한국심리학회지 : 여성
*The Korean Journal of Woman Psychology*
2019, Vol. 24, No. 2, 87-104

# 근거기반실무로서 난임상담의 실제*

**권 정 혜†**

고려대학교 심리학과

난임은 큰 스트레스로 작용하며, 이로 인해 난임을 겪는 당사자들이 우울, 불안, 무력감과 상실감, 통제불능감, 미래에 대한 무망감 등과 함께 사회적 고립과 부부관계의 변화를 경험하는 경우가 적지 않다. 난임상담은 난임 및 난임치료에서 발생하는 정서적 고통을 줄이고 적응적 대처방법을 사용하도록 도움으로써 난임당사자들의 삶의 질을 개선하고 임신율을 높이기 위한 심리적 개입으로 그 중요성이 점점 부각되어 왔다. 본고에서는 난임 당사자들이 경험하는 심리적 문제를 간략하게 기술하고, 난임상담의 목적과 종류 및 난임상담에서 다뤄야할 주요 내용에 대해 기술하였다. 다음으로 근거기반 실무(evidence-based practice)로서 난임상담이 제공되기 위해 난임상담 효과에 대한 근거를 검토하였다. 이제까지 발표된 난임상담 효과에 대한 메타연구 결과를 개관하고, 난임상담의 효과에 영향을 미치는 요인들을 살펴보았다. 마지막으로 근거기반 실무를 구현하는데 중요한 요건인 전문가로서 난임상담사의 자격과 훈련을 살펴보았다. 이를 위해 영국, 독일, 호주, 미국과 일본에서 난임상담을 제공하는 전문가의 자격과 교육 및 실습 과정을 파악하고, 난임상담사의 역할을 기술하였다. 앞으로 우리나라에서 난임상담이 비용대비 최대 효과를 거두고 근거기반실무로 자리 잡기 위해서는 난임당사자의 상태나 필요에 따라 난임상담이 단계적으로 제공되고, 상담 전후에 수량화 가능한 평가를 통해 효과성에 대한 근거 자료를 마련하고, 난임상담 전문인력을 체계적으로 육성해야 할 것이다.

주요어 : 난임, 난임상담, 근거기반 실무, 정신건강, 삶의 질

---

* 본 논문은 2018년도 고려대학교 문과대학 특별연구비에 의하여 수행되었음.

† 교신저자 : 권정혜, 고려대학교 심리학과, 서울특별시 성북구 안암로 145
Fax : 02-3290-2537, E-mail : junghye@korea.ac.kr

우리나라는 저출산 문제가 갈수록 심화되고 있어, 2017년의 합계출산율은 1.05명, 2018년은 0.98명(통계청, 2018, 2019)인 것으로 나타났다. OECD 회원국 중 최하위의 저출산 국가에 속하며 합계출산율이 1명 이하인 유일한 국가로서 저출산 극복을 위한 범국가적 대책마련이 시급한 상황이다. 출산율의 저하에는 비혼과 만혼의 증가, 기혼여성의 출산기피 등 복합적인 요인이 작용하지만, 난임으로 인한 임신, 출산의 어려움도 중요한 요인이 되고 있다. 난임으로 진단된 대상자수는 지난 10년간 꾸준히 증가하여, 2014년 약 20만 명에 육박하고 있다. 대부분의 난임환자의 경우 보조생식술(assisted reproductive technologiy, ART)을 받고 있으나 정부의 보조생식시술비 지원대상자들의 임신 성공률은 체외수정 시술의 경우 32.4%, 인공수정은 13.5%에 불과해 장기간의 시술과정과 높은 시술비용을 고려할 때 성공률이 높지 않으며, 이로 인해 난임대상자 수는 계속 누적되고 있다(황나미, 채수미, 장인순, 2014).

난임이 개인이나 부부에게 미치는 심리적 영향에 대해서는 지난 30여 년 동안 많은 연구가 이루어져왔다(Greil, Slauson-Blevins, & McQuillan, 2010; Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat, & Braat, 2007). 문헌들을 종합해 볼 때 난임 환자의 정신건강 수준은 일반인과 비교해 전반적으로 차이가 없지만, 불안이나 정서적 고통은 더 높은 것으로 밝혀졌다(Dunkel-Schetter & Lobel, 1991). 난임에 따른 심리적 후유증은 개인마다 차이가 있지만, 여성이 남성보다 스트레스를 더 많이 받으며, 불안, 분노, 상처받음, 우울감 등의 부정적 정서도 더 많이 경험하는 것으로 나타났다(Nachitigall, Becker, & Wozny, 1992; Oddens, den Tonkelaar, & Nieuwenhuyse, 1999). 이러한 현상은 서구 뿐 아니라 동양에서도 비슷하게 나타나 한국이나 중국의 난임 여성들도 통제집단에 비해 중간정도에서 심한 정도의 정신적 압박감과 함께 우울 혹은 불안 증상과 고립감을 경험하는 것으로 보고되었다(이영선, 최승미, 권정혜, 2019; Lu, Yang, Lu, & Sun, 1996). 즉 난임으로 진단 받은 사람들이 모두 심리적 문제를 겪지는 않지만, 동·서양을 막론하고 적지 않은 개인이나 부부들은 무력감과 상실감, 통제불능감, 정체성의 혼란, 미래에 대한 무망감 등과 함께 사회적 고립을 경험한다는 것을 보여준다(Covington & Burns, 2006). 또한 인공수정이나 시험관시술을 받아 금방 임신이 되는 경우는 매우 드물어 난임치료를 받는 오랜 기간에 걸쳐 여러 번의 실망과 좌절을 겪고, 이러한 요인들이 시술과정에서 중도탈락율을 높이고 임신율을 낮추는 것으로 알려져 있다(Cousineau & Domar, 2007).

우리나라에서도 난임 여성들에 대한 연구가 그동안 활발하게 이루어져 왔다. 난임치료를 받고 있는 여성들의 스트레스 수준이 대체로 높은 것으로 밝혀졌으며, 난임 스트레스는 직업이 없을 때, 유산경험이 있을 때, 임신에 대한 부담이 높고 자녀의 중요성이 높을 때 특히 높은 것으로 나타났다(김미옥, 남현아, 윤미선, 2016). 남임여성의 삶의 질이 상대적으로 낮으며 우울과 불안 수준이 높은 것으로 나타났는데, 삶의 질이나 디스트레스에 영향을 미치는 요인들로는 신경증이나 자존감 등 성격특성, 대처방식이나 사회적 지지와 함께 부부 의사소통이나 부부관계인 것으로 밝혀졌다(김주희, 신혜숙, 2013; 이영선, 최승미, 권정혜, 2019). 난임여성을 대상으로 한 최근 조사에서 우울의 고위험군은 29.3%, 불안의 고위험군은 26.5%, 스트레스의 고위험군은 28.8%

인 것으로 나타났으며, 우리나라 난임여성의 삶의 질이 다른 아시아 국가 여성들이 비해 상대적으로 낮은 것으로 밝혀졌다(권정혜, 2016). 난임여성들을 대상으로 실시한 초점집단면접에 의하면 난임이라는 특수한 상황이 삶의 전반을 지배하며 심각한 영향을 미치고 있는 것으로 보고되었다. 특히 우리나라 문화에서는 자녀를 가지는 것에 대한 높은 기대와 이에 대한 압박감으로 인하여 원가족이나 배우자 가족에게 난임 진단 사실 자체를 비밀로 하고 치료 과정에 대해서 알리지 않는 사람들도 적지 않은 것으로 나타났다. 대체로 우울, 불안, 정서적 불안정, 죄책감, 자책 등 부정적 정서를 상당히 높게 경험하고 있었으며, 부부관계, 원가족과의 관계, 나아가 사회적 상황에서의 갈등 및 고립까지 전방위적인 영향을 미치며 삶의 질을 저하시키고 있는 것으로 밝혀졌다(권정혜, 2016).

이와 같이 난임문제를 가지고 있는 사람들 중 심한 심리적 고통과 부정적 정서를 경험하는 사례가 적지 않을 뿐더러 난임치료의 신체적, 심리적 부담으로 난임 치료를 중간에 그만 두는 사람들도 22%에 이르고 있어 난임 환자들의 삶의 질과 정신건강을 관리해주는 난임상담의 필요성이 점점 높아지고 있다(Gameiro & Boivin, 2015). 난임치료를 받고 있는 우리나라 환자들을 대상으로 2006년과 2008년에 한 조사에 의하면 난임치료 중에 심리학자나 정신과 의사에게 상담을 받은 사람들의 비율은 각각 1.4%, 2.0%에 불과했다(Kim, Lee, Kim, Sung, Hoh, Han, Choi, & Hwang, 2011). 최근 난임과 관련된 심리적 문제로 상담을 받은 사람들은 3.9%로 조금 늘어났지만 여전히 그 비율이 매우 낮다(권정혜, 2016). 흥미있게도 같은 조사에서 난임상담의 필요성을 느끼는 사람은 88.5%에 이르는 것으로 나타났다. 이는 한국보건사회연구원의 조사에서 체외수정 시술 경험 여성의 60.5%가 정부에서 난임상담 프로그램을 운영할 경우 상담 프로그램을 이용할 의사가 있다고 응답한 결과에 비해서도 더 높게 나왔다고 볼 수 있다(황나미, 채수미, 이상림, 김용수, 김재근, 전진우, 2015). 이런 결과들은 우리나라에서 난임상담에 대한 수요가 매우 높다는 것을 말해준다.

난임상담에 대한 수요가 높다는 결과는 매우 고무적이지만 우리나라에서 이제 막 시작한 난임상담이 성공적인 난임치료의 한 축으로 자리 잡기 위해서는 난임상담이 근거기반 실무로 이루어져야 할 필요성이 높다. 비단 우리나라 뿐 아니라 외국에서도 난임상담에 근거기반 실무가 적용되어야 한다는 주장이 힘을 받고 있다(Boivin & Gameiro, 2015). 심리학에서 근거기반실무란 '연구를 통해 증거가 확보된 심리치료를, 임상적으로 숙련된 치료자가, 환자의 필요, 가치와 선호 등의 맥락을 고려하여 내담자에게 적용하는 것'을 뜻한다(APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). 본고에서는 난임상담에서 다뤄져야 할 내용을 먼저 간단히 기술한 후, 난임상담이 근거기반 실무(evidence-based practice)로 자리 잡기 위해 갖추어야할 중요한 두 가지 요소로서 난임상담 효과에 대한 실증적 근거와 전문인력으로서 난임상담사의 자격요건에 대해 집중적으로 살펴보고자 한다.

## 난임상담의 주요목적과 대상

앞에서 개관한 바와 같이 지난 30년 동안 난임당사자들이 겪는 엄청난 스트레스와 정서적 고통에 대한 연구들이 많이 축적되었다.

또한 체외수정 시술을 비롯한 보조생식술의 도입으로 난임치료가 진일보하였으나 아직까지는 성공률이 높지 않으며 이로 인한 신체적, 정서적 고통도 적지 않아 난임치료에서 환자에 대한 통합적이고 전인적인 관리가 필요하다는 관점이 점차적으로 부각되기 시작하였다. 실제로 난임문제를 가진 부부들이 난임치료를 받는 비율이 55%에 불과하며, 난임치료를 중간에 그만 두는 비율이 22%에 이른다는 조사결과도 보고된 바 있다(Gameiro & Boivin, 2015). 최근에는 난임상담이 단지 정서적 고통이나 대처에 어려움을 겪는 일부의 환자들에게만 필요한 것이 아니라 난임환자들의 필요를 충족시키기 위한 최적의 치료에 반드시 포함되어야 한다는 견해가 널리 받아들여지기 시작되었다. 그 결과 난임클리닉에 정신건강 전문가가 치료 팀의 일부로 참여하는 경우가 늘고 있다.

난임 상담은 초기에는 정신역동치료가 많이 사용되었지만 점차 단기치료에 대한 선호가 높아지면서 인지행동치료, 전략적/해결중심치료, 위기개입, 심신통합적 개입이 널리 사용되고 있다(Applegarth, 2006). 난임상담사의 이론적 접근에 따라 상담에서 주요하게 다루는 내용이나 기법이 달라질 수 있지만, 대부분의 난임상담은 다음과 같은 목적을 가지고 이루어진다. 첫째, 난임 환자의 삶의 질을 개선하는 것, 둘째, 난임으로 인한 심리적 고통을 완화하여 장기적인 피해를 최소화하고, 셋째, 난임과 난임 치료에 건강하게 대처하는 기술을 배우고, 넷째, 난임치료 성과를 개선하여 임신율을 높이는 것으로 볼 수 있다(Verhaak & Burns, 2006). 난임 상담은 심리교육, 개인상담, 부부상담, 혹은 집단상담의 형태로 이루어지며, 개인상담이나 집단상담이 부부상담과 결합해서 이루어지기도 한다.

난임상담은 난임문제로 스트레스와 고통을 받고 이에 대한 도움을 원하는 누구든지 받을 수 있다. 그렇지만 난임치료를 받고 있는 환자들 중에는 난임상담을 더 필요로 하는 사람들도 있어 이들에 대한 특별한 관심이 요구된다. 유럽인간생식・배아학회(ESHRE)의 난임상담 가이드라인에서는 난임상담을 특별히 필요로 하는 환자군을 다음과 같이 밝히고 있다(Gameiro, Boivin, Dancet, et al., 2015). 첫째, 난임 진단 후 장기간의 보조생식 시술을 받거나 극심한 스트레스를 경험하고 있는 환자들, 둘째로는 심리학적 병력 등 개인 정보로 미루어 임상적 수준의 정서적 문제를 보일 위험이 높은 환자들을 들고 있다. 이들 환자들 중에는 난임상담이 절실히 필요함에도 불구하고 본인이 상담의 필요성을 의식하지 못할 수도 있으며, 상담에 대한 편견과 낙인을 두려워하여 상담을 거부할 수도 있다. 따라서 난임시술기관에서 심리평가를 일상적인 절차로 실시하고 이에 대한 피드백을 제공함으로써 난임상담으로 이끌어야 할 것이다. 난임상담이 필요한 세 번째 환자군은 질병이나 고령으로 원하는 시술을 포기할 수 밖에 없는 환자들이며, 네 번째는 부모가 되기 위해 기증된 생식세포나 대리모, 혹은 입양의 방법을 고려하는 환자들이며, 다섯 번째는 난임치료의 일환으로 유전학적 상담을 필요로 하는 환자들이다. 이러한 난임당사자나 난임부부들에게는 난임상담을 적극적으로 권유해야 할 것이다.

## 난임상담에서 다루는 주요 내용

앞에서 언급했듯이 모든 난임환자가 난임으로 인하여 감당할 수 없는 정서적 고통과 심

리적 어려움을 겪는 것은 아니며, 전문적인 난임상담을 필요로 하지 않는다. 그렇기 때문에 심리평가를 통해 난임상담을 필요로 하는 난임환자를 정확하게 선별하고 난임치료의 단계에 따라 어떤 심리사회적 지원이 필요한지 밝히는 것은 난임상담이 효과적으로 제공되기 위해 반드시 거쳐야 할 중요한 과정이다.

### 난임환자의 평가

평가의 주요 목적은 첫째, 난임상담을 통해 도움이 필요한 개인이나 부부를 선별하고, 둘째, 난임환자의 특성을 파악하여 이들로 하여금 치료에 잘 준비할 수 있게 돕고, 셋째, 난임치료에 영향을 줄 수 있는 정신병리를 가지고 있는지 평가하는 것이다. 이와 같은 심리평가의 결과에 기초하여 각 난임환자의 상태와 필요에 맞는 난임상담을 제공할 때 최선의 결과를 얻을 수 있을 것이다. 난임상담사는 난임환자의 생식 과거력, 성적 과거력, 난임문제의 양상 등을 파악함과 동시에 개인이나 부부의 심리적 특성, 정신과적 과거력, 현재의 심리기능수준을 평가하게 되는데, 이를 위해 임상면담과 함께 난임환자를 평가하기 위해 개발된 다양한 척도를 사용할 수 있다. 난임문제척도(Kim & Shin, 2014; Newton, Sherrard, & Glavac, 1999), 한국판 우울불안스트레스 척도(K-DASS, Jun, Johnston, Kim, & O'Leary, 2018) 등은 모두 우리나라에서 타당화된 척도로서 난임 관련 스트레스를 측정하는데 매우 유용하게 사용될 수 있다. 이와 함께 난임 관련 삶의 질 척도(Fertility Quality of Life, Boivin, Takefman, & Braveman, 2011)는 전세계적으로 널리 사용되는 척도로서 우리나라에서도 번안되어 사용되고 있다(권정혜, 2016). 또한 난임대처척도(Fertility Problem Stress Scale, Schmidt, Christensen, & Holstein, 2005)는 난임환자의 적극적 회피, 적극적 직면 문항, 수동적 회피, 의미 기반 대처 등을 측정하는 척도로 우리나라에서 번안되어 사용되고 있다(권정혜, 2016). 아직 난임부부에 특화하여 부부관계의 질을 평가하는 검사는 개발되어 있지 않지만, 부부만족도검사, 부부 의사소통패턴 척도 등을 사용함으로써 난임부부의 관계를 좀 더 객관적으로 평가할 수 있다. 한편 난임환자의 정신건강을 평가하기 위해 미네소타 다면적 성격검사(MMPI), 간이정신건강검사(Symptom Check List-90-Revision), 벡 우울검사(Beck Depression Inventory, BDI), 스필버그 상태-특질 불안검사(STAI) 등 다양한 심리검사를 사용할 수 있다. 앞에서 기술한 심리척도나 검사 외에도 난임환자들을 위한 다양한 심리평가도구가 개발되고 있어 이들 척도들이 우리나라에서 타당화된다면 난임환자를 평가하는데 큰 도움이 될 것이다.

### 난임상담의 종류

난임상담을 법제화한 영국의 인간출산·배아법(Human Fertilisation and Embroyology Act, 1990)에서는 난임상담의 종류를 영향평가 상담(implications counseling), 지지적 상담(support counseling), 치료적 상담(therapeutic counseling)으로 나누었고, 유럽인간생식・배아학회(European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE)와 호주와 뉴질랜드의 난임상담사 협회(ANZICA)에서도 같은 방식으로 난임상담을 분류하였다. 이후 ANZICA에서는 의사결정상담과 위기상담를 추가적으로 포함하였다(Blyth, 2012).

난임상담의 종류는 난임당사자에게 제공되는 심리사회적 개입의 단계에 따라 나누기도

한다(Peterson, Boivin, Norré, Smith, Thorn, & Wischmann, 2012). 첫 번째 단계는 흔히 환자중심 개입이라고 볼 수 있는데, 정보 수집과 분석, 영향평가 및 의사결정 상담으로 이루어진다. 영향평가 상담에서는 각각의 의학적 치료의 장단점과 그 영향에 대해 살펴보며, 의사결정 상담에서는 난임치료의 중요한 시점에서 결정을 내려야할 때 가능한 옵션들을 탐색하고 각각의 장단점과 결과를 논의함으로써 최선의 결정을 하도록 돕는 상담이다. 이와 같은 환자중심 개입은 난임시술기관의 의료진이 제공할 수 있으며, 난임시술에 들어가기 전과 치료과정에서 중요한 변화가 있을 때 난임환자가 필요한 정보를 가지고 충분한 논의와 숙고 끝에 결정을 내리도록 돕고, 난임시술 후에도 시술의 결과에 효과적으로 대처하는데 도움을 줄 수 있다.

두 번째 단계는 난임상담 단계로서, 보다 집중적인 영향평가 및 의사결정 상담이 포함되며, 지지적 상담, 위기상담이 이 단계에서 제공될 수 있다. 난임상담은 보통 의료진이 아닌 정신건강전문가나 난임상담의 훈련을 받은 상담자가 제공한다. 지지적 상담은 난임의 진단과 난임치료 과정에서 겪는 스트레스와 부정적 정서를 잘 극복할 수 있도록 돕기 위해 심리적인 지원을 제공하는 상담이다. 위기상담은 난임치료를 받다가 난자 채취 실패, 유산 등 예기치 않은 결과로 인해 난임환자가 위기를 겪을 때 위기를 심화시키는 요인을 찾아내고 건강한 대처행동을 하도록 훈련시켜 이전의 기능수준으로 회복하도록 돕는 상담이다.

마지막 세 번째 단계는 치료적 상담을 제공하는 단계로서, 난임환자가 임상적 수준의 우울이나 불안증상을 경험하거나, 성생활의 어려움, 부부관계 혹은 대인관계에 심각한 문제가 생길 때 제공한다. 치료적 상담에는 난임상담사의 역량을 넘어서는 전문적인 기술이 필요할 수 있으며, 이 때 치료적 상담을 제공할 수 있는 전문가에게 의뢰할 수 있다.

### 난임상담의 주요내용

앞에서 언급한 바와 같이 난임상담은 난임상담의 종류나 난임치료 단계에 따라 달라지며, 개인상담, 집단상담 혹은 집단교육, 부부상담 등 다양한 형태로 이루어질 수 있다. 상담형태에 따라 상담의 초점과 내용이 달라질 수 있으나 본고에서는 난임상담에서 공통적으로 다루게 되는 내용을 Domar(2004)와 메타연구에서 보고된 다양한 난임상담 프로그램들을 참고하고, 저자의 난임상담 실무경험을 반영하여 정리하였다.

### 난인 시술에 대한 정보제공 및 의사결정과정 돕기

난임당사자들이나 부부들은 난임시술에 대한 정확한 정보부족으로 혼란과 불안을 경험하는 경우가 많다. 인터넷에 나와 있는 정보의 홍수 속에서 정확하고 전문적인 정보를 얻고, 각각의 시술방법의 결과와 제한점을 파악하는 것은 난임치료를 시작하거나 혹은 특정 시술법을 통해 원하는 결과를 얻지 못한 개인/부부에게 모두 중요하다. 따라서 여러 시술법의 특징과 장단점, 시술과정, 소요되는 시간 및 비용, 예상할 수 있는 치료성과에 대한 정보를 정확하게 알려주는 것은 난임상담에서 다루어야 할 중요한 내용이며, 이를 통해 내담자의 난임 치료과정에 대한 불안을 낮추며, 치료의 조기탈락도 줄일 수 있다.

**정서적 고통 다루기**

난임당사자나 부부를 상담할 때 이들이 경험하는 부정적 정서를 먼저 다루어주는 것이 필요하다. 이들이 공통적으로 경험하는 정서는 우울, 불안, 분노, 절망감, 실망, 무력감, 통제불능감, 죄책감, 수치심, 질투 등이다. 특히 우리나라에서는 난임에 대한 사회적 편견과 부정적 시선을 두려워해서 본인이 난임문제를 가지고 있다는 사실을 잘 드러내지 못하며, 다른 사람에게 난임으로 인한 정서적 고통을 표현하지 못하는 경우가 많다. 따라서 난임상담에서 편안하고 안전한 분위기 가운데 마음속으로만 느껴왔던 감정을 표현하게 하고 상담자가 이를 잘 경청해주고 공감해줄 때 상담자-내담자 관계가 강화되고 내담자로 하여금 좀 더 적응적으로 이를 대처하는 방안을 찾도록 도와줄 수 있다. 만일 내담가가 경험하는 우울이나 불안이 임상적 수준에 이른다면 이들 부정적 정서를 다루어주는 전문적 심리치료가 제공되어야 한다.

**스트레스 대처하기**

난임은 큰 스트레스원으로 작용한다. 난임상담사는 난임당사자로 하여금 난임의 어떤 측면(나쁜 시술결과, 친구나 가족의 임신소식, 시부모/친정부모와의 통화, 배우자의 무관심과 협조해주지 않음)이 그(녀)에게 가장 큰 스트레스로 작용하는지, 나아가 왜 그것이 스트레스원이 되는지 파악하도록 도와야한다. 각 상황에서 경험하는 스트레스 정도를 객관적으로 평정하고, 그 상황에서 경험하는 생각, 감정, 행동, 신체반응 등을 파악함으로써 스트레스에 대한 자각과 이해를 도모하고, 스트레스에 대처하는 본인만의 방법을 찾도록 도와주어야 한다. 특히 스트레스를 가중시키는 생각을 찾아 검토하는 것은 스트레스 관리에서 핵심적인 부분이다. “사람들은 다 쉽게 아이를 갖는데, 왜 나만 아이를 못 가지지?” “임신이 안 되는 건 모두 내 탓이야,” “내가 이전에 했던 ...일 때문에 임신이 안 되나봐.” 등 난임과 관련된 생각과 함께 자기와 관련된 핵심신념(“나는 별 볼일 없는 사람이야.” “아이를 갖지 못하면 난 아무 것도 아니야.”)이 무엇인지 찾아 검토하는 것은 난임과 관련된 스트레스를 낮추는데 큰 도움이 된다. 복식호흡이나 이완훈련 혹은 마음챙김명상을 꾸준히 연습하도록 하여 스트레스를 느끼는 상황에 들어가기 전에 긴장을 낮추도록 도와주는 것도 유용한 방법이다. 또한 내담자가 주로 사용하는 대처방법이 건설적(적응적, 효율적) 대처법인지 비건설적(회피적, 비효율적) 대처법인지 살펴보고, 스트레스 상황을 대처할 자기만의 건강한 방법을 개발하고 실천해보게 함으로써 스트레스와 통제불능감을 낮출 수 있다. 또한 많은 난임여성의 경우 모든 생활이 시술이나 임신에만 집중되어 있는 경우가 많아 스스로를 위하고 돌보아주는 시간과 활동을 마련하게 함으로써 스트레스에 대한 보호요인을 강화시키는 것도 도움이 된다.

**부부관계 및 성생활 강화하기**

난임이나 난임시술로 인해 부부관계가 변화하고 성생활에 어려움을 겪는 경우가 적지 않아 난임 부부들로 하여금 대화를 통해 서로를 이해하고 의견 차이를 조정하도록 돕는 것이 필요하다. 특히 부부간에 아이를 갈망하는 정도나 난임시술에 관여하는 책임감이나 유산이나 실패에 반응하는 방식이 달라 이로 인한 섭섭함과 상처가 부부간의 친밀감을 해치기 쉽다. 우리나라 부부들의 경우 아예 갈등을

피하기 위해 이야기를 하지 않는 부부들이나 요구-회피/철수의 의사소통 패턴을 나타내는 부부가 적지 않은데, 이 경우 난임으로 인한 어려움을 나누고 서로에게 요청하거나 부탁하고 싶은 것이 무엇인지 생각해보고 표현하도록 촉진하는 의사소통훈련이 도움이 된다. 부부가 대화할 때 상대방의 이야기를 경청하고 끼어들지 않으며, 상대방의 말을 인정해주도록 대화의 기술을 구체적으로 가르쳐주는 것도 필요하다. 대부분의 난임부부는 난임시술 과정에서 섹스가 더 이상 친밀감이나 열정을 나누는 기회가 아니라 임신의 수단으로 전락하게 되는 경험을 하게 된다. 그 결과 성적 욕구의 감소, 성관계 만족감의 저하, 사정에 대한 통제불능감, 신체에 대한 자신감의 결여 등을 경험한다. 부부들이 성관계에 대한 불만을 토로하지 않더라도 난임상담사는 부드러우면서 직접적으로 부부의 성관계 양상이나 성적 역기능이 있는지 파악하도록 노력해야 한다. 만족스런 성관계를 하는데 방해가 되는 요소들을 탐색하고 다룰 뿐 아니라 부부에게 로맨틱한 대화나 스킨십을 전반적으로 강화하고 임신의 압박감에서 벗어난 섹스를 하는 기회를 찾도록 도와주어야 한다.

**가족이나 친구들과의 관계, 직장동료와의 관계 재정립하기**

난임으로 인해 가족이나 친구들, 혹은 직장동료로부터 고립되고 소외되기 쉬운데, 남들의 몰이해로 인한 상처를 어루만져주고, 주위 사람들에 대한 기대나 지원을 현실적으로 조정하는 작업이 필요하다. 난임여성들이 난임치료에 전념하고자 다니던 직장을 그만 두고 집에 머물면서 사회적으로 고립되고, 자신의 직업 전망도 불확실하게 되어 스트레스를 받는 경우도 적지 않다. 이들에게는 자녀를 가지는 것과 함께 인생에서 추구하는 가치가 무엇인지 명료화하고 각각의 선택지가 가지는 단기적 혹은 장기적 이득을 탐색하여 결정하도록 돕는다. 이와 함께 가족과 친구들 중 내편이 될 만한 사람을 찾아 속마음을 나누고 교류를 계속함으로써 사회적 지지를 확보하게 하는 것도 필요하다. 집단주의적 문화배경을 가지고 있는 우리나라에서는 원가족이나 배우자 가족이 난임에 대해 필요이상의 관심이나 압력을 가하는 경우가 적지 않은데, 이 때 배우자와 한 팀이 되어 이를 적극적으로 대처하도록 도와주는 것이 무엇보다 중요하다.

이외에도 거듭된 난임치료에도 불구하고 임신에 실패하는 경우 상실에 대한 슬픔과 고통을 다루어주고 인생의 다음 단계로 나아가도록 도와줄 필요가 있다. 또한 부부가 입양이나 정자 및 난자 기증자를 통한 시술을 시도하고자 할 때 이와 관련된 법적, 윤리적인 이슈를 다루어주어야 한다.

## 난임상담 효과에 대한 실증적 근거

그동안 40-50년의 난임상담의 역사에도 불구하고 난임상담의 효과를 검증한 연구들은 기대보다 많지 않은 것이 현실이다. 앞으로 난임상담이 근거기반 실무로서 제공되기 위해서는 난임상담 효과에 대한 경험적인 연구가 더 많이 수행되어야 하며, 연구결과가 난임상담 실무에 잘 통합되어야 할 것이다. 본고에서는 메타분석 연구들을 중심으로 난임상담의 효과가 어떤 변인에서 나타나는지를 기술하고, 이와 함께 난임상담의 종류나 환자 특성에 따른 차이가 있는지를 개관함으로써 난임상담의 실증적 근거를 살펴보고 나아가 난임상담이

나아가야 할 방향을 모색해보고자 한다.

난임상담 효과에 대한 메타분석을 시도한 최초의 연구는 Boivin(2003)으로서 1966년부터 2001년에 이루어진 25개의 연구 중 통제집단을 사용하고, 사전-사후 검사나 무선배정을 통해 치료의 효과를 검증한 11개 연구를 분석하였다. 분석 결과 남성과 여성이 난임상담으로 비슷하게 도움을 받았으며, 특히 우울이나 불안 등의 부정적 정서를 감소시키는데 효과가 있었으며, 62.5%의 연구에서 임신율을 높이는데 효과를 보이지 않은 것으로 나타났다. 연구자는 난임상담을 크게 두 종류로 분류했는데, 이완기법, 스트레스 관리법 및 대처법을 교육하는 교육적 개입과 난임과 관련된 정서표현이나 지지를 주로 다룬 상담적 개입으로 나누었다. 가장 효과적인 난임상담 개입은 교육적이고 기술훈련 요소를 가진 상담으로 나타났으며, 대부분 집단으로 진행되었으며, 12주 정도의 기간을 가진 것으로 밝혀졌다.

뒤이은 메타분석 연구에서는 상담의 형태, 즉 개인/부부 상담과 집단상담의 차이를 분석하였다(de Liz & Strauss, 2005). 연구결과 개인/부부 상담과 집단상담 모두 정서적 고통과 임신율을 높이는 것으로 나타났다. 이 두 메타분석 연구의 임신율에 대한 결과가 다르게 나타남에 따라 Haemmerli와 그 동료들(2009)은 통제집단을 포함한 21개 통제연구만 포함하여 난임상담의 효과를 분석하였다. 그 결과 난임상담은 우울이나 불안 등의 심리적 지표에서는 유의한 효과가 나타나지 않은 것으로 밝혀졌다. 흥미있게도 임신율에서는 유의한 효과가 나타났는데, 보조생식술을 받지 않는 부부에게서만 난임상담이 임신율을 높이는 것으로 보고하였다.

Frederiksen과 동료들(2015)은 총 39개 연구를 개관하였으며, 인지행동치료(K=8), 심신통합치료(K=12), 스트레스 관리, 최면, 미술치료, 작문치료, 상담 등 다양한 방법을 사용한 연구들을 포함하였다. 난임상담을 받으면 거의 두 배의 임신률을 보였으며, 집단상담과 개인상담 모두 유의한 효과크기를 보였다고 하였다. 정신건강지표에서는 유의하고 중간크기의 효과크기를 나타냈으며, 남성보다 여성에게서 더 큰 효과크기가 나타났다고 보고하였다. 치료방법에 따른 효과크기는 인지행동치료(g=0.84)가 심신통합치료(g=0.61)나 다른 치료보다 효과크기가 좀 더 컸지만 확실한 결론을 얻기 위해서 좀 더 연구가 필요하다고 보았다.

Luk와 Loke(2016)은 난임상담의 효과에 대해 2000년부터 2014년까지 이루어진 총 23개 연구(15개 무선할당연구 포함)를 메타분석하였다. 그 결과 인지행동치료, 수용전념치료, 심신통합치료 등이 난임으로 유발된 심리적 스트레스를 감소시키며, 자존감 등의 자기지각을 증진시켰으며, 결혼만족도를 개선하는데 효과적인 심리적 접근인 것으로 밝혀졌다. 그러나 임신성공률에 대한 효과를 검증한 연구는 7개 연구 밖에 되지 않았으며, 임신성공율이 증가되었다고 보고한 연구는 3개 연구에 불과했다고 보고하였다. Chow, Cheung, & Cheung(2016)은 총 12개 연구를 개관하였으며, 인지행동치료, 심신통합치료, 지지적 치료 등이 우울, 불안, 난임 스트레스를 감소시키는데 효과적이었으며, 대처기술훈련 중심 심리치료는 체외수정시술을 받는 환자의 불안수준을 낮추는 것으로 나타났으며, 심리치료가 임신율을 높인다는 연구결과와 함께 임신율을 높이지 않는다는 연구결과가 공존한다고 보고하였다.

한편 난임상담 효과에 대한 국내 연구는 아

직 소수에 불과하여 난임상담 효과에 대한 명확한 결론을 내리기 이르다고 볼 수 있다. 우리나라에서 난임여성을 대상으로 5회의 심신치료 프로그램의 효과를 살펴본 김미옥(2009)에 의하면 통제집단에 비해 치료프로그램 집단의 여성들에게서 불확실성과 불안이 유의하게 감소된 것으로 나타났으나, 임신율에서는 유의한 차이를 보이지 않은 것으로 밝혀졌다. 다만 연구자가 연구참여자의 인구통계학적, 난임관련 특성을 짝짓기하여 동일하게 한 14쌍의 착상률을 추가적으로 비교분석하였을 때는 치료프로그램을 받은 사람들에게서 착상률이 더 높게 나타났다. 심신치료 프로그램을 받은 여성들의 체험을 살펴본 하영윤(2013)은 난임여성들이 프로그램을 통해 난임과 관련된 부정적인 생각과 고립감등에 대해 보다 객관적으로 바라보고, 이것들이 조절과 통제가 가능하다고 인식하게 됨에 따라 적극적으로 대처방법을 찾아 난임으로 인한 심리적, 정신적 고통을 잘 극복할 수 있게 되었다고 보고하였다.

한편 강은영(2015)에서는 난임여성을 대상으로 인지행동치료 프로그램을 10주간 실시한 결과 치료프로그램을 받은 여성들의 비합리적 부모신념, 부정적 자동적 사고, 우울과 불안이 통제집단에 비해 유의하게 감소한 것으로 나타났다. 이지화(2012)에서는 난임 여성을 대상으로 6주간의 개인 상담을 실시한 결과 상담을 받은 여성들의 우울이 감소하고, 난임대처 효능감이 증가한 것으로 보고하였다. 앞으로 우리나라에서 난임상담의 효과를 연구할 때 난임여성과 부부들을 대상으로 충분한 수의 표집을 사용하고 무선배정 등 타당한 방법론을 적용하여 난임상담의 효과를 검증하는 연구들이 더 많이 나올 때 난임상담의 효과에 대한 근거를 좀 더 확실하게 가질 수 있을 것이다.

요약한다면, 국내연구는 제한되어 있지만 난임상담 효과에 대한 해외 메타분석 연구결과들은 난임상담이 근거기반 상담이 될 수 있음을 보여주었다. 여러 편의 메타분석 연구결에 의하면 난임상담은 대체로 난임이나 난임시술로 인한 스트레스나 불안, 우울 등을 감소시키는 것으로 보고되었으며, Haemmerli et al.(2009)나 Frederiksen 등(2015) 일부 메타분석 연구에서는 임신율도 증진시키는 것으로 나타났다. 그렇지만 난임상담이 임신율을 증가시키는지에 대해서는 결과가 일관되지 않으며, 난임상담의 이론적 접근에 따른 차이를 검증한 연구들도 많지 않아 결론을 내리기에 이르다고 볼 수 있다. 여성이 남성보다 더 난임상담에 긍정적인 태도를 가지고 있으며, 치료성과도 더 낫다는 연구들이 있으나 일관적이지 않다. 나아가 난임상담에서 어떤 특성을 가진 내담자들이 난임상담으로부터 더 나은 치료성과를 얻는지, 난임시술의 어느 단계에서 난임상담을 받을 때 가장 효과가 좋은지, 효과를 가져오는 치료기제는 무엇인지 아직 밝혀져 있지 않다. 앞으로 난임상담이 좀 더 발달하기 위해서는 일반적인 치료효과를 밝히는 연구에서 한 단계 나아가 좀 더 특정한 효과를 살펴보는 경험적인 연구들이 더 많이 이루어져야 할 것이다.

### 난임상담사의 자격과 훈련

근거기반 실무에서 상담자의 전문성은 상담효과에 대한 실증적 근거 못지않게 핵심적인 요소다. 더욱이 난임상담은 의학적 모델과 상담적 모델이 결합된 형태의 상담이라는 견해

가 널리 받아들여지고 있어, 통합적인 접근에 필요한 전문지식과 임상경험을 갖춘 전문가의 역할이 강조되고 있다. 난임상담사는 효과성이 입증된 상담을 하는 것에 더해 내담자가 처해있는 의학적 상황을 파악하고 그가 가진 가치와 필요를 고려해 최적의 형태로 상담을 제공해야 하는 과제를 안고 있다. 이를 위해 상담과 심리치료에 대한 전문적인 지식과 상담 경험을 갖추고 있어야 할 뿐 아니라 난임과 보조생식술에 대한 이슈들을 파악하고 있어야 하며, 부모됨과 가족역동을 이해하고 부부관계를 다룰 수 있어야 한다. 우리나라에서 앞으로 근거기반실무로서 난임상담이 활성화되기 위해서는 난임상담사의 자격기준을 적절하게 설정하는 것이 무엇보다 중요하다고 볼 수 있다.

전세계적으로 난임상담의 발전과 난임상담사들의 경험과 지식을 나누기 위한 목적으로 국제 난임상담 기구(International Infertility Counseling Organization, IICO)가 조직되어 있으며, 현재 난임상담관련 학회가 있는 10개 국가(아르헨티나, 호주, 뉴질랜드, 덴마크, 벨기에, 캐나다, 독일, 스페인, 영국, 미국)가 회원국으로 참여하고 있다. 이들 국가들은 대부분 난임상담의 전문성을 강조하고 있으며, 일정 학력 수준에 대한 요구 뿐 아니라 난임상담의 특수성을 반영하는 필수 교육과정을 제안하고 있다. 특히 영국, 스페인, 스위스, 뉴질랜드와 호주의 일부 주에서는 난임상담사의 자격기준에 대한 규정을 법제화해놓고 있으며, 독일과 일본 등에서는 난임상담 관련학회에서 가이드라인을 제시해놓고 있다. 이들 중 난임상담이 활발하게 이루어지고 있는 영국과 독일, 호주, 미국과 일본의 난임상담사 자격기준과 필수 훈련과정을 간단히 살펴보고자 한다.

먼저 전세계에서 가장 먼저 난임상담에 대한 개념을 정의하고 난임상담 제공을 법제화한 영국에서는 난임 시술 프로세스 개시에 앞서 우선 지역 담당주치의(General Practitioner, GP)와 상담하도록 권장하고 있다. 이 때 난임시술의 시작에서부터 종결까지의 과정과 난임대상자가 겪게 될 경험내용, 난임시술이 당사자 혹은 가족/배우자의 관계에 미치는 영향을 이해시키고, 난임대상자의 삶의 질을 향상시키는 방향으로 더 나은 의사결정을 할 수 있도록 영향평가 상담을 진행한다. 2010년부터는 GP 서비스에 IAPT(Improving Access to Psychological Therapies, 심리치료 접근성 개선 프로그램)를 포함하여 훈련된 상담자에 의해 인지행동치료를 제공하고 있다. 난임상담사는 난임의 심리사회적 측면과 함께 의료적, 기술적 측면에 대한 전문적 지식을 갖추도록 훈련된 사람으로, 난임상담사의 자격을 인간 출산 배아법으로 규정하고 있다. 난임상담사가 되기 위한 최소한의 자격기준으로 첫째, 사회사업자격 증명, 또는 사회사업 교육과 훈련을 주관하는 중앙위원회가 인정한 동등한 자격보유자, 둘째, 영국상담사협회에 의해 인가 받은 자격자, 셋째, 심리학자/정신과의사로 면허를 받은 경우로 한정하고 있다. 1988년에 영국 난임상담사협회(British Infertility Counseling Association, BICA)가 결성되어 난임상담사 자격, 교육과정, 및 인증제도를 운영하고 있다.

한편 독일은 사회보험을 통해 난임진단 및 시술지원이 이루어지고 있으며, 체외수정 시술과 인공수정 모두 횟수나 보험급여 범위가 제한되어 있다. 전문의나 간호사 등 난임치료 인력들에 의한 의학적 상담이 주로 이루어지고 있으며, 난임상담에 대한 국가적 가이드라인은 확립되어 있지 않다. 2000년에

표 1. 국가별 난임상담사 자격요건

| 국가 | 법제화여부 혹은 가이드라인 | 필수/권고 학위 수준 | 면허 여부 | 난임상담 제공 학문분야 |
|---|---|---|---|---|
| 일본 | 협회(JAPCRM) 가이드라인 | 권고사항: 석사 학위 이상 | 심리학자 | 심리학, 간호학 정신의학 |
| 호주/ 뉴질랜드 | 법제화 (주별 차이가 있음) | 필수: 학사 학위 이상 | ANZICA 소속 회원 (필수) | 심리학, 사회복지학 정신의학 |
| 미국 | 협회(ARSM/MHPG) 가이드라인 | 권고사항: 석사 학위 이상 | 각 주별 임상 기준 충족 (필수) | 심리학, 사회복지학 부부/가족상담 간호학/정신의학 |
| 영국 | 법제화 | 필수: 상담학, 심리학, 사회복지학 학사이상 | 관련 자격을 보유한 전문가 집단 소속 회원(권고사항) | 사회복지학, 심리학, 상담학, 정신의학, |
| 독일 | 협회(Bkid) 가이드라인 | 권고사항: 사회심리학분야 전문적 훈련(학사) 또는 상담, 심리치료 전문가 | 전문의 | 심리학, 사회복지학, 상담학, 전문의 (정신과/상담자격을 보유한 산부인과) |

창립된 독일난임상담사협회(Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland, BKiD)는 주로 사회심리상담사들로 구성되어 있는데, 협회 주도로 난임상담에 대한 중요성을 고취시키고 의학적 치료와 난임상담의 통합을 강조하고 있다. 난임상담사 자격조건으로 첫째, 사회심리학 분야의 전문적 훈련(증거자료: 학위) 이수, 둘째, 상담이나 심리치료 분야의 자격증을 가지고 있거나 훈련이수, 셋째, 난임에 대한 심리사회적 측면과 사회심리 상담, 난임 치료이후의 임신 및 출산, 임신관리와 태아상실 대처, 생식의학, 난임과 관련된 대체의학에 대한 근본 지식 보유, 넷째, 최소 1년간 사회심리상담/정신치료의 전문적 경험을 갖추고 있는 사람으로 제한하고 있다.

호주와 뉴질랜드에서는 난임관리를 위한 종합적인 서비스가 민간을 중심으로 잘 발달되어 있다. 난임전문 시술병원에서 난임환자가 상담을 요청할 경우 자격요건을 갖춘 난임상담사가 난임상담을 제공해주는데, 난임상담에서는 주로 난임치료를 받는 과정에서 생기는 스트레스와 부정적 정서를 잘 관리하고, 시술과정에서 생길 수 있는 부부관계나 다른 대인관계의 어려움을 잘 대처하도록 돕는다. 호주 출산학회나 호주 및 뉴질랜드 난임상담사 학회(Australian and New Zealand Infertility Counsellor Association, ANZICA)에서 난임상담사의 자격이나 활동을 관리하고 있다. ANZICA에서는 심리학자, 정신과의사, 사회복지사 협회에 등록되어 최소 4년 이상의 경력을 가지고 있으며, 2년 이상 수퍼바이저 지도하에 상담실습을 하고, 난임과 난임치료 관련지식을

가지고 있어야 회원으로 인증하고 있다.

미국은 난임시술에 대한 법규나 공공 난임 지원 정책이 없으며, 미국생식의학회의 정신보건전문가 집단을 구심점으로 난임상담사를 육성하기 위한 교육이나 훈련과정을 마련하고 있다. 미국생식의학회에서는 난임상담사를 정신의학과 심리학 분야의 난임에 대한 전문적 훈련을 받은 전문가로 규정하고, 첫째, 정신과 의사, 심리학자, 임상 사회사업가, 결혼/가족 치료사 등 정신보건영역에서 석사 이상의 학위를 취득하고, 둘째, 임상면허를 보유하고, 셋째, 난임 치료에 대한 임상 훈련과 난임의 의학적/정서적 측면에 대한 지식과 경험을 보유하는 세 가지 조건을 충족하는 사람으로 제한하고 있다.

같은 아시아권으로 우리보다 일찍 저출산, 고령화 사회로 진입한 일본은 1996년부터 지역별 임산부 및 신생아 대상 의료시스템 체계를 구축하고 여성 건강교육, 의료상담, 난임부부 대상 전문상담을 실시해왔다. 일본의 난임상담은 주로 의학적 상담을 중심으로 발달해왔으며, 난임부부를 대상으로 조산사, 의사, 보건사 등 의료인력이 난임부부에게 난임시술 과정과 결과, 시술기관에 대한 정보제공 및 난임교육을 해주는 내용으로 이루어지고 있다. 2002년 난임상담학회가 수립되었는데, 주로 의사, 간호사/보건사, 조산사, 배아 관리 기술사, 심리상담사들이 참여하며, 난임상담사와 체외수정 코디네이터 양성과정을 개설하고 있다.

요약하면, 각 나라의 의료체계에 따라 난임상담의 초점이나 전달체계는 다양하지만, 난임상담을 제공하는 전문가는 다음과 같은 자격기준을 갖추어야 한다는 데 의견이 모아지고 있다. 첫째, 상담이나 심리학, 정신의학, 사회사업 등 관련분야에서 지정된 커리큘럼으로 교육을 받은 석사 이상의 학위를 가지고 있을 것, 둘째, 관련분야에서 전문가 자격증을 가질 것, 셋째, 난임의 의학적, 심리사회적 측면에 대한 훈련을 받을 것, 넷째, 최소한의 난임상담에 대한 임상경험을 갖추어야 하며, 다섯째, 난임상담사로서 지속적인 전문가 연수를 받도록 하고 있다(Blyth, 2012). 앞에서 살펴보았듯이 영국, 스페인, 스위스에서는 난임상담사에 대한 권고 자격을 법적으로 제안하고 있지만, 대부분의 국가에서는 난임상담사 전문가 협회에서 난임상담사의 자격과 교육, 및 인증을 관리하고 있는 실정이다. 현재 우리나라에는 난임상담을 하는 전문인력이 극소수에 불과하여 난임상담사를 양성하는 일이 시급하다고 볼 수 있다. 우리나라에서 난임상담사를 양성하기 위해서 관련협회를 설립하고 우리나라 실정에 맞는 자격기준과 표준 교육과정을 만드는 것이 무엇보다 필요할 것으로 보인다.

## 결론 및 시사점

저출산 정책의 일환으로 정부에서는 2018년 중양난임. 우울증 상담센터와 권역별 난임상담센터를 개소하고 난임상담에 대한 국가적 지원을 시작하였다. 난임상담에 대한 높은 수요와 함께 중등도 이상의 우울이나 불안을 보이는 난임환자들의 비율이 적지 않다는 점을 고려할 때 난임상담이 우리나라에서 하루빨리 활성화되어야 할 것이다. 그렇지만 제한된 인력과 예산을 가지고 국가에서 지원하는 난임상담이 비용대비 최대의 효과를 이끌어내기 위해서는 영국의 IAPT와 같이 '단계적 지원(Stepped Care)' 접근을 도입할 필요가 있다. '단계적 지원'은 정확한 평가에 근거해 낮은

강도의 개입을 경도의 문제를 가진 많은 사람들에게, 조금 더 높은 강도의 개입은 중간 정도의 문제를 보이는 사람에게, 가장 높은 강도의 개입은 중등도 이상의 문제를 가진 소수의 사람들에게 제공하는 전달체계를 말한다. '단계적 지원'을 난임상담에 적용한다면 난임 당사자에 대한 정확한 평가에 기초해서 제 1단계에서는 난임으로 인한 부정적 정서나 스트레스가 높지 않은 대다수의 사람들에게 정보제공과 심리교육 중심의 낮은 강도의 심리적 지원을 해주고, 치료단계에 따라 일부 사람들에게 영향평가 상담과 의사결정 지원 상담을 제공해주도록 한다. 제 2단계에서는 더 높은 스트레스나 정서적 문제로 고통을 받거나 이로 인해 치료에 잘 적응하지 못하는 사람들에게 스트레스 관리나 대처기술 훈련 혹은 정서조절을 돕는 상담을 해주면서 필요에 따라 위기상담을 단기로 제공해준다. 제 3단계에서 정서적 고통이나 불안, 우울이 준임상적 수준이나 임상적 수준에 이른 사람들 혹은 부부갈등이 심각한 사람들을 대상으로 전문적인 상담역량과 경험을 가진 난임상담사들이 치료적 상담을 해주는 접근을 말한다. 이와 같이 다양한 종류의 난임상담을 난임당사자의 상태나 요구에 맞춰 단계적으로 제공하는 전략은 더 많은 사람들에게 난임상담의 혜택이 돌아가게 해줄 뿐 아니라 난임상담인력을 효과적으로 활용하는 방안이 될 것이다.

단계적 지원과 함께 난임상담이 근거기반실무로 제공되는 것 역시 난임상담이 장기적으로 효과를 가지기 위해 반드시 필요하다. 난임상담이 근거기반실무로 자리 잡기 위해서는 첫째, 각 단계에서 제공할 수 있는 다양한 난임상담 프로그램들이 우리나라 실정에 맞게 개발되고 그 효과가 검증되어야 할 것이다. 둘째, 난임상담의 효과에 대한 실증적 근거가 많이 나오기 위해서는 난임상담 전후에 실시할 수량화 가능한 평가도구들이 개발되고 타당화되는 작업이 활발하게 이루어져야 할 것이다. 마지막으로 난임상담이 근거기반 실무로 이어지기 위해서는 난임상담 전문인력을 체계적으로 육성하는 일이 무엇보다 시급하다고 볼 수 있다. 난임상담사는 난임 전반에 대한 의료 지식 뿐 아니라 난임당사자 및 난임부부의 주요 심리적 특성에 따라 적절할 개입 전략을 제공할 수 있는 전문역량을 갖추어야 한다. 따라서 상담역량을 갖춘 상담전문가들과 의료전문가들이 표준교육과정을 이수하고 실습과 수퍼비전을 받아 서비스를 제공하도록 제도적 기반을 마련해야 한다. 이를 위해 난임상담사협회를 설립하고 난임상담사의 자격기준을 정하고 자격인증과 연수교육을 제공함으로써 장기적으로 난임상담을 담당할 인력을 양성해야 할 것이다.

## 참고문헌

강은영 (2015). 난임여성의 심리사회적 적응을 위한 인지행동치료 프로그램의 개발 및 효과. 박사학위논문. 명지대학교대학원.

권정혜 (2016). 난임상담 실태조사 및 상담서비스 제공을 위한 전달체계 마련 연구. 보건복지부 연구용역 사업 보고서.

김미옥 (2009). 심신 프로그램이 체외수정 재시술 난임여성의 불확실성, 불안, 및 착상률에 미치는 효과. 박사학위논문. 연세대학교대학원.

김미옥, 남현아, 윤미선 (2016). 난임치료과정인 여성의 난임스트레스와 우울 회복 탄

력성. Journal of Korean Public Health Nursing, 30(1), 93-104.

김주희, 신혜숙 (2013). 불임여성의 삶의 질 모형 구축. 대한간호학회지, 43(3), 312-320.

이영선, 최승미, 권정혜 (2019). 난임여성의 심리적 디스트레스를 예측하는 심리사회적 요인. 한국모자보건학회지, 23(2), 1-11.

이지화 (2012). 불임 여성의 우울에 영향을 주는 요인 탐색과 심리사회적 개입의 효과. 박사학위논문. 고려대학교대학원.

하영윤 (2013). 난임여성의 심신 프로그램 참여 체험 연구. 박사학위논문. 서울여자 대학교대학원.

황나미, 채수미, 장인순 (2014). 2014년도 난임부부 지원사업 결과분석 및 평가. 보건복지부 연구용역 사업 보고서.

황나미, 채수미, 이상림, 김용수, 김재근, 전진우 (2015). 주요 선진국의 난임상담 프로그램의 운영실태와 정책과제. 한국보건사회연구원 연구보고서.

APA (2016). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, *61*(4), 271-285.

Applegarth, L. D. (2006). Individual counseling and psychotherapy. In N. C. Covington, & L. H. Burns (Eds.) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 129-142). New York: Cambridge University Press.

Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility counseling in different countries: Is there an emerging trend? *Human Reproduction, 27*(7), 2046-2057.

Boivin, J. (2003). A review of psychological interventions in infertility. *Social Science and Medicine*, *57*, 2325-2341.

Boivin, J., & Gameiro, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility & Sterility*, *104*(2), 251-259.

Boivin, J., Takefman, J., & Braveman, A. (2011). The Fertility Quality of Life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction, 26*(7), 2084-2091.

Chow, K-M., Cheung, M-C., & Cheung, I. K. (2016). Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review. *Journal of Clinical Nursing*, *25*, 2101-2113.

Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *21*(2), 293-308.

Covington, S., & Burns, L. H. (2006). Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.

Domar, A. D. (2004). *Conquering infertility: Dr. Alice Domar's mind/body guide to enhancing fertility and coping with infertility*. New York: Penguin.

Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A. L. Stanton & C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 29-57). New York, London: Plenum Press.

Frederikson, Y., Farver-Vesterguaard, I., Skovgard, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review

and meta-analysis. *BMJ Open*, *5*(1), 1-18.

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., et al. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - A guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 1-11.

Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Social Health & Illness*, *32*, 140-162.

Haemmerli, K., Znoj, H., Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction, 15*, 279-295.

Jun D, Johnston V, Kim JM, O'Leary S. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) in the Korean working population. *Work*, *59*(1), 93-102.

Kim, R. H., Lee, W. M., Kim, Y. J., Sung, Y. M., Hoh, J. K., Han, D. W., Choi, Y. M., & Hwang, J. H. (2011). Current status of infertility counseling in Korea. *Korean Journal of Obstetrics & Gyneology*, *54*(10), 611-617.

Kim, J. H., & Shin, H. S. (2014). Validation of a Korean version of Fertility Problem Inventory, *Asian Nursing Research*, *8*, 207-212.

de Liz, T. M., & Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction, 20*, 1324-1332.Lu, Y., Yang, L., Lu, G., & Sun, Q. (1996). Mental status and coping style of infertile women. *Fertility & Sterility, 10*, 169-170.

Lu, Y., Yang, L., Lu, G., & Sun, O. (1996). Mental status and coping style of infertile women. *Chinese Mental Health Journal*, *10*, 189-170.

Luk, B. H-K., & Loke, A. Y. (2016). A review of supportive interventions targeting individuals or couples undergoing infertility treatment: Directions for the development of interventions. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *42*(6), 515-533.

Nachitigall, R. S., Becker, G., & Wozny, M. (1992). The effect of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility & Sterility*, *57*, 113-121.

Newton, C., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). the infertitlity problem Inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility & Sterility*, *72*, 54-62.

Oddens, B. J., den Tonkelaar, I., Nieuwenhuyse H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems - a comparative survey. *Human Reproduction, 14*, 255-261.

Peterson, B., Boivin, J., Norré, J., Smith, C., Thorn, P., & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reprodution and Genetics*, *29*, 243-248.

Schmidt L, Christensen U, Holstein B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*, *17*(4), 1044-1052.

Verhaak, C., & Burns, L. H. (2006). Behavioral medicine approaches to infertility counseling. In S. Covington & L. H. Burns (Eds.),

*Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (pp. 181). New York: Cambridge University Press.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, *13*, 607-616.

1차원고접수 : 2019. 04. 22.
심사통과접수 : 2019. 06. 05.
최종원고접수 : 2019. 06. 28.

한국심리학회지 : 여성
*The Korean Journal of Woman Psychology*
2019, Vol. 24, No. 2, 87-104

# Infertility Counseling as Evidence-Based Practice

**Jung-Hye Kwon**

Department of Psychology, Korea University

Given the high percentage of women who experience mental health problems and the great demand for infertility counseling, there is an urgent need to develop infertility counseling as evidence-based practice in Korea in near future. The purpose of this study was to review the current status of infertility counseling as evidence-based practice and provide suggestions and policy directions for infertility counseling in Korea. First, psychological distress and mental health status of infertile women or couples were briefly reviewed. Second, the purposes and contents of infertility counseling were presented. Third, the empirical evidence of the efficacy of infertility counseling was reviewed. Forth, the requirements and training of infertility counselors in countries where infertility counseling has been integrated as a necessary component of infertility treatment such as UK, Germany, and Australia were reviewed. We need to develop a stepped care approach to promote cost-effective infertility counseling which meets the needs of Korean clients and monitor outcomes of the counseling which will be used as evidence and data to improve the efficacy of infertility counseling.

*Key words : infertility, infertility counseling, evidence-based practice, mental health, quality of life*