효과 및 부작용'이 3.73점이었다. '유산 후 신체적 변화'와 '유산과 관련한 응급상황 증상 및 치료법'이 3.71점이었고, '유산 치료 시술 종류 및 목적, 방법, 비용, 주의사항 및 부작용'이 3.69점이었으며 '유산 방지 착상

호르몬의 투여 방법, 작용 및 부작용'과 '반복적 유산의 정의 및 치료 방법'은 3.65점으로 나타났다. '유산의 진단 검사 종류 및 방법'이 3.53점, '유산 후 남편이 받아야 할 정액 검사 및 호르몬 검사 계획'이 3.51점, '최신 유산 치료 정보'가 3.48점, '유

산의 예방법 및 주의사항'이 3.38점, '유산 후 치료 성공률 및 사례' 3.32점, '유산 관련 치료 및 질병 현황 통계' 3.14점, '유산 관련 번역학적 치료법' 2.97점이었으며 '유산 후 한방 치료'는 2.89점, '신약 임상시험 참여방법'이 2.61점으로 가장 요구도가 낮은 항목이었다.

두 번째로 유산 후 증상 인식과 성생활 영역에서는 평균 3.50점으로 나타났다. '유산 후 질출혈, 골반 통증, 생리통과 관련된 증상 인식'이 3.73점으로 가장 높았고, '유산 후 호흡기 질환, 위장관계 질환 증상 인식'이 3.55점, '유산 후 피로감, 수면 장애'와 '피부 변화(소양증, 두드러기 등)'이 3.48점, '정서적 불안, 우울, 죄책감과 관련된 증상 인식'이 3.44점이었으며 '성생활(부부관계 시간, 횟수)'는 3.40점으로 가장 낮았다.

세 번째로 유산 후 일상 생활 관리영역에서는 평균 3.27점으로 나타났다. '유산 후 영양 및 식생활'이 3.40점으로 가장 요구도가 높았으며 '흡연과 관련된 주의사항'과 '유산 후 가능한 운동의 종류 및 횟수, 시간' 3.24점, '음주 섭취 허용량'이 3.22점으로 가장 낮았다.

네 번째로 유산 후 지지 체계 영역은 평균 3.28점으로 나타났다. '유산 후 스트레스 해소 방법'이 3.59점으로 가장 높았으며 '배우자와의 지지 관계 형성'이 3.57점, '유산 시술 비용 안내 및 정부 보조금 수여 방법'이 3.55점, '정부 보조 외 경제적 도움 기관에 대한 정보 및 연계' 3.53점, '심리적 지지'가 3.44점, '배우자 제외한 가족의 지지 관계'와 '친구 및 직장 동료의 지지'가 3.42점이었다. '유산 관련 정보 제공 및 질의 응답 사이트'와 '취미생활 제공(음악, 미술, 명상 활동)'이 3.20점이었고 '유산 경험 대상자 자조 모임'이 2.95점으로 가장 낮았다.

고 찰

본 연구는 유산 경험 여성들을 대상으로 유산 환자 통합 지원 서비스 프로그램 개발을 위한 간호 요구도를 측정하였다. 그 결과, 본 연구 대상자들은 첫 번째로 유산 후 치료 및 간호 영역에서 '유산 후 임신 계획' 대한 간호 요구도가 3.87점으로 가장 높았다. 이는 유산 후 심리적, 신체적 문제점을 극복해 나가는 과정에서 가장 우선 순위를 두고 적극적으로 시행하려고 하는 '임신 준비'와 맥락을 같이한다고 볼 수 있다(Sejourne et al., 2010). 유산 경험 여성을 대상으로 질적 연구를 통해 유산 후 경험하는 세계 및 본질에 대해 탐구했던 선행 연구에서도 유산으로 인한 상실, 적응 과정 이후에 궁극적으로 이루

려 하는 본질적 의미는 미래의 임신을 위한 준비였다(Meaney et al., 2017). 출산률 증가를 위한 적극적인 정부의 모자보건사업 지원 강화로 가임기 여성 및 난임 여성에 대한 지원은 확대되고 있지만, 유산 이후의 여성에 대한 범정부적인 지원 및 관심은 부족한 현실이다(Hong & Park, 2016). 이러한 현실을 고려해 보았을 때, 유산 이후 대상자들은 신체적, 심리적 문제들을 파악하고 이에 대한 문제를 해결하려고 하기 보다는, 유산 대상자들이 임신을 최우선적인 목적으로 인식하고 유산 후 치료 및 간호에 대한 탐색 없이 임신 계획을 세우려고 하는 것으로 여겨진다. 유산은 외상 후 스트레스 장애로도 여겨질 만큼 개인적 외상 이상의 사회적 외상으로 인식되어야 할 필요성이 제기되고 있지만, 유산 대상자의 심리적 후유증에 대한 사회의 관심은 부족하다(Bae, 2018). 따라서 유산을 경험한 여성들, 유산의 가능성을 가지고 있는 여성들의 유산 후 후유증에도 초점을 맞추어 전문적이고 체계적인 도움이 제공되어야 한다. 유산 후 치료 및 간호 영역에서 요구도가 높았던 상위 항목에는 '유산의 원인 및 증상', '유산의 원인별 치료 방법 및 시술 과정', '유산 후 피임의 종류 및 기전, 효과 및 부작용'이 있었다. 이는 24명의 유산 경험 여성들을 대상으로 시행한 Ockhuijsen 등(2014)의 연구에서 유산 후 피임의 방법 및 유산 치료 방법과 같은 대처 기전을 탐색하며, 유산 후 대상자들이 유산 후 원인을 치료하려 하고 이에 따른 과정을 이행하려 했던 결과와 유사한 결과였다.

두 번째로, 유산 후 증상 인식과 성생활 영역은 '유산 후 질출혈, 골반 통증, 생리통과 관련된 증상 인식'이 가장 높았고, '성생활(부부관계 시간, 횟수)'이 가장 낮았다. 이는 유산 후 간호에서 통증 및 출혈을 주요 간호로 제시하였던 Radford와 Hughes의 연구(2015)와도 일치하는 결과이다. 유산 후 질출혈 및 통증, 골반 감염 등은 예측할 수 있는 합병증이지만 적시에 치료하지 못할 경우 자궁경관 손상까지 이어져, 추후 임신 과정 및 모성 사망에도 영향을 미칠 수 있으며(Nanda et al., 2012), 자궁 내막 손상 및 유착으로 인해 난임으로 이어질 수도 있다(Tsur et al., 2016). 유산 후 회복 과정이 대부분 가정 내에서 이루어지고 있어 전문적인 유산 환자 간호가 제공 되어지는 경우가 드물다는 현실을 고려해 보았을 때(Chung et al., 2009), 유산 후 신체적 증상 및 건강 문제를 인식할 수 있게 하고 대상자들에게 유산 후 나타날 수 있는 증상 및 생식기계, 내분비계 변화 등의 교육이 제공되어야 한다. 이처럼 유산 후 여성이 경험할 수 있는 신체적 증상에 대한 적합한 교육 및 간호는 유산 여성을 위한 통합 서비스 프로그램

램 개발에 필수적인 포함되어야 할 항목이라 할 수 있다.

세 번째로 유산 후 일상생활 관리 영역에서는 ‘유산 후 영양 및 식생활’이 가장 요구도가 높은 항목으로 나타났다. 유산 후에는 정상 분만보다 호르몬에 의한 변화에 의한 회복을 기대하기 어려워(Lee et al., 2008) 우리나라에서는 유산을 한 후에도 출산 후 조리를 하는 것 못지않게 산후 조리를 강조해왔고, 한방 의학에서도 여성의 신체 손상을 보충하기 위해 유산으로 손상된 조직의 어혈이나 오로를 없애주고 자궁을 깨끗하게 하는 처방을 하였다(Yooo et al., 2015). 유산 후 권장되는 영양소는 단백질, 철분제, 칼슘 및 비타민 등으로 유산 후 조기 회복을 위해 영양 및 식생활은 유산 여성에게 필수적으로 제공되어야 할 정보라는 점(Thapa et al., 2014)을 고려해 보았을 때 유산 후 대상자 지지 영역에서 중점적으로 포함시켜야 할 사항으로 여겨진다.

네 번째로 유산 후 지지 체계 영역에서는 ‘유산 후 스트레스 해소 방법’이 가장 요구도가 높은 항목으로 나타났다. 유산 후 우울, 불안 및 감정 장애 뿐 아니라 복합적인 심리적 반응의 변화가 나타나며(Adhiambo Onyango & Mott, 2011), 신체적 증상 보다 심리적 증상으로 인한 슬픔과 충격감을 더 많이 경험하게 된다(Chung et al., 2009). 유산 후 심리적 상태는 단일 증상으로 설명될 수 있는 것이 아닌 복합적이며 다양한 증상으로 설명되어야 하며(Edwards et al., 2016), 정서적 및 심리적 반응을 종단적으로 파악하고 대상자 및 영향요인을 더 확대하여 분석할 필요성이 있다고 사료된다. 유산 후 지지 체계는 유산을 경험한 여성들의 사례를 분석하고, 적합한 간호 제공 및 범정부적인 지원을 토대로 유산 후 여성들의 지원 체계에 대한 토대를 마련하는 것이 시급하다.

따라서 유산 후 여성들이 겪게 되는 심리적, 신체적, 경제적 문제점을 파악하고, 임상 현장 및 기관에서 이들을 위한 교육과 상담시 제도화된 유산 환자 통합 지원 서비스 프로그램을 구축하고 체계화된 여성 건강 간호를 제공하는 것이 필요하다고 본다. 또한 본 연구에서 대상자들의 91.8%가 유산 후 질병 관련 정보 및 행정적 지원과 관련된 정보를 인터넷으로 받고 있었지만 인터넷 정보에 대한 신뢰성은 대상자의 75.5%가 신뢰하지 않았다고 한 점을 고려해 볼 때, 전문성 있는 난임 의료 웹 콘텐츠를 도입하여 난임 건강 정보의 접근성을 높여주는 것이 필요하다고 할 수 있겠다.

본 연구는 조사 대상자가 50명 미만의 적은 표본수였고, 지역이 서울과 수도권으로 한정되어진 연구로 일반화 하는 데는 제한점이 있다. 또한 지역 사회의 유산 대상자가 아닌, 난임 전

문 병원에 내원한 유산 대상자만을 대상으로 연구를 시행하였기 때문에 대상자의 특성을 수렴하는데 한계점이 있다. 그러나 유산 후 여성에게 필요한 통합 지원 서비스 프로그램 개발을 위해 요구도를 최초로 파악하였다는 것에 의의가 있다. 또한 본 연구는 여성들이 겪을 수 있는 생식기 관련 문제에 대해 고찰하고, 임상 및 지역사회 현장에서 유산 대상자가 겪을 수 있는 건강 문제 및 간호 요구도를 파악하고 간호사들이 대상자에게 적용할 수 있는 표준화된 지침 및 치료적 지지 체계를 확립하는데 초석이 될 수 있을 것으로 사료된다. 추후 유산 후 여성의 신체적, 심리적, 경제적 제도 확립과 함께 유산 여성을 위한 간호 및 지원과 관련된 논의가 지속적으로 진행되기 위해 표본을 확대시킨 연구가 이루어져야 하겠다.

결 론

본 연구는 유산을 경험한 여성들을 대상으로 유산 환자 통합 지원 서비스 프로그램 개발을 위한 간호 요구도를 조사하기 위해 수행되었다. 본 연구 결과에서 유산 후 치료 및 간호 과정, 유산 후 증상 인식 및 성생활, 유산 후 일상생활 관리, 유산 후 지지 체계의 요구도가 조사되었다.

본 연구의 결과를 토대로 유산을 경험한 여성들 뿐만 아니라 유산의 가능성을 가지고 있는 여성들의 유산 후 후유증에도 초점을 맞추어 전문적이고 체계적인 도움이 제공되어야 한다. 유산 후 지지 체계를 통해 유산 환자들에게 적합한 간호 제공 및 지원에 대한 토대를 마련하는 것이 시급하다. 또한 이를 활용하여 유산 여성을 위한 통합 지원 서비스 프로그램 개발 연구 및 이와 관련한 지속적인 효과 측정 연구를 시행할 것을 제안한다.

감사의 글

본 연구는 2018 한국 연구 재단의 지원을 받아 수행되었으며 이에 감사드립니다.

참고문헌

- Adhiambo Onyango M, Mott S. The nexus between bride-wealth, family curse, and spontaneous abortion among southern Sudanese women. *J Nurs Scholarsh* 2011;43(4):376-84.
- Bae JS. Abortion as a post-traumatic stress disorder. *Bio,*

- Ethics and Policy 2018;2(1):75–102.
- Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. “The loss was traumatic, some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women Birth* 2019;32(2):137–46.
- Chung CW, Jung HS, Yun SN, Shin JC, Park HJ, Han MY. Factors of physical and psychological symptoms in women after miscarriage. *Korean J Women Health Nurs* 2009;15(4):303–11.
- Duckitt K, Qureshi A. Recurrent miscarriage. *BMJ Clin Evid* 2011;2011:1409(1–23).
- Edwards S, Birks M, Chapman Y, Yates K. Miscarriage in Australia: The geographical inequity of healthcare services. *Australas Emerg Nurs J* 2016;19(2):106–11.
- Hong JE, Park JM. Narrative exploration of infertile nurses’ experience of natural abortion. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs* 2016;25(1):58–70.
- Hong JE, Park JM. A phenomenological study on the spontaneous abortion experiences of women. *Korean J Women Health Nurs* 2017;23(2):63–77.
- Kim SK, Kim YK, Cho AJ, Kim HR, Lim SE. The 2009 national survey on fertility, family health and welfare in Korea. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2009.
- Lee SS, Kim EJ, Park JS, Byoun SJ, Oh MA, Lee SL, et al. Korea Institute for Health and Social Affairs. The 2018 national survey on fertility and family health and welfare. Research paper. 2018
- Lee YJ, Hwang DS, Lee CH, Lee KS. A study on postabortal symptoms and depression measured by EPDS. *Korean J Obstet Gynecol* 2008;21(1):206–15.
- Levang E, Limbo R, Ziegler TR. Respectful disposition after miscarriage: Clinical practice recommendations. *MCN: Am J Matern Child Nurs* 2018;43(1):19–25.
- Lim SJ. Health related needs and quality of life in childhood cancer survivors. *J Korean Oncol Nurs* 2015;15(4):246–55.
- Meaney S, Corcoran P, Spillane N, O'Donoghue K. Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. *BMJ open* 2017;7(3):e011382(1–7).
- Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;14(3):CD003518
- Ockhuijsen HD, van den Hoogen A, Boivin J, Macklon NS, de Boer F. Pregnancy after miscarriage: Balancing between loss of control and searching for control. *Res Nurs Health* 2014;37(4):267–75.
- Radford EJ, Hughes M. Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *J Clin Nurs* 2015; 24(11–12):1457–65.
- Sejourne N, Callahan S, Chabrol H. Support following miscarriage: what women want. *J Reprod Infant Psych* 2010; 28(4):403–11.
- Statistics Korea. 2017 Birth statistics, [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2018 [cited 2019 March 1]. Available from: https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=369566&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt=.
- Thapa S, Rani A, Mishra CP. Knowledge, attitude and belief about contraception in post-partum and post abortal women in a tertiary care centre. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2014;3(3):533–9.
- Tsur A, Malvasi A, Vergari U, Carp H. Spontaneous abortion complications. In *management and therapy of early pregnancy complications*. 2016, (pp. 29–50). Springer, Cham.
- Woo HB. Population policies in the Era of low fertility—current state and future directions in South Korea. *J Popul Assoc Korea* 2018;41(2):31–59.
- Yoo ES, Kim MY, Hwang DS, Lee JM, Jang JB, Lee KS, et al. A study on HRV (Heart rate variability) characteristics of women visited to herbal treatment after missed abortion. *Korean J Obstet Gynecol* 2015;28(3):30–9.