

연구보고서(수시) 2015-03

# 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제



황나미·채수미·이상림  
김용수·김재근·전진우

**【책임연구자】**

황나미 한국보건사회연구원 선임연구위원

**【주요저서】**

2013년 난임부부 지원사업 결과분석 및 인공수정 급여화방안  
한국보건사회연구원, 2014(공저)

저출산고령사회에서의 일차의료기관 모형개발  
한국보건사회연구원, 2013(공저)

**【공동연구진】**

채수미 한국보건사회연구원 전문연구위원

이상림 한국보건사회연구원 부연구위원

김용수 서울시공공보건의료지원단 책임연구위원

김재근 럿교대학교 연구원

전진우 한국보건사회연구원 연구인턴

연구보고서(수시) 2015-03

**주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제**

발행일 2015년 12월 31일

저자 황나미

발행인 김상호

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인쇄처 경성문화사

정가 5,000원

## 발간사 <<

지난 10년 동안 우리나라는 OECD 회원국 중 최하위의 저출산 국가에 속해 있어서 어느 때 보다도 저출산 극복을 위한 대책 마련이 시급한 실정이다. 출산율 저하의 요인으로는 만혼으로 인한 난임이 그 중 하나인데, 난임진단자 수는 매년 20여 만 명으로 지속적으로 증가하고 있다. 심화되고 있는 난임문제를 해결하기 위해서는 그 원인을 파악해야 하겠으나, 우리나라 난임부부의 상당수가 원인을 알 수 없는 것으로 나타나고 있다. 이들의 대부분은 장기간의 난임 상태와 반복적인 보조생식 시술로 인해 신체적·정신적 고통과 함께 경제적 부담까지 가중되고 있다. 난임으로 인한 스트레스, 심리적 불안 및 우울 등과 같은 정신심리적인 문제들은 다시 난임의 원인으로 작용하여 난임을 극복하지 못하게 하는 악순환을 초래하고 있다.

이러한 이유 때문에 국제사회에서는 10여 년 전부터 난임을 난임부부의 심리사회적 위기로 인식하여 본격적으로 난임부부들의 감정적 변화를 관리할 수 있도록 지원하고 있으며, 유럽국가를 중심으로 한 선진국에서는 난임 전문 상담인력을 개발하고 프로그램을 운영하는 등 난임부부의 삶의 질 향상을 위한 정서적·심리적 지원서비스를 제공하고 있다. 우리나라에서는 올해 7월부터 난임여성을 대상으로 한 심리상담 프로그램을 시범적으로 운영하고 있다.

이에 본 연구는 우리나라의 난임상담정책의 방향을 설정하고 필요한 기반을 마련하기 위해 정책자료의 성격으로 영국, 독일, 일본, 호주 등의 난임상담 정책 및 프로그램을 검토하고자 시도되었다. 본 연구는 본 원의 황나미 선임연구위원의 책임 하에 수행되었으며, 본 연구진은 우리나라

난임상담 시범사업의 자료수집에 협조해 주신 인구보건복지협회 관계관  
께 깊은 감사를 표하고 있다.

본 보고서의 내용은 건강보험제도권 밖에서 이루어지는 우리나라 난임  
정책의 방향설정과 난임부부의 정서적·심리적 지지체계 개발을 위한 정책  
수립에 기여할 것으로 기대한다.

2015년 12월

한국보건사회연구원 원장

**김 상 호**

# 목 차

Abstract .....	1
요 약 .....	3
<b>제1장 서 론 .....</b>	<b>13</b>
1. 연구의 필요성 .....	15
2. 연구목적 .....	21
3. 연구내용 및 방법 .....	22
<b>제2장 난임상담의 국제적 동향과 효과에 대한 고찰 .....</b>	<b>25</b>
1. 난임상담의 중요성에 대한 국제사회의 조명 .....	27
2. 난임여성의 사회심리적 건강 연구 동향 .....	33
<b>제3장 주요 선진국의 난임상담 정책 및 프로그램 운영실태 .....</b>	<b>39</b>
1. 영국 .....	41
2. 독일 .....	53
3. 일본 .....	67
4. 호주 .....	80
<b>제4장 우리나라 난임 여성의 정서심리 상담서비스 수요 .....</b>	<b>87</b>
1. 난임 여성의 난임상담 필요성 .....	89
2. 난임 여성의 난임 관련 상담서비스 수요 .....	93

<b>제5장 결론 및 향후 정책과제</b> .....	<b>95</b>
1. 난임상담 정책 현안 .....	100
2. 난임상담 프로그램 개발을 위한 정책과제 .....	108
<b>참고문헌</b> .....	<b>115</b>
<b>부 록</b> .....	<b>121</b>
부록 1. 영국 난임시술기관 자가 점검표 - 인간수정 및 배아발생 관할관청 (Self assessment questionnaire - Human Fertilization and Embryology Authority) : 상담부분 .....	121
부록 2. 보건복지부 인구보건복지협회 난임상담실 운영 .....	123
부록 3. European Society of Human Reproduction and Embryology(ESHRE)의 난임상담 가이드라인 .....	126

## 표 목차

〈표 2-1〉 난임대상자의 보조생식 시술 종료 결정에 영향을 미치는 요인 .....	30
〈표 3-1〉 BKiD의 난임상담 인증자격 유지를 위한 이수내용 및 포인트 점수 .....	60

## 그림 목차

[그림 1-1] 연도별 난임 진단 실인원 추이 .....	16
[그림 1-2] '원인불명 난임' 및 '남성인자 원인' 비율의 추이: 인공수정 .....	18
[그림 1-3] 정부 난임부부 지원사업의 공적 재원 추이 .....	20
[그림 2-1] 지속적인 시술과 삶의 질에 영향을 미치는 환자, 시술기관, 치료 간의 상호 영향력을 보여주는 통합적 접근 .....	29
[그림 3-1] 난임전문상담센터의 분포(2012년 7월 기준) .....	71
[그림 3-2] 난임전문상담센터 상담건수 추이(1997-2012) .....	72
[그림 3-3] 난임전문상담센터에서 운영하는 상담유형(2012년 7월 기준) .....	73
[그림 3-4] 일본 난임전문상담센터의 상담인력별 상담건 비율 분포(2011년) .....	74
[그림 3-5] 일본 난임전문상담센터에서의 상담 내용(2011년 기준) .....	75
[그림 4-1] 체외수정 시술경험 여성의 정신적·심리적 고통 요인 .....	91
[그림 4-2] 체외수정 시술 경험 난임부부의 난임관련 정신·심리 상담 및 진료 실태 .....	92
[그림 4-3] 체외수정 시술 경험 난임여성의 심리상담 프로그램 이용 의사 .....	94
[그림 5-1] 난임 치료 각 단계 및 사회심리문제 유형별 맞춤형 상담 제공을 위한 접근 .....	110



---

## Abstract <<

### **Strategies of infertility counselling program of Industrialized Countries and Policy Implication in Korea**

In general, infertility is defined as a state not being able to get pregnant after one year of unprotected sex. About 200 thousands of women and men in Korea are diagnosed as infertile state every year.

The purpose of this study is to review strategies of infertility counselling program(ICP) of UK, Germany, Australia and Japan and identify demand for ICP and policy directions for a development of ICP in Korea.

According to this study, 61% of infertile women who experienced in IVF treatment by the 'National Supporting Program for Infertile Couples' in 2014 suffered from a serious psychological distress, high anxiety and depression. These mental problems, which often cause a failure of infertility treatment, that is pregnancy, were caused by the burden of medical cost, isolation from husband family members and society regardless of husband family's relationship and income status.

Nevertheless, most of the doctors of ART surgery only focus on certain aspects of medical treatment of infertility. They are inclined to overlook assessment and intervention of mental and

## 2 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제

psychological problems of infertile couples. Because they are busy working schedules to treat and may not know diagnosis, prevention and treatment of factors influencing the depression, anxiety, and how to approach to infertile client-centered care in Korea.

On the other hand, the United Kingdom, Germany, and Australia have been systematically operating ICPP by licensed infertility counsellor in fertility clinic and community and infertility self-help groups by Government linked with Infertility Counseling Association 15 years ago. Interventions to alleviate these burdens include provision of comprehensive educational material, screening to identify highly distressed infertile couples by infertility counsellors involved with fertility clinic staffs to integrated approach.

Therefore, the licensed infertility counseling staff in IVF Clinic should be participated in order to play a central role for coping with emotional stress and treatment for psychological problems. Korea hasn't yet developed a ICP and therefore medical staffs are needed to be assessed in the primary care of mental problems.

It is firstly suggested to develop to the educational program for medical staffs. Futhermore, we need to develop the model of the conceptualized infertile client-centered care and ICP along with self-help groups in Korean situation to improve the success of pregnancy of infertile couples.

## 1. 연구의 배경 및 목적

우리나라 합계출산율은 2013년 1.19명, 2014년 1.21명으로 초저출산 상태이어서 그 어느 때 보다도 저출산 극복을 위한 대책 마련이 시급하다. 출산율 저하의 직접적 요인 중 하나는 난임으로 인해 임신 및 출산을 하지 못하고 있는 경우이다. 저출산 극복을 위해서는 난임원인을 파악하여 치료하거나 그 원인을 제거하는 것이 일차적이다. 난임의 원인이 개인적인 신체적, 정신적 문제에서도 비롯되지만 제반 사회·환경적 요인 등에 의해서도 나타나 여러 측면에서의 의료적 접근과 사회적 지원 대책이 필요하다. 더욱이 원인이 밝혀지지 않은 난임이 정부의 체외수정 시술비 지원 대상자 중 46.1%이고, 인공수정 77.8%로 임상적으로 알려진 20~30% 수준보다 월등히 높은 수준임을 직시할 때, 난임대상자의 정신적, 사회·환경적 요인에 대한 접근과 함께 생리심리사회적 위기(biopsychosocial crisis) 관리가 필요하다. 더욱이 시술비를 지원받은 난임대상자들의 90%가 우울, 불안 및 스트레스로 인하여 심리 상담 또는 지지체계의 필요성을 언급하였다.

생리심리사회적 위기는 난임을 극복하는 데 또 다른 장애요인인 바, 본 연구는 우리나라 의료제도권 내에서 수용가능하고 사회문화적 특성에 적합한 난임상담 정책 방향 및 정책과제를 도출하기 위해 선진국의 난임상담정책 및 운영 실태를 파악하고자 시도되었다.

## 2. 주요 연구결과

난임은 단순한 생물학적 이상이나 비정상이 아닌 문화와 가치에 기반을 둔 삶의 문제이다. 보조생식 기술의 낮은 성공으로 인해 난임부부의 경제적·정신적 부담은 커지면서 국제사회 및 선진국에서는 난임상담과 정서적 지지체제의 중요성을 강조하고 있다. 즉, ‘환자 중심적 의료(Patient-Centered Medicine)’에서 더 발전하여 ‘난임대상자 중심적 돌봄(Client-Centered Care)’의 필요성이 제기되고 있다. 난임여성과 시술의사와의 상호적 관점의 관리, 사전 충분한 정보 제공의 필요성, 그리고 시술 또는 치료의 결정과정에 주도적으로 참여하도록 하여 정신적 고통을 다소나마 감소시키고자 하였다. 또한 인간이 가치체계와 문화의 맥락에 기반한 존재이므로 삶의 질의 관점에서 의료적 접근이 필수적이지만 정신적, 사회적 측면에서의 적절한 관리 또는 돌봄(Care)이 필요하다는 통합적 접근을 중요시 하고 있다.

### 가. 영국

영국 국가보건의료서비스(NHS)에서는 의료상담은 객관적인 관점에서 상담할 수 있도록 개인과 부부의 난임 문제에 직접적으로 관여하지 않는 자가 제공하는 것을 원칙으로 하고 있으며, 심리상담은 2004년부터 실시하고 있다.

심리상담은 난임상담사를 통해 지원되고 있는데, 이들은 사회적, 심리적 측면과 함께 의료적, 기술적 과정에 관한 충분한 정보를 갖추도록 훈련된 사람들로 공인자격을 부여받도록 하고 있다. 즉, 난임클리닉 상담자 격은 ‘인간출산·배아법(The Human Fertilization and Embryology

Act)’에 근거하여 사회사업 자격, 혹은 ‘중앙사회사업교육훈련협의회’에서 인증한 사회복지 관련 유사 자격, 그리고 ‘영국상담사협회’의 승인, 또는 정신과의를 포함한 공인 심리사로 면허를 받은 경우이다. 심리상담 서비스는 전반적인 정부정책으로 2010년부터 GP서비스에 인지행동요법(Cognitive behavioural therapy)을 포함하여, 난임 관련 요법(therapy)과 상담 서비스를 제공하고 있다. 의료상담의 경우도 일차적으로 정해진 GP로부터 상담이나 치료 서비스를 받고, NHS가 비용을 지원하고 있다.

한편, 영국에서는 난임문제가 있는 부부들 간 서로 접촉하는데 도움을 주어 그들의 경험을 서로 나누게 하는 Infertility Network UK를 비롯하여 Infertility UK와 같은 자조모임들이 활성화되어 있다.

## 나. 독일

독일은 난임 진단을 위한 처치 및 치료 등의 대부분의 서비스를 사회보협체제 내에서 제공하고 있다. 2000년 설립된 ‘독일난임상담협회(Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e. V., BKiD)’에서 2005년 심리사회적 난임상담 가이드라인을 수립하였고 2008년 보안되었으며, 난임상담 및 지원의 중요성에 대한 인식을 확산시키고, 의료적 치료와 난임상담의 통합을 명시하여 상담원칙을 제시하고 있다.

난임상담 자격으로는 난임 의료진과는 달리 사회심리학 분야의 전문적 훈련 이수, 상담·치료 자격과 훈련 이수, 난임에 관한 심리사회적인 면과 심리사회적 상담, 난임 치료이후의 임신 및 출산, 임신관리와 태아 상실(유산과 사산 대처), 생식의학, 난임에 대한 대체의학, 난임과 사회에 관한 근본 지식 보유, 2년간의 사회심리 상담/정신치료요법에서 전문적 경

협(1년간의 사회심리 상담/정신요법 포함)의 자격을 요구하고 있다.

난임상담에 대한 비용부담은 의료상담과 의사가 필요하다고 판단한 정신과적 문제의 특별 심리치료에 대해서만 사회보험체계 내에서 지불 보상해주고 있다. 이 경우 정신과적 문제로 접근하기 때문에 난임 문제로 접근하지는 않아 근본적인 심리치료가 어려울 수 있다. 더욱이 정신과 의사에게 진료 받은 비율은 전체 난임대상자 중 5% 미만에 불과하다.

#### 다. 일본

일본은 1990년대 중반부터 저출산 현상이 가시화되면서 1996년에 난임으로 고민하는 부부를 대상으로 전문적 지식을 가진 의료진을 통해 상담을 지원하는 ‘난임전문상담센터사업’을 실시하였다. 1999년 12월에는 ‘신 엔젤플랜’을 수립하면서, ‘난임전문상담센터’ 설립을 국가 목표로 설정하여, 전국으로 확대하였다. 일본 정부는 병원산부인과 외래, 보건복지사무소, 보건소, 간호사·조산사협회, 가족계획협회 등의 지역사회 인적 자원을 활용하여 ‘난임전문상담센터’로 지정하였으며, 전화상담, 직접 면담 및 임상심리 상담을 실시하도록 지원하고 있다. 2012년 현재 난임전문상담센터 개설기관은 전체 난임상담센터 중 27%가 보건소에 설치되어 있으며, 대학 또는 대학병원 25%, 공립병원에 설치되어 있는 경우는 14%였다.

상담 주요 인력은 조산사, 의사, 보건사 등 의료인들이다. 2002년 설립된 ‘일본 난임상담학회’에서는 난임상담사와 체외수정 코디네이터를 양성하고 있으며, 이들은 난임부부에 대한 심리정서적 지원에 있어서 중심적 역할을 하고 있다.

## 라. 호주

호주는 난임상담의 내용에 대해 일정하게 표준화된 틀을 가지고 있지는 않으나, 보조생식 시술의 준비(시술 시작, 변경 혹은 중단하고자 하는 결정을 내릴 때 선택할 수 있는 옵션), 시술에 의해 유발되는 감정적 변화에 대한 대처, 시술결과로 인해, 혹은 과정 중에 나타날 수 있는 부부관계의 변화에 대한 대처, 시술실패 혹은 유산이 발생 했을 때의 스트레스 및 감정변화 관리, 난임 및 시술과 관련한 가족, 친구, 동료 등 주변 사람들에 대한 대응, 전반적인 감정통제 방식에 대한 조언, 임신 및 부모됨(parentthood)에 대한 불안감 관리, 난자 및 정자 기증자를 통한 시술에 의해 발생할 수 있는 특별한 이슈에 대한 대처 등이다. 또한 유전자 상담(genetic counselling)과 생식세포 기증자를 대상으로 한 상담을 실시하고 있다.

난임상담에 따른 비용은 정부로부터 지원되지는 않고 있다. 그렇지만, 난임시술 전문병원에서 시술이 행해지는 많은 경우 종합적 관리 및 시술 서비스의 일부로 포함되면서 추가적 비용을 지불하지 않는 경우가 많다. 정자·난자 혹은 배아 기증자에 대한 상담은 기증자 지원 독립단체인 Donor Conception Support Group에서 제공하고 있다.

난임여성 자조모임단체인 ‘ACCESS(Australia’s National Infertility Network)’는 정부, 보조생식시술기관, 지역사회를 대상으로 난임과 관련된 자들의 사회적, 정신적, 경제적 요구사항을 대변하는 창구의 역할을 수행함으로써 소비자의 권리를 요구하여 난임문제에 효과적으로 대처하며, 난임에 대한 지역사회 인식 제고를 추구한다.

### 3. 결론 및 정책과제

#### 가. 결론

시술의사와 난임대상자의 대부분은 모든 관심이 난임의 의학적 측면에만 집중한다. 난임대상자의 정신심리적 문제에 대한 전문적 진단이나 치료방법을 모르기 때문에 등한시 할 수밖에 없다.

우리나라는 아직 난임전문 심리상담사가 양성되어 있지 않은 상황이어서 초기에는 ‘통합적 난임대상자 중심의 치료 및 지지’를 위해 시술의료진이 정신심리 문제를 다루는데 중심적인 역할을 수행하여야 한다. 또한 보건소의 난임부부 지원사업 인력들이 난임상담의 중요성을 기본적으로 인식하여 정신적 문제들과 스트레스의 치료 및 감정적 대처의 기전을 이해하고 심리사회적 문제가 제기되는 고위험 대상자를 조기 발견하여 심리상담 및 치료를 받을 수 있도록 스크리닝 할 수 있는 교육훈련 프로그램을 개발하여야 한다. 중장기적으로는 우리나라 난임가정 및 사회문화적 특성을 반영한 사회심리 상담정책을 수립하여 한국형 난임상담 정책을 개발하여야 한다.

한편, 영국, 독일, 호주, 일본 등의 국가에서는 난임 자조 집단(Self-help groups)들과 난임대상자 조직들이 보조생식(Assisted Human Reproduction, AHR) 분야에서 활발하게 활동하고 운영되고 있어 우리나라에서도 자조 모임에 대한 사회적 지원체계를 마련하여 난임대상자간의 상호 지지와 전문가의 전문적 중재가 필요하다.

## 나. 향후 정책과제

### 1) 기본방향

건강의 정의가 신체적·정신적·사회적 측면에서의 안녕(wellbeing) 상태이고, 복지사회가 궁극적으로 개인과 가정의 '삶의 질 향상'을 추구한다고 볼 때, 이들의 사회심리적인 요인을 소홀히 다루어서는 안 될 것이다.

본 연구에서는 난임대상자의 보조생식기술에 따른 의료적 접근과 사회심리적 문제 관리를 위한 정보 제공 및 상담의 기본방향을 난임대상자 및 난임부부의 사회심리적 안정을 위해 난임과 관련된 선호도를 반영하고 난임부부의 안녕을 위한 상담을 실시할 수 있도록 한다. 이 때 선호도를 파악하기 위해서는 난임부부의 각 치료과정과 이 과정에서 노출된 사회심리 필요도에 기반한다. 즉, 난임대상자가 시술과정 및 시술유형, 시술 결과에 따라 각기 다르게 반응하기 때문에 각기 다른 난임부부의 치료 단계에 따라 이들의 경험에 기반한 다양한 심리 사회적 욕구에 적합하게 맞춤형 통합적 접근을 시도한다. 이에 따라 난임상담 모형은 보조생식 기술 각 단계별로 상담모형을 유형화하여 시술 전, 시술 과정, 시술 후 단계로 구분한다. 여기서 시술 후는 임신에 실패하여 시술을 포기한 상태이거나 시술을 더 이상 하기 어려운 경우와 임신에 성공한 경우로 다시 두 그룹으로 구분하여 접근한다.

## 2) 정책과제

### 가) 상담 성과 제고를 위한 난임의 원인 규명

2013년 난임부부 지원사업 대상자 중 원인불명의 난임이 체외수정 시술비 지원건 중 40%를 상회하고, 인공수정 시술비 지원건 중에서는 80%에 이르러 임상적 기준보다 월등히 높은 상태이다.

원인을 알 수 없는 난임의 경우에는 억압된 정서적 고통이나 우울 등이 신체기능 장애 및 신체기관의 조직학적 변화를 초래하여 임신성공을 더욱 더 어렵게 하는 정신생리 장애(Psycho physiological disorder) 현상으로도 볼 수 있기 때문에 임상적으로 높은 원인불명 난임에 대한 철저한 검사를 실시하여 난임원인을 규명하고 난임원인에 기반한 상담을 실시할 수 있도록 한다.

### 나) 난임대상자 중심의 의료 및 심리 상담 통합 모델 개발

난임의 또 다른 문제는 보조생식술의 의료적 시술 비용부담이 큰 반면, 성공률은 매우 낮다는 점과 이로 인한 신체적 고통, 그리고 난임에 대한 사회적 인식이 부족하여 난임대상자들이 올바른 정보를 접할 수 없는 문제이다. 장기간의 치료과정에서 초래되는 만성적인 무기력과 우울, 이로 인해 초래되는 가족 및 사회로부터의 고립감과 위축감이 신체의 균형을 깨뜨려 임신성공을 저해한다. 이러한 관점에서 난임대상자 및 배우자, 더 나아가 가족, 사회상을 반영한 난임상담 및 교육은 매우 중요한 것으로 볼 수 있다.

난임여성의 정신적 부담을 완화하기 위한 접근방법으로 난임대상자 중

심적 의료(Patient/Client -Centered Medicine)가 제시되고 있어 개별 맞춤형 상담의 중요성을 반영하여 반복적인 시술과정에 있는 경우와 시술 후 임신 실패 대상자/ 임신성공 대상자를 분리하여 상담 모델을 개발하여야 한다.

#### **다) 임신성공 난임부부의 정서적 지지 강화 프로그램 개발**

임신에 성공한 난임여성 또한 정신적 불안 및 스트레스는 예외가 아니어서 임신 이후에도 90% 이상이 건강한 자녀의 출산에 대한 불안이나 초조함으로 인해 스트레스를 받고 있는 것으로 나타나 이들을 대상으로 한 프로그램을 개발할 필요가 있다. 임신 성공에 온 삶을 바쳐 온 난임여성들이 임신 성공 이후 신체적, 정신적으로 준비되지 못해 이들을 대상으로 한 사회심리적 중재 프로그램은 출산으로 성공할 수 있도록 지원하는 데 매우 중요하다.

#### **라) 지역사회에서의 난임 치료 및 극복과정 조사 실시**

2012년 전국 표본조사 결과에 의하면 난임부부가 난임을 치료하지 않은 가장 큰 이유는 '가능성이 없어 보여서'로 파악되어 초저출산 시대에 난임에 대한 정확한 의료정보 제공 및 심리 상담을 통해 임신 및 출산을 지원하여야 할 것이다.

난임대상자에 대한 맞춤형 전문적인 상담 프로그램을 개발하기 위해서는 우리나라 난임 진단 전후의 의료이용 및 보조생식 시술 각 단계별 사회심리 현황에 대한 지역사회에서의 체계적인 조사가 필요하다. 건강보험제도권 밖에서 이루어지는 우리나라 난임과 관련된 치료 및 대처 실태

## 12 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제

에 대한 기본 자료를 확보하여 시술과정 각 단계에서 대두되는 사회심리 문제를 도출, 이를 중심으로 상담정책을 개발하고 향후 원인규명 및 치료 방안을 모색하는 데 기본정보로 활용될 수 있을 것이다.

\* 주요용어: 난임상담 프로그램, 난임상담사, 정서적·심리적지지

# 제 1 장

## 서론

1. 연구의 필요성
2. 연구목적
3. 연구 내용 및 방법



## 1. 연구의 필요성

우리나라 합계출산율(TFR)은 2005년 1.08명으로 최저치를 보이면서 초저출산 현상이 지속됨에 따라 정부는 2006년 ‘난임부부 시술비 지원사업’ 도입 등 출산장려 및 지원을 위한 다각적인 노력을 경주하여 왔다. 합계출산율이 2012년 1.3명, 2013년 1.19명, 2014년 1.21명으로 다소 증가하였지만, OECD 회원국가의 평균 합계출산율 1.74명(2012년)보다 낮으며, 최근 10년 동안 최하위의 저출산 국가에 속하여 그 어느 때 보다도 저출산 극복을 위한 대책 마련이 시급한 상태이다.

우리나라 출산율 저하의 직접적인 요인 중 하나는 자녀를 원하는데도 불구하고 임신과 출산을 하지 못하는 ‘난임’이라 할 수 있다. 난임이란 피임을 하지 않은 상태에서 정상적인 성생활을 함에도 불구하고 1년 동안 임신 또는 출산이 이루어지지 못한 경우인데, 우리나라 부부의 약 14%가 난임을 경험하고 있는 것으로 나타났다(황나미, 2003).

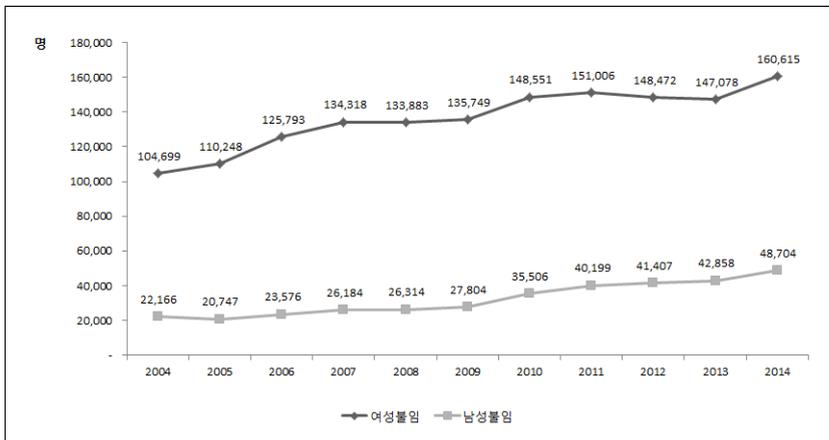
난임으로 진단된 대상자수는 지난 10년간 지속적으로 증가하여 2014년 약 20만 명(여성 161천명, 남성 49천명)이었다(그림 1-1). 난임 진단에 따른 진료비용은 건강보험 급여항목이어서 난임 진단자수를 파악하는 것이 가능하다. 그러나 증가의 주된 요인이 난임대상자수가 실제로 증가한 것인지, 아니면 난임진단을 받지 못했던 대상자가 2006년부터 실시된 정부의 난임부부 시술비 지원사업을 계기로 잠재적 의료수요의 증가로 인한 현상인지는 정확히 알 수 없다.

16 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제

반면, 난임치료로 간주되는 보조생식 시술은 건강보험제도권 밖에서 제공되는 서비스로 인하여 보험급여항목에서 제외됨에 따라 난임대상자 전체 규모에 대해서는 파악하지 못하고 있다. 다만, 정부의 보조생식 시술비 지원대상자만이 파악이 가능한데, 체외수정 시술의 경우 약 70%, 인공수정은 약 90%가 매년 임신 및 출산에 성공하지 못하여(황나미, 2013; 황나미 등, 2014) 난임대상자수는 매년 계속 누적되고 있다. 매년 20여만 명의 난임대상자 중 임신에 성공하지 못한 경우가 자연임신 및 치료(난임진단자 중 30%) 또는 시술로 성공한 임신(난임진단자 중 40%)을 제외할 때, 약 30%가 임신에 성공하지 못한다고 추정되어, 난임부부가 보조생식 시술을 시도하는 기간을 10년(평균 시술연령인 35세 전후 각 5년)으로 가정할 때(황나미, 2014), 약 60여만 명의 난임대상자가 우리 사회에 난임치료 증에 있는 것으로 추정된다.

[그림 1-1] 연도별 난임 진단 실인원 추이

(단위: 명)



주: 질병소분류별(298 질병분류) 다빈도 상병 급여현황의 N46(남성난임), N97(여성난임)의 진료실 인원

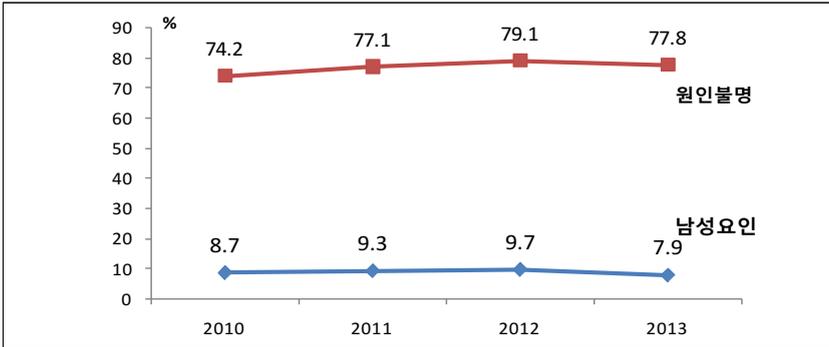
자료: 국민건강보험공단-건강보험심사평가원(각년도). 건강보험통계연보

이렇듯 심화되고 있는 난임문제를 해결하기 위해서는 근본적으로 임신을 저해하는 난임 원인을 제거하는 것이 일차적이다. 정부 난임부부 시술비 지원사업을 통해 체외수정 시술비를 지원받은 부부의 난임원인을 살펴보면 기질적 원인이 진단되지 못한 원인불명의 난임이 46.1%, 인공수정 시술부부의 경우 77.8%이었다(황나미, 2014)(그림 1-2). 난임의 원인이 신체적 질환이나 생식구조 및 생식기능의 문제에서 비롯되지만 이와 같이 많은 수가 원인불명의 요인에 의해 나타나고 있어 생식과정에서의 임신 및 출산을 지원하기 위한 의료적 접근과 사회심리적 지원 등 다각적인 분석이 필요함을 알 수 있다.

원인불명의 난임은 최소한 정액검사, 난관요인, 배란기능, 자궁요인 등의 검사를 통하여 다른 요인을 배제한 후 진단된다. 원인불명의 난임은 스트레스 및 우울 등으로 인한 신체 외적 변화로 인해 항상성(homeostasis)이 유지되지 못하여 발생되기도 하고, 난임으로 인한 보조생식 시술 후 임신실패가 곧 정신적 고통을 유발하여 신체의 불균형을 초래함에 따라 이는 다시 난임으로 이어질 수 있다. 즉, 정서심리적인 원인이 난임을 발생하기도 하지만 난임 자체가 난임부부의 정서적인 문제를 초래하여 다시 생식기능을 저하시킴에 따라 임신 및 출산에 성공하지 못하는 악순환을 초래한다고 볼 수 있다. 1990년대 중반부터 보조생식 시술을 받는 여성이 스트레스 정도가 심할수록 임신성공률이 낮다는 연구결과가 발표되면서(Smeenk, 2001; Boivin & Takefman, 1995) 유럽을 중심으로 한 선진국에서는 난임여성의 사회심리적인 문제에 대한 중재방안 마련을 위해 관심을 기울여 왔다.

18 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제

[그림 1-2] '원인불명 난임' 및 '남성인자 원인' 비율의 추이: 인공수정



자료: 황나미 등, 2014

이미 1979년에 난임은 부부의 삶의 질에 위기를 초래하여 출산을 위한 상담이 이들의 위기를 완화시킨다는 연구결과가 발표되어 상담의 중요성이 강조되었다(Bresnick & Taymor, 1979). 이후 사회적 지지 및 상담 서비스는 난임여성의 스트레스 감소 등 심리정신적 건강을 향상시키는 데 중요한 역할을 하는 것으로 입증되었다(Domar, 2007; 김미옥, 2009; Mousavi, 2015).

1999년 '미국생식의학회(American Society for Reproductive Medicine)'와 2001년 '유럽생식·발생학회(European Society of Human Reproduction and Embryology)'에서는 난임을 생리심리사회적(biopsychosocial) 위기로 인식하여 난임상담을 다학제적 접근의 중요성을 강조하였다. 보조생식술을 반복적으로 받는 동안 난임여성들은 감정적인 위기를 겪기 때문에, 감정적 변화를 관리할 수 있도록 상담사의 역할이 중요하다고 강조하였다(Van den Broeck, 2010).

우리나라 난임여성들(남편이 난임인 경우 포함)은 체외수정 또는 인공수정 시술기간 중에 60% 이상이 정신적 고통 및 고립감, 우울감이 심각하였다고 응답하였으며, 50% 이상이 난임으로 인해 사회적 편견을 느끼

고 있었다. 또한 가족과의 갈등도 겪고 있었는데, 30% 이상이 시댁부모와 가족의 편견이 심각하다고 응답하였고, 남편의 비협조와 무시로 인한 고통을 응답자의 10%가 호소하였다. 이로 인해 전체 시술 여성의 40% 이상이 난임부부를 대상으로 정서적, 심리적 치료 및 상담 프로그램을 지원해 주기를 희망하였다(황나미, 2014). 이와 같이 우리나라 보조생식 시술 경험 여성들은 정신적, 심리적으로 고통받고 있는 것으로 나타나 임신의 성공은 물론 이들의 삶의 질 향상 차원에서 정책적 지원이 필요하다.

이미 영국을 비롯한 유럽 선진국과 일본에서는 난임상담의 중요성을 인식하여, 정신심리전문가가 포함된 팀 접근 및 프로그램 개발을 통해 난임 정신 및 심리 상담 전문 프로그램을 운영하고 있다. 그러나 우리나라는 난임여성, 또는 난임부부를 대상으로 한 공적 상담 프로그램은 부재한 실정이다. 현재 우리나라 보조생식 시술비를 지원받은 난임대상자들은 시술기관에서 난임 전문의에 의해 대부분 시술과 관련된 의료적 상담을 받고 있으나 심리상담은 이루어지지 않고 있다. 해외 전문가들은 한국 정부에서 실시하고 있는 저출산 정책 차원에서의 난임 시술비 지원사업에 대해 필요성을 인정하지만 난임 관련 상담 프로그램을 도입하지 않을 경우에는 시술의 성과를 제고시키는 데 한계가 있다고 지적하면서 여성 건강 및 가정복지 차원에서 난임상담의 필요성을 강조하였다.

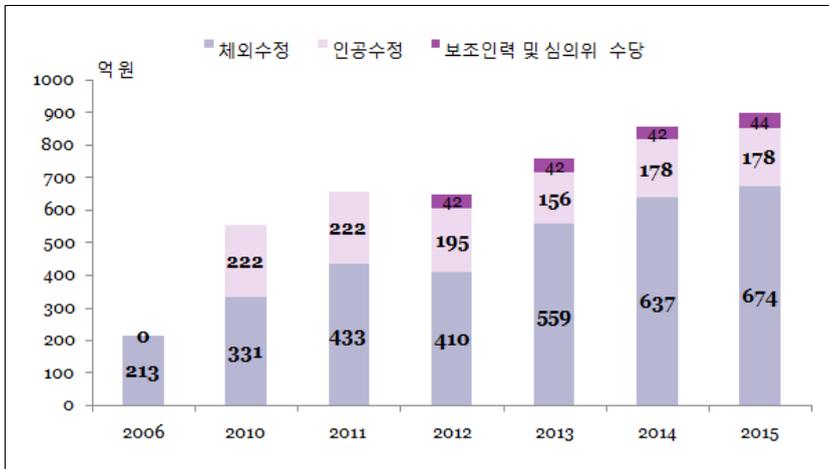
우리나라는 그동안 난임을 성 문제와 직결하고, 생식기계 구조 및 기능의 결함으로 인식하여 만혼이나 사회환경적 요인으로 인해 증가하는 난임문제를 개인적인 문제로 간주하여 왔기 때문에 아직은 다각적인 지원 체계를 구상하지 못하고 있다. 보조생식 시술비 등의 의료적 접근성 제고를 위해서는 2006년부터 꾸준히 그 지원 대상 규모 및 범위를 확대하여 연간 900억 원에 이르는 재정적 지원을 하고 있다(그림 1-3).

낮은 임신성공률을 보이는 보조생식시술 대상자 중 원인불명 난임이

## 20 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제

인공수정 78%, 체외수정 47% 이르러(황나미 외, 2014) 난임부부의 정신적 고통은 심화되고 있는 바, 난임의 원인으로 간주되는 신체적, 정신적, 사회적 불균형적인 요소를 완화할 수 있는 난임 대상자에 대한 사회심리적 접근이 필요하며, 상담의 기준 및 권고안 마련 등 체계적인 상담이 이루어질 수 있는 정책 수립이 필요하다. 보조생식 시술 전문의사 또는 간호인력이 진료의 일부분으로써 상담을 실시하고 있으나, 시간의 제약으로 충분하지 못한 것으로 나타났으며 이 또한 의료상담에 국한되어 있다(황나미, 2013). 이에 따라 난임대상자 개개인의 맞춤형의 질적인 상담이 가능하면서 우리나라 사회문화적 환경에 적절하고 의료체계에 적합한 난임상담 프로그램 개발을 위하여 10여 년 전에 난임상담 정책이 이미 정착된 선진국 의 난임 운영 및 관련 정책을 파악할 필요성이 대두된다.

[그림 1-3] 정부 난임부부 지원사업의 공적 자원 추이



자료: 보건복지부, 각년도 모자보건사업안내

본 연구는 초저출산 현상이 심화되고 있는 우리나라 현실에서, 원인불명 난임이 전 세계에서 가장 높은 상황을 직시하여, 생명과학 기술의 발전으로 의료화에 치중되고 있는 난임부부 지원사업을 수요자 중심의 삶의 질 향상 차원으로 확대하여 난임을 극복하고자 선진국의 난임상담 정책의 현주소를 규명하고자 시도되었다.

## 2. 연구목적

본 연구는 우리나라 보건의료제도가 ‘마음(mind)까지 보호하는 사회’를 지향하고자 난임부부가 건강한 임신 및 출산이 이루어질 수 있도록 임신을 방해하는 정서적 심리적 문제를 완화시키기 위해 주요 선진국에서 실시하는 난임상담 정책 및 프로그램 운영 현황을 파악하여 향후 우리나라 의료제도권내에서 수용가능하고 사회문화적 특성에 적합한 난임상담 정책 개발을 위한 시사점을 도출하는데 그 목적이 있다. 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 난임과 정서적·심리적 지원의 중요성 및 의의에 대한 국제동향 고찰

둘째, 영국, 독일, 호주 및 일본의 난임상담 운영실태 및 시사점 도출

셋째, 우리나라 난임부부의 정서적 심리적 문제 현황 및 난임상담 프로그램의 수요 파악

넷째, 우리나라 난임상담 지원정책 방향성 및 우선순위 정책과제 제시

### 3. 연구내용 및 방법

본 연구는 선진국의 난임과 관련된 상담정책과 운영 프로그램의 실태를 고찰하여 우리나라 실정에 적합한 난임 상담정책 현안과 정책과제를 도출하는 데 주목적을 둔 정책 자료의 성격을 지니고 있다. 이에 1948년 모든 국민에게 무료로, 지불능력이 아닌 의료적 필요성에 기초하여 의료 서비스를 제공하는 - 즉, 국가보건의료서비스(National Health Service, NHS)를 표방하는 - 영국을 대상으로 난임대상자에게 치료의 일환으로 제공되는 보조생식시술에 대한 지불보상체계와 보조생식 시술에 대한 질(quality) 관리 현황을 파악하고, 시술 과정에서 난임대상자들이 겪는 정서적, 심리적 문제에 대해 어떻게 정책적 접근이 이루어지고 있는 지 살펴보고자 하였다. 또한 난임 치료인 보조생식시술을 사회보험에서 지불보상하는 독일, 우리나라와 같이 1990년대 중반부터 대두된 저출산 현상의 지속으로 출산 지원을 위한 정책의 일환으로 실시된 일본의 난임여성의 정신적, 신체적 문제 해소를 위한 정책, 그리고 난임여성들의 알 권리 및 권익을 제도권 내에서 마련하여 의료제공자와 난임대상자 간의 정보의 비대칭성을 해소하고자 소통의 창구를 적극적으로 마련한 호주를 대상국가로 하여 각 국가별 난임 상담 정책 현황을 고찰하고 난임대상자의 정서적, 심리적 상담 프로그램의 발전 배경 및 프로그램 운영실태를 파악하고자 하였다. 자료수집은 주로 각 국가별 정부 관련기관 또는 관련단체의 인터넷 검색을 통해 이루어졌다.

무엇보다도 난임 상담의 중요성에 대한 국제사회의 동향을 파악하고 난임 문제가 난임 대상자의 삶의 질에 미치는 영향에 대해 학문적 연구와 기술을 공유하면서 난임치료와 난임대상자의 심리상담과의 통합적 접근을 강조하는 '유럽생식·발생학회(European Society of Human Reproduction

and Embryology; ESHRE)<sup>1)</sup>에 참여하여 발표자료를 수집, 고찰하였다.

한편, 우리나라의 보조생식시술을 경험한 난임여성들의 정서심리적 상황을 파악하고자 2014년 정부의 ‘난임부부 지원사업’을 통해 이루어진 조사결과를 활용하여 보조생식시술 과정에서 겪는 난임여성의 다양한 고통의 실체를 파악하고 우리나라 문화에 적절한 난임부부의 정서적 지지 정책의 방향과 현안을 도출하여 향후 정책과제를 제시하고자 하였다.

---

1) 생식관련 의학 및 과학 (reproductive medicine and science) 분야의 상호간 이해 증진과 연구 발전 모드를 위해 1985년 설립된 유럽의 학술단체로 해당 분야의 연구 성과를 대중, 과학자, 임상전문가 및 난임대상자에게 전달하는 역할을 담당하고 있음.



## 제 2 장

# 난임상담의 국제적 동향과 효과에 대한 고찰

1. 난임상담의 중요성에 대한 국제사회의 조명
2. 난임여성의 사회심리적 건강 연구 동향



# 2

## 난임상담의 국제적 동향과 << 효과에 대한 고찰

### 1. 난임상담의 중요성에 대한 국제사회의 조명

#### 가. 난임 대상자 중심적 의료(Client-Centered Care)

‘유럽생식·발생학회(European Society of Human Reproduction and Embryology; ESHRE)’에서는 임상·실험 과정에서의 기술의 안정성 및 임신 성공률의 제고와 함께 난임여성의 정서·심리적 문제에 대한 해결을 위해 다각적인 노력을 기울이고 있다. 이에 따라 ‘유럽생식·발생학회’의 회원들은 의사, 과학자, 배아전문가들은 물론 심리학자 및 심리상담사 등 사회과학 분야의 전문가 등 다양한 분야의 연구자와 전문인력들이 네트워크를 구축하여 참여하고 있다.

난임 치료를 위해 시행되는 체외수정(In vitro fertilization; IVF) 등의 보조생식기술은 상대적으로 임신성공률이 낮으면서 육체적·정신적 부담이 크고 난소과자극증후군(OHSS), 감염, 다태 임신 및 고액의 비용 발생 때문에 비판의 대상이 되어 왔다. 이러한 비판은 잠재적 위험에 대한 제한된 정보의 제공, 낮은 임신 성공률, 사회-심리적 지지체계의 부재 등에서도 기인한다. 특히 이러한 한계들은 구체적으로는 의사의 권고에 의한 난임의 의료화(medicalization)와 제공된 정보에 대한 주체적 결정의 부재 등의 문제를 야기하였다. 보조생식 기술의 낮은 성공으로 인해 난임 부부의 경제적·정신적 부담은 커지면서 대안적 접근으로 ‘환자 중심적 의료(Patient-Centered Medicine)’에서 더 발전하여 ‘난임대상자 중심적

돌봄(Client-Centered Care)'의 필요성이 제기되고 있다. 난임여성과 시술의사와의 상호적 관점의 관리, 사전 충분한 정보 제공의 필요성, 그리고 시술 또는 치료의 결정과정에 난임부부가 주도적으로 참여하도록 하여 정신적 고통을 다소나마 감소시키고자 하였다. 특히 난임 극복 및 시술에 대한 충분한 정보 제공은 자기 결정권(informed choice)을 높이고, 무엇보다도 사회-심리적인 지지는 보조생식 시술에 따른 스트레스를 경감시켜 난임을 극복할 수 있는 계기를 마련한다. '유럽생식·발생학회'에서는 인류학적 관점에서의 연구를 통해 난임대상자 중심적 관리(의료+돌봄)는 난임대상자의 스트레스를 경감시키고, 자기결정권이 보장되며, 의사와의 불확실성 공유를 통해 오히려 의사에 대한 신뢰도가 높아지는 긍정적 결과를 가져온다고 강조하였다(ESHRE, 2015).

그러므로 난임대상자 중심적 관리의 특성은 '충분한 정보 제공', '충분한 사전적 준비와 모니터링', '심리적지지 및 감정이입적 의료진(empathic staff)', '의료 기록화일(medical file)에 대한 온라인 접근 허용(진단결과, 의료진과의 채팅, 시술 전 배아 사진 제공 등)'으로 요약된다.

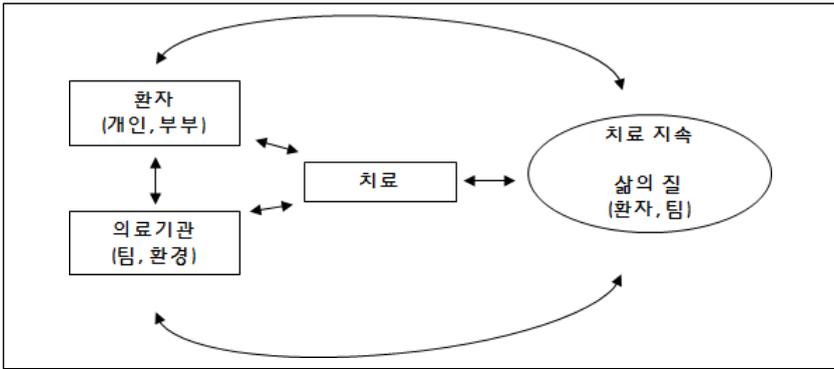
#### 나. 출산지원을 위한 통합적 접근(Integrated Approach to Fertility Care)

세계보건기구(WHO)가 정의한 '건강'이란 신체적 질병이나 이상이 없는 상태만이 아닌 정신적, 사회적 안녕상태를 지칭한다<sup>2)</sup>. 이는 곧 인간이 가치체제와 문화의 맥락에 기반한 존재이므로 삶의 질의 관점에서 의료적 접근이 필수적이지만 질병 치료뿐만 아니라 정신적, 사회적 측면에

2) <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

서의 적절한 관리 또는 돌봄(Care)이 필요하다는 점을 강조하고 있다(그림 2-1).

[그림 2-1] 지속적인 시술과 삶의 질에 영향을 미치는 환자, 시술기관, 치료 간의 상호 영향력을 보여주는 통합적 접근



자료: Boivin et al. 2012

난임은 단순한 생물학적 이상이나 비정상이 아닌 문화와 가치에 기반을 둔 삶의 질에 영향을 미치는 문제이다. 난임과 관련된 삶의 질을 국가별로 측정해 보면, 그 구성요소는 보편적 특성과 문화적 차별성이 공존한다. 이는 난임의 문제가 문화적 맥락에 기반하고 있음을 시사한다. 난임 부부들의 삶의 질에 대한 국제 데이터에 대한 구조방정식 분석결과에 의하면 출산-삶의 질, 불안감, 우울감 등은 난임대상자 중심적 관리(Client-Centered Care)와 중요한 연관성을 가지고 있다고 설명하고 있다. 보조생식 시술은 그 자체로 삶의 질을 결정하는 요인의 하나이며, 더불어 그 진행방식에 따라 삶의 질을 크게 결정한다. 이에 난임 관리에 대한 통합적 접근이 제안될 필요가 있다. 이에 유럽지역의 국가에서는 출산-삶의 질에 대한 국제 데이터 구축 및 추가적 심층 분석이 진행되고 있다(ESHRE, 2015).

한편, 난임은 난임 당사자는 물론 부부 모두에게 삶의 위기이어서 장기간 동안의 치료 과정에서 겪는 고통 및 다양한 스트레스로 인해 난임대상자들은 난임 자체로부터 회피하고자 치료를 중단하거나 종료하게 되는 경우가 있다. 또는 종료할 수밖에 없는 상황에 이르게 된다. 이 때, 치료를 종료하는데 영향을 미치는 요인을 당사자 각각에 대해 파악하면 의학적, 심리사회적 중재를 통해 치료에 성공할 수 있게 될 것이다.

임신·출산에 성공하지 못한 채, 치료를 중단 또는 종료하게 되는 요인을 난임당사자, 시술기관, 치료과정에서 노출된 문제들을 요약, 정리하면 <표 2-1>과 같다. 즉, 난임당사자 또는 난임부부 입장에서는 치료에 대한 두려움, 반복적 보조생식 시술에 따른 부정적인 감정, 불안감, 우울감, 분노, 그리고 고액의 비용부담 등으로 인하여 난임을 극복할 수 있는 의욕을 상실하게 된다. 시술기관에서 노출된 문제로는 기관의 조직환경이 난임부부에게 스트레스를 주거나 의료진과의 관계가 원만하지 못한 경우, 치료과정에서는 신체적 부담 및 불편감과 시술결과가 임신에 성공하지 못한 경우 등이 난임 치료를 중단 하게 되는 주요요인으로 제시되고 있다 (Boivin, 2012).

<표 2-1> 난임대상자의 보조생식 시술 종료 결정에 영향을 미치는 요인

난임대상자(당사자, 부부)	시술기관(팀, 환경)	난임치료
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료에 대한 두려움 및 부정적 태도</li> <li>· 치료에 대한 좋지 못한 태도(예, 출생아의 건강 걱정, 인공적인 치료, 비용지출에 대한 문제의식)</li> <li>· 특별한 장애</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 조직적 관리 미흡</li> <li>· 치료와 관련된 스트레스(조직화되지 않은 치료, 병원 방문시 다른 직원)</li> <li>· 대안에 대한 정보 부족, 부적절한 조정</li> <li>· 비인격화(추후관리 및 결과 문제)</li> <li>· 치료 지속성 결여 및 부정적인 의사의 태도</li> <li>· 지나친 관료적 절차</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체적 부담</li> <li>· 신체적 부담에 대한 고민, 신체적 증상 및 불편</li> <li>· 주사 프로토콜 및 치료순응</li> <li>· 시술주기 모니터링</li> <li>· 직장 및 일상생활 장애</li> <li>· 비용에 대한 걱정</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 심리적, 정서적 요인</li> <li>· 시술 이전의 정서적 문제</li> <li>· 장기간 부정적인 감정 통제 어려움</li> </ul>		

난임대상자(당사자, 부부)	시술기관(팀, 환경)	난임치료
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 불확실성</li> <li>· 반복되는 시술 과정에 대한 압박</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 대인관계에 대한 압박</li> <li>· 시술이 관계에 부정적 영향을 미칠 것이라는 두려움</li> <li>· 배우자 간 치료에 대한 인식과 실제의 불일치(특히 치료의 초기단계에 나타남)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료진-난임대상자 간의 부정적인 상호작용</li> <li>· 공감 부족, 경청기술의 부족, 인력부족, 질문할 수 있는 시간 부족</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 좋지 않은 예후</li> <li>· 성공에 대한 희망의 상실</li> </ul>

자료: Boivin et al. 2012

#### 다. 난임 전문상담의 가치 및 전략

‘유럽생식·발생학회(ESHRE)’에서 제시한 출산지원을 위한 난임 사회 심리 가이드라인에 의하면 난임상담은 난임 당사자 및 부부가 난임의 기전에 대처하는 방식에 대한 장·단기 영향에 대하여 통합적인 이해를 증진시키는 것을 목적으로 진행된다. 난임상담사에게 제공된 정보는 난임의 심리사회적인 부분에 관한 정보로 구성되어 있다. 각 개인 또는 난임 부부의 상담 및 지원의 목적은 난임의 심리사회적인 측면과 가능한 한 의료적 치료(medical treatment)를 어떻게 효과적, 건설적으로 관리하는지에 대한 전략들을 개발하는 것이다.

난임상담의 가치 및 전략은 첫째, 난임상담이 대상자들에게 비지시적이며, 난임이라는 도전과제에 대해 난임대상자들이 자조적으로 관리할 수 있도록 지원하는 것이다. 상담은 최신의 과학적 지식을 바탕으로 심리적, 의료적, 대안적 의료(alternative medical)와 다른 치료적 중재의 가능성과 한계를 고려한다.

둘째, 치료적 지원(therapeutic support)은 난임이라는 상황이 바람직하지 않으므로 난임의 위기를 극복하는 건설적인 대체기전을 발전시키

는 것을 목적으로 한다. 이와 같은 지원은 정신치료학(psycho therapeutic) 또는 정신의학적 치료로 대신할 수는 없다.

셋째, 상담내용은 남성과 여성이라는 성별 다른 신체적 기능에 대한 인지 또는 자존감과 같은 개인적 영향(특히 난임원인 인자가 남성에게 있는 경우), 난임으로 인한 부부간의 영향(의사소통 문제 및 성적 어려움), 그리고 사회적 영향(난임을 둘러싸고 있는 금기와 낙인) 등 대두되는 현안들로 구성되므로 필요시 성별로 구분하여 접근할 필요가 있다.

넷째, 기증된 생식세포를 이용한 가족의 구성은 향후 대두될 문제의 구체적인 결과를 예측하여, 생식세포 기증을 고려하고 있는 대상자와 난임 당사자 및 부부 상담과정에서 확실한 조건들을 확인하고 감당할 수 있어야 한다. 또한 상담이 이루어지는 동안 이와 같은 가족구성 방안의 장기적인 영향을 조사하여야 한다(출생아와 중요한 다른 사람들과의 정보를 공유)(ESHRE, 2015).

## 라. 부부관계에 대한 난임상담

난임과 부부관계 또는 성생활은 여러 측면에서 연관되어 있다. 생식 및 성적 기능은 개별적 경험의 핵심적 측면의 하나이며, 난임으로 인한 위기와 밀접하게 연관되어 있다. 성적 기능장애는 난임 진단에 앞서 나타날 수 있으며, 검사나 치료에 의해 심화될 수 있고, 어떤 경우에는 난임의 원인이 되기도 한다.

성생활에 대한 상담을 시작하는 것은 난임대상자와 상담을 하는 의료진 또는 상담사 모두에게 어려운 일일 수 있다. 만약 아직 신뢰관계가 충분히 형성되지 않았다면, 상담사의 질문은 사생활을 지나치게 침해하는 것으로 여겨질 수 있다. 또한, 부부 중 한 쪽은 이 문제에 대해 논의하기

를 원하는 반면, 다른 한 쪽은 그렇지 않은 경우도 있다. 이러한 어려움 또한 개개인의 사회문화적 성향에 의한다는 점과 난임과 관련된 다양한 원인으로 인해 발생되므로 상담사는 소통기술로서 난임과 연관된 성생활의 문제에 대한 전문적인 지식을 가지고 있어야 한다. 또한, 성적 행동에 대해 솔직하게 논의할 수 있도록 적절한 질문을 세심하게 할 수 있어야 한다. 성 문제라고 인식하는 정도가 주관적인 것이며, 문화적 요인에 의해 결정된다는 점에서 성적 문제에 대해 개인이 어떻게 받아들이고 있는지를 세심하게 고려할 필요가 있다.

## 2. 난임여성의 사회심리적 건강 연구 동향

### 가. 난임여성의 심리 및 정서적 상태

일반적으로 난임부부 중 여성이 남성 배우자보다 더 심각한 스트레스로 고통받게 되는데, 스트레스는 분노, 우울, 불안, 부부의 결혼생활 문제, 성기능 장애, 사회적 고립과 같은 정서적 문제와 관련이 있다. 난임을 치료하고자 보조생식술을 위해 시술병원을 방문한 여성의 대부분은 여러 정서적 문제 중 우울감과 불안장애가 더 심각한 것으로 나타났다(Stanton et al., 2002). 이러한 감정은 보조생식 시술 후 임신에 실패할 경우 평균 18개월간 지속되는 것으로 나타났다(Mousavi et al., 2015).

난임여성이 스트레스에 어떻게 반응하고 적응하는가는 심리사회적인 요인에 따라 달라질 수 있는데, 심리사회적 지지대상이 있을 때 난임여성은 부정적인 스트레스에 대처할 수 있다(Burns & Machin, 2013). 난임 여성은 남편, 가족, 친구로부터의 지지를 요구하고 있으며, 여성들은 남

정보보다 사회적 지지의 효과가 더 큰 것으로 나타났다(Berger et al, 2013).

또한 난임은 자존감, 여성성, 다른 사람들과의 사회적 관계에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(Cedars, 2005). 난임 문제에 대해 상담을 기피하는 난임원인 보유 당사자의 특성을 살펴보면 대다수가 배우자나 가족들을 통해 위로와 지지를 받으려고 하며, 스트레스 정도가 심할수록 외부인으로부터의 난임상담을 외면하는 경향을 보인다. 따라서 구두를 통한 상담 뿐 아니라 문서 또는 만화 등을 활용한 간접적인 방식으로 지식을 전달하는 등 자연스럽게 상담으로 이어질 수 있는 방법 등이 필요하다고 제안하고 있다(Boivin et al., 1999).

#### 나. 심신 프로그램의 임신성공 효과

난임 대상자의 사회정신·심리적 문제를 완화하기 위해 실시하는 요법으로는 난임에 대한 심신치료요법(심신 프로그램)이 대표적이다. 심신치료란 정신과 신체를 통합한 접근방법이며, 난임 분야에서는 이완요법<sup>3)</sup>, 인지치료, 사회적 지지, 새로운 스트레스 관리법 등을 포함한 치료요법으로 개발되어 활용되고 있다.

난임 대상자의 임신 성공확률과 심신치료의 연관성에 대한 연구는 1985년에 최초로 콜롬비아에서 이루어졌다. 심신치료를 받은 난임 대상자 7명 중 4명은 임신을 했지만 대조군에서는 한 명도 임신하지 못하였다(Sarrel & DeCherney, 1985 재인용: Domar, 2002). 이 연구는 연구

---

3) '이완 반응'은 하버드 대학의 교수이자 심장의학자인 허버트 벤슨 박사에 의해서 1970년 대 처음 사용되어 스트레스 반응과 반대되는 신체적 반응을 설명하는 용어임. 이완 반응은 자율신경계와 중추신경계의 자극이 감소되고 부교감신경의 반응은 증가하며 근골격계 긴장도와 심혈관계의 긴장도가 떨어지고 내분비계 기능에 변화가 나타나는 것을 말함.

대상이 소수이고 방법론 측면에서 그 효과를 일반화하기 어렵지만 난임에 미치는 심신치료의 효과에 대해 관심을 촉발시킨 계기를 마련하였다. 이후 실시한 연구에 의해서도 심신 프로그램에 참여한 난임대상군이 프로그램 비참여 대조군에 비해 출산율이 높았다. 또한 심신 프로그램 참여 집단과 지지를 받은 집단에서는 불안 및 우울 증상이 감소한 반면, 대조군에서는 증가하여 정신건강 측면에서 유의한 차이를 보였다. 또 다른 연구에서는 심신 프로그램에 참여했던 132명의 난임여성 중 42%가 프로그램이 종료되고 6개월 이내에 임신에 성공했으며, 프로그램 참여 전에 더 우울했던 여성일수록 프로그램 종료 후 임신 성공비율이 더 높게 나타났다. Domar는 지속적인 연구들을 통해 난임여성이 겪는 부정적인 감정이 보조생식 시술효과를 감소시키고, 또한 치료를 중단시키는 주 원인이 되어 결과적으로 임신가능성을 낮추게 되므로, 심리적인 증재는 이러한 부정적 감정과 정서적 고통을 감소시킬 뿐만 아니라 임신을 성공시키는데 기여한다고 주장하였다(Domar, 2002). 또 다른 연구에서도 보조생식 시술을 받는 여성이 스트레스 정도가 심할수록 임신성공률이 낮은 것으로 나타났다(Smeenck et al., 2001; Boivin & Takefman, 1995).

일본에서 실시된 연구에 의하면 심신 프로그램이 적용된 집단에서는 스트레스가 감소하고 임신을 저해하는 세포의 활동성이 저하되었으나 대조군에서는 변화가 없었다. 결국 심신 프로그램 증재 그룹은 35%의 출산율을 보였으나 대조군에서는 13.5%만이 출산하였다(Hosaka et al., 2002).

Bentley·Mascie-Taylor(2002)는 난임을 경험하는 여성에게 나타나는 우울이 임신을 방해하는 데 주목하고 심신 프로그램을 이용하여 우울을 완화시키는 증재를 시행하였다. 그 결과 프로그램이 종료되고 6개월 만에 임신하는 사례가 증가하는 결과를 얻었다. 난임 극복을 위해 효과적인

인 정서적 지지에 초점을 둔 심신프로그램을 설계하고 그에 대해 평가한 연구도 수행되었다(O'Donnell, 2006).

이와 같이 심신 프로그램은 1980년대 중반 이후 난임 영역에 도입되어 활발하게 적용, 확대되고 있으며, 그 중 대표적인 기관이 미국의 'The Domar Center for Mind/Body Health'이다. 4) 이 기관에서는 난임 여성의 부정적 감정과 정서적 고통을 완화시키고, 임신 가능성을 높이는 프로그램을 운영하여 임신 성공 등 다양한 측면에서 효과를 보이고 있다(Domar, 2007).

최근에도 사회적 지지가 난임여성의 정신건강에 미치는 효과를 평가한 결과, 가족의 지지는 난임여성의 난임 관련 스트레스에 강력한 영향을 미쳤다. 친구로부터의 지지는 난임여성의 사회적 스트레스를 감소시켰다(Mousavi et al., 2015).

반면, 심신 프로그램이 난임 스트레스와 부정적인 정서적 문제의 감소에는 유의한 영향을 미치지만 임신을 자체와 직접적인 관련성을 증명하기에는 아직 부족하다는 연구들도 발표되고 있다(de Klerk, Hunfeld & Duivenvoorden, 2005). 체외수정시술을 받은 여성의 불안을 감소시키기 위해 심신 프로그램을 적용한 결과, 중재서비스를 받은 집단의 불안이 유의하게 감소되었으나 임신성공률의 차이는 유의하지 않은 것으로 나타났다(Chan et al., 2006).

우리나라에서는 체외수정 재시술 난임여성을 대상으로 심신프로그램이 미치는 효과를 분석한 실험연구 결과, 실험군 및 대조군 대상자 집단 간의 동질성 보정 후 실험군의 착상률이 대조군에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다(김미옥, 2009). 또한 심신프로그램에 참여한 난임여성의

---

4) 동 센터에서는 난임여성을 대상으로 10주간의 프로그램(Mind/Body Program for Infertility)을 운영 중에 있음.

수는 소수이었지만 심신프로그램을 통해 원망 등의 부정적인 생각과 고립감 등의 감정들이 난임여성 스스로 만들어 낸 산물이며 그렇기에 조절 및 통제가 가능하다는 것을 인식하여 대처방법을 찾을 수 있게 된 것으로 나타났다. 이러한 결과는 난임으로 인한 심리적, 정신적 고통에 대한 심리적 중재가 부정적인 감정을 감소시키고 사회적 지지를 얻게 되면서 체외수정 또는 난자, 정자 공여 등 다양한 방법들에 대해 보다 개방적인 태도를 가지게 되면서 임신 가능성이 높아진 것으로 평가할 수 있다. 더 나아가 심리적 중재는 결국에는 난임여성의 삶의 질을 개선시키는 효과를 가져 오는 것으로 설명할 수 있다(하영운, 2013).

이상의 연구들을 살펴보면, 심신프로그램을 통한 중재가 공통적으로 난임여성이 경험하는 심리적인 고통을 경감시키고, 사회적인 관계를 향상시키며, 결과적으로 난임여성들의 전반적인 삶의 질을 향상시킨다는 점에 있어서는 비교적 일치된 결과를 보이고 있다. 다만, 심리적 중재가 임신율과의 직접적인 관련성에 대해서는 일부 긍정적인 결과를 가져오는 것으로 평가할 수 있다.

이상의 결과를 종합할 때, 원인불명의 난임이 많은 우리나라 난임부부의 특성을 감안하면 정부 ‘난임부부 지원사업’의 일환으로 난임여성이 경험하는 상실감, 스트레스, 우울감 등 정신적 위기를 완화하기 위한 사회적, 정서적지지 프로그램의 개발이 필요하다고 제안할 수 있다. 의료 및 심리 상담을 비롯한 알 권리 보장 및 사회적 지지체계 구축은 난임으로 초래되는 불안, 우울 및 스트레스 등에 대한 중요한 방어역할을 하기 때문이다.

생식보조술(ART, assisted reproductive technology)을 통한 임신의 산과합병증 및 출산예후는 자연임신(spontaneously conceived pregnancies)에 비해 이상 또는 고위험 출산의 위험성이 높을 것으로 예

상하고 있으나, 실제 고령산모에 있어서는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않는다. 따라서 난임부부 혹은 여성에게 제공되는 시술에 대한 명확한 정보는 다양한 형태의 임신 관련 심리적 문제를 완화해주는 효과가 있다. 그러나 그 효과는 이전에 보조생식시술 경험이 있었던 여성의 경우에는 통계적으로 유의하게 의미있는 효과가 발견되지 않았다(김경아 등, 2003).

제 3 장

주요 선진국의 난임상담 정책  
및 프로그램 운영실태

1. 영국
2. 독일
3. 일본
4. 호주



# 3

## 주요 선진국의 난임상담 정책 << 및 프로그램 운영실태

### 1. 영국

#### 가. 보조생식술 지원체계

영국은 난임 시술과 관련하여 다른 유럽연합 국가들에 비하여 의료 접근성이 낮은 것으로 알려져 있다. 23개 유럽국가 연합 중에서 난임 시술에 대한 재정적 지원수준이 17위를 차지하고 있다(Balen & Rutherford, 2007). ‘유럽생식·배아의학회(The European Society of Human Reproduction and Embryology; ESHRE)’의 보고서에 의하면, 2003년 영국은 체외수정 시술건이 덴마크, 벨기에, 프랑스에 비하여 시술 실적이 낮았다<sup>5)</sup>. 보조생식술 등 난임과 관련된 정부의 관리 및 지원 체계는 ‘인간출산·배아국(HFEA; the Human Fertilization and Embryology Authority)’, ‘NICE(National Institute for Clinical Excellence)’, ‘PCTs(Primary Care Trusts)’ 등을 통하여 이루어지고 있어 질적인 서비스를 위한 제도적 기반은 체계적으로 구축되어 있다. ‘인간출산·배아국(HFEA)’에서는 보조생식 시술을 실시하는 병원 및 클리닉을 모두 관리하며, 인간배아 연구, 배우자 및 배아를 저장하는 기관들을 관리하고 그와 관련된 면허를 부여하고 있다. 전국적인 보조생식술을 수행하는 의료시설에 대한 가이드라인을 정하고, 관련 정보를 제공하

5) More than 3m babies born from IVF  
<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/5101684.stm>

고 있다. 또한 난임대상자가 난임치료 또는 보조생식 시술기관을 선정하는데 여러 가지 고려해야 할 요소들이 있는데, 대부분 관련 정보들을 이 기관에서 제공하고 있다<sup>6)</sup>.

난임 관련 의료서비스 및 시술의 질을 향상시키기 위하여 정부정책에 대한 권고사항은 ‘NICE(National Institute for Clinical Excellence)’에서 수행하고 있다. NICE는 1999년 설립되어 NHS(National Health Service)에서 사용할 수 있다고 허가한 새로운 의약품이나 치료방법의 효과를 평가하고 있다. 따라서, 난임치료 또는 보조생식술이 보다 더 합리적으로 이루어질 수 있도록 지원하고 있어(NICE, 2013), 다양한 보조생식 시술에서의 의약품 사용과 시술과 관련된 NICE의 역할은 매우 중요하다고 평가할 수 있다.

#### 나. 보조생식술 지원 요건

영국의 난임부부는 7쌍 부부 중 1쌍에 이르러 우리나라와 유사한 수준을 보이고 있다. 보조생식 시술 비용의 지원은 NHS에서 담당하며 체외수정 시술에 따른 NHS 기금 지원은 가이드라인의 근거에 따른다. 보조생식술을 이용한 난임치료 시 난임대상자가 시술에 대한 정보를 충분히 얻을 수 있도록 가이드라인을 제공하고 있으며, 그 내용으로는 난임의 원인 및 치료방법, 체외수정 성공률 및 주의사항, 시술 비용의 적정선 등이 포함되어 있다. 무엇보다도 치료에 들어가기 전에 충분한 정보를 제공하고 상담을 실시한 후 시술을 시작하도록 권장하고 있다.

NHS 기금은 영국, 웨일즈, 스코틀랜드, 북아일랜드 총 4가지 종류가

---

6) Choosing a Fertility Clinic  
<http://www.fertilityexpert.co.uk/ChoosingAFertilityClinic.html>

있는데, 난임 치료를 위한 기금을 지원받기 위해서는 해당 지역의 일반인에게 진료를 받고 조건에 부합되는지를 먼저 확인받아야 한다. NHS 기금을 통해 치료를 받고자 하는 대기자가 많아 대기시간이 오래 소요되고 있어, 30세 이상일 경우에는 사립병원을 추천한다. 이 때 NHS 기금 지원 이외 서비스 비용은 본인이 부담한다. NHS 기금을 통해 치료를 받는 경우에도 배란유도제 처방비용 및 약제비용은 본인이 지불해야 한다. 연구를 위해 난자를 제공하는 경우에는 시술비용의 일부를 지원해 준다. NHS 기금으로 지원되는 시술은 ‘인간출산·배아국(HFEA)’에서 시술기관을 관리 감독하기 때문에 건강을 지키면서 안전하고 적절한 치료를 받을 수 있다는 장점이 있다.

국가보건의료서비스(NHS) 산하 NICE에서는 체외수정의 경우 신선배아 이식을 3회 시술하고, 그 이후에는 난임여성의 건강을 고려하여 냉동배아로 대체할 것을 권고하고 있다. 그렇지만 실제적으로 NHS에 의해 지원, 수행되고 있는 것은 한 사이클의 체외수정이다. 2005년 4월, 정부는 모든 난임을 경험하고 있는 부부는 NHS에 의해 재정지원이 이루어지는 1회의 체외수정 시술을 받을 권리가 있다고 선언하였으며, 이는 NICE의 권고가 중요하게 작용한 것이라고 볼 수 있다<sup>7)</sup>.

‘PCT(Primary Care Trusts)’는 NICE의 기준을 기초로 지역의 재정여건 및 기타 난임대상자의 여건을 고려하여 재정 지원여부를 결정한다. 실제로 PCTs는 추가적인 여러 가지 자격요건을 부여하고 있는데, 이는 난임부부가 체외수정과 관련하여 NHS에서 실제적으로 재정지원을 받는데 중요하게 영향을 미친다. NICE는 시술시점에서 난임여성의 연령이 23~39세 일 경우, 그리고 3년 이상 난임인 경우<sup>8)</sup>에 3번의 체외수정 사

7) Cost of Fertility Treatment

[http://www.gettingpregnant.co.uk/cost\\_information.html](http://www.gettingpregnant.co.uk/cost_information.html)

8) Can I get IVF treatment on the NHS? <http://www.nhs.uk/chq/Pages/889.aspx>

이클에 대해 NHS가 지원할 것을 제안하였다.

난임부부에게 요구되는 NICE의 적용기준과 PCTs의 적용기준은 주마다 약간씩 다르다. 잉글랜드주와 웨일즈주는 NICE의 기준을 적용하고 있으나, 스코틀랜드와 아일랜드는 약간 다른 형태를 띠고 있다. NHS 시스템 내에서의 적용 규정은 PCT에 따라서 상이하다. 어떤 PCT는 35~39세의 난임여성에게만 서비스를 제공하는 반면, 다른 PCT는 오랜 기간의 난임을 경험하는 젊은 난임여성에게만 서비스를 제공한다. 그러나 공통적으로 40세 이상 여성에게 시술서비스를 제공하고 있는 PCT는 없다. 이와 같이 NHS 재정지원 하에서 보험급여 조건이 되기 위해서는 여러 가지 조건이 충족하여야 할 것을 명시하고 있는데, 이러한 조건들은 지역의 PCT의 운영사정에 의하여 달라진다.

NHS의 재정 지원 하에서 가능한 난임치료 및 보조생식 시술 서비스는 약제, 인공수정(IUI), 난자세포질내정자주입술(ICSI), 기부가 가능한 공여된 난자 및 정자를 이용한 체외수정 시술 등이다. NHS는 국가적인 측면에서 일부 보조생식술 서비스를 제공하고 있으며, 여기에는 임신율을 높이기 위한 의약품 등이 포함된다.

#### 다. 보조생식 시술 현황

2010년 NHS로부터 시술비를 지원받은 체외수정 시술 여성은 40.6%이었으며, 난자 또는 정자 공여 시술의 경우, 18.8%이었다(HFEA, 2010). 따라서 이 외 난임부부들은 체외수정 시술 자체를 받지 못하거나 NHS에 의해 시술받지 못하고 민간의료기관을 이용하기도 한다. 시술비용은 시술유형에 따라 다르지만 체외수정의 경우 대략 £4,000~£8,000로 난임부부가 비용을 부담하게 된다<sup>9)</sup>.

HFEA는 1991년 이후부터 난임 시술을 받기 위하여 등록된 대상자 정보를 수집하여 왔다. 체외수정 시술건수는 1990년대 후반기부터 둔화되었다가 2003년 이후 급격히 증가하는 양상을 보이고 있다. 체외수정 시술을 받은 기혼여성이 임신을 하기 위해 노력한 기간은 평균 4.7년이었으며, 연령층은 37세 이하가 약 2/3이었고, 평균 연령은 35.1세이었다. 남자 또는 정자 공여를 받은 여성의 연령은 평균 35.2세이였으며 이들이 임신을 하기 위하여 노력한 기간은 평균 4.1년이였다. 난임의 원인은 체외수정 시술의 경우, '원인불명'이 30% 수준으로 가장 높았다(HFEA, 2010).

## 라. 난임상담 정책 및 프로그램

영국은 난임문제 그 자체와 난임으로 인한 여러 검사와 치료 자체가 난임대상자들에게는 심리적인 스트레스 요인이 되기 때문에 NHS에서는 난임의 어려움을 겪고 있는 대상자들에게 2004년부터 상담프로그램을 운영하여 제공해 오고 있다. 난임대상자가 원하는 경우 담당 주치의(GP)를 통해 상담서비스를 제공하고 있다. 2010년부터는 전반적인 정부정책으로서 GP서비스에 인지행동치료(Cognitive behavioral therapy)를 포함하여, 난임에 관한 치료(therapy)와 상담(counselling)<sup>10)</sup> 서비스를 제공하고 있다. IAPT(Improving Access to Psychological Therapy) 프로그램을 GP 서비스에 포함하여 경험이 풍부하고 자격을 갖춘 훈련된 치료사(therapist)를 통해 상담 및 치료요법을 제공하여 난임대상자들을 지원하고 있다. 정해진 GP로부터 상담이나 치료 서비스 이용이 어려울 경우, GP는 난임대상자를 지역 내 다른 상담사 또는 치료사에게 의뢰 및 연

9) Human Fertilisation and Embryology Authority. <http://www.hfea.gov.uk>

10) Counselling

<http://www.nhs.uk/conditions/counselling/pages/introduction.aspx>

제하여 서비스를 받도록 하고, 이 경우 NHS가 비용을 지불한다. 그러나 난임대상자가 NHS가 아닌 민간기관의 상담서비스를 이용할 경우 관련 비용은 본인이 부담한다.

영국에는 난임상담과 치료를 제공하는 여러 민간기관이 활동하고 있다<sup>11)</sup>. 즉, British Psychological Society(psychologists)', 'British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapies (BAACP, cognitive behavioral therapists)', 'Association for Family Therapy(AFT, family therapists)', 'British Association for Counselling and Psychotherapy(BACP, counsellors and therapists)', 'British Psychoanalytic Council(BPC, psychoanalytic psychotherapists)', 'UK Council for Psychotherapy(psychotherapists)', 'The Health and Care Professions Council(practitioner psychologists and art therapists)', 'Association of Cognitive Analytic Therapy(cognitive analytic practitioners and psychotherapists)' 등의 단체 및 협회가 구성되어 있다.

## 1) 운영 기관 또는 주체

대체로 영국에서 전체 부부 가운데 84%가 1년 이내에 자연적으로 임신하며, 2년 이내 92%, 그리고 93% 부부가 3년 이내 자연적으로 임신하는 것으로 추정된다. 3년간의 기간이 지나 임신을 시도한 부부가 1년 내에 임신할 가능성은 25% 이하로 나타나고 있다.<sup>12)</sup>

난임 치료를 비롯한 의료 및 심리상담은 NHS에서 제공하는 다양한 서

---

11) Counselling <http://www.nhs.uk/conditions/counselling/pages/introduction.aspx>

12) Counselling

<http://www.nhs.uk/conditions/counselling/pages/introduction.aspx>

비스 중의 하나로 시행되고 있다. 난임대상자에게 제공되는 처치나<sup>13)</sup>치료는 난임대상자의 난임 유발 원인에 따라 GP를 통해 난임대상자가 거주하는 지역의 CCG(Clinical Commission Group)에서 치료가 가능한지에 따라 달라지며, 난임대상자 거주지역에서 서비스가 어려울 경우, 주치의를 통해 난임대상자를 다른 지역으로 연계하여 제공한다.

난임대상자가 담당 주치의를 방문하면 해당 주치의는 난임치료 자격대상 및 기준 등에 대해 안내하고, 주치의가 정밀검사가 필요하다고 판단하면 관련 전문가에게 의뢰한다. 이 때, 비용은 국가보건의료서비스(NHS)에서 지불된다. 모든 난임 대상자들은 초기 검사를 위해 국가보건의료서비스(NHS) 클리닉으로 이송될 수 있는 자격을 갖고 있다<sup>14)</sup>.

## 2) 의료 상담

상담은 검사와 치료가 이루어지기 전, 검사와 치료과정 동안, 그리고 검사와 치료 이후까지 모든 과정과 결과에 관계없이 제공된다(NICE, 2013). 또한 의료상담은 객관적인 관점에서 상담할 수 있도록 난임 당사자 및 부부의 난임 문제에 직접적으로 관여하지 않는 사람이 제공하는 것을 원칙으로 하고 있다(NICE, 2013).

국가보건의료서비스(NHS)에서 난임상담 또는 지원은 대부분 GP를 통해 이루어지고 있는 것으로 나타났다. GP 상담은 임신을 시도한지 1년 이하이거나 통상적인 부부관계를 해오지 않는 사람이라면 자연적인 임신 가능성을 확인하기 위해 당분간 계속해서 임신을 시도해 볼 것을 제안한

13) Infertility - Treatment  
<http://www.nhs.uk/Conditions/Infertility/Pages/Treatment.aspx>

14) Infertility - Treatment  
<http://www.nhs.uk/Conditions/Infertility/Pages/Treatment.aspx>

다. 그러나 지난 1년간의 임신 시도에도 불구하고 임신이 되지 않는 부부의 경우 상담을 받도록 권유하고 있다. 여성의 연령이 36세 이상일 경우, 가급적 빨리 GP 방문을 권고한다. GP는 방문한 난임대상자와 상담을 통해 왜 임신이 안 되는지 전반적인 원인을 확인하여, 임신의 어려움이나 문제가 있는 경우 난임대상자의 의료기록을 통해 난임상태를 확인하기 위한 검사를 실시한다. NHS에서 난임치료를 위한 주요 방법은 임신을 돕는 (약물)치료, 외과적 절차, 임신지원 상담 등이다<sup>15)</sup>. 또한 GP는 NHS 병원이나 난임 시술클리닉으로 의뢰하여 가장 일반적인 초기 임신검사를 받도록 한다. 난임검사, 정자테스트, 배란확인을 위한 혈액검사, 골반염 증성 질환과 관련 있는 클라미디아에 대한 검사, 초음파 검사, 나팔관 검사를 통해 지속적으로 임신이 되지 않는 원인의 약 80%를 발견한다. 그 나머지 약 20%는 명확하지 않는 원인불명으로 판정한다.

명확한 원인의 발견여부에 관계없이 GP는 방문한 난임대상자에게 치료를 위한 다음단계 전 과정에 대해 설명하고 논의한다. 이는 추가적인 검사와 치료를 위해 NHS 병원에서의 외과적 절차(surgical procedures)로서 자궁내인공수정, 체외수정(IVF), 나팔관 수정(fallopian tube surgery) 등까지 포함하고 있으며, 출산클리닉(fertility clinic)으로 의뢰되어 치료를 받는 것까지 포함한다. 국가 차원에서 운영하는 웹사이트 'Healthtalk.org'에서는 난임과 임신지원 경험들을 공유하도록 지원하고 있다<sup>16)</sup>.

이상과 같이 GP는 난임대상자들의 신체적 건강문제, 정신건강서비스, 사회적 보호 서비스(social care service)에 관한 포괄적인 접근방식을

15) Infertility - Treatment  
<http://www.nhs.uk/Conditions/Infertility/Pages/Treatment.aspx>

16) Infertility  
<http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/pregnancy-children/infertility/topics>

통해 통합적으로 관리하는 역할을 수행하고 있다. GP는 난임대상자의 요구에 따라 시술의사, 간호사, 의료서비스 보조자, 상담사 등의 인력들과 협력관계를 통한 팀 접근방식을 취한다. 따라서 난임대상자들의 보건교육, 금연, 식생활, 클리닉 운영, 백신처방과 단순한 외과적 수술을 비롯하여, 난임부부와 같은 정신과적 문제를 다루는 상담 역량 역시 GP가 되는 교육과정(Being a General Practitioner)<sup>17)18)</sup>에 포함되어 있다.

### 3) 사회심리 난임상담

난임상담사(infertility counsellor)는 사회적, 심리적 측면과 함께 의료적, 기술적(technical) 과정에 관한 충분한 정보를 갖추도록 훈련된 인력이다. 상담은 난임의 어려움을 겪고 있는 개인과 부부에게 치료 전, 치료 동안, 치료 이후까지 이용 가능하며, 상담의 횟수는 개인의 상황과 필요에 따라 달라지며 모두 예약으로 이루어진다. NHS에서 난임대상자는 치료를 위해 병원으로 의뢰되자마자 곧바로 상담지원을 받을 수 있다.

### 4) 난임상담 제공인력 요건

영국의 난임클리닉(infertility clinics) 상담사 자격에 관해서는 1991년 제정된 ‘인간 출산배아법(The Human Fertilization and Embryology Act)’을 근거로 하고 있다. 동 법에서는 상담사가 되기 위한 최소한의 자격기준으로 ① 사회사업자격 증명(a certificate of qualification of

17) Being a General Practitioner

[http://www.gmc-uk.org/1\\_Being\\_a\\_GP\\_May\\_2014.pdf\\_56885557.pdf](http://www.gmc-uk.org/1_Being_a_GP_May_2014.pdf_56885557.pdf)

18) The RCGP Curriculum: Professionals Modules

<http://www.rcgp.org.uk/~media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-2-01-GP-Consultation-In-Practice.ashx>

social work), 또는 사회사업 교육과 훈련을 주관하는 중앙위원회(Central Council)가 인정한 동등한 자격, 그리고 ② ‘영국상담사협회(British Association of Counsellors)’에 의해 인가 또는 심리학자(정신과의사 포함)로 면허를 받은 경우라고 제시되어 있다(Thorn et al, 2001).

‘영국난임상담사협회(British Infertility Counselling Association: BICA)’의 지침에는 난임상담 자격, 난임상담 교육과정, 난임상담 인증에 대한 사항이 명시되어 있다. 구체적으로 동 협회에서 명시한 난임상담 자격은 ① 상담·정신(심리)요법, 임상 또는 상담심리분야에 대해 대학교육 수준 이상의 인정된 자격이거나 ‘영국난임상담사협회(BICA)’에서 인가된 회원, ② 민간 관련 전문 기관의 회원/ 훈련과정과 행동 또는 윤리에 관한 적절한 기준(code)을 준수하기로 동의하거나 ③ 영국난임상담사협회(BICA) 회원으로 규정하고 있다(BICA, 2012).

‘영국난임상담사협회(BICA)’에서 제공하는 교육과정(Attending BICA training courses)은 각 훈련과정에 참여하는 피교육대상자를 위한 맞춤형으로 제공된다. 또한 인가받은 클리닉에서 근무하기 전 훈련된 상담사를 위한 기초과정도 제공하고 있다.

영국에서는 난임상담을 ‘인간출산·배아국(HFEA)’에 의해 인가받은 클리닉의 전문적인 분야로 인정하여 보조생식 시술기관에서는 공인된 난임상담사를 배치하여야 한다.<sup>19)</sup>

---

19) How to become an infertility counsellor  
<http://bica.net/how-become-infertility-counsellor>

## 5) 난임상담료

국가보건의료서비스(NHS)에서 GP나 병원, 난임클리닉(fertility clinic)에서 난임 치료와 상담을 받으면 본인부담은 발생하지 않는다. 또한 민간기관이라 하더라도 GP에 의해 연계된 민간서비스의 경우라면 역시 NHS에서 지원한다. 그러나 난임대상자가 NHS를 대신하여 민간기관에서 치료와 상담을 원하면, 비용은 전적으로 난임대상자가 부담하게 된다. 런던의 Bridge Fertility Center 사립병원이 자체에서 정한 상담료(2006년 기준)를 살펴보면 초기상담 45분 150£, 추적상담 30분£이며, 검사결과검토를 위한 상담료의 경우 15분 기준 46£, 추가상담 69£이다. 그러나 시술결과에 대한 검토 및 상담료는 무료이다<sup>20)</sup>.

### 마. 정신적 지지 및 상담의 효과

NICE(National Institute for Clinical Excellence)에서는 부부가 난임으로 진단되면, 남성과 여성 모두에게서 발생하는 스트레스가 부부간의 관계형성에 영향을 미치며, 이는 난임 문제를 해결하는 데 부정적인 영향을 줄 수 있다는 점을 반드시 알려줄 필요가 있다고 제시하고 있다(NICE, 2013). 난임부부에게 난임은 상당한 심리적 중압감과 함께 다른 사람과의 관계에서도 정신적 스트레스를 줄 수 있다. 이에 따라 NHS에서는 난임부부에게는 지지그룹(support group)을 형성하여 난임으로 인한 트라우마적 어려움을 상담사에게 상담함으로써 도움을 받도록 권유하고 있다.

일차적으로 GP는 난임치료의 일환으로 상담사에게 의뢰하여 치료받

20) [www.thebridgecentere.co.uk/treatment.htm](http://www.thebridgecentere.co.uk/treatment.htm)

도록 하고 있다<sup>21)</sup>. 난임대상자들은 담당 주치의에게 치료, 생활방식 또는 약 복용 등 이용 가능한 도움을 요청하도록 하고 있다. 상담사들은 치료 선택 방안에 대해 논의하고 난임을 겪는 부부에게 난임으로 인해 받는 영향과 감정적인 상태 및 발생된 정신심리 문제에 대해 논의한다. 난임치료 동안 NHS 난임클리닉에서는 치료 전, 치료동안 그리고 치료 이후까지 난임대상자들에게 상담을 제공하며, 제외수정 대상이 되는 여성은 만 37세 이하, 37~39세, 40~42세 연령 으로 구분하여 돌봄(care)의 원칙들이 지켜진다(NICE, 2013). 상담사는 난임부부로 하여금 자신들의 감정상태를 확인하고, 현재의 상황에 대한 명확한 이해와 새로운 대처방안을 찾는 데 도움을 준다.

## 바. 난임 자조모임

난임 경험 부부들은 그들이 난임자조그룹(fertility support group)과 접촉하는 것이 도움이 된다는 것을 충분히 인지시킬 필요가 있다(NICE, 2013). 난임 대상자 담당 GP는 대화요법(talking therapies), 생활습관 변화, 약물복용을 포함해서 난임대상자에게 가능한 도움을 주도록 하고 있으며, 또한 자조모임에 관한 정보를 제공하도록 하고 있다(NICE 2004). GP나 난임클리닉에서는 난임부부들에게 제안하여 가까운 지역 내의 자조그룹(support group)과 연계하도록 안내한다. 즉, 난임문제가 있는 부부들에게 서로 접촉하는데 도움을 주어 그들의 경험을 서로 나누게 하는 Infertility Network UK를 비롯하여 Infertility UK가 운영되고 있다. 이 외 난임으로 고통 받고 있는 사람들을 서로 돕는 단체로,

21) Infertility - Treatment

<http://www.nhs.uk/Conditions/Infertility/Pages/Treatment.aspx>  
<http://www.nhs.uk/Conditions/Infertility/Pages/Treatment.aspx>

Face-to-face support groups, telephone helplines, Fertility clinics, Female infertility, 그리고 난임 남성 또는 난임여성의 배우자인 남편들을 위한 Male infertility 등과 같은 다양한 자조그룹이 GP를 통해 연계되어 있다. 또한 Infertility Network UK(in UK) website, Fertility Friends website 등의 온라인 모임이 운영되고 있다.

한편, London Women's Clinic Support Group<sup>22)</sup>에서는 난임대상자들과 비난임대상자들로 구성되어 매달 서로의 경험을 교환함으로써 비난임대상자들이 난임대상자인 동료들을 어떻게 지지해야 하는지 알 수 있게 하며, 난임문제를 겪고 있는 동안 어떻게 대처할 것인지에 대한 정보와 자원을 교환한다. 이 그룹은 비공식적이지만 활동적이고 서로에 대해 믿기지 않을 정도로 서로에 대한 이해를 통해 자조그룹의 연대감을 갖고 있다. 또한 개인별 치료 및 상황과 무관하게 누구나 함께 할 수 있으며, 이성·동성 부부 그리고 독신 여성까지 출산이라는 동일한 희망으로 참여하는 것에 항상 자부심을 갖고 있다. 자조모임의 활동이 성공하기 위한 핵심요소 중의 하나는 난임의 고통을 겪고 있는 것이 혼자가 아니라는 것을 깨닫도록 지원하고 있다는 점이다.

## 2. 독일

### 가. 보조생식술 지원체계

독일은 난임 진단을 위한 처치 및 치료 등의 대부분의 서비스를 사회보험체계 내에서 제공한다. 보조생식술에 대한 보험급여(Insurance ben-

22) The London Women's Clinic  
[http://www.londonwomensclinic.com/london/fertility\\_support\\_group](http://www.londonwomensclinic.com/london/fertility_support_group)

efits)는 ‘사회법(The Code of Social Law, Sozialgesetzbuch)’ 제 5장 27조의 특별규정에 의해 체외수정시술의 경우, 신선배아 이식에 한해(냉동배아 제외) 최대 3회 까지, 인공수정은 배란유도제 사용 시 6회(미사용시 8회)까지 시술비의 50%를 보험급여 적용받는다.

난임대상자가 사회보험 적용을 받기 위해서는 ‘보험급여 확인증(confirmation of coverage)’과 ‘시술계획서’의 기재내용(적응증, 시술방법, 실시 시술종류 및 횟수, 약제 등 예상시술비용 등)을 작성한 후 의료보험기관(The Health Insurer)에 제출하여 승인을 받아야 한다. 사회보험 규정에 의하면 체외수정 또는 자궁내 인공수정(UI)에 대한 적응증 및 시술방법 등의 내용은 전문의에 의해 기재되어야 하고, 전문의는 난임 부부에게 치료의 원칙, 치료방법별 위험도 및 성공률 등을 설명해 주어야 한다고 명시되어 있다.

## 나. 보조생식술 지원 요건

독일 사회보험에서는 보조생식술 급여 적용대상으로 난임여성이 기혼 이면서 연령이 25~40세이고, 배우자의 연령은 불임수술 경험이 없는 25~50세 이하로 제한하고 있다. 따라서 법적 미혼은 급여 적용되지 않으며, HIV 양성 반응자와 정자공여와 같은 제3자의 개입으로 이루어지는 시술은 원칙적으로 보험급여에서 제외되어 자신들의 생식세포를 이용하여야만 한다. 다만, 난임부부가 개인부담으로 공여 정자를 이용한 시술을 요구할 경우, 체외수정이 가능하다. 이 경우, ‘지역의료 윤리위원회’에서 공여 정자를 이용한 시술이 타당하다고 결정하면 가능하다. 그러나 비용 부담자에 관계없이 난자의 공여는 법적으로 금지되어 있어 공여 난자를 이용해서는 체외수정 시술을 시행할 수 없다.

이식배아수는 ‘보조생식술에 관한 법률(Embryo protection law)’에 의거하여 여성의 연령이 38세 이하의 경우에는 2개 이하로, 그 이상의 연령에서는 3개로 제한하고 있으며 이를 위반할 경우 3년간의 징역형벌이 내려진다<sup>23)</sup>.

#### 다. 보조생식기술 현황

독일은 2009년 121개의 시술기관에서 총 67,349건의 체외수정시술이 이루어져 10,073명이 출생함으로써 연 전체 출생아수의 1.5%가 체외수정시술을 통해 출생하였다(Ferraretti, 2013).

보조생식기술기관은 ‘의료전문가법(Ärztliche Berufsordnung)’에 의해 독일의사 조직인 ‘의료협의회(Ärzttekammer)’에 등록되어야 하고, 등록된 클리닉만이 보조생식시술을 시행할 수 있다. 시술클리닉에서 확보하여야 할 전문인력 요건으로는 부인과 내분비학과 생식의학, 부인과 초음파학, 수술 부인과학, 생식 생물학 및 남성학을 전공한 전문의가 적어도 3명 이상 근무하여야 하는데, 각 전문의는 최대 2개의 분야만 전공 분야로 인정하고 있다.

#### 라. 난임상담 정책 및 프로그램

‘인공수정 의료조치에 대한 의사 및 사회보험연방위원회 지침’의 ‘부부에 대한 상담 및 조치의 실행에 관한 소견서’에 의하면 독일에서는 난임 부부를 대상으로 상담이 실시되고 있음을 알 수 있다. 합법적인 조건이 충족되어 의학적 시술 적응증이 확실할 경우에 상담이 이루어지는데 시

23) <https://bundesrecht>

술 적응증을 판정한 의사의 소견서가 있을 때 상담이 이루어진다.

상담사는 대상자 개개인의 의학적, 심리적, 사회적 측면을 중점적으로 접근하여 상담한다. 상담과정에서는 시술에 따른 건강상의 위험과 시술의 성공가능성을 알려야 하며 특히 시술받는 여성이 받을 수 있는 육체적, 정신적, 심리적 부담과 자녀를 가질 수 있는 다른 대안에 대해 구체적으로 설명해야 한다. 또한 체외수정 및 세포질내 정자주입술(ICSI)을 통한 출생아 중에는 기형아의 비율이 높을 수 있으며 경우도 따라(그 원인은 시술방법 또는 난임원인 자체에 의해) 위험이 증가하는 것을 배제할 수 없다는 점을 알려주어야 한다. 상담을 받은 후 증서를 발급받아 소견서와 함께 시술의사에게 제출한다. 의사는 부부가 원할 경우, 유전상담을 받을 권리를 알리고 경우에 따라 시술 이전에 검사를 받을 수 있음을 고지할 의무가 있다. 이와 관련된 상담은 유전적인 기형 관련 가족병력 등의 검사결과를 바탕으로 상담하는 것을 권장한다. 상담내용은 적절한 방법으로 문서화되어야 하며, 부부가 거부한 경우에 대한 사실에 대해서도 문서화되어야 한다(김명희 등, 2013).

## 1) 난임상담 프로그램 개발

독일에서는 출산 및 난임과 관련된 심신연구와 세부적인 치료요법에 대해 지속적으로 발전되어 왔으며, 난임대상자들을 위한 상담전략과 조언들이 제시되었다(Wischmann, 2004). 즉, 난임대상자 중심의 케어가 이루어져야 바람직하며 난임대상자에게 지지 및 초기 상담을 통해 편안함을 느끼도록 기본적인 관계가 형성되어야 한다고 강조하고 있다. 독일과 스위스 등의 여러 국가에서는 의사 및 간호사 등 난임치료 인력들의 의료적 관리뿐만 아니라 난임대상자 중심의 정서적 케어를 통해 이들의

사회심리적인 모형을 의료적 치료와 공식적으로 통합하여 운영하고 있다 (Bundes.rzteammer, 1998).

사회심리적 난임상담 가이드라인은 2005년 'BKID 이사회(Board of BKID)'와 'BKID 전문위원회(working group)'에 의해 수립되어 2008년 보완되었다. 이들 위원회에서는 난임상담의 중요성에 대한 인식을 확산시키고, 의료적 치료(medical treatment)와 난임상담의 통합을 명시하여 상담원칙을 제시하였다. 난임상담 가이드라인은 독일의 지시서(German directives)인 '난임장애(infertility impairment)-정신·신체 중심의 진단(psychosomatic Oriented Diagnosis)과 치료(therapy) 2004'에 바탕을 두고 있다. 동 가이드라인은 '2002년 난임상담 가이드라인', '호주 & 뉴질랜드 난임상담연합회(Australian & New Zealand Infertility Counsellors Association, ANZICA)', '영국 난임상담 연합(British Infertility Counselling Association, BICA)', 그리고 '미국 정신건강 전문가그룹(Mental Health Professional Group, MHPG)' 등의 난임상담 관련 사항들이 반영되었다. 2002년 독일위원회의 현대의료 법률과 윤리(Legislation and Ethics of Modern Medicine, 2002)를 바탕으로 BKID는 의료제도권내에서 난임상담 서비스가 제공되어야 한다고 주장하였다.

## 2) 난임 전문상담 인력 양성 및 관리

'독일 난임상담협회(Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e. V., BKID)'는 2000년 7월에 설립된 민간기관이며, 2002년 12월부터 독일 난임상담 네트워크 즉, 'BKID e.V(The Counselling Network for infertility Germany, BKID)'에 등록된 기관이다. '국제난임상담사협회

(International Infertility Counselling Organization, IICO)'의 회원 단체로 가입하여 국제 활동에도 참여하고 있다<sup>24)</sup>.

동 협회는 난임상담분야에서 통합적 경험을 가진, 그리고 다수의 자격을 갖춘 전문상담사 조직으로, 주로 사회심리상담사들로 구성되어 있다. 난임 경험 대상자 및 부부에게 치료 전, 치료동안, 치료 후 상담 또는 다양한 지원을 제공하는 것을 목표로 하고 있다. 동 협회는 난임으로 어려움을 겪고 있는 부부나 여성들이 전문적인 상담을 쉽게 접근하여 받을 수 있도록 다양한 활동을 수행하고 있다. 또한 난임과 관련된 다른 전문가들에게 사회심리적 부분에 관한 중요한 정보들을 제공하고 있다. 즉, 난임 상담을 위한 교육훈련 및 교재를 개발하고, 난임상담에 활용되는 실질적 가이드라인을 개발하고 있다. 또한 상담사, 사회복지사, 간호사들을 대상으로 4주간의 주말 교육과정으로 운영되는 난임상담 전문가 훈련프로그램을 통해 전문가들을 양성하고 있다. 산부인과 의사를 대상으로 난임상담 교육을 실시하고 있으며, 교육과정에 심리상담 교육과정이 포함되어 있다.

이와 같이 BKiD는 사회심리적 전문직을 위한 훈련 및 전문성 향상을 위한 업무 등을 지원, 제공하고 있다. 난임 예방분야에서 능동적이고 난임의 영향 및 사회적 인식의 확산을 통해 난임 고유의 관심영역 뿐만 아니라 사회심리학적이고 의료 전문직들에게 전문적 정보를 제공하며, 난임과 관련된 다양한 학문과의 활발한 논의를 촉진함으로써 난임관련 상담인력에게 BKiD 회원자격을 부여하여 인증받도록 하고 있다<sup>25)</sup>. 2008년 BKiD는 이와 같은 영역에 관한 구체적인 지침서를 마련하였다.

24) BKiD <http://www.bkid.de/this-page-in-english.html>.

25) Mission Statement

<http://www.bkid.de/this-page-in-english/preamble-of-the-bkid.html>

### 3) 난임 전문상담 자격 및 질 관리

난임상담의 목적은 각 개인들과 부부들을 위한 정보 제공과 사회적 지원, 그리고 치료적 도움을 제공하는 것이다. 상담사들은 기증된 정자로 수행한 체외수정 등의 특별한 대상자에 대해서는 난임부부의 시술 전·후 상황에 대한 심리상태를 사정할 수 있다. 따라서 난임상담은 충분한 자격을 갖춘 사회심리적 전문가들에 의해 수행되어야 한다. 상담사들의 교육 및 훈련은 상담사들이 BKiD 자격지침(Qualification Guidelines)에 명시된 사항을 준수하여야 한다.

BKiD에 의한 난임상담 인 증은 난임상담에 관한 최소한의 자격이다. BKiD 자격 지침과 보수교육지침은 BKiD 자격위원회(Qualification Committee)에서 과학적 근거를 바탕으로 개발되었으며 개정되어 왔다. BKiD에서 제시하는 ‘심리사회적 난임상담 가이드라인(Guidelines Psychosocial Infertility Counselling)’에 따르면, 난임에 대한 심리학 상담사 인증자격으로는 아래의 조건을 모두 갖출 것을 요구하고 있다.

- 사회심리학 분야의 전문적 훈련(증거자료: 학위) 이수
- 상담·치료의 자격과 훈련 이수(증거자료: 학위 또는 중간리포트,
- 난임에 관한 심리사회적인 면과 심리사회 상담, 난임 치료이후의 임신 및 출산, 임신관리와 태아 상실(유산 및 사산) 대처, 생식의학, 난임에 대한 대체의학 등에 관한 근본 지식 보유
- 최소 1년간의 사회심리 상담/정신치료요법에서 전문적 경험
- 자발적인 의무사항으로 BKiD 보수교육지침에 따른 지속적 교육, 어려운 사례에 대한 감독과 중재, BKiD 지침 준수, 그리고 자격지침에 대한 준수

그리고 의무사항으로 BKid 회원이 되어야 하며, 적극적인 회원활동과 BKiD 컨퍼런스에 정기적인 참석 등이 난임상담 자격으로 요구하고 있다 (BKID, 2010).

독일에서 이상과 같은 자격을 갖춘 난임상담 전문인력은 2015년 현재 약 120명이 양성되었다. 이들 중 약 5명 정도만이 난임클리닉에 고용되어 난임상담을 전문적으로 실시하고 있다. 대부분의 병원에서는 심리학자를 채용하여 난임상담을 실시하고 있는데 이들은 난임만을 전문으로 상담하고 있지는 않다.

한편, BKiD는 난임상담 보수교육지침을 통해 자격인증한 상담사들을 대상으로 사후 질 관리 차원의 지속적인 교육기준을 제시하고 있다. BKiD에서 제시하는 교육 가이드라인은 세 개의 영역으로 구분하여 포인트(일종의 이수학점) 시스템에 바탕을 두고 있다. 상담사들은 각 영역별로 BKiD에서 제시한 최소한의 포인트를 획득해야 한다. 3년 이내 상담사들은 BKiD에서 인증한 상담자격을 유지하기 위해 100포인트를 달성해야 한다. 이수내용을 살펴보면 난임상담을 전문적으로 실시하기 위해 필요한 교육내용을 알 수 있다(표 3-1).

〈표 3-1〉 BKiD의 난임상담 인증자격 유지를 위한 이수내용 및 포인트 점수

상담 자격 유지를 위한 이수내용	포인트
1. 컨퍼런스, 워크샵 등 참여	최소 30
- BKiD 컨퍼런스(3년 이내 적어도 한번의 BKiD 컨퍼런스 참여가 요구)	15
- BKiD 규약 서문과 일치한 내용의 다른 컨퍼런스(심리사회적 건강, 생식건강, 자연요법(naturopathy), 환경보건, 윤리, 이론에 관한 컨퍼런스)	5
- 난임 훈련 과정	10
2. 상담 실습	최소 40
- 난임상담: 3년 이내 50회(sessions)	60
- 난임 훈련과정(하루 7시간)	10

상담 자격 유지를 위한 이수내용	포인트
3. reflexive practice	최소 30
- 감독: 동료감독, 자기 인식	??
- BKiD 문헌고찰	10
- 난임클리닉 또는 난임상담기관 방문/인터뷰	5
- 발표, 출판, 대중인식(public awareness) 관련 활동	5

자료: BKiD, 2009

#### 4) 난임상담 지불비용<sup>26)</sup>

독일에서는 난임상담에 따른 비용을 사회보험에서 지불보상하지 않으며 특정 심리치료에 대해서만 지불 보상해주고 있다. 즉, 현 사회보험제도에서는 심리상담이 아닌 개별적인 정신과적 치료만 보상되고 있는 것이 특징이다. 사회보험제도권 내에서 난임상담은 의사가 심리정신 상담이 필요하다고 판단하여(또는 의사가 난임여성에게 필요성을 타진) 정신과의사에게 의뢰한 후, 정신과적 문제로 진단될 경우, 사회보험 급여비율인 50%가 보험급여 적용된다. 이 경우 정신과적 문제로 접근하여 치료하기 때문에 난임 문제로 접근하지는 않아 근본적인 심리치료가 어려울 수 있다. 더욱이 정신과 의사에게 진료받은 비율은 전체 난임대상자 중 5% 미만에 불과하여 정신과적 질환으로 발현되거나 진단된 환자의 경우에 적용된다고 볼 수 있다.

심리학자는 상담클리닉을 개설할 수 있는데 개설한 클리닉의 심리상담

26) Costs of treatment at Fertility Center Berlin  
<http://www.fertilitycenterberlin.de/en/services/costs-of-treatment>  
 Treatment costs  
<http://www.kinderwunschzentrum-mainz.de/index.php?lang=uk&id=1062#.Vja2SJXovcs>

사를 방문하여 상담을 받을 경우(상담사가 난임가정 방문 포함) 난임대상자가 전액 비급여 형태로 80~100유로(50분 상담 기준)를 지불한다.

## 마. 난임상담 효과 및 난임대상자 삶의 질 향상 전략

일반적으로 정신적 스트레스는 얻고자 했던 것을 얻을 수 없을 때 나타나는 것으로 일상적이고 자연스런 반응이다. 때문에 난임이 정신적 스트레스의 원인이 된다는 것은 당연하다고 볼 수 있다. 대부분의 난임부부들은 개인적, 사회적, 가족적, 경제적 문제 등 여러 분야에서 상당한 정신적 스트레스에 있는 것으로 나타났다(BKiD, 2009).

난임부부에게 난임으로 인한 정서적 파급효과는 그들의 삶에서 가까운 가족이 상실되는 것과 같은 수준의 심각한 감정적 위기를 초래할 만큼 크다. 여기에 만약 의료적 치료나 보조생식 시술이 실패할 경우에는 이로 인한 감정적 파급효과는 더욱 큰 것으로 나타났다. 여성의 경우 배아이식 이후의 기간 동안은 보다 더 심각한 스트레스가 초래되어 이 때문에 이 시기의 여성들의 대부분은 난임상담을 원하는 것으로 나타났다. 난임상담은 긍정적인 효과가 있는 것으로 나타났으며, 심지어 몇 회에 불과한 단기간의 난임상담을 실시하여도 난임대상자 또는 부부에게 효과가 있는 것으로 나타났다(BKiD, 2009).

이에 따라 최근 독일에서는 전반적으로 난임의 의료적 치료에 난임상담을 적절한 사회심리적 준비과정 및 지원영역으로 간주하여 치료 이후까지 통합하여 운영하고 있다.

BKiD는 난임 환경을 둘러싸고 있는 사회적 부담으로 인해 그리고 그와 같은 부담이 난임의 의료적 치료에 의해 악화될 수 있다는 이유로, 난임의 의료적 치료와 상담이 통합 가능하도록 다음과 같은 사항들을 지원하고 있다(BKid, 2009).

- 상담 및 지원이 필요한 시기의 기준점을 낮추기 위해 BKiD는 난임클리닉이 자격을 가진 상담사와 협력하고 있다는 증거를 제공해야 하며 또한 난임클리닉에서 상담을 제공하도록 요구하고 있다.
- 난임클리닉에 처음 접촉하는 동안, 의사는 난임 개인 및 부부에게 난임상담 가용성 및 유용성에 대해 알려주도록 요구하고 있다.
- 어떤 외과적 난임치료가 이루어지기 이전, 의사는 예정된 치료 및 시술의 영향력을 알아보기 위해 한 번 더 상담의 가능성을 대상자에게 언급하도록 요구받고 있다.
- 난임상담은 의료적 치료에서 재정적으로 독립된 사회심리전문가에 의해서 그리고 의료진의 직접적 관리대상이 아닌 사람에 의해 시행되어야 한다.
- 상담 및 지원뿐만 아니라 난임에 대한 정보를 얻기 위해 난임클리닉과는 독립적인 접촉점이 있어야 한다. 상담에 대한 접근이 난임클리닉이나 의료적 치료와 연관되도록 하여 상담이 배제되지 않아야 한다.
- 만약 개인이나 부부가 초기에 상담을 원하여 상담한 결과, 의료적 치료가 바람직하다면, 상담사들은 개인이나 부부를 난임클리닉에 의뢰하도록 요구받는다.
- 의료적 서비스뿐만 아니라 심리사회적 제공자는 난임손상과 대안적인 가족구성방안(아이들 양육, 입양)의 모든 면에 대한 구체적인 정보를 제공하도록 요구된다. 모든 전문가들은 세부적이고, 최신의, 잘 구성된 문헌에 관한 정보를 제공하도록 요구된다.
- 심리사회적이고 의료적 서비스 제공자들, 그리고 가능하다면, 난임 치료에 적절한 전문가들에 의해 구성된 많은 학문 분야와 관련이 있는 정보 회의는 정보제공을 위해 바람직하며 그리고 정기적으로 수행되어야 한다.

- 의료적 치료가 끝난 이후, 치료가 성공적이든 그렇지 않든지에 상관없이 독립적으로 상담 접근이 가능해야 하며 결과적으로 개인들과 부부들은 치료에서 발생한 스트레스가 많은 어떤 지원도 받을 수 있다.

## 바. 난임여성 자조모임<sup>27)</sup> 및 전문적 촉진그룹

현재 독일에는 1995년 설립된 'Wunschkind(당신이 원하는 아이)'란 난임대상자 조직이 활동하고 있다. 독일의 자조그룹은 자조모임과 전문적인 촉진 그룹으로 구분되는데, 이 조직은 지역단위 자조모임과 전문가 지원그룹을 거느린 상부 통솔조직에 해당한다.

Wunschkind는 “함께 더 많은 가족을 위한”이란 슬로건 아래, 난임에 대한 낙인을 없애고, 난임부부에 대한 사회적 지원을 촉진하여 난임으로 지속적인 영향을 받는 난임부부를 위한 치료의 접근성을 개선하거나 용이하게 하고자 활동하고 있다. 난임으로 인한 인구통계학적 그리고 사회적 결과에 미치는 영향을 고려하여 난임부부에 대한 지원 확대를 목표로 삼고 있다. 또한 대중에게 난임문제를 널리 알려 난임에 대한 사회적 인식을 확산하는 것을 목표로 활동하고 있다<sup>28)</sup>. Wunschkind는 오스트리아에 본부(Access Australia)를 두고 있는 iCSi<sup>29)</sup>와 협력관계를 갖고 있다.

27) iCSi patient associations

<http://www.icsicommunity.org/about-icsi/icsi-patient-associations?id=947>

ESHRE, Guidelines for counselling in infertility, special interest group psychology and counselling

<http://www.eshre.eu/~media/emagic%20files/SIGs/Psychology/Guidelines.pdf>

28) Neu: Bestellung der Broschüre im Format DIN-A5 und Bezahlung über PayPal.  
<http://www.wunschkind.de/>

29) iCSi(International Consumer Support for Infertility)는 1991년 설립되었으며, 여러 나라의 지원그룹들을 관리하는 것과 지원그룹의 일반적인 관심을 충족시키기 위해, 그리고 ART(Assisted Reproductive Technology) 의사와 파트너쉽을 통해 효과적으로 일하는 것이 목적이다. 그러나 자조그룹의 전형적 이슈(한계)로서, 자조그룹이 직면하고 있는 도전과 고유의 문제(조직구성원들을 모집하는 것, 지속적 참여, 그룹의 구성

## 1) 난임 자조모임

난임 자조모임의 중요한 기능은 난임대상자들이 정신적인 상처의 치유와 난임여성들간의 격려와 지지를 통해 난임의 위기를 인지적이고 감정적인 면에서 대처하도록 지원해 준다. 따라서 자조모임의 주된 목적은 난임대상자들이 경험한 난임 문제에 대처하는 효과적인 기전을 상호 공유하고, 앞으로 경험할 수 있는 문제에 사전 대비하는 방안에 대한 정보를 제공해 주어 스스로 극복할 수 있도록 힘을 북돋워줌으로써 그들의 자발성을 증가시키는 것이다.

자조모임은 일반인들로 조직되며, 여러 다양한 형태를 가진다. 대부분의 자조모임 조직은 누구나 참여할 수 있는 정규적, 비정규적인 모임을 가질 수 있으며, 이들 모임은 일주일에 한번 또는 거의 두 달에 한번 있을 정도로 드물게 모일 수도 있다. 비용적인 면에서 대개 무료이다. 자조그룹의 장점은 난임대상자들이 자조모임에 참여하거나 참석하는데 진입 문턱이 낮다는 점이다. 그래서 상담서비스를 예약한 난임대상자들이 쉽게 다가갈 수 있다. 그러나 난임 자조모임에서 제공하는 대부분의 정보가 의료적 전문가에 의해 제공된 정보들이어서 때로는 불충분하거나 너무 의료적이라는 한계를 갖고 있다. 이에 새로운 난임대상자들이 자조모임에 참석하여 난임치료 나 보조생식 기술을 시작하기 전에 나타나는 심리적 불안 등의 문제에 대해 좀 더 전문적인 지원체계를 질의할 용기를 갖지 못하는 한계가 있다. 그러므로 앞에서 기술한 자조모임이 추구하는 목적들을 달성하기 위해서는 지역사회 자원과 연계하여 상담 및 지원을 받을

---

원들이 난임에 관한 현실적 정보만을 찾고 그 이후 추가적인 참여에 반할 때, 구성원들의 이질적 구성, 리더쉽, 감정적 이슈에 대한 조사 부족, 의료적 전문가와 협력, 자조그룹을 후원하는 조직의 필요와 그룹의 구성원들 사이의 관심의 갈등들이 있으며, 이것들은 특별히 모든 구성원들이 그룹의 형성단계에서 조직적 이슈와 그룹의 특성에 대한 경향이 없을 때 나타나는 것이다.

수 있는 전문가와 연계, 협력하여 난임대상자들에게 필요한 접촉을 주도적으로 추진할 수 있어야 한다. 또한 난임에 대한 사회적 인식을 긍정적으로 제고시키고, 정책적 결정에 참여할 수 있도록 역량을 강화하는 조직력을 구성해야 한다.

## 2) 전문가 지원그룹

난임상담 및 지원그룹은 난임 문제에 있어서 가장 효과적인 사회심리적 중재이다(Wischmann, 2008). 전문적으로 돕는 그룹은 참여시 비용을 부과하는 것이 일반적이다. 지원그룹의 효과는 체계적으로 연구되지는 않았지만 실험연구에 따르면 자조그룹의 여성들과 남성들에게 그리고 전문적으로 돕는 그룹에게 이득이 있는 것으로 나타났다. 지원그룹을 탈퇴할 때에 우울, 염려, 강박행동과 적의, 그리고 대처방안 회피에서 상당히 낮아지는 것으로 나타났다. 전문적 지원그룹의 참여자들은 일반적인 경험과 다른 난임대상자들과 교류 또는 공유를 하는 것이 그룹 중재의 주요한 이점인 것으로 나타났다. 이와 같이 난임을 겪는 사람들이 자조그룹에 대한 참여는 난임을 대처하는데 용이하게 하는 것으로 나타났다.

### 3. 일본

#### 가. 여성 생식건강에 대한 정책적 조명

1994년에 카이로에서 개최된 ‘인구·개발 국제회의(ICPD)’에서 생식건강(reproductive health)과 생식권리(reproductive rights)의 개념이 제창되었다. 생식건강과 생식권리의 핵심은 여성의 출산시기 및 출산횟수, 출산하지 않을 자유, 사춘기 및 갱년기의 건강상의 문제 등 생애를 통한 성과 생식에 관한 과제 등이며 이 회의에서 폭 넓게 논의되었다<sup>30)</sup>.

이와 관련하여 일본에서도 1996년에 여성의 생식건강과 관련된 여러 제도에 변화가 있었다. 1996년도부터 도도부현(광역 지방자치단체) 단위에서 임산부 및 신생아를 대상으로 한 주산기 의료시스템 체계구축을 추진하면서 주산기 의료를 강화하였고, 1994년 모자보건법<sup>31)</sup>개정을 통해 1997년부터 시정촌(기초 지방자치단체)을 주체로 한 임신신고에서부터 취학 전까지의 일관적인 모자보건서비스가 제공되기 시작하였다.

이 시기에 맞춰 ‘후생성(厚生省)’<sup>32)</sup>은 1996년부터 ‘생애를 통한 여성의 건강지원사업(生涯を通じた女性の健康支援事業)’을 실시하여 보건소 및 여성센터, 의료기관 등을 통하여 여성을 대상으로 한 건강교육, 여성 특유의 건강문제에 대한 일반상담, 그리고 난임으로 고민하는 부부의 상담지도를 위한 난임 전문상담 등을 실시하였다<sup>33)</sup>.

30) 不妊カウンセラー・体外受精コーディネーターとは

[http://www.gender.go.jp/about\\_danjo/basic\\_plans/1st/2-8r.html](http://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/1st/2-8r.html) 2015.09.01.

31) 모자보건법은 1965년 제정되었다. 보건소를 중심으로 사업을 실시하며 1994년 법 개정을 통해 기본적인 모자보건사업은 시정촌으로 일원화 되어 각 시정촌은 모자보건계획 책정하여 사업을 실시한다.

32) 2001년 1월 이후 한국의 보건복지부에 해당하는 후생성과 노동성이 통합되면서 후생노동성으로 되었다.

33) 第三部「北京行動綱領」の重大問題領域の実施

## 나. 특정 난임치료비 보조사업 실태

일본은 특정 난임치료(체외수정, 현미수정)<sup>34</sup>의 경제적 부담을 경감하기 위해 2004년도부터 ‘특정 난임치료비조성사업’을 실시하였다. 시술 의료기관은 사업실시주체가 지정한 곳이다. 체외수정의 경우 시행 1회당 30~40만엔의 고비용의 소요되어 난임부부의 경제적 부담을 완화할 수 있는 보험급여에 대한 사회적 요구가 있었다. 난임 원인을 치료하는데 소요되는 비용은 보험급여에 적용되었지만, 보조생식시술인 체외수정은 제외되어 있는 상황이어서 의사회에서 국가에 요청하게 된 것이다.

그러나 2003~2004년 일본 개호보험이 재정적 어려움을 겪으면서 추가적인 보험급여가 불가능하였고, 2004년부터 별도의 조성금을 구성하여 체외수정 시술비를 지원하였다. 일반적인 치료는 완치되거나 임신 성공률이 높는데 비해, 체외수정 시술은 임신 성공률이 20~30% 정도로 낮아 상대적으로 보험급여 항목으로 결정하기에 부담이 있었다.

2005년 후생노동성 예산안의 주요사항(平成 17年度厚生労働省予算案の主要事項)<sup>35</sup>을 보면 각 시정촌이 아동건강 확보와 모자보건 의료체제 등을 강화하기 위해 기존 주산기 의료네트워크의 사업을 정비하고 난임 치료에 대한 지원사업 등을 개편·정리하도록 하였고, 동시에 보조기준 완화 등을 도모하면서 각 시정촌의 주체적이고 탄력적인 사업운영을 위한 통합보조금으로써 ‘모자보건의료대책 등 종합지원사업(母子保健医療対策等総合支援事業)’을 실시하였다. 총 7개 사업대상 중 하나가 특정난임

[http://www.gender.go.jp/international/int\\_kaigi/int\\_women\\_kaigi/beijing/3-a-3.html](http://www.gender.go.jp/international/int_kaigi/int_women_kaigi/beijing/3-a-3.html) 2015.09.14.

34) 인공수정의 한 방법이며, 정자를 난세포에 주입하는 방법임.

35) 厚生労働省予算案の主要事項

[www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/05syokan/dl/syuyou.pdf](http://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/05syokan/dl/syuyou.pdf)

치료비 조성사업(特定不妊治療費助成事業)이다.

특정난임치료비 지원대상이 되기 위해서는 소득 기준에 부합하여야 하는데, 연간 부부 소득 730만엔 이하인 경우에 체외수정 시술비의 1/2을 지원하고 있다. 현재 일본에서는 체외수정 시술건이 연간 약 35만건 시행되고 있는데, 이 중 1/2 이상이 조성금을 지원받았다. 지원금액의 상한선은 15만 엔(지역에 따라 20만 엔 까지)이며, 2016년부터 연령에 따라 차등적으로 지급할 계획을 구상하고 있다. 난임부부들은 지원 대상 자격의 소득기준을 낮추어 달라는 요구를 지속적으로 하고 있어 경제적 부담이 난임부부의 스트레스원으로 작용하고 있는 것으로 추측할 수 있다.

난임부부의 체외수정 시술비 지원사업 예산은 연간 150억엔 정도의 예산이 소요되었으며, 중앙정부와 지자체가 각 50%씩 부담하고 있다.

2013년 후생노동성에서는 평생 동안 체외수정을 6회까지, 연령은 43세까지로 제한하여 시술비를 지원하고 있다. 40세 이상의 체외수정 성공률은 10% 이하이어서 과연 낮은 임신성공률이 저출산 문제의 해결방안인가에 대한 사회적 고민이 있었다. 결론적으로 일본 정부는 난임부부 시술비 지원사업이 저출산 문제에 대한 대응이라기보다는 경제적 부담을 경감해 주기 위한 복지제도로 접근하고 있다.

#### 다. 정부의 난임전문상담센터사업 도입

1996년 후생성은 난임으로 고민하는 부부를 대상으로 전문적 지식을 가진 의사를 통해 상담을 지원하는 '난임전문상담센터사업'을 실시하였다. 난임전문상담센터사업 창설 당시는 현재만큼 난임치료가 일반적이지 않았다. 그리고 인터넷이 널리 보급되지 않았던 시기였기 때문에, 난임치료의 종류 및 의료기관에 대한 정보 등에 대한 상담 요구가 지속적으로

제기되었다. 이 후 인터넷 보급이 확대되고 민간지원단체가 증가함에 따라 기본적인 정보를 난임부부 스스로가 쉽게 얻을 수 있게 되면서 난임전문상담센터에 대한 필요성은 낮아지게 되었다. 그러나 난임 치료건수가 증가하면서 치료가 잘 되지 않거나 임신에 성공하지 못하게 된 경우 심리상담에 대한 요구도가 증가하였고, 이에 따라 전문적인 상담지원을 더욱 필요로 하게 되었다<sup>36)</sup>.

1994년 ‘향후 육아지원을 위한 정책의 기본방향(엔젤플랜)([今後の子育て支援のための施策の基本的方向について (エンゼルプラン)』이 정책화되면서 저출산 문제에 대해 대책을 강구하기 시작했다. 이후 1999년 12월 ‘신 엔젤플랜’을 수립하면서 중점적으로 추진해야 할 저출산 대책의 구체적 실시계획 중 하나로 난임전문상담센터를 24개에서 5년 후인 2004년까지 47개로 확대하는 목표를 세웠다<sup>37)</sup>.

## 라. 난임전문상담센터 운영 현황

### 1) 난임전문상담센터 운영체계

일본 정부는 전국의 병원내 산부인과 외래, 보건복지사무소, 보건소, 간호사 및 조산사협회 회관, 가족계획협회 등 상담이 가능한 지역사회 자원을 적절히 활용하여 난임전문상담센터를 설치하였으며, 전화상담, 직접 면담 및 임상심리사 상담을 실시하도록 지정하고 지원하고 있다.

난임전문상담센터는 센터 운영 초기인 2000년에 18개소에 불과하였으나, 2004년에는 신엔젤플랜의 목표치인 47개를 초과한 51개로 증가하

36) 不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する検討会 報告書案, 2005

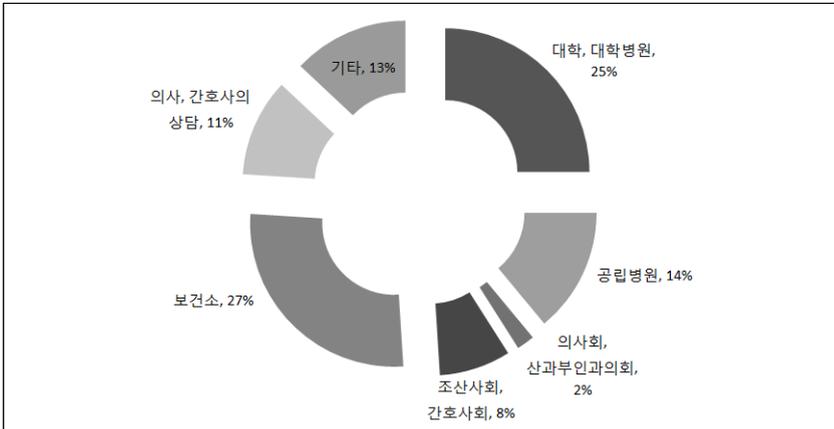
37) 新エンゼルプランについて

[http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-3\\_18.html#4](http://www1.mhlw.go.jp/topics/syousika/tp0816-3_18.html#4) 2015.09.15.

였다. 2007년 3월, 후생노동성은 난임전문상담센터의 상담대응에 대하여 사업안을 발표하였다. 그 내용으로는 난임전문상담센터를 정비하여 2009년까지 도도부현/지정도시/중핵시를 합한 109개 지역(2013년 4월 기준) 중에서 총 99개 지역에 설치하는 것을 목표로 하는 것이었다. 2014년 7월 현재 난임전문상담센터는 각 도도부현에 1개소(총 47개소)와 지정도시, 중핵시 중에는 15개 지역마다 한 개소씩 설치되어, 전국에 총 62개 센터가 설치되어 있는 상황이다. 이 중 국고 보조를 받지 않고 지방자치단체가 단독으로 설치, 운영하고 있는 센터는 5개소이다<sup>38)</sup>.

2012년 현재 설치되어 있는 난임전문상담센터 개설기관의 분포를 보면, 전체 난임상담센터 중 27%가 보건소에 설치되어 있으며, 대학 또는 대학병원에 설치되어 있는 경우가 25%, 공립병원에 설치되어 있는 경우는 14%였다(그림 3-1).

[그림 3-1] 난임전문상담센터의 분포(2012년 7월 기준)



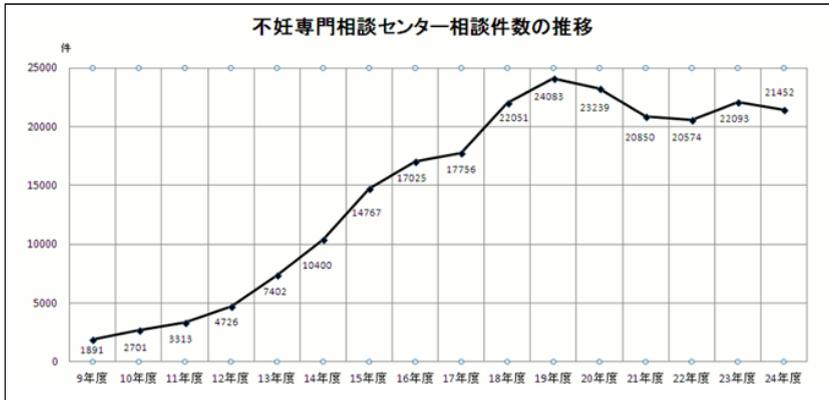
자료: 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 母子保健衛生対策の充実を図ること(平成25年7月4日)

38) 不妊専門相談センター事業の概要  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken03/>

## 2) 상담실적

난임전문상담센터의 상담실적은 해마다 증가하여 2007년 24,083건으로 가장 많았다. 그 이후로는 다소 감소하여 2011년 22,093건, 2012년 21,452건의 상담이 이루어졌다(그림 3-2). 2012년도 상담실적을 기준으로 상담유형을 분류하면, 전화를 통한 상담이 47.6%(10,511건)로 가장 많이 이루어졌으며, 직접면담 방식으로는 30.9%(6,830건), 메일 상담은 16.5%(3,656건), 편지 등 기타 방식이 5.0%(1,096건)인 것으로 나타났다<sup>39)</sup>.

[그림 3-2] 난임전문상담센터 상담건수 추이(1997-2012)



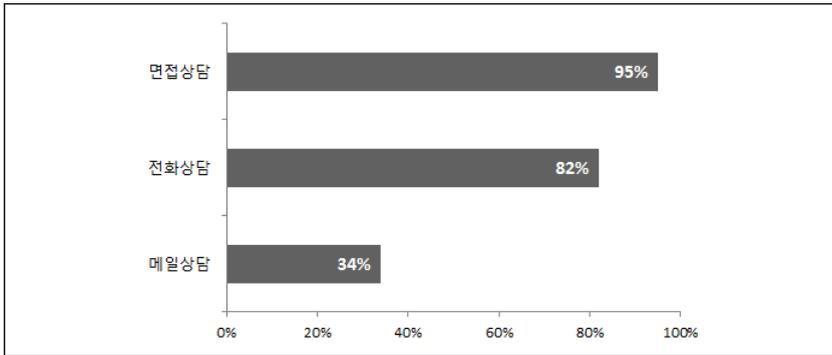
자료: 厚生労働省HP, 「不妊に悩む夫婦への支援について」

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo\\_kosodate/boshi-hoken/shien/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/shien/) 2015.8.20

39) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 「母子保健衛生対策の充実を図ること(施策番号VI-5-1)」, 2013

난임전문상담센터의 상담방식은 2012년 7월 기준, 전체 상담센터의 95%가 면접상담을 실시, 운영하고 있었으며, 전화상담을 운영하는 곳은 전체 센터 중 85%였다. 메일상담을 실시하는 곳은 34%로 상대적으로 낮았다. 센터에서는 면접, 전화, 메일 외에도 그룹 상담이나, 거주지로 출장 상담, 강연회, 교류회 등 다양한 방식으로 상담 서비스를 제공하고 있다 (그림 3-3)<sup>40)</sup>.

[그림 3-3] 난임전문상담센터에서 운영하는 상담유형(2012년 7월 기준)



자료: 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 母子保健衛生対策の充実を図ること(平成25年7月4日)

주로 상담을 담당한 인력은 조산사, 의사, 보건사이고, 심리사 등의 순서로 나타났는데, 상담유형에 따라 조금씩 달랐다. 환자를 직접 대면하는 면접 상담의 경우에는 의사의 상담건수가 46%로 가장 많았고, 조산사(26%), 보건사(14%), 심리직 등(11%)의 순서로 나타났으며, 드물게 난임상담사(2%)가 참여하였다. 난임상담사는 면접상담의 경우에만 참여하였으며, 다른 국가와는 달리 조산사, 보건사, 심리직 직원이 난임상담에 참여하고 있는 점이 특징이다. 메일이나 전화를 통한 상담은 조산사가 상담

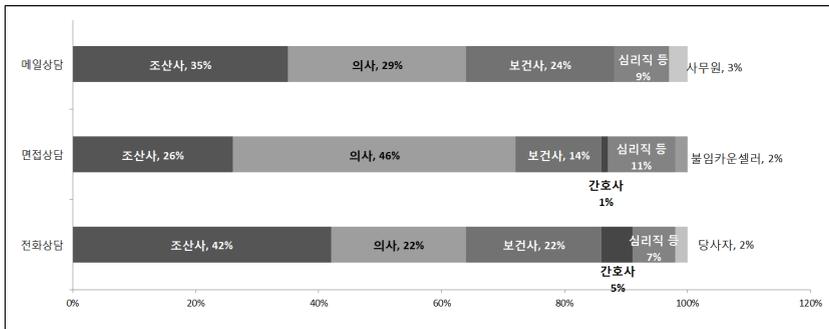
40) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 「母子保健衛生対策の充実を図ること(施策番号VI-5-1)」, 2013

## 74 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제

을 한 경우가 가장 많았다. 간호사는 면접(1%), 전화(5%) 상담을 일부 담당하였다(그림 3-4)<sup>41)</sup>.

일본 정부는 상담건수가 증가함에 따라 야간·휴일 상담에 대한 요구가 높아지고 있는데, 상담에 충분히 대응 가능하도록 산부인과 의사 또는 조산사 등의 전문가를 확보하는 것이 과제이다. 이에 따라 육아 등의 사정으로 임상을 휴직 중인 산부인과 의사 또는 조산사 등을 활용하는 방안을 모색하고 있다<sup>42)</sup>.

[그림 3-4] 일본 난임전문상담센터의 상담인력별 상담건 비율 분포(2011년)



자료: 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 「母子保健衛生対策の充実を図ること(平成25年7月4日)」

### 3) 상담 내용

정부는 난임전문상담센터를 통해 난임과 관련된 다양한 치료 및 시술, 검사 및 예후에 관한 적절한 정보를 제공하여 난임부부의 불안에 적극적으로 대응할 수 있도록 하고 있으며, 시술을 선택하고 치료하는 방법을

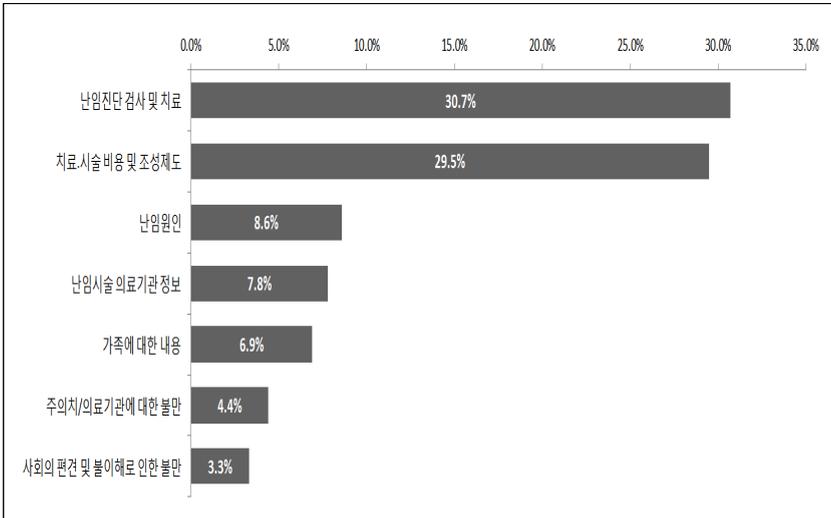
41) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 「母子保健衛生対策の充実を図ること(施策番号VI-5-1)」, 2013

42) 子ども・子育て支援  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/>

결정할 수 있는 상담시스템을 시행하고 있다. 센터에서는 난임부부를 대상으로 난임에 대한 의학적·전문적인 상담뿐 아니라, 난임으로 인한 고민 상담을 함께 해주고 있다.

상담내용으로는 난임진단 검사 및 치료에 대한 내용이 30.7%를 차지하여 가장 많았으며, 치료/시술 비용 및 조성제도에 대한 내용이 29.5%로 비슷한 수준이었다. 난임 원인에 대한 상담이 8.6%, 난임치료를 실시하고 있는 의료기관에 대한 정보가 7.8%, 가족에 대한 내용 6.9%, 주치의/의료기관에 대한 불만 상담이 4.4%, 사회의 편견 및 불이해로 인한 불만 상담은 3.3%이었다<sup>43)</sup>.

[그림 3-5] 일본 난임전문상담센터에서의 상담 내용(2011년 기준)



자료: 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 母子保健衛生対策の充実を図ること(平成25年7月4日)

43) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局, 「母子保健衛生対策の充実を図ること(施策番号VI-5-1)」, 2013

#### 4) 난임전문상담센터 프로그램 운영사례<sup>44)</sup>

‘난임전문상담센터’ 사례집을 보면 5개 지역의 센터가 소개되어 있다. 토치기현(栃木県)의 ‘난임전문상담센터’의 특징적 프로그램은 난임이나 유산으로 인해 출산하지 못하여 고민하는 사람들을 대상으로 그룹상담회를 개최하고 있다. 이 상담회는 같은 고민을 하고 있는 사람과 만나고 싶거나 이야기를 나누고 싶은 사람들의 모임으로 참가자의 정보교환의 공간으로 활용되고 있다.

이시카와현(石川県)의 센터는 상담자가 쉽게 이용할 수 있도록 토요일 및 야간에도 운영한다. 또한 현(県) 내의 산과 및 비뇨기과 등에서의 의료 정보를 바탕으로 상담하고 있으며, 상담은 난임상담사(Counsellor) 자격을 가진 조산사가 담당하고 있다. 또한 정기적으로 현(県) 모자보건담당자 등과 연락하고 공부모임을 개최하여 최신정보를 입수하고 있다.

오카야마현(岡山県)의 센터는 산부인과, 비뇨기과, 배배양사(胚培養士), 임상심리사, 난임상담사 등 다양한 전문가가 전문적인 프로그램을 구성하여 강연회와 상담회를 실시하고 있다. 또한 유사산을 경험한 불육증인 사람의 교류를 목적으로 한 모임(ママたま交流会)을 개최하고 있다. 그 외에도 보조생식 시술을 받는 대상자를 지원하기 위해 ‘생식의료 서포터의 모임(OKAYAMA)’을 개설, 운영하여 생식의료 관련 분야에 근무하는 의료진에 의한 의학적, 심리적, 사회적 문제 등에 대한 정보교환 과 문제파악을 위해 노력하고 있다.

44) 不妊に悩む夫婦への支援について

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo\\_kosodate/boshi-hoken/shien/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/shien/)

이 사례집은 후생노동성고용규등 아동가정국모자보건과(厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課)가 발행한 것으로 각 지방자치단체의 사례를 정리하여 정보제공을 통해 개선을 촉진하기 위한 것이다.

## 마. 난임상담 인력 양성 및 관리

일본은 2002년 11월 ‘난임상담학회(日本不妊カウンセリング学会·Japan Society for Infertility Counseling)<sup>45)</sup>’가 설립되었다. 이 학회는 난임부부가 최적인 난임치료를 받을 수 있도록 난임상담·케어의 발전과 보급을 도모하는 동시에 난임상담·케어에 관한 연구 및 실천을 통해 생식의료의 발전과 의료·복지 향상에 기여하는 것을 목적으로 하고 있다<sup>46)</sup>. 또한 의사(1군), 간호사(2군), 배(胚) 배양사(3군), 심리 상담가, 약제사, 한방약국, 침술사, 난임 대상자 당사자 등(4군)으로 구성되어 있다. ‘난임상담학회’는 특정 비영리활동 법인(NPO)으로 이 법인이 정한 기준에 따라 난임상담가와 체외수정 코디네이터 양성강좌를 개최하고 있다.

### 1) 난임상담 및 체외수정 코디네이터의 인증 규정

난임상담사는 주로 난임으로 고민하는 사람들에 대하여 임신·출산이나 난임에 관한 적절한 정보제공과 난임부부가 최적의 난임치료를 선택할 수 있도록 난임에 관한 상담, 케어 및 실천 그리고 연구하는 일을 한다. 이 자격은 ‘일본난임상담학회’의 인정 기준을 충족하면서 난임상담사의 인증 자격을 취득한 자로 임신·출산이나 난임에 관련되는 업무나 활동에 종사하고 있는 자가 바람직하다.

한편, 체외수정 코디네이터는 체외수정이나 현미수정 등 보조생식 기술을 받는 대상자들에 대하여 보조생식기술에 관한 적절한 정보를 제공하고 부부가 최적의 난임치료를 선택할 수 있도록 난임상담 또는 케어를

45) 이 단체의 전신은 [일본생식의료연구협회]이다.

46) 일본난임상담학회 회칙2조

제공하며 연구 활동을 수행한다. 또한 학회의 인증 기준을 충족시키고 체외수정 코디네이터의 인증 자격을 얻은 보조생식 시술기관에 근무하고 있는 자가 바람직하다.

먼저 난임상담사 및 체외수정 코디네이터의 인증 규정을 위한 달성 목표를 살펴보면 생식의료에 관한 기초 지식, 근거에 입각한 난임치료의 기초 지식, 난임대상자의 심리·사회적 문제에 대한 이해, 난임부부의 자립적 결정 촉진, 난임대상자 중심 지원(Patient -Centered Care)의 사고의 이해와 응용, 정보의 적절한 전달방법과 응용, 보조생식시술의 인력팀 및 문제점, 임신성공률 등에 대해서 이해하고, 난임대상자와 다양한 의료직종 간의 조정, 상담에 대한 기초적 지식을 소유하고 그것을 응용할 수 있어야 한다.

인증자격 신청을 위해서는 이와 같은 난임상담사 및 체외수정 코디네이터의 인증 규정을 위한 달성 목표에 도달한 자, 난임상담사와 체외수정 코디네이터 양성강좌를 1년에 3회 이상 수강한 자, 신청 시 NPO법인인 ‘일본난임상담학회’의 회원이라는 조건에 부합되어야 한다.

인증의 갱신은 인정 후 5년마다 해야 하는데 갱신 조건은 다음 점수의 합계가 30점 이상 되어야 한다(중복은 인정하지 않음)<sup>47)</sup>.

- 일본 난임상담학회 출석 : 10점
- 일본 난임상담학회 출석 및 발표 : 15점  
(학회 출석한 발표 연명자 10점, 학회 출석하지 않는 연명자 7.5점)
- 난임상담사·체외수정 코디네이터 양성강좌 참가 : 15점
- 난임상담 기술제고 세미나 참가 : 15점
- 일본 난임상담학회지 투고 : 필두 20점, 연명 10점

47) 不妊カウンセラー・体外受精コーディネーターとは  
[http://www.jsinf.com/user\\_data/coordinator.php](http://www.jsinf.com/user_data/coordinator.php) 2015.09.20

- 일본 난임상담학회 이외 학회에서 난임상담 관련 연제의 발표 : 제1저자 5점, 제2저자 등 2.5점
- 일본 난임상담학회지 이외 학회지·학술잡지에서의 난임상담 관련 논문 투고 : 필두 5점, 연명 2.5점
- 그 밖에 난임 상담의 발전이나 연구에 기여하는 활동 (점수는 인정위원회에서 평가)

## 2) 인증 난임상담사 및 코디네이터의 역할 및 활동<sup>48)</sup>

자격 인증 난임상담사와 코디네이터(난임상담사 및 체외수정코디네이터)는 난임부부에 대한 지원에 있어서 중심적 역할을 수행하고 있다. 난임부부에게서 발생하는 문제는 난임의 원인이나 치료로 인해 발생할 뿐 아니라 사회 또는 가정 내에서도 난임에 대한 잘못된 인식을 통해 다양하게 발생되고 있다. 따라서 난임부부에게서 나타나는 다양한 문제들을 해결하기 위해서는 난임부부를 지원하는 사람들간 다층적이고 유기적인 연계가 필요하다. 자격 인증 난임상담사와 코디네이터는 다양한 직종 및 영역의 상담사 및 코디네이터들과 협력관계를 기반으로 긴밀한 네트워크를 형성할 필요가 있다.

자격 인증 난임상담사 및 코디네이터는 난임부부의 심리적 문제에 접근할 수 있는 상담의 기본적인 기술 및 지식이 필요하다. 만약 심리사의 자격이 없는 상담사는 심리요법을 통한 문제해결이 아니라 적절한 정보 제공과 난임부부 스스로가 문제를 해결할 수 있도록 지원해야 한다. 이때, 정보는 근거에 기반한 최신의 정보가 뒷받침 되어야한다. 물론 난임

48) 特定非営利活動法人 日本不妊カウンセリング学会認定。不妊カウンセラーおよび体外受精コーディネーターの役割と活動のあり方についてのガイドライン (2010) 을 정리하였다.  
[http://www.jsinf.com/user\\_data/course\\_guidelines.php](http://www.jsinf.com/user_data/course_guidelines.php) 2015.9.29.

치료 중에는 근거를 확보하지 못한 것도 많이 포함되어 있는데 이러한 경우에도 경험에 근거한 적절한 정보제공이 중요하다. 선택사항을 제시할 경우에도 각각의 선택에 따른 장점과 단점을 근거에 입각하여 설명해야 한다. 이를 위해 상담사 및 코디네이터는 항상 최신정보를 얻을 수 있도록 학회에 참가하거나, 양성강좌 수강 및 논문 등을 읽을 필요가 있다.

특히 인증 코디네이터는 보조생식기술(Assisted Reproductive technology)에 대한 최신 정보수집과 난임부부가 이해하기 쉽도록 설명을 해야 할 필요가 있기 때문에, 타 직종과의 의견교환을 통해 난임부부가 추구하는 정보파악 등과 함께 보조생식술에 관한 안정성의 확보와 그에 대한 설명, 보조생식술에 관한 데이터 수집과 해석, 공개, 설명 등의 역할이 요구된다. 자격 인증 상담사 및 코디네이터는 난임부부들이 각자 자신에게 적합한 최적의 치료법을 선택할 수 있도록 지원하는 것도 중요하지만 이 선택 중에는 치료를 받지 않거나 치료를 중도에 그만두는 것도 포함되는 것을 잊지 말아야 한다.

## 4. 호주

### 가. 보조생식 시술비 지원체계

호주는 National Plan에 의해 보조생식시술에 따른 시술비를 Medicare system을 통해 지원하고 있다. 2000년 이전에는 체외수정 시술비의 경우, 여성의 연령이 높아지면 생식능력이 낮아져 고령의 난임여성의 경우, 임신 성공확률이 낮아짐에 따라 비용효과 측면에서 시술비 지원횟수를 제한하였다. 그러나 2000년 이후부터 시술횟수를 제한하지 않

고 지원자격 기준을 강화하였다. 즉, 지원 가능조건으로 여성의 연령이 40세 미만이면서 체질량지수 수치가 32이하, 상담 직전 3개월 동안 금연을 해야 한다는 전제조건이 있다. 지원자격 심사방법은 난임 전문가를 통해 난임원인의 심각성, 난임기간 등을 평가기준으로 한 점수를 산정하여 65점 이상이 되어야 시술비 지원이 확정된다.

한편, 체외수정 시술에 따른 다태아 출산을 방지하기 위해 2013년 조사에 의하면 여성의 연령이 35세 미만인 경우는 첫 번째 체외수정에서는 1개의 배아이식만을 허용하고 있으며 38세 이상 40세 미만인 경우 최대 2개의 배아를 이식하도록 이식 가능 배아수를 권고(guideline)하고 있다(IFFS, 2013). 호주는 전체 출생아수의 약 3%가 보조생식술(ART)에 의해 출생하고 있다.

#### 나. 난임상담 정책 및 프로그램

호주에서는 난임 관리를 위한 종합적인 서비스가 지역별로 잘 구성되어 있으며, 보조생식 시술여성의 심리적 스트레스 관리 및 새로운 감정 경험 대처를 돕기 위한 난임상담도 이러한 맥락에서 난임 관련 서비스의 중요한 부분으로 자리매김되어 있다.

호주 빅토리아주에서는 난임시술 이전 난임상담이 법으로 의무화되어 있으며, 시술 대상이 되는 여성뿐만 아니라 그 배우자도 의무적으로 난임상담을 받아야 한다. 다른 주들의 경우에는 비록 의무 사항은 아니지만 난임상담을 권고하고 있다.

## 1) 난임상담 인력 특성 및 역할

호주 및 뉴질랜드에서는 대부분의 난임전문 시술병원에서 시술대상자가 자격을 갖춘 상담사와 상담을 요청할 경우, 자격요건을 갖춘 상담사가 난임 심리상담을 제공하고 있다. 이들 난임상담사들은 대부분은 ‘호주 및 뉴질랜드 난임상담사 연합(Australian and New Zealand Infertility Counsellors Association, ANZICA)’ 소속 회원들이다. 이들 상담사들은 주로 사회복지사 또는 임상심리학자(psychologist)들로 구성되어 있는데, 난임, 난임 시술 과정, 그리고 보조생식시술로 인한 결과들에 대한 전문성을 갖추고 있다. 그러나 난임상담이 ANZICA의 회원들에 의해서만 제공되는 것은 아니며, 정신과의사와 난임에 대한 정보 및 지원을 제공하는 난임 자조네트워크 즉, ACCESS-Australia’s Infertility Network에서 운영하는 ‘Infertility Counsellors Referral Network’ 등을 통한 전문가들에 의해서도 상담이 이뤄진다.

난임상담사들의 역할은 난임대상자의 보조생식 시술에 대한 적합성을 평가하는 것이 아니라, 임신을 성공하려는 다양한 시도들의 과정에서 수반되는 스트레스와 감정적 어려움을 관리할 수 있도록 조력하는데 있다. 이는 난임상담사들의 역할이 의료적 차원의 상담이 아닌 심리 영역에 한정되어 있음을 의미한다. 물론 난임 대상자의 정보 및 상담에 관한 내용에 대해서는 철저한 비밀보장이 이뤄진다.

난임시술 병원에서는 난임상담 서비스를 난임 대상자 및 그 배우자가 요청할 경우, 난임시술 시작 전, 시술과정 중, 이후 언제든지 시기에 관계 없이 제공한다.

## 2) 난임상담 대상 및 내용

### 가) 심리상담

호주에서 난임상담의 내용에 대해 일정하게 표준화된 틀을 가지고 있지는 않다. 그러나 대부분의 난임상담에서는 다음과 같은 내용들을 포함한다.

- 난임으로 인한 보조생식 시술의 준비: 시술 시작, 변경 혹은 중단하고자 하는 결정을 내릴 때 선택할 수 있는 옵션과 그것들의 함의
- 시술에 의해 유발되는 감정적 변화에 대한 대처
- 시술의 결과로 인해, 혹은 과정 중에 나타날 수 있는 부부관계의 변화에 대한 대처
- 시술의 실패 혹은 유산이 발생 했을 때의 스트레스 및 감정변화 관리
- 난임 및 시술과 관련한 가족, 친구, 동료 등 주변 사람들에 대한 대응
- 전반적인 감정통제 방식에 대한 조언
- 임신 및 부모됨(parenthood)에 대한 불안감 관리
- 정자 및 난자 기증자를 통한 시술에 의해 발생할 수 있는 특별한 이슈에 대한 대처

### 나) 유전자 상담 (genetic counselling)

호주에서는 앞서 설명한 난임에 대한 심리상담과는 별도로 건강한 아이의 출산에 문제를 야기할 수 있는 자신 및 배우자의 유전자 상태 (genetic condition)에 대한 상담을 위해 보조생식 시술 의료시설을 찾는 경우가 많다. 이들은 자신이나 가족에게 특별한 유전적 병력을 가지고

있는 경우가 많다. 또한 보조생식 기술이나 혹은 난자 또는 정자 기증을 통한 보조생식 기술이 불가피할 경우, 난임상담을 필요로 하기 때문에 유전적 문제에 대한 상담이 이루어지고 있다. 이러한 유전 상담을 위해서는 별도의 전문가 상담이 제공되는데, 여기서는 전문적인 유전자 검사뿐만 아니라 상담자의 상황에 맞는 가용한 선택들과 그것들이 갖는 함의들을 알려준다.

#### 다) 생식세포 기증자 상담

호주는 시술 전문병원에서 보조생식 기술 대상자뿐만 아니라 정자나 난자 혹은 배아 기증자들을 대상으로 난임과 관련된 생식세포 기증에 따른 여러 궁금증 및 건강문제, 그리고 불안, 스트레스 등의 정서적 문제에 대하여 상담 서비스를 제공하고 있다.

#### 다. 난임상담 지불비용

난임상담에 따른 비용은 정부로부터 지원되지는 않고 있다. 그렇지만, 난임시술 전문병원에서 시술이 행해지는 많은 경우 종합적 관리 및 시술 서비스의 일부로 포함되면서 추가적 비용을 지불하지 않는 경우가 많다. 정자·난자 혹은 배아 기증자에 대한 상담은 기증자 지원 독립단체인 Donor Conception Support Group에서 제공하고 있다.

시술에 따른 초기 상담 및 정보 안내료가 \$300정도이며, 상담유형에 따라 추가 금액이 발생한다.

## 라. 난임상담 단체 및 조직

### 1) 호주 및 뉴질랜드 난임상담사 연합(Australian and New Zealand Infertility Counsellors Association, ANZICA)

이 단체는 캔버라(Canberra)에서 1989년 10명의 난임상담사(infertility counsellor), 사회복지사 및 심리학자들에 의해서 설립되었다. 현재에는 호주 및 뉴질랜드 전역에 걸쳐 100여명의 회원들을 가지고 있는 호주와 뉴질랜드에서 가장 대표적인 난임 관련 상담사들의 전문 연합기관이다.

ANZICA는 난임 관련 문제로 영향 받는 대상자들을 위한 상담서비스의 질적 수준을 향상시키고, 난임상담사들의 관심을 고양하며, 난임의 맥락에서 상담이 갖는 특수성에 대한 이해를 도모하고, 난임상담사들의 교육 및 훈련, 난임여성 및 난임상담과 관련된 연구, 그리고 회원들에게 난임상담 관련 윤리기준 제공 등의 역할을 수행하고 있다. ANZICA는 ‘국제 난임상담기구(International Infertility Counselling Organisation)’의 회원단체이다. 더불어 이 단체는 배아 관리와 관련된 윤리기구인 호주의 ‘생식기술 인증위원회(Reproductive Technology Accreditation Committee, RTAC)’ 및 난임관련 의학분야의 대표단체인 ‘The Fertility Society of Australia and the New Zealand Infertility Society(FSA)’에도 난임상담사들의 대표기관으로 참여하고 있다. 이는 이들이 단순히 난임상담사들의 이해를 대표하는 이익단체가 아닌 난임관련 기술 및 윤리 가이드라인 결정에 주도적으로 참여하고 있음을 의미한다<sup>49)</sup>.

49) [www.iico-infertilitycounseling.org](http://www.iico-infertilitycounseling.org)

## 2) ACCESS(Australia's National Infertility Network)

호주의 난임여성 자조모임단체인 'ACCESS(Australia's National Infertility Network)'는 독립된 비정부 소비자 관리조직이다. 이 단체는 정부, 보조생식기술기관, 지역사회를 대상으로 난임과 관련된 자들의 사회적, 정신적, 경제적 요구사항을 대변하는 창구의 역할을 수행함으로써 소비자의 권리를 요구하여 난임문제에 효과적으로 대처하며, 난임에 대한 지역사회 인식 제고를 추구한다.

이 단체는 1987년 설립된 호주의 '생식기술 인증위원회(Reproductive Technology Accreditation Committee; RTAC)'의 한 위원으로서 참여하고 있다. 보조생식술의 질 관리에 따른 지원과 모니터링을 실시하여 보조생식술 및 보건정책 서비스에 대한 난임대상자의 권익을 보호하고, 정부, 의료인, 난임대상자 간의 원활하고 효과적인 관계 형성을 유지하고자 다양한 활동하고 있다. 난임치료 및 보조생식 시술서비스에 대한 안전을 위하여 치료에 대한 공개와 난임대상자와 의사와의 신뢰문제 등 불편한 관계에 대한 조정, 그리고 보조생식술을 통한 출생아와 관련된 부모 교육 및 상담 등의 역할 등을 수행하고 있다. 1996년, 회원인 산드라가 난임의 영역에서 소비자 옹호를 위한 사회서비스 부문의 위원의 구성원으로 호주 정부당국에 의해 임명된 바 있다. 국가 수준에서의 난임대상자의 현안 및 서비스에 대한 관리정책에 밀접하게 참여하고 있다.

제 4 장

## 우리나라 난임 여성의 정서심리 상담서비스 수요

1. 난임 여성의 난임상담 필요성
2. 난임 여성의 난임 관련 상담서비스 수요



# 4

## 우리나라 난임 여성의 << 정서심리 상담서비스 수요

### 1. 난임 여성의 난임상담 필요성

우리나라에서는 매년 20 여만 명이 난임으로 진단되고 인공수정 및 체외수정 시술여성의 약 40%만이 임신에 성공하게 된다. 임신에 성공하지 못한 난임 여성들은 장기간 동안 난임을 극복하기 위해 보조생식시술을 받으며, 그 과정에서 다양한 정서·심리적 고통을 겪게 된다. 이에 따라 난임 대상자들의 정서·심리적 고통을 해소하기 위해서는 일차적으로 정서·심리적 고통의 실체와 고통을 해소하는 프로그램에 대한 수요(demand)를 파악할 필요가 있다.

수요 파악은 변화하는 가족 및 사회 문화 속에서 정서·심리적 문제 해소를 위한 자원 개발 대상, 규모 및 내용을 도출하여 효과적, 효율적인 정책을 개발하는 데 기본적으로 취하여야 될 작업이다. 수요는 난임 정서적 지지 프로그램을 개발, 운영할 경우 난임여성 또는 난임부부들이 이용할 서비스의 총량으로 정의할 수 있어 인적, 물적 자원 개발에 중요한 영향을 미친다. 본 연구에서는 난임 대상자의 사회심리적 지지 프로그램에 대한 수요를 이들의 요구도 즉, 욕구를 통해 파악하고자 한다.

#### 가. 체외수정 시술 여성의 정서·심리 고통의 실체

본 연구에서는 난임으로 인한 정신적, 심리적 고통의 실체를 파악하고 이를 완화할 수 있는 사회심리 상담에 대한 요구도를 파악하기 위해 2014년도 정부 난임부부 시술비 지원사업을 통해 체외수정 시술을 받은

난임여성을 대상으로 실시된 설문조사 결과(황나미, 2015)를 활용하였다. 조사방법은 개발된 조사표를 활용하여 메일조사 방식으로 이루어졌으며, 자료수집 결과, 총 1,063명의 난임여성이 응답하였다.

난임여성의 난임 또는 체외수정 시술로 인한 정신적·심리적 문제 또는 어려움의 유형은 ‘보조생식 시술 관련 비용’, ‘가족과의 갈등’, ‘정신적 고통’, ‘신체적 증상’, ‘사회활동’ 등 5개 영역이었으며 문제(또는 어려움)의 문항은 총 12개 문항으로 구체화하였다. 문제의 심각성은 지난 1년 동안 겪은 각 문항별 심각성을 5점 척도화(매우 심각, 심각, 그저 그렇, 심각하지 않음, 전혀 심각하지 않음)하여 자가 평가하도록 하였다.

조사결과, 체외수정 시술 경험 여성들이 정신적·심리적 으로 고통정도가 심각하였다고(심각, 매우 심각 포함) 응답한 비율은 다음과 같다. 난임 여성이 가장 심각하였다고 가장 많이 응답한 유형의 문제는 ‘시술비용 부담’의 문제로 응답자의 63.9%(약간 심각은 18.0%)이어서 난임으로 인한 비용은 이들에게 상당한 부담이 되고 있는 것으로 나타났다. 정부가 체외수정 시술당 총 시술비의 1/2에 해당되는 시술비를 4회(신선배아 기준)까지 지원하고 있지만 4회의 시술로는 대부분 임신에 성공하지 못하여 그 이후 시술비 전액에 대한 개인 비용부담의 문제가 대두되는 것으로 추측할 수 있다.

두 번째로 심각한 문제는 정신적 고통과 고립감, 우울감으로 59.6%가 심각한 수준이며, 이 중 매우 심각한 경우가 36.5%이어서 난임여성을 대상으로 한 상담의 필요성이 시급한 것으로 나타났다. 이들에게 나타난 감정상태 중 자녀를 갖지 못한다는 죄책감은 응답자 중 41.0%이었고, 자살에 대한 생각으로 심각한 어려움이 있었던 경우도 22.8%에 달하여 중점 관리대상의 조기발견 및 심리상담 등의 중재가 필요함을 알 수 있다. 이들은 불안, 비정상적 가슴 두근거림의 증상이 가장 흔하게 나타나고 있었으며, 두통과 소화기계 질환 또는 증상도 25.1%가 심각하다고 응답하였

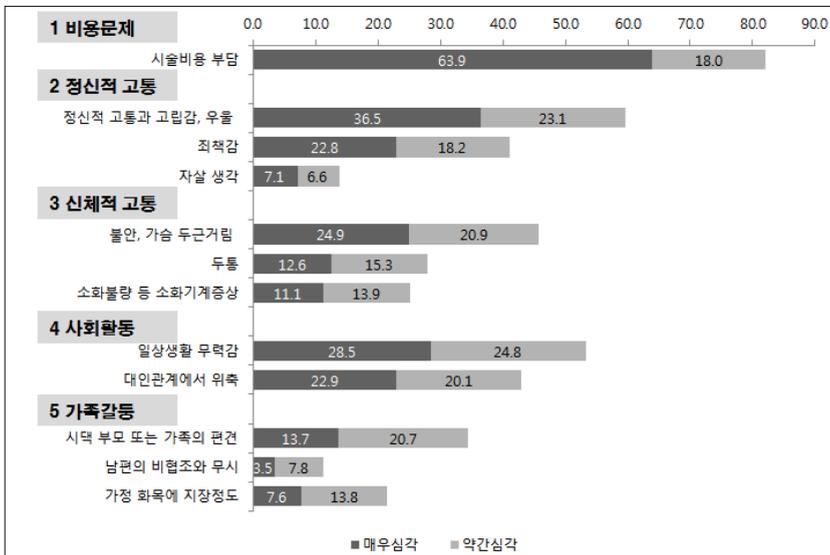
다. 이러한 신체적 증상은 난임으로 인한 정신적인 문제에서 비롯되기도 하여 전형적인 신체와 정신이 상호 연관된(psychosomatic) 증상들이라 간주할 수 있다.

사회활동 측면에서도 상당한 어려움을 겪고 있음이 드러났다. 일상생활의 무력감이 심각하다고 응답한 경우가 과반수 이상이었고, 대인관계에서의 위축도 43.0%가 심각한 수준으로 나타나 난임 대상자에 대한 인식 전환을 위한 범사회적 차원에서의 홍보 및 계몽이 요구됨을 알 수 있다.

가족과의 갈등에 있어서는 시대 부모 또는 가족으로부터의 편견이 34.4%로 3명 중 1명은 매우 심각 또는 심각한 것으로 나타났으며 남편의 비협조와 무시도 11.3%가 심각한 수준이라고 응답하였다. 또한 난임은 가정의 화목에도 심각한 지장을 준다고 21.5%가 응답하였다(그림 4-1).

[그림 4-1] 체외수정 시술경험 여성의 정신적·심리적 고통 요인

(단위: %)



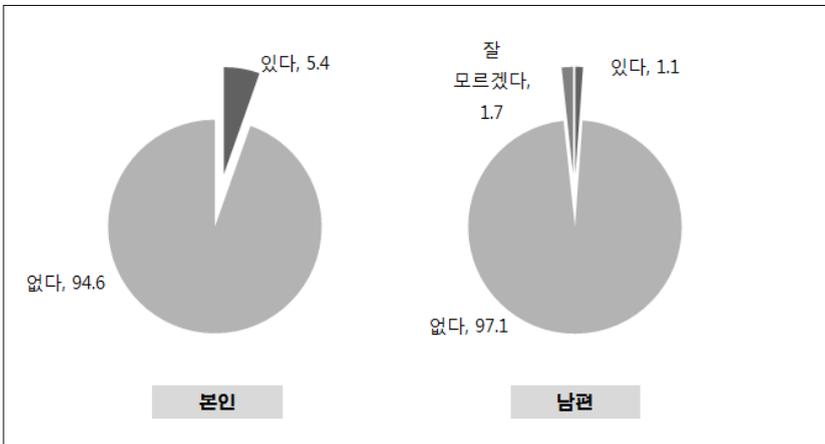
자료: 황나미 외(2015), 2014년 난임부부 지원사업 결과분석 및 평가, 한국보건사회연구원·보건복지부

### 나. 난임 관련 상담 및 진료 이용 실태

앞서 파악한 바와 같이 체외수정 시술 여성들은 시술비용 부담과 다양한 요인들에 의한 정신적·심리적 고통을 받고 있는 것으로 나타났다. 이러한 고통 때문에 이들이 상담 또는 진료를 받았는지를 파악한 결과, 5.4%만이 민간 의료기관을 방문하여 난임 관련 상담 또는 진료 수신 경험이 있었고 배우자는 1.1%에 불과하였다. 이와 같이 난임부부 대부분은(난임 여성 94.6%, 남편 98.9%) 정신적 고통으로 초래되는 문제에 대해 해결하고자 하는 의지가 약하거나 적절한 서비스 자원 및 지지방법을 찾지 못하고 있는 것으로 파악되었다(그림 4-2).

[그림 4-2] 체외수정 시술 경험 난임부부의 난임관련 정신심리 상담 및 진료 실태

(단위: %)



자료: 황나미 외(2015), 2014년 난임부부 지원사업 결과분석 및 평가, 한국보건사회연구원·보건복지부

한편, 정부는 난임대상자에게 육체적·심리적 지지가 필요하다는 정책적 판단 하에 2015년 7월부터 시범사업을 전개, 현재 실시 중에 있다. 상

상담 운영방식은 ‘인구보건복지협회’에 위탁하는 방식으로 난임 여성 또는 부부, 가임기 남녀를 대상으로 난임 상담을 의료상담과 심리상담으로 구분하여 전문인력을 배치, 실시하고 있다. 의료 상담은 총 8명의 전문의가 참여하여 전화, 내원, 온라인 상담 방식으로 진행하고 있다(산부인과 전문의 7명, 비뇨기과 전문의 1명). 심리상담의 경우 2015년 10월 현재, 총 5명(슈퍼바이저 1명, 임상심리전문가 4명)의 인력으로 구성되어 있다. 온라인 상담으로는 ‘아가사랑 사이트(www.agasarang.org)’와 모바일 웹 사이트가 운영되고 있으며 전화 상담(출산 빨리)도 함께 실시하고 있다(부록 2).

난임 상담 시범사업 4개월 동안 동 협회에 전화 또는 협회 내 설치된 난임상담실을 방문하여 임상심리전문가의 심리상담을 받은 건은 총 135건(전화 97건, 방문 38건)으로 월평균 34건이었다(황나미, 2015).

## 2. 난임 여성의 난임 관련 상담서비스 수요

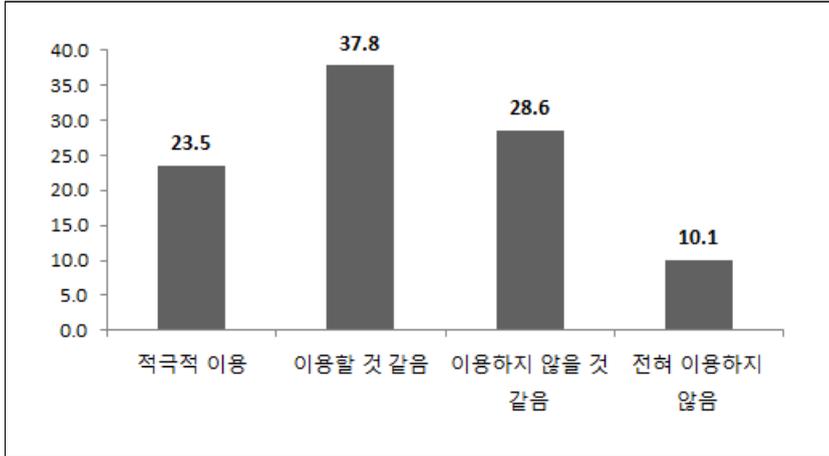
난임으로 인한 정신적 고통 및 심리적 문제를 해소하기 위해 국가에서 난임에 대한 심리상담 프로그램을 무료로 운영할 경우 이용할 의사를 파악한 결과에 의하면 제외수정 시술 경험 난임여성 중 61.3%가 이용할 의사가 있는 것으로 나타났다. 특히 이 중 23.5%는 적극적으로 이용하겠다고 응답하였다(황나미, 2015)(그림 4-3).

이들 조사대상자들은 2014년도에 제외수정 시술비를 국가에서 지원받은 여성들이어서 비용부담이나 신체적, 정신적 고통 때문에 이미 시술을 중단한 여성들은 제외되어 있다는 점을 고려할 때, 난임 관련 심리 상담 서비스를 이용할 대상자는 더 많을 것으로 추정된다.

94 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제

[그림 4-3] 체외수정 시술 경험 난임여성의 심리상담 프로그램 이용 의사

(단위: %)



자료: 황나미 외(2015), 2014년 난임부부 지원사업 결과분석 및 평가, 한국보건사회연구원·보건복지부

# 제 5 장

## 결론 및 향후 정책과제

1. 난임상담 정책 현안
2. 난임상담 프로그램 개발을 위한 정책과제



# 5

## 결론 및 향후 정책과제 <<

우리나라 합계출산율(TFR)은 1.21(2014년) 수준으로 지난 10여 년 동안 초저출산 현상이 지속되고 있어 2016년부터는 생산인구가 감소되고 2018년부터는 고령사회로 진입할 것으로 예상된다. 출산율 저하의 한 요인으로 주목되는 만혼이라는 사회적 현상의 지속과 환경적 요인으로 인해 난임 또한 증가하고 있어 이 또한 출산율 저하의 한 요인이 되고 있다.

난임으로 진단된 대상자수는 매년 약 20만 명으로 지속적으로 증가하고 있다. 난임대상자의 대부분은 임신 및 출산을 원하고 있는데, 정부는 심화되고 있는 저출산 문제를 극복하고자 2006년부터 난임부부 지원사업을 시작하였고, 난임부부의 보조생식기술비용으로 연간 약 900억 원을 지출하고 있다.

본 연구결과, 난임여성들은 본인 스스로가 삶의 전체를 임신에만 매달리는 집착, 삶이 정지된 느낌, 죄책감, 분노, 조급함, 무가치함, 서러움 등의 정서적 고통과 상실감으로 일부 대상자들은 자살까지 생각하는 것으로 나타났다. 최근 자녀에 대한 사회적 가치관이 변화되어 부부관계 및 가족관계에서 갈등으로 인한 정신적 고통이나 사회생활에서의 위축 등의 문제는 상대적으로 심각하지 않을 것으로 예상되었으나 시대와 가족의 편견 때문에 정신적으로 심각한 여성의 비율이 33.7%이어서 이 또한 무시할 수 없는 문제이었다. 즉, 부부 및 가족 간의 관계가 세 가정 중 한 가정은 가족 간의 관계가 멀어지는 경향이 나타난다고 간주할 수 있다. 또한편으로는 본 조사대상 난임여성들이 임신을 하고자 보조생식 기술을 경험한 대상자이어서 보조생식 기술자체를 받을 수 없는 상황에 있는 난

임대상자들은 제외되었다는 점에서 문제의 심각성은 크다고 간주할 수 있다.

한편, 이들은 숙원인 임신이 성공한 이후에도 유산 또는 사산에 대한 불안과 건강한 자녀 출산 가능성에 대한 스트레스로 불안 및 우울증상이 임신기간 동안 내내 지속되는 것으로 나타났다.

본 연구에서 영국, 독일, 일본, 호주 국가에서의 난임 여성 및 부부를 대상으로 한 난임 전문상담 및 지지 프로그램을 고찰한 결과, 이들 국가들은 1990년대부터 난임부부에게 의료상담과 심리상담을 제공하기 위해 각기 국가 특성에 적합한 전문가를 양성하여 제도적 기반하에 난임상담 프로그램을 실시하고 있었다. 난임부부의 삶의 질 향상 관점에서 이들에게 적절한 사회심리적 증재를 위해 이들 각각의 난임치료와 관련된 의료적 증재와 통합적인 접근을 실시하고 있었다. 대부분의 국가에서는 의료적 상담을 공적체계 내에서 난임치료와 관련된 알 권리와 시술에 따른 당사자의 결정권리, 그리고 이를 위한 정확한 정보제공을 목적으로 의무화되어 실시되고 있었다. 반면, 사회심리·정서적 상담은 전문가의 진단 하에 치료가 필요한 증상이나 질환으로 진단된 문제에 대해서는 공적 비용 지불이 이루어졌으며, 이외 개인적으로 이용한 심리상담에 대해서는 본인부담의 형태로 이루어지고 있었다.

다만, 일본의 경우, 우리나라와 같이 1990년대 중반, 저출산 현상이 대두되면서 이를 극복하기 위한 ‘신 엔젤플랜’을 수립하면서, ‘난임전문상담센터’ 설립을 국가 목표로 설정하여, 전국적으로 확대하였다. 보건소 등 공공기관과 민간 병원외래 또는 관련협회의 전문의사, 조산사 및 간호인력을 활용하여 접근성이 높은 지역사회에서 본인부담금 없이 난임전문상담센터사업을 실시하였다.

영국 및 독일을 중심으로 한 유럽국가에서는 난임대상자들이 치료결과

의 불확실성으로 인한 정신적 스트레스, 불안 및 우울 등이 임신을 방해하는 데 주목하여 상담의 일환으로 심신 프로그램을 운영하여 우울감을 완화시키는 중재를 시행하였다. 그 결과 임신 성공사례가 증가하는 것으로 나타나 주변국 까지 확대하여 관련 학회 및 협회를 조직, 구성하여 난임상담서비스를 제공하고, 전문인력 양성 및 질 관리를 위한 가이드라인 등을 개발, 제시하고 있었다.

난임대상자들은 전문가들과 파트너십을 형성하여 지역사회에서 자조모임 등의 난임 지지체계를 구축, 운영하고 있었으며, 이러한 활동은 세계적 네트워크를 형성하여 난임당사자들의 권리를 강화하고 있었다.

무엇보다도 이들 국가들은 난임대상자에 대한 정책을 저출산 현상(2015년 합계출산율 영국 1.89, 독일 1.44, 일본 1.4, 호주 1.7750)을 극복하는 데 초점을 두고 여성을 출산도구화하는 지원정책보다는 자녀를 원하는 가정에 대한 복지차원으로 접근하여 난임부부의 삶의 질 향상이나 삶의 위기에 대처할 수 있도록 이들을 대상으로 한 정서심리 및 사회적 상담을 더욱 중요시 하고 있었다.

본 연구에서 난임여성의 대부분이 겪는 정신적 고통과 요구도에 비추어 볼 때, 또한 선진국에서 난임상담 프로그램을 20여 년 전부터 운영하고 있는 현실을 감안할 때, 우리나라 난임대상자에 대한 양질의 의료상담과 함께 사회심리적 개입은 필요하다고 간주할 수 있다. 구체적으로는 시술 전, 시술 후 임신실패 대상층과 임신성공 대상층, 그리고 시술을 중단할 수밖에 없는 대상층으로 구분하여 사회심리적 중재 프로그램을 개발할 필요가 있다. 또한 난임원인 보유자가 배우자인 남성임에도 불구하고 임신을 위한 보조생식 시술 대상은 여성이므로 여성에게 정신적 스트레

50) The World Factbook. Total fertility rate.

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2127.html>

스가 부과된다는 점에서 여성과 배우자 남성을 대상으로 한 각각의 프로그램의 개발도 필요하다고 볼 수 있다.

## 1. 난임상담 정책 현안

난임 당사자 및 부부들은 생물학적, 심리학적, 사회적 범주와 윤리적 범주까지를 포함한 복잡한 문제에 직면하게 된다. 난임상담의 목적은 난임 및 난임 치료과정에서 발생하는 이러한 생물학적, 심리학적, 사회적 여러 문제들을 탐색하고, 문제의 기전을 이해하며, 더 나아가 해결하기 위한 것이며, 이들 문제를 보다 효과적으로 다루기 위한 방법을 명확하게 하기 위한 것이다. 이러한 목적 때문에 상담내용 중에는 난임의 직접적인 치료의 맥락에서 벗어난 문제들을 다루게 되는 경우도 발생된다. 즉, 입양이나 위탁모와 같은 형태로 부모의 역할을 대체할 수 있는 방법들에 대해 상담할 수도 있고, 자녀 없이도 부부가 충실하고 의미 있는 삶을 살아가는 방법에 대해 상담할 수도 있다.

그렇다면 임신을 성공하게 하는 데 기여하고 난임대상자의 삶의 질을 향상시키는데 필수적인 난임상담의 목적을 달성하기 위해 우리나라 의료 시스템 상황에서 어떤 인력이 누구를 우선적 대상으로 상담을 하여야 하는 지에 대한 정책적 판단이 필요하다. 난임상담 정책을 도입하고자 할 때 여러 대안 중에서 가장 효과적인 결과를 가져올 수 있는 대안을 선택하여 개발하여야 하기 때문이다.

## 가. 누가 상담서비스를 제공해야 하는가

난임대상자들에게 상담을 제공하기 위한 상담사의 자격은, 유럽 연합의 경우 국가마다 약간 다르다. 영국 및 독일 등 몇몇 국가들의 경우, 난임클리닉에서 상담을 위해 요구되는 자격은 정부 권고사항에 명시되어 있으며 각 국의 '난임상담협회'에서 지속적으로 질 관리를 담당하고 있다. 정부 권고사항을 요약하면 난임 상담인력에게는 기본적으로 의사소통 기술을 요구하고 있다. 면담을 계획하고 수행을 한 후, 상담 과정에 대한 평가와 관련된 광범위한 소통 기술을 가지고 있어야 한다. 난임대상자 중심의 보살핌(care)을 제공하고, 난임의 정신적인 측면을 이해하며, 난임대상자 각각의 문제를 발견하고 확인하는 데 기본적인 소통 기술이 중요한 것으로 나타났다.

둘째, 난임상담사에게는 적어도 정신건강에 대한 어느 정도의 전문성을 요구하고 있다. 정신건강과 관련된 사정 및 다양한 중재방법에 대한 지식과 정서심리 상담방식에 대한 지식(이완 기술 및 시각화 기술과 같은 신체적, 정신적 접근 방법에 대한 이해 등) 및 소통 기술들이 요구된다. 이러한 기술을 통해 난임상담 전문가는 난임대상자에게 필요한 요구를 충분히 파악하여 효과적, 효율적인 방식으로 설명하고 치유하여 임신에 성공할 수 있도록 보다 유리한 신체적, 정신적 안녕상태를 유지하도록 한다.

셋째, 난임상담사는 사회심리 치료에 대한 충분한 지식을 가지고 있어야 함과 동시에 의료상담과의 연계 및 통합적 접근이 가능하여야 한다. 난임대상자가 난임치료와 관련된 상담과 함께 사회심리 및 정신 상담을 요청할 경우, 서비스가 제공 가능하여야 한다. 또한 전문가 입장에서 임신을 방해하는 건강생활 비실천 행위나 환경적 문제 즉, 비만, 흡연 등의 특별한 충고와 정신적 보살핌을 필요로 하는 대상자에게는 상담사가 난

임대상자에게 먼저 다가가서 이들의 문제를 치유하여 주어야 한다.

이러한 점에 비추어 볼 때, 전문적인 난임상담을 실시하기 위해서는 특별한 기술과 자격이 필요하다. 현재 우리나라는 심리상담사 자격인력이 민간 협회 주도로 양성되고 있다. 아직은 이들에 대한 직업명이 통일되어 있지 않아 ‘임상심리전문가’ 또는 ‘상담전문가’라고도 칭하며 이들은 성격, 적성, 지능, 신체적·정서적 증상 등에 대해 어려움을 겪고 있거나 변화를 모색하는 자에게 심리검사 및 상담 프로그램 등을 활용하여 문제 해결을 지원하고 있다. 즉, 이들은 사회에서 여러 갈등과 문제로 인해 고통 받고 있는 유아, 아동 및 청소년, 노인, 그리고 가정을 대상으로 정신건강이나 정서적 장애와 관련된 문제를 과학적 측정도구를 사용하거나 상담을 통해 종합적으로 진단하고 심리학적 방법을 활용하여 치료해 줌으로써 건강하고 바른 생활을 할 수 있도록 돕는 업무를 담당하고 있다.<sup>51)</sup> 이와 같이 다양한 대상자를 위한 심리상담 전문인력 양성 과정이 운영되고 있지만 난임상담 전문인력 양성을 위한 기반은 취약하다. 따라서 초기에는 난임관련 업무에 종사하는 의료진(간호사 및 의사)을 대상으로 일차적인 교육을 실시하여 사회심리 상담을 실시하고 필요시 정신보건 의사 및 간호인력들에게 의뢰하여 전문적인 증재를 실시하도록 하는 것이 효율적이라 판단된다. 난임관련 업무에 종사하는 의료진들이 체계적이고 능숙한 상담을 제공할 수 있는 위치에 있기 위해서는 난임의 정신적, 육체적 측면들에 대한 깊은 이해와 더불어 난임치료와 상담에 대한 지식을 겸비할 수 있는 교육훈련 프로그램이 요구된다.

한편, 난임관련 업무에 종사하는 의료진으로는 체외수정 및 인공수정 시술비 지원신청 업무를 담당하고 있는 전국 보건소의 간호사가 포함되는데 본 연구에서 난임여성의 44%가 난임상담센터로서 적절한 기관으로

51) <http://www.kpcs.kr/bbs/board.php>

보건소를 선호하였다. 그러나 보건소 인력은 시술기관의 의료진이 아니기 때문에 난임치료와의 통합적 접근에 한계가 따른다. 그렇지만 난임문제 및 시술기관에 대한 정보가 투명하게 공개되지 않은 우리나라 사회문화적 특성에서 보건소는 난임부부의 첫 접촉기관이면서 접근성이 용이하고 시술기관의 선택 및 시술 전·후 시술기관에 대한 불만이나 문제 등으로 초래되는 갈등을 해소하는 데에는 도움을 줄 수 있는 장점이 있다. 이렇듯 난임상담 인력이 난임치료 팀의 일원일 경우와 보건소와 같이 시술기관과는 다른 시술비 지원 행정기관에서 근무하는 별도의 인력일 경우, 상담의 질과 대상자의 만족도는 다를 것인 바, 어떤 방식이 더 효과적인지에 대해 각각의 방식에 대한 심도있는 평가연구가 필요하다.

중장기적으로는 전문 심리상담사, 심리학자, 정신과 의사 등이 참여하여 표준화된 난임상담 전문인력 양성을 위한 교육과정 개발 등 체계적인 인력육성 기반을 구축할 필요가 있다.

## 나. 의사의 역할은 무엇인가

우리나라 난임여성들은 자녀를 원하지 않는 경우라도 임신을 하지 못한다는 점에 대해 심한 충격과 함께 지속적인 정신적 고통을 수반하는 것으로 나타나 의료적 접근과 함께 심리적 접근을 통합하여 중재하는 전략이 필요하다. 난임 당사자와 난임부부들은 난임으로 인한 정신적 외상과 상실감을 난임이라는 신체적 결함에서 초래된 것으로 인식하여 정신과 전문의나 심리치료사보다는 산부인과 의사나 난임클리닉 의사를 찾아가 모든 문제를 해결하려는 경향이 있다.

난임의 치료 또는 시술이 의학적인 문제임은 분명하다. 이로 인해 의사와 난임대상자간 발생될 수 있는 가장 전형적인 문제는, 모든 관심이 난

임의 의학적 측면에만 집중된다는 점이다. 난임 대상자에 대한 임신 성공을 위한 접근 또한 거의 의학분야에서만 이루어지고 있어 난임을 초래하는 난임대상자의 정신적인 문제들은 간과되고 있다. 의사들은 보조생식 기술(IVF, ICSI)이라는 의학적 성공과 생리적 임신에 모든 관심을 집중함에 따라 난임대상자에 대한 정신심리적 문제에는 등한시 할 수밖에 없으며 산부인과전문의이기 때문에 정신과적 문제에 대한 진단이나 치료방법에 대해서 서비스를 제공할 수도 없다. 이러한 현상은 의료인 뿐 아니라 난임대상자 또는 난임부부 당사자도 의학적 성공과 임신에만 집중한다.

따라서 시술의사는 난임의 문제를 다룸에 있어 통합적 접근을 위한 중심적인 역할을 수행하여야 한다. 이들은 보조생식 기술분야의 전문적인 기술자여야 할 뿐만 아니라, 난임부부에게 초래되는 정신적인 문제들과 스트레스의 치료 및 감정적 대처기전 등에 대한 기본적인 지식을 가지고 시술 과정에서의 정신과적 문제, 시술의 실패에 따른 좌절감 등을 난임대상자로부터 면밀히 관찰하여 발견하여야 한다. 이러한 역할을 수행하기 위해서는 시술의사는 난임대상자와 신뢰관계를 형성하는 것이 중요하다. 난임대상자들 스스로 시술의사와의 상담이 임신에 성공할 수 있는 여건을 조성해 준다고 인식할 수 있도록 의사를 대상으로 한 전문적 상담 역량의 강화가 중요하다.

#### 다. 누가 상담을 필요로 하는가

본 조사대상 체외수정 시술 경험 여성의 60.5%(이 중 23.3%는 적극적으로 이용)가 정부에서 난임상담 프로그램을 운영할 경우 상담 프로그램을 이용할 의사가 있다고 응답하여 스스로 정신적인 고통을 해결하고자 하는 의지를 엿볼 수 있었다. 그러나 그 동안 극심한 스트레스를 경험하

고 있는 난임대상자들 중 실제 정신과적 진료 또는 상담을 받았다고 정신과 의사 또는 심리상담사를 방문한 경우는 매우 드문 것으로 나타났다.

전문가의 상담은 자기존중감이 높아지면서 임신에 성공할 수 있는 신체적 조건이 형성되고 난임여성의 삶의 질이 향상되는 효과를 거둘 수 있다. 이러한 중요성을 인식하면서도 우리나라 체외수정 시술의사들은 시술 전·후 상담이 필요한 난임 여성 또는 그 배우자를 스크리닝하는 경우가 극히 드물다.

한편, 전문가의 상담을 거절하는 난임대상자들도 있는데 그 사유는 다양할 것이다. 가장 주된 원인은 난임이 부부만의 사적인 문제이어서 주위에 도움을 청하지 않는다는 점이다. 따라서 이들 난임대상자에게 개인적으로 비밀리에 접촉하거나 상담할 수 있는 방식을 개발하여 보다 많은 난임대상자들이 상담서비스를 이용할 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있다. 시술의료진은 난임대상자와 긴밀한 신뢰관계를 형성하여 대상자의 정신건강 상태를 지속적으로 면밀하게 관찰, 고위험 대상을 조기발견하여야 할 것이다.

## 1) 상담 필요 핵심대상

난임상담은 난임당사자의 요구와 무관하게 서비스를 제공하는 것이 원칙이다. 난임당사자 스스로 자각하지 못할 수 있고 주위 가족들도 상담대상자가 될 수 있기 때문이다. ‘유럽생식·발생학회(ESHRE)’에서 공통적으로 사회심리 상담이 필요한 대상자를 제시하면 ① 난임 진단 후 장기간의 보조생식 시술을 받거나 극심한 스트레스를 경험하고 있는 경우, ② 심리학적 병력 등 개인 정보로 미루어 볼 때 위험한 상황에 있다고 판단되는 대상, ③ 난임 치료의 일환으로 (착상 전 유전학적 진단 등) 몇몇 유형

의 유전학적 상담을 필요로 하는 경우, ④ 질환이나 고령 등으로 원하는 시술을 포기할 수밖에 없는 대상, ⑤ 기증된 난자 및 정자 등의 생식세포 시술, 대리모, ⑥ 입양을 고려하고 있는 난임대상자들이다(ESHRE, 2015). 이들 이외 한국문화권에서는 여성의 경우 생식기능이 정상이나 배우자인 남편이 난임이어서 보조생식시술을 받아야 하는 난임여성과 그 배우자가 난임상담 핵심대상으로 제시할 수 있다.

## 2) 보조생식 시술 후 임신 실패 대상

난임은 생의 중요한 사건들 중의 하나이다. 특히 지속적인 시술을 통한 임신의 실패는 심각한 정서적 반응들을 동반하면서 인생의 존재에 대한 위기로 이어지기도 한다. 난임원인 중 특히 원인을 알 수 없는 난임대상자들은 시술로도 임신이 성공하지 못할 경우 스트레스 및 불안이 그 원인으로 믿는 경우가 많다. 상담사들은 원인불명 난임이 항상 정신적 요인에 의한 난임을 의미하는 것은 아니며, 지나친 비만이나 흡연 및 약물 남용 등 건강하지 못한 행위도 관여되고 있음을 주지시켜야 한다. 시술 실패 시 찾아올 수 있는 극심한 우울감을 방지하기 위해 원인불명 난임으로 진단된 대상자의 경우 난임원인을 철저히 규명했는지를 파악하는 것도 중요하다는 사실을 난임대상자에게 알려주어야 한다.

난임 상담사는 난임여성의 정서적 치유를 위한 지지 또는 상담을 실시하였다 해도 이들로부터 치료의 실패로 인한 우울이나 슬픔이 완전히 사라지는 경우가 드물다는 사실을 인지하여야 한다. 또한 난임대상자들에게 고통을 완전히 제거할 수는 없어도 자신이 결함이 있는 존재라는 생각을 가져서는 안 된다는 점을 인식시켜야 한다.

한편, 난임대상자는 최신 보조생식 시술방식으로 임신에 성공할 때 까

지 계속 시술을 시도하기를 의료진에게 강요할 수 있다. 상담사는 소통기술을 발휘하여 새로운 기술은 새로운 희망을 제공할 수 있지만, 반대로 새로운 실망의 원인이 되기도 한다는 사실을 알리고, 새로운 기술이 제공하는 기회와 위험 요소에 대해 솔직하게 논의하여야 한다. 난임치료 통합팀의 각 전문인력들은 임신의 실패로 인해 발생하는 난임여성 각각의 전형적인 감정적 반응들에 대해 사전 알고 있어야 하며, 이러한 감정에 대해 난임대상자와 터놓고 이야기를 나누어야 난임여성의 정서심리적 문제를 사전 해결하는데 도움을 준다.

### 3) 난임 치료 후의 임신 성공 대상

임신에 성공한 난임대상자들은 난임 기간이 길었던 경우일수록 임신기간 중의 산전관리 요구도 및 출산 후 자녀 양육방식에 미치는 영향이 더 크다. 난임여성이 초음파검사를 통해 임신을 확인하게 되면 임신한 난임대상자와 그 배우자는 난임 시술기관이 아닌 출산을 위해 다른 산과전문 의사를 방문하게 되는 경우가 많다. 산과 병원에서는 난임대상자를 자연적으로 임신을 한 임부와 동일하게 관리하는 경우가 일반적이다. 난임부부들은 보조생식기술을 통해 임신한 사실을 알리고 싶지 않을 수 있으며, 반대로 시술을 통한 임신이기에 이를 밝히고 특별한 대우를 원하는 경우도 있다. 공통적으로 임신과정 동안 자연적으로 임신한 임부와는 다른 행동을 보이는데 대표적으로 유산 또는 사산이 초래되지 않고 장애가 없는 건강한 자녀를 출산하고자 산과 의사에게 집착적으로 특별한 관리를 요구하는 경우가 많다(ESHRE, 2015).

따라서 의료진들은 대부분의 난임 경험자들이 임신을 대하는 태도가 난임 경험이 없었던 임부와는 차이를 보일 수밖에 없다는 점을 인식하여 첫 방문 시 난임 치료를 통한 임신여부를 반드시 확인하고 난임 상태에서

겪었던 부정적인 감정들을 제거하기 위해 산전 진찰 중 노출될 수 있는 여러 형태의 감정에 적극적으로 증재하고 돌봐주어 임신기간 동안 난임 경험여성이 불안이나 우울이 발생되지 않고 건강한 출산에 이르도록 개인 요구를 충족시켜 주어야 할 것이다.

## 2. 난임상담 프로그램 개발을 위한 정책과제

### 가. 기본방향

건강의 정의가 신체적·정신적·사회적 측면에서의 안녕(wellbeing) 상태이고(WHO, 2007), 복지사회가 궁극적으로 개인의 '삶의 질 향상'을 추구한다고 볼 때, 난임대상자의 신체적 생식건강 문제와 사회심리적인 요인을 소홀히 다루어서는 안 될 것이다. 이에 따라 난임대상자에게 난임으로 인한 보조생식시술을 포함한 의료적 접근과 난임 치료과정에서 초래되는 사회심리적 문제를 해소하기 위해서는 난임 전문상담서비스를 제도권내에서 제공하여야 한다.

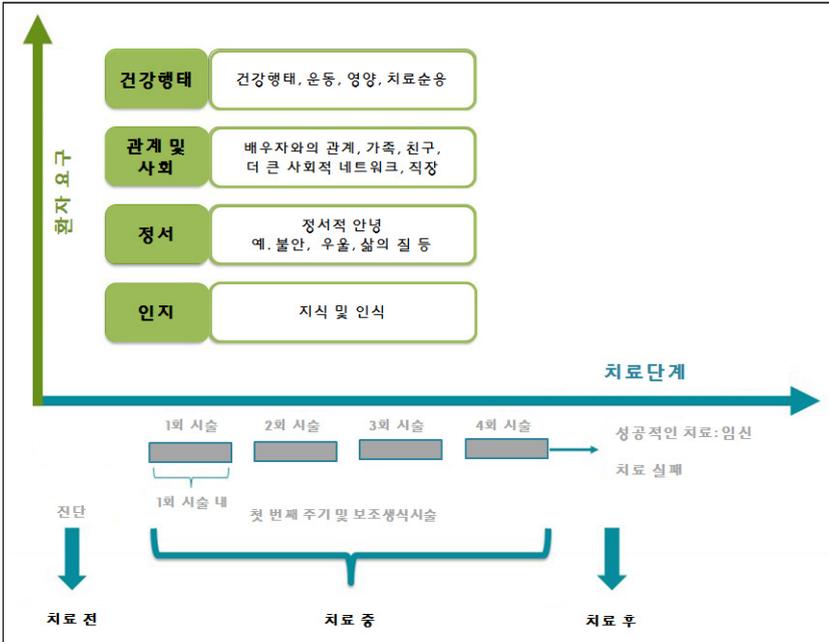
난임상담서비스 제공 프로그램 개발의 기본방향은 첫째, 난임대상자 및 난임부부에게 난임치료 각 단계별 필요한 정보를 올바르게 제공한다. 난임 극복 및 시술에 대한 충분한 정보 제공은 자기 결정권(informed choice)을 높이고 치료의 불확실성으로 인한 불안을 완화시키기 때문이다. 둘째, 이들의 정신적·사회적 안녕을 저해하는 문제에 효과적으로 대처할 수 있도록 개별 선호도에 기반한 맞춤형 지지체계를 구축하여 정서적 안정과 사회심리적 적응을 통해 이들의 삶의 질을 향상시킨다. 무엇보다도 사회심리적 지지는 보조생식 시술의 스트레스를 경감시켜 임신에

성공할 수 있는 계기를 마련해 줄 수 있기 때문이다. 또한 이들의 선호도 파악은 난임당사자의 각 치료과정에서 노출된 사회심리적 문제의 표출유형 및 방식과 이를 해소하는 방법이 각기 다르기 때문이다.

셋째, 난임대상자가 시술과정, 시술유형, 시술결과에 따라 각기 다르게 반응하고 위험요인도 다르기 때문에 난임대상자의 각 치료단계에 따라 이들의 경험에 기반한 다양한 사회심리적 욕구에 적합하게 맞춤형 통합적 접근을 시도한다. 이에 따라 난임상담 모형은 보조생식 시술 각 단계 별로 유형화하여 시술 전, 시술 과정, 시술 후 단계로 구분한다. 여기서 시술 후의 경우는 임신에 실패하여 시술을 포기한 상태이거나 시술을 더 이상 시도하기 어려운 경우와 임신에 성공한 경우로 구분하여 접근한다.

난임에 대한 심리치료적 중재는 배우자인 남성에게도 필요하다. 결론적으로 난임대상자 맞춤형 상담 및 치유서비스를 제공하기 위해서는 난임 치료 각 단계별로 난임대상자의 건강행태, 주변 인간관계 및 사회생활, 정서적 및 인지적 상태 등 사회심리문제 유형별로 난임대상자의 요구도를 파악하고 필요한 서비스를 도출하여 개인별 맞춤형 서비스를 제공한다(그림 5-1).

[그림 5-1] 난임 치료 각 단계 및 사회심리문제 유형별 맞춤형 상담 제공을 위한 접근



자료: Boivin J, 2012

## 나. 난임 전문상담 프로그램 개발을 위한 과제

### 1) 원인불명 난임대상자의 상담 성과 제고 전략

원인불명의 난임은 모든 기본 난임검사에서 정상적인 소견이 나온 경우이며, 전체 난임대상자의 10~15%를 차지한다(Isaksson R, 2004). 우리나라에서 원인불명 난임의 비율은 2013년 시행된 정부 ‘난임부부 지원 사업’의 시술비 지원대상건 가운데 제외수정 시술비 지원 건 중에서는 40%를 상회하고, 인공수정 시술비 지원 건 중에서는 80%에 이르러 일반적으로 알려진 15% 보다 월등히 높은 상태이다.

난임은 생리적인 현상인 임신 및 출산이 이루어지지 못하는 상태로 생식과 관련된 기능, 구조 및 과정에서 초래된 문제에서 비롯된다. 그러나 원인을 알 수 없는 난임의 경우에는 기능 및 구조가 임상적으로는 정상임에도 불구하고 임신이 이루어지지 못해 난임당사자에게는 억압된 정서적 고통이나 우울 등이 더 심각해 질 수 있다. 이러한 정신적 문제는 신체기능의 장애 및 신체기관의 조직학적 변화를 초래하여 임신성공을 더욱 더 어렵게 하는 정신생리 장애(Psycho physiological disorder) 현상의 악순환을 반복한다.

이에 따라 난임대상자의 신체와 정신간의 상호작용의 중요성을 감안하고 임상에서 알려진 원인불명 난임비율보다 월등히 높은 현실을 직시하여 원인불명 난임으로 진단된 경우에는 난임상담 과정에서 난임원인 규명을 위한 검사를 철저히 실시할 수 있도록 상담한다. 예컨대, 원인 불명의 난임으로 진단하기 위해서는 정상 정액검사 소견, 배란검사를 통한 배란 확인, 정상 자궁 내막강과 정상 양측 난관의 확인이 선행되어야 한다. 진단 복강경 검사는 아직 이점이 있으나 발견되지 않는 난관 인자나 자궁 내막증의 확진을 통해 이후 치료방침을 결정하는 데 많은 도움이 될 수 있다(최영민, 2007). 따라서 적절한 의료적 대처와 난임대상자 및 주위 가족들에게 초래된 막연한 불안감 또는 갈등 등을 근본적으로 대처할 수 있는 난임상담 프로그램의 효과를 제고하기 위해서는 난임 원인을 철저히 규명할 수 있는 제도적 장치를 마련하여야 한다.

## 2) 난임대상자 중심의 의료 및 심리 상담 통합적 접근 전략

난임의 또 다른 문제는 보조생식기술 비용부담이 큰 반면, 성공률은 매우 낮다는 점과 이로 인한 신체적 고통, 그리고 난임에 대한 사회적 인식 부족으로 인해 난임대상자들이 올바른 정보를 접할 수 없는 문제이다. 장

기간의 치료과정에서 초래되는 만성적인 무기력과 우울, 이로 인해 초래되는 가족 및 사회로부터의 고립감과 위축감이 신체의 균형을 깨뜨려 임신성공을 저해하기도 한다. 이러한 관점에서 난임대상자 및 배우자, 더 나아가 가족 및 사회환경적 특성을 반영한 난임상담 및 교육이 중요하다.

제 2장에서 제시한 바와 같이 난임부부의 정신적 부담을 완화하기 위한 접근방법으로 난임대상자 중심적 의료(Client -Centered Medicine)가 강조되고 있어 시술 각 단계별 개별 맞춤형 상담이 중요하게 다루어지고 있다. 반복적인 시술과정에 있는 경우, 시술 후 임신 실패 상황 및 임신성공 상황을 구분하여 상담 모형을 개발하여야 하고 난임원인 보유자가 여성인 경우와 남성인 경우를 다시 분류하여 접근하여야 할 것이다. 모형을 구성하는 요소에는 난임 치료 각 단계별 의료 및 심리상담, 그리고 심신치료요법(심신 프로그램)이 포함되어야 한다. 대표적으로 이완요법, 인지치료를 포함한 심신치료요법에 사회적 지지 및 스트레스 관리법 등의 상담을 포함한다.

보조생식시술 의사 및 상담사는 시술이 반복적으로 시행된다 하더라도 보조생식 시술 전, 시술 후 난임 여성과 부부에게 매번 의료상담을 실시하여야 할 의무가 있으며, 치료방법에 대한 결정과정에서 이들이 주도적으로 참여할 수 있도록 함으로써 불확실성으로 인해 더 커질 수 있는 임신 실패에 대한 고통을 감소시켜야 한다.

의료상담은 보조생식술에 대한 전문적 자원을 고려할 때, 현 보조생식 시술 지정기관에서 시술비 지원대상자에게 공식적으로 실시할 수 있도록 의무화할 필요가 있다. 영국은 ‘인간출산발생국(HFEA)’에서 개발한 ‘난임시술기관 자가 점검표(Self assessment questionnaire)’에 상담 항목을 포함하여 시술기관에서 상담을 수행하는 데 지침으로 활용하도록 하고 있어 시사하는 바가 크다(부록 1).

정서적, 심리적 문제에 대한 상담인력으로는 심리상담사를 포함한 심리학 전문인력이 바람직하다. 그러나 양성인력이 부족하여 접근성이 용이하지 못하다는 단점이 있다. 정신과의사는 약물치료에 초점이 맞추어져 있고 발생비용이 높아 난임대상자가 일반적으로 거부감을 가질 수 있기 때문에 초기에는 보건소에서 난임부부 지원사업의 시술비 신청자격 관리 간호사 인력을 교육하여 운영하는 방안을 고려할 수 있다. 즉, 일본 난임전문상담센터와 같은 자격을 갖춘 인력 활용을 통한 프로그램 운영 방식과 유럽의 인력양성 프로그램을 접목하는 방안이 바람직할 것으로 사료된다. 더 나아가 난임가정 주변의 가족, 친척, 친구, 이웃 등의 사회적 지지체계 형성에 대한 전략 마련이 필요하다. 난임상담모델 개발과정에서는 ‘유럽생식·발생학회(ESHRE)’에서 제시한 근본 문제들(부록 3)을 고려하여야 할 것이다.

### 3) 임신 성공 난임부부 대상 정서적 지지 강화 전략

난임 경험 후 시술을 통해 임신한 여성의 90% 이상이 정신적인 문제로 고통 받고 있는 것으로 나타나(황나미, 2014) 임신에 성공한 이후에도 정신적 불안 및 스트레스는 지속되는 것으로 나타났다. 또한 난임 기간 동안 겪었던 트라우마가 내재되어 있어 일반적인 임부와는 다른 감정적 상태가 표출되기도 한다. 이들은 오랜 기간 동안 임신성공에 삶을 바쳐 오면서 심신이 지쳐있어 임신 지속을 위한 자가관리와 정신적으로 모성 즉, 부모로서의 준비가 부족하다. 따라서 임신 중의 충분한 정보 제공 및 고위험 요인의 발견 및 조치, 출산 전 부모됨의 준비, 그리고 건강한 자녀를 출산할 수 있다는 심리적 지지 프로그램을 난임상담 프로그램의 일부분으로 개발하여야 한다.

#### 4) 지역사회에서의 난임 치료 및 극복과정 조사 실시

2012년 전국 표본조사 결과에 의하면 난임부부가 난임을 치료하지 않은 가장 큰 이유는 '가능성이 없어 보여서'로 파악되어(김승권 외, 2012) 초저출산 시대에 가임부부의 생식건강이 우리 사회의 건전한 발전을 뒷받침한다는 점에서, 난임에 대한 정확한 정보 제공이 가장 중요한 것으로 나타났다.

난임으로 의심되는 대상자가 난임 진단 전, 진단 후, 난임 치료 전 및 치료 후 등 개인별로 난임에 대처하는 행태와 각 단계별 정서심리적 상태를 파악하여 근거중심(evidence-based)의 정책 수립을 위한 기반이 마련될 필요가 있다. 특히 비배우자 간 정자 및 난자 공여 등의 거래가 제도화되지 않는 상태이어서 법적·도덕적·윤리적 문제들이 상존하고 있기 때문에 이들 현황을 간과한 채 사회심리 상담 정책을 개발하는 것은 효과적인 정책 개발을 기대하기 어렵다.

이에 따라 난임대상자에 대한 맞춤형 전문적인 상담 프로그램을 개발하기 위해서는 우리나라 난임 진단 전후의 의료이용 및 보조생식 기술 각 단계별 사회심리 현황에 대한 지역사회에서의 체계적인 조사가 필요하다. 건강보험제도권 밖에서 이루어지는 우리나라 난임과 관련된 치료 및 대처 실태에 대한 기본 자료를 확보하여 시술과정 각 단계에서 대두되는 사회심리 문제를 도출, 이를 중심으로 상담정책을 개발하고 향후 원인규명 및 치료방안을 모색하는 데 기본정보로 활용될 수 있을 것이다. 더 나아가 청소년 및 미혼남녀를 대상으로 난임 예방을 위한 효과적인 상담서비스 프로그램 개발에 활용되어 적시에 적절한 관리가 가능하게 됨으로써 난임 가정의 정신적 문제를 최소화, 사회 생산성 향상에 기여할 것이다.

## 참고문헌 <<

- 김경아, 민우경, 임재우, 전누리, 원혜성, 김정훈, 등. (2003). 체외수정시술로 출생한 쌍생아의 임상적 경과에 대한 비교 분석. 소아과, 46(3), pp.224-229.
- 김명희, 권혁찬, 백수진, 박춘선, 이경훈, 문한나, 등. (2013). 난임부부 지원사업 개선방안 연구. (재) 국가생명윤리정책연구원.
- 김미옥. (2009). 심신치료프로그램이 체외수정 재시술 난임여성의 불확실성, 불안 및 착상률에 미치는 효과. 박사학위논문, 연세대학교대학원.
- 이서영. (2013). 난임부부 지원제도 개선방안. 석사학위논문, 성공회대학교.
- 하영운. (2013). 난임여성의 심신 프로그램 참여 체험 연구. 박사학위논문, 서울여자대학교 대학원
- 황나미, 채수미, 박승미, 장인순, 김지연. (2014). 2013년도 난임부부 지원사업 결과분석 및 인공수정 급여화 방안. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 황나미, 황정혜, 김지은. (2010). 저출산 극복을 위한 난임부부 지원사업 현황과 정책방향. 한국보건사회연구원.
- 황나미. (2003). 우리나라 난임 및 난임관련 의료이용실태와 문제해결을 위한 연구. 한국보건사회연구원·건강증진기금사업지원단.
- 황나미. (2013). 난임여성의 우울에 영향을 미치는 요인 분석. 보건사회연구, 33(3), pp.161-187.
- 황나미. (2013). 정부 난임부부 시술비 지원사업 현황과 성과, 한국보건사회연구원 이슈애포커스, 제192호(2013-22).
- 황나미, 채수미, 장인순(2015). 2014년 난임부부 지원사업 결과분석 및 평가, 한국보건사회연구원·보건복지부

- 林谷啓美・鈴井江三子. 不妊治療を受ける夫婦の抱える問題と支援のあり方  
厚生労働省. 不妊専門相談センター事業の概要  
厚生労働省HP. 生労働省予算案の主要事項  
厚生労働省HP. 不妊に悩む夫婦への支援について  
厚生労働省雇用均等・児童家庭局. (2013). 母子保健衛生対策の充実を図ること  
(施策番号・VI-5-1  
厚生労働省. (2015). 不妊に悩む方への特定治療支援事業等のあり方に関する  
検討会 報告書(案)  
古里百合子、辻丸秀策、大岡由佳、鋤田みすず、福山裕夫. (2004). 不妊治療に伴う  
心理的葛藤とソーシャルサポート : 不妊治療2症例を通して」久留米大学  
文学部紀要. 社会福祉学科編, 4, pp.29-33.
- Balen, A. H. & Rutherford, A. J. (2007). Management of infertility. *BMJ*,  
335(7620), pp.608-611.
- Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland(BKiD)(2009). German  
Society for Fertility Counselling.
- Berger, R., Paul, M. S., Henshaw, L. A. (2013). Women's Experience of  
Infertility: A Multi-systemic Perspective. *Journal of International  
Women's Studies*, 14(1): pp.54-68.
- BICA(2012). Guidelines for Good Practice in infertility Counselling 3rd  
Edition.
- BKiD(2009). Continuing Education Guidelines.
- Boivin, J. & Takefman, J. E. (1995). Stress level across stages of in vitro  
fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women.  
*Fertil Steril.*, 64, pp.802-810.
- Boivin, J., Scanlan, L. C., & Walker, S. M. (1999). Why are infertile  
patients not using psychosocial counselling? *Hum Reprod*, 14,  
pp.1384-1391.

- Boivin, J., Domar, A. D., Shapiro, D. B., Wischmann, T. H., Fauser, Bart C. J. M., & Verhaak C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff, *Human Reproduction*, 27(4). pp.941-950.
- Bresnick, E. & Taymor, M. L. (1979). The role of counseling in infertility. *Fertil Steril*. 32(2), pp.154-156.
- Burns, R. A. & Machin, M. A. (2012). Psychological wellbeing and the diathesis-stress hypothesis model: The role of psychological functioning and quality of relations in promoting subjective well-being in a life events study. *Personality and Individual Differences*, 54(3), pp.321-326.
- Cedars, M. (2005). *Infertility: practical pathways in obstetrics and gynecology*. New York: McGraw-Hill.
- Chan, C., Ng, E., Chan, C., Ho, P. & Chan, T. (2006). A prospective randomized study of the effectiveness of psychosocial group intervention on the psychosocial well-being of women undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 85, pp.339-346.
- de Klerk, Hunfeld, J. A., Duivenvoorden, M. A. (2005). Effectiveness of a psychological counseling intervention for first-time IVF couples :a randomized controlled trial. *Human Reproduction*. 20, pp.1333-1338.
- Domar A. D.(2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), pp.805-811.
- Domar, A. D. (2002). *Conquering Infertility*. New York
- Domar, A. D.(2007). *The mind/body connection: The Boston IVF handbook of infertility*. Boston: Informa Healthcare.

- ESHRE (2015). Routine, Psychology and Counselling Guideline Development Group psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - A guide for fertility staff, Psychology and Counselling Guideline Development Group, March
- Hall, T. L., & Mejia, A. (1978), Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues, Geneva, WHO
- Hosaka, T., Matsubayashi, H., Sugiyama, Y., Izumi, S., & Makino, T. (2002).
- Human Fertilisation and Embryology Authority. (2010). Fertility treatment in 2010: trends and figures.
- International Federation of Fertility Societies (2013). IFFS Surveillance 2013.
- Mousavi, S. S., Klyani, M. N., Karimi, S., Kokabi, R., Piriaee, S. (2015). The relationship between social support and mental health in infertile women, 3(1D), pp.244-248.
- National Institute for Health and Care Excellence (2013). Fertility: Assessment and treatment for people with fertility problems. Clinical guideline 11. London: NICE.
- O'Donnell, E. (2006). Facing infertility: Design and evaluation of mind-body program for effective emotional support. Ph. D. Dissertation, Cleveland State University, Ohio, USA
- Smeenk, J. M., Verhaak, C. M., Eugster, A., van Minnen, A., Zielhuis, G. A., & Braat, D. D. (2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. Hum Reprod, 16, pp.1420-1423.

- Stanton, A. L., Lobel, M., Sears, S., & DeLuca, R. S. (2002). Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status and future directions. *J Consult Clin Psychol*, 70, pp.751-770.
- Thorn, P. & Wischmann, T. (2009). German guidelines for psychosocial counselling in the area of gamete donation. *Hum Fertil*, 12, pp.73-80.
- Thorn, P., Wischmann, T., Kentenich, H., European Society of Human Reproduction and Embryology. (2001). Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod*, 16, pp.1301-1304.
- Van den Broeck, U., Broeck, U. V., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*, 81(3), pp.422-428.
- Wischmann, T. (2004). Psychosocial counselling of infertile couples. *Zentralbl Gynakol*, 126(3), pp.125-128.
- Wischmann, T. (2008). Implications of psychosocial support in infertility - a critical appraisal. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), pp.83-90.



## 부록 1. 영국 난임시술기관 자가 점검표 - 인간수정 및 배아발생 관할관청 (Self assessment questionnaire - Human Fertilization and Embryology Authority) : 상담부분

1. 귀 기관은 법률(Act) Schedule 3의 조항(상담을 필요로 하는 동의)에 따른 동의 획득의 책임이 있습니까? 기본적인 치료 제휴 서비스(basic partner treatment services(IUI))에 대한 동의 획득은 상담 제공의 조건을 면제받는다.  예  아니오
- 1.1 귀 기관은 다음의 동의 획득 시 상담을 제공합니까?
- 1.1.1 인간수정 및 배아발생에 관한 법률(HF&E Act)의 schedule 3의 요건에 따라 이루어졌습니까?  예  아니오  
 해당없음
- 1.1.2 아버지로서의 동의에 대한 상담이 이루어졌습니까?  예  아니오  
 해당없음
- 1.1.3 어머니로서의 동의에 대한 상담이 이루어졌습니까?  예  아니오  
 해당없음
- 1.2 상담에 대한 표준운영지침이 있습니까?  예  아니오
- 1.3 귀 기관은 상담에 대한 질 지표, 목표가 수립되어 있습니까?  예  아니오
- 1.4 지난 2년간 상담 절차가 승인된 프로토콜, 규제 조건, 질 지표를 어느 정도까지 준수하고 있는지 감사하엿습니까?  예  아니오
- 1.4.1 감사의 결과를 문서화 하엿습니까?  예  아니오
- 1.4.2 시정 조치에 대해 문서화 하엿습니까?  예  아니오  
 해당없음
- 1.4.3 모든 시정 조치가 시행되었습니까?  예  아니오  
 해당없음
- 1.5 상담을 제공하는 직원의 역량에 대한 평가를 서면 증거로 제출할 수 있습니까? 1 2 3  
4

## 122 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영 실태와 정책과제

1.6 귀 기관은 여성과 그 여성과 함께 치료를 받는 남성이나 여성이 그러한 종류의 치료를 받았을 때의 결과에 대해 적절한 상담을 제공받을 기회가 없었다면 여성에게 배아나 기증된 생식세포를 사용한 치료가 제공되지 않음을 보장하고 있습니까?  예  아니오  해당없음

### 1.7 기관의 상담전문가

1.7.1 승인된 상담, 임상 심리학, 상담 심리학 혹은 심리 치료 능력에 대한 고등 교육 수준 혹은 그 이상의 졸업장을 보유하고 있습니까?  예  아니오

1.7.2. 영국난임상담협회(British Infertility Counselling Association)의 승인제도 하에 인가되었습니까?  예  아니오

1.7.2.1 상담자는 영국난임상담협회(British Infertility Counselling Association)의 승인제도를 통한 인증의 증거를 제출할 수 있습니까?  예  아니오

1.8 귀 기관은 적절하다면 전문가 상담을 위해 사람들을 위탁할 수 있습니까? (예를 들어, 유전적 상담, 종양 환자를 위한 상담, 생식세포나 배아의 장기 보관 필요에 대한 상담)  예  아니오

자료: 김명희, 권혁찬, 백수진, 박춘선, 이경훈, 문한나 외(2013).

## 부록 2. 보건복지부 인구보건복지협회 난임상담실 운영

### □ 웹사이트 구성



[아가사랑 사이트 > 메인 화면]



[메인 화면 > 난임 바로가기]



[상담 > 난임상담 > 심리상담 목록/상담글 쓰기]



□ 모바일 웹사이트 구성



[모바일웹 > 메인]



[상담 > 서브 메인]



[모바일 웹 > 상담]

### 부록 3. European Society of Human Reproduction and Embryology(ESHRE)의 난임상담 가이드라인

#### 1. 상담에서의 근본적인 문제들

##### 1.1 난임 관련 상담

난임으로 고통 받고 있는 사람은 생물학적, 심리학적, 사회적범주와 윤리적 범주까지를 포함하는 복잡한 문제를 직면하게 된다. 상담을 통한 이러한 문제들에 대한 논의는 환자들에게 도움이 되는 경우가 많다.

##### 〈목적〉

상담의 목표는 난임 및 난임치료에서 발생하는 문제들을 탐색하고, 이해하며, 나아가 해결하기 위한 것이며, 이러한 문제들을 보다 효과적으로 다루기 위한 방법을 명확히 하기 위한 것이다.

상담에서는 많은 경우 치료의 맥락에서 벗어난 문제들을 다루게 된다. 상담시간은 입양이나 위탁과 같이 부모가 되는 것을 대체할 수 있는 방법들에 대해 이야기 하는 데에 사용될 수도 있고, 아이 없이도 충실하고 의미 있는 삶을 살아가는 방법에 대해서 이야기하는 데에 사용될 수도 있다.

난임의 치료과정의 측면에서, 다음의 상담과제들은 좋은 효과를 가져오는 경우가 많다. 이들은 실제상황에서는 중첩되어 사용되기도 한다:

- 정보수집 및 분석
- 결과 및 의사결정 관련 상담
- 지원상담
- 치료상담

### 〈전형적 문제〉

상담과정에 영향을 미치는 몇몇 주요문제들이 상담을 규정하거나 환자 보살핌과정을 전문적 상담과정과 분리시킬 수 있다.

### 〈소통 기술〉

이상에 기술된 원칙에 따른 상담을 위해서는 특별한 기술과 자격이 필요하다.

## 1.2 누가 상담해야 하는가?

계획적이고 능숙한 형태의 상담을 제공할 수 있는 위치에 있기 위해서, 정신 건강 전문가들은, 난임의 정신적, 육체적 측면들에 대한 깊은 이해와 더불어, 치료 혹은 상담에 대한 훈련 또한 필요로 한다. 난임 환자들에게 상담을 제공하기 위한 자격증은, 유럽 연합의 경우 나라마다 다르다.

### 〈난임 클리닉에서의 상담을 위해 요구되는 자격들〉

몇몇 국가들의 경우, 난임 클리닉에서 상담사로 활동할 수 있는 사람의 자격 조건이 정부 권고 사항에 명시되어 있다. 예를 들어 영국의 경우, 인간생식배아관리국(1991)은 자격에 기반한 접근법을 채택하였다. 이 법안은 상담사가 최소 다음과 같은 자격을 갖출 것을 권고하고 있다:

- 사회 복지사 자격 혹은
- 중앙사회사업교육훈련협의회에서 인증한 사회 복지 관련 유사 자격  
혹은
- 영국 상담사 협회의 승인 혹은
- 공인 심리 치료사 자격

〈난임 클리닉에서의 상담에 영향을 미치는 전형적 문제들〉

- 상담사는 난임 치료 팀의 일원이어야 하는가, 아니면 독립적인 위치를 가져야 하는가?
- 상담사들이 평가를 수행해야 하는가?
- 다른 직원들이 상담을 제안해야 하는가?
- 누가 환자들을 확인해야 하는가?
- 상담사의 수당은 어떻게 지급되어야 하는가?
- 상담사의 상담을 통해 직원 팀은 이익을 볼 수 있는가?

〈소통 기술〉

전문적인 훈련을 받은 상담사들은 계획과 수행 및 상담 과정의 평가와 관련된 광범위한 소통 기술을 가지고 있다. 다른 팀 직원들은 환자 중심의 보살핌을 제공하고, 난임의 정신적인 측면을 이해하며, 환자들을 제대로 확인하는 데에 이와 같은 기본적인 소통 기술이 매우 유용함을 깨닫게 될 것이다.

### 1.3 누가 상담을 필요로 하는가?

환자들은 누구나 전문 상담사를 이용할 수 있으며, 모든 환자들은 자신이 필요하다고 느끼는 도움을 받을 수 있어야 한다. 하지만, 문헌들은 그 중에서도 특별한 정신적 보살핌을 필요로 하는 몇몇 환자 집단이 있음을 보여주고 있다:

- 부모가 되기 위해 기증된 생식 세포나 대리모, 혹은 입양의 방법을 사용한 환자들.
- 극심한 스트레스를 경험하고 있는 환자들.

- 심리학적 병력이나 개인 정보로 미루어 볼 때 위험한 상황에 있다고 생각되는 환자들.
- 난임 치료의 일환으로 (예를 들어, 착상 전 유전학적 진단 등) 몇몇 유형의 유전학적 상담을 필요로 하는 환자들.

〈목적〉

극심한 스트레스를 받고 있는 환자들에 대한 상담의 목적은 부분적으로 상담에 사용되는 이론적 기틀에 따라 결정된다.

〈극심한 스트레스를 경험하고 있는 환자들의 확인〉

치료 전 평가를 수행하는 클리닉은 거의 없다. 이것은 생각만큼 우려할 만한 일은 아닌데, 그 이유는 상담을 받는 환자의 수는 20%에 불과하며, 이것은 도움을 필요로 하는 환자들 스스로, 혹은 클리닉 직원들의 소개로 도움을 받게 됨을 의미하기 때문이다.

〈도움을 거절하는 환자들〉

이와 같은 거절의 이유는 매우 다양할 수 있지만, 한 연구에 따르면 가장 큰 장벽은 도움을 받는다는 것의 실천적 측면에 있었다. 이 연구 결과는, 만약 환자들 개인적으로 접촉할 수 있거나, 어떠한 단계를 밟아 접촉할 수 있는지를 명확히 알고 있는 경우, 보다 많은 환자들 상담을 이용할 것임을 보여주었다. 다른 환자들 도움이 거절하는 이유는 이러한 도움의 필요성을 자각하지 못하기 때문이었다.

〈소통 기술〉

전문적 상담에 포함되는 모든 기술들이 요구된다.

#### 1.4 상담 과정에서의 의사의 역할

난임은 고통을 동반한다. 난임 상태가 된다는 것은 아이의 부재로 고통 받게 된다는 것을 의미하며, 환자나 환자 부부가 전문적인 도움을 받게 되는 것은 이로 인한 정신적 외상과 그로부터 파생되는 상실감 때문이다. 하지만 난임 환자들은 이러한 정신적 외상을 해결하기 위해 정신과 전문의나 심리 치료사를 찾아가는 대신, 의사나 난임 클리닉을 찾는 경우가 많은데, 이것은 난임이 의학적 진단을 필요로 하는 증상의 하나이며, 이러한 진단은 일반적으로 의사의 일이기 때문이다. 물론, 난임의 치료 또한 의학적 문제임은 분명하다. 심리 치료를 우선적으로 필요로 하는 사례는 매우 드물다.

##### 〈목적〉

의사와 환자 및 환자 부부의 첫 만남에서부터, 의사와 환자, 혹은 의사와 환자 사이의 신뢰 관계를 형성해나가기 위한 분위기가 만들어져야 한다.

##### 〈전형적 문제〉

의사와 환자 사이에 발생할 수 있는 가장 전형적인 문제는, 모든 관심이 난임의 의학적 측면에만 집중된다는 점이다. 난임 치료의 진행 또한 거의 의학 분야에서만 이루어진다. IVF나 ICSI와 같은 치료는 환자들이 아이를 가질 수 있는 확률을 크게 높여준다. 이러한 점을 고려하면, 치료의 의학적 측면에 심리학적 상담보다 많은 무게가 실리는 것은 이해할만한 현상이라 하겠다. 환자들은 모두 의학적 성공과 건강한 아이의 출산에 모든 관심을 집중한다. 그 결과, 활발한 의학적 치료에 대한 무의식적인 선호와 집중이 환자와 의사 모두에게 일어나게 된다.

### 〈소통 기술〉

의사들은 난임의 문제를 다룸에 있어 중심적인 역할을 수행한다. 이들은 능력 있는 의학 분야의 기술자여야 할 뿐만 아니라, 아이의 부재에 포함된 정신적 문제들과 스트레스의 치료 및 감정적 대처의 기제, 그리고 의사와 환자 간 관계의 중요성에 대한 기본적인 이해 또한 갖추어야 한다.

## 2. 상담과 관련된 특별한 질문들

### 2.1 난임 치료 후의 임신

환자들이 난임으로 지낸 시간은 그들이 임신 및 자녀 양육의 방식에도 영향을 미친다. 난임은 개인과 관계, 그리고 사회의 수준 모두에서의 위기이다. 난임상태에서 임신상태로 넘어가는 과정은 각각의 환자들이 가진 가임 능력상의 내력이나 그들이 난임문제를 다룬 방식, 사회문화적인 환경, 그리고 그들이 받은 치료로부터 영향을 받을 수 있다.

### 〈목적〉

어떠한 사례이든, 상담은 다태임신이나 다태임신감소술, 그리고 산모의 높은 연령으로 인한 임신상의 위험 등, 임신보조기술들의 부작용들에 대한 문제들을 함께 다루어야 한다.

### 〈전형적 문제〉

마주하게 되는 가장 중요한 문제는, 7~8주차에 이루어지는 첫 번째 초음파 검사 후, 임신한 환자와 그 배우자가 난임센터 외부의 산과전문의와 접촉한다는 점이다. 이 시점부터, 치료팀은 환자를 일반적인 임신부로 취

급하는 경우가 많다. 하지만, 대부분의 환자들은 임신을 대하는 자세에서, 난임을 경험한 적이 없는 사람들과는 많은 차이를 보인다. 난임상태를 겪은 사람들은 자신이 부정적인 감정을 가지게 되는 것을 견디지 못하며, 이로 인해 자신들이 경험하는 것들을 외면하게 되는 경우가 많다. 이러한 환자들은 출산 후 여러 해가 지나서 이루어진 면담을 통해서야 당시의 감정을 어느 정도 이해하게 된다.

## 2.2 다태임신(Multiple pregnancies)

통계 조사 결과들은 지난 20년간 다산의 확률이 가파르게 증가해 왔을 보여준다. 대부분의 나라들은 임신 보조 기술의 사용이 다산의 확률을 20~30% 정도 증가시킨 것으로 보고하고 있다. 다산이 산모와 아이들에게 미치는 위험성에 대해서는 매우 잘 알려져 있다. 사회적 측면에서도 여러 가지 영향이 나타나지만, 이러한 사회적 영향은 의학 서적에서는 제대로 다루어지지 않는다.

### 〈목적〉

의사결정과 정보 제공 후 이루어지는 동의는 앞서 살펴본 위기평가의 두 가지 시나리오와 관련된 의학적 상담의 일부이며, 다산가정의 발생으로 인한 사회적 경제적 영향들과도 밀접하게 연관되어 있다. 여기에는 병원에서 제공하는 미숙아에 대한 보살핌과, 이 아이들의 부모로서 살아간다는 것에 내포된 부모로서의 짐 모두가 연관된다. 병원에서 제공하는 미숙아에 대한 보살핌은 많은 비용을 필요로 할 뿐만 아니라, 의료시절에 따라 수의 제한 또한 존재한다. 미숙아들이 가진 장애 및 그로 인해 요구되는 장기적인 의학적 보살핌, 그리고 이러한 아이들에 대한 사회적 지원은, 개인이 가진 자원과 병원 및 공동체의 예산에 따라 결정되게 된다.

### 〈전형적 문제〉

이 측면에서의 상담사의 일은, 셋 이상의 작은 아이들의 모습이나, 대중매체에 의해 과장된 영상들에 의해 유발된 대중들의 관심과, 이것을 일반적인 가정에서 여러 아이들을 키우는 것과 같은 것으로 생각하는 일반적인 인식으로 인해 더욱 힘들어 진다.

### 〈소통기술〉

의학적이지거나 의학적이지 않은 상담을 제공하는 상담사들의 딜레마는 바라는 결과 및 실제 결과와 연관된 모든 불확실성들로부터 기인한다.

## 2.3 의학적 치료의 중단에 대한 대면상담

난임은 인생의 매우 중요한 사건들 중의 하나이다. 어떤 환자들의 경우, 의학적 치료의 실패는 심각한 감정적 반응들을 동반한 인생의 존재론적 위기로 이어지기도 한다. 환자들, 그 중에서도 특히 원인을 알 수 없는 난임을 가진 환자들은, 의학적 치료가 실패할 경우, 그것이 정신적 문제로 인해 유발된 것이라 믿는 경우가 많다.

### 〈목적〉

치료 실패 시 찾아올 수 있는 극심한 우울감을 방지하기 위해, (내가 낳은) 아이가 없는 삶을 어떻게 바라보아야 하는지에 대한 내용은 의학적 치료의 시작 시점부터 지속적으로 전달되어야 한다. 상담사는 난임 치료의 실패로 인한 슬픔이 완전히 사라지는 경우가 드물다는 것을 인지하고 있어야 한다. 환자들은, 고통을 완전히 제거할 수는 없어도, 자신이 결함이 있는 존재라는 생각을 품어서는 안 된다. 환자들은 팀의 상담사나 특

별한 훈련을 받은 가정 상담사로부터 도움을 받을 수 있도록 격려를 받아야 한다.

#### 〈전형적 문제〉

의학적 치료 (예를 들어, 시험관 수정이나 현미 주사)가 실패한 후, 환자들은 치료를 계속하기를 강요할 수 있다. 새로운 기술은 새로운 희망을 제공할 수 있지만, 거꾸로 새로운 실망의 원인이 되기도 한다. 새로운 기술이 제공하는 기회와 위험 요소에 대한 문제는 솔직하게 논의되어야 한다.

#### 〈소통 기술〉

팀의 각 구성원들은 어떤 단계에서든 치료의 중단을 염두에 두어야 한다. 각 구성원들은 치료의 실패로 인해 발생하는 전형적인 감정적인 반응들에 대해 알고 있어야 하며, 이러한 감정에 대해 환자와 터놓고 이야기를 나누어야 한다. 상담사들은 원인을 알 수 없는 난임이 항상 정신적 요인에 의한 난임을 의미하는 것은 아님을 알려주어야 하며, 환자가 의학적 치료의 성공률과 그 다음 단계에 대해 확실히 인지하고 있는지를 확인하여야 한다.

### 2.4 성생활

성생활과 난임은 여러 가지 방식으로 연관되어 있다. 첫째로, 여러 문헌에 잘 설명되어 있는 내용이나 실제 임상적 상황에서 명확하게 확인할 수 있는 바와 같이, 성적 기능은 개인적 경험의 핵심적 측면의 하나이며, 난임으로 인한 위기와 밀접하게 연관되어 있다. 둘째로, 성적 기능 장애는 난임 진단에 앞서 나타날 수 있으며, 검사나 치료에 의해 심화될 수 있

고, 어떤 경우에는 난임의 원인이 되기도 한다. 마지막으로, 성적 문제들은, 난임에 의해 부수적으로 발생하는 문제일 수 있으며, 난임과 무관한 사람들의 경우에도 그러하듯, 다양한 원인에 의해 발생할 수 있다. 성적 문제의 정의가 주관적인 것이며, 문화적 요인에 의해 결정된다는 점은 꼭 유념하여야 한다. 따라서, 이에 대한 검사에서는, 팀이 문제라고 생각하는 성적 문제에 대해 개인이 어떻게 받아들이고 있는지를 세심하게 고려할 필요가 있다.

#### 〈목적〉

상담의 목적은 성생활을 논의의 대상으로 끌어오는 데 있다.

#### 〈전형적 문제〉

성생활에 대한 논의를 시작하는 것은 환자와 상담사 모두에게 어려운 일일 수 있다. 만약 아직 신뢰 관계가 충분히 형성되지 않았다면, 상담사의 질문은 사생활을 지나치게 침해하는 것으로 여겨질 수 있다. 또한, 부부 중 한 쪽은 이 문제에 대해 논의하기를 원하는 반면, 다른 한 쪽은 그렇지 않은 경우도 있다. 이러한 어려움 또한 사회와 문화에 존재하는 변수들에 의한 다양한 원인으로 인해 발생한다.

#### 〈소통 기술〉

상담사는, 만약 성적 문제에 대한 치료를 제공할 자격을 획득하지 못했다면, 난임과 연관된 성생활의 문제에 대한 전문적인 지식을 가지고 있어야 한다. 또한, 상담사는 성적 행동에 대한 적절한 질문을 세심하게 던질 수 있어야 한다.

## 2.5 이주민 환자

현재, 유럽 연합의 국가들에는 약 1700만 명의 외국인들이 살고 있으며, 이들 중 삼분의 이는 유럽 연합에 속하지 않는 국가들에서 이주해 온 사람들이다. 이민자들의 비율은 국가에 따라 1% (포르투갈)에서 29% (룩셈부르크)까지 다양하게 나타난다 (Council of Europe, 1994; Salt et al., 1994).

### 〈목적〉

이들에 대한 상담의 목적에는 다음과 같은 내용이 포함된다:

- 환자들에게 진단 및 치료의 절차를 세심하게 설명하고, 각 단계가 진행되는 동안 이들을 지원한다.
- 윤리나 사회 문화적 측면, 종교적 특성들을 존중하며, 터놓고 이야기할 수 있는 분위기를 만든다.
- 통역 및 번역을 지원하여, 글로 된 시각적 보조 자료들을 이해 할 수 있도록 하여, 의사와 환자 간에 원활한 의사 소통이 이루어질 수 있도록 한다.

### 〈전형적 문제〉

외국인들에게 있어 난임의 문제는 내국인의 경우보다 더욱 위급한 문제가 될 수 있는데, 이는 그들의 거주 환경이 좋지 않은 경우가 많기 때문이다. 외국에 있는 환자들의 경우, 아이에 대한 소망은 보다 거대하며, 보다 큰 개인적 중요성을 갖는다. 이주민들은 많은 경우 고용 불안 안고 있으며, 대부분이 하층 계급에 속해있다. 이들에게 아이에 대한 소망을 이루는 것은, 다른 시민들의 경우에 비해 훨씬 중대한 인생의 목표일 수 있다.

### 〈소통 기술〉

클리닉 내에서 문화적 문제들을 다룰 수 있게 되기 위해, 솔직한 대화의 분위기가 형성되어야 한다. 난임상담 팀 내에 훈련된 원어민을 두는 것은 꼭 필요한 일이다.

## 3. 추가적인 유형의 심리사회적 서비스들

### 3.1 서면 정보와 전화 상담

추가적이거나 부차적인 사회심리학적 서비스들은 난임클리닉 내에서 심리사회적 정보들에 접근가능성을 높이기 위해 상담과 더불어 시행되는 개입조치들이다. 가장 자주 제공되는 부차적인 서비스는 서면 정보와 전화 상담이다.

### 〈목적〉

부차적인 서비스의 제공 목적은 충분한 양의 심리사회적 정보들이 모든 환자들 - 클리닉의 직원들이나 특별 상담사들을 통해 정보를 얻으려 하지 않는 사람들을 포함하는 - 에게 제공될 수 있도록 확실히 하기 위한 수단이다. 서로 다른 종류의 부차적인 서비스들은 서로 다른 기능을 수행한다.

### 〈전형적 문제〉

환자들이 원하는 심리사회적 정보에의 접근이 불가능 할 수 있다. 환자들은 자신이 경험하게 될지 모를 감정들과 그에 대한 대응에 대한 상세한 정보를 원하지만, 난임에 대한 일반적인 반응을 담은 문헌은 있어도, 특정 치료와 연관된 심리사회적 정보들이 제공되는 예는 많지 않다.

〈소통 기술〉

정보는 알아보기 쉬운 형태로 제공되어야 하며, 의료 직원들은 환자들이 이들 정보의 내용을 제대로 이해하고 있는지를 확인해야 한다. 전화 상담사들은 이러한 서비스를 제공하기 위한 훈련을 받아야 한다.

3.2 자조 집단(Self-help groups)

자조 집단들과 환자 조직들은 1970년대 이래로 보조 인간 생식(Assisted Human Reproduction, AHR) 분야에서 활발하게 이루어져 왔다. 이 분야에서 '자조 집단'이라는 용어는 난임을 경험하고 있는 개인들로 이루어진 지원 집단을 지칭하는 용어로 사용된다. 이들은 다른 기관들과는 독립적으로 활동하는 지역 집단이거나, 우산이 되어주는 거대 소비자 조직에 소속된 집단일 수 있다.

〈목적〉

자조집단들은 난임환자들이 난임으로 인한 위기에, 인지 및 감정적 측면 모두에서 보다 잘 대응할 수 있도록 해주는 매우 중요한 기능들을 수행한다.

〈전형적 문제〉

자조집단이 당면하고 있는 많은 내재적 문제들이 존재하며, 이러한 문제들은 모든 구성원들이 조직문제나 집단역학에 대한 경험이 부족한 집단의 형성단계에서 가장 심각하게 드러난다.

### 〈소통기술〉

집단의 구성원들은 만남을 계획하고 시행하고자 하는 의지를 가지고 있어야 하며, 집단의 중요한 직책을 번갈아 가며 맡는 시스템을 구축해야 한다. 또한, 자신의 문제와 연관된 분야의 전문가들과 의사소통할 수 있는 수단을 마련하고 그것을 유지하여야 한다.

### 3.3 전문성이 강화된 집단 사업

이 부분에서는 전문성이 강화된 집단들에 대해 다루고자 한다. 이 집단들은 지원 집단이나 치료 집단으로 불리기도 한다. 전문성의 강화를 이끌어내는 사람들은 사회 복지사이거나, 상담사이거나, 심리 치료사이거나, 정신과 전문의일 수 있다. 이들은 집단 내에서, 직업적 배경과 상관 없이 '상담사'라 불린다.

### 〈목적〉

다른 유형의 집단에서와 마찬가지로, 집단 구성원들 사이에 이루어지는 난임 정보 및 지원의 교환은 매우 중요한 요소이다. 또한, 전문성이 강화된 지원 집단의 경우 상담사가 조직 및 집단 구성에 대한 책임을 가지며, 자신의 전문적 지식과 경험을 제공하여, 구성원들의 이익을 위한 집단 역학에 영향을 미친다.

### 〈전형적 문제〉

많은 장점들에도 불구하고, 집단사업과 관련된 몇몇 전형적 문제들이 존재한다:

- 충분한 숫자의 참여자들을 모으는 것이 어려울 수 있다. 이 때문에, 상담사들이 지원자들을 선별 과정없이 받아들이는 경우가 발생한다.
- 집단이 살아있는 동안 발생하는 문제에는 구성원들의 임신이나 신뢰성의 문제, 낮은 출석률 및 잦은 지각의 문제 등이 포함된다.
- 상담사의 성별은 집단 역학에 영향을 미칠 수 있으므로 이 점 또한 고려되어야한다.

#### 〈소통 기술〉

상담사들은 적어도 정신 건강에 대한 어느 정도의 전문성을 가져야 한다. 상담사들에게는, 집단의 전문성을 강화할 수 있는 능력으로부터, 다양한 치료 및 상담 방식에 대한 지식 - 이완 기술이나 시각화 기술 같은 신체적, 정신적 접근 방법에 대한 이해 - 에 이르는 다양한 소통 및 전문 기술들이 요구된다.