



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2022년 02월
석사학위논문

난임 여성의 스트레스 대처 유형과 특성

조선대학교 대학원

간호학과

최유미

난임 여성의 스트레스 대처 유형과 특성

The Types and Characteristics of Stress Coping
in Women with Infertility

2022년 2월 25일

조선대학교 대학원

간호학과

최유미

난임 여성의 스트레스 대처 유형과 특성

지도교수 문 소 현

이 논문을 간호학 석사학위신청 논문으로 제출함

2021년 10월

조선대학교 대학원

간 호 학 과

최 유 미

최유미의 석사학위 논문을 인준함

위원장	조선대학교 교수	김 현 례	
위 원	조선대학교 교수	문 소 현	
위 원	단국대학교 교수	김 미 옥	

2021년 12월

조선대학교 대학원

목 차

ABSTRACT	V
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	4
C. 용어의 정의	5
II. 문헌고찰	8
A. 난임 여성의 스트레스 대처	8
B. 난임스트레스 대처와 극복력	12
C. 난임스트레스 대처와 난임적응	14
D. 난임스트레스 대처와 배우자 지지	16
III. 연구 방법	18
A. 연구 설계	18
B. 연구 대상	18
C. 연구 도구	19
D. 자료수집 방법	22
E. 연구의 윤리적 고려	22
F. 자료 분석 방법	23

IV. 연구 결과	24
A. 일반적 특성과 난임 관련 특성	24
B. 난임스트레스 대처, 극복력, 난임적응, 배우자 지지 정도	29
C. 난임스트레스 대처 유형	30
D. 난임스트레스 대처 유형에 따른 연구 변수 특성의 차이	33
E. 난임 스트레스 대처 유형별 특성 예측	39
 V. 논의	 41
 VI. 결론 및 제언	 50
A. 결론 및 제한점	50
B. 제언	52
 참고문헌	 53
 부록 1. 연구대상자 설명문 및 동의서	 67
부록 2. 설문지	71

표 목차

표1. 일반적 특성	25
표2. 난임 관련 특성	27
표3. 난임스트레스 대처, 극복력, 난임적응, 배우자 지지정도	29
표4. 난임스트레스 대처 유형	31
표5. 난임스트레스 대처 유형에 따른 일반적 특성 차이	34
표6. 난임스트레스 대처 유형에 따른 난임 관련 특성 차이	36
표7. 난임스트레스 대처 유형에 따른 극복력, 난임적응, 배우자 지지 정도	38
표8. 난임스트레스 대처 유형별 특성 예측	40

그림 목차

그림1. 난임스트레스 대처 유형	32
-------------------------	----

ABSTRACT

The Types and Characteristics of Stress Coping in Women with Infertility

Choi Yu-mi

Advisor : Prof. Moon So-hyun, Ph.D.

Department of Nursing

Graduate School of Chosun University

Purpose: The purpose of this study is to identify the characteristics and predictors of stress coping types of women with infertility.

Methods: The 120 women who were receiving infertility treatment at infertility hospitals agreed to participate using self-report questionnaire. Statistical analysis was conducted using descriptive statistics analysis, K-means cluster analysis, χ^2 test, Fisher's exact test, one-way ANOVA, Schéffe's test, and multinomial logistic regression.

Results: The weak mixed coping type (group 1) was 30.8%, the strong mixed coping type (group 2) was 35.9%, and the passive coping type (group 3) was 33.3%. The strong mixed treatment type (group 2) according to weak mixed treatment type was compared, and the infertility adaptation (OR=17.71, $p<.000$), spousal support (OR=4.50, $p=.021$), infertility counseling experience (OR=7.14, $p=.010$). The passive coping type (group 3) has low resilience (OR=0.24, $p=.026$) and the infertility adaptation (OR=20.39, $p<.001$) is high. The family members are other members except spouse (OR=11.80, $p=.010$). Comparing passive coping type (group 3) with strong mixed coping type (group 2), resilience (OR=0.11, $p<.000$) was shown.

Conclusion: This is because the type of coping with infertility stress depends on resilience, infertility adaptation, and spousal support. It is necessary to strengthen resilience and provide receptive attitude and spouse support in terms of infertility adaptation to help active coping.

Key words: infertility, female, stress, adaptation, psychological, cluster analysis

I. 서론

A. 연구의 필요성

2020년 기준 국내 합계출산율은 0.84명으로 한 해전의 0.92명보다 감소하여 1.0을 넘기지 못하는 초저출산 상태가 되었다[1]. 난임 환자 수는 전년 대비 평균 약 5%씩 점차 증가하고 있으며[2], 저출산의 문제가 심각한 가운데 난임률이 증가해 해결하고자 난임 지원 정책을 펴고 있으며, 난임의 경험과 그에 대한 치료는 정서적 부적응까지 이어질 수 있으므로 난임 치료 중 심리 사회적 요구를 해결하는 것이 필수적이다[3].

난임이란 배우자와 동거하면서 피임을 하지 않고 정상적인 부부 관계를 가진 상태에서 1년 이내에 임신이 되지 않거나 생존아를 출산할 수 없는 상태를 말한다[4]. 대부분의 난임 여성들은 심리·신체적 부담감을 비롯하여 다차원적인 고통을 받고 있으며[5], 여성에게 정서적으로 더 많은 영향을 주며[6], 삶에서 발생할 수 있는 큰 스트레스를 일으키는 요인으로서 인식되고 있다[7]. 이러한 난임 여성이 경험하는 스트레스는 몇 년 뒤 항우울제 처방과 높은 관련성이 있다[8]. 이처럼, 스트레스 경험은 분노, 슬픔, 죄책감 등의 다양한 부정적 정서를 일으켜 착상 방해 및 유산 등으로 이어져 임신 가능성을 저하시킬 수 있다[9]. 또한, 난임 치료 중단 이유로 치료하는 과정에서 발생하는 심리적, 신체적 부담이 심한 것으로 보고되고 있다[10]. 그러므로 적절한 대처 전략을 사용하는 것은 난임으로 인한 정신적 압박감과 치료 중 스트레스를 조절하는 데 긍정적인 영향을 미치므로[11], 난임 스트레스를 이해하고 적극적으로 관리하는 대처가 필요하다.

대처는 스트레스를 일으키는 문제 상황을 어떻게 대응해 나갈 것인지 그 대처방식을 결정하는 과정이며[12], 어떤 스트레스 대처방식을 사용하느냐에 따라 개인이 스트레스를 지각하는 정도와 그로 인한 문제를 겪을 가능성 역시 달라진다는 것을 의미한다[13]. 난임에 대한 부정적인 태도가 부적응적 대처 전략을 더 많이 사용하는 것과 관련이 있고[11], 정서 중심의 소극적 대처는 난임 여성의 우울, 불안 및

복잡한 슬픔과 정적관계에 있어 난임에의 적응을 어렵게 하는 요인이 된다[14]. 여성의 적극적 대처를 통해 직, 간접적으로 스트레스를 낮출 수 있다[15]. 난임 여성이 난임 및 그 치료와 관련된 문제를 다루기 위해 노력할 때 스트레스의 정도와 개인의 대처 능력을 모두 이해하는 것이 매우 중요하다[16]. 그러므로 난임스트레스에 대한 대처 유형을 파악하여 그들이 겪는 스트레스에 대해 기능적으로 대처할 수 있도록 돕는 유형별 전략 구축이 필요하다.

난임 여성의 심리적 스트레스의 효과적인 대처자원인 극복력은[17] 긍정적인 심리자원으로 높은 수준의 자부심, 자기 효능감 및 낙관주의를 소유하는 것이 특징이며, 문제해결 기술을 활용하여 스트레스에 효과적으로 대처할 수 있다[18,19]. 난임 여성의 보호 요인으로서의 극복력이 신체적, 정신적, 사회적 건강을 유지하는데 도움이 되는 인지된 심리적 고통을 감소시킬 수 있음을 의미한다고 보고했다[17]. 난임 여성과 극복력 관련 선행연구를 살펴보면, 극복력이 삶의 질에 미치는 영향[20], 난임스트레스와 회복탄력성[21], 우울과 회복탄력성[22] 연구가 있지만, 난임 여성을 대상으로 스트레스 대처와 극복력 연구는 미흡한 실정이다.

스트레스-대처-적응이론(stress-coping-adaptation theory)에서는 개인이 어떤 사건에 마주하면서 인지적, 환경적 요인을 기반으로 하여 사건에 대한 인지적 평가 후 적절한 대처를 통하여 적응에 이른다[12]. 또한, 스트레스를 일으키는 사건에 대한 해석 수준, 반응, 취약성에는 개인들 사이의 차이로 사건을 어떻게 해석하는지에 따라 정서적, 행동적 반응이 달라진다고 보았다. 난임의 경험과 치료는 정서적 부적응으로 이어질 수 있으므로 난임 치료 중 심리 사회적 요구를 해결하는 것이 필수적이다[3]. 본 연구에서는 난임 여성의 스트레스 상황에서 대처 유형에 따른 적응의 의미를 파악하고자 한다. Glover [23]에 따르면 적응은 개인이 인지적, 감정적, 행동적으로 아이가 있거나 없을 가능성(즉, 두 결과 모두에 대한 준비 상태)을 처리할 수 있는 정도라고 밝히고 있다. 난임 스트레스를 어떻게 대처하느냐에 따라서 난임에 대한 적응 정도와 관련성을 확인하여 난임 과정에서 경험하는 부정적인 정서를 회복시킴으로써 난임 치료에 임하는 태도에 변화가 있을 것으로 예측된다.

스트레스 이론에 의하면 임신에 실패한 고통의 정도는 지지체계와 역할에 따라

서 달라지는 상관성이 있다고 하였다[24]. Mindes [25]에 의하면 난임 여성들이 난임과 관련되어 사회적 지지를 받지 못할 때 우울이 증가하고 전반적인 심리적 고통들이 증가하는 것으로 보고하였다. 난임 문제에 있어 무엇보다 중요한 배우자의 역할과 지지는[26] 난임 관련 스트레스의 적극적 대처기전으로 작용하여 긍정적인 적응에 이르도록 돕는다[27]. 배우자로부터의 큰 지원은 스트레스가 직접적으로나 간접적으로 더 낮아지고 잠재적인 보호 역할을 한다고 하며, 이는 난임 관련 부적절한 대처 전략의 사용을 줄이고 삶의 질 향상에 도움이 될 수 있다[28]. 선행연구들을 토대로 배우자 지지가 완충 효과가 있는 변인임이 예측되어 난임스트레스 대처 유형과 배우자 지지의 관계를 살펴볼 필요가 있다.

난임 관련 연구를 살펴보면, 스트레스, 극복력, 배우자 지지 변수 간의 단선적인 관계만 보았다는 한계에 머무르며, 난임 적응이라는 변수 간의 연구는 미흡한 실정이다. 더욱이 스트레스에 취약한 난임 여성을 대상으로 스트레스보다도 스트레스 대처방식 연구의 필요성이 제기되고 있으나 부재한 실정이다. 따라서, 본 연구는 스트레스 대처방식의 하위요인 혹은 하위 차원 그 자체보다는 각 하위요인 내에서의 ‘개인차’를 확인하고 이 개인차를 반영하는 하위 집단들이 난임 스트레스 대처의 결과적 측면에서 어떤 차별적인 특성이 있는가에 관심을 두고 이를 군집분석을 통한 유형을 규명하고, 따라서, 본 연구는 단순히 스트레스 대처 유형 점수의 높고 낮음의 정도에 따른 변수 차이를 보는 것이 아니라 유형에 따른 차이 검증을 함으로써 난임 여성의 난임 스트레스 대처 유형별 특성을 파악하여 개별적인 중재 방안을 마련하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

B. 연구의 목적

본 연구의 목적은 난임 여성의 스트레스 대처 유형과 특성을 구분하고자 하며 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 난임 여성의 스트레스 대처의 유형을 파악한다.

둘째, 난임 여성의 스트레스 대처의 유형에 따른 일반적 특성 및 제 변수 간의 차이를 검증한다.

셋째, 난임 여성의 스트레스 대처 유형별 특성을 파악한다.

C. 용어의 정의

1. 난임 여성

1) 이론적 정의

난임 여성이란 최소 1년 동안 피임을 하지 않고 정상적인 성생활을 하는데도 임신이 되지 않는 상태의 여성을 의미한다[29].

2) 조작적 정의

본 연구에서는 난임 여성 이란 원발성 또는 속발성 난임으로 진단받은 후 난임 치료 기간이 1년 이상으로 현재 치료를 목적으로 난임 클리닉에 내원한 여성을 의미한다.

2. 난임 스트레스 대처

1) 이론적 정의

스트레스 사건에 대한 인지적 평가에 따라 개인이 행하는 대처 노력을 그 기능에 따라 적극적 대처(문제 중심적 대처, 사회적 지지 추구 대처)와 소극적 대처(정서 중심적 대처, 소망적 사고)의 두 가지로 구분한 것이다[12].

2) 조작적 정의

Lazarus와 Folkman [12]의 대처 측정 도구에 기반하여 난임 여성의 대처 측정 도구를 개발한 김미옥 [30]의 도구로써 적극적 대처 양식 4가지 요인과 소극적 대처 양식 3가지 요인으로 적극적 대처 양식은 직면하기, 자기통제, 사회적 지지 추구(배우자)와 사회적 지지 추구(동료 혹은 전문가)와 소극적 대처 양식은 거리두기, 도망, 회피를 의미하는 점수를 말한다[30].

3.극복력

1) 이론적 정의

특별한 위기 상황에 있는 개인이 다양한 요인들과 상호작용을 통해 역경이나 고난에 적응하고 성장을 가능하게 하는 개인의 심리사회적 특성을 의미하는 것이다 [31].

2) 조작적 정의

Connor와 Davidson [32]에 의해 2003년에 개발된 Connor - Davidson Resilience Scale (CD-RISC)을 백현숙 [33]이 신뢰도와 타당도를 검정한 Korean Version of Connor-Davidson Resilience Scale (K-CD-RISC)을 사용한 점수를 말한다.

4. 난임 적응

1) 이론적 정의

자신과 환경과의 역동적인 관계를 이해하고 이에 맞추어 목표를 설정한 후 능동적으로 대처하여 변화시키는 과정으로 정의하고 있다[34].

2) 조작적 정의

난임에 대한 적응 정도, 특히 난임 상태의 수용 정도, 치료 및 치료 관련 사건을 측정하는 데 사용된 주요 결과 측정으로 여기에서 적응은 자녀가 없는 상태의 최종 수용 또는 생물학적 자녀에 대한 욕구의 감소를 의미하는 것이 아니라 자녀를 갖거나 가지지 않을 가능성을 인지적, 행동적, 정서적으로 처리하는 능력을 반영하는 점수를 말한다[23].

5. 배우자 지지

1) 이론적 정의

가족 구성원으로 구성된 가족 체계가 부부의 상호작용을 통하여 사회적 규범으로 인정된 사랑과 지지를 교환하는 주요 기능이다[35].

2) 조작적 정의

본 연구에서는 남가실 [36]이 작성한 도구를 박민경 [37]이 수정 보완하여 사용한 도구에 의해 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌고찰

A. 난임 여성의 스트레스 대처

1) 난임

난임(Infertility)이란 1년간 피임을 하지 않고 정상적인 부부 관계에도 불구하고 임신이 이루어지지 못하여 생존아를 출산할 수 있는 임신을 지속할 수 없는 상태를 의미한다[38]. 난임은 과거에 임신의 경험이 없는 경우의 일차성(primary) 또는 원발성 난임과 자궁 외 임신이나 자연유산 등 과거에 임신의 경험이 있었던 경우를 이차성(secondary) 또는 속발성 난임으로 분류한다[39].

난임의 원인은 크게 남성 요인, 여성 요인, 부부 양측요인, 기타 원인불명으로 구분할 수 있다[39]. 여성 측 요인으로는 배란 장애, 난관 이상, 생식기 감염, 외상(골반 부위나, 하복부에 심한 충격을 가할 경우), 습관성 유산, 자궁 기형, 자궁 위치 이상, 자궁내막증, 자궁하수증 등이 있다[39]. 또한, 비만에 의해 호르몬 불균형이 와서 무배란 상태가 올 수 있다. 남성 측 요인으로는 발기부전, 내분비 이상, 생식 불능으로 인한 난임, 무정자증(정관 폐쇄나 부고환이나 고환에서 정자가 생성되지 않는 경우) 등이 있다[39]. 이처럼, 난임의 원인은 신체적 질환이나 생식구조 및 생식기능의 문제와 같은 의학적인 원인뿐만 아니라, 스트레스 및 우울, 관계의 문제 등 심리 사회적 요인의 영향을 받을 가능성도 존재한다[40].

난임 치료 방법에는 임신 성공률을 높이는 대표적인 방법으로 시험관 아기 시술로써 체외수정이라고도 하며, 자연 주기 요법, 배란 유도, 인공수정, 체외수정순으로 비침습적이고 간단한 시술부터 시작하며, 가장 많이 적용되고 있는 보조생식술이다[41]. 보조생식술(ART)은 난소에서 직접 난자를 채취하여 난임 치료에 이용하는 모든 시술 방법을 총칭한다[41]. 보조생식술의 종류는 인공수정(Intra Uterine Insemination, IUI), 체외수정(In Vitro Fertilization, IVF), 미세수정술(Intra Cytoplasmic Sperm Injection, ICSI) 등을 기본으로 하며 난임의 원인에 따라서 치

로 방법을 달리하거나 단계적으로 실시한다[42]. 난임을 벗어나기 위한 현실적인 방법이고, 대상자들에게 아이를 갖게 해 줄 최선의 선택이자, 최후의 수단으로 보조생식술을 선택하고 있음을 알 수 있다.

난임 여성은 결혼하면 당연한 전통적 과업 중 하나인 임신과 출산을 하지 못하면 우울, 슬픔, 죄책감, 부끄러움, 심한 자존감의 손상 등을 경험하게 된다[43]. 여성 자신은 물론, 아이를 갖지 못하는 스트레스로 인해 부부 관계가 소홀해지고, 시댁과 친정 가족들에게 여러 가지 문제와 함께 위기를 초래할 수 있으며, 나아가서 사회적 모임에도 참석하기 힘들어져 심각한 사회적 고립감 및 단절을 경험하게 된다[43]. 선행연구에 의하면 난임 여성의 삶의 질 모형 구축 연구[43]에 의하면 삶의 질에 직접적으로 영향을 주는 변수로는 우울, 불임 스트레스, 부부 적응, 극복력, 가족지지이며, 우울 정도와 난임스트레스가 낮을수록, 부부 적응, 극복력, 가족지지가 클수록 난임 여성의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 이를 바탕으로 난임 여성이 경험하는 부정적 정서는 스트레스 요소로 작용하여[44] 개인적·사회적으로 위축되게 하고, 부정적 정서가 가중되는 악순환을 반복하게 하므로[45] 스트레스에 관련된 감정이나 문제를 관리하는 대처에 관심을 가지고자 한다.

2) 난임 여성의 스트레스 대처

스트레스 대처방식이란 개인과 환경 간의 관계에서 생기는 요구와 그에 동반되는 스트레스 및 감정을 처리하는 과정과 방법을 의미한다[12]. 스트레스에 대한 일차적 평가(손해/상실, 위협, 도전) 후 스트레스 상황을 어떻게 다룰 것인가에 대한 스트레스 대처방식을 결정하게 되고, 이를 스트레스에 대한 이차적 평가라고 하였다[46]. 스트레스를 일으키는 문제 상황을 어떻게 대응해 나갈 것인지 그 대처방식을 결정하는 과정으로 스트레스 대처방식을 문제 중심적 대처와 정서 중심적 대처로 구분한다[46]. 문제 중심적 대처는 스트레스를 발하는 환경이나 사람 그 자체를 바꾸려고 하는 것으로 스트레스를 유발하는 그 원인 자체를 변화시키려고 노력하

는 적극적으로 행동하는 것을 의미한다[46]. 이러한 대처는 스트레스 원인이 통제 가능한 것일 때 매우 적응적이고 효과적인 대처방식이다[46]. 정서 중심적 대처는 스트레스 자극으로 인해 유발되는 고통, 당황스러움, 두려움, 불안, 우울, 좌절 등의 부정적인 정서나 정서적인 위협을 조절하려는 노력을 의미하는 것으로 정서적 고통을 줄이고 완화시키려고 하는 것이다[46]. 선행연구에서는 적극적 스트레스 대처 중 문제중심 대처는 삶의 역경 및 외상에서 긍정적 변화를 이끄는 요인이며[47], 심리적 안녕감과 정적인 상관관계를 가진다고 하였다[48]. 두 대처방식 중 적극적 스트레스 대처가 심리적 안녕감에 긍정적 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었지만 [46], 정서 중심적인 대처가 부정적 회피로 나타나기도 하지만 스트레스 원인이 통제 불가능한 것일 때에는 현실적이고 적응적인 대처방식일 수 있다[46]. 어느 한 가지 유형의 대처방식보다는 다양한 유형의 대처방식이 스트레스 감소에 더 효과적이라고 주장하였다[46].

남성과 여성 모두 난임에 의해 정서적으로 영향을 받지만 여성이 더 많은 영향을 받고 있다[47]. 체외수정 시술의 실패를 경험하는 경우에도 찾아올 수 있는 우울은 항암 치료를 받는 암 환자나 자식의 죽음을 경험한 부모의 우울과 비슷한 수준으로 보고되고 있다[48]. 이처럼, 스트레스 경험은 분노, 슬픔, 죄책감, 걱정 등의 다양한 부정적 정서를 일으켜 착상 방해 및 유산 등으로 이어져 임신 가능성을 저하시킬 수 있다[9]. 난임 치료 중단 관련 이유는 치료하는 과정에서 발생하는 심리적, 신체적 부담이 심하기 때문이다[10]. 또한, 난임 대상자에게 불확실성이 우울, 불안 및 스트레스와 같은 부정적인 정서를 경험한다[49]. 난임 치료하는 동안 계속 되는 검사와 진료 과정에서 발생하는 신체적 스트레스뿐만 아니라, 개인의 성생활 노출로 인한 심리적 스트레스 또한 가중된다[50].

난임스트레스란 난임 문제, 즉 수태능력과 관련된 문제로부터 각 개인 내부에서 일어나는 불균형 상태를 의미한다[51]. 난임스트레스는 나이가 30대와 40대 이상일 경우, 학력은 대졸과 대학원 졸 그룹에서, 난임 기간은 2년 이상인 경우, 치료 방법은 체외수정일 경우, 배란유도 방법이 주사약일 경우, 난임 치료 비용이 매우 부담될 경우, 난임 치료에 가장 부담을 주는 사람이 남편·시부모·친정 부모인 경우 높

왔다[52]. 스트레스 상황에 대한 건강한 적응은 대처방식의 사용과 관계가 있으며 [53] 문제 중심이나 사회적 지지 추구의 적극적인 대처방식은 난임 여성들이 자신의 처한 환경이나 상황을 보다 긍정적으로 평가하고 받아들일 수 있게 되므로 대처방식에 관심을 가질 필요성을 보여준다. 어떤 스트레스 대처방식을 사용하느냐에 따라 개인이 스트레스를 지각하는 정도와 그로 인한 문제를 겪을 가능성 역시 달라진다는 것을 의미하기 때문이다[13].

난임 여성의 스트레스 대처에 관한 선행연구를 살펴보면, 난임 여성의 난임 스트레스가 삶의 질에 미치는 영향 연구에 의하면 난임 여성의 난임 스트레스가 증가할수록 적극적 스트레스 대처가 감소하는 것으로 나타났으며 적극적 스트레스 대처를 많이 할수록 삶의 질이 높아지는 것으로 나타났다[46]. 스트레스가 증가할 때 적극적 스트레스 대처는 감소하는 반면에 소극적 스트레스 대처는 증가한다[19]. 난임 여성의 회피 대처가 스트레스를 높이고 문제 중심적 대처가 스트레스를 낮춘다[54]. 정서 중심의 소극적 대처는 난임 여성의 건강 불만, 우울, 불안 및 복잡한 슬픔과 정적관계에 있어 난임에의 적응을 어렵게 하는 요인이 된다[14]. 여성의 적극적 대처를 통해 직, 간접적으로 스트레스를 낮출 수 있다[15].

본 연구에서는 스트레스 자체에 관심을 가지기보다 스트레스를 어떻게 관리하고 해결하느냐 하는 스트레스 대처방식이 중요하므로, 난임 여성들이 긍정적인 스트레스 대처 능력을 가질 수 있도록 그들의 스트레스 대처를 탐색하고 역량을 개발하는 다방면의 개입이 필요하다고 생각한다.

난임 여성의 대처는 Lazarus와 Folkman [12]이 개발한 WCQ(The Ways of Coping Questionnaire)를 이용하여 주로 측정하였다. 이는 일반 성인의 대처 측정 도구로 개발되어 일반 성인이나 만성질환 환자들에게 주로 사용되고 있으므로, 난임 여성에게 사용할 경우, 여성이 난임의 진단과 치료 과정에서의 다양한 경험을 담아낼 수 없어 본 연구에서는 김미옥 [30]이 난임 여성을 대상으로 개발한 도구를 사용하여 대처 유형을 파악하는데 더 의미가 있겠다.

B. 난임스트레스 대처와 극복력

스트레스가 인간에게 미치는 부정적 정서 경험에 의한 영향이나 부정적 특성에 초점을 두는 대신 대상자의 강점과 능력을 인정하고 그들이 가지고 있는 역량을 강화해주는 극복력의 개념을 제시하였다[55,56]. 극복력은 특별한 위기 상황에 있는 개인이 다양한 요인들과 상호작용을 통해 역경이나 고난에 적응하고 성장을 가능하게 하는 개인의 심리사회적 특성을 의미하는 것이라고 했다[31].

극복력은 모든 인간은 어려움이나 스트레스 상황에 처해 있을 때 이를 이겨낼 수 있는 긍정적인 힘과 강점을 지니고 있다는 전제에서 나온 개념으로 스트레스나 위기 상황에서 효과적으로 대처하여 스트레스나 위기 상황 이전의 적응 수준으로 복귀할 수 있는 힘으로 해석되고 있다[57]. 긍정적인 심리자원으로서 극복력은 난임 여성의 심리적 스트레스의 효과적인 대처자원이다[58]. Li[58]의 연구에서는 극복력이 높을수록 난임 관련 스트레스가 출산율에 미치는 영향이 약한 것으로 나타났다. 난임 여성의 보호 요인으로서의 극복력이 신체적, 정신적, 사회적 건강을 유지하는 데 도움이 되는 인지된 심리적 고통을 감소시킬 수 있음을 의미한다고 보고했다. 또한, 인지된 스트레스와 극복력 간의 상호작용이 출산율에 미치는 영향을 강조했으며, 이는 난임 관련 스트레스 요인을 효과적으로 줄이기 어려운 경우 극복력을 개선하는 것이 부정적인 영향을 최소화하는 좋은 방법일 수도 있음을 시사했다. 즉, 난임 여성의 난임 관련 스트레스는 개인의 극복력의 수준에 따라 영향을 받을 수 있음을 의미하므로, 극복력이 난임 스트레스 대처에는 어떠한 의미가 있는지 관심을 가지고자 한다.

지금까지 연구는 난임 여성 및 부부의 스트레스, 우울, 불안 같은 심리 정서적 상태에 미치는 영향 등에[59] 관한 연구가 진행되었지만, 최근에는 난임에 극복력 개념을 추가하여 난임 여성 및 부부에게 긍정적인 영향을 준다는 것에 초점을 둔 연구[60,61]이 시도되고 있지만, 국내 선행연구는 부족한 실정이다. 중년여성의 극복력과 스트레스 대처방식에서는 극복력과 스트레스 대처방식 간에는 유의한 상관관계가 있었으며 적극적인 대처방식은 극복력에 유의한 양적 상관관계가 있었던

반면, 소극적 대처방식과는 유의한 부적 상관관계가 나타났다[62]. 극복력과 스트레스 대처와의 상관성 연구에서 극복력에 강력한 영향을 미치는 요인으로 스트레스 대처라고 보도한 바 있어[63], 중요한 변수임을 확인하였다.

이러한 극복력은 한 개인뿐 아니라 배우자 및 가족, 주변 사람들의 지지를 통해 강화될 수 있다[64]. 즉, 치료기간과 결과가 명확하지 않은 난임 진단과 치료 과정에서 스트레스는 개인이 가지고 있는 극복력과 개인과 상호작용하는 지지체계로 인해 영향을 받을 수 있으므로[16], 극복력이 스트레스 대처 유형에 어떠한 영향을 미치는지 파악하고자 한다.

C. 난임스트레스 대처와 난임적응

난임 대상자들은 개인적 관계적 측면에서의 불확실성과 불안을 경험하고 우울, 난임 스트레스와 같은 부정적 정서를 경험하게 된다[65]. 난임이 초래하는 부정적인 심리를 살펴보면, 인지적 특성에서 난임 여성은 자녀를 갖는 것과 관련하여 다양한 왜곡된 신념을 나타낸다[66]. 난임을 진단받으면서 자신의 여성성에 대한 확신이 허물어짐을 경험하고, 더 이상 자신은 ‘온전한 여자가 아니다’라고 여기게 되며[67], 특히, 반복적으로 난임 치료의 실패를 경험하였을 경우, ‘나는 임신할 수 있는 능력이 없다’와 같은 자신에 대한 무능함, 무가치함 등의 부정적인 사고는 우울과 같은 정서적 어려움을 부추긴다. 그뿐만 아니라 난임 치료의 포기 및 거부 등 치료의 예후에도 영향을 미칠 수 있다[68]. 정서적 특성을 살펴보면, 난임 치료 초반 난임 여성들은 난임 치료가 성공적일 것이라는 희망으로 인해 낙관적인 기대를 한다[67]. 그러나 난임 치료 기간이 장기간 지속되면서 반복되는 난임 검사 및 복잡한 치료 과정에 많은 에너지가 소모됨에 따라 신체적 고통 못지않게 정신적 고통을 호소한다[68]. 결국 난임은 여성의 정체성에 혼란을 가져와 부족한 자기 비하와 자기 신체적 이미지 파괴와 가치관 상실의 특성을 가지게 된다[69]. 이러한 부적응적 사고는 난임의 책임 소재와 상관없이 자기 비판적인 태도를 가져 극단적으로 평가하여 스스로 낙인을 찍거나 부정적 자아개념을 형성하게 된다[70].

스트레스가 높은 상황에 놓인 개인은 대처 행동을 통해 문제 해결을 위한 긍정적 적응을 도모하며 이러한 대처를 통해서 스트레스와 적응의 관계를 조절한다고 하였다[71]. 적응이란 자신과 환경과의 역동적인 관계를 이해하고 이에 맞추어 목표를 설정한 후 능동적으로 대처하여 변화시키는 과정으로 정의하고 있다[31]. Holahan와 Moos [72]에 따르면, 스트레스 대처 유형 중 문제 중심적 집단은 스트레스 상황에서 근본적인 문제해결에 초점을 두고 문제 상황에 대해 분석을 한다든지 혹은 문제해결을 위해 주위에 적극적인 도움이나 정보를 제공받으려는 보다 적극적인 대처 행동을 취함으로써 적응에 긍정적인 영향을 주는 것을 알 수 있다. 또한 다양한 스트레스 상황에서 그 특성에 따라 적응적인 스트레스 대처 양식을 역

동적이고 유연하게 사용하는 것은 심리적 적응에 매우 중요하다[73].

스트레스와 적응 간의 관계를 설명하는 Lazarus와 Folkman [12]의 스트레스-대처-적응이론(stress-coping-adaptation theory)에서는 개인이 어떤 사건에 마주하면서 인지적, 환경적 요인을 기반으로 하여 사건에 대한 인지적 평가 후 적절한 대처를 통하여 적응에 이른다. 또한, 스트레스를 일으키는 사건에 대한 해석 수준, 반응, 감수성, 취약성에는 개인들 사이의 차이로 사건을 어떻게 해석하는지에 따라 정서적, 행동적 반응이 달라진다고 보았다. 예상하지 못했던 난임이라는 현실과 마주치게 된 여성은 정체성의 위기에서 오는 부정적 영향을 경험할 수 있다. 난임의 경험과 그에 대한 치료는 정서적 부적응으로 이어질 수 있으므로 난임 치료 중 심리 사회적 요구를 해결하는 것이 필수적이다[3]. 대처는 스트레스를 줄이기 위한 의식적인 노력이다[12]. 따라서 난임과 관련된 스트레스에 대한 적응 능력은 심리적 대처 기제나 대처 전략에 달려 있다[74]. Newton [75]은 부모가 되고자 하는 욕구가 높고 아이가 없는 생활 방식을 강하게 거부할수록 우울하다. 이지화 [69]는 난임 경험으로 ‘아이가 없어 나는 부족한 사람이다’와 같은 인지적 오류에 빠지기 쉽다.

본 연구에서는 난임 여성의 스트레스 상황에서 대처 유형에 따른 적응을 파악하고자 한다. Glover[23]에 따르면 난임 치료 경험으로 인해 괴로워하는 난임 여성은 치료의 여러 단계에서 "난임적응"이 다를 수 있음을 설명하였다. 적응이 더 이상 아이를 갖기를 원하지 않거나 임신할 수 있거나 임신할 수 없다는 것을 인정했다는 의미는 아니다. 개인이 인지적, 감정적, 행동적으로 아이가 있거나 없을 가능성(즉, 두 결과 모두에 대한 준비 상태)을 처리할 수 있는 정도라고 밝히고 있다. 난임을 드러내기 어려운 한국 문화에서 난임 여성의 심리정서적 스트레스를 적극적으로 대처할 수 있도록 난임적응에 대한 재해석을 통한 이해와 수용이 필요한 부분으로 접근하고자 한다.

D. 난임스트레스 대처와 배우자 지지

‘지지’란 다른 사람들의 행동이나 태도에 대해 언어적, 정서적, 행동적으로 긍정적인 강화를 제공하는 것을 의미한다[76]. 이러한 지지는 배우자를 포함한 가족 및 친척, 친구나 직장 동료, 교사나 상담자, 성직자 등 다양한 경로를 통해 제공될 수 있다[35,77], 이렇게 가족이나 이웃과의 상호작용으로 인해서 얻을 수 있는 정신적 물질적 도움을 사회적 지지라고 한다[77]. 사회적 지지는 스트레스의 효과를 완충할 수 있다는 점에서, 또는 개인의 심리적 적응을 돕고 좌절을 극복하게 하고 문제해결의 도전을 받아들이는 능력을 강화하는 측면이다[78]. 사회적 지지란 애정, 긍정, 도움의 요소 중 하나 또는 그 이상의 요소를 포함한 대인 간 교류를 말하는데, 부부간에 일어나는 배우자 지지도 사회적 지지에 포함될 수 있다[79]. 사회적 지지는 정서적 고통을 완화시켜 개인적인 변화를 유도하지만, 사회적 지지는 어떤 관계적 맥락에서 제공되느냐에 따라 혹은 지지제공자와 수혜자의 친밀도에 따라 그 효과가 다르게 나타난다[80].

난임은 한 개인에게 발달적 상황적 위기를 가져다주는 일련의 사건이자 부부의 공동 과업이다[44]. 그래서, 난임 치료를 하는 동안에 난임 여성들은 치료를 지속시키고 임신 성공에 대해 희망을 유지할 수 있도록 가족이나 남편으로부터 지지를 필요로 하게 된다[69]. 가족 구성원 중에서도 배우자인 남편은 가장 영향력이 크면서, 중요한 지지원이므로, 난임을 극복하는 과정에 배우자의 직접적인 참여를 높이고, 난임 여성의 중요한 정서적 지지를 위해 배우자의 필요성을 언급하였다[37]. 또한, 난임 치료 시에 가장 도움을 준 사람은 배우자라고 응답한 비율이 가장 높았다[81].

배우자 지지와 관련된 선행연구를 살펴보면 사회적 지지 중 배우자의 지지는 결혼한 개인의 스트레스 극복에 중요한 역할을 한다고 알려져 있다[82]. 개인이 처한 상황과 밀접하게 연관된 사람으로부터 받는 지지의 영향력이 가장 크다는 점을 고려할 때, 난임 부부의 경우 배우자와의 관계로부터의 영향을 많이 받게 된다[83]. 배우자로부터 많은 지지를 받을수록 난임 스트레스가 감소하고[34], 우울 수준이

낮아진다고 보고한다[88]. 또한, 난임 문제에 있어 무엇보다 중요한 배우자의 역할과 지지는[26] 난임 치료를 받는 여성에게 있어 가족의 지지와 함께 긍정적 경험으로 받아들여지며, 난임 관련 스트레스의 적극적 대처기전으로 작용하여 긍정적인 적응에 이르도록 돕는다[27]. 난임 여성의 스트레스와 배우자 지지의 관계 연구에서는 유의한 상관관계를 보였으며, 스트레스가 높은 여성은 정서 중심대처 방법을 더 많이 사용하는 것으로 나타났고, 배우자 지지가 높은 여성들은 이와 반대로 문제 중심대처 방법을 더 많이 사용하는 것으로 보고되었다[84]. 이렇듯 난임 여성에게 중요한 사회적 지지 자원 중 대표적으로 배우자로부터 제공되는 지지는 영향력이 큼을 확인할 수 있다.

Ⅲ. 연구 방법

A. 연구 설계

본 연구는 난임 여성의 스트레스 대처 유형을 구분하고 유형별 특성을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

B. 연구 대상

1. 연구대상자 선정

본 연구의 대상자는 난임 진단을 받고 난임 치료를 받는 여성을 표적 모집단으로 하였고, G 광역시 난임 전문 병원에 진료를 위해 방문한 여성들을 연구대상자로 편의 표집 하였다.

구체적인 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 원발성 또는 속발성 난임으로 진단받은 난임 여성
- 2) 현재 난임 클리닉에서 난임 치료를 받고 있는 여성
- 3) 연구의 목적을 이해하고 참여하기를 동의한 난임 여성

본 연구의 표본 크기는 군집분석은 다변량 분석기법 중 하나로 다변량 분석에는 추정될 모수의 최소 5배의 표본이 필요하다는 근거에 따라 본 연구에서 사용된 측정변수 22개의 5배 이상인 110명 이상을 최소 표본 수로 결정하였다. 적정 대상자 수는 G*power 3.1.6 프로그램을 이용하였는데, 회귀 분석할 때 가장 낮은 교차비(Odds ratio)값 2, 검정력($1-\beta$) 0.8, 유의수준(α) 0.05로 산출하였을 때 113명이다.

탈락률을 고려하여 130명에게 설문지를 배부하여 총 120명을 회수되어 최종 분석하였다.

C. 연구 도구

1. 난임 여성의 스트레스 대처 측정 도구 (Stress Coping Scale for Infertility - Women)

Lazarus와 Folkman [12]의 대처 측정 도구를 바탕으로 난임 남녀의 대처를 측정하는 도구를 개발하였으나 배우자와의 관계적 측면이 포함되어 있지 않아, 여성의 심리 정서 상태와 삶의 질 차원에서의 배우자와의 관계, 배우자 지지의 직·간접적인 영향을 받는 한국의 난임 여성들의 대처 특성을 충분히 담아내고 있다고 보기 어렵다[85]. 그리하여 본 연구에서는 Lazarus와 Folkman [12]의 스트레스-대처 모형의 관점에 따라 난임 관련 선행연구와 난임 여성과의 심층 면담 결과를 바탕으로 난임 여성과 주변과의 관계에서 끊임없는 상호작용을 통해 발생하는 스트레스에 대한 대처 양식을 측정하는 김미옥 [30]이 개발한 도구를 사용하고자 한다. 이 도구는 적극적 대처 양식 4가지 요인과 소극적 대처 양식 3가지 요인으로 적극적 대처 17문항, 소극적 대처 11문항으로 구성된 총 28문항이다. 하부영역별로는 적극적 대처는 제1 요인(6문항) ‘직면하기’제2 요인(4문항)‘자기통제’, 제3 요인(3문항)‘사회적 지지-배우자’, 제4 요인(4문항)‘사회적 지지- 동료 혹은 전문가’이며, 소극적 대처는 제1 요인(5문항) ‘거리두기’, 제2 요인 (3문항)‘도망’, 제3 요인(3문항) ‘회피’이다.

하부영역별을 살펴보면, 적극적 대처 중 제1 요인‘직면하기’는 난임이라는 사실 자체를 받아들이는 과정으로 구성되어 있으며, 제2 요인 ‘자기통제’는 난임으로 인한 강박적인 일상생활에서 벗어나고자 하는 자신의 노력이 포함되어 있고, 제3 요인과 제4 요인 ‘사회적 지지(배우자 와 동료 혹은 전문가)’는 배우자, 지인 및 전문가 등 지역사회로부터 받는 사회적 지지를 통해 난임 문제를 해결하는 문항으로

구성되어 있다. 소극적 대처 중 제5 요인 ‘거리두기’는 문제를 현실적으로 생각하지 않고 문제 자체가 일어나지 않는 상황에 대해 생각으로 구성되어 있으며, 제6 요인 ‘도망’은 난임이라는 사실이 존재하지 않는 가정적 사고를 포함하며, 제7 요인 ‘회피’는 다른 곳으로 관심을 돌리거나 치료 실패에 대한 두려움 때문에 치료를 망설이는 등 현실을 최소화하고 미루는 전략으로 문항이 구성되어 있다[30]. 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’(1점)부터 ‘매우 그렇다’(4점)의 4점 Likert 식 척도로 응답하도록 하였으며, 각 하위요인의 점수가 높을수록 그 요인의 특성을 더 나타내는 것을 의미한다.

개발 당시 신뢰도는 적극적 대처 17문항의 Cronbach's α 값은 .78, 소극적 대처 11문항의 Cronbach's α 값은 .81이며, 하부영역별 Cronbach's α 값은 적극적 대처 제1 요인(직면하기). 82, 제2 요인(자기통제). 74, 제3 요인(사회적 지지-배우자). 68, 제4 요인(사회적 지지-동료/전문가). 63, 소극적 대처 제1 요인(거리두기). 79, 제2 요인(도망). 69, 제3 요인(회피). 64이었다. 본 연구에서의 신뢰도는 적극적 대처 17문항의 Cronbach's $\alpha=0.79$, 소극적 대처 11문항의 Cronbach's $\alpha=0.79$ 로 나타났다. 하부영역별 Cronbach's α 값은 적극적 대처 제 1요인(직면하기) .82, 제2 요인(자기통제). 72, 제3 요인(사회적 지지-배우자). 72, 제4 요인(사회적 지지-동료/전문가). 72, 소극적 대처 제1 요인(거리두기). 79, 제2 요인(도망). 56, 제3 요인(회피). 52이었다.

2. 극복력 측정 도구(Resilience Scale)

극복력 측정도구는 Connor와 Davidson[32]에 의해 2003년에 개발된 Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)을 백현숙[33]이 신뢰도와 타당도를 검정한 Korean Version of Connor-Davidson Resilience Scale (K-CD-RISC)을 사용하였다. 척도는 총 25문항으로 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’(1점) 부터 ‘매우 그렇다’(4점)의 4점 Likert 식 척도로 응답하도록 하였으며, 점수가 높을수록 극복력이 높음을 의미한다. K-CD-RISC의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.93$ 이었고, 본 연구에서는 신뢰도 Cr

onbach's $\alpha=0.92$ 로 나타났다.

3. 난임적응 도구(Fertility Adjustment Scale)

Glover [23]에 의해 개발된 난임 조정 척도 (FAS)를 김미옥(2021)이 번역, 수정한 도구로 난임에 대한 적응 정도, 특히 난임 상태의 수용 정도, 치료 및 치료 관련 사건을 측정하는 데 사용된 주요 결과 측정이다. 척도는 총 12문항으로 구성되며 ‘전혀 그렇지 않다’(1점) 부터 ‘매우 그렇다’ (5점) 의 5점 Likert 척도로 응답하도록 하였으며, 점수가 높을수록 난임 상태를 수용하는 정도가 높음을 의미한다. 긍정적 적응(6문항)과 부정적 적응(6문항)으로 구성되었다. 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha= 0.85$ 이다. 본 연구에서는 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.73$ 으로 나타났다.

4. 배우자 지지 도구(spousal support Scale)

배우자 지지 측정 도구는 남가실 [36]이 개발한 도구를 박민경 [37]이 난임 여성에게 맞게 수정·보완한 도구로 총 23개 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘항상 그렇다’ 5점의, Likert 5점 척도로 점수가 높을수록 배우자 지지 정도가 높음을 의미하며 도구의 신뢰도는 박민경 [37]이 도구를 수정·보완하여 사용한 연구에서는 Cronbach's $\alpha=.95$ 이었다. 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.93$ 으로 나타났다.

D. 자료 수집 방법

자료수집을 위해 G 광역시 일 개 난임 전문 병원의 병원장과 간호부에 사전 협조를 구하고, 2021년 8월 16일부터 2021년 9월 25일까지 난임 관련 치료를 위해 외래를 내원한 난임 여성을 대상으로 연구자가 직접 연구의 목적을 설명하고 연구 참여에 동의할 시 직접 설문지를 배부하고 작성하게 한 후 바로 회수하였다.

E. 연구의 윤리적 고려

본 연구는 연구윤리를 확보하기 위하여 2021년 G 광역시 소재한 조선대학교 기관생명윤리심의위원회로부터 본 연구의 목적, 방법, 연구대상자 관리보장 및 동의서, 설문지 등에 대한 심의를 거쳐 연구 승인(과제 관리번호:2-1041055-AB-N-01-2021-37)을 받은 뒤 진행하였다. 연구목적, 연구 기간, 모집인원과 대상자 조건, 연구 진행 및 비밀 유지와 관련된 구체적 내용이 적힌 모집문을 통해 연구의 목적을 이해하고 동의한 대상자에 한하여 설문조사가 이루어졌다. 연구 참여 중 철회가 가능하며, 이로 인해 불이익은 없음을 명시하였다. 수집된 자료는 연구 이외 목적으로는 사용하지 않을 것과 개인정보 보호법에 따라 보호됨을 명시하였다. 연구자료 등 모든 결과물은 암호화하여 통계 처리하여 타인에게 노출되지 않도록 하였으며, 연구 종료 후 연구 관련 자료는 폐기됨을 명시하였다. 설문조사에 참여한 연구대상자에게 소정의 답례품을 제공하였다.

F. 자료 분석 방법

통계분석을 위해 IBM SPSS 25를 활용하였고, 유의수준. 05를 기준으로 통계적 유의성 여부를 판단하였다. 본 연구에서 진행한 통계분석 방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 일반적 특성과 난임 관련 특성을 파악하기 위해 빈도분석을 실시하였고, 스트레스 대처, 극복력, 난임 적응, 배우자 지지 수준을 파악하기 위해 기술통계 분석을 시행하였다.

둘째, 난임 스트레스 대처 군집을 분류하기 위해 K-평균 군집분석(K-mean cluster analysis)을 실시하였다.

셋째, 군집에 따른 일반적 특성과 난임 관련 특성의 차이를 검증하기 위해 카이제곱 검정(χ^2 test)과 Fisher 's exact test를 실시하였다.

넷째, 군집에 따른 스트레스 대처, 극복력, 난임 적응, 배우자 지지의 차이를 검증하기 위해 일원 배치 분산분석(One-way ANOVA)을 실시하였고, 유의한 차이를 보이는 경우 Scheffé의 사후 검증을 시행하였다.

다섯째, 난임 스트레스 대처 군집별 특성은 다항 로지스틱 회귀분석(Multinomial logistic regression analysis)을 실시하였다.

IV. 연구 결과

A. 일반적 특성 및 난임 관련 특성

1. 일반적 특성

연구대상자의 나이는 31~35세 40명(33.3%), 41세 이상 36명(30.0%), 36~40세 33명(27.5%)이었다. 종교는 무교 64명(53.3%)이며, 최종학력은 대학 졸업은 96명(80.0%)으로 가장 많았다. 직업 유무는 있음. 73명(60.8%)이며, 결혼 기간은 1~3년 미만 48명(40.0%), 3~5년 미만 37명(30.8%), 5년 이상이 35명(29.1%)이었다. 월수입은 200만원 미만 41명(34.2%), 200만원~300만원 미만 38명(31.7%)이었으며, 가족 구성원은 배우자만 93명(77.5%), 배우자와 자녀 22명(18.3%)이었다. 치료비 부담 정도는 약간 부담 57명(47.5%), 매우 부담 28명(23.3%)이었다 <표 1>.

<표1> 일반적 특성

(N=120)

특성	구분	n(%)
나이 (year)	20~25세	1(0.8)
	26~30세	10(8.3)
	31~35세	40(33.4)
	36~40세	33(27.5)
	41세 이상	36(29.9)
종교	기독교	31(25.8)
	천주교	9(7.5)
	불교	11(9.2)
	무교	64(53.3)
	기타	5(4.2)
교육 정도	고졸 이하	12(10.0)
	대학 졸업	96(80.0)
	대학원 이상	12(10.0)
직업 유무	있음	73(60.8)
	없음	47(39.2)
결혼 기간	1~3년 미만	48(40.0)
	3~5년 미만	37(30.8)
	5~7년 미만	19(15.8)
	7년 이상	16(13.3)
월 평균수입	200만원 미만	41(34.2)
	200~300만원 미만	38(31.6)
	300~500만원 미만	32(26.7)
	500만원 이상	9(7.5)
가족 구성원	배우자만	93(77.5)
	배우자 & 자녀	22(18.3)
	시부모	5(4.2)
치료비 부담	매우 부담	28(23.3)
	약간 부담	57(47.5)
	보통	23(19.2)
	괜찮다	11(9.2)
	전혀 부담 없다	1(0.8)

2. 난임 관련 특성

난임 원인은 원인불명 44명(36.7%), 여성 측 원인 36명(30.0%), 양측 원인 26명(21.7%), 남성 측 원인 14명(11.7%)이었다. 난임 치료 기간은 대다수 1~3년 미만 70명(58.3%)으로 가장 많았으며, 3~5년 미만 28명(23.3%)이었다. 난임 치료 방법은 체외수정 88명(73.3%), 배란 유도 17명(14.2%), 인공수정 12명(10.0%)이었으며, 체외수정 횟수는 없음. 50명(41.7%), 4~5회 21명(17.5%)이며, 유산 경험은 없음. 64명(53.3%), 자연유산 34명(28.3%)이었다. 난임 치료에 임하는 태도는 적극적인 태도 81명(67.5%), 보통 38명(31.7%)이었다.

아이를 가장 바라는 사람은 본인 78명(65.0%), 배우자 27명(22.5%)이며, 난임에 가장 부담을 주는 사람은 대부분은 없음. 71명(59.2%), 시부모 22명(18.3%)이며, 난임 치료에 가장 협조적인 사람은 남편 99명(82.5%), 친정 부모 10명(8.3%)이었다. 난임으로 가장 큰 어려움은 대부분은 본인 심리 문제 76명(63.3%)이며, 건강상 문제 14명(11.7%)이었다. 난임 상담 경험은 있다(산부인과 의사) 82명(68.3%), 경험없다 33명(27.5%)이었다 <표 2>.

<표 2> 난임 관련 특성

(N=120)

특성	구분	n(%)
난임 원인	원인불명	44(36.7)
	남성	14(11.7)
	여성	36(30.0)
	양측	26(21.6)
난임 치료 기간	1~3년 미만	70(58.3)
	3~5년 미만	28(23.3)
	5~10년 미만	17(14.2)
	10년 이상	5(4.2)
난임 치료 방법	인공수정	12(10.0)
	체외수정 (시험관아기기술)	88(73.3)
	배란유도	17(14.2)
	기타	3(2.5)
체외수정 경험	없다	50(41.7)
	한번	18(15.0)
	2~3번	18(15.0)
	4~5번	21(17.5)
	6번	4(3.3)
	7번 이상	9(7.5)
유산 경험	없음	64(53.3)
	자연유산	34(28.3)
	인공유산	22(18.4)
난임 치료에 입하는 태도	적극적	81(67.5)
	보통	38(31.7)
	소극적	1(0.8)

<표 2> 난임 관련 특성(계속)

(N=120)

특성	구분	n(%)
아이를 가장 바라는 사람	본인	78(65.0)
	배우자	27(22.5)
	친정 식구	6(5.0)
	시댁 식구	9(7.5)
가장 부담을 주는 사람	남편	9(7.5)
	시댁 식구	22(18.3)
	친정 부모	11(9.2)
	사형제	2(1.7)
	친형제	1(0.8)
	없다	71(59.2)
	기타	4(3.3)
치료에 가장 협조적인 사람	남편	99(82.6)
	친정 부모	10(8.3)
	시부모	1(0.8)
	친형제	1(0.8)
	없다	8(6.7)
	기타	1(0.8)
난임으로 인한 가장 큰 어려움	경제적 어려움	12(10.0)
	부부관계 어려움	3(2.5)
	본인 심리 문제	76(63.3)
	가족 관계	2(1.7)
	건강상 문제	14(11.7)
	사회적 편견	7(5.8)
	기타	6(5.0)
난임 상담 경험	없다	33(27.5)
	있다(산부인과 의사)	82(68.4)
	있다(산부인과 간호사)	1(0.8)
	있다(기타)	4(3.3)

B. 난임스트레스 대처, 극복력, 난임적응, 배우자 지지 정도

난임스트레스 대처는 1~4점 범위로 측정된 결과 적극적 대처는 직면하기 3.19±0.38, 자기통제 2.93±0.54, 사회적 지지(배우자) 3.18±0.60, 사회적 지지(동료/전문가) 2.26±0.67, 소극적 대처는 거리두기 3.17±0.66, 도망 3.44±0.60, 회피 2.80±0.64로 나타났다.

극복력은 1~5점 범위로 측정된 결과 평균 3.45±0.59로 나타났고, 난임적응은 1~5점 범위로 측정된 결과 평균 3.74±0.52로 나타났으며, 배우자 지지는 1~5점 범위로 측정된 결과 평균 4.10±0.55로 나타났다 <표 3>.

<표 3> 난임스트레스 대처방식, 극복력, 난임 적응, 배우자 지지 정도

(N=120)

변수	하부영역	M±SD	Range
적극적 대처	직면하기	3.19±0.38	1~4
	자기통제	2.93±0.54	1~4
	사회적 지지 (배우자)	3.18±0.60	1~4
	사회적 지지 (동료/ 전문가)	2.26±0.67	1~4
	거리두기	3.17±0.66	1~4
소극적 대처	도망	3.44±0.60	1~4
	회피	2.80±0.64	1~4
	극복력	3.45±0.59	1~5
난임 적응		3.74±0.52	1~5
배우자 지지		4.10±0.55	1~5

M=Mean; SD=Standard Deviation.

C. 난임스트레스 대처 유형

난임스트레스 대처 유형별 군집은 지나치게 적은 사례수가 나타나지 않는 군집이 적절하다는 점을 감안하여[89]3개의 군집이 가장 적합하다고 판단하였으며, K-평균 군집분석을 실시하였다. 각 군집의 특성을 난임스트레스 대처 요인순으로 살펴보면, 다음과 같이 나타났다.

[군집 1]은 적극적 대처인 직면하기 3.14점, 자기통제 2.70점, 사회적 지지(배우자) 2.55점, 사회적 지지(동료/전문가) 2.18점, 소극적 대처인 거리두기 2.46점, 도망 2.95점, 회피 2.37점으로 나타났다. [군집 2]는 적극적 대처인 직면하기 3.33점, 자기통제 3.41점, 사회적 지지(배우자) 3.59점, 사회적 지지(동료/전문가) 2.71점, 소극적 대처인 거리두기 3.54점, 도망 3.62점, 회피 2.91점으로 나타났다. [군집 3]은 적극적 대처인 직면하기 3.10점, 자기통제 2.63점, 사회적 지지(배우자) 2.83점, 사회적 지지(동료/전문가) 1.84점, 소극적 대처인 거리두기 3.42점, 도망 3.71점, 회피 3.08점으로 나타났으며, 모든 영역은 군집 간 유의한 차이가 있었다.

난임 스트레스 대처방식 하위영역에 대한 군집 분석 결과 군집 1과 2는 군집 3보다 적극적 대처방식인 직면하기, 자기통제, 배우자 지지, 동료/전문가지지 점수가 높은 것이 공통적이었으나 평점평균을 중심으로 비교하였을 때 군집 2는 적극적 대처 방식만큼 소극적 대처 정도가 높아 적극적 대처방식과 소극적 대처방식을 혼합하여 사용하는 ‘강한 혼합대처형’으로 해석하였다. 군집 1은 군집 2와 달리 소극적 대처 정도가 3군집 중 가장 낮으나 적극적 대처 정도 수준과 유사해서 ‘약한 혼합대처형’으로 해석하였다. 군집 3은 다른 군집들과는 달리 적극적 대처 정도가 낮고 소극적 대처 요인인 거리두기, 도망, 회피 정도가 높은 것으로 나타나 ‘소극적 대처형’으로 명명하였다.

각 군집별 대상자수는 [군집 1:약한 혼합대처형]은 37명(30.8%), [군집 2:강한 혼합대처형]은 43명(35.9%), [군집 3:소극대처형]은 40명(33.3%)으로 분류되었다.

<표 4> 난임스트레스 대처 유형

(N=120)

특성	요인	군집	n(%)	M±SD	F(p)	Scheffé
적극적 대처	직면하기	군집1 ^a	37(30.8)	3.14±0.33	4.89 (.009)	c,a<b
		군집2 ^b	43(35.9)	3.33±0.39		
		군집3 ^c	40(33.3)	3.10±0.38		
	자기통제	군집1 ^a	37(30.8)	2.70±0.39	47.20 (<.001)	c,a<b
		군집2 ^b	43(35.9)	3.41±0.40		
		군집3 ^c	40(33.3)	2.63±0.42		
	사회적지지 (배우자)	군집1 ^a	37(30.8)	3.10±0.41	24.57 (<.001)	c,a<b
		군집2 ^b	43(35.9)	3.59±0.42		
		군집3 ^c	40(33.3)	2.83±0.64		
	사회적지지 (동료/전문가)	군집1 ^a	37(30.8)	2.18±0.53	25.05 (<.001)	c<a<b
		군집2 ^b	43(35.9)	2.71±0.58		
		군집3 ^c	40(33.3)	1.84±0.64		
소극적 대처	거리두기	군집1 ^a	37(30.8)	2.18±0.53	65.49 (<.001)	a<c,b
		군집2 ^b	43(35.9)	3.54±0.44		
		군집3 ^c	40(33.3)	3.42±0.45		
	도망	군집1 ^a	37(30.8)	2.95±0.60	26.89 (<.001)	a<b,c
		군집2 ^b	43(35.9)	3.62±0.48		
		군집3 ^c	40(33.3)	3.71±0.41		
회피	군집1 ^a	37(30.8)	2.37±0.55	16.13 (<.001)	a<b,c	
	군집2 ^b	43(35.9)	2.91±0.57			
	군집3 ^c	40(33.3)	3.08±0.59			

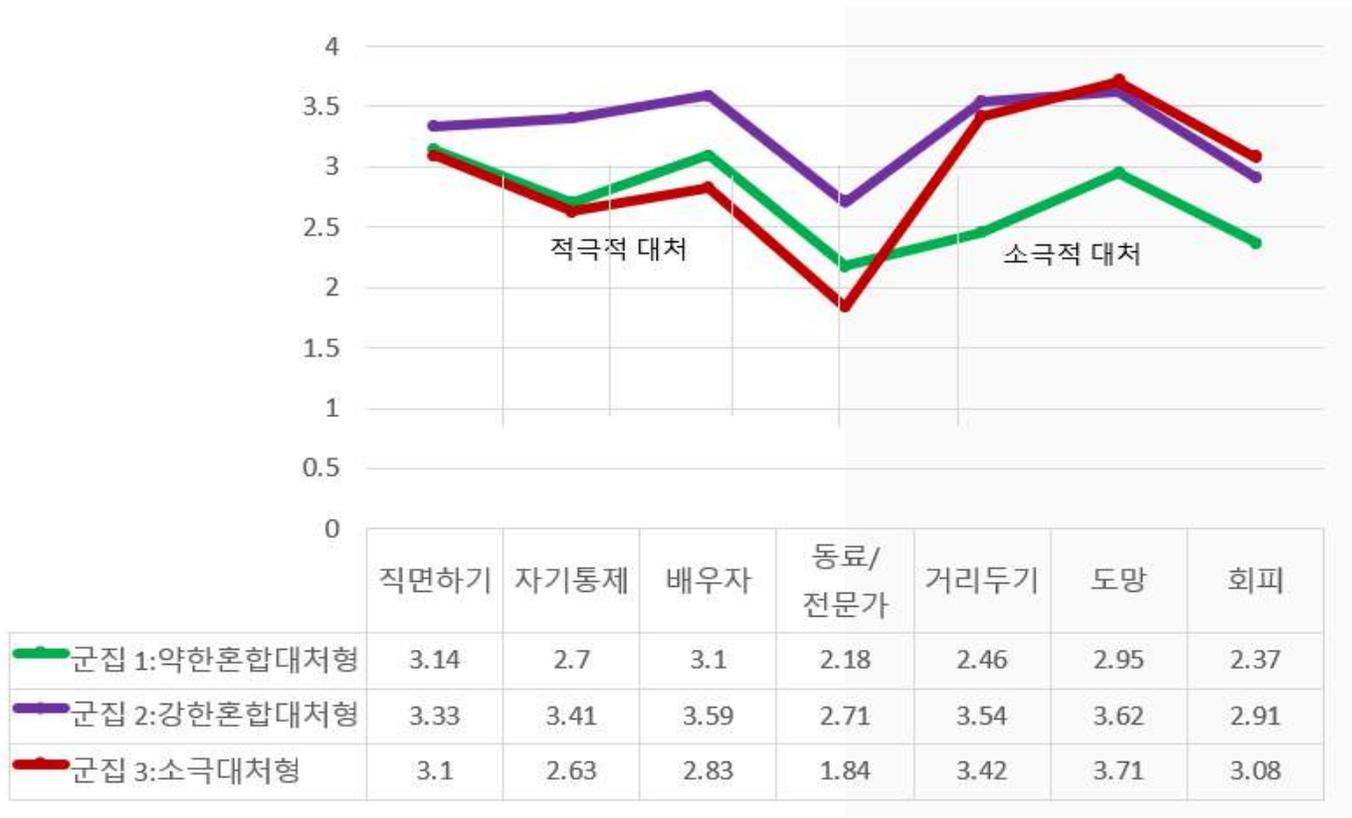


그림1. 난임스트레스 대처 유형

D. 난임스트레스 대처 유형에 따른 연구변수 특성의 차이

1. 난임스트레스 대처 유형에 따른 일반적 특성 차이

난임스트레스 대처 유형간 대상자의 일반적 특성에 따른 교차분석 결과 가족 구성원($\chi^2=9.22$, $p=.010$), 치료비 부담 정도($\chi^2=10.67$, $p=.034$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

가족 구성원 중 배우자만 있는 경우는[군집 1:약한 혼합대처형]에서는 92.1%, [군집 2:강한 혼합대처형]에서는 73.0%, [군집 3:소극대처형]에서는 68.9% 높았다.

가족 구성원 중 배우자의 자녀 또는 시부모가 있는 경우는[군집 1:약한 혼합대처형]에서는 7.9%, [군집 2:강한 혼합대처형]에서는 27.0%, [군집 3:소극대처형]에서는 31.1% 높았다. [군집 1:약한 혼합대처형]이 가족 구성원 중 배우자만 있는 경우 3유형 중 높았고, [군집 3:소극대처형]는 배우자의 자녀 또는 시부모가 있는 경우 3유형 중 높았다

치료비 부담 정도 중 매우 부담이[군집 1:약한 혼합대처형]에서 86.5%, [군집 2:강한 혼합대처형]에서 58.1% [군집 3:소극대처형]에서 70.0% 높았다. [군집 1:약한 혼합대처형]이 치료비 부담 정도 중 매우 부담이 3유형 중 높았고, [군집 2:강한 혼합대처형]는 치료비 부담 정도 중 매우 부담이 3유형 중 낮았다 <표 5>.

<표 5> 난임스트레스 유형에 따른 일반적 특성 차이

(N=120)

특성	구분	군집			x ² (p)
		1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	
나이* (year)	20~25	1(2.7)	0(0.0)	0(0.0)	6.61 (.638)
	26~30	2(5.4)	5(11.6)	3(7.5)	
	31~35	10(27.0)	14(32.6)	16(40.0)	
	36~40	9(24.3)	12(27.9)	12(30.0)	
	41세 이상	15(40.5)	11(27.9)	9(22.5)	
종교*	기독교	10(27.0)	13(30.2)	8(20.0)	7.57 (.470)
	천주교	1(2.7)	5(11.6)	3(7.5)	
	불교	3(8.1)	6(14.0)	2(5.0)	
	무교	22(59.5)	17(39.5)	25(62.5)	
	기타	1(2.7)	2(4.7)	2(5.0)	
교육 정도*	고졸미만	2(5.4)	8(18.6)	2(5.0)	5.54 (.295)
	대학 졸업	31(83.8)	31(72.1)	34(85.0)	
	대학원 이상	4(10.8)	4(9.3)	4(10.0)	
직업 유무	있다	22(59.5)	27(62.8)	24(60.0)	0.11 (.946)
	없다	15(40.5)	16(37.2)	16(40.0)	
결혼 기간	3년 미만	12(32.4)	19(44.2)	17(42.5)	4.79 (.571)
	3~5년 사이	12(32.4)	12(27.9)	13(32.5)	
	5~7년 사이	6(16.2)	9(20.9)	4(10.0)	
	7년 이상	7(18.9)	3(7.0)	6(15.0)	
월 평균수입	200만 원 이하	12(32.4)	15(34.9)	14(35.0)	3.85 (.697)
	200~300만원사이	14(37.8)	14(32.6)	10(25.0)	
	300~500만원사이	7(18.9)	11(25.6)	14(35.0)	
	500만 원 이상	4(10.8)	3(7.0)	2(5.0)	
가족 구성원	배우자만	35(92.1)	27(73.0)	31(68.9)	9.22 (.010)
	자녀 & 시부모	3(7.9)	10(27.0)	14(31.1)	
치료비* 부담	매우 부담	32(86.5)	25(58.1)	28(70.0)	10.67 (.034)
	보통	3(8.1)	10(23.3)	10(25.0)	
	부담 없다	2(5.4)	8(18.6)	2(5.0)	

* Analyzed by Fisher's exact test

[군집1]약한 혼합대처형, [군집2]강한 혼합대처형, [군집3]소극대처형

2. 난임스트레스 대처 유형에 따른 난임 관련 특성 차이

난임스트레스 대처 유형별 난임 관련 특성에서 난임 상담 경험($\chi^2=15.29$, $p=.011$)이 유의한 차이를 보였다.

난임 상담 경험은 [군집 1:약한 혼합대처형]이 있다(산부인과 의사) 59.5%, 경험 없다 40.5% [군집 2:강한 혼합대처형]는 있다(산부인과 의사) 76.7%, 경험없다 14% , [군집 3:소극대처형]은 있다(산부인과 의사) 67.5%, 경험없다 30.0% 이었다. 난임 상담 경험 중 있다(산부인과 의사)에서는 [군집 2:강한 혼합대처형]가 [군집1: 약한 혼합대처형]과 [군집3:소극대처형]에 비해 많았고, [군집 1:약한 혼합대처형]는 [군집2: 강한 혼합대처형]와 [군집3: 소극대처형]에 비해 적었다 <표 6>.

<표 6> 난임스트레스 대처 유형별에 따른 난임 관련 특성 차이 (N=120)

특성	구분	군집			x ² (p)
		1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	
난임원인	원인불명	13(35.1)	16(37.2)	15(37.5)	1.44 (.963)
	남편	5(13.5)	6(14.0)	3(7.5)	
	아내	10(27.0)	13(30.2)	13(32.5)	
	양측	9(24.3)	8(18.6)	9(22.5)	
난임치료 기간	3년 미만	16(43.2)	27(62.8)	27(67.5)	6.69 (.153)
	3~5년 사이	11(29.7)	11(25.6)	6(15.0)	
	5년 이상	10(27.0)	5(11.6)	7(17.5)	
방법*	인공수정	4(10.8)	3(7.0)	5(12.5)	12.17 (.058)
	체외수정	33(89.2)	30(69.8)	25(62.5)	
	배란유도	0(0.0)	9(20.9)	8(20.0)	
	기타	0(0.0)	1(2.3)	2(5.0)	
체외수정 횟수*	없다	12(32.4)	20(46.5)	18(45.0)	6.49 (.772)
	한번	4(10.8)	6(14.0)	8(20.0)	
	2~3번	6(16.2)	6(14.0)	6(15.0)	
	4~5번	9(24.3)	6(14.0)	6(15.0)	
	6번	2(5.4)	1(2.3)	1(2.5)	
	7번 이상	4(10.8)	4(9.3)	1(2.5)	
유산 경험	없다	18(48.6)	29(67.4)	17(42.5)	5.76 (.218)
	자연유산	12(32.4)	8(18.6)	14(35.0)	
	인공유산	7(18.9)	6(14.0)	9(22.5)	
난임치료 태도	적극적	21(56.8)	34(79.1)	26(65.0)	4.68 (.096)
	소극적	16(43.2)	9(20.9)	14(35.0)	

* Analyzed by Fisher's exact test

[군집1]약한 혼합대처형, [군집2]강한 혼합대처형, [군집3]소극대처형

<표 6> 난임스트레스 대처 유형별에 따른 난임 관련 특성 차이(계속)

(N=120)

특성	구분	군집			$\chi^2(p)$
		1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	
가장 아이를 원하는 사람	본인	26(70.3)	30(69.8)	22(55.0)	8.27 (.082)
	배우자	5(13.5)	7(16.3)	15(37.5)	
	부모	6(16.2)	6(14.0)	3(7.5)	
가장* 부담을 주는 사람	남편	3(8.1)	1(2.3)	5(12.5)	16.61 (.089)
	친형제	10(27.0)	7(16.3)	5(12.5)	
	친정 부모	6(16.2)	3(7.0)	2(5.0)	
	시부모	1(2.7)	0(0.0)	1(2.5)	
	시형제	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5)	
	없다	15(40.5)	30(69.8)	26(65.0)	
	기타	2(5.4)	2(4.7)	0(0.0)	
가장* 협조적인 사람	남편	28(75.7)	40(93.0)	31(77.5)	13.99 (.068)
	친정 부모	5(13.5)	3(7.0)	2(5.0)	
	시부모	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5)	
	사형제	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5)	
	없다	3(8.1)	0(0.0)	5(12.5)	
난임으로* 인한 어려움	경제적	5(13.5)	3(7.0)	4(10.0)	6.89 (.789)
	부부관계	1(2.7)	1(2.3)	1(2.5)	
	본인 심리 문제	24(64.9)	26(60.5)	26(65.0)	
	가족 관계	1(2.7)	1(2.3)	0(0.0)	
	건강 문제	1(2.7)	7(16.3)	6(15.0)	
	사회적 편견	3(8.1)	3(7.0)	1(2.5)	
난임 상담* 경험	없다	15(40.5)	6(14.0)	12(30.0)	15.29 (.011)
	있다(산부인과의사)	22(59.5)	33(76.7)	27(67.5)	
	있다(산부인과간호사)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.5)	
	있다(기타)	0(0.0)	4(9.3)	0(0.0)	

* Analyzed by Fisher's exact test

[군집1]약한 혼합대처형, [군집2]강한 혼합대처형, [군집3]소극대처형

3. 난임스트레스 대처 유형에 따른 극복력, 난임적응, 배우자 지지 정도

난임스트레스 대처 유형별 연구변수의 특성에서 극복력($F=18.33, p<.001$), 난임적응($F=18.58, p<.001$), 배우자 지지($F=8.82, p<.001$)가 모두 유의한 차이를 보였다.

극복력 점수는 [군집 2:강한 혼합대처형]이 [군집 1:약한 혼합대처형] 과 [군집 3:소극대처형]보다 높았다. 난임적응 점수는 세 집단 중 [군집 2:강한 혼합대처형]과 [군집 3:소극대처형]이 [군집 1:약한 혼합대처형]보다 높았다. 배우자 지지 점수는 [군집 2:강한 혼합대처형]이 [군집 1:약한 혼합대처형] 과 [군집 3:소극대처형]보다 높았다 <표 7>.

<표 7> 난임스트레스 대처 유형에 따른 극복력, 난임적응, 배우자 지지 정도

(N=120)

특성	군집			F(p)	Scheffé
	1 ^a M±SD	2 ^b M±SD	3 ^c M±SD		
극복력	3.22±0.53	3.83±0.54	3.25±0.49	18.33 (<.001)	a,c<b
난임 적응	3.36±0.43	3.96±0.47	3.85±0.47	18.58 (<.001)	a<c,b
배우자 지지	3.89±0.46	4.35±0.48	4.01±0.59	8.82 (<.001)	a,c<b

M=Mean; SD=Standard Deviation.

[군집1]약한 혼합대처형, [군집2]강한 혼합대처형, [군집3]소극대처형

E. 난임스트레스 대처 유형별 특성 예측

난임스트레스 대처 유형별 특성을 예측하기 위하여 준거집단으로 [군집 1:약한 혼합대처형]과 [군집 3:소극대처형]을 각각 적용하여 다항 로지스틱 회귀분석을 실시하였고, 앞서 군집에 따라 유의한 차이를 보이는 변수를 투입하였다. 그 결과 Cox와 Snell의 $R^2=.498$, Nagelkerke의 $R^2=.561$ 로 설명력이 높게 나타났고, 회귀분석 모델의 적합도 검증을 통과하였다($\chi^2=179.042$, $p<.001$).

[군집 1:약한 혼합대처형]을 기준으로 하여 [군집 2:강한 혼합대처형]를 비교했을 때 두 유형을 구분하는 요인으로는 난임적응, 배우자 지지, 난임 상담 경험이 유의한 것으로 나타났다. 난임적응 수준이 높을수록 [군집 2:강한 혼합대처형]에 속할 odds ratio가 17.71배(95% CI:3.53~88.91, $p<.001$), 배우자 지지 수준이 높을수록 [군집 2:강한 혼합대처형]에 속할 odds ratio가 4.50배(95% CI:1.25~16.22, $p=.021$), 난임 상담 경험이 있는 경우 [군집 2:강한 혼합대처형]에 속할 odds ratio가 7.14배(95% CI:1.61~31.79, $p=.010$)이다.

[군집 1:약한 혼합대처형]을 기준으로 하여 [군집 3:소극대처형]을 비교했을 때 두 유형을 구분하는 요인으로는 극복력, 난임적응, 가족 구성원이 유의한 것으로 나타났다. 극복력이 높을수록 [군집 3:소극대처형]에 속할 odds ratio가 0.07배(95% CI:0.07~0.84, $p=.026$) 낮고, 난임적응이 높을수록 [군집 3:소극대처형]에 속할 odds ratio가 20.39배(95% CI:4.26~97.45, $p<.000$), 가족 구성원은 배우자만 있는 경우보다 그 외 가족이 있는 경우 [군집 3:소극대처형]에 속할 odds ratio가 11.80배(95% CI:1.81~76.86, $p=.010$)이다.

그리고 [군집 3:소극대처형]을 기준으로 [군집 2:강한 혼합대처형]을 비교했을 때 두 유형을 구분하는 요인으로는 극복력이 유의한 것으로 나타났다. 극복력이 높을수록 [군집 2:강한 혼합대처형]에 속할 odds ratio가 9.11배(95% CI:2.74~30.25, $p<.000$)이다.

<표 8> 난임스트레스 대처 유형별 특성 예측

(N=120)

군집	변수	B	SE	OR	p	95% CI	
군집2 강한혼합대처형 vs 군집1 약한혼합대처형 (Reference)	(constant)	-20.34	4.29		.000		
	극복력	0.77	0.67	2.17	.245	0.59	7.98
	난임적응	2.87	0.82	17.71	.000	3.53	88.91
	배우자 지지	1.50	0.65	4.50	.021	1.25	16.22
	가족 구성원						
	배우자만	(reference)					
	배우자 외 자녀, 시부모	1.94	0.99	6.99	.050	1.00	48.92
	치료비 부담 정도						
	부담 없음	(reference)					
	매우 부담 & 부담	-0.99	0.74	0.37	.184	0.09	1.60
	난임 상담 경험						
	없음	(reference)					
있음	1.97	0.76	7.14	.010	1.61	31.79	
군집3 소극대처형 vs 군집1 약한혼합대처형 (Reference)	(constant)	-9.83	3.47		.005		
	극복력	-1.44	0.65	0.24	.026	0.07	0.84
	난임적응	3.01	0.80	20.39	.000	4.26	97.45
	배우자 지지	0.94	0.58	2.55	.109	0.81	8.04
	가족 구성원						
	배우자만	(reference)					
	배우자 외 자녀, 시부모	2.47	0.96	11.80	.010	1.81	76.86
	치료비 부담 정도						
	부담 없음	(reference)					
	매우 부담 & 부담	-1.09	0.73	0.34	.137	0.08	1.41
	난임 상담 경험						
	없음	(reference)					
있음	0.68	0.61	1.97	.269	0.59	6.52	
군집2 강한혼합대처형 vs 군집3 소극대처형 (Reference)	(constant)	-10.50	3.48		.003		
	극복력	2.21	0.61	9.11	.000	2.74	30.25
	난임적응	-0.14	0.61	0.87	.818	0.26	2.88
	배우자 지지	0.57	0.57	1.76	.323	0.57	5.43
	가족 구성원						
	배우자만	(reference)					
	배우자 외 자녀, 시부모	-0.52	0.62	0.59	.402	0.17	2.01
	치료비 부담 정도						
	부담 없음	(reference)					
	매우 부담 & 부담	0.10	0.56	1.10	.861	0.37	3.27
	난임 상담 경험						
	없음	(reference)					
있음	1.29	0.69	3.63	.062	0.94	14.08	

SE=Standard Error; OR=Odds Ratio; CI=Confidence Interval

V. 논 의

본 연구는 난임 여성을 대상으로 난임스트레스 대처 유형을 파악하고, 난임스트레스 대처 유형별 특성을 파악하고자 시도되었으며, 연구 결과를 중심으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

난임스트레스 대처의 유형별 결과는 [군집 1]은 적극적 대처방식을 사용하지만, [군집2]만큼 적극적인 대처 수준 정도가 낮고 그 정도의 소극적 대처를 하는 적극적 대처와 소극적 대처를 낮은 수준에서 혼합하여 사용하는 유형이며 도망 대처방식을 취하는 특성이 있다. [군집 2]는 적극적 대처와 소극적 대처를 높게 사용하지만, 적극적 대처방식과 소극적 대처방식을 스트레스 상황에 유연하게 혼합하여 사용하는 유형이다. [군집 3]은 적극적 대처보다는 3 유형 중 소극적 대처를 주로 사용하는 유형으로 확인되었다. 구체적으로 난임 문제에 직면하는 스트레스 상황이나 감정을 해결하기 위하여 배우자의 도움을 요청하며 정서적 표현의 어려움으로 낮은 대처를 사용하는 ‘약한 혼합대처형’(30.8%), 난임스트레스로 인하여 겪는 상황과 감정에 거리를 두고 문제 원인을 생각하거나 긍정적인 마음가짐을 가짐으로써 대처하는 ‘강한 혼합대처형’(35.9%), 난임스트레스로 인하여 겪는 상황과 사건으로부터 초래되는 감정 상태로부터 거리를 두고 도망가려고 노력하는 ‘소극대처형’(33.3%)이다.

본 연구에서 확인된 3개의 난임스트레스 대처 유형의 특징에 있어서 ‘약한 혼합대처형’[군집1]의 특성은 난임 문제를 해결하기 위해 직접적으로 받아들이지만, 적극적으로 이를 통제하고 대처하지 못함과 동시에 소극적 대처도 적극적 대처 정도 사용하는 유형이다. 적극적 대처 중 하위영역 중에서 직면하기와 사회적 지지(배우자)를 자기통제보다 더 많이 사용하는 것으로 나타났다. 이러한 유형에 속하는, 난임 여성의 특성을 고려해보면, 난임 여성의 연령이 높거나 치료 기간이 길어질수록, 결혼 후 난임 기간이 늘어날수록 우울감이 높게 나타난다[67]. 특히 실패 경험의 빈번함은 좌절감, 무력감으로 노산에 대한 두려움이 가중되어 우울감도 높아진다[90]. 본 연구에서는 군집별 일반적·난임 관련 특성에서 나이와 난임 치

료 기간이 유의하지는 않았지만, 상대적으로 나이는 41세가 40.5%, 난임 치료 기간이 3~5년 이상이 56.7% 로 3 유형 중 높은 비율로 나타나, 추후 반복 연구를 통해 규명해 볼 필요가 있다. 난임에 대한 사회적 편견과 부정적 시선을 두려워해서 본인이 난임 문제를 가지고 있다는 사실을 잘 드러내지 못하며, 다른 사람에게 난임으로 인한 정서적 고통을 표현하지 못하는 경우가 많다[91]. 난임의 정서적 반응은 단계에 따라 달라지며[70], 난임 여성들은 자신이 임신이 되지 않는 사실을 처음 접하게 되었을 때, 우선으로 자존감에 손상을 입게 되어 부정적으로 반응하게 된다[70]. 난임을 진단받은 후 그 사실에 충격을 받으며, 이후 타인과의 단절과 세상에 대한 불신감, 분노, 비난, 부끄러움, 죄책감의 반응을 나타내게 된다[92]. 즉, 난임 문제를 직면함으로 적절하게 반응하지 못하기 때문에 난임 과정에 따라서 정서적 고통을 제대로 표현하지 못한 결과로 대처에 어려움을 겪는 것으로 해석된다. 난임 여성이 스스로 자기의 정서를 이해하고 말과 행동으로 적절히 표현할 수 있도록 돕는 중재가 필요하다. 적극적 대처를 하면 칭찬과 격려로, 소극적 대처를 하면 지지와 응원으로 가이드를 제공하는 것이다. 스트레스 대처이론에 따르면 스트레스 상황에 직면하더라도 스트레스에 대한 자신의 통제 능력을 어떻게 평가하느냐에 따라 적응 수준이 달라질 수 있으며, 이 이론은 사회적 지지의 매개 효과에 대한 이론적 토대를 제공한다[12]. 부부간 지지 행동이 배우자의 적응과 정서적 안정에 긍정적인 기여를 하는 것으로 나타나[9], [군집1]은 적극적 대처방식 중 자기통제가 낮고 도망가려는 경향을 배우자의 지지를 통해 난임 여성의 자기통제 능력을 높일 수 있는 방안이 필요하다. 난임 치료 과정에서 중요한 지지체계인 배우자와 난임의 고통, 감정을 함께 공유함으로 긍정적인 대처를 돕기 위한 부부의 효율적인 의사소통을 갖도록 프로그램 참여나 상담도 함께 고려되어야 할 것이다.

‘강한 혼합대처형’[군집2]의 특성은 난임스트레스 대처에서 적극적 대처와 소극적 대처를 모두 높게 사용하지만, 세 유형 중 가장 강하게 적극적 대처를 사용하고 있다. 이러한 난임 여성들은 문제를 파악하여 적극적으로 해결방안을 찾는 대처 양식과 함께 스트레스 상황에서 정신적 고통을 줄이려는 목적으로 거리두기,

도망, 회피의 소극적 대처를 사용하는 것으로 확인되었다. 이는 난임 여성들이 절망적인 상황에서 무력하게만 바라볼 수 없어 벗어나기 위한 길을 찾지만, 반대로 난임에 점점 고착되어 매우 회의적, 상실감에 빠져 고립되는 감정을 가지고 있는 것을 의미한다[93]. 이러한 유형의 난임 여성들은 상황에 따라 적절하게 다양한 대처 방법을 이용해서 난임스트레스를 조절하고 있음을 보여주는 결과로 볼 수 있다. 난임 치료 단계 및 결과에 따라 거듭되는 난임 치료에도 불구하고 임신 실패가 반복되면 조급함과 불안이 증가한다. 이로 인해 임신하는 것에 집착하게 되어, 전체적으로 삶이 정지된 듯한 감정을 나타내게 된다[85]. 이때, 문제해결의 방법이며, 감정적으로 쉬어가는 방안으로 소극적 대처를 사용하므로 허용해줄 수 있는 마음이 요구된다. 치료 실패 후에 임신에 대한 무력감을 경험하면서 우울이 크게 증가한다[69]. 치료 결과에 따라 감정 기복이 심할 수 있고, 불안정한 모습을 보여 줄 수 있다. 그러나 본인의 감정에 집중하면서 정서 조절을 잘하고 있는 건 강한 유형으로 해석되므로 지속적인 모니터링이 요구된다. 이러한 유형은 난임은 진단 이후 치료 단계에 따라 난임 여성의 심리정서적 변화에 따른 대처 양식이 달라질 수 있으므로, 긍정적인 피드백을 통해 적극적 대처를 잘 활용할 수 있도록 돕는 중재가 필요하다.

‘소극대처형’[군집3]의 특성은 난임스트레스 대처에서 적극적 대처가 낮고 소극적 대처가 높은 유형이다. 이러한 유형의 경우 난임이라는 문제를 현실적으로 생각하지 않고 문제 자체가 일어나지 않는 상황에 대해 생각하거나 난임이라는 사실이 존재하지 않는 가정적 사고[30]를 나타내는 도망을 가장 높게 사용하는 것으로 확인되었다. 치료 실패에 대한 두려움 때문에 치료를 망설이는 등 현실을 최소화하고 미루는 전략인 회피 또한 사용하는 것으로 확인되었다. 난임 문제를 해결하기 위해 적극적으로 해결해야 하는 문제로 인식하지 않고, 우연한 결과를 기대하거나, 문제를 벗어나려고 하는 경향을 가진 유형으로 해석된다. 도피와 같은 회피적 대처 양식을 사용하는 유형은 체외수정 시술 이후 우울은 악화되고, 높은 수준의 스트레스를 경험하는 등 난임 여성의 심리적 디스트레스를 증가시키는 주요 요인으로 작용하므로 관심을 기울일 필요성이 있다고 보고하였다[91]. 우울감이

지속될 시 치료 시기를 놓치거나 치료 중단에 영향을 주므로 난임 치료 계획 시
 기부터 치료 과정에서 적극적인 설명과 지지가 필요하다. 적극적 대처방식을 사용
 하도록 난임 여성의 인지에 초점을 맞추어 심리적인 문제를 이해하고 다양한 기
 법들을 적용할 수 있는 방안이 필요하다. 소극적 대처전략으로 구분되는 감정 중
 심 대처전략은 스트레스 상황을 인지하고 감정의 변화에 주목하여 회피나 무시를
 통해 부정적 영향력을 감소시키고[12], 정서적 고통을 일시적으로 조절해주는 데
 는 효과적일지라도, 스트레스 원인 자체를 근본적으로 다루지 못한다[114].

이는 소극/ 회피적 대처방법을 많이 사용할수록 문제 해결능력이 결핍되어 문제
 완화를 위한 적절한 대처방안을 모색하지 못하게 되어 [93], 소극적이거나 회피적
 인 대처방법 대신 사회적 지지 추구 대처방법과 같이 스트레스 상황에 적극적이
 고 긍정적으로 대처하는 방법을 사용하도록 교육하는 것이 필요하다. 소극적이거
 나 회피적인 대처방법은 지양하도록 돕고 긍정적 지지체계를 형성하여 적극적 대
 처에 대한 전략을 계획할 수 있도록 돕는 중재가 필요하다고 생각된다.

난임스트레스 대처 유형에 따른 극복력, 난임적응, 배우자 지지의 차이 검증 결
 과 극복력, 난임적응, 배우자 지지가 모두 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

극복력은 [군집2: 강한 혼합대처형]이 [군집1:약한 혼합대처형]과 [군집3:소극대처형]보
 다 통계적으로 유의하게 높은 것으로 분석되었다. 극복력은 [군집2:강한 혼합대처형]과
 [군집3:소극대처형]을 구분하는 요인으로 난임 문제를 파악하여 적극적으로 해결방안
 을 찾는 동시에 정신적 고통을 줄이려는 소극적 대처를 사용하는 ‘강한 혼합대처
 형’3.83점으로 ‘소극대처형’의 3.25점보다 높았다. 극복력은 희망, 지지 등에 영향을 받
 으며, 디스트레스, 대처, 적응, 삶의 질 등에 영향을 미친다[94]. 또한 인지적 평가 기
 술, 문제해결 능력 및 상황에 대처하는 행동 능력이 속성으로 나타난다[95]. 극복력이
 높은 ‘강한 혼합대처형’은 임신에 실패하더라도 난임의 부정적 경험을 삶의 일부로 구
 성해 나가고, 이를 극복함으로써 난임 상황에 잘 적응[96]하기 위해 필요한 부분으로
 인식한 것으로 추정된다. 난임 여성의 사회적 지지와 난임스트레스 연구한 김희경[97]
 에 의하면 적극적인 스트레스 대처와 극복력은 유의한 양의 상관관계를 보이며, 소극
 적인 대처와는 음의 상관관계를 보인다는 본 연구의 결과를 지지한다. 극복력이 낮아

지게 되면 스트레스 상황이 발생하였을 때 적절하게 대처하지 못하게 된다. 극복력이 난임 여성 자신의 강점을 활용하여 난임이라는 스트레스 상황을 이겨낼 수 있는 자원이 될 수 있다고 여겨진다. 난임 대상자 개개인이 스스로의 극복력을 향상시킬 수 있도록 극복력 저해요인을 찾아내어 이를 긍정적으로 변화시키는 적절한 중재를 제공하는 방안이 시행되어야 할 것이다.

난임적응은 [군집 2:강한 혼합대처형]과 [군집 3:소극대처형]이 [군집 1:약한혼합대처형]보다 높게 나타났다. 난임스트레스 대처 유형별 난임적응 정도는 ‘강한혼합대처형’이 3.96점과 ‘소극대처형’이 3.85점으로 ‘약한 혼합대처형’이 3.36점보다 높아 난임 상태에 대한 수용적 태도를 더 갖고 있는 것을 알 수 있었다. 난임 여성이 난임에 적응하려면 인지적, 감정적, 행동적 변화가 필요하다. 일부 환자의 경우 시간과 노력 및 치료 경험이 적응에 도움이 될 수 있지만, 다른 환자의 경우 지속적인 치료 추구하고 관련된 자녀를 갖는 지속적인 희망이 그러한 적응을 방해할 수 있다[23]. 적응의 정도는 개인에 따라 다르며, 난임과 같은 스트레스 상황에 대한 개인의 해석 및 대처 능력에 영향을 미친다[98]고 하여 난임 상태를 수용하는 처리방식의 차이로 해석된다. 소극적 대처는 스트레스와 관련되거나 스트레스로부터 초래되는 정서 상태를 조절하려는 노력으로, 스트레스 원인을 회피하거나 스트레스 사건을 인지적으로 재구성하는 대처 반응이다[99]. 그러므로 난임을 경험하는 여성들은 낮은 통제 상황에서 난임에 대한 긍정적인 재해석과 수용적 태도를 통해 임신에만 초점이 맞춰진 삶에서 개인이 스스로의 삶을 주체적으로 계획할 수 있도록 고려되어야 할 것이다.

난임스트레스 대처 유형별 배우자 지지 정도는 ‘강한 혼합대처형’이 4.35점으로 ‘약한 혼합대처형’이 3.89점과 ‘소극대처형’이 4.01점보다 높아 더 많은 배우자 지지를 받는다고 경험하고 있음을 알 수 있었다. 난임 여성에게 있어 배우자와의 긍정적 상호작용과 의사소통은 적극적 회피 대처를 낮추고 적극적 직면 대처를 높여준다[91]. 배우자가 난임을 부부 공동의 문제로 인식할 경우, 난임 여성은 배우자에게 의존하며, 난임 진단 이전보다 더욱 밀착된 관계를 형성하게 된다[67]. 난임 시술인 인공수정이나 체외수정 시술은 배우자의 지지나 협조 없이는 어려운 과정

이다[37]. 배우자 지지를 포함한 사회적 지지는 난임 여성의 건강 신념, 지식 등을 변화시키고 난임스트레스를 감소시켜 우울, 기분 및 자존감과 삶의 질에 영향을 줄 수 있다[100]. 그러므로 난임 여성의 치료 과정마다 배우자에 대한 역할 기대가 달라질 수 있어 난임 특성에 따른 배우자에 대한 이해와 협조적인 태도가 필요하다.

본 연구에서 난임스트레스 대처 유형에 따른 일반적 특성 차이 검증 결과는 가족 구성원과 치료비 부담 정도는 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 가족 구성원 중 배우자만으로 구성된 영역에서 ‘약한 혼합대처형’이 ‘강한 혼합대처형’과 ‘소극대처형’에 비해 상대적으로 높게 나타났다. 가족 구성원 중 배우자의 자녀 또는 시부모로 구성된 영역에서 ‘소극대처형’이 ‘강한 혼합대처형’과 ‘약한혼합대처형’에 비해 상대적으로 높게 나타났다. 가족은 위기 상황에서 가족구성원이 겪게 되는 우울, 좌절감 등의 부정적 정서를 줄여주는 기능을 하는 직접적이며 일차적인 사회 지지체이다[101]. 그러나 아이가 없는 것으로 인해 스스로 결점을 가진 존재라는 인식은 상실감과 성취감의 혼란으로 가족 관계의 변화를 초래하게 된다[102]. 난임 여성의 경우에는, 난임은 다른 질병과 달리 개인적 요인만큼 관계적 요인도 중요하기 때문에 가족을 포함한 사회와의 관계 요인인 가족지지가 이들의 삶의 질에 영향을 주었을 가능성이[22]있기 때문에 난임 문제에 배우자뿐만 아니라 가족 구성원의 참여를 높이는 것도 중요하다. 이해 부족으로 생기는 갈등이나 거리감을 회복하도록 도와 가족간의 우호적인 관계를 형성을 위한 중재가 필요하며, 난임 여성의 중요한 정서적 유대감을 위해 배우자의 역할 중요성에 대한 인식 정보가 제공되어야 한다고 생각된다.

난임 치료는 경제적인 비용 지출에 영향을 미친다[90]. 높은 시술 비용은 난임 대상자에게 상당한 경제적 부담을 준다. 이영희 [103]에 따르면 난임 치료에 치료비 부담에서 “부담된다”군이 70.7%로 높은 것에 비하여 김미옥[21]의 연구에서는 53.3%로 나타났다. 본 연구에서는 치료비 부담에서 ‘부담된다’는 응답률이 70.8%로 나타나 본 연구 결과를 지지하고 있다. 따라서 난임 여성에게 난임 진단에서부터 끊임없이 발생하는 난임스트레스를 낮추어주는 중재가 필요할 것으로 생각한

다. 국가적 차원에서조차 난임을 심각한 사회경제적 손실을 초래하는 사회문제로 인식하여 한국은 난임 부부 지원 사업을 2005년 9월 ‘저출산 고령사회기본법’을 제정하고 2006년부터 현재까지 난임 치료비를 지원하고 있다[104]. 17년 10월에는 난임 시술비의 건강 보험화에 이르렀으며, 2019년에는 기준중위소득 기준 130% 이하이던 것을 180% 이하까지 확대하여 지원하고, 체외수정 시술비 지원에 이어 인공수정 시술비 지원을 추가 도입하는 등 적극적인 대처 방안을 마련하고 있다 [105]. 난임 여성 개인과 관련될 수 있는 모든 생리적, 심리적, 사회적 문제를 고려한 스트레스 관리하고 대처 전략의 강화하는 상담 프로그램을 강구할 필요가 있다. 또한 정책과 실행에 대한 근거를 마련하기 위해서 더 많은 표본을 포함한 반복연구도 필요하다고 생각된다.

난임스트레스 대처 유형에 따른 난임 관련 특성은 난임 상담 경험이 통계적으로 유의한 차이를 보였다. ‘강한 혼합대처형’은 난임 상담 경험이 76.7%로 세 유형 중 가장 높은 비율로 나타났다. 난임 상담은 정서적 고통을 줄이고 적응적 대처 방법을 사용하도록 도움으로써 난임 당사자들의 삶의 질을 개선하고 임신율을 높이기 위한 심리적 개입으로 그 중요성이 점점 부각 되어 왔다[91]. 난임 상담은 우울이나 불안 등 부정적 정서를 감소시키는데 효과를 보고하였다[106]. 그러나 의학적 및 경제적 지원뿐 아니라 국가적 차원의 심리적 지원이 요구됨[107]에도 불구하고 난임으로 인해 발생하는 심리사회적 문제에 대한 난임 상담은 거의 부족한 것으로 나타났다. 여러 번 시술 실패로 힘들고 시술 결과가 좋지 않을 때 그리고 치료 중 힘들 때 상담이 필요하다는 의견이 많아 난임에 대한 심리사회적 개입이 단계적으로 대상자의 상태나 증상에 따라 이루어지는 것이 필요하다[108] 난임 상담이 단순히 의료적 지식 전달만이 아닌 전문 심리 상담가와 협업으로 이루어지는 서비스를 제공되어야 할 것이다. 또한, 난임 환자가 예기치 않은 결과로 인한 위기를 겪을 때 위기를 심화시키는 요인을 찾아내는 조기 발견과 건강한 대처 행동을 하도록 훈련시켜 이전의 기능 수준으로 회복을 돕기 위한 상담이 요구된다.

본 연구에서 난임스트레스 대처 유형별 특성을 살펴보면, ‘약한 혼합대처형’대비

‘강한 혼합대처형’에 속할 가능성은 난임적응에 대한 수용 태도가 높고, 배우자 지지를 더 많이 인식할수록, 난임 상담 경험이 많을수록 높은 것으로 나타났다. ‘약한 혼합대처형’과 ‘강한 혼합대처형’을 구분하는 주요 요인은 난임적응으로 난임은 자기 낙인 및 실패감과 관련이 있으며[109], 이는 난임 치료가 더 힘든 과정이 되고 난임 기간의 연장을 가져온다[110]. 그러나 배우자로부터의 큰 지원은 스트레스가 직접적으로나 간접적으로 더 낮아지고 잠재적인 보호 역할을 한다고 하여, 이는 난임 관련 부적절한 대처전략의 사용을 줄이고 삶의 질 향상에 도움이 될 수 있다[28]. ‘약한 혼합대처형’에서 난임적응의 평점평균을 보면 다른 하위영역 중 자기통제 점수는 낮고 배우자 지지 점수가 높다. 즉, 본인 자아보다는 배우자 지지를 통한 스트레스에 대처하는 유형으로 그만큼 배우자 지지가 중요한 그룹이다. 그러므로 난임 치료를 시작하는 부부를 위한 중재가 부부 내 난임 관련 의사소통 및 배우자 지지를 포함한 사회적 지원 촉진에 초점을 맞춘 배우자 중재 프로그램 개발이 필요하고 생각된다.

‘약한 혼합대처형’ 대비 ‘소극대처형’에 속할 가능성은 극복력이 낮을수록, 난임적응에 대한 수용 태도가 높고, 가족 구성원이 배우자와 자녀와 시부모로 구성될 때 높은 것으로 나타났다. 난임적응에 대한 수용태도가 높을 경우 ‘약한 혼합대처형’보다 ‘소극대처형’에 속할 가능성이 높은 결과 관련 군집유형별 배우자 지지 차이 검증을 살펴보면 ‘소극대처형’이 ‘약한 혼합대처형’보다 배우자 지지 점수가 상대적으로 높았다. 난임적응에 배우자 지지가 중요한 것으로 해석할 수 있다. 소극대처형은 적극적 대처 점수가 3유형 중 가장 낮고 자기통제와 동료전문가 지지 점수가 낮아 다른 지지방식을 활용하지 않고 극복력도 낮은 유형이다. 극복력은 복합적인 사회적 체계로 나타나며 개인의 특성, 가족, 사회문화적 환경의 조합으로 발생하는 것이다[111]. Herrmann [61]은 난임 부부의 극복력이 난임스트레스에 대한 보호요인으로 작용하여 삶의 질을 높이는 데에 기여함을 피력하였다. 치료기간과 결과가 불확실한 난임 치료 과정에서의 스트레스는 개인이 가지고 있는 극복력과 개인과 상호작용하는 지지체계의 영향에 따라 다를 것으로 예상된다. 그러므로 소극적 대처 방식 보다는 ‘약한 혼합대처형’처럼 적극적 대처 정도를 높일

수 있도록 지지체계 향상을 위해 동료지지 및 자조모임 활성화를 돕도록 중재해야 할 것이다.

‘소극대처형’ 대비 ‘강한 혼합대처형’에 속할 가능성은 극복력이 높을수록 나타났다. 극복력이 있는 환자는 일반적으로 높은 수준의 자부심, 자기 효능감 및 낙관주의를 소유하는 것이 특징이며, 문제 해결 기술을 활용하여 스트레스에 효과적으로 대처할 수 있다[112,113]. 이러한 극복력 특성이 난임이라는 환경적 요인을 통해 난임 여성 스스로가 어려움을 견디고 성장해 갈 수 역량을 강화하기 위해 필요할 것으로 생각되며, ‘소극대처형’ 대비 ‘강한 혼합대처형’은 적극적 대처 방식도 사용할 수 있어서 ‘소극대처형’에게 난임 치료 계획 시기부터 난임 치료 과정에 대한 구체적인 교육과 안내와 지지를 통해 단계별로 나타날 수 있는 심리정서적 문제를 중재하고 난임 여성 개인이 아닌 부부가 함께 참여하는 프로그램을 통해 서로에게 긍정적인 영향을 미치는 방법을 배울 필요가 있다. 또한 프로그램 개발의 구성요소로 극복력 강화 프로그램을 포함하여 긍정적인 대처전략을 세울 수 있는 방안마련이 필요하다고 생각된다.

난임 여성의 난임스트레스 대처 유형 결정에 있어 극복력, 난임적응, 배우자 지지 관련 변인이 중요한 요인임을 알 수 있었다. 난임 여성이 난임스트레스에 직면했을 때 난임 여성의 강점과 역량을 강화해주고, 난임에 대한 긍정적인 재해석과 수용적 태도를 갖도록, 배우자가 난임을 부부 공동의 문제로 인식하는 것으로 난임스트레스 대처 유형을 결정짓는 중요한 요인인 것으로 추정된다. 따라서 난임 여성의 난임스트레스 대처를 돕는 프로그램은 난임 여성의 개인적 측면, 난임에 대한 인지적, 감정적, 행동적 측면, 배우자와 관계적 측면을 고려하여 구성하는 것이 바람직하다고 생각한다.

VI. 결론 및 제언

A. 결론 및 제한점

본 연구에서는 난임 여성의 난임스트레스 대처 유형을 분류하였고, 극복력, 난임 적응, 배우자 지지가 난임스트레스 대처 유형을 결정하는데 주요한 영향을 미친다는 것을 확인하였다.

1) 난임스트레스 대처의 유형별 결과는 [군집 1]은 적극적 대처방식을 사용하지 않, [군집2]만큼 적극적인 대처 수준 정도가 낮고 그 정도의 소극적 대처를 하는 적극적 대처와 소극적 대처를 낮은 수준에서 혼합하여 사용하는 유형으로 적극적 대처방식에서는 자기통제 점수가 낮고, 소극적 대처에서 도망 대처방식을 취하는 특성이 있다. [군집 2]는 적극적 대처와 소극적 대처를 높게 사용하지만, 적극적 대처 방식과 소극적 대처 방식을 혼합하여 스트레스에 상황에 유연하게 혼합하여 사용하는 유형이다. [군집 3]은 적극적 대처보다는 세 유형 중 가장 소극적 대처를 사용 정도가 높은 유형으로 확인되었다

2) 난임스트레스 대처 유형간 대상자의 일반적 특성에 따른 교차분석 결과 가족구성원($\chi^2=9.22, p=.010$), 치료비 부담 정도($\chi^2=10.67, p=.034$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 난임스트레스 대처 유형별 난임 관련 특성에서 난임 상담 경험($\chi^2=15.29, p=.011$)이 유의한 차이를 보였다. 난임스트레스 대처 유형별 연구변수의 특성에서 극복력($F=18.33, p<.001$), 난임적응($F=18.58, p<.001$), 배우자 지지($F=8.82, p<.001$)가 모두 유의한 차이를 보였다.

3) [군집 1:약한 혼합대처형]을 기준으로 하여 [군집 2:강한 혼합대처형]를 비교했을 때 두 유형을 구분하는 요인으로는 난임적응, 배우자 지지, 난임 상담 경험이 유의한 것으로 나타났다. 요인으로는 극복력, 난임적응, 가족구성원(배우자의 구성)으로 나타났다. [군집 1:약한 혼합대처형]을 기준으로 하여 [군집 3:소극대처형]을 비교했을 때 두 유형을 구분하는 요인으로는 극복력, 난임적응, 가족 구성원이 유의한 것으로 나타났다. [군집 3:소극대처형]을 기준으로 [군집 2:강한 혼합대

처형을 비교했을 때 두 유형을 구분하는 요인으로는 극복력이 유의한 것으로 나타났다. Cox와 Snell의 $R^2=.498$, Nagelkerke의 $R^2=.561$ 로 설명력이 높게 나타났고, 회귀분석 모델의 적합도 검증을 통과하였다($\chi^2=179.042$, $p<.001$).

난임 여성은 난임 진단 초기부터 여러 가지 시술과 검사를 진행하면서 반복되는 스트레스 상황에 장기간 노출되면서 대처 방법에도 어려움과 변화가 있는 것으로 치료 단계별로 나타날 수 있는 부정적 정서를 점검하여 적극적인 대처 방법을 찾을 수 있도록 돕는 지지체계 마련이 필요하다. 난임 여성이 적극적 대처를 할 수 있도록 개인의 심리 정서적 상태를 점검의 중요성을 인식하게 하고, 긍정적인 마음가짐을 가지고 난임 치료 과정마다 적절하게 반응함으로써 감정에 대한 완급 조절을 할 수 있는 기회를 제공하는 것이 필요하다. 또한 난임 여성이 배우자와 함께 공동의 문제로 인식하여 효율적인 의사소통으로 지지적인 관계를 형성하도록 돕는 배우자 지지 프로그램을 개발하고, 난임 부부를 위하여 심리 상담, 자조 모임 등이 활성화 될 수 있도록 지역사회 연계를 통해 지속적인 지원도 필요하다.

난임 여성의 스트레스 대처를 다룬 연구는 매우 미흡한 실정속에서 갈수록 심해지고 있는 저출산으로 인해 점점 주목을 받고 있는 난임 여성을 대상으로 ‘스트레스 대처’라는 개인적 변인의 유형별 특성을 파악함으로써 부적절한 스트레스 대처로 인해 어려움을 겪는 난임 여성의 대처 방법을 건설적이고 적극적으로 개선해야 할 필요성을 탐색하였다. 스트레스 대처방식을 평균이나 중앙치를 근거로 분류할 때의 문제를 극복할 수 있는 군집분석을 통하여 유사한 특성을 가지고 있는 대상자를 중심으로 난임 여성의 스트레스 대처방식 유형을 구분하여 제시하였다는 점에서 의의가 있다. 즉, 난임 여성의 스트레스 대처 유형을 결정짓는 요인을 파악하여 스트레스 대처 유형별 구체적인 중재 전략을 개발하는데 기여할 것이다.

본 연구의 결과를 토대로 연구의 제한점으로는 다음과 같다.

본 연구에서 이용한 난임 스트레스 대처 도구의 소극적 대처 중 하위영역에서 제2요인(도망).56, 제3요인(회피).52 로 신뢰도가 낮게 측정되었다. 실제 문항 분석

결과를 보면 일부 문항 간 전체 문항 간 상관관계가 낮은 분석 결과를 보이고 있다. 난임 스트레스 대처 도구 개발 당시 216명의 보조생식술을 진행 중인 연구대상자와 난임 치료 방법 중 체외수정과 인공수정만 포함했으며, 설문 도구의 문항수도 각각 3문항으로 신뢰도를 검증한 값 중 소극적 대처 제2요인(도망).69, 제3요인(회피).64 이었다. 이는 본 연구와 연구대상수와 난임 치료 특성 중 배란 유도를 포함한 차이가 있으므로 추후 연구에서는 타당도를 좀 더 검토할 필요가 있는 것으로 생각된다.

B. 제언

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구는 G 광역시 난임 전문 병원 1곳을 대상으로 시행된 편의 추출로 선정된 난임 여성을 일반화하기에는 제한점이 있어 이에 향후 다양한 의료기관에서 대상자 치료 방법과 대상자 연령과 난임속성(원발성, 속발성 등)을 고려한 대상자를 확대하여 반복 연구를 제언한다.

둘째, 본 연구는 난임 여성만을 대상으로 시행한 연구로, 점점 늘어나고 있는 난임 남성을 포함시켜 난임부부를 대상으로 하는 후속 연구가 필요하다.

셋째, 본 연구에서 확인된 난임 스트레스 대처 유형을 결정하는데 영향을 미치는 요인을 포함한 개인적·관계적 요인 등 변수를 추가하여 규명하고 난임 스트레스 대처 유형에 따른 난임 상담 중재 프로그램 개발과 함께 그 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

넷째, 본 연구에서는 군집분석을 통해 유형을 구분했지만, 추후 연구에서는 직접 대상자와의 질적 인터뷰를 보완한 심층적인 유형 특성을 규명할 수 있는 반복 연구를 제언한다.

참고문헌

1. Statistics Korea. Regional indicators: Total fertility rate [In-ternet]. Daejeon: Statistics Korea; c2018 [cited 2020 Feb 5]. Available from: <http://kosis.kr/visual/eRegionJipyo/thema-Jipyo/eRegionJipyoThemaJipyoView.do>.
2. Health Insurance Review & Assessment Service: infertility statistics [In-ternet]. [cited 2020 Nor 20]. Available from <https://www.hira.or.kr/co/search.do>
3. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Hum Reprod.* 2015;30(11):2476–2485. doi:10.1093/humrep/dev177
4. Women’s Health Nursing Subject Committee. Women’s health nursing. 9th ed. Seoul (Korea): Somoonsa; 2017. p. 24 - 5.
5. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn.* 2010;32(1):140–162. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x
6. Karaca A, Unsal G. Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2015;9(3):243–250. doi:10.1016/j.anr.2015.04.007
7. Maroufizadeh S, Almasi-Hashiani A, Amini P, Sepidarkish M, Omani-Samani R. The Quality of Marriage Index (QMI): a validation study in infertile patients. *BMC Res Notes.* 2019;12(1):507. Published 2019 Aug 14. doi:10.1186/s13104-019-4438-2
8. Pedro J, Vassard D, Malling GMH, Hougaard CØ, Schmidt L, Martins MV. Infertility-related stress and the risk of antidepressants prescription in women: a 10-year register study. *Hum Reprod.* 2019;34(8):1505–1513. doi:10.1093/humrep/dez110 <https://doi.org/10.1093/humrep/dez110>
9. Kwon JH. Infertility Counseling as Evidence-Based Practice. *Korean Journal*

- of Woman Psychology. 2019;24(2):87-104.
10. Gameiro S, Boivin J, Peronace L, Verhaak CM. Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Hum Reprod Update*. 2012;18(6):652-669. doi:10.1093/humupd/dms031
 11. Yazdani F, Elyasi F, Peyvandi S, Moosazadeh M, Galekolae KS, Kalantari F, Rahmani Z, Hamzehgardeshi Z. Counseling-supportive interventions to decrease infertile women's perceived stress: A systematic review. *Electron Physician*. 2017 Jun 25;9(6):4694-4702. doi: 10.19082/4694. PMID: 28848650; PMCID: PMC5557155.
 12. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York (NY): Springer; 1984. p. 117-178.
 13. Jeong YJ, Koh CK. Effects of Personality and Coping Behavior on Clinical Practice Stress among One College Nursing Students. *THE KOREAN JOURNAL OF STRESS RESEARCH*. 2016;24(4):296-302.
 14. Pawar, A., Jadhav, B. S., & Shah, B. R. (2019). Prevalence of anxiety and depressive disorders and the role of coping strategies in females with infertility. *Indian Journal of Mental Health*, 6(2), 145-156.
 15. Casu G, Zaia V, Fernandes Martins MDC, Parente Barbosa C, Gremigni P. A dyadic mediation study on social support, coping, and stress among couples starting fertility treatment. *J Fam Psychol*. 2019;33(3):315-326. doi:10.1037/fam0000502
 16. Jung YJ, Kim HY. Factors Influencing Infertility-related Quality of Life in Women Undergoing Assisted Reproductive Techniques: Focusing on Depression and Resilience. *Korean Journal of Women Health Nursing* 2017;23(2):117-125.
 17. Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L. Resilience acts as a moderator in

- the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):38. Published 2019 Feb 15. doi:10.1186/s12955-019-1099-8
18. Martínezmartí ML, Ruch W. Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *J Posit Psychol*. 2016;12(2):1 - 10.
 19. Popa-Velea O, Diaconescu L, Jidveian Popescu M, Truțescu C. Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life In cancer patients. *Int J Psychiatry Med*. 2017;52(2):124-136. doi:10.1177/0091217417720895
 20. Jung YJ, Kim HY. Factors Influencing Infertility-related Quality of Life in Women Undergoing Assisted Reproductive Techniques: Focusing on Depression and Resilience. *Korean Journal of Women Health Nursing* 2017;23(2):117-125.
 21. Kim MO, Nam HA, Youn MS. Infertility Stress, Depression, and Resilience in Women with Infertility treatments. *Journal of Korean Public Health Nursing* [Internet]. 2016 Apr 30;30(1):93 - 104. Available from: <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.1.93>
 22. Cho EY, Sung MH. Effects of Irrational Parenthood Cognition, Family Support, and Resilience on Depression of Infertile Women. *Korean Journal of Women Health Nursing* 2019;25(1):60-72.
 23. Glover L, Hunter M, Richards JM, Katz M, Abel PD. Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril*. 1999;72(4):623-628. doi:10.1016/s0015-0282(99)00304-0
 24. McQuillan, J., Greil, A. L., White, L., & Jacob, M. C. Frustrated fertility : Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family*, 2003, 65(4), 1007-1018.

25. Mindes EJ, Ingram KM, Kliewer W, James CA. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Soc Sci Med.* 2003 May;56(10):2165-80. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00221-6. PMID: 12697205.
26. Jeon SC, Lee SH. Phenomenological study on the subfertile women's experience of a sense of loss: focusing on Christian women. *Korean J Christian Couns* ,2018; 29, 149-78.
27. Lau BH, Cheng C. Gratitude and coping among familial caregivers of persons with dementia. *Aging Ment Health.* 2017;21(4):445-453. doi:10.1080/13607863.2015.1114588
28. Kiesswetter M, Marsoner H, Luehwink A, Fistarol M, Mahlknecht A, Duschek S. Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behav Med.* 2020;46(2):130-141. doi:10.1080/08964289.2018.1564897
29. World Health Organization (WHO). Infertility definitions and terminology—world health organization, 2014, Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>
30. Kim MO, Ko JM. Development of a Coping Scale for Infertility—Women (CSI-W). *Journal of Korean Academy of Nursing.* 2020;50(5):671-685.
31. Davidson JR, Payne VM, Connor KM, et al. Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2005;20(1):43-48. doi:10.1097/00004850-200501000-000
32. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82. doi:10.1002/da.10113
33. Baek HS, Lee KW, Joo EJ, Lee MY, Choi KS. Reliability and validity of th

- e Korean version of the Connor–Davidson Resilience Scale (K-CD-RISC). [master' s thesis] Eulji University; 2010
34. Lazarus, R. S.(1976). Patterns of adjustment. Tokyo: McGraw–Hill Kogakusha.
 35. Cobb S. Presidential Address–1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976;38(5):300–314.
doi:10.1097/00006842-197609000-00003
 36. Nam GS. (a) study on the correlation between spouse support and the body image of female patients who have done mastectomy and hysterectomy. [master' s thesis], Seoul Ewha University; 1988
 37. Park MK. A Study on Relationship Between Infertile Female Stress and Husband Support [master' s thesis], Seoul Hanyang University; 2007
 38. Woods NF, Olshansky E, Draye MA. Infertility: women' s experiences. *Health Care Women Int.* 1991;12(2):179–190. doi:10.1080/0739933910951593-9
 39. National Health Insurance service. <http://health.cdc.go.kr/health/Main.do>
 40. Maroufizadeh, S., Foroudifard, F., Navid, B., Ezabadi, Z., Sobati, B., & Omani–Samani, R.(2018). The Perceived Stress Scale (PSS–10) in women experiencing infertility: A reliability and validity study. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(4), 456–459.
 41. <https://www.google.com/cn.d.cited/20211215/google/>; Available from <http://www.kyobobook.co.kr/product/detailViewKor.laf?mallGb=KOR&ejkGb=KOR&barcode=9788962783520>.
 42. Inhorn MC, Birenbaum–Carmeli D, Birger J, et al. Elective egg freezing and its underlying socio–demography: a binational analysis with global implications. *Reprod Biol Endocrinol.* 2018;16(1):70. Published 2018 Jul 23. doi:10.1186/s12958-018-0389-z

43. Kim JH, Shin HS. A Structural Model for Quality of Life of Infertile Women. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(3):312-320.
44. Kim MO, Nam HA, Youn MS. Infertility Stress, Depression, and Resilience in Women with Infertility treatments. *Journal of Korean Public Health Nursing [Internet]*. 2016 Apr 30;30(1):93 - 104. Available from: <https://doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.1.93>
45. Lee HS, Boo S, Ahn JA, Song JE. Effects of uncertainty and spousal support on infertility-related quality of life in women undergoing assisted reproductive technologies. *Korean J Women Health Nurs* 2020;26:72-83
46. Yang JY, Bae HB. An Evaluation of the Effect of Married Women's Infertility Stress on the Quality of Life: The Moderated Mediation Effect of Family Support on Active Stress Coping Strategy. 2020; 25(3), 81-103.
47. Kang SR, Lee YJ. Phenomenological Study on the Experiences of Infertility among Married Women. 2015; 32(2), 61-89. Available from: doi:10.18341/wsr.2015.32.2.61
48. Pasch LA, Gregorich SE, Katz PK, Millstein SG, Nachtigall RD, Bleil ME, et al. Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*. 2012;98(2):459-464. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.05.02>.
49. Kim MO. Stress, Depression, and Fetal Attachment in Pregnant Women having Infertility Treatments. *Korean Journal of Women Health Nursing* 2014;20(2):163-172.
50. Matthiesen, S. Seven years of product development in Industry - experiences and requirements for supporting engineering design with 'Thinking Tools'. In DS 68-9: Proceedings of the 18th International Conference on Engineering Design (ICED 11), Impacting Society through Engineering Design, Vol. 9: Design Methods and Tools pt.1, Lyngby/Copenhagen, De

- nmark, 2011;15.-19.08. 2011.
51. Verhaak CM, Smeenk JM, Eugster A, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijmaat FW. Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril*. 2001;76(3):525-531. doi:10.1016/s0015-0282(01)01931-8
 52. Kim SK. Subfertility women's stress, spousal support and quality of life. [master's thesis], Seoul Hanyang University; 2016
 53. Spence SH, Sheffield J, Donovan C. Problem-solving orientation and attributional style: moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence?. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2002;31(2):219-229. doi:10.1207/S15374424JCCP3102_07
 54. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Potamianos G, Lykeridou K, Schmidt L, Vaslamatzis G. Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reprod Biomed Online*. 2012;24(6):670-679.doi:10.1016/j.rbmo.2012.03.002
 55. Hasse C, Klöck G, Schlosser A, Zimmermann U, Rothmund M. Parathyroid allotransplantation without immunosuppression. *Lancet*. 1997;350(9087):1296-1297. doi:10.1016/S0140-6736(05)62473-7
 56. Woodgate RL. Conceptual understanding of resilience in the adolescent with cancer: Part I. *J Pediatr Oncol Nurs*. 1999;16(1):35-43. doi:10.1177/104345429901600105
 57. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71(3):543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164
 58. Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outco*

- mes. 2019;17(1):38. Published 2019 Feb 15. doi:10.1186/s12955-019-1099-8
59. Manheimer E, Zhang G, Udoff L, et al. Effects of acupuncture on rates of pregnancy and live birth among women undergoing in vitro fertilisation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2008;336(7643):545-549. doi:10.1136/bmj.39471.430451.BE
60. Sexton MB, Byrd MR, von Kluge S. Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *J Psychiatr Res*. 2010;44(4):236-241. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.06.007
61. Herrmann D, Scherg H, Verres R, von Hagens C, Strowitzki T, Wischman T. Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *J Assist Reprod Genet*. 2011; 28(11):1111-1117. doi:10.1007/s10815-011-9637-2
62. Chung MS. Resilience, Coping Methods, and Quality of Life in Middle-aged Women. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011; 20(4): 345-354.
63. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemp Nurse*. 2007;25(1-2): 124-135. doi:10.5172/conu.2007.25.1-2.124
64. Lee EK, Park JA. Ego-resilience and the clinical competence of nursing students. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 2013; 27(2), 293-303.
65. Kim MO, Kim S. Development of an Uncertainty Scale for Infertile Women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2010.16(4):370-380
66. Kang EY. A Study on Psychosocial Characteristics of Infertile Women. *The Study of Child-Family Therapy* 2014;12(0):1-16
67. Kang EY, Kim JM, Jeong HN. The Development and Effect of Cognitive Behavioral Therapy Program for Psychosocial Adjustment of Infertile Women.

- Korea Journal of Counseling 2015;16(3):451-471.
68. Leiblum, S. R., Kemmann, E., & Lane, M. K. (1987). The psychological concomitants of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 6(3), 165-178.
 69. Lee JH. An analytical study on psychosocial predictors of depression and the effective psychosocial intervention program for reducing depression of infertile women being in infertility treatment[dissertation]. Seoul: Korea University. 2013.p.1-124
 70. Podolska MZ, Bidzan M. Infertility as a psychological problem. *Ginekol Pol*. 2011;82(1):44-49.
 71. Coyne JC, Aldwin C, Lazarus RS. Depression and coping in stressful episodes. *J Abnorm Psychol*. 1981;90(5):439-447. doi:10.1037//0021-843x.90.5.439
 - Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*. 1984;46(4):839-852. doi:10.1037//0022-3514.46.4.839
 72. Holahan CJ, Moos RH. Life stressors, personal and social resources, and depression: a 4-year structural model. *J Abnorm Psychol*. 1991;100(1):31-38. doi:10.1037//0021-843x.100.1.31
 73. Han SY, Hur TY, Kim DJ, Chae JM. Stress coping strategies : The effects of situational factors on coping. *THE KOREAN JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*. 2001;6(2):123-143.
 74. Rockliff HE, Lightman SL, Rhidian E, Buchanan H, Gordon U, Vedhara K. A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Hum Reprod Update*. 2014;20(4):594-613. doi:10.1093/humupd/dmu010
 75. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*. 1999;72(1):54-62. d

oi:10.1016/s0015-0282(99)00164-8

76. OK SM, Jeon HS. The Moderating Effects of Cognitive Strateg for Emotio
nal Regulation and Spouse Support on Retirement Anxiety and Psychological
Wellbeing of Middle Aged Employed Men. 2016; 17(4), 373-393. Available fro
m: doi:10.15703/kjc.17.4.201608.373
77. Norbeck JS, Lindsey AM, Carrieri VL. The development of an instrument t
measure social support. Nurs Res. 1981;30(5):264-269.
78. Park JW. A Study to Development a Scale of Social Support. Seoul: Yonse
i University.1985
79. R. L. Kahn & C. A. Toni. Convoys over the Life Course: Attachment, Role
s, and Social Support. In Life-Span Development and Behavior. Edited by Pa
ul B. Baltes and Orville G. Brim Jr. New York: Academic Press, 1980; 3, 254
-283.
80. Kang HW, Han GH. Negative Family Life Events, Spousal Support arid
Mental Health: Focus on Gender Differences. Family and
Environment Research 2005;43(8):55-68.
81. Kim RH, Lee WM, Kim YJ, Choi YM, Sung YM, Hoh JK, Han DW, Hwag
JH. Original Articles: Current Status of Infertility Counseling in
Korea. Obstetrics & Gynecology Science 2011;54(10):611-617.
82. Kang HW, Han GH. Negative family life events, spousal support arid ment
al health: Focus on gender differences. Family and
Environment Research, 2005; 43(8), 55-68
83. Lotfi N, Zarei E, Samavi SA. The impact of infertility counseling on
intimacy between infertile couples of Qeshm. Journal of Applied
Environmental and Biological Sciences, 2015; 5(7), 192-196.
84. Kang, Ji young, Suh, Eun young. The Influence of Stress, Spousal Support,
and Resilience on the Ways of Coping among Women with Breast Cancer.

- Asian Oncology Nursing. 2015;15(1):1-8.
85. Hwang NM. Factors Related to the Depression of Infertile Women. Health and Social Welfare Review. 2013;33(3):161-187.
89. Abidin RR. Parenting stress index (PSI)[Internet]. Charlottesville (VA): Pediatric Psychology Press; c1990 [cited 2017 May 16]. Available from: <https://edge.edx.org/assets/courseware/v1/50118bb4c48f62c9f2f38a9ef276adf3/asset-v1:GeorgetownX+CCHD+2016+type @asset+block/PSI.pdf>.
90. Min SW. Kim YH. Cho YR. Stress, Depression and Factors Influencing on Quality of Life of Infertile Women. J Korean Soc Matern Child Health 2008;12(1):19-32
91. Lee YS, Choi SM, Kwon JH. Psychosocial Predictors of Infertile Women's Distress. JOURNAL OF THE KOREAN SOCIETY OF MATERNAL AND CHILD HEALTH 2019;23(2):136-146.
92. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007;21(2):293-308. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003
93. Lee JS. Daily Stress, Coping, and Suicidal Ideation Among Adolescents: Examining the Roles of Coping Aspects as Moderators. Korean Journal of youth welfare 2013;15(3):321-344.
94. Lim JL. Quality of life in non-small cell lung cancer patients: a structural Equation Model Approach. Seoul National University. 2013
95. Kwon KJ, Lee SH. Occupational Stress and Coping Styles as Factors Affecting the Burnout of Clinical Nurses. Korean Academy of Nursing Administration 2012;18(4):383-393.
96. Ridenour, A. F., Yorgason, J. B., & Peterson, B. The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. Contemporary Family Therapy. 2009. 31(1), 34-51.

97. Kim HK, Lee EJ. Psychometric Properties of the Revised Multidimensional Coping Scale in University Students. 2019; 10(9), 323-332. Available from: doi:<https://doi.org/10.15207/JKCS.2019.10.9.323>
98. Ensel WM, Lin N. The life stress paradigm and psychological distress. J Health Soc Behav. 1991;32(4):321-341.
99. Lazarus RS, Coyne JC, Folkman S. Cognition, emotion and motivation: The doctoring of Humpty-Dumpty. In: Neufeld RWJ, editor. Psychological Stress and Psychopathology. New York (NY): McGraw-Hill; 1982. pp. 218-259.
100. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertil Steril. 1992;57(6):1247-1253. doi:10.1016/s0015-0282(16)55082-1
101. Jang SH, Study on the relationship between state-anxiety and family support perceived by hospitalized patients [master's thesis]. Gwang-ju: Chosun University; 1991. p.1-43
102. Kim MO, (The) effect of a mind-body therapeutic program for infertile women repeating IVF treatment on uncertainty, anxiety. Seoul: Yonsei University; 2009. p 93.
103. Lee YH, Park JS. Factors Affecting the Infertility-Related Quality of Life among the Infertility Women. JOURNAL OF THE KOREAN SOCIETY OF MATERNAL AND CHILD HEALTH 2019;23(3):191-201.
104. Oh MH. Current status and issues of assistance for infertile couples in South Korea and Japan. Japanese Cultural Studies. 2020;73():241-259.
105. Kim MO, Hong JE, Lee EY. The Relationship between Fatigue, Health-Promoting Behavior, and Depression among Infertile Women [Internet]. Vol. 25, Korean Journal of Women Health Nursing. Korean Society of Women Health Nursing; 2019. p. 273. Available from: <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2019.25.3.273>

106. de Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod.* 2005;20(5):1324-1332. doi:10.1093/humrep/deh743
107. Jang rae Kim, Kyung jin Chu, Seung Jae Lee, Taek Hoo Lee, Seung Joo Chon, Seo-eun Cho, Chul Min Tae, Ki Hyun Chung, Anna Choi. (2020). Review and Future Perspectives of the Korea Counseling Center for Fertility and Depression (KCCFD) Counseling Service Based on User Characteristics: Focusing on Infertility. *JOURNAL OF THE KOREAN SOCIETY OF MATERNAL AND CHILD HEALTH*, 24(4), 181-195.
108. Lee YS, Kwon JH. A Survey on the Current Status and Demands of Infertility Counseling Towards the Development of an Infertility Counseling Delivery System. *JOURNAL OF THE KOREAN SOCIETY OF MATERNAL AND CHILD HEALTH*, 2020; 24(1), 52-63.
109. Sternke EA, & Abrahamson K (2015). Perceptions of women with infertility on stigma and disability. *Sexuality and Disability*, 33, 3 - 17
110. Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro MC, Soares I, Almeida-Santos T. Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? the mediating role of the importance of parenthood. *Br J Health Psychol.* 2016;21(2):302-317. doi:10.1111/bjhp.12169
111. Im SB, O HY, Park YI, Lee EH, Lee S. Analytical review of resilience for preventive mental health nursing. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2002; 11(3):304-315.
112. Martínezmartí ML, Ruch W. Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction. *J Posit Psychol.* 2016;12(2):1 - 10.
113. Popa-Velea O, Diaconescu L, Jidveian Popescu M, Truțescu C. Resilience and active coping style: Effects on the self-reported quality of life In ca

ncer patients. *Int J Psychiatry Med.* 2017;52(2):124-136.

doi:10.1177/0091217417720895

114. Kim HJ, Chung YJ. The Effects of Narcissism on Passive Stress Coping: The Sequential Mediating Effects of Perfectionistic Self-Presentation and Ambivalence over Emotional Expression. *Korea Journal of Counseling*2018;19(5):337-3

부록 1. 연구대상자 설명문 및 동의서

연구대상자 설명문 및 동의서

본 연구는 난임 전문 병원을 통해 현재 난임치료(배란유도, 인공수정, 시험관 아기 시술)중인 난임 여성을 대상으로 군집분석을 통해 난임 스트레스 대처 유형을 구분하고, 특성을 파악하여 난임 여성의 심리, 정서적 문제에 대한 간호 중재를 돕기 위한 조사연구를 수행하고자 합니다.

본 연구에 참여할 것인지 결정하기 전에 귀하께서는 본 설명문 및 동의서를 신중하게 읽어보셔야 합니다.

이 연구가 수행되는 목적과 이유에 대해서 이해하는 것이 중요합니다. 본 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행되며, 귀하께서는 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바랍니다.

본 설문조사의 결과는 연구의 목적으로만 사용될 것이며 응답사항에 대하여 다른 목적으로 유출되는 일은 없을 것입니다. 필요하다면 가족이나 친구들과 의논하시고, 질문 사항이 있다면 담당연구원이 자세하게 설명해 줄 것입니다.

귀하께서 궁금해하시는 모든 질문을 해 주시고 충분히 답변을 받았다고 생각될 때 이 동의서에 서명해 주십시오. 본 문서에 대한 귀하의 서명은 본 연구에 대한 설명을 들었고 자발적으로 참여를 원한다는 것을 의미합니다.

1. 연구의 배경과 목적

본 연구는 난임 전문 병원을 통해 현재 난임 치료 중인 난임 여성을 대상으로 군집분석을 통해 난임 스트레스 대처 유형을 구분하고, 특성을 파악하여 난임 여성의 심리, 정서적 문제에 대한 간호 중재를 돕기 위한 조사연구를 수행하고자 합니다.

2. 연구 참여 대상자 수

본 연구는 이 연구에 참여하는 것을 동의한 120명의 난임 클리닉을 통해 난임 치료를 받고 있는 난임 여성입니다.

3. 연구 방법

귀하는 연구 설명문의 내용을 읽고 이해하신 후 설문지 작성에 동의하면 본 연구에 참여하시게 됩니다. 귀하가 작성한 동의서를 연구책임자에게 제출하시면 연구책임자는 귀하를 대상으로 본 연구와 관련된 설문조사를 실시합니다.

4. 연구 참여 기간

본 연구 설문지의 참여 소요시간은 약 10~20분이 소요될 것입니다.

5. 연구 대상자에게 미칠 것으로 예견되는 위험이나 불편

연구대상자의 개인 시간이 할애될 것이며 설문 작성과 관련된 경미한 피로도와 스트레스가 발생할 수 있습니다. 이럴 때 귀하는 언제든지 설문지 작성을 멈출 수 있습니다. 만일 연구 참여 도중 발생할 수 있는 위험 요소에 관한 질문이 있으시면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주십시오. 이 연구에 참여하는 동안 개인에 따라서는 (신체적, 정신적, 개인 정보) 관련 위험은 낮을 것으로 예상됩니다.

6. 연구 참여에 따른 이익 및 혜택

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없으며 설문 작성 완료 시 일 만원 상당의 기프티콘(커피음료 쿠폰)을 지급할 예정입니다. 그러나 귀하가 제공하는 정보는 난임 여성의 스트레스 대처 유형과 특성을 구분하여 긍정적인 대처를 위한 프로그램 개발의 기초 자료에 도움이 될 것입니다.

7. 연구에 참여하지 않을 시 받을 수 있는 불이익

연구에 참여하지 않거나 중단하더라도 귀하에게 어떠한 불이익도 초래되지 않

을 것입니다.

8. 개인 정보와 비밀보장(개인정보보호 및 개인정보 제공에 관한 사항)

연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀보장을 위해 최선을 다할 것이며, 만일 법이 요구하면 참여자의 개인 정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 공공기관생명윤리위원회는 연구대상자의 비밀보장을 침해하지 않고 관련 규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 및 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다.

연구자는 헬싱키선언 10개 원칙에 따라 연구를 진행할 것이며, 참여자의 수집되는 개인 정보는 다음과 같습니다. (성별, 나이) 해당 정보는 연구를 위해 연구 종료 후 3년까지 사용되며 수집된 정보는 개인정보 보호법에 따라 적절히 관리될 것이며, 위반하였을 경우 이에 대한 법적 조치를 따를 것입니다. 해당 연구정보는 연구자 이외에는 제공되지 않으며, 연구 종료 후 개인 정보는 3년간 보관되며 이후 파쇄기를 이용하여 폐기될 것입니다

9. 연구 중단 사유:

본 연구는 귀하의 자발적인 참여로 이루어지며 자유의사에 의하여 언제든지 이 유를 제시하지 않고 연구 참여 동의를 취소할 수 있습니다. 어떠한 선택을 하셔도 귀하에게 불이익이 없을 것입니다.

10. 연구 문의

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구책임자에게 언제든지 연락하십시오.

연구책임자(성명) : 최 유 미

전화번호 :

만일 어느 때라도 연구대상자로서 귀하의 권리에 관한 질문이 있다면 다음의 조선대학교 기관생명윤리위원회에 연락하십시오.

조선대학교 기관생명윤리위원회(IRB) 전화번호: 062-230-7640~3

Email: irb@chosun.ac.kr

연구대상자 성명		연구대상자 서명	
입회자 성명 (필요시)		입회자 서명 (필요시)	
입회상황 및 사유			

연구책임자는 본 조사연구의 목적, 방법, 환자의 권리, 비밀보장 등에 대해서 상세히 연구대상자에게 설명해 주었고, 대상자 스스로 이 연구에 참여할 것을 결정하고 서명하였음을 확인합니다.

년 월 일

연구책임자 : 최 유 미

연락처 :

E-mail :

부록 2. 설문지

I. 일반적인 특성

다음은 귀하의 일반적인 특성에 대한 문항들입니다.
본인의 생각과 가장 가까운 곳에 (✓) 표 해 주십시오.

1. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까? .

- ① 20~25세 ② 26~30세 ③ 31~35세 ④ 36~40세 ⑤ 41세 이상

2. 귀하의 종교는 무엇입니까?

- ① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 무교 ⑤ 기타

3. 귀하의 교육 정도는 어느 정도입니까?

- ① 고졸 이하 ② 대학 졸업 ③ 대학원 이상

4. 귀하의 직업은 있습니까?

- ① 있다 ② 없다

5. 결혼 기간이 얼마나 되십니까?

- ① 1-3년 미만 ② 3-5년 미만 ③ 5-7년 미만 ④ 7년 이상

6. 귀하의 월 평균수입은 얼마나 됩니까?

- ① 200만원 미만 ② 200만원 - 300만원 미만 ③ 300만원 - 500만원 미만 ④ 500만원 이상

7. 귀하의 가족 구성원은 어떻게 됩니까?

- ① 배우자만 ② 배우자와 자녀 ③ 시부모 모심 ④ 친정 부모 모심 ⑤ 기타

8. 치료비 부담 정도는 어떻게 되십니까?

- ① 매우 부담 ② 약간 부담 ③ 보통 ④ 괜찮다 ⑤ 전혀 부담 없다

I -1. [난임 관련 특성]

1. 난임의 원인은 무엇입니까 ?

- ① 원인 불명 ② 남성 측 원인 ③ 여성 측 원인 ④ 양측 원인

2. 귀하의 난임 치료 기간은 어떻게 되십니까?

- ① 1년 이상 - 3년 미만 ② 3년 이상 - 5년 미만 ③ 5년 이상 - 10년 미만 ④ 10년 이상

3. 난임 치료 방법은 어떻게 되십니까?

- ① 인공수정 ② 체외 수정 ③ 배란 유도 ④ 기타

4. 체외수정 경험이 있다면 횟수가 어떻게 되십니까?

(없으면 생략, 해당자만 기입하세요)

- ① 1회 ② 2~3회 ③ 4~5회 ④ 6회 ⑤ 7회이상

5. 귀하의 유산 경험은 있으십니까?

- ① 없음 ② 자연 유산 ③ 인공 유산

6. 귀하가 난임 치료에 임하는 태도는 어떻게 되십니까?

- ① 적극적인 태도 ② 보통 ③ 소극적인 태도

7. 아이를 가장 바라는 사람은 누구입니까? (한 문항만 선택)

- ① 본인 ② 배우자 ③ 친정 식구 ④ 시집 식구 ⑤ 기타

8. 난임에 가장 부담을 주는 사람은 누구입니까?

- ① 남편 ② 시부모 ③ 친정부모 ④ 시형제 ⑤ 친형제 ⑥ 없다 ⑦ 기타

9. 난임 치료에 가장 협조적인 사람은 누구입니까?

- ① 남편 ② 시부모 ③ 친정 부모 ④ 시형제 ⑤ 친형제 ⑥ 없다 ⑦ 기타

10. 난임으로 인해 경험하는 가장 큰 어려움은 무엇입니까?

- ① 경제적 어려움 ② 부부 관계 어려움 ③ 본인 심리 문제 ④ 가족 관계 ⑤ 건강상 문제 ⑥ 사회적 편견 ⑦ 기타

11. 난임 상담 경험은 있으십니까?

- ① 경험없다 ② 있다(산부인과 의사) ③ 있다(산부인과 간호사) ④ 있다(기타)

II. 난임 스트레스 대처 측정 도구 (Stress Coping Scale for Infertility)

다음 문항은 귀하가 스트레스나 어려운 상황에서 사용하는 대처방식들에 대한 내용입니다.

본인이 동의하는 정도에 따라서 해당란에 (✓) 표시해 주십시오

번호	문항	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1	난임을 이겨내기 위해 노력을 더 많이 늘린다				
2	내가 가지고 있는 난임의 원인을 찾고 해결하기 위해 노력한다.				
3	매 시술의 모든 과정에 집중하기 위해 노력한다.				
4	임신이 되지 않는 원인을 찾기 위해 노력한다.				
5	나에게도 변화가 필요함을 깨닫고 변화를 시도한다.				
6	임신에 성공할 수 있도록 생활습관 또는 마음가짐을 변화시킨다.				
7	배란체크에 매달리는 시간을 줄이려고 노력한다.				
8	조급한 마음을 가지지 않으려고 노력한다.				
9	생리때마다 예민해지거나 우울해지지 않으려고 노력한다.				
10	난임에 지나치게 얽매이지 않고 나 자신과 우리 부부의 삶이 우선이 될 수 있도록 노력한다				
11	남편이 함께 병원에 동행하거나 배려해 주기를 바라는 마음을 표현한다.				
12	부부간의 친밀감을 유지하기 위해 더 자주 소통하려고 노력한다				
13	난임에 대한 문제를 결정할 때는 남편(아내)에게 의견과 지지를 구한다				
14	가능한 많은 사람(친구, 동료등)을 만나 정보를 교환한다.				
15	같은 경험을 하고 있는 사람들을 만나 마음을 나눈다.				

16	병원이나 사설기관으로부터 치료 및 정서 상담 등 전문적인 도움을 구한다.				
17	난임에 대한 나의 감정을 다른 사람에게 차분하게 이야기 하려고 한다.				
18	난임 사실을 감추기 위해 대체로 사람들과 어울리기를 피한다.				
19	아이와 관련된 질문에는 대화를 다른 방향으로 전환한다.				
20	생활에 활력이 없고 아무것도 하고 싶지 않다.				
21	임신한 여성을 보는 것이 불편하다.				
22	계획된 성행위가 부담스러워 피하거나 빨리 시간이 지나갔으면 한다.				
23	난임으로 인해 별거 및 이혼을 생각해 본다.				
24	결혼하지 않았으면 어떠했을까를 생각해 본다				
25	배란주기가 돌아와도 잊은 척 그냥 지나가기도 한다.				
26	관심을 임신 이외의 것으로 돌릴 수 있는 일을 찾는다.				
27	난임의 원인에 대해 생각하지 않으려 한다.				
28	치료 실패에 대한 두려움 때문에 치료를 망설이기도 한다.				

Ⅲ. 난임 적응 척도(Fertility Adjustment Scale)

본 문항은 난임 적응에 관한 문항입니다.

본인이 동의하는 정도에 따라서 해당란에 (✓) 표시해 주십시오.

번호	문항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우그렇다
1	아이를 가질 때까지 노력/치료를 계속할 것이다.					
2	아이를 가진다는 것은 장점과 단점 모두를 가지고 있다					
3	자녀를 가질 수 있는지 확실히 알 때까지 미래를 계획할 수 없다					
4	아이를 갖지 못할 가능성에 대해 남편과 이야기 할 수 있다					
5	다른 무엇보다 내 자신의 아이를 갖기를 원한다					
6	아이 없어도 가능한 미래를 계획한다					
7	한 달 한 달 겨우 사는 것 같다					
8	내 아이를 가지지 못한다면 항상 채워지지 않은 느낌이 들 것 같다					
9	아이 없이도 미래의 삶에 적응할 수 있다고 생각한다					
10	나는 평범한 일상생활을 계속할 수 있다고 확신한다					
11	아이 없는 삶은 상상이 되지 않는다					
12	아이가 있든 없든 삶은 힘들 수 있다고 생각한다					

IV. 극복력 (Resilience Scale)

본 문항은 극복력에 관한 질문입니다.

본인이 동의하는 정도에 따라서 해당란에 (✓) 표시해 주십시오.

번호	문항	전혀 그렇 지않 다	약간 그렇 지않 다	때때 로 그렇 다	흔히 그렇 다	거의 언제 나 그렇 다
		1	2	3	4	5
1	변화가 일어날 때 적응할 수 있다					
2	스트레스를 받았을 때 날 도와줄 가깝고 든독한 사람이 적어도 하나 있다.					
3	내가 가지고 있는 문제에 분명한 해결책이 없을 때에는, 가끔 신이나 운명이 도와줄 수 있다.					
4	나는 무슨 일이 일어나도 처리할수 있다					
5	과거의 성공들은 내가 새로운 도전과 역경을 다루는데 자신감을 준다.					
6	어려운 일이 생겼을 때, 나는 그 일의 재미있는 면을 찾아보려고 노력한다.					
7	스트레스 극복을 통해서 내가 더 강해질 수 있다.					
8	나는 병이나, 부상, 또는 다른 역경을 겪은 후에도 곧 회복하는 편이다					
9	좋은 일이건, 나쁜 일이건 대부분의 일들은 그럴 만한 이유가 있어 일어나는 것이라 믿는다.					
10	나는 결과에 상관없이 최선의 노력을 기울인다.					
11	비록 장애물이 있더라도 나는 내 목표를 성취할 수 있다고 믿는다.					
12	희망이 없어 보이는 경우에도, 나는 포기하지 않는다.					

13	스트레스/위기 상황에서, 누구에게 도움을 청해야 할지 안다.				
14	스트레스를 받을 때에도 나는 집중력과 사고력을 잘 유지한다.				
15	타인이 모든 결정을 하게 하기보다는 내가 문제 해결을 주도하는 것을 더 좋아한다.				
16	나는 실패 때문에 쉽게 용기를 잃지는 않는다				
17	나는 삶의 도전이나 역경에 잘 대처하는 강한 사람이라고 생각한다				
18	나는 남들이 탐탁치 않게 생각하는 어려운 결정도 필요하다면 할 수 있다.				
19	슬픔, 공포 그리고 분노와 같은 불유쾌하거나 고통스러운 감정들을 잘 처리할 수 있다.				
20	인생의 문제를 처리할 때, 간혹 이유없이 직감에 따라 행동해야만 할 때가 있다.				
21	삶에 대한 강한 목표의식이 있다.				
22	스트레스를 받았을 때 날 도와줄 가깝고 돈독한 사람이 적어도 하나 있다.				
23	내가 가지고 있는 문제에 분명한 해결책이 없을 때에는, 가끔 신이나 운명이 도와줄 수 있다.				
24	나는 무슨 일이 일어나도 처리할수 있다				
25	과거의 성공들은 내가 새로운 도전과 역경을 다루는데 자신감을 준다.				

V. 배우자 지지 (spousal support)

본 문항은 배우자 지지에 관한 문항입니다.

본인이 동의하는 정도에 따라서 해당란에 (✓) 표시해 주십시오.

번호	문항	전혀 그렇 지 않다	그렇 지 않다	그저 그렇 다	그렇 다	항상 그렇 다
1	남편은 나의 식사나 영양 문제에 대하여 신경을 써 준다.					
2	남편은 나로 하여금 병원에 가도록 일깨워 준다.					
3	남편은 나를 아끼고 사랑해 준다.					
4	남편은 나의 모든 일에 관심을 쏟아준다.					
5	남편은 내가 해결 할 수 없는 어려움에 부딪혔을 때 친구나 친척, 종교관계자 기타 조언자를 만나도록 도와준다.					
6	남편은 나에게 헌신적인 도움을 준다.					
7	남편은 나의 의견을 존중해 주고 칭찬해 준다.					
8	남편은 집안문제나 남편의 문제를 나와 의논한다.					
9	남편은 나의 행동이나 생각에 찬성해 준다					
10	남편은 나와 자주 대화를 나누며 지낸다.					
11	남편은 내 마음을 편하게 해주기 위하여 화나 신경질을 참는 편이다.					
12	남편은 일정한 시간에 귀가한다.					
13	남편은 나에게 임신할 수 있다고 용기과 격려를 준다.					
14	남편은 내가 시술 후(난자채취, 배아이식) 신체적으로 힘들어 할때 집안 일이나 나의 일을 도와준다.					
15	남편은 나의 적절한 운동을 위하여 함께 가벼운 산책이나 외출을 한다					
16	남편은 내가 경제적인 문제(수술비나 치료비 등)로 걱정할 때 위로해 준다.					

17	남편은 나에게 전과 같이 애정표현을 하여 준다.					
18	배란유도제나 주사약 처방이 있을 때 힘들거나 아프지는 않을까 걱정해 준다.					
19	시댁, 자고, 친구 등 모임 시에 부담을 줄 경우 가운데서 중재를 잘 해 준다.					
20	시술 후(난자채취, 배아이식)에 주의사항을 함께 지키도록 배려해 준다.					
21	난임의 원인을 파악할 때에 처음부터 함께 참여하며 적극적이다					
22	내가 현재 어떤 난임 치료 중에 있는지 남편이 알고 있으며 알기를 원한다.					
23	나는 배우자를 믿고 의지할 수 있다.					