

불임과 간호

박 영 주
(고려대학교 의과대학 간호학과)

목 차

- I. 서론
- II. 본론
 - 1. 불임의 사정
 - 1) 불임의 원인
 - 2) 불임의 검사
 - 2. 불임의 치료
 - 3. 불임 간호의 방향
- III. 결론
- 참고문헌

I. 서론

최근 불임의 진단, 치료의 새로운 기술, 약물의 발달과 함께 불임 서비스를 받고자 하는 불임 부부의 증가로 불임에 대한 관심이 증대되고 있다.

불임은 정상적인 부부 생활(성생활)을 지속한 지 1년후에도 임신할 수 없거나, 또는 생존한 아기의 출생이 가능하도록 임신을 지속할 수 없는 상태로 (Woods, 1981), 가임기 부부의 10~20%에 이르는 것으로 보고되고 있으며, 점차 발생 빈도가 증가되고 있다(송찬호, 1990: Jaffe & Jewelwicz, 1991). 이는 점차 결혼 연령이 늦어지는 사회적 경향에 의하여 생산 능력이 감소되는 30세 이후의 임신, 출산의 증가, 성병 발생 빈도의 증가 및 계획된 출산을 위한 피임 방법의 지나친 사용의 증가 등에서 기인하는 것으로 설명된다(Aral & Cates, 1983: Hirsh & Mosher, 1987).

인간 개개인의 삶의 방식은 다를지라도 우리의 자연스런 문화적 기대는 성인기에는 부모가 되는 것 (parenthood)이고, 신체적으로 성숙한 여성간의 성관계는 임신과 출산의 결과를 낳는 것으로 가정되기 때문에 불임은 이런 자연스런 기본 가정에 대한 희망과 기대의 상실을 의미한다 (Becker, 1990: Pines, 1990).

따라서 불임 부부는 임신의 사회적 의미로 갈등을 경험하게 되며, 이것은 불임의 의학적 진단 및 치료 과정을 거치면서 가중된다. 불임의 진단과 치료 과정은 오랜 시간적 소모와 경제적 부담을 요하며, 더우기 불임 진단, 치료 방법의 발달로 불임 치료 후의 임신 성공률이 증가되었다고 해도 임신이 확실히 보장되지 않기 때문에 결국 이 과정에서 불임 부부는 신체적 고통과 함께 심리, 정서, 사회적 갈등을 경험하게 된다.

불임 부부가 일련의 신체적, 정서적 고통을 극복하고 적절한 해결에 이르도록 하기 위해서는 불임의 진단, 치료 과정에서 간호사의 지속적인 지지와 교육이 필수적이다(박영주, 1993: Frank, 1984: Clapp, 1985).

이에 본 고에서는 불임 간호에 대한 정확한 이해를 돕고자 불임의 원인, 불임의 기본적인 검사 및 치료과정을 살펴보고 불임 간호의 방향을 모색해 보고자 한다.

II. 본론

1. 불임의 사정

1) 불임의 원인

불임은 원발성 불임(primary infertility)과 속발성 불임(secondary infertility)으로 분류되는데 전자는 전혀 임신 경험이 없는 경우를 말하며, 후자는 전에 한 번 이상의 임신의 경험이 있는 경우를 말한다. 불임의 원인은 남성측 요인이 35~40%, 배란 요인이 20~30%, 경부 요인이 5~10%, 난관, 복막요인이 25~30%, 자궁 요인이 5~10%이며, 복합적인 요인이 25%이고 기본적인 불임 검사후에도 원인이 확인 되지 않은 불임(unexplained infertility)은 5~10%로 설명된다(Jaffe 등, 1991; 송찬호, 1991).

이를 자세히 살펴보면 다음과 같다.

남성측 요인(male factor): 무정자, 희소정자, 정자 운동성 저하, 비정상형 정자 및 자신의 정자에 대하여 항정자 항체가 형성된 경우로 염색체 이상, 선천적 기형(요도하열, 요도상열, retrograde ejaculation), 해로운 직업적, 환경적 요인의 노출(예: 열, 알코올, 약물, 흡연 등) 및 감염 등이 관계된다.

배란 요인(ovulatory factor): 배란(ovulation)이 안되거나 드물게 일어나는 경우로 시상하부-뇌하수체-난소 축에 직접 또는 간접으로 영향을 주는 병적 요인의 발생과 관계된다. 이 배란 요인은 시상하부-뇌하수체 기능 이상(LH, FSH, E₂가 모두 정상이거나 LH 진동만이 있을 때), 시상하부-뇌하수체 부전(LH, FSH가 정상이나 저하되어 있고, E₂가 저하되고 진동이 없을 때), 난소부전(LH, FSH가 모두 높고 불규칙 진동이 있을 때), Hyperprolactinemia, 17-Ketosteroid 및 다낭포난소 증후군(polycystic ovarian disease) 등이 관계된다.

경부 요인(cervical factor): 자궁 경부의 해부학적, 기능적 이상, 경관 점액의 상태가 나쁘거나 경관 점액내에 항정자 항체가 존재하는 경우로 경부의 위치 이상, 폴립(polyp), 협착(stenosis), 자궁 경부의 치료로 인한 경관 점액의 양의 부족, 염증, hostile cervical mucus 등이 관계된다.

자궁 요인(uterine factor): 자궁 및 자궁 내막에 이상이 있는 경우로, 자궁내 종양, 자궁의 선천적 기형 및 위치 이상, 염증 및 유착 등이 관계된다.

난관 요인(tubal factor): 난관의 폐쇄나 기능 이상이 있는 경우로, 성병, 결핵, 복막염 등의 염증, 자궁외 임신 및 종양 등이 관계된다.

복막 요인(peritoneal factor): 자궁, 난소 및 난관 주위에 유착이 있는 경우로 염증(예: 골반내 염증), 자궁 내막증(endometriosis) 등이 관계된다.

2) 불임의 검사

여기서는 불임 요인에 따른 기본 검사 방법을 살펴보고 검사시 요구되는 간호 내용을 살펴보고자 한다.

(1) 문진과 신체 검진 : 문진(history)에서는 부부의 연령, 불임 기간, 불임의 종류(원발성 또는 속발성), 월경력, 성교 횟수, 피임법 사용 유무, 사회력 (직업적, 환경적 요인) 등에 대한 자료를 수집하고 신체검진(physical examination)에서는 해부학적, 병리적 이상 유무 및 내분비 이상을 나타내는 증상 등을 확인한다.

(2) 남성측 요인의 사정:

① 정액검사(semen analysis): 남성의 수정 능력을 검사하는 방법으로 정상적인 정액검사의 결과는 다음과 같다.

- * 액화(liquefaction): 전립선 액의 섬유분해 효소의 작용으로 30~45분 이내에 액화되어야 한다.
- * 양(volume): 2~5cc로 양이 아주 적거나 많은 경우에 문제가 된다.
- * 수(count): 4000만/cc 이상은 정상, 2000~4000만/cc는 경계치, 2000만/cc 이하는 희소정자로 간주한다.
- * 운동성(motility): 40~50% 이상이어야 한다.
- * 모양(morphology): 정상 형태의 정자가 50% 이상이어야 한다.

정액 검사의 결과가 이상이 있을 때는 정액의 질은 스트레스, 해로운 직업적 환경적 요인에 의한 노출 등에 의해 일시적으로 영향을 받을 수 있으므로 2~3개월 후 반복 검사를 하도록 하여야 한다. 간호내용:

- 검사에 앞서 3~4일 정도 금욕해야 한다(너무 오랜 동안의 금욕은 정자의 질을 저하시키고

너무 잦은 성교는 정자의 양을 감소 시킨다.

-수음(masturbation)에 의해서 정액을 polypropylene 용기에 담아서 가능한 빨리 30분~1시간 이내에 체온상태를 유지하도록 보관하여 검사실로 가져와야 한다.

-정액의 처음 부분이 상실되지 않고 모두 정확히 받도록 교육한다.

② 내분비 검사: 희소 정자, 무정자인 경우 Testosterone, FSH, LH, Prolactin 등의 홀몬 검사를 한다.

③ 항정자항체 검사(Immunobead binding test: IBT): 정자의 정액, 경관 점액에서의 항체 수준을 검사한다. 정액 검사 결과가 정상인데 성교후 검사(postcoital test)에서 정자가 응집되거나 죽은 경우에 실시한다.

④ 정자통과 검사(Sperm penetration test): 비정상적인 정액 검사 결과나 원인 불명 불임시에 정자의 통과하는 능력을 검사한다.

(3) 난소 요인의 사정:

① 기초 체온 검사(Basal Body Temperature): 배란 후의 기초체온의 상승을 측정함으로써 배란의 가능성을 확인하는 방법으로 월경 직후에는 체온이 최저의 상태이며 배란 직전에 최저로 떨어지고 배란이후 거의 0.5~1°F 상승되어 월경전기(premenstrual phase)동안 유지되어 이상성(biphasic curve)양상을 띤다. 이 curve에서 배란 직전의 최저점은 배란이 임박했음을 의미하나 이로부터 배란의 정확한 시기를 예측하기 어렵다. 그러나 황체 자극 홀몬(Luteinizing Hormone: LH) surge 후 16~48시간 이내에 대개 배란이 일어나는 것으로 예측되므로 혈액이나 소변 검사를 통해 배란의 예측이 가능하다. 최근에는 urinary LH kits가 시판되고 있으므로 이를 사용해서 배란 시기를 예측할 수 있다.

간호 내용:

-매일 아침 자리에 일어나기 직전에 구강으로 체온을 측정하도록 한다.

-curve에 영향을 미칠 수 있는 여러 요인들(성교시기, 질병 등)을 기록하도록 교육한다.

② 자궁내막검사(endometrial biopsy): 황체기(luteal phase)의 자궁 내막의 상태를 평가하는 방법으로 월경 예정일 2~3일 전에 자궁 체부의 전벽이나 후벽에서 조직을 채취하게 된다.

간호내용: 유산의 가능성을 예방하기 위하여 배란기때 부부 관계를 피하도록 교육한다.

③ 내분비 검사: 혈청내 progesterone 치를 검사함으로써 배란 유무, 황체기 결손 유무를 확인할 수 있으며 이외에 Estrogen, Prolactin, FSH, LH를 검사한다.

(4) 자궁 경부 요인의 사정:

① 경관 점액 검사: 경관 점액의 양, 질을 평가하는 방법으로 배란기에 이르면 Estradiol(E₂)은 최고에 이르며 이때 경관 점액은 thin, watery, 알카리성을 띠며 건조 상태에서 ferning pattern이 나타나고, Spinnbarkeit현상(경관 점액의 stretchability)이 나타나 정자의 수용성(receptibility)이 증가된다.

② 성교후 검사(postcoital test): 일명 Sims-Huhner test라고도 하는데 경관 점액의 정자 수용성을 검사하는 방법이다. 정상적인 배란기의 점액은 정상적인 운동성의 정자의 통과를 촉진하고 비정상적인 정자의 접근을 여과, 제한하는 역할을 하게 된다. 자궁 외구을 넓힌 뒤 경관 점액을 흡인하게 되는데 정자의 분포는 경과 점액에서 일관적이므로 선택적 sampling은 불필요하다.

이때 경관 점액의 상태는 배란기의 정상적인 점액의 양상을 띠어 경관 점액 점수(cervical mucus score)가 10이상이어야 하고 high power field에서 5개 이상의 전방으로 진행하는 활동성 정자가 있어야 한다.

간호 내용:

-배란기 주위에 검사전 48시간 동안 금욕하도록 하고 성교후 8시간 이내에 검사받도록 한다.

-성교후 douche, 통목욕을 금하도록 교육한다.

(5) 난관, 자궁, 복막 요인의 사정:

① 자궁 난관 조영술(Hysterosalpingography : HSG): 조영제를 주입하여 난관의 폐쇄 여부와

다른 해부학적 이상을 발견하게 되는 방법으로 월경이 끝난 뒤 초기 난포기(follicular phase)에 실시하게 된다. 조영제 주사시에 자궁과 난관의 spasm이 일어날 수 있으므로 조영제를 천천히 주입하고 spasm이 있을 때는 glucagon 10mg을 투여한다. 합병증으로는 감염, 자궁천공, 출혈의 가능성이 있다.

② 자궁경 검사(Hysteroscopy): HSG에서 분명하지 않은 자궁내 유착(synechiae), 자궁내 병변을 평가한다. 합병증으로는 출혈, 감염, 자궁내막증 등이 있다.

③ 복강경 검사(Laparoscopy): HSG 결과에서 이상이 있거나 전체적인 검사 결과가 만족스럽지 못할 때 자궁내막증, 자궁, 난관, 난소의 유착 여부를 확인한다.

2. 불임의 치료

1) 배란 유도(ovulation induction):

배란 유도제를 단독 또는 혼합으로 투여하는데 이들 약물은 배란 장애의 치료제로 사용되는 외에 인공수정, 체외수정 시에 과배란 유도의 목적으로 정상 배란 불임여성에게도 투여된다. 흔히 이용되는 배란 유도제는 다음과 같다.

(1) Clomiphene Citrate: 무배란, 희소배란시 배란 유도 목적으로 사용된다. 월경 주기 3~5일에 시작해서 9일까지 처음에는 50mg/day으로 시작해서 최고 200mg/day 까지 증가할 수 있다. 인간 폐경 성선 자극 호르몬(Human Menopausal gonadotropic hormone:HMG)과 병용해서 사용되기도 하며 LH surge를 위해 HCG를 IM으로 투여하기도 한다. 부작용으로는 간질환, hot flushes, 과배란, 시력장애가 있을 수 있으며, 난소 낭종이 있을 때는 사용할 수 없다.

(2) 인간 폐경 성선 자극 호르몬(Human Menopausal Hormone: HMG): 폐경기 여성의 소변에서 추출한 순수 성선 자극 호르몬으로 무배란, 희소배란, clomiphene실패시, 황체기 결손(Luteal phase defect), hostile cervical mucus, IVF, GIFT를 위해

배란 유도시에 사용된다. 처음에는 월경주기 5~12일까지 HMG를 IM으로 투여하며 혈청내 Estradiol(E2)이 50~1500pg/ml, 초음파상 난포 크기가 16~18mm가 되면 HMG 투여를 중단하거나 감량하고 LH surge를 위해 HCG 5000~10000 units를 투여한다. 부작용으로 난소가 과도 자극될 수 있다.

* 난소의 과도자극 증후군(Hyperstimulation syndrome):

Mild: 난소비대(직경이 5cm 이하)

Moderate: 난소비대(직경이 10cm 이하), 체중증가, 오심, 구토, 경증의 복반 불편감

Severe: 난소비대(직경이 10cm 이상), 복수, 수흉(hydrothorax), 혈액농축(hemoconcentration), 췌노.

(3) Bromocriptine 제제: 고 프로락틴 혈증(hyperprolactinemia)인 경우 배란 유도 목적으로 투여한다.

이외에 성선 자극 유리 호르몬(Gonadotropic Releasing Hormone:GnRH) 등이 있다.

2) 외과적 교정: 자궁의 선천적 기형, 경관의 이상, 난관의 폐쇄시에는 난관의 결손유형에 따라 난관 성형술(tuboplasty), 유착 분리술 등의 미세수술이 사용될 수 있다.

3) 남성 요인의 치료: 희소 정자, 정자 운동성 저하이거나 비정상형 정자인 경우 원인에 따라 항생제와 같은 약물요법, 호르몬 요법(testosterone, clomiphene citrate, HMG-HCG, GnRH 등)을 투여한다.

선천적인 구조적 기형(undescended testicles, 요도 상열, 요도하열, penis의 기형 등)이 있는 경우 사춘기 이전에 가능한한 일찍 수술로 교정하여야 한다.

4) 성교 기술의 개선: 성교의 적절한 시기, 너무 잦거나 드물지 않도록 적절한 횟수와 바른 자세를 취하도록 교육한다. 여성이 바로 누운 자세에서 둔부를 약간 들어올리고 성교후에도 30분 동안 일어나지 말고 소변이나 땀물도 삼가도록

교육한다.

5) 인공수정(Artificial Insemination): 배우자의 정자에 의한 인공 수정(Artificial Insemination Husband: AIH)을 하게되는 경우는 여성의 경관 이상, hostile cervical mucus, 희소 정자, 정자 운동성 저하, 정상적인 성교가 어려운 경우, 면역학적 요인시에 행하게 된다. 공여자의 정자에 의한 인공수정(Artificial Insemination Donor: AID)은 배우자가 무정자증, 유전적 질환 등이 있을 때 행한다. 이때 공여자의 선정시에는 배우자의 신체적 특성에 가능한한 가깝게 선정해야 하며 공여자의 건강문제 등이 미리 사정되어야 한다. 이외에 배우자의 정자와 공여자의 정자를 합하여 인공 수정을 시도하기도 한다. 이 경우 배우자의 정자에 의하여 임신이 됐을지도 모른다는 장점이 있다. AID는 입양과는 달리 임신의 완전한 경험이 가능하고 다른 사람에게 자연스럽게 보이며 부모를 닮을 기회가 더 높다는 장점이 있으나 윤리적 문제가 제기될 수 있다.

6) 체외수정-배아 이식술(In-Vitro Fertilization-Embryo Transfer: IVF-ET): 난관 폐쇄나 기능 이상, 원인 미상의 불임 등에 시행되는데 먼저 배란 유도제(HMG, Clomophene Citrate, FSH 등)로 난포 성숙을 자극하여 배란을 유도하고, 혈청내 E_2 가 50~1500 pg/ml 이상이고 초음파상에서 난포의 크기가 16~18mm 나타나면 투여를 중단하고 LH surge를 위해 HCG를 투여한다. 복강경이나 초음파를 이용하여 복부나, 질을 통해 난포를 흡인해 낸 뒤 난자를 배양액에서 수정시킨 뒤 수정이 일어나 세포분열이 시작되면 배아(embryo)를 자궁, 난관속에 넣게 되는데 성공률은 20~30%로 추정된다.

이외에도 IVF-ET의 변형으로 난자를 채취하여 정자와 난자를 합해서 난관에 넣는 난관내 생식세포 이식술(Gamete Intrafallopian Transfer: GIFT) 등이 있다.

7) 대리모(surrogacy): 자궁이 없거나 자궁내막의 이상으로 임신 유지가 어려운 경우(surrogate ges-

tational mothers), 또는 자궁과 난소가 없는 경우(surrogate mothers)에 시도된다.

8) 난자공여(Oocyte Donation): 난자를 공여 받아 임신을 시도하는 방법으로 난소 부전, 난자의 질이 좋지 못한 여성, 유전적 질환이 있는 여성에게 적용된다.

3. 불임 간호의 방향

불임의 심리적 문제를 설명하는 가설에 의하면 심리적 문제를 불임의 원인적 측면(가설 I), 불임으로 인한 결과(가설 II) 및 원인 결과의 상호관계 측면(가설 III)으로 설명하고 있다(Wright 등, 1989).

가설 II의 입장에서 심리적 문제를 불임의 결과로 설명하는 연구들에 의하면 불임은 상실(loss)의 의미로 이해되고 이는 불임의 진단, 치료 과정에서 가중되어 불임 부부는 우울, 자존감의 저하, 불안, 비통 및 양가감정 등의 심리, 정서적 갈등을 경험하고 성기능, 부부관계, 삶의 질이 나쁘게 변화되는 것으로 보고된다(Menning, 1980: Berg & Wilson, 1991: Lalos 등, 1988).

우리 불임 여성을 대상으로 본 연구자가 실시한 연구(박영주, 1993)에 의하면 우리 불임 여성들은 모든 일상의 일을 불임과 관련 지어서 생각하고 점차 삶 전체가 임신에만 매달리는 집착적 매달림, 삶이 정지된 듯한 느낌, 위축감, 죄책감, 보이지 않는 불구자의 느낌, 분노, 조급함, 무가치감 및 서러움 등의 정서적 경험을 하는 것으로 나타났다. 또한 이들은 부부관계, 가족 관계에서는 밀착되거나 멀어지는 등의 양극화 되는 관계 양상을 띠고, 친구, 이웃 등의 사회적 관계에서는 감정적으로 고립화되는 경향이 두드러졌다.

결국 간호사는 불임 간호의 목적을 불임 부부가 적절한 시기까지 중단하지 않고 임신하도록 노력하게 하고, 불임 치료와 함께 다른 인생 목표가 추구될 수 있도록 하며, 임신에 대한 적절한 대안을 모색하고, 불임 치료의 결과와 관계없이 불임 부부가 긍정적인 자아 정체감을 유지하도록 도와주는데 두어야 한다. 따라서 다음과

같은 간호의 방향을 제시하고자 한다.

1) 불임의 진단, 치료 과정에서 불임 부부의 검사, 치료 과정의 적절한 이해와 지식은 부부로 하여금 그 과정을 준비하고 기대할 수 있도록 하므로 부부의 신체적 고통 및 정신적 부담을 줄여 줄 수 있다. 따라서 간호사는 불임 부부에게 필수적인 정보인 생식 생리에 대한 정보, 진단 검사 및 치료에 대한 정보 등을 포함하는 교육 자료를 개발하고, 간호사는 자원제공자로서 불임 부부에게 유용한 많은 자원을 알고 제공해 줄 수 있어야 한다.

2) 불임 부부가 성관계를 임신만을 위하여 쫓점을 맞출 때 성관계는 너무 목표 지향적이 되므로 부부의 성기능에서 문제가 생길 수 있다. 따라서 부부의 사랑을 나누기 위한 성 기능과 임신 능력과는 관계가 없다는 개념이 이해될 수 있도록 교육하고, 기초 체온 검사와 같은 계획된 성관계를 암시해 주는 검사 등이 꼭 필요한 경우에만 기록하도록 간호사의 민감한 배려가 요구된다.

3) 본 저자(1993)의 연구에 의하면 불임 여성들은 배우자, 가까운 가족이나 친구, 이웃 또는 같은 처지의 불임 여성들과의 대화를 통해 서로의 생각을 나눔으로써 불임 문제를 극복하는데 도움이 되는 것으로 나타났다. 특히 부부간의 자연스럽게 솔직한 대화의 증진은 불임 부부에게 오히려 의학적 검사, 치료의 어려운 과정을 거치면서 부부의 결속력을 증진시킬 수 있는 계기로 작용할 수 있으므로 배우자도 가능한한 불임 치료 과정에 포함시켜 경험을 공유함으로써 서로의 이해를 도울 수 있는 기회를 갖도록 간호사는 도움을 줄 수 있어야 한다. 또한 가까운 친구, 이웃과의 대화를 통한 감정의 나눔은 불임 부부에게 좋은 지지원이 될 수 있고 특히 같은 처지의 불임 여성의 대화는 서로가 공유하고 있는 경험이 유사하여 그들에게 편안함을 제공할 수 있으므로 치료적 지지의 견지에서 대상자의 요구가 어떠한 지를 미리 파악한 뒤 이러한 개인의 요구에 따라서 개인적인 상담이나 지지집단의 구성과 진

행을 돕는 등의 간호 치료 모델을 개발해야 한다.

4) 불임 여성은 생산적인 일이나 배움을 통해 바쁘게 지내는 것이 불임 문제를 극복하는데 도움이 되나 불임의 치료 과정으로 인하여 불임 여성에게 부여되는 많은 시간적 부담은 직업을 유지하는 것을 어렵게 만드므로 진료 시간의 배려등으로 직업적 활동이 유지될 수 있도록 간호사의 세심한 간호 계획이 요구된다.

5) 체외수정과 인공수정 및 정액 검사 등을 위하여 정액 채취가 이뤄지는 환경은 자연스럽지 않을 뿐만 아니라 결코 기쁨을 주지 못하는 병원이라는 환경에서 수행되므로 남성들은 창피함, 당혹스러움, 스트레스를 경험하게 된다(Lalos 등, 1985b; Hammond 등, 1990). 그러나 우리 나라 병원의 경우에는 정액 채취를 위한 장소가 제대로 갖춰져 있지 않은 병원이 허다하므로 이를 위한 편안한 장소가 의료 기관의 시설 속에 포함될 수 있도록 해야한다.

6) 불임 부부가 병원을 옮기거나 중단하게 되는 이유는 검사, 치료의 전문성의 정도, 의료인에 대한 신뢰정도 및 재정적인 압박에 의한 것으로 나타난다(박영주, 1993; Olshansky, 1988). 특히, 부부가 병원 방문을 중단하게 되는 이유 중 하나는 불임의 의학적 검사, 치료는 고도의 기술적 방법에 의해 이뤄지기 때문에 치료비가 비싸고 이로 인한 재정적 부담 때문이다. 이러한 재정적 부담은 장기화 될 때 부부 관계를 좋지 못하게 변화시킬 수 있으며 이는 또 다른 건강 문제와 사회적 문제를 가져올 수 있다. 그러나 현재 의료보험 체계 내에서 불임은 우선 순위를 갖는 질병으로 분류되어 있지 않아 의료보험의 적용을 받지 못해 재정적 부담이 크다. 따라서 의료보험 제도 속에서 불임이 우선 순위를 갖는 질병이 되도록 의료 관계법을 다루는 사람들의 불임에 대한 이해가 이루어 질 수 있도록 간호사의 다각적인 노력이 필요하다.

7) 불임 부부에게서 임신 소식은 보통 월경 예정

일 주위에 이른 시기에 임신의 진단이 이뤄지나 초음파를 통하여 태아의 심박동이 확인되는 것은 보통 6~7주경이 되어야 하므로 즐거움, 안도감 및 성공감을 주었던 임신 소식이 상실 경험으로 이어질 때 불임 부부는 거대한 슬픔을 느끼게 되고 자신의 부적절감 및 자신은 결코 임신을 유지할 수 없다는 느낌이 재강화될 수 있다 (Bowers, 1985).

또한 불임 여성의 정서적 경험은 불임 치료후 임신이 되어 성공한 경우 장기적인 후유증은 남기지 않더라도 우울, 적대감 및 대인관계에서의 민감성이 비록 약한 수준이기는 하나 상승된다. 비록 이러한 현상은 심각한 기능 이상을 나타내는 것은 아닐지라도 삶의 질에 영향을 미칠 수 있으며 이는 임신중에 엄마와 태아의 유대 관계(maternal-infant bonding) 형성이나 부모 역할에 대한 자신의 이미지 등에 영향을 할 수 있다 (Bernstein, Mattox & Keller, 1988; Dunnington & Glazer, 1991).

많은 불임 부부들은 임신에 매달림으로써 임신이 되면 불임 부부에게 영향을 미쳤던 모든 불안, 관심 문제들이 해결될 것으로 기대한다. 그러나 공여자에 의한 임신이나 난자공여, 의학적 의미의 대리모로 임신이 이뤄진 경우에는 엄밀한 의미에서 불임의 진단은 사라지지 않기 때문에 임신이 확인된 순간에는 부부가 행복감을 느낄 수 있을지 모르지만 이미 왜곡된 부부관계와 성기능은 짧은 시간내에 해결되기 어려울 수 있다. 또한 불임 기간 중에 부부관계 및 부적절감, 고립감 등의 정서적 어려움을 경험했던 경우 산욕기 우울의 가능성이 더 크고 고립감이 계속 지속될 수 있다(Garner, 1985). 따라서 간호사는 불임의 진단, 치료 과정 뿐만 아니라 치료 후의 결과에 이르기까지 주의깊게 사정하고 간호 계획 속에 포함시켜야 한다.

III. 결 론

불임 부부가 고도의 불임 진단 검사, 치료 기술을 선택하게 되는 동기는 충동에 의해서도 이뤄

지기도 하지만 좀더 새로운 기술이 유용하다는 사실이 알려졌을 때 불임 치료를 중단한 채 삶을 지내기는 사실상 어렵다. 그래서 불임 부부는 가능한 모든 것을 하게 되고 이를 통해 자신들이 모든 것을 다했음을 확인 하려고 한다. 또한 불임을 치료하는 의사의 경우 불임 치료후 성공적인 임신은 일면 의사의 성공을 암시하는 것일 수 있기 때문에 불임 부부로 하여금 불임 치료를 계속 받도록 은연중에 요구할 수 있다.

따라서 간호사는 불임 부부의 끊임 없는 심리, 정서적 사정을 통해 그들의 요구를 인식하여 그들이 적절한 시기까지 불임의 진단, 치료 과정을 중단하지 않고 지속하고, 한편으로는 적절한 시기에 휴식의 시간을 갖도록 격려하며, 나아가 다른 시각으로 자신들의 불임 문제를 볼 수 있도록 하는 기회를 제공해 주고, 적절한 시기에 임신에 대한 적절한 대안을 모색하면서, 삶의 다양한 경험을 유지할 수 있도록 하는 간호 계획 및 중재 방안을 포함하는 간호 치료 모델을 개발 하여야 한다.▮

참 고 문 헌

- 박영주(1993). 불임 경험에 관한 연구-불임 크리닉을 방문한 여성을 중심으로. 연세대학교 대학원: 박사 학위 논문.
- 송찬호(1990). 불임증 처치의 최근 추세. 대한 의학 협회지, 33(1), 38-42.
- al, S.o. & Cates, W.(1983). The increasing concern with infertility. *JAMA*, 250(17), 2327-2331
- Becker, G.(1990). *Helping the infertile family: Strengthening your relationship in the search for parenthood*. New York: Bantam Book.
- Berg, B.J. & Wilson,J.F.(1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavior Medicine*, 14(1), 11-26.
- Bernstein, T., Mattox, J.H. & Kellner, R.(1988). Psychological status of previously infertile couples after a successful pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*,

- 17(6), 404-408.
- Bowers, N.A.(1985). Early pregnancy loss in the infertile couple. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 14(6), 55s-57s.
- Clapp, D.(1985). Emotional responses to infertility: Nursing interventions. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 14(6), 32s-35s.
- Dunnington, R.M. & Glazer, G.(1991). Maternal identity and early mothering behavior in previously infertile & never infertile women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 20(4), 404-408.
- Frey, K.A., Stenchver, M. A. & Warren, M. P. (1989). Helping the infertile couple, *Patient Care*, 22-32.
- Garner, C. H.(1985). Pregnancy after infertility, *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 14(6), 58s-62s
- Goode, C.J. & Hahn, S.J.(1992). Oocyte donation and In Vitro Fertilization: The nurse's role with ethical and legal issues. *Journal of Obstetric, Gynecologic, Neonatal Nursing*, 22(2), 106-111.
- Hammond, K. R., Kretzer, P.A., Blackwell, R.Z. & Steinkampf, M.P.(1990). Performance anxiety during infertility treatment: Effect on semen quality. *Fertility & Sterility*, 53(2), 337-340.
- Hirsh, M.B. & Mosher, M.D.(1987). Characteristics of infertile women in the United States and their use of infertility services. *Fertility & Sterility*, 47(4), 618-625.
- Jaffe, S.D. & Jewelwicz, R.(1991). The basic infertility investigation. *Fertility & Sterility*, 56(4), 599-613.
- Lalos, A., Lalos, O., Jacobson, L. & Von Schoultz, B.(1985a). The psychological impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 64, 199-604.
- _____. (1985b). Psychological reactions to the medical investigation & surgical treatment of infertility. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 20, 209-217.
- Menning, B.E(1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility & Sterility*, 34(4), 313-319.
- Olshansky, E.F.(1988). Responses to high technology infertility treatment. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3), 128-131.
- Pines, D.(1990). Emotional aspects of infertility and its remedies. *International Journal of Psychoanalysis*, 71(4), 561-568.
- Woods, N.F. & Fogel, C. I.(1981). *Health care of woman: A nursing perspective*. St.Louis: The C. V. Mosby Company, 257-283.
- Wright, J., Allard, M., Lecours, A. & Sabourin, S. (1989). Psychosocial distress and infertility: A review of controlled research. *Interational Journal of Fertility*, 34(2), 126-142.

<44페이지 계속>

한 경제적, 문화적, 물리적, 사회적 환경의 맥락에서 복잡한 개인의 생활방식을 선택하는 것이 필요하다. 안녕(well-being), 생성(becoming), 성장(growing)을 설명하는 건강모델이 나타난 것은 일상생활에서 건강을 위한 개인의 통제와 사회적 책임을 조장하는 건강증진의 관점과 일치한

다. 건강증진의 개념은 건강한 생활방식으로 이끄는 현재와 미래의 건강증진 행위에 대해, 보다 정확하고 정련된 정의를 필요로 할 것이다. 아마도 그렇게 된다면 건강한 사람을 위한 건강증진에 초점을 둔 간호실무가 향상되고, 이해력이 증진될 것이다.▮