

난임 여성의 우울에 영향을 미치는 요인 분석

황 나 미

(한국보건사회연구원)

우울증상은 난임 치료를 방해하고 임신성공 효과를 떨어뜨리며 치료중단까지 유발할 수 있다. 이에 본 연구는 성공적인 임신을 위해 난임여성의 우울 고위험군을 도출하여, 정서적 지지가 필요한 계층을 중심으로 목표화된 중재 수립을 위한 근거를 마련하고자 시도되었다. 연구목적은 난임진단 후 인공수정 및 체외수정 등 보조생식 시술 여성(279명)을 대상으로 난임진단 및 치료 과정에서 초래된 우울증상에 영향을 미치는 요인을 도출하여, 고위험 대상을 규명하고, 정서적·사회적 지지 프로그램 개발의 근거자료를 제공하는 데 있다. 다중회귀분석 결과, 시술비용 부담정도, 체외수정시술횟수, 부부친밀도가 유의한 영향요인이었고, 이 가운데 부부 친밀도가 가장 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면, 난임여성의 인구사회적 특성, 난임원인의 남편유무 및 시댁과의 관계, 임신성공 여부 등은 유의한 영향을 미치지 않았다. 따라서 난임여성의 우울 등의 정신적 고통을 완화하기 위해서는 난임진단 이후 경과기간이 긴 대상보다는 체외수정 시술을 3회 이상 경험한 여성과 그 배우자를 대상으로 정서적 지지 프로그램을 개발·운용하고, 임신성공 여성에게도 안전한 출산까지 이를 수 있도록 지지체계를 마련할 필요성이 있는 것으로 나타났다. 또한 현재 비급여인 보조생식술을 건강보험제도권내에서 지불보상이 이루어질 수 있도록 개선하여야 할 것이다.

주요용어: 난임, 우울, 보조생식술, 체외수정, 인공수정

■ 투고일: 2013.4.30 ■ 수정일: 2013.5.31 ■ 게재확정일: 2013.6.3

I. 연구배경

불임은 피임을 하지 않고 정상적인 부부관계를 가져도 일 년 이내에 임신이 되지 않거나 생존아를 출산할 수 있는 임신을 지속할 수 없는 상태이다(Woods et al., 1991). 최근 생식기 질환의 증가와 인공임신중절 또는 잦은 자연유산, 장기간의 피임약제 복용, 스트레스 및 비만, 그리고 환경오염의 증가 등으로 인하여 증가되고 있는 것으로 추정되고 있다(Aral & Cates, 1983; Hirsh & Mosher, 1987; Jaffe, 1991).

우리나라 15~39세 유배우 가임여성 가운데 피임을 하지 않은 상태에서 임신이 되지 않는 일차성(원발성) 불임경험 여성의 비율은 약 13.5%인 것으로 나타났다(황나미, 2003). 불임진단자수는 2005년부터 2011년 까지 매년 7.3% 증가하였고, 불임진단 여성수는 매년 13~15만명 발생하였다(그림 1). 이들 대부분이 1~2년 이내 임신 및 출산에 이르지 못한다는 점을 감안하면 난임여성수는 수십만 명에 이를 것으로 추정됨에 따라 불임은 가정의 문제를 넘어선 사회문제로 대두되고 있다. 우리나라는 여성의 첫 결혼연령이 2011년 평균 29.1세로 2000년 26.5세, 2010년 28.9세에서 지속적으로 지연되고 있어 특별히 여성의 사회적 활동 증가에 따른 만혼으로 인한 생식능력의 감소가 불임증가의 한 요인이 되는 것으로 판단할 수 있다.

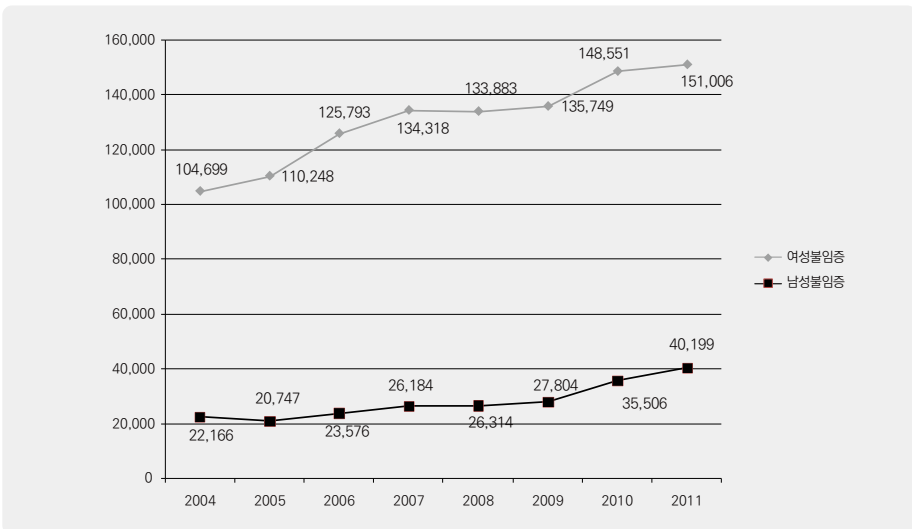
불임이 증가하는 가운데 ‘체외수정 및 배아식술’(이후 체외수정으로 기술)을 포함한 보조생식술(ART: Assisted Reproductive Technologies)의 기술은 첨단화되고 고도화되어 이제 보조생식술은 불임대상자에게 임신할 수 있는 최대의 기회를 제공하고 있다. 이제 ‘불임’은 임신이 불가능한 상태가 아닌 단지 어려울 뿐이어서 많은 불임 부부에게 희망을 주고 있으며, 정부는 2010년부터 ‘불임(不妊)’을 ‘난임(難妊)’으로 공식적으로 표기하고 있다(이후 ‘불임’은 ‘난임’으로 기술). 그렇지만 여전히 체외수정 등의 보조생식술은 임신에 성공하는데 오랜 기간의 시간적 소모와 함께 경제적·신체적 부담이 따르고 건강한 출생아 분만이 보장되지 않아 난임 여성의 정신적·사회적 부담을 가중시키고 있다.

난임여성들은 23%가 우울을, 59%가 높은 수준의 스트레스를 가지고 있으며, 난임진단과 시술과정에서의 스트레스로 인하여 우울 뿐 아니라 분노를 일으킨다. 치료과정이 길어지거나 임신 실패로 끝났을 경우 이러한 증상은 더욱 심해지며, 임신이 되지 않는 것을 알았을 때 정신적 스트레스를 받고 임신 실패에 집착하며 임신이외의 목표나

요구는 무시하는 것으로 관찰되었다(Mahlstedt, 1985). 또한 난임여성은 난임문제가 없는 여성에 비해 통계적으로 유의하게 높은 우울점수를 보였고(Jacob et al., 2007), 난임은 성적 기능, 삶의 질, 정서적 안녕에 부정적 영향을 미치며(Carter et al., 2011), 난임으로 인해 여성성에 대한 정체감 및 대인관계, 시댁과 사회에서의 지위, 신과의 관계에서 ‘허물어짐’을 경험한다(한혜실, 2003)고 보고되고 있다. 이와 같이 난임여성들은 계획한 자녀를 기대하지 못함에 따라 난임이 생명을 위협하는 질병이 아님에도 불구하고 상실감과 정상적인 생활에 위협이 될 만큼 심각한 정신적, 심리적 고통을 주고 있음을 확인할 수 있다.

그림 1. 연도별 난임 진단자 증가추이: 2004~2011년

(단위: 명)



주: 298 질병분류로 난임진단 코드는 N46 남성불임, N97 여성불임 기준
 자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원, 건강보험통계연보(2004-2011).

난임여성들은 정서적으로 상처받기 쉬운 상태에 있으며 수 년 동안 임신을 시도하여 실패하면 그 정신적 고통이 심화되어 가족관계나 대인관계 등 인생의 여러 과정에 중요한 영향을 미치게 된다고 하였다. 이러한 난임여성이 겪는 부정적 감정은 보조생식 기술 효과를 떨어뜨리며 임신성공을 어렵게 하고 시술중단을 유도하여 임신 가능성을 박탈하게 하므로 심리적, 정서적 중재는 이러한 부정적 감정수준을 감소시킬 뿐만 아니라 임신

울을 높이는데 기여한다(Domar, 2007). 이렇듯 난임여성의 우울증상은 매우 복잡한 요인에 의해 나타나는데(Williams et al., 2007) 우울은 난임여성의 신체 균형을 깨트리 고 스트레스로 작용하여 임신성공률을 낮추는 악순환을 반복시키고 있다. 따라서 난임 여성이 경험하는 상실감, 스트레스, 우울감 등 정신적 위기 등을 완화하기 위해서는 사회적, 정서적 지지가 필요하다.

난임과 관련된 지불보상체계는 2001년부터 일부 난임의 원인·진단검사 또는 임신 촉진 목적의 배란촉진제 사용 등에만 보험급여화 되어 있어 임신을 하기 위한 인공수정 및 체외수정 등과 같은 고액의 보조생식시술과 시술을 위한 검사, 투약 및 처치 등은 건강보험 급여대상에서 제외되어 있다. 이에 따라 보조생식술은 비급여 행위로 난임부 부에게는 고액의 비용부담이 따른다. 2005년 조사에 따르면 보조생식 시술을 중단하거나 시술받지 못한 대상자의 1/3(33.3%)이 ‘치료비용 부담’ 때문이었으며, ‘신체적, 정신 적으로 힘들어서’(28.5%), ‘치료받을 시간이 없어서’(9.5%) 등으로 파악되었다(황나미, 2007). 이에 정부는 난임치료에 따른 보조생식술의 비용부담을 다소나마 감소시켜 난임 부부의 경제적 부담이 난임극복의 장애요인이 되지 않도록 2006년부터 ‘난임부부 지원 사업’을 도입, 체외수정 등(본 연구에서는 세포질내정자직접주입술, 생식세포난관내이 식시술 등을 총칭하고자 함)의 시술비용의 일부를 보조하고 있다. 2005년 당시 우리나라 합계출산율(TFR)은 1.08로 세계 최저수준이었으며, 2012년 1.3으로 다소 회복되었으나 낮은 출산율은 지속되고 있다. 따라서 난임부부의 출산지원을 위해서는 경제적 비용부담 완화와 함께 공적 차원에서 난임여성의 정신적, 심리적 문제를 완화할 수 있는 포괄적 전략 수립이 필요하다.

II. 선행연구 고찰

1. 난임 원인과 검사

가임기 여성이 임신경험이 전혀 없는 경우를 일차성(primary) 또는 원발성 난임이라고 하며, 임신의 경험이 있으나 자궁 외 임신이나 자연유산 등으로 임신을 지속하지 못하여 자녀를 출산하지 못한 경우를 이차성(secondary) 또는 속발성 난임이라 한다.

발생빈도는 일차성 난임이 높으며, 반복적인 자연유산 등으로 인한 이차성 난임을 난임 영역에 포함하기도 한다(구병삼 외, 2001).

난임의 원인은 남성 또는 여성의 생식세포(정자, 난자)의 발생부터 정자와 난자의 수정, 수정된 배아의 발달, 배아의 자궁내 착상까지 전 과정과 관련되어 있다. 따라서 이 과정 어느 한 곳이라도 이상이 있으면 난임이 될 수 있다. 난임의 원인제공자는 여성 측 요인, 남성측 요인, 부부 양측요인, 그리고 난임검사에서 특별한 이상이 없는데도 임신이 되지 않는 경우 즉, 원인불명의 난임으로 구분할 수 있다.

남녀간의 난임 비율은 정확하게 제시되어 있지 않으나 학자들은 대부분 남녀 비율이 유사하여 여성측 요인 30%, 남성측 30%, 남녀 양측이 20%, 원인불명이 20% 수준이라고 보고하고 있다(구병삼 외, 2001; <http://americanpregnancy.org/infertility>). 이러한 이유 때문에 현대의학에서는 난임이 단순히 여성만의 문제가 아닌 부부의 문제이며 부부가 협력하여야 진단과 치료가 가능하다고 보고 있다.

난임검사를 시행하는 순서와 방법은 난임 원인, 검사자의 선호도 및 난임부부의 개인적 상황에 따라서 다를 수 있으나 일반적으로는 쉬운 검사, 위험성이 없는 검사, 비용이 많이 들지 않는 검사부터 실시하고, 힘이 들고 환자에게 부담이 되는 침습적인 검사, 비용이 많이 드는 검사는 나중에 실시하는 것이 원칙이다(이윤정, 2008). 난임과 관련된 검사 및 진단시 부부 양쪽의 문제를 함께 고려해야 하는데, 부부 중 한쪽만 검사해서는 임신하지 못할 수 있으므로 양쪽 다 검사하는 것이 중요하다. 따라서 난임환자는 의사와 첫 대면 때 배우자도 같이 방문하는 것이 바람직하다. 특히 정액검사 한 가지만 시행하면 난임의 원인 중 40%에 해당하는 남성난임을 진단할 수 있으므로 정액검사를 제일 먼저 검사하도록 권유하고 있다. 최근에는 무정자증 남성이라도 성숙정자만 얻을 수 있다면 보조생식술을 이용한 임신 성공비율이 매우 높으므로, 남성의 과거력이 진단 및 치료의 계획을 세우는데 중요한 부분을 차지한다.

2. 난임 치료에 따른 임신성공률

난임 치료는 원인을 정확히 규명한 후 치료를 시작하는 것을 원칙으로 한다. 그러나 여성의 연령이 35세 이상인 경우에는 난소의 노화로 인하여 그 자체가 난임의 원인이 될 수 있다. 이러한 경우에는 난임의 원인이 정확히 규명되지 않은 상태라도 반드시

수술을 시행하여야 하는 경우를 제외하고는 몇 가지 기본검사 후 보조생식술을 시행하기도 한다.

난임 치료방법은 크게 수술과 배란유도술 및 보조생식술(ART: assisted reproductive technologies)로 구분할 수 있다. 수술은 난관개통술, 자궁근종절제술, 자궁내막유착 박리술 등이 있으며, 보조생식술은 난자를 체외로 꺼내어 난임의 치료에 이용하는 기술을 총칭하는 것이다.

보조생식술의 임신 성공률은 시술대상자가 어떤 대상인가에 전적으로 달려있다. 일반적으로 인공수정을 3~4회 시행해도 임신이 안 되는 경우 체외수정을 시행한다. 체외수정 시술의 주기당 지속 임신율은 15~20%이며, 누적임신율은 체외수정술을 3~5회 시행할 경우 50~70%로 보고되고 있다. 체외수정 시술을 반복적으로 시행하는 경우에 3~6회까지는 성공률에 큰 차이가 없으며, 35세 이하의 여성의 약 50%는 체외수정시술 5회 이내에 임신을 하게 된다(구병삼 외, 2001). 체외수정 시술의 모든 임신 중 4~5%는 자궁의 임신으로 보고되고 있다. 따라서 난임부부가 임신과 출산에 성공하기까지는 많은 기간이 소요되는 경우가 일반적이다.

2006~2010년까지 정부 '난임부부 지원사업'을 통해 체외수정 시술비의 일부를 보조 받은 대상자의 체외수정 시술 후 임신성공률(자궁의 임신 제외)은 30~32% 이었으며, 출산까지 성공한 비율은 20~25% 이었고, 출산아의 1/3은 다태아 분만이었다.

3. 난임여성의 우울증상의 정서적·신체적 반응

한국사회의 경우 전통적인 성 역할의 고정관념이 아직도 뿌리 깊게 잔존하고 있어 난임의 원인이 비록 남성에게 있다하여도 여성이 임신을 하여야 하기 때문에 난임여성이 받게 되는 고통과 갈등은 매우 심각한 상태이다(이윤정, 2008). 난임여성들은 모든 일상의 일을 난임과 관련지어 생각하고 점차 삶 전체가 임신에만 매달리는 집착적 매달림, 삶이 정지된 듯한 느낌, 위축감, 죄책감, 보이지 않는 불구자의 느낌, 분노, 조급함, 무가치감 및 서러움 등의 정서적 경험을 한다. 또한 이들은 부부관계나 시댁과의 관계에서는 밀착되거나 멀어지고 불편해지는 양극화되는 관계양상을 띠고, 사회적 관계에서는 같거나 비슷한 처지의 친구와는 가까워지나 자녀를 출산하여 사는 이웃이나 친구와는 감정적으로 고립되는 현상이 두드러진다고 하였다(박영주, 1993).

난임여성이 보이는 우울 정도는 암환자나 재활치료 중인 심장병 환자, 그리고 고혈압 환자에 상응한다는 보고가 있는데(Domar et al., 1993), 난임으로 인한 우울증 증상으로 우울하고 쓸쓸하며 외롭고 공허하게 느끼고, 사는 즐거움이 없으며 속이 답답하고 안절 부절 못하며 신경질을 잘 내게 된다. 또한 의욕 감소나 상실로 이전에 즐거웠던 일이나 활동에 관심이 없어지고 전과 같이 즐겁지 않게 되어 사람 만나기를 피하고 사회활동에 참여하지 않으며 무기력하게 되어 일상활동에 어려움을 겪게 되므로 사회적응력이 떨어진다(이진용 · 권재희, 1998). 난임은 정서적으로는 죄의식, 자기비하, 열등감 등으로 우울, 불안, 성격이상을 초래할 수 있고(조남옥 · 박영숙, 1996), 희망과 기대, 관계, 지위, 자존감, 자아신뢰감과 안정감의 상실을 경험한다고 하였다(Mahlstedt, 1985). 한편 난임 우울증 및 스트레스로 인한 신체적 반응으로는 수면장애, 식욕부진, 두통, 만성피로감, 소화불량, 성기능 저하 등의 증상을 동반한다고 하였다(임정빈 · 정혜정, 1998).

난임여성의 우울수준은 치료 전과 치료 후에 의미있는 차이가 없었지만, 임신을 적극적으로 추구하는 경우와 포기한 사람을 비교할 때 계속적으로 임신을 갈망하는 여성에게서 의미있게 더 높은 수준의 우울이 나타났다(Verhaak et al., 2007). 사회적 지지에 불만족한 난임가족은 건강문제, 우울, 걱정, 복잡한 슬픔과 양의 상관관계가 있는 것으로 파악되었다(Lechner et al., 2007).

4. 가족의 지지

체외수정 시술 후 임신에 성공하지 못한 난임부부를 대상으로 조사한 결과에 의하면 임신실패 후 6개월까지도 불안과 우울은 사라지지 않는 것으로 나타났으며(Verhaak et al., 2005), 1년 후에는 여성은 15%, 남성은 6%가 심한 우울증상이 있었고, 심각한 우울 증상에 가족으로부터 낮은 공감과 가족, 친구 및 이웃으로부터 많은 갈등이나 높은 수준의 압박이 있는 경우가 의미있는 영향 요인인 것으로 나타났다(Lund et al., 2009).

난임여성은 자신의 감정을 노출시키기 꺼려하며 대인관계를 피하려는 경향이 있어 소외감과 고독감을 경험하게 되는데, 특히 가족의 이해나 지지를 받지 못할 때에는 고독감이 더욱 깊어져 다른 문제를 야기시키는 것으로 나타났다(권경숙, 2003). 특히 어렵게 한 임신이 유산이나 조산될 경우, 그리고 배우자와의 의사소통이 어려울 경우에는 괴로움과 고통을 더 느낀다(Unruh & McGrath, 1985).

Ⅲ. 연구 목적 및 방법

1. 연구목적

본 연구는 난임진단 후 인공수정 및 체외수정 등 보조생식 시술 여성을 대상으로 난임진단 및 치료 과정에서 초래된 우울증상에 영향을 미치는 요인을 도출하여, 난임 극복에 장애를 초래하는 우울 관리 고위험 대상을 규명하고, 정서적·사회적 지지 프로그램 개발의 근거자료를 제공하는 데 목적이 있다.

구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 난임여성의 일반적 특성, 난임 특성, 시술 특성 및 가족의 지지정도에 따른 우울 정도의 차이를 비교한다.

둘째, 난임여성이 자각하는 우울증상에 대한 의료적 대처수준을 파악하여 우울증상의 자가관리 실태를 파악한다.

셋째, 난임여성의 우울 정도에 영향을 미치는 요인을 파악하여 우울증상 완화를 위한 일차적 관리대상을 규명한다.

2. 연구대상 및 방법

본 연구대상은 정부의 '난임부부 지원사업'을 통해 2010년도에 보조생식 시술(인공수정 및 체외수정 등) 의료비를 지원받지 않고 보조생식 시술경험(예정 포함)이 있는 난임 여성이다. 따라서 이들의 경제수준은 전국 월평균 가구소득 150% 이상인 중상층 이상의 여성이며, 월평균소득이 2인 가구의 경우 527만 원 이상, 3인 가구 547만 원 이상(2011년 기준)으로 전국 수준에서 볼 때 경제적 부담이 상대적으로 크지 않는 대상이라 간주할 수 있다.

조사대상자는 보조생식시술 병원 내원자와 난임부부 자조모임을 통해 확보하였다. 시술병원은 전국에서 조사협조가 가능한 기관으로 지역적 안배를 고려하여 선정하였다. 즉, 서울, 부산, 대구, 광주, 대전 등의 총 5개 지역에서 서울은 3개 기관, 그 외 지역은 각 1개 기관으로 총 7개 보조생식시술 의료기관을 선정하였다.

조사방법은 연구진이 직접 대상병원을 방문하여 조사대상자에게 기 개발된 설문지

작성을 협조·요청하였다. 난임 관련 질의사항이 대상자의 사적 내용인 점을 감안하여 6개 병원에서는 자기기입식 방식으로 이루어졌으며, 1개 병원은 시술의사가 진료 또는 면담하면서 직접 질의하는 방식으로 자료를 수집하였다. 조사기간은 2010년 6월 21일부터 9월 20일까지 3개월이었다.

조사결과 응답자수는 병원 내원자 249명(89.2%), 난임부부 자조모임 30명(10.8%)으로 총 279명의 설문지가 수집되었다.

난임진단 이후 초래된 우울증상에 영향을 미치는 요인에 사용된 변수는 조사대상 여성의 일반특성, 난임 특성, 가족의 지지 실태, 난임문제로 초래된 신체적·정신적 증상·징후 및 진단·치료 여부 등이다. 먼저, 일반특성으로는 여성의 연령, 직장상태, 현 자녀유무 등이며, 경제수준은 이미 조사대상층의 경제수준이 객관적으로 파악된 계층이어서 본 조사에서는 보조생식시술에 따른 경제적 부담정도를 파악하였다. 난임 특성 변수로는 난임원인, 난임진단 후 경과기간, 보조생식 시술 유형 및 인공수정·체외수정 시술횟수, 시술 후 임신성공 여부 등이다. 가족의 지지는 난임진단 후 부부관계(남편의 시술 협조도 포함)와 시댁과의 유대관계가 난임진단 전과 비교할 때, '좋아짐', '변화 없음', '나빠짐(악화됨)'으로 구분하여 3점 척도화하였다.

우울증상의 측정은 대상자가 난임이라는 스트레스 환경에 있다는 점을 감안하여 주관적인 평가를 중시, 스스로 자각하는 우울감 정도를 5점 척도화하였다. 우울증 자가평가 도구에 포함된 슬픔, 불만족, 죄책감, 불면증, 장래 걱정 등과 함께 난임과 관련된 임신 실패 및 자녀를 갖지 못한다는 상실감 등의 감정을 모두 포괄하여 본인이 감지하는 주관적 우울감을 평가하도록 하였다. 우울감의 정도는 '매우 심각'한 수준이라고 판단하는 경우 5점, '약간 심각' 4점, 심각하지 않는 경우는 3점부터 1점(그저 그렇다, 심각하지 않다, 전혀 심각하지 않다)으로 배점하여 분석하였다.

3. 자료분석

수집된 자료는 SPSS PC+14.0 프로그램을 이용하여 난임여성의 일반적 특성, 가족지지 정도에 따른 우울 정도의 차이를 χ^2 -test로 분석하였으며, 난임여성이 자각하는 우울 정도에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다.

4. 연구 제한점

본 연구에서는 우울증상을 본인이 자각하는 우울감 또는 슬픔 및 고통을 5점 척도화하여 우울증상을 측정하였다. 우울측정도구인 가장 간단하고 문항이 적은 Zung(1965)의 우울증 자가평가도구(Self-rating Depression Scale)을 활용하고자 하였으나 질의문항이 20개 문항이어서 대상병원의 비협조와 시술병원에 내원한 난임여성의 응답 거부로 활용하지 못하였다. 따라서 본 연구는 표준화된 측정도구를 사용하지 못한 한계가 있다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 인구사회적 및 난임 특성

본 연구 대상자인 279명의 난임여성의 연령층은 35~39세가 42.2%로 가장 많았고, 그 다음으로는 30~34세 30.7%, 40~44세 13.0%, 25~29세 10.5%, 45세 이상 3.6%이었다. 직장여성이 65.9%이며, 이들의 직업은 전문, 행정, 관리직인 경우가 25.8%로 가장 많았고, 그 다음으로 사무직 19.4%, 농업, 어업 등 8.8%, 판매, 서비스직 7.9%, 기술직, 단순기능직이 4.0%의 순이었다. 현재 한 자녀가 있으나 둘째아를 위하여 보조생식 시술을 받은(예정인) 이차성 난임대상자가 11.8%이었다(표 1).

표 1. 난임 여성의 인구사회적 특성 분포

단위: 명(%)

특성	구분	N(%)
연령	25~29세	29(10.5)
	30~34세	85(30.7)
	35~39세	117(42.2)
	40~44세	36(13.0)
	45세~	10(3.6)

특성	구분	N(%)
직장상태 ¹⁾	전업주부(학생포함)	95(34.1)
	직장인	184(65.9)
	판매, 서비스직	(7.9)
	전문·행정·관리직	(25.8)
	사무직	(19.4)
	기술직, 단순기능직	(4.0)
	농업·어업·기타	(8.8)
현존 자녀유무	있음	33(11.8)
	없음	246(88.2)
계(%)		279(100.0)

주: 무응답 제외,

1) 직장상태는 소득여부 기준으로 하며 학생은 주부에 포함.

난임의 원인제공자로는 원인불명이 43.4%로 가장 많았고, 그 다음으로 여성 본인 34.1%, 남편 12.5%, 부부 양쪽 8.6%이었다. 난임진단을 받은 이후 경과기간은 2~4년 미만이 28.7%로 가장 많았고, 1년 미만 23.1%, 1~2년 미만 19.4%, 4~6년 미만 15.8%, 6년 이상 13.0% 순이었다. 보조생식 시술유형은 인공수정과 체외수정 시술을 모두 경험한 경우가 47.7%, 인공수정 시술 21.5%, 체외수정 시술 19.7% 이었다. 체외수정 시술횟수는 1회 16.5%, 2회 15.8%, 3~5회가 27.3%, 6회 이상이 9.6%이었다.

보조생식시술 비용부담 정도는 매우 부담이 72.2%, 약간 부담이 26.4%로 1.4%만이 거의 부담되지 않는다고 응답하였다. 또한 시술로 인한 일상생활 저해정도는 매우 지장받은 대상이 42.3%, 약간 지장받은 대상이 40.8%로 80% 이상이 지장을 받은 것으로 나타났다. 시술 후 임신성공으로 현재 임신을 한 대상자의 비율은 11.8% 이었다(표 2).

표 2. 난임여성의 난임 특성 분포

단위: 명(%)

특성	구분	N(%)
난임원인 제공자	본인	99(34.1)
	남편	35(12.5)
	본인·남편 모두	24(8.6)
	원인불명	121(43.4)
난임진단 이후 소요기간	1년 미만	57(23.1)
	1~2년 미만	48(19.4)
	2~4년 미만	71(28.7)
	4~6년 미만	39(15.8)
	6년 이상	32(13.0)
난임시술 유형	보조생식 시술 예정	31(11.1)
	인공수정 시술 경험	60(21.5)
	체외수정 시술 경험	55(19.7)
	인공수정, 체외수정 시술 경험	133(47.7)
체외수정 시술 횟수	0	86(30.8)
	1	46(16.5)
	2	44(15.8)
	3	37(13.3)
	4	29(10.4)
	5	10(3.6)
	6회 이상	27(9.6)
시술비 비용부담	매우 부담됨	199(72.2)
	약간 부담됨	73(26.4)
	부담 거의 없음	4(1.4)
시술에 따른 일상생활 저해정도	매우 지장받음	113(42.3)
	약간 지장받음	109(40.8)
	거의 지장없음	45(16.9)
시술 후 현 임신 여부	예	32(11.8)
	아니오	239(88.2)
계(%)		279(100.0)

주: 무응답 제외

2. 난임여성의 인구사회적 및 난임 특성에 따른 우울증상의 심각성

조사대상자의 인구사회적 특성과 난임 특성에 따른 우울증상의 심각성은 <표 3>, <표 4>에서 제시한 바와 같다. 자신의 우울정도를 자가평가한 결과, 매우 심각하다고 응답한 경우가 42.0%, 약간 심각 52.5%로 전체 대상자의 94%가 우울증상이 있다고 평가하였다. 우울증상 정도는 난임여성의 연령, 직장 유무, 현존자녀 유무 등 인구사회적 특성에 따라서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

표 3. 난임여성의 인구사회적 특성에 따른 우울증상 정도

특성	구분	우울 자각 정도				X ²	p
		매우 심각	약간 심각	심각않음	N(%)		
연령	25~29세	12(41.4)	17(58.6)	0(-)	29(100.0)	10.248	.248
	30~34세	30(36.1)	50(60.2)	3(3.6)	83(100.0)		
	35~39세	57(48.7)	52(44.4)	8(6.8)	117(100.0)		
	40~44세	14(38.9)	18(50.0)	4(11.1)	36(100.0)		
	45세~	3(33.3)	6(66.7)	0(-)	9(100.0)		
직장상태	전업주부 (학생 포함)	41(43.6)	49(52.1)	4(4.3)	94(100.0)	0.455	.797
	직장인 (자영업 포함)	75(41.2)	96(52.7)	11(6.0)	182(100.0)		
현존 자녀유무	있음	12(36.4)	21(63.6)	0(-)	33(100.0)	3.202	.202
	없음	104(42.8)	124(51.0)	15(6.2)	243(100.0)		
계(%)		116(42.0)	145(52.5)	15(5.5)	276(100.0)		

주: 무응답 제외

난임 특성 변수들을 대상으로 매우 심각한 수준의 우울을 중심으로 그 심각성을 평가할 때, 난임 원인제공자가 본인인 경우에 매우 심각한 수준의 우울 비율이 가장 높았고(48.5%), 그 다음으로 원인불명이었으며(40.3%) 부부 모두 난임인 경우가 가장 낮았다(33.3%). 난임 원인 제공자에 따른 우울정도는 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 반면, 난임진단 이후 경과기간, 보조생식술 유형, 체외수정 시술횟수, 시술비용 부담, 시술에 따른 일상생활 저해 정도에 따라서는 우울정도에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

표 4. 난임여성의 난임 특성에 따른 우울증상 정도

특성	구분	우울 자각 정도				N(%)	χ^2	p
		매우 심각	약간 심각	심각않음				
난임원인 제공자	본인	48(48.5)	44(44.4)	7(7.1)	99(100.0)	5.180	.521	
	남편	12(35.3)	21(61.8)	1(2.9)	34(100.0)			
	부부 모두	8(33.3)	15(62.5)	1(4.2)	24(100.0)			
	원인불명	48(40.3)	65(54.6)	6(5.0)	119(100.0)			
난임진단 이후 경과기간	1년 미만	14(24.6)	39(68.4)	4(7.0)	57(100.0)	23.507	.003**	
	1~2년 미만	12(25.5)	32(68.1)	3(6.4)	47(100.0)			
	2~4년 미만	40(56.3)	29(40.8)	2(2.8)	71(100.0)			
	4~6년 미만	22(56.4)	16(41.0)	1(2.6)	39(100.0)			
	6년 이상	17(53.1)	14(43.8)	1(3.1)	32(100.0)			
보조생식술 유형	보조생식 시술 예정	9(32.1)	16(57.1)	3(10.7)	28(100.0)	15.167	.019*	
	인공수정 시술 경험	18(32.7)	34(61.8)	3(5.5)	55(100.0)			
	체외수정 시술 경험	33(55.0)	21(35.0)	6(10.0)	60(100.0)			
	인공수정, 체외수정 시술 경험	56(42.1)	74(55.6)	3(2.3)	133(100.0)			
체외수정 시술 횟수	0	27(32.5)	50(60.2)	6(7.2)	83(100.0)	35.298	.001***	
	1회	12(26.1)	31(67.4)	3(6.5)	46(100.0)			
	2회	16(36.4)	26(59.1)	2(4.5)	44(100.0)			
	3회	21(56.8)	12(32.4)	4(10.8)	37(100.0)			
	4회	13(44.8)	16(55.2)	0(-)	29(100.0)			
	5회	5(50.0)	5(5.0)	0(-)	10(100.0)			
	6회 이상	22(81.5)	5(18.5)	0(-)	27(100.0)			
시술비 비용부담	매우 부담됨	95(48.2)	95(48.2)	7(3.6)	197(100.0)	15.939	.003**	
	약간 부담됨	18(24.7)	47(64.4)	8(11.0)	73(100.0)			
	부담 거의 없음	1(25.0)	3(75.0)	0(-)	4(100.0)			
시술로 인한 일상생활 저해정도	매우 지장받음	53(47.3)	52(46.4)	7(6.3)	112(100.0)	12.932	.012*	
	약간 지장받음	38(35.2)	68(63.0)	2(1.9)	108(100.0)			
	거의 지장없음	17(38.6)	21(47.7)	6(13.6)	44(100.0)			
시술 후 임신 여부	예	12(37.5)	19(59.4)	1(3.1)	32(100.0)	0.678	.713	
	아니오	104(43.5)	124(51.9)	11(4.6)	239(100.0)			
계(%)		116(42.0)	145(52.5)	15(5.5)	276(100.0)			

주: 무응답 제외, *:p<.05, **: p<.01, ***: p<.001

먼저, 난임진단 이후 경과기간은 2년 이후부터 매우 심각한 우울증상 자각비율이 높게 나타났다($p=.003$). 보조생식 시술 유형에 따라서는 체외수정 시술 경험이 있는 대상자가 보조생식 시술 예정자나 인공수정 시술 경험자에 비해 매우 심각한 우울증 자각비율이 유의하게 높았다($p=.019$). 체외수정 시술횟수는 많아질수록 우울증상을 자각한 비율이 높았는데($p=.001$) 특히 3회 이상의 경우가 매우 심각한 우울증 자각비율이 가장 높게 나타났다(56.8%).

보조생식 시술비용은 매우 부담되는 경우가($p=.003$), 시술로 인한 일상생활 저해 정도는 매우 지장되는 경우가($p=.012$) 매우 심각한 수준의 우울증상 자각비율이 통계적으로 유의한 차이를 나타내며 높게 나타났다. 보조생식시술 후 임신에 성공한 대상자는 임신 실패 대상자보다 매우 심각한 우울증상 비율이 낮았으나(각 37.5%, 43.5%) 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

3. 난임여성의 우울 자각증상 및 신체적 건강문제에 대한 의료적 대처수준

가. 우울증 대처 및 치료

<표 3>에서 제시한 바와 같이 조사대상 난임여성의 94.5%(261명)가 우울증상이 있다고 스스로 평가하였다. 이들 가운데 난임문제로 인한 우울, 불안, 신경쇠약 등 정신적 문제로 병원 방문경험이 있는 대상자는 8.0%에 불과하여 92%는 우울증을 자각하고 있음에도 불구하고 병원을 방문하지 않는 것으로 나타났다.

우울증이 매우 심각하다고 인지한 대상자 중에서는 10.3%가 병원을 방문하여 약간 심각하다고 인지한 대상자의 방문비율(6.2%)보다 높았다. 전체 병원 방문자 중 우울증 등의 정신과적 진단과 치료를 받은 대상자는 약 절반(47.5%)이었으며, 우울 자각정도가 매우 심각하다고 응답한 경우에는 58.3%가 의사로부터 우울증 등의 정신과적 진단을 받았으며, 약간 심각하다고 응답한 경우는 33.9%가 우울증 등의 진단을 받은 것으로 파악되었다(표 5).

표 5. 난임여성의 우울자각 정도별 우울증으로 인한 병원 방문 및 의사 진단 실태
(단위: %)

구분	우울 자각 정도			
	매우 심각	약간 심각	심각 않음	전체
병원 방문(의사진단) · 우울증 등의 의사진단	10.3(58.3)	6.2(33.9)	-	8.0(47.5)
· 우울증 심각하지 않음	(41.7)	(66.1)	-	(52.5)
병원 미방문	89.7	93.8	-	92.0
계(N)	100.0(116)	100.0(145)	-	100.0(261)

주: 무응답 제외

나. 신체적 건강문제에 대한 관리

표 6. 난임여성의 우울자각 정도별 신체적 건강문제로 인한 병원방문 및 의사진단실태
(단위: %)

구분	우울 자각 정도			
	매우 심각	약간 심각	심각 않음	전체
위염 등으로 병원 방문	16.4	18.0	6.7	16.7
· 소화기계 질환 약간/매우 심각함	(12.1)	(8.3)	-	(9.4)
· 소화기계 질환 심각하지 않음	(4.3)	(9.7)	(6.7)	(7.3)
병원 미방문	83.6	82.0	93.3	83.3
심뇌혈관계 문제로 병원방문	9.5	8.3	6.7	8.7
· 질환 약간/매우 심각함	(2.6)	(0.7)	-	(1.5)
· 질환 심각하지 않음	(6.9)	(7.6)	(6.7)	(7.2)
병원 미방문	90.5	91.7	93.3	91.3
계(N)	100.0(116)	100.0(145)	100.0(15)	100.0(276)

주: 무응답 제외

조사대상자(279명) 중 난임으로 인해 초래된 신체적 건강문제로 병원을 방문하여 의사의 진단을 받은 대상자는 22.9%(중복 질환자는 1명으로 간주)이었다. 여러 건강문제 중에서 특히 위염, 위궤양 등 소화기계 질환(또는 증상)으로 병원을 방문한 대상자는 전체 대상자 중 16.7%이었고, 두통, 심장병, 고혈압, 저혈압 등 심·뇌혈관계 증상으로 병원을

방문한 대상자는 8.7%이었다. 병원을 방문하여 의사의 진단 및 치료를 받은 경우는 소화기계 질환은 전체 대상자 중 9.4%이었는데, 우울 자각정도가 매우 심각한 경우는 12.1%로 다소 높았다. 심·뇌혈관계 질환으로 진단 및 치료받은 대상자는 전체 대상자 중 1.5%이었는데, 우울 자각정도가 매우 심각한 경우는 2.6%로 약간 높게 나타났다(표 6).

4. 가족의 지지정도에 따른 난임여성의 우울 자각정도와의 관계

가족의 지지에 대한 측정은 남편의 난임극복 및 시술 협조정도를 포함한 부부 친밀도와 시댁과의 유대관계로 구분하여 난임진단 이후 어떤 변화가 있었는지를 파악하였다. 부부관계는 주관적이어서 조사대상자 중 난임진단 이전을 기준으로 난임진단 이후 부부관계가 어떻게 변화되었는지 파악한 결과, 변화가 없다고 응답한 경우가 50.4%, 나빠진 경우 36.2%, 좋아진 경우는 13.4% 이었다. 난임 이후 부부 친밀관계가 나빠진 경우, 매우 심각한 수준의 우울증상자 비율은 66.0%로 관계가 좋아지거나 변화가 없는 경우에 비해 통계적으로 유의한 차이를 나타내며 높게 나타났다($p < .001$). 시댁과의 유대관계도 변화없는 경우가 56.9%로 가장 많았고, 나빠진 경우 38.7%, 좋아진 경우 4.4%이었다. 시댁과의 유대관계가 나빠진 경우, 우울 자각정도가 매우 심각하다고 응답한 비율이 65.1%로 관계가 좋아지거나 변화가 없는 경우에 비해 통계적으로 유의한 차이를 나타내며 높게 나타났다($p < .001$)(표 7).

표 7. 난임진단 이후 가족의 지지정도별 난임여성의 우울자각 정도

(N=279)

특성	구분	우울 자각 정도			N(%)	χ^2	p
		매우 심각	약간 심각	심각 않음			
부부 친밀관계	좋아짐	11(29.7)	24(64.9)	2(5.4)	37(100.0)	39.100	<.001
	변화없음	39(28.1)	88(63.3)	12(8.6)	139(100.0)		
	나빠짐	66(66.0)	33(33.0)	1(1.0)	100(100.0)		
시댁과의 유대관계	좋아짐	4(33.3)	7(58.3)	1(8.3)	12(100.0)	41.387	<.001
	변화없음	41(26.3)	102(65.4)	13(8.3)	156(100.0)		
	나빠짐	69(65.1)	36(34.0)	1(0.9)	106(100.0)		

주: 무응답 제외

5. 난임여성의 우울정도에 영향을 미치는 요인

난임 여성의 우울증상에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 우울정도를 종속변인으로 하고 난임여성의 인구사회적 특성 및 난임 관련 변수들을 선정하여 회귀분석을 시도한 결과 <표 8>과 같다.

표 8. 난임여성의 우울 자각증상에 미치는 영향요인 분석결과

변수	β	t	p
연령	-.090	-1.453	.148
직업유무	-.050	-.856	.393
현존 자녀유무	-.020	-.460	.646
난임원인 제공자-여성본인 여부	.050	.841	.401
시술에 따른 경제적 비용부담	.146	2.333	.021*
난임관련 질환으로 병원 방문여부	.021	.346	.730
난임진단 이후 경과기간	.119	1.664	.098
일상생활 저해정도	.049	.744	.457
난임진단 후 부부 친밀관계	.200	2.882	.004**
난임진단 후 시댁과의 유대관계	.119	1.619	.107
체외수정시술 횟수	.183	2.522	.012*
F=6.557, Adjusted R ² =.209, p<.001			

주: *:p<.05, **: p<.01

회귀분석의 가정을 검정한 결과 모든 조건을 충족하는 것으로 나타났다. Durbin-Watson 검정 값은 2.158로 각 독립변수 간의 자기상관이 없었다. 변수에 대한 공차한계는 0.632-0.962로 0.1 이상이었으며, VIF 값은 1.039-1.583으로 10보다 작아 다중공선성의 문제는 없었다. 마지막으로 잔차 분석결과 우울에 대한 회귀표준화 잔차의 정규 p-p 도표에서 선형성이 확인되었고, 산점도도 잔차의 분포가 0을 중심으로 고르게 퍼져 있어 오차항의 정규성과 등분산성이 확인되었다.

난임여성의 연령, 직업유무 및 현존 자녀 유무 등의 일반적 특성은 난임여성의 우울 자각증상에 유의한 영향을 미치지 않았다. 반면, 시술에 따른 경제적 비용부담(t=2.333,

$p=.021$), 난임진단 이후 부부 친밀관계($t=2.882$, $p=.004$), 체외수정 시술횟수($t=2.522$, $p=.012$)가 유의미한 영향요인으로 나타났으며, 이 중 부부 친밀관계가 가장 유의한 영향요인이었다. 시술비용 부담이 클수록, 체외시술 횟수가 많아질수록, 부부관계가 나빠질수록 더 심각한 우울증상이 나타났다. 이들 영향요인은 난임여성의 우울정도를 20.9% 설명하였다. 난임원인이 누구에게 있든지, 시택과의 관계는 난임 여성의 우울증상에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

V. 논의

1. 난임여성의 우울과 생식건강 관리

본 연구에서는 인공수정 및 체외수정 등의 보조생식 기술을 받은 난임여성을 대상으로 기 개발된 설문지를 통해 우울 자각증상을 조사한 결과, 전체 조사대상자 중 94%가 우울증상이 있다고 자가평가하였다. 최근 의학과 의료기술의 진보는 난임부부에게 치료의 선택범위를 확대하고 임신의 기회를 증가시켰다(박영주, 1995). 그렇지만 시술 후 임신실패가 지속되면서 오랜 시간이 소요됨에 따라 난임여성의 연령은 높아져 임신확률이 낮아지고 신체적으로도 탈진하여 시술의 지속여부를 결정하는 것이 쉽지 않다는 점에서 난임여성에게 우울증을 초래하는 것으로 해석할 수 있다. 또한 조사대상자의 약 30%가 난임진단을 받은 지 4년 이상 경과하였음에도 불구하고 출산에 성공하지 못한 것으로 파악되어 임신성공의 불확실성 때문에 난임여성의 우울감이 대부분 나타나고 있는 것으로 간주할 수 있다. 본 연구에서는 표준화된 우울증 측정도구를 사용하지 못하고 스스로 자각한 우울감을 통해 해석해야 하는 한계가 있다.

1994년 180개 국가가 참석한 UN의 ‘인구개발국제회의(International Conference on Population and Development)’에서는 2015년까지 생식건강(reproductive health)에 관한 정보와 다양한 서비스에 대해 모두가 접근할 수 있도록 국가는 구체적인 목표를 채택하도록 권고하였다. 생식건강이란 생식에 관련된 모든 기능과 과정에서 단순히 질병이 없는 상태뿐만 아니라 육체적·정신적·사회적으로 완전한 상태를 의미한다. 이로 인해 출산능력을 가지고 출산여부, 출산시기 그리고 출산횟수를 자유롭게 선택할 수 있는

권리를 의미한다. 따라서 생식건강 관리에는 출산을 하지 못하는 난임의 사전 예방 및 적절한 치료를 위해 의료서비스의 접근성을 제고하고, 시술이나 치료과정에서의 정서적 지지 및 적절한 정보 제공과 아울러 교육 및 상담 등의 서비스를 제공하여 궁극적으로 생존아를 출산할 수 있도록 지원하는 서비스를 제공할 때, 진정한 의미의 생식건강을 국가가 관리하고 있다고 주장할 수 있을 것이다.

한편, 본 연구에서 원인불명의 난임이 43.4%로 임상적으로 알려진 20%를 초과하고 있다. 만혼으로 인한 난임문제와 함께 환경오염 등 사회적 환경, 남성의 습관성 약품 사용, 과도한 흡연, 과다음주 등으로 초래되는 원인불명의 난임을 감소시키기 위한 사회적 홍보가 필요하다는 사실을 파악할 수 있다.

2. 생식건강 관리 우선순위 난임여성

본 연구결과에서 임신 및 출산을 위해 보조생식 시술 경험(예정)이 있는 유배우 난임 여성을 대상으로 난임진단 및 치료 과정에서 초래된 우울감에 유의한 영향을 미치는 요인으로는 시술에 따른 경제적 비용부담, 부부 친밀관계, 체외수정시술 횟수였고 이 중에서 특히 부부 친밀관계가 가장 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

우리나라의 낮은 합계출산율과 난임진단자수의 증가에 주목할 때, 국가 차원에서는 저출산을 극복하고 가정복지 차원에서는 가정해체의 위험까지 안고 있는 난임으로 인한 우울증상을 배우자와 함께 지원할 수 있는 체계를 구축하여 정신적으로 안정된 상태에서 성공적인 임신 및 출산에 이를 수 있도록 사회적 여건을 조성할 필요가 있다.

보조생식술은 난임 원인에 따른 고도의 시술행위와 주사 및 약물 등을 사용하는 과정에서 난임 당사자만이 아닌 난임 부부의 참여와 협조를 필요로 한다. 따라서 무엇보다도 본 연구결과에서 도출된 바와 같이 난임여성에 대한 배우자의 협조와 정서적 지지는 정신적으로 안정된 상태에 이르게 할 뿐만 아니라 임신에도 영향을 미치기 때문에 성공적인 임신 및 출산을 위해 배우자와 함께하는 공적 지원체계가 필요하다. 난임으로 인한 스트레스나 우울증상을 감소시키기 위한 중재방법으로 난임검사를 시작할 때부터 배우자와 함께 참여하도록 유도하고, 치료과정에서도 배우자 및 가족의 역할의 중요성을 인식시키는 프로그램의 개발을 통해 지지적 관계를 유지하며, 정서적 지지를 제공하는 것이 중요하다.

2006년부터 도입된 '난임부부 지원사업'에 보조생식기술 비용 지원 뿐 아니라 난임의 스트레스로 인한 수면장애, 식욕부진, 두통, 만성피로감, 소화불량, 성기능 저하 등의 신체적 반응(임정빈·정혜정, 1998)과 우울, 불안, 성격이상, 희망상실, 자존감, 자아실패감 및 안정감의 상실과 같은 정서적 문제(배경진 외, 1999; Mahlstedt, 1985)를 예방하고 조기발견 및 지원하는 체계가 개발되어야 할 것이다. 난임에 대한 올바른 사회인식을 위한 홍보 활동과 함께 치료효과를 높이기 위해 가능하면 빨리 난임치료를 시작할 수 있도록 필요한 상담 및 교육과 올바른 정보를 제공하고 적정시기에 의학적 시술에 접근할 수 있도록 지원해야 할 것이다. 또한 비슷한 상황에 있는 다른 난임여성들과 접촉점을 갖을 수 있는 자조모임을 구성하도록 안내하여 정서적, 정보적 지지를 얻을 수 있도록 하는 방법도 고려해야 할 것이다. Abbey et al.(1992)는 난임여성이 난임남성에 비해 사회적 지지에 더 많은 가치를 부여하기 때문에 지지집단을 통해 의미있는 지지를 받을 수 있으므로 난임으로 인한 다양한 문제를 최소화하기 위해서는 지지집단의 참여를 권장하였다. 이를 통해 스트레스 상황을 극복하며 상실감, 비애 등의 감정을 통제할 수 있고 멸시를 당한다는 느낌을 최소화할 수 있으며 문제행동을 스스로 조절할 수 있게 된다고 보고하였다.

한국사회는 혈통을 중시하는 사회이어서 아직도 전통적 성역할의 고정관념이 있어 난임으로 인해 여성이 받게 되는 고통과 갈등은 매우 심각한 상태이다. 그렇지만 남편가족 즉, 시댁으로부터의 부정적인 인식이나 관계는 난임여성의 우울증상에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 핵가족화로의 진전을 뚜렷하게 알 수 있다.

3. 난임여성의 우울과 보조생식 시술비용

정부의 보조생식기술 지원액은 체외수정의 경우 현재 1회당 180만원을 4회 까지 지원해 주고 있으며 인공수정은 1회당 50만원을 3회 까지 지원하고 있다. 본 조사대상은 전국가구 월평균 소득이 150% 이상의 상위 소득계층이라는 이유 때문에 정부의 '난임부부 지원사업' 대상에서 제외되어 정부로부터 보조생식 시술비용을 지원받지 못하고 있다. 이로 인해 중산층 이상의 소득계층이지만 본 연구결과, 시술비용에 대한 경제적 부담이 매우 큰 경우가 4명 중 3명이었고, 시술비용부담으로 인한 우울증상에도 통계적으로 유의한 양의 관계를 나타내어($p=.021$) 시술비용 지원대상을 난임부부 전체로 확대

될 필요성이 제기된다. 따라서 임신 성공을 위해 여러 차례 체외수정 기술을 받으면서 초래되는 비용부담 완화를 위해서는 보조생식 기술행위가 건강보험 제도권내에서 보험화되어 보편적 서비스로 정착되어야 할 것이다.

4. 임신성공 난임여성의 우울 관리의 필요성

본 연구에서 기술을 통해 임신에 성공한 난임여성과 임신에 실패한 난임여성의 우울 정도의 차이는 유의하지 않는 것으로 나타났다. 이는 곧, 보조생식 기술을 통해 임신하였다 하더라도 임신과정에서 유산 및 사산, 다태아 등의 다양한 고위험 요인에 의해 궁극적으로 건강한 자녀의 출산이 보장되지 못하기 때문에 우울증상은 여전히 해소되지 못한 것으로 해석할 수 있다.

VI. 결론 및 제언

우울증상은 난임 치료를 방해하고 임신성공 효과를 떨어뜨리며 치료중단까지 유발할 수 있다. 이에 본 연구는 성공적인 임신을 위해 난임여성의 우울 고위험군을 도출하여, 정서적 지지가 필요한 계층을 중심으로 목표화된 중재 수립을 위한 근거를 마련하고자 시도되었다. 연구목적은 보조생식 기술 여성(279명)을 대상으로 난임진단 및 치료 과정에서 초래된 우울 증상에 영향을 미치는 요인을 도출하여, 우울 관리 고위험 대상을 규명하고, 정서적·사회적 지지 프로그램 개발의 근거자료를 제공하는 데 있다. 연구대상은 임신 및 출산을 위해 보조생식 기술 경험(예정)이 있는 유배우 난임 여성이며, 이들은 전국 7개 보조생식기술의료기관에 내원한 난임여성(249명)과 난임부부 자조모임(30명)을 통해 확보하였다.

이들의 난임진단 및 치료 과정에서 초래된 우울증상에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석 결과, 시술비용 부담정도가 클수록 체외수정시술횟수가 많을수록 우울정도가 심각하였으며, 남편의 협조 및 부부의 친밀도가 낮을수록 우울정도가 심각해진 것으로 나타났다. 이 가운데 부부 친밀도가 가장 유의한 영향요인 이었다. 반면, 난임여성의 인구사회적 특성, 난임원인의 남편유무 및 시대과의 관계, 임신성공 여부 등은 유의한 영향을 미치지 않았다.

따라서 난임여성의 우울 등의 정신적 고통을 완화하기 위해서는 난임진단 이후 경과 기간이 긴 대상보다는 체외수정 시술횟수가 3회 이상 경험한 여성과 그 배우자를 대상으로 한 정서적 지지 프로그램의 운영과 임신성공 여성에게도 안전한 출산까지 이를 수 있도록 지지체계를 마련할 필요성이 있는 것으로 나타났다. 현재 저출산 극복 차원에서 수행되는 ‘난임부부 시술비 지원사업’은 가임기 여성을 인구재생산이라는 ‘기능재(functional product)’로 간주하고 있는 점을 지적할 수 있는 바, 난임 여성들이 시술과정에서 겪는 우울 등의 정신적 고통을 가정복지 차원에서 접근할 필요가 있다. 호주에는 생식전문간호사가 양성되어 전인간호를 실시하고 있는 바, 우리나라도 공적 차원에서 생식건강 전문인력의 양성과 부부를 대상으로 한 프로그램 개발 운영을 통한 전문적 중재가 필요하다. 일본은 저출산 대책의 일환으로 ‘여성건강센터’와 ‘불임전문상담센터’를 전국적으로 육성하고 지원하는 것과 같은 맥락이다(후생성, 2000). 또한, 시술비용 부담을 절감하고 시술의 질적 관리를 도모하기 위해 보조생식술을 건강보험제도권내에서 지불보상이 이루어질 수 있도록 개선하여야 할 것이다.

황나미는 서울대학교에서 보건학 석사와 간호학 박사학위를 받았으며, 현재 한국보건사회연구원
에서 연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 모자보건, 북한보건의료, 일차의료 등이며, 현
재 일차의료 등을 연구하고 있다. (E-mail: nami@kihasa.re.kr)

참고문헌

- 구병삼 외(2001). 여성과 내분비학. 서울, 고려의학.
- 국민건강보험공단(2005-2011). 건강보험 통계연보. 서울, 국민건강보험공단.
- 권경숙(2003). 불임여성의 심리, 사회적 문제에 대한 연구. 석사학위논문, 중앙대학교, 서울.
- 박영주(1993). 불임경험에 관한 연구, 연세대학교 박사학위논문, 서울.
- 박영주(1995). 불임여성의 불임스트레스 정도에 관한 연구, 여성건강간호학회지, 1(2), pp.209-221.
- 배경진, 노승옥, 김정아(1999). 불임여성의 고독감 수준에 관한 연구. 대한간호학회지, 29(6), pp.1379-1391.
- 이윤정(2008). 불임여성의 슬픔에 대한 문화기술지. 박사학위논문, 경희대학교, 서울.
- 이진용, 권재희(1998). 불임증의 정신증적 측면. 대한심신산부인과 학술대회지, pp.21-27.
- 임정빈, 정혜정(1998). 성역할과 여성. 서울: 학지사.
- 조남옥, 박영숙(1996). 불임경험의 사회문화적 기제와 간호. 여성건강간호학회지, 2(2), pp.191-201.
- 한혜실(2003). 근거이론 접근에 의한 여성의 불임경험 연구. 박사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 황나미, 문신용, 김태준, 심은혜(2003). 우리나라 불임 및 불임관련 의료이용실태와 문제 해결을 위한 연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- 황나미(2007). 가임기 여성의 출산에 영향을 미치는 생식건강 요인 연구, 보건사회연구, 27(2), pp.122-141.
- Aral, S. O., Cates, W. (1983). The Increasing Concern with Infertility: Why Now?, *Journal of the American Medical Association*, 250, pp.2327-2331.
- Abbey, A., Halman, L. J., Andrews, F. M. (1992). Psychosocial, treatment, and demographic predictors for the stress associated with infertility. *Fertility & Sterility*, 57(1), pp.122-128.
- Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L. Grill, E., Baser, R. E., Rosenwaks, Z. (2010). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertility & Sterility*, 95(2), pp.711-716.

- Domar, A. D. (2007). *The mind/body connection: The boston IVF handbook of infertility*. Boston: Information Healthcare.
- Domar, A. D., Zuttermeister, P. C., Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility; a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 14, pp.45-52.
- Hirsch, M. B., Mosher, W. D. (1987). Characteristics of infertile women in the United States and their use of infertility services. *Fertility & Sterility*, 47, pp.618 - 625.
- Jacob, M. C., McQuillan, J., Greil, A. L. (2007). Psychological distress by type of fertility barrier. *Human Reproduction*, 22, pp.885-894.
- Jaffe, S. B. (1991). The basic infertility investigation, *Fertility & Sterility*, 56, pp.599.
- Lechner, L., Bolman, C., van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22, pp.288-294.
- Lund, R., Sejbaek, C. S., Christensen, U., Schmidt, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction*, 24(11), pp.2810-2820.
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Fertility & Sterility*, 43(3), pp.335-346.
- Unruh, A., McGrath, P. (1985). The psychology of female infertility: Toward a new perspective. *Health Care for woman International*, 6, pp.369-381.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Van Minnin A, Kremer, J. A. M., Kraimat F. W. (2005). A Longitudinal Prospective Study on Emotional Adjustment Before, During and After Consecutive Fertility Treatment Cycles. *Human Reproduction*, 20, pp.2253-2260.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Nahuis, M. J., Kremer, J. A. M., Braat, D. D. M. (2007). Long-term psychological adjustment to IVF/ICSI treatment in women. *Human Reproduction*, 24(11), pp.305-308.
- Williams, K. E., Marsh, W. K., Rasgon, N. L. (2007). Mood disorders and Fertility in Women: A Critical Review of the Literature and Implications for Future

Research. *Human Reproduction Update*, 13, pp.607-616

Woods, N. F., Olshansky, E., Draye, M. A. (1991). Infertility: Women's Experiences, *Health Care for International*, 12, pp.179-190.

Zung, W. W. (1965), Self-rating Depression Scale, *Archives of general Psychiatry*, 12, pp.63-70. <http://americanpregnancy.org/infertility/maleinfertility.html>.

Factors Related to the Depression of Infertile Women

Hwang, Nami

[Korea Institute for Health and Social Affairs]

The purpose of this study is to identify the socio-economic factors, infertile types, and characteristics influencing depression of infertile women who received treatment of ART(Assisted Reproduction Technologies) and to provide the information on evidence-based health care programs for infertile women. This study collected data of 279 infertile women who visited medical clinics to receive the ART services from June to September, 2010 and members of self-help meeting of infertility. The results were as follows: Financial burden of medical treatment, relationship with husband and the number of frequency of IVF treatment were significant influencing factors, which explained 20.9% of the variance in depression among infertile women($p < .001$). However, relationship with in-laws, duration of infertility since its diagnosis, and the origin or contributor to infertility were not significant factors affecting depression of infertile women. This study also found that emotional support program for infertile couples was one of factors relieving depression of infertile women. Thus, the depression care intervention should target first for the infertile women who were in low economic class or/and experienced with IVF over three times. The findings of this study suggest a paradigm shift from supporting one factor to considering various aspects simultaneously such as professional health care intervention, cost, and emotional care. Finally, this study suggests that infertility treatment services and ART need to be covered by the national health insurance program.

Keywords: Depression, IVF, Infertile Women