한국전문물리치료학회지 제9권 제1호
KAUTPT Vol. 9 No. 1 2002.

산모의 요통 실태와 관리에 대한 조사 연구

김선엽
부산가톨릭대학교 물리치료학과
남건우
부산세양병원 물리치료실

Abstract

A Survey of Characteristics and Management of Low Back Pain in Postpartum Women

Kim Suhn-yeop, Ph.D., P.T.
Dept. of Physical Therapy. Catholic University of Pusan
Nam Kun-woo, M.Sc., P.T.
Dept. of Physical Therapy. Seyang Hospital of Pusan

Many pregnant women have experienced low back pain (LBP) during pregnancy and after delivery, and it has been an important component in women health. This study was designed to investigate the characteristics and management of the LBP in postpartum women. Eighty-five postpartum women were participated in this survey. Mean age of 85 women was 28.1 years. Of 85 postpartum women, 55.3% (n=47) had LBP after pregnancy. Thirty of 47 women had pain on lumbar region, 17 postpartum women had pain on sacroilium region. Of 85 postpartum women, 74% (n=54) had LBP before pregnancy and 71.8% (n=61) had LBP during pregnancy. Of 47 postpartum women who had LBP, 83% (n=39) had not received medical management for LBP, 12.8% (n=6) took medication, and 4.3% (n=2) performed self-exercise. None of postpartum women had received physical therapy during pregnancy and after delivery for treatment low back pain. The pain in SI region was more severe than in lumbar region after pregnancy according to VAS (visual analog scale) ($p<.05$). However, there was no significant difference in VAS scores between SI pain and lumbar pain before and during pregnancy ($p>.05$). Pain region after delivery was related to pain region of pre-pregnancy and during pregnancy ($p<.01$). Pain level after delivery was related to the pain and night pain level during pregnancy ($p<.01$).

Key Words: Low back pain; Management; Postpartum women; Pregnancy.

Ⅰ. 서론

임신은 여성에게 여러 해부·생리적학적 변화를 일으키는데, 특히 근골격계와 신경계의 변화로 인해 요통이 가장 일반적으로 발병하게 된다. 임산부의 약 50% 이상이 요통이나 골반통을 경험하고 있다고한다(Andersson, 1990; Berg 등, 1988; Fast 등, 1987; Mantle

등, 1981; Ostgaard 등, 1991). Colliton(1996a)은 통증이 발생되는 위치, 자세, 특성, 발생되는 시기에 따라 3가지 유형 즉 요통, 천장골 통증, 야간성 통증으로 분류하였다. 반면에 많은 연구에서 적용하고 있는 요통의 양상은 Ostgaard 등(1996)과 Sturesson 등(1997)이 분류한 요통과 후부 골반통이며, 임산부 3명 중 1명은 후부 골반통, 9명 중 1명은 요통을 경험한 것으로 보고하였다. 후부 골반통의 양상은 천장골 통증, 인대의 이완성 통증, 골반의 불안전성 통증과 유사하다(Ostgaard 등, 1991b; Colliton, 1996b). 반면에 요통은 주로 요추, 요천부, 치골결합부 주변부에 통증을 야기한다(Perkins 등, 1998). 이러한 임산부의 요통을 평가하는 것 또한 임상적으로 매우 중요한 부분이다. Mens 등(2001)은 특히 후골반부 통증에 대한 검사법으로 능동 하지 직거상(active straight leg raising) 검사가 간단하며 민감도(sensitivity=.87)와 특이도(specificity=.94)가 매우 높은 신뢰성 있는 평가도구라고 하였다.

Noren 등(1997)은 요통이 여성의 임신 중 병가에 주원인이라 하였고, 약 48~56%(Berg 등, 1988; Orvieto 등, 1994; Ostgaard 등, 1993; Sturesson 등, 1997)의 임산부가 임신 기간 동안 여러 가지 유형의 요통을 경험하는 것으로 보고되었다(Colliton, 1996; Noren 등, 1997; Sturesson 등, 1997). 그 중 12~36%는 일상생활에 영향을 미칠 정도의 심한 요통을 호소하는 것으로 보고되었다(Fast 등, 1990; Orvieto 등, 1994).

임신 중 요통의 발생시기는 임신 12주(Ostgaard 등, 1993)부터 발생되는 것으로 나타났다. 또한 요통 증상은 임신 1기에서 2기로 진행되는 동안 증가되는 경향이 있었으나 2기에서 3기로는 증가하지 않았으며(Ostgaard 등, 1991a), Kristiansson 등 (1996)의 연구에서는 24주까지 발생빈도가 증가하였지만 그 후로는 안정되었고 분만 후에는 점차 감소하였다.

임신 기간 중 요통은 호르몬의 영향(Kristiansson 등, 1996a; MacLennan 등, 1986), 무게중심의 전방이동으로 인한 생체역학적 영향 등으로 인해 발생하게 될 수 있다. Martin(1978)은 임신으로 인한 릴락신(relaxin) 호르몬의 변화는 골반 등의 하부관절 섬유연골과 인대들을 더 부드럽게 하며 관절의 운동성을 증가시킨다고 하였다. 또한 임신 중기에는 에스트로겐과 황체호르몬, 그리고 엘라스틴(elastin)과 같은 호르몬 분비가 많아지게 되고, 관절과 섬유질이 연해지게 된다. 따라서 자극에 대한 내성이 적어지게 되므로 조그만 충격에도 상해를 입기 쉬워진다. 생체역학적 요인은 임신이 진행됨에 따라 태아의 체중 증가와 더불어 모체의 요부 만곡이 증가되는 경우이다(Rungee, 1993; Copper Aerobic institute, 1993). Fast 등(1990)은 임신으로 인한 복근의 과신장(over-stretching)과 근력 약화가 임산부의 요통 발생과 밀접한 관계가 있다고 하였다. 또한 태아의 성장으로 인한 골반의 팽창은 천장 관절의 안정성을 저하시키게 된다(Heckmann과 Sassard, 1994). 임신 중 임산부의 혈액량은 전과정 동안 평균 5.6 L 정도 증가하는데 이는 의존성 부종을 초래하게 되고, 수면 중 누운 자세로 태아 무게로 인해 하대정맥이 압박되면 순환장애가 발생하여 신경조직과 척추의 저산소증이 나타나 요통과 불편감이 초래될 수도 있다(Rungee, 1993). 그러나, 임산부의 요통은 대개 자연적으로 해결된다는 시각이 지배적이므로 효과적인 치료가 잘 이루어지지 않고 있다(Heckman과 Sassard, 1994; 이경혜 등, 1997). 이는 현재 국내에서 임신 중 요통에 대해 적극적으로 관리하는 의료분야가 없으며, 임신 중 요통의 실태 파악, 관련된 요인 및 해결방법에 대한 관심이 매우 적은 실정이다. 또한 임산부들이 임신 과정 중에 있는 정상적인 증상으로 간주하여 참고 견디는 것도 원인이 된다(Fast 등, 1987; Prentice와 Janowitz, 1991). 임신 중 요통은 현재의 불편감으로만 그치는 것이 아니라 다음 임신으로 재발될 수 있는 위험요인이 되며, 더욱 악화되거나

지속되는 요통을 초래할 가능성이 크므로 임신 중 요통에 대한 관리는 더욱 적극적으로 이루어져야 한다(Svensson 등 1990; Ostgaard 등, 1996; MacLennan 등, 1986; Brynhildsen 등 1998).

이에 본 연구에서는 출산 후 요통에 대한 치료적 관리에 대한 연구의 선행 과정으로써 부산시 에 거주하고 있는 일부 출산 여성들을 대상으로 출산 전·후 요통에 대한 역학적 실태와 치료형태를 조사하여 임신 후 요통관리에 대한 기초자료를 제시하고자 본 연구를 실시하게 되었다. 연구대상자는 출산 후 산후 조리를 위해 산후 조리원을 이용하고 있는 산모들을 대상으로 조사하였다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구대상자

본 연구의 대상자는 부산시에 위치한 산후조리원 65개 중 무작위로 추출한 4개의 기관을 이용하고 있는 산모 85명을 대상으로 실시하였다.

2. 연구 방법

산후 조리원을 방문하여 산모들에게 본 연구의 목적으로 설명하고 조사에 동의를 얻은 후 조사지를 이용하여 자기기입 방법으로 조사하였다. 조사지는 여러 문헌들과 연구논문의 연구 결과를 토대로 작성하였으며, 조사내용은 산모의 일반적인 특성과 임신 전과 임신 기간 중 그리고 현재 출산 후의 요통 실태, 야간통 그리고 요통에 대한 관리 방법 등이었다.

3. 분석방법

설문 조사방법으로 수집된 자료들을 부호화 한 후 SPSS/WIN 9.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 산모의 일반적인 특성을 분석하기 위해 기술 분석과 빈도 분석을 실시하였다. 분만 방법에 따른 요통 특성의 비교는 교차(crosstabs) 분석을 이용하였고, 요통 발생 부위별 요통 강도를 비교하기 위해 T-검정을 하였다. 임신 전과 임신 기간 중에 요통 발생부위와 출산 후에 요통 발생 부위의 관련성을 알아보기 위해 교차 분석을 실시하였다. 또한 출산 후 요통 발생과 기타 요인간의 상관성을 분석하기 위해 상관관계(correlation) 분석을 하였다. 각 통계 처리의 유의성을 검증하기 위해 유의 수준을 .05로 정하였다.

Ⅲ. 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

본 조사 연구에 참가한 산모의 평균 연령은 만 28.1세였고, 평균 신장은 158.8 ㎝이었다. 임신 전에 비교해 임신기간 중 증가된 체중은 평균 15.6 ㎏이었고, 최대치는 23 ㎏이었다. 출산아의 평균 체중은 3.28 ㎏이었다(표 1).

표 1. 연구대상자의 일반적 특성 (N=85)

변수	평균±표준편차	범위
산모 연령(세)	28.08±3.90	21.00～40.00
신장(㎝)	158.82±5.59	145.00～173.00
임신 전 산모 체중(㎏)	48.67±4.11	38.00～61.00
임신 중 증가 체중(㎏)	15.59±3.67	8.00～23.00
출산 자녀수(명)	1.36±.65	1.00～4.00
출산아 체중(㎏)	3.28±.35	2.44～4.20

2. 분만 방법에 따른 요통과 출산통 특성

출산 방법은 전체 조사대상자 중 67.1%가 자연분만을 하였고, 나머지가 제왕절개술을 통해 분만하였다. 임신 전에 요통 발생 여부와 분만방법 간에는 관련성이 없었으며, 임신 전 요통이 있었던 산모 중 자연 분만을 한 경우 요통 발생부위가 요추부인 사람이 77.8%로 더 많았고, 제왕절개술을 한 경우에는 천골반부가 55.6%로 더 많았으나 통계학적으로 유의한 관련성을 없었다(p>.05). 임신 기간 중에 요통을 경험한 여성은 전체의 71.8%이었으며, 요통 발생 부위는 요추부와 천골반부가 각각 57.4%와 42.6%이었다. 분만 방법에 따라 임신 중 요통 발생부위에 차이가 있었는데, 자연분만한 경우에는 요추부(65.9%)가, 제왕절개술을 받은 사람에서는 천골반부(60.0%)였다고 하여 유의한 차이가 있었다(p<.05).

본 조사 시점인 출산 후에 현재 요통이 있는 산모는 전체 조사대상자에 55.3%이었다. 요통 발생 부위는 출산 방법에 따라 차이를 보였는데 자연분만의 경우는 요추부(75.0%)가, 제왕절개술을 받은 경우에는 천골반부(60.0%)에 더 많았다(p<.05).

다음의 표 2는 분만 방법에 따른 요통과 출산통 특성을 요약한 것이다.

3. 출산 과정별 요통 발생 실태

임신 전과 임신 중 그리고 출산 후의 요통 발생 실태를 비교하였다(표 3),(그림 1). 임산

표 2. 분만 방법에 따른 요통과 출산통 특성 (단위: 명(%))

분만 방법		자연 분만(n=57)	제왕절개술(n=28)	계(N=85)	χ^2
임신 전 요통 발생	유	36(73.5)	18(75.0)	54(74.0)	.020
	무	13(26.5)	6(25.0)	19(26.0)	
임신 전 요통 발생 부위	요추부	28(77.8)	8(44.4)	36(66.7)	6.000
	천골반부	8(22.2)	10(55.6)	18(33.3)	
임신 중 요통 발생	유	41(71.9)	20(71.4)	61(71.8)	.002
	무	16(28.1)	8(28.6)	24(28.2)	
임신 중 요통 발생 부위	요추부	27(65.9)	8(40.0)	35(57.4)	3.674*
	천골반부	14(34.1)	12(60.0)	26(42.6)	
출산 후 요통 발생	유	32(56.1)	15(53.6)	47(55.3)	.050
	무	25(43.9)	13(46.4)	38(44.7)	
출산 후 요통 발생 부위	요추부	24(75.0)	6(40.0)	30(63.8)	5.419*
	천골반부	8(25.0)	9(60.0)	17(36.2)	
출산 진통 시간(시간)	평균	6.7(3.68)			
	최소치	2.0			
	최대치	20.0			
진통시 가장 아팠던 부위	허리	19(33.3)			
	아랫배	27(47.4)			
	기타	11(18.3)			

*p<.05

표 3. 출산 과정별 요통 발생 실태 (단위: 명(%))

변수	항목	임신 전	임신 중	출산 후
요통부위	요추부	36(66.7)	35(57.4)	30(63.8)
	천골반부	18(33.3)	26(42.6)	17(36.2)
요통강도	평균±표준편차†	1.52±.68	1.93±.64	2.00±0.88
요통 치료방법	마땅한 방법이 없어 아무것도 하지 않았다	30(55.6)	42(49.4)	39(83.0)
	병(한의)원에서 약물치료	10(11.8)	10(11.8)	6(12.8)
	스스로 자세 교정	6(7.1)	8(9.4)	2(4.3)
	물리치료실 이용	6(7.1)	-	-
	운동이나 체조	2(2.4)	1(1.2)	-
야간통 발생율		-	32(52.5)	15(31.3)

† 통증강도(VAS): 1(약간 아프다)~5(매우 극심하게 아프다)

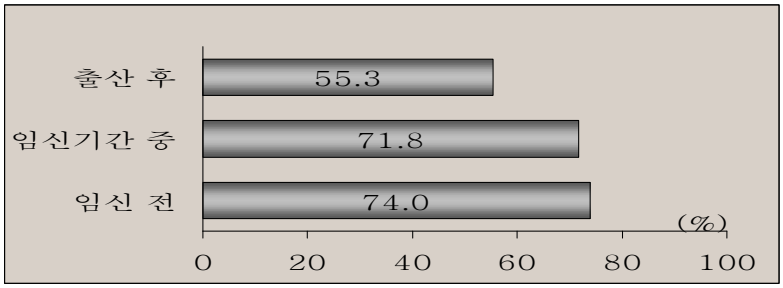

그림 1. 출산 시기별 임산부의 요통 유병율

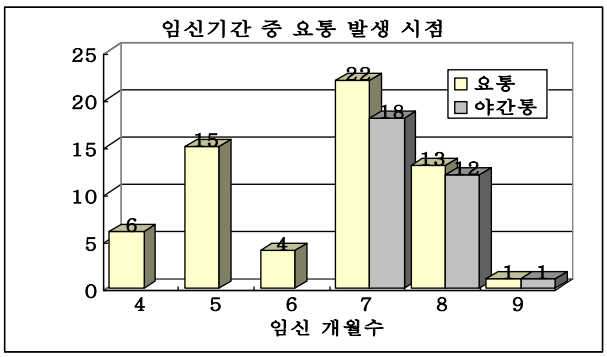

그림 2. 임신 기간 중 요통 발생 시점

부의 요통 발생은 임신 전이나 출산 후보다 임신 중에 발생율이 더 높았다. 요통 발생부위는 모든 과정 중에 요추부에서 더 많이 발생되었으며, 요통 강도는 조사 시점인 출산 후가 임신 전과 임신 중에서 보다 더 강하였다. 이러한 요통에 대한 치료 방법은 모든 과

정에서 어떤 대책 없이 아무 것도 하지 않고 있는 여성들이 가장 많았고, 출산 후인 경우 산모의 83.0%가 아무 대책 없이 지내고 있는 것으로 나타났으며, 물리치료실의 이용이나 운동, 체조 등을 통한 치료를 하고 있는 산모가 없었다. 야간에 발생되는 요통 특성은 임신 중에 약 53.5%에서 발생되었던 것이 출산 후에는 31.3%로 감소함을 보였다.

임신 시간 중 요통이 발생된 시점을 조사한 결과가 그림 2이다. 요통은 임신 4개월에 발생되기 시작하였으며, 7개월에 가장 많이 발생된 것으로 나타났고, 야간통도 임신 7개월부터 발생되었다.

4. 출산 과정별 요통 강도의 변화

임신 전과 임신 기간 중에 요통을 경험한 여성 중 요통이 발생되었던 요추부와 천골반부에 요통 강도의 차이가 있었는가를 조사한 결과 유의한 차이가 없었고(p>.05),(표 4), 출산 후에는 천골반부에 통증이 발생되고 있다는 여성들의 요통 강도가 요추부에서 보다 더 심한 것으로 나타났다(p<.01).

이러한 출산 과정별 요통 발생 부위에 관련성을 조사하였다(표 5). 임신 전과 임신 기간 중에 요통 발생 부위와 출산 후 현재의 요통 발생 부위가 서로 유의한 관련성을 보였다(p<.01).

표 4. 요통 발생 부위별 요통 강도 비교

시 기	요추부			천골반부			t-값
	명	평균±표준편차†	범위	명	평균±표준편차	범위	
임신 전	36	1.61±.68	1-2	18	1.33±.49	1-3	1.530
임신 기간 중	35	1.97±.62	1-3	26	1.88±.77	1-3	.490
출산 후	30	1.60±.49	1-2	17	2.70±.98	2-4	-5.126*

† 통증강도(VAS): 1(약간 아프다)~5(매우 극심하게 아프다)
*p<.01

표 5. 출산 과정별 요통 발생 부위의 관련성 (단위: 명(%))

시 기	요통 발생 부위	출산 후 요통 발생 부위				X^2
		요추부		천골반부		
임신 전	요추부	24	(100.0)	-		35.00*
	천골반부	-		11	(100.0)	
	계	24	(68.6)	11	(31.4)	
임신기간 중	요추부	28	(93.3)	-		32.38*
	천골반부	2	(6.7)	11	(100.0)	
	계	30	(73.4)	11	(26.6)	

*p<.01

표 6. 출산 후 산모의 요통 발생과 관련 요인간의 상관 관계

	산모 나이	산모 증가 체중	출산 자녀 수	아이 무게	출산 소요 시간	출산후 요통 정도	임신전 요통 강도	임신중 요통 강도
산모 증가체중	.034							
출산 자녀수	.601**	.083						
아이 무게	.025	.223*	.075					
출산 소요시간	-.070	-.022	-.098	-.132				
출산후 요통정도	.165	-.021	.073	-.031	-.167			
임신전 요통강도	.123	-.101	.103	-.032	.207	.137		
임신중 요통강도	.079	.030	.164	-.032	.044	.498**	.475**	
임신중 야간통 강도	.189	.074	.189	.064	-.027	.894**	.586*	1.000**

*p<.05 **p<.01

5. 출산 후 산모의 요통 발생과 관련 요인간에 상관관계

출산 후 현재 요통을 경험하고 있는 산모들에 요통 관련 요인들간에 상관성을 분석한 결과(표 6), 임신 기간 중 경험한 요통 정도가 심할수록 출산 후 현재의 요통 정도가 심하였으며(p<.01), 임신 기간 중 야간통의 정도도 출산 후 요통 강도와 상관성이 있었다(p<.01). 또한 임신 전에 경험했던 요통 정도도 임신 기간 중에 요통 정도(p<.01) 그리고 야간통의 정도와도 각각 유의한 상관성을 보였다(p<.05).

Ⅳ. 고찰

임신과 출산은 여성에게 심리·사회적 그리고 육체적으로 매우 중요한 변화를 가져오며, 임산부에게 발생되는 요통은 중요한 문제 중 하나이다. 요통을 경험하는 임산부 중 요통 강도가 매우 중(sever)한 경우에 해당하는 임산부가 약 9~15%이며, 출산 시에 요통을 경험하는 여성이 67%, 출산 후 18개월까지 요통이 지속되는 경우도 37%나 된다는 보고가 있다(Mens 등, 1996). Brynhildsen 등(1998)은 임신 중 요통을 경험한 여성 중 19%가 임신 중에 요통에 대한 공포로 인해 다시 임신하지 않았으며, 임신 중에 요통을 경험한 여성은 다음의 임신 시나 임신하지 않는 경우 모두 요통을 경험할 위험성이 매우 높다고 보고한 바 있다.

임신 기간 중 요통의 발생 시점은 본 연구에서 임신 4개월부터 시작하였다. Mens 등(1996)은 네덜란드의 임산부 394명을 대상으로 요통 발생실태를 조사한 연구에서 임신 3개월에서 7개월 사이에 요통이 발생된 경우가 84.3%였다고 보고하였다. 본 연구에서는

같은 기간에 77.1%가 발생된 것으로 나타났다. Breen 등(1994)은 임산부 1,042명을 대상으로 출산 후 1~2개월 내에 요통 발생율이 44%였으며, 과거의 요통 경험과 산모의 연령 그리고 출산한 아이의 체중이 요통 발생과 관련이 있는 요인이라고 하였다.

야간통(night pain)은 임산부 요통의 또 하나의 특징이라 할 수 있다. Fast 등(1989)은 요통이 있는 임산부 중 67%이 야간통을 경험하였고, 36%가 통증이 심해 잠을 이루지 못할 정도라고 하였다. 본 연구에서는 임신 기간 중에는 52.5%가 야간통을 경험하였고, 출산 후에도 31.3%가 야간통을 경험하였다.

본 연구에서 임신 기간 중에 71.8%가 요통을 경험하였는데, 이 결과는 김홍태 등(1993)의 연구(71.7%)와 김선엽과 김광수(1998)의 연구 결과와 비슷하였다. 본 연구의 요통 산모 중 49.4%가 아무 대책 없이 요통을 방치한 것으로 조사되었으며, 특이한 사항은 요통 환자 중 물리치료실을 이용한 임산부가 전혀 없었다는 것이다. Mens 등(1996)의 연구에서 운동과 함께 침상 안정을 한 경우 64.8%가 완치되었거나 크게 호전되었으며, 9.9%가 일시적으로 호전되었고, 9.9%가 더 악화되었다고 하였다. 그리고 수술을 받은 환자는 일시적으로나 완치된 경우가 57.1%였으나. 악화된 사람도 35.7%나 되었다. 김홍태 등(1993)의 연구에서는 요통을 경험하고 있는 임산부의 68.9%가 치료의 필요성을 인식하지 않고 있었고, 26.3%는 필요하다고 생각하지만 치료를 받지 않았다고 하여 대부분의 임산부들이 요통의 처치 방안이 없는 것으로 나타났다.

Ostgaard와 Andersson(1992)은 출산 직후 67%의 산모들이 요통을 경험하며, 대부분의 산모들이 6개월 이내에 회복되었다고 하였고, 임신 전이나 임신 중에 요통을 경험한 여성, 육체적으로 심한 일을 하거나 임신을 많이 했었던 여성, 그리고, 나이가 젊은 산모일 수록 만성적인 요통으로 발전될 수 있다(Mantle 등, 1977; Ostgaard 등, 1991; Ostgaard와 Andersson, 1991).

임산부의 요통 발생 부위는 크게 요추부와 천골반부로 구분할 수 있다. 자세히 구분하는 경우에는 치골부와 미골부가 포함되며, 천골반부에는 흔히 후상장골극(posterior superior iliac spine)이 있는 부위 즉 천장 관절부위가 포함된다. 이 부위의 통증 원인에는 과거 또는 최근에 입은 골반부 인대의 손상, 호르몬의 영향, 근육의 약화 그리고 태아의 체중 등이 있다. 호르몬의 영향은 임신 중 생리 전(perimenstral) 통증이 증가되는 경우가 74%였다는 Mens 등(1996)의 연구가 근거가 될 수 있다.

본 연구에서는 요통 발생 부위는 조사 시점 모두에서 천골반부보다는 요추부에 더 많았다. 임신 중의 경우도 요추부가 63.8%로 더 많았다. 그러나 김홍태 등(1993)의 연구에서는 요부(43%)에서 보다 골반부(40.1%) 통증이 더 많아 본 연구 결과와 차이를 보였다.

천장관절의 안정성(stability)은 요통 발생에 중요한 요인이다. 후골반부의 통증은 골반 벨트(pelvic belt)의 사용과 운동을 함께 한 경우가 가장 많은 도움이 되었으며, 약물치료나 마사지는 일시적인 효과가 있었다고 하였다. Franklin과 Conner-Kerr(1998)도 후골반부 통증이 있는 임산부의 82%가 골반 벨트의 사용이 통증 경감 효과를 보였다고 한 바 있다. Daly 등(1991)은 임신 중 요통을 경험하는 임산부 중 48%가 천장 관절의 아탈구로 인한 장애였다고 보고하였다. 천장관절의 안정성 정도를 측정하는 것은 임상적으로 큰 의미가 있다. 평균 8개월 전에 출산하였고, 평균연령이 31.9세인 21명의 골반부 통증을 경험하고 있는 여성들을 대상으로 능동 하지 직거상(active straight leg raising: ASLR)의 장애와 골반 관절의 운동성의 정도간에 관련성을 알아보기 위한 연구에서 골반대(pelvic girdle)에 안정성을 증가시켜 주기 위한 목적으로 골반 벨트를 착용시켰을 때 21명 중 20명이 능동 하지 직거상 시 골반대 통증이나 장애의 발생이 감소되었다(p=.0000)고 하였다(Mens 등, 1999). 그리고 한 쪽 다리로 서 있

는 검사를 하였는데 통증이 더 심한 쪽으로 설 때보다 반대측으로 설 때 방사선 사진상 치골부의 간격 차이가 더 컸다(p<.01). 이는 천장 관절 근처에 있는 수평축(horiszontal axis)을 따라 무명골이 전방 회전됨으로 인해 미측 전이(caudal shift)되는 것으로 여겨진다. 본 연구에서는 이러한 천장 관절의 안정화를 위해서는 자신의 근육들의 근력 강화를 통한 자기 보조(self-support)가 매우 중요하다고 사료된다.

출산 후 산모의 요통에 대한 연구는 임신 중 발생되는 요통만큼 관심의 대상이 되지 못한 것이 현실이다. 임신 중에 요통을 경험한 여성들은 출산 후에도 수개월 동안 그 영향을 받을 수 있다. 실제로 호르몬 변화로 발생된 인대의 느슨해지는 것은 거의 3-5개월간 지속되므로 천장 관절의 장애로 연결될 가능성을 가지고 있고, 약화된 복근과 부척추근들로 인해 변형된 자세로 출산 직후 바로 회복되어지지는 않는다(Devinsky 등, 1994). 또한 아기를 돌보기 위해 허리를 구부리거나 아이를 들고 있는 자세를 많이 취함에 따라 만성적인 근육 긴장(muscle strain)으로 인한 요통을 다시 경험하게 될 수 있다. 그러므로 적절한 자세 유지와 관리를 위한 교육과 근력의 부조화를 교정하기 위한 치료와 신체적 훈련이 필요하다. 임신으로 인해 발생되는 복직근의 분리(divarication)는 출산 후 자연적으로 회복된다. 그러나 복직근 분리가 정상적으로 회복되지 못한 산모의 경우 요통의 원인이 될 수 있다. Sheppard(1996)는 안정화(stabilization) 운동을 이용한 횡복근의 근력 강화가 복근 분리의 회복에 효과가 있었다는 사례를 보고하였다.

Ⅴ. 결론

많은 여성들이 임신으로 인한 요통을 경험하고 있으며, 출산 후에도 임산부의 요통은 여성의 건강 수준에 영향을 미치는 중요한 요소가 되고 있다. 본 연구의 목적은 출산 후에 임산부의 요통 실태와 관리 상태를 알아보고, 임신 전과 임신 기간 중의 실태와 비교하여 그 관련성을 알아보고자 하는데 있다.

1. 본 연구는 출산 후 산후 조리원에서 산후 관리를 받고 있는 산모 중 무작위로 선정한 85를 8대상으로 조사하였다. 산모의 평균 연령은 28.1세였고, 출산 자녀수는 평균 1.36명이었으며, 출산아의 체중은 평균 3.28 kg이었다.
2. 출산 후 현재 요통을 경험하고 있는 산모는 47명(55.3%)이었고, 이 중 30명(63.8%)이 요추부에 통증을 호소하였으며 17명(36.2%)이 천골반부에 통증을 가지고 있었다. 전체 대상자중 임신 전에도 요통을 경험한 사람은 54명(74.0%)이었고, 임신 중에는 61명(71.8%)이 요통을 경험하였다.
3. 출산 후 현재 요통을 경험하는 산모의 요통 관리 상태는 39명(83.0%)이 아무런 대책이 없었고 6명(12.8%)이 병원에서 약물치료를 받고 있으며, 2명(4.3%)이 스스로 자세 교정 등의 방법으로 치료를 하였다.
4. 요통 발생 부위별 요통 강도는 출산 후에는 요추부보다 천골반부에 통증이 발생된 경우가 통증강도가 더 심하였다(p<.05). 그러나 임신 전이나 임신 중에는 두 부위에 통증 강도는 유의한 차이는 없었다(p>.05).
5. 출산 후에 요통 발생 부위는 임신 전에 발생되었던 부위와 임신 중에 발생되었던 부위 모두 유의한 관련성이 있었다(p<.01).
6. 출산 후에 경험하는 요통의 강도는 임신 기간 중에 요통 강도와 임신 기간 중 야간통의 강도와는 상관성이 있었으나(p<.01), 임신 전에 요통 강도와는 상관성이 없었다(p>.05).

위의 결과를 통해 출산 후에 많은 임산부

들의 요통을 경험하고 있었고, 이것은 임신 전과 임신 기간 중에 발생되는 요통과 관련성이 있었으며, 요통에 대한 관리 대책이 거의 없이 생활하는 것으로 나타났다. 앞으로 출산 후의 임산부 요통에 대한 적절한 관리와 치료법을 모색하는데 관심을 가져야 할 것이다.

인 용 문 헌

김선엽, 김광수. 임산부의 요통 발생 실태. 대한정형물리치료학회지. 1998;4(1):71-82.

김홍태, 박봉훈, 변영수 등. 임신부의 요통에 관한 조사. 대한정형외과학회지. 1993;28(3):1001-1008.

이경혜, 박영주, 변수자 등. 여성건강간호학(상). 현문사, 1997:535.

Andersson GBJ. Low back pain in pregnancy. In: Weinstein, JN and Wiesel SW. eds. The Lumbar Spine. Philadelphia, WB Saunders Co., 1990;840-845.

Berg G, Hammer M, Moller-Nielsen J, et al. Low back pain during pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 1988;71(1):71-75.

Breen TW, Ransil BJ, Groves PA et al. Factors associated with back pain after childbirth. Anesthesiology. 1994;81:29-34.

Brynhidsen J, Hanssen A, Hammar M. Follow-up of patients with low back pain during pregnancy. Obstretics & Gynecology. 1988;71(1):71-75.

Brynhildsen J, Hasson A, Persson A et al. Follow-up of patients with low back pain during pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 1988;91(2):182-186.

Colliton J. Back pain and pregnancy: Active management strategies. The physician and Sportsmedicine. 1996;24(7):89-93.

Colliton J. Managing back pain during pregnancy. Medscape woman's health. 1996a:2(1).

Colliton J. Pregnant with low back pain suggested comfort tactics. The physician and Sportsmedicine. 1996b:24(7).

Cooper Aerobic institute. Aerobic leadership Program TX: Cooper Aerobic Institute. 1993.

Daly JM, Frame PS, Rapoza PA. Sacroiliac subluxation: A common, treatable cause of low-back pain in pregnancy. Family Practice Research Journal. 1991;11(2):149-159.

Devinsky E, Feldmann E, Hainline B. Neurological complications of pregnancy. Hainline B. Low back pain in pregnancy. New York, Raven Press, 1994;65-76.

Fast A, Shapiro D, Ducommun EJ, et al. Low back pain in Pregnancy. Spine. 1987;12(4):368-371.

Fast A, Weiss L, Ducommun EJ, et al. Lower-back pain in pregnancy: Abdominal muscles, sit-up perfrmance and back pain. Spine. 1990;15(1):28-30.

Franklin ME, Conner-Kerr T. An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. JOSPT. 1998;28(3):133-138.

Heckman JD, Sassard R. Current concepts review, musculoskeletal considerations in pregnancy. The Journal of Bone and Joint Surgery. 1994;76-A(11):1720-1729.

Kristiansson P, Svardsudd K, Bo von Schoutlkz. Back pain during pregnancy: A prospective study. Spine. 1996a;

21(6):702-709.

MacLennan AH, Nicolson R, Green RC, et al. Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy. Lancet. 1986;2(8501):243-245.

Mantle MJ, Greenwood RM, Currey HLF. Backache in pregnancy. II. Prophylactic influence of back care classes. Rheumatol. Rehabili. 1981;20:227-232.

Martin LL. Health care for women. New York, J.B. Lippincott, 1978;128.

Mens JM, Vleeming A, Snijders CJ, et al. Reliability and validity of the active straight leg raise test in posterior pelvic pain since pregnancy. Spine. 2001;15:26(10):1167-1171.

Mens JM, Vleeming A, Snijders CJ, et al. The active straight leg raising test and mobility of the pelvic joints. Eur Spine J. 1999;8:468-473.

Mens JM, Vleeming A, Stoeckart R, et al. Understanding peripartum pelvic pain: Implication of a patient survey. Spine. 1996;21(11):1353-1369.

Noren L, Ostgaard S, Neilsen T, et al. Reduction of sick leave for lumbar back and posterior pelvic pain in pregnancy. Spine. 1997;22(18):2157-2160.

Orvieto R, Achiron A, Ben-Rafael Z, et al. Low back pain of pregnancy. Acta Obstet Gynecol and 1994;73:209-214.

Ostgaard HC, Andersson GBJ, Karlson K. Prevalence of back pain in pregnancy. Spine. 1991;16(4):549-552.

Ostgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, et al. Influence of some biomechanical factors on low back pain in pregnancy. Spine. 1993;18(1):61-64.

Ostgaard HC, Andersson GBJ. Previous back pain and risk of developing back pain in a future pregnancy. Spine. 1991;16(4):432-436.

Ostgaard HC, Andersson GBJ. Postpartum low back pain. Spine. 1992;17(1):53-55.

Ostgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherstrom G. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. Spine. 1996;21(23):2777-2780.

Perkins J, Hammer RL, Loubert PV. Identification and management of pregnancy-related low back pain. Journal of Nurse-Midwifery. 1998; 43(5):331-340.

Prentice C, Canty AM, Janowitz IL. Specialized patients education program; The pregnant patient and her partner. In: State of the Art Reviews, Spine, Back School, Ed. by White, LA, Philadelphia, Hanley & Belfus, 1991;5: 401-410.

Rungee ML. Low back pain during pregnancy. Orthopedics. 1993;16(12):1339-1344.

Sheppard S. The role of transversus abdominalis in postpartum correction of gross divarication recti. Manual Therapy. 1996;1(4):214-216.

Sturesson B, Uden G, Uden A. Pain pattern in pregnancy and catching of leg in pregnant women with posterior pelvic pain. Spine. 1997;22(16):1880-1884.

Svensson HO, Andersson GB, Hagstad A, et al. The relationship of low back pain to pregnancy and genocologic factors. Spine. 1990;15(5):317-375.