

# 여성의 난임 대처 측정도구 개발

김미옥<sup>1</sup> · 고정미<sup>2</sup>

<sup>1</sup>단국대학교 간호대학, <sup>2</sup>국제대학교 간호학과

## Development of a Coping Scale for Infertility-Women (CSI-W)

Kim, Miok<sup>1</sup> · Ko, Jung-Mi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>College of Nursing, Dankook University, Cheonan

<sup>2</sup>Department of Nursing, Kookje University, Pyeongtaek, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to develop a Coping Scale for Infertility-Women (CSI-W). **Methods:** The initial items were based on an extensive literature review and in-depth interviews with seven infertile women. Forty-three items were derived from a pilot survey. Data were collected from 216 women who had experienced intrauterine insemination (IUI) and in-vitro fertilization (IVF) more than once. The data were analyzed to verify the reliability and validity of the scale. **Results:** Seven factors containing 28 items (four factors containing 17 items for active coping and three factors containing 11 items for passive coping) were extracted from the exploratory factor analysis to verify the construct validity. The four factors of active coping were confrontation, self-control, seeking social support (spouse), and seeking social support (colleagues and experts). The three factors of passive coping were distancing, escape, and avoidance. These items were verified through convergent, discriminant, and concurrent validity testing. The internal consistency reliability was acceptable (active coping: Cronbach's  $\alpha = .78$ ; passive coping: Cronbach's  $\alpha = .81$ ). **Conclusion:** As its validity and reliability have been verified through various methods, the CSI-W can contribute to assessing the coping strategies of infertile women.

**Key words:** Infertility; Female; Behavior; Coping; Factor Analysis, Statistical

## 서론

### 1. 연구의 필요성

난임은 세계적인 공중보건문제로 [1], 한국에서 난임으로 진단된 대상자는 2017년 기준 20만 8,703명으로 지난 10년 동안 연평균 3.1%씩 증가하고 있다 [2]. 난임은 한국의 출산율 저하의 직접적 원인 중 하나로 저출산 극복의 중요한 요인으로 주목되고 있는데, 이를

극복하기 위해 2006년 난임 시술비 지원사업 도입을 시작으로 2017년 10월에는 난임 시술비의 건강보험화에 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 [3].

많은 경우에서 난임은 스트레스와 우울, 불안, 공포, 분노, 수치심, 질투심, 외로움, 절망, 자존감 부족, 감정적 불균형, 그리고 성 기

주요어: 난임 여성, 대처행동, 요인분석

\* 본 연구는 2016년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원에 의해 수행되었음(과제번호: NRF-2016R1D1A1B03936019).

\* This study was supported by the National Research Foundation of Korea fund in Korean Government (No. NRF-2016R1D1A1B03936019).

Address reprint requests to : Ko, Jung-Mi

Department of Nursing, Kookje University, 56 Janganut-gil, Pyeongtaek 17731, Korea  
Tel: +82-31-612-9452 Fax: +82-31-612-9449 E-mail: mizmee@naver.com

Received: February 19, 2020 Revised: August 1, 2020 Accepted: August 6, 2020 Published online October 31, 2020

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>)

If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

능장애 등의 부정적인 심리적 반응을 이끌어내는 큰 위기와 스트레스 요소로 작용하여 개인과 부부, 사회적 문제를 야기한다[4]. 특히, 한국의 유교적 문화 속에서 난임은 개인 발달과업의 중요한 요소이자 가족의 존속 개념을 위협하는 문제로 이해되고 있고[5] 난임의 원인이 남성에게 있다 하더라도 남성보다 여성이 더 많은 영향을 받게 되므로[6], 여성들이 난임과 관련된 문제에 어떠한 대처 방법을 사용하여 개인적·관계적 측면에서의 적응에 이르는 지에 대한 관심이 요구된다. 이는 또한 난임 대상자를 위한 심리정서 중재 기틀 마련에 있어 중요한 요소가 될 수 있다.

Lazarus와 Folkman [7]에 따르면, 대처란 구체적 상황에서 사람들이 취하는 인지적, 행동적 반응으로 모든 상황에서 일관되게 발휘되는 것이 아닌 상황에 따라 변화한다. 스트레스에 대한 결과로 나타나는 대처양식은 문제중심 대처양식의 적극적 대처와 정서중심 대처양식의 소극적 대처로 구분되며[7], 두 대처양식 중 적극적 대처가 소극적 대처에 비해, 문제중심 대처양식이 정서중심 대처양식보다 심리적 안녕에 긍정적 영향을 미친다[8].

난임은 통제력이 낮은 스트레스 요인으로[9] 여성은 상황을 본질을 적극적으로 변화시키는데 할 수 있는 것이 거의 없다[10]. 그 결과, 스트레스 요인 이외의 것에 초점을 맞추고 수동적 대처 양식과 정서 중심 전략을 사용하는 것에 적응하는데[10], 정서중심의 소극적 대처는 난임 여성의 건강 불만, 우울, 불안 및 복잡한 슬픔과 정서관계에 있어[11] 난임에의 적응을 어렵게 하는 요인이 된다. 난임 부부 역시 생식력에 문제가 없는 부부에 비해 회피전략을 더 많이 사용하며, 특별히 여성에게서 경험적 회피와 자기판단 메커니즘을 더 많이 사용하여 정서적으로 분리된 대처 전략을 덜 사용하는 것으로 나타났다[11,12]. 난임 여성이 사용하는 강한 회피전략은 디스트레스를 증가시키며, 대인관계 자원이 부족할 때 주로 사용한다[13]. 사회적 지지는 개인이 난임에 직면할 때 가장 중요한 자원으로, 배우자 지지는 부부의 관계 문제와 성적 문제를 감소시키고 잠재적으로 의미기반 대처 전략의 사용을 증가시킬 수 있을 뿐만 아니라, 여성의 적극적 대처를 통해 직, 간접적으로 스트레스를 낮출 수 있다[14]. 또한 적극적 대처를 격려하는데 있어 친구 자원이 중요할 수 있고, 가족 지원이 적극적 회피 대처와 사회적 스트레스를 감소시킬 수 있다[13].

난임 여성의 대처는 주로 Lazarus와 Folkman [7]의 대처측정도구(Ways of Coping Questionnaire [WCQ])를 이용하여 측정된다. 이는 일반 성인의 대처 측정도구로 개발되어 일반 성인이나 만성질환 환자들에게 주로 사용되고 있으므로, 난임 여성에게 사용할 경우 여성이 난임의 진단과 치료과정에서의 다양한 경험, 즉, 여성의 정체성, 결혼과 자녀에 대한 의미를 수반하는 스트레스와 배우자, 가족, 동료 및 사회와 같은 난임 여성을 둘러싼 환경으로부터 오는 스트레

스에 기반한 대처방법을 구체적으로 측정하기 어렵다. Systemic Transactional Model (STM) [15]은 Lazarus와 Folkman [7]의 스트레스 대처 이론을 부부의 관점으로 확장시켜 지각된 스트레스와 대처를 친밀한 관계, 특히, 이성관계에 기반한 사회적 과정으로 보기 시작한 이론이다. 이 이론에 따르면, 스트레스 맥락에서 한 배우자가 역경을 경험하는 것은 그 사람에게 제한되는 것이 아니라 상대 배우자의 경험과 안녕에도 영향을 미쳐 공동의 이슈(dyadic issues)가 되며, 부부 수준에서의 대처양식, 즉, 공동대처(dyadic coping)가 중요한 역할을 한다. 여성, 남성, 남녀복합요인 및 원인불명으로 인한 난임으로 진단받고 치료과정에서 여성이 경험하는 스트레스와 일반적인 스트레스는 차별화되고, 그 과정에서의 대처양식을 평가할 때는 관련 경험을 충분히 담아야 한다. 그러나 STM은 부부 수준에서의 공동대처를 다루고 있어 출산이 여성의 일차적이고 최종적인 책무로 여겨져 온 한국의 사회문화적 배경에서[16] 여성이 경험하는 난임의 특성을 세밀하게 다루기에는 어려움이 있다. Schmidt 등[17] 또한 Lazarus와 Folkman [7]의 대처측정도구를 바탕으로 난임 남·녀의 대처를 측정하는 도구를 개발하였으나 배우자와의 관계적 측면이 포함되어 있지 않아, 여성의 심리정서 상태와 삶의 질 차원에서의 배우자와의 관계, 배우자 지지의 직·간접적인 영향을 받는 한국의 난임 여성들[18,19]의 대처 특성을 충분히 담아내고 있다고 보기 어렵다.

난임인 개인은 난임의 진단과 치료과정에서 경험하는 사건이나 상황이 개인의 안녕에 위협이 되는 것으로 판단되는 경우, 이를 스트레스로 인지하게 된다. 이 경우 난임 여성은 문제해결을 위한 방안을 마련하기 위해 대처자원을 탐색하고 대처전략을 결정하며 환경과 상호작용하여 주어진 상황을 극복해 나가는 능동적 주체가 되어야 한다. 본 연구는 Lazarus와 Folkman [7]의 스트레스-대처 모형의 관점에 따라 난임 관련 선행연구와 난임 여성과의 심층면담 결과를 바탕으로 난임 여성과 주변과의 관계에서 끊임없는 상호작용을 통해 발생하는 스트레스에 대한 대처양식을 측정하는 도구를 개발하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 여성이 난임의 진단과 치료과정을 거치면서 주로 사용하는 대처양식을 측정하기 위한 도구를 개발하는 방법론적 연구로, 여성의 난임 대처 측정도구를 개발하고, 개발된 여성의 난임 대처 측정도구의 신뢰도와 타당도를 검증하는 것을 목적으로 한다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 여성의 난임 대처 측정도구를 개발하고, 타당도와 신뢰도를 검증하기 위한 방법론적 연구이다.

### 2. 도구개발과정

여성의 난임 대처 측정도구 개발 및 타당화 과정은 DeVellis [20]의 도구개발 과정에 따라 도구개발단계와 도구검증단계로 진행하였다. 첫 번째, 도구개발 단계에서는 문헌고찰과 심층면담을 통해 난임 여성의 대처양식의 구성요인을 확인하고, 측정도구의 예비 문항을 구성하였으며, 전문가 내용타당도 검증절차를 통해 예비도구를 완성하였다. 두 번째, 도구검증 단계에서는 난임 여성을 대상으로 본 조사를 실시하여 도구의 타당도와 신뢰도를 검증함으로써 측정도구를 완성하였다.

#### 1) 도구개발 단계

##### (1) 문헌고찰

여성의 난임 대처 구성요인을 규명하기 위하여 관련 선행 연구와 기존 도구 및 문헌을 고찰하였다. 문헌검색은 인터넷을 이용하여 학술연구정보서비스(RISS)와 PubMed, EMBASE, CINAHL, 과학기술정보 통합서비스(NDSL)를 통해 출판 및 완성된 학술지 그리고 학위 논문을 검색하였고 언어는 한국어와 영어로 제한하였다. 난임 여성 'infertile women', 'women for infertility', 난임 'infertility', 'sterility', 'fertility', 불임(난임) 경험 'infertility experiences', 'experiences of infertility', 난임 치료 'assistant reproductive technology', 'in vitro fertilization', 'fertility treatment', 대처 'coping', 'coping behaviors'를 주요어로 검색하였다. 검색된 문헌은 PubMed 289편, MEDLINE 265편, CINAHL 109편, RISS 311편이었으며 이중 중복된 논문(n = 85)을 제외하고 대상이 난임 여성을 포함하고 있지 않거나(n = 245), 대처와 관련된 내용이 아니거나(n = 535), 그 외 체계적 문헌고찰(n = 4)과 사례연구 등(n = 62)을 제외하고 최종적으로 43건을 선정하여 고찰하였다. 그 결과, Lazarus와 Folkman [7]의 문제중심 대처양식과 정서중심 대처양식을 Lazarus 등[21]이 재구분한 적극적 대처양식과 소극적 대처양식의 두 구성요인이 난임 여성에게도 동일한 중심개념으로 도출되었다.

적극적 대처는 스트레스로부터 초래되는 상황을 직면하기, 자기통제, 책임수용과 같은 인지적 시도와 사회적 지지, 계획적인 문제해결과 같은 행동적 시도로 대처하고자 하는 양식이다. 문헌고찰 결과, 난임 여성은 난임 문제를 이해하고 인정하며 점진적으로 수용하려는 인지적 시도를 하는데 직면하기[22]와 자기통제[13]로 대처양식

이 표현되었다. 또한, 난임 여성 대부분이 배우자와 함께 난임 문제에 대해 의사소통하고[23] 배우자와 주변인으로부터의 높은 사회적 지지를 받으면서 적극적인 대처전략을 사용하였으며, 전문가를 통해 정보를 수집하고자 하는 적극적 대처양식[13]을 보이는 것으로 나타났다. 적극적인 대처를 하는 난임 여성은 임신에 성공하기 위해 배란 시기를 맞추는 것뿐 아니라, 임신에 적합한 신체 상태를 만드는 등 자신을 관리하고 임신계획에 집중하는 등의 계획적인 문제해결의 대처양식[14]을 보였다. 또한 난임이라는 현실을 받아들이는 것을 주저하지 않고 난임의 원인이 부부 중 누구에게 있는지 책임을 가지고 대체의학을 사용하거나 생활방식을 변경하는 등 난임 문제를 적극적으로 해결하고자 하는 행동적 시도[6,24]를 보였다.

이에 반하는 소극적 대처는 스트레스의 원인을 회피하거나 스트레스 사건을 인지적으로 재구성하거나 자아나 사건의 긍정적 측면을 선별하는데 주의를 기울이는 대처 반응이며[7], '거리두기'와 같은 행동적 시도, '도망, 회피', '소망적 사고'와 같은 인지적 시도가 있다. 난임 여성은 난임과 관련된 상황을 회피하며 부부간에 요구 및 철회의 부정적인 의사소통을 많이 사용하고[13,25], 시댁이나 모임에 가지 않는 등 사회적 관계를 축소시키려고 하는 행동적 시도[26-28]와 현실을 생각하지 않으려는 인지적 시도[26], 혹은 변화를 기다리고 희망하며 현실적 사고를 떠난 소망적 사고[29]를 나타내는 모습을 보였다.

문헌고찰 결과, 여성은 난임 진단과 치료과정에서 적극적 대처양식과 소극적 대처양식 두 구성요인의 인지적, 행동적 시도를 모두 나타내고 있는 것으로 확인되어, Lazarus와 Folkman [7]과 동일하게 적극적 대처의 5개 차원과 소극적 대처의 4개 차원을 도구의 구성요소로 설정하였다.

##### (2) 심층면담

본 연구에서는 국내 난임 여성 7명의 심층면담을 통하여 그 중심개념을 다시 확인하였다. 심층면담은 2018년 4월 7일에서 20일까지 이루어졌으며, 참여자의 연령은 평균 35.3(± 1.03)세로 결혼한 지 평균 4.60(± 0.45)년, 난임 시술 경험은 인공수정 평균 2.70(± 1.02)회, 체외수정 2.20(± 2.41)회이었다. 심층면담은 의미 있는 진술이 더 이상 새롭게 추출되지 않아 포화에 이를 때까지 진행되었으며, 1회 면담시간은 60~80분이었다. 심층면담은 2회~3회 집단상담으로 이루어졌다.

심층면담을 위한 주 질문은 '난임에 어떻게 대처하십니까?'이며, 보조질문은 '난임의 원인과 치료 과정에서 어떻게 대처하십니까?', '자신, 배우자, 가족 및 타인들과의 관계에서는 어떻게 대처하십니까?', '난임을 경험하면서 사용한 대처방법이 있습니까?' 등이었다. 심층면담 내용은 참여자의 동의하에 녹취되고 곧바로 필사하였으며,

Krippendorff [30]의 내용분석 절차에 따라 분석하였다.

심층면담 결과, 지역사회와 병원의 전문가를 통해 정보와 상담을 제공받기를 희망하는 사회적 지지 추구, 배우자와의 의사소통과 일반적인 지지 이외에 '남편과 함께 성관계를 계획하고 그 시간을 즐기 기 위해 함께 노력해요', '남편이 숙제(성관계)해주기를 기다리지 않고 제가 먼저 이야기해요, 부담스럽지 않게 오늘 함께 영화볼까 라는 식으로요와 같이 성생활 측면에서 적극적인 자세로 배우자와의 친밀감 유지를 위한 노력이 포함됨을 확인되었다. 반면, 난임에 대해 소극적 대처양식으로 여성 자신이 배란시기에 성관계를 해야 하는 것과 의무적인 성관계를 피하려고 하며 그에 관해 언급하지 않으려고 하는 등의 거리두기와 회피의 구성요인이 성관계 측면에서 나타나 새롭게 포함되었다.

### (3) 구성요인 도출

본 연구에서는 Lazarus와 Folkman [7]의 스트레스-대처 모델에서 제시한 문제중심 대처양식 및 정서중심의 두 대처양식을 Lazarus 등[21]에 따라 적극적 대처양식과 소극적 대처양식으로 명명하였다. Lazarus와 Folkman [7]의 각 하부영역을 근거로 하여 국내외 난임 경험을 다양하게 탐색한 선행연구를 기반으로 난임 대처의 하부영역을 확인하고, 국내 난임 여성 7명의 심층면담을 통하여 그 중심개념을 확인하였다. 적극적 대처양식은 난임 여성이 자신의 행동을 변화시키거나 환경을 변화시켜서 문제를 규명하고 대안적 해결책을 만드는 등의 행동적, 인지적 시도로 그 구성요인을 확인하였다. 소극적 대처양식은 스트레스로부터 초래되는 정서상태를 조절하려는 노력을 인지적으로 재구성하거나, 회피하는 등의 인지적 시도와 스트레스원으로부터 도망치는 행동적 시도를 나타내는 양식으로 그 구성요인을 확인하였다.

적극적 대처양식은 직면하기, 자기통제, 배우자와의 성생활에서의 적극적인 노력을 포함하는 사회적 지지 추구, 전문가나 지역사회의 전문적인 정보를 포함하는 사회적 지지 추구, 계획적인 문제해결, 책임수용으로, 소극적 대처양식의 구성요인은 거리두기, 도망과 회피, 소망적 사고의 개념을 도출하였다.

### (4) 문항작성 및 도구의 척도 결정

문헌고찰과 심층면담을 통해서 도출된 총 83개의 예비문항을 본 연구자가 간호학 교수 1인과 함께 중복되거나 내용이 불분명한 문항을 삭제 혹은 수정 및 보완하는 과정을 거쳐, 최종적으로 총 66개의 예비문항을 도출하였다. 적극적 대처양식의 직면하기 7문항, 자기통제 10문항, 사회적 지지 9문항, 계획적인 문제해결 9문항, 책임수용 7문항으로, 소극적 대처양식의 거리두기 9문항, 도망 및 회피 9문항, 소망적 사고 6문항이다.

본 연구에서는 도구개발 시 중립으로의 편증을 피하기 위해, 사회과학분야에서 많이 사용한 Lynn [31]의 4점 척도로 등급을 정하여 동의 정도에 따라 '전혀 그렇지 않다' 1점, '대체로 그렇지 않다' 2점, '대체로 그렇다' 3점, '매우 그렇다' 4점으로 하였으며 문항의 점수를 합한 후 점수가 높을수록 대처양식 사용 정도가 많음을 의미하도록 하였다.

### (5) 전문가 내용타당도 검증

도구가 측정하고자 하는 내용을 정확하게 측정하는지를 검토하기 위해 전문가로부터 총 2회의 내용타당도를 검증하였다. 2017년 12월 1차 내용타당도를 위한 전문가 10인[31]에게 의뢰하였다. 1차 내용타당도 검증을 위해 구성된 전문가 집단은 여성건강간호학 교수 2인, 정신간호학 교수 1인, 도구개발에 경험이 있는 간호학과 교수 1인, 난임 연구 교수 1인, 국문학 담당 교수 1인, 임상 난임 간호사 3인, 난임 전문 의사 1인으로 구성하였다. I-CVI (item-content validity index)는 각 문항에 대해 '타당함'과 '매우 타당함'으로 평가한 전문가의 비율이 .78 이상이어야 타당성을 확보한 것으로 판단[31]하는 기준에 따라 1차 전문가 내용타당도에서 .78 이하로 확인된 21문항을 삭제하거나 수정하였다. '가정 이외의 사회에서도 목표를 이루고 삶의 의미를 찾기 위해 노력한다', '운이 나쁠 뿐이라고 생각한다', '내가 무엇을 해야 할지 알기 때문에 스스로 열심히 노력한다' 등 중복된 문항과 난임 여성의 대처 구성요인에 적합하지 않은 문항은 I-CVI .53~.70 사이로 삭제되었고, 표현이 모호한 '난임이 부부 두 사람 모두의 문제임을 지각한다'는 '난임이 부부 중 어느 한쪽이 아닌 두 사람 모두의 문제임을 지각한다'로, '난임 치료로 인한 불편감이 꼭 필요한 과정이라 생각하고 받아들인다'는 '난임 치료로 인한 불편감(신체적 및 심리적 불편감)이 꼭 필요한 과정이라 생각하고 받아들인다'로 수정되어 45문항의 예비문항이 도출되었다.

2차 내용타당도는 1차 내용타당도를 위한 전문가 중 여성건강간호학 교수 1인, 국문학 담당 교수 1인, 임상 난임 간호사 2인, 난임전문 의사 1인에게 실시하였으며, I-CVI가 .78 이하인 문항은 2문항이었다. '주변 사람들의 관심을 일부러 피하려고 하지 않는다'와 '난임에 대해 무엇을 해야 할 지 알고 열심히 노력한다'는 I-CVI가 각각 .60, .40로 낮아 제거하였고, '배란체크에 매달리는 시간을 줄이거나 배란시기에 예민해지지 않으려고 노력한다'는 '배란체크에 매달리는 시간을 줄이려고 노력한다'로 수정되어 최종 예비문항 43문항이 도출되었다.

### (6) 예비도구 완성

#### ① 어휘 수정

국문학 담당 교수에게 문장의 흐름, 사용된 어휘의 정확성과 표현

의 모호성과 왜곡되는 부분이 없는지 자문을 구하여 문항의 표현을 수정하여 예비도구를 정련하였다.

② 예비조사

본 조사를 시작하기 전에 개발된 도구의 이해도와 설문지 작성에 소요되는 시간 등을 확인하기 위해 예비도구에 대한 예비조사를 실시하였다. DeVellis [20]가 예비조사를 위한 대상으로 20~40명을 제안한 근거에 따라, 본 조사에 앞서 난임으로 진단받고 보조생식술을 1회 이상 시행한 경험이 있는 난임 여성 20명을 대상으로 실시하였다. 예비조사에서는 문항의 적절성을 평가하고 이를 바탕으로 문항을 수정하였는데, ‘어떤 방법으로든 내 감정을 표현하기 위해 노력한다’는 ‘내 감정을 표현하기 위해 노력한다’로, ‘같은 경험을 하고 있는 사람들을 만나 마음을 나누고 위안을 받는다’는 ‘같은 경험을 하고 있는 사람들을 만나 마음을 나눈다’로 수정하였으며, ‘다음번 시술에서는 어떻게 해야 하는지에 대해 집중한다’는 ‘매 시술의 모든 과정에 집중하기 위해 노력한다’로 수정하였다.

2) 도구검증 단계

본 도구의 타당도와 신뢰도를 확인하기 위해 문항분석, 탐색적 요인분석, 문항의 수렴/판별타당도 및 집단비교타당도를 통한 구성타당도와 동시타당도 검증을 통한 준거타당도를 실시하였으며, 신뢰도 검증을 실시하였다.

(1) 연구대상

연구 대상자는 난임으로 진단받고 인공수정 및 체외수정을 1회 이상 시행한 경험이 있는 만 20세~44세의 기혼 여성이며, 의사소통이 가능하여 설문조사에 응답이 가능하고, 연구의 목적을 이해하고 동의서에 서명한 자로 선정하였다. 설문지 내용을 이해하고 자가보고 하는데 언어표현 또는 인지적 이해 능력에 문제가 되거나, 난임 이외에 다른 신체적 질환을 동반하고 있는 자는 연구대상에서 제외하였다.

본 조사에는 난임시술 계획하에 서울과 천안지역 두 곳의 난임시술의료기관 외래를 방문하는 여성 230명이 참여하였다. 이는 탐색적 요인분석을 위해 필요한 모집단의 표본크기로 대략 표본수가 200 이상이거나 문항의 5배 정도가 적당하다[32]는 기준에 근거하여 산정된 것으로 탈락율 10%를 고려한 것이다. 작성된 설문지의 내용이 불충분한 설문지 14부를 제외한 총 216명을 분석에 사용하였으며, 이는 잠재적 예비문항 43개의 5배를 만족한다.

(2) 연구도구

예비도구의 준거타당도 검증을 위해 Lazarus와 Folkman [7]의

대처측정도구(WCQ)를 Kim과 Lee [33]가 요인분석을 통해 재구성한 62개의 문항으로 이루어진 도구와의 상관성을 통한 동시타당도를 검증하였다. 도구는 자가보고 형식으로 ‘전혀 사용하지 않음’ 1점, ‘매우 많이 사용함’ 4점의 4점 척도로 이루어져 있으며, Kim과 Lee [33]의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha$  .74~.90이었다.

또한 집단비교타당도 검증을 위해 1971년 미국 국립정신보건연구원에 의해 개발된 총 20개 문항의 자가보고형 우울 척도를 Cho와 Kim [34]이 번역 표준화하여 신뢰도와 타당도를 입증한 우울 척도 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) 한 국어판을 사용하였다. 본 도구는 지난 일주일 동안 경험했던 우울 증상의 빈도에 따라 우울 증상을 4단계의 수준으로 측정하며, 각 문항마다 0점(극히 드물다; 일주일 동안 1일 이하), 1점(가끔 있었다; 일주일 동안 1일에서 2일간), 2점(종종 있었다; 일주일 동안 3일에서 4일간), 3점(대부분 그랬다; 일주일 동안 5일 이상)까지 평가하도록 되어 있다. 총점은 0점에서 60점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 의미하며, 0~15점 사이는 정상군, 16점 이상은 유력우울증(probable depression), 25점 이상은 확실우울증(definite depression)으로 평가한다. 도구의 신뢰도는 일반 집단에서 Cronbach’s  $\alpha$  .90, 임상환자 집단에서 Cronbach’s  $\alpha$  .93, 주요 우울증에서 Cronbach’s  $\alpha$  .89이었다[34]. 난임 여성을 대상으로 한 본 연구에서는 Cronbach’s  $\alpha$  .76이었다.

(3) 자료수집 및 윤리적 고려

본 연구는 단국대학교의 연구윤리위원회 승인(DKU 2018-02-001)을 받은 후 2곳의 난임시술전문병원의 협조를 받아 진행하였다. 본 연구자 중 1인과 훈련받은 연구보조원 1인이 병원에 대기중인 개별대상자에게 연구설명문을 제시한 후 연구참여를 희망하는 자의 대상자 선정기준 충족여부를 확인하였으며, 연구목적, 연구참여의 자발성 및 비밀보장, 연구참여 철회에 대한 설명을 제공한 후 연구 참여에 서면 동의한 난임여성을 대상으로 하였다. 설문지는 개별 봉투에 담아 배부하였으며, 수거 후 곧바로 봉투에 밀봉하여 관리하였다. 자료수집은 2018년 5월 1일부터 2018년 8월 31일까지였으며, 연구에 대한 설명과 설문지 작성에 소요되는 시간은 15~20분이었다.

(4) 자료분석

수집된 자료는 SPSS version 26.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 각각의 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 대상자의 일반적 특성은 평균과 표준편차, 빈도 분석 및 백분율을 이용하며 변수 간 차이 검증은 independent t-test와 one way ANOVA를 이용하여 분석하였다. 둘째, 개발된 도구의 전문가 내용타당도는 I-CVI로 산출하였다. 셋째, 도구의 구성타당도 검증을 위하여 문항분석, 요인분석, 수

럼 및 변별타당도 분석을 실시하였다. 문항분석을 위해 평균과 표준편차, 왜도와 첨도, 문항 간 상관관계, 수정된 문항-총 문항 간 상관관계(Corrected Item-Total Item correlation)를 구하였다. 탐색적 요인분석(Explanatory Factor Analysis [EFA])을 실시하였으며, 주성분분석방법(Principal component extraction method)으로 직교회전(Varimax rotation)을 사용하였다[30,31]. 탐색적 요인분석에 앞서 자료가 요인분석하기에 적합한 자료인지를 검증하기 위하여 구형성검정(Kaiser-Meyer-Olsen [KMO])의 표본 적합도 검정과 Bartlett의 단위행렬 검정을 실시하였다. 문항의 수렴타당도와 판별 타당도를 살펴보기 위하여 다속성-다문항 매트릭스분석을 실시하였다. 넷째, 집단비교타당도 검증을 위하여 CES-D를 사용하였으며 우울분류군에 따른 난임 대처 점수 차이는 one-way ANOVA와 사후검정으로 scheffe방법을 이용하였다. 다섯째, 준거타당도 검증을 위하여 본 연구에서 개발된 도구와 Lazarus와 Folkman [7]의 WCQ 도구 점수 간의 피어슨 상관관계 분석을 하였다. 여섯째, 도구의 신뢰도 검증은 Cronbach's  $\alpha$  값을 이용하였다.

## 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 연령은 평균 34.6 ( $\pm$  3.49)세로 대상자의 54.2%가 직업을 가지고 있었다. 난임의 원인은 원인불명이 40.7%로 가장 많았고, 여성요인이 32.9%, 복합요인 15.7%, 남성요인 10.7% 순으로 나타났다. 자녀가 없는 경우가 81.9%로 많았으며, 종교를 가지고 있지 않은 경우가 56.9%이었다. 난임 시술 단계는 체외수정이 59.7%, 인공수정이 40.3%이었으며, 난임 치료로 임신에 성공한 후 유산을 경험한 경우가 33.3%로 나타났다. 난임 시술비에 대한 부담 정도는 '다소 느끼고 있다'가 66.2%로 나타났으며, '매우 부담된다'는 5.6%로 조사되었다. 조사 당시 난임 시술비 정부 지원을 받고 있는 대상자가 53.7%이었으며, 난임 상담을 받은 경험이 있는 대상자는 7.9%에 불과하였다. 난임 치료에 대한 배우자의 적극성 정도는 소극적이라고 느끼는 경우가 67.1%이었고, 보통이라고 생각하는 경우가 21.8%, 적극적이라고 생각하는 경우가 11.1%이었다(Table 1).

**Table 1.** General Characteristics of Participants

(N = 216)

Characteristics	Categories	n (%)	M $\pm$ SD
Age (yr)	20~29	24 (11.1)	34.6 $\pm$ 3.49
	30~39	161 (74.5)	
	40~49	31 (14.4)	
Job	Yes	117 (54.2)	
	No	99 (45.8)	
Infertile factors	Female factor	71 (32.9)	
	Male factor	23 (10.7)	
	Mixed factor	34 (15.7)	
	Unexplained	88 (40.7)	
Child	Yes	39 (18.1)	
	No	177 (81.9)	
Religion	Yes	93 (43.1)	
	No	123 (56.9)	
Current treatment	Intrauterine insemination	87 (40.3)	2.11 $\pm$ 1.31
	In vitro fertilization	129 (59.7)	2.55 $\pm$ 1.90
Miscarriage experience after fertility treatment	Yes	72 (33.3)	
	No	144 (66.7)	
Treatment cost affordability	Hardly affordable	12 (5.6)	
	Medium affordable	61 (28.2)	
	Easily affordable	143 (66.2)	
Beneficiary of government subsidy for current infertility treatments	Yes	116 (53.7)	
	No	100 (46.3)	
Experience of counseling for infertility	Exist	17 (7.9)	
	None	199 (92.1)	
Spouse's support for infertility treatments	Active	24 (11.1)	
	Neutral	47 (21.8)	
	Passive	145 (67.1)	

M = Mean; SD = Standard deviation.

## 2. 타당도 검증

### 1) 구성타당도

#### (1) 문항분석

문항분석 결과, 각 문항의 평균점수는 1.35~2.48점, 표준편차는 0.58~1.12점으로, 각 문항별 절대값은 왜도 0.01~1.39, 첨도 0.01~1.50의 범위로 2를 하회하여 정규성을 확보하였다. 각 문항의 문항-총점 간 상관계수 값은 .35~.70으로 절대값 .30 이상의 기준치에 부합하였다. 바닥 효과와 천장 효과를 통해 가장 낮은 점수의 문항과 가장 높은 점수의 문항의 빈도(%)가 기준치 30.0% 미만에 적합한지 검토한 결과, 모든 문항들의 바닥/천장 효과는 30.0% 미만으로 도구의 적절성(appropriateness)과 포괄성(comprehensiveness)이 검증되었다.

#### (2) 탐색적 요인분석

본 연구에서는 다수의 측정변수들로부터 소수의 구성요인을 추출하는 분석과정인 탐색적 요인분석 방법[35]이 본 연구 자료의 성격과 더 적합하다 판단되어 구성타당도 검증에 사용하였다. 조작적 정의에서 규명한 구인을 제대로 측정하였는가를 검증하는 구성타당도 검증의 또 다른 방법인 확증적 요인분석은 요인구조에 대한 연구자의 가설을 모형화하고 실제 자료에 대한 가설의 지지여부를 검증할 수 있는 방법으로 정확한 가설검증에 대한 통계적 도구를 제공한다 [36]. 그러나 제2종 오류의 위험성이 높고, 측정변수가 많을수록 타당도가 떨어지게 되어 측정변수가 많은 경우에는 연구자의 판단에 따라 확증적 요인분석을 자제할 필요가 있다는 제언[36]과 확증적 요인분석은 사전에 어떤 잠재변수를 구성하는 측정변수가 미리 지정되어있는 상태에서 이루어져야 하는 과정[35]이라는 점에 근거하여

Table 2. Exploratory Factor Analysis

(N = 216)

Factors	No.	Items	M ± SD	Com-monality	Factor loading			
					F1	F2	F3	F4
Active Confrontation	21	Put more efforts to overcome infertility	2.27 ± 0.58	.75	.85	.14	.03	-.02
	25	Try to identify my infertility causes and resolve them	2.34 ± 0.61	.65	.79	-.00	.11	.09
	19	Try to focus on the whole procedure of each treatment	2.52 ± 0.59	.52	.67	-.11	.20	.11
	1	Try to identify the reason for not being able to pregnant	2.51 ± 0.66	.48	.66	-.09	.00	.17
	26	Realize the need for changes in myself and try them	2.19 ± 0.64	.50	.63	.19	.25	.02
	20	Change living lifestyles and attitudes of minds in order to become pregnant	2.33 ± 0.59	.48	.62	.10	.28	-.07
Self-control	10	Try to reduce efforts for checking ovulation	1.60 ± 0.91	.62	.06	.79	.00	.03
	7	Try not to feel impatient for infertility	1.80 ± 0.82	.54	-.02	.73	-.02	.05
	11	Try not to be sensitive or depressed during menstruation	1.85 ± 0.83	.53	.11	.70	.00	.15
	8	Try not to be overwhelmed by infertility and prioritize myself and my marital relationship	1.71 ± 0.82	.60	-.05	.67	.30	.23
Seeking social support (spouse)	17	Express my wish for my husband to accompany me to the hospital or show his care	2.26 ± 0.76	.66	.25	-.02	.77	.02
	18	Try to communicate with husband more often to keep marital intimacy	2.27 ± 0.69	.56	.15	.10	.72	.07
	16	Ask husband's opinion and support when making decisions about infertility issues	2.32 ± 0.71	.70	.18	.08	.63	.07
Seeking social support (colleague or expert)	13	Exchange information with as many people as possible, such as friends and colleagues	1.37 ± 0.88	.70	.04	.25	.03	.79
	14	Share thoughts and experiences with people who have similar problems	1.37 ± 1.01	.70	.24	.14	-.14	.77
	15	Seek for helps such as therapy or emotional counselling from experts of hospitals or private institutions	1.28 ± 1.12	.46	-.01	-.00	.37	.57
	9	Try to stay calm when I express my feelings on infertility to other people	1.61 ± 0.90	.50	.03	.39	.26	.62
Cronbach's α			.78		.82	.74	.68	.63
Eigen value					4.27	2.58	1.43	1.30
Explained variance (%)					25.9	15.1	8.4	7.6
Commulative variance (%)					25.9	40.2	48.6	56.3
Kaiser-Meyer-Olkin = .78, Bartlett's test of sphericity = 1075.17, p < .001								

Table 2. Continued

Factors	No.	Items	M ± SD	Com-monality	Factor loading		
					F1	F2	F3
Passive coping	38	Avoid getting along with most people to hide my infertility	2.26 ± 1.00	.67	.79	.18	-.08
	39	Try to switch to other topics when asked about kids	2.39 ± 0.94	.60	.74	.24	.02
	37	Have no energy in daily lives and do not feel to do anything	2.41 ± 0.98	.63	.70	.37	-.01
	42	Feel uncomfortable to see pregnant women	2.44 ± 1.00	.56	.67	.32	-.01
	34	Feel burdened for planned sex and try to avoid it or wish to finish quickly	2.48 ± 0.91	.55	.63	-.21	.32
Escape	43	Thought about separation or divorce because of infertility	1.66 ± 0.93	.64	.16	.77	.14
	40	Sometimes imagine what if I did not marry	2.23 ± 1.08	.63	.29	.74	.03
	44	Sometimes ignore an ovulation and pretend to have forgotten	2.06 ± 0.97	.49	.12	.64	.26
Avoidance	31	Seek for activities to turn my interest away from pregnancy	1.86 ± 0.78	.67	.02	.06	.81
	32	Try not to think about the cause of infertility	1.35 ± 0.82	.62	-.08	.25	.74
	36	Hesitate to get treatments because of fear for failure	2.34 ± 1.03	.42	.33	.39	.60
Cronbach's $\alpha$			.81		.79	.69	.64
Eigen value					3.85	1.62	1.00
Explained variance (%)					34.9	14.7	9.1
Commulative variance (%)					34.9	49.7	58.8
Kaiser-Meyer-Olkin = .82, Bartlett's test of sphericity = 651.32, $p < .001$							

M = Mean; SD = Standard deviation.

본 연구에서는 탐색적 요인분석만을 실시하였다.

요인수를 결정하는 기준은 대부분의 도구개발 논문에서 통용되는 기준[32]인 고유값(eigen value) 1.0 이상, 공통성 .40 이상, 요인적재값 .50 이상으로 하였으며, 두 가지 요인에 이중적재된 문항은 배제하였다. 본 도구의 요인적재값은 .56~.85, 공통성은 .46~.74이다. 최종 요인분석결과 적극적 대처 문항 17문항, 소극적 대처 11개 문항, 총 28문항이 추출되었다(Appendix 1).

본 연구의 문항분석에서 확인된 문항이 요인분석에 적절한지를 판단하기 위해 KMO와 Bartlett의 구형성 검증결과, KMO값은 적극적 대처 .78, 소극적 대처 .82로 적절하였다. Bartlett의 검증 결과 또한 유의하여(적극적 대처  $\chi^2 = 1075.17, p < .001$ , 소극적 대처  $\chi^2 = 651.32, p < .001$ ) 요인분석에 적합한 자료임이 확인되었다. 요인추출은 주성분분석방법을 사용하였으며, 요인구조의 간결함을 위해 직교회전 방법인 Varimax방법으로 회전하였다.

적극적 대처양식 문항의 요인분석 결과 4개의 요인이 추출되었으며, 전체 분산의 56.3%를 설명하였다. 요인1은 '직면하기'로 명명하였고, 총 6개의 문항(설명력 25.9%)이다. 요인2는 '자기통제'로 총 4개의 문항(설명력 15.1%)이며, 요인 3은 '사회적 지지 추구(배우자)'로 총 3개의 문항으로 8.4%를 설명하였다. 요인 4는 '사회적 지지 추구(동료 혹은 전문가)'로 명명하였고, 총 4개의 문항으로 7.6%를 설명하였다.

소극적 대처양식 문항의 요인분석 결과 3개의 요인이 추출되었으

며, 전체분산의 58.8%를 설명하였다. 요인 5는 '거리두기'로 명명하였고, 총 5개의 문항(설명력 34.9%)이며, 요인 6은 '도망'으로 총 3개의 문항(설명력 14.7%), 요인 7은 '회피'로 총 3개의 문항, 9.1%를 설명하였다(Table 2).

### (3) 문항의 수렴 및 판별타당도

문항의 수렴타당도와 판별 타당도를 살펴보기 위한 다속성-다문항 매트릭스분석 결과는 각 문항과 문항이 속한 하부척도와의 관계를 상관관계 분석을 통하여 분석하였을 때 같은 하부척도에서의 총 점과의 상관관계가 .40 이상을 기준으로 수렴타당도를 검증하였으며, 다른 하부척도와의 상관관계 계수인 r값의 표준오차의 2배수의 차이를 보이는지 확인하여 판별타당도를 검증하였다[36].

요인별 개념신뢰도(Construct Reliability [CR])는 .75~.92 사이로 나타나 .70 이상의 기준을 충족하며, 평균분산추출지수(Average Variance Extracted [AVE])는 .50 이상으로 집중타당도를 충족한다[37]. 7개 요인의 판별타당도는 잠재변수의 평균분산추출지수가 다른 요인과 상관계수의 제곱 값에 비해 커 확보되었다(Table 3).

### (4) 집단비교타당도

난임이라는 스트레스에 수동적 회피 대처를 많이 사용하는 여성에서 심리적인 디스트레스(우울, 불안, 스트레스 등의 부정적인 정서)가 더 높게 나타났다는 선행연구[38]에 근거하여 새롭게 개발된

**Table 3.** Convergent and Discriminant Validity

(N = 216)

Factor	No	VE	CR	AVE	Correlation $r^2$ ( $\rho$ )				
					F1	F2	F3	F4	
Active coping	1	21	.21	.92	.68	1			
		25	.20						
		19	.24						
		1	.16						
		26	.12						
		20	.29						
	2	10	.44	.80	.50	.15 (.025)	1		
		7	.36						
		11	.43						
	3	17	.35	.81	.54	.24 (.060)	.54 (.298)	1	
		18	.27						
		16	.26						
	4	13	.28	.80	.58	.52 (.271)	.23 (.055)	.25 (.064)	1
14		.27							
15		.35							
9		.28							
Passive coping	1	38	.50	.83	.51	1			
		39	.33						
		37	.42						
		42	.41						
		34	.42						
	2	43	.50	.75	.51	.63 (.403)	1		
		40	.41						
		44	.32						
	3	31	.39	.77	.53	.37 (.142)	.67 (.454)	1	
		32	.18						
		36	.15						

AVE = Average variance extracted; CR = Construct reliability; VE = Variance of error.

도구의 집단비교타당도를 검증하였다. CES-D 절단점을 이용하여 우울 정도를 구분하고, 우울 정도 그룹별로 두 대처양식 사용 정도의 차이를 분석하였다.

본 연구에서 개발된 적극적 대처양식은 우울정도에 따라 유의한 차이가 없었으나( $F = 2.18, p = .115$ ), 소극적 대처양식은 우울 정도에 따라 유의한 차이를 나타내어( $F = 27.14, p < .001$ ) 집단비교타당도를 확보하였다(Table 4).

2) 준거타당도

개발된 여성의 난임 대처 측정도구의 준거타당도 검증을 위해 Lazarus와 Folkman [7]의 대처측정도구(WCQ)를 사용하며, 피어슨 상관관계 분석을 이용하여[19] 상관계수 0.4에서 0.8까지의 기준을 따른다. 본 연구에서 개발된 여성의 난임 대처 측정도구의 적극적 대처양식과 WCQ의 적극적 대처는 중증도의 정적상관관계

( $r = .52, p < .001$ )가 있는 것으로 나타났다. 개발된 도구의 소극적 대처양식과 WCQ의 소극적 대처 또한 중증도의 정적상관관계( $r = .38, p < .001$ )를 보여 본 연구에서 개발된 도구의 준거타당도가 검증되었다(Table 5).

3. 신뢰도 검증

신뢰도 검증은 가장 많이 사용되는 방법인 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 값을 측정하며, 새로운 도구일 경우 .70 이상이면 수용 가능한 수준으로 판단한다[32]. 적극적 대처 17문항의 Cronbach's  $\alpha$  값은 .78, 소극적 대처 11문항의 Cronbach's  $\alpha$  값은 .81이며, 하부영역별 Cronbach's  $\alpha$  값은 적극적 대처 제1요인 .82, 제2요인 .74, 제3요인 .68, 제4요인 .63, 소극적 대처 제1요인 .79, 제2요인 .69, 제3요인 .64이었다(Table 2).

**Table 4.** Comparison of Coping Scale for Infertility-Women (CSI-W) according to Depression (N = 216)

	Range of score	n (%)	CSI-W			
			Active coping		Passive coping	
			M ± SD	F (p)	M ± SD	F (p)
Depression	0~60					
Normal <sup>a</sup>	0~15	109 (50.5)	1.98 ± .30	2.18 (.115)	2.33 ± .33	27.14 (< .001)
Probable depression <sup>b</sup>	16~24	30 (13.9)	1.86 ± .29		2.53 ± .19	
Definite depression <sup>c</sup>	25~60	77 (35.6)	1.90 ± .32		2.68 ± .30	a < b, c

M = Mean; SD = Standard deviation.

**Table 5.** Correlation between Coping Scale for Infertility-Women (CSI-W) and Ways of Coping Questionnaire (WCQ) (N = 216)

		CSI-W	
		Active coping	Passive coping
		r (p)	r (p)
WCQ	Active coping	.51 (< .001)	.16 (.016)
	Passive coping	.37 (< .001)	.38 (< .001)

## 논 의

본 연구는 난임 중재연구의 기초자료를 제공하고자 난임을 진단 받고 난임 치료를 위한 시술에 1회 이상 실패를 경험한 여성을 대상으로 그들이 사용하는 대처를 측정할 수 있는 도구를 개발하였다. 그 결과, 적극적 대처양식 4가지 요인과 소극적 대처양식 3가지 요인이 도출되었다.

적극적 대처양식은 Lazarus 등[21]에서 직면하기, 자기통제, 사회적 지지, 계획적인 문제해결 및 책임수용으로 구분된 반면, 본 연구에서는 직면하기, 자기통제, 사회적 지지 추구(배우자)와 사회적 지지 추구(동료 혹은 전문가)로 나누어졌다. 제 1요인은 ‘직면하기’로 Lazarus 등[21]의 대처양식에서 스트레스 상황을 제거하기 위해 직접적으로 대면하고 행동을 취하는 것을 의미한다. 본 요인은 ‘난임의 원인을 찾고 해결하기 위해 노력한다’, ‘임신이 되지 않는 원인을 찾기 위해 노력한다’ 등 난임 문제를 해결하기 위해 직접적으로 대면하는 문항으로 구성되어 있다. 여성은 난임이라는 사실 자체를 받아들이는 과정, 그 자체에 스트레스를 느끼는데[3], 문제에 직면하려고 하지 않는 행위는 난임 치료시기를 놓치거나 난임 치료 중단 결정에 영향을 미치므로[18] 난임의 진단과 치료과정 초기부터 난임 문제에 직면하고 문제를 해결하기 위해 적극적으로 노력할 수 있도록 도와야 한다.

두 번째 요인은 ‘자기통제’로 ‘생리 때마다 예민해지거나 우울해지지 않으려고 노력한다’, ‘난임에 지나치게 얽매이지 않고 나 자신과 우리 부부의 삶이 우선이 될 수 있도록 노력한다’ 등으로 난임으로

인한 강박적인 일상생활에서 벗어나고자 하는 스스로의 노력을 포함하고 있다. 이는 난임 시술 과정에서 나타나는 우울, 불안, 예민해지는 마음을 스스로 통제하려는 노력으로, 이러한 적극적인 대처의 마음가짐이 난임 여성의 삶의 질에 긍정적 영향을 주는 요소가 된다 [19]. 간호사는 난임 대상자들이 우울, 불안 등의 부정적인 감정을 완화할 수 있도록 도움을 제공하는 한편, 난임 문제를 적극적으로 해결하기 위한 전략에 있어 긍정적인 마음가짐이 가장 우선되어야 함을 인식하도록 도와야 하겠다. 즉, 난임이 개인에게 주는 의미, 난임으로 인한 다각적인 변화 등을 스스로 인지하고 수용하도록 돕고, 난임으로 인한 문제가 개인과 부부의 일상생활을 통제하지 않도록 하는 개인적 차원의 노력이 무엇보다 중요함을 인식하도록 도와야 할 것이다.

세 번째와 네 번째 요인은 ‘남편이 병원에 함께 동행하거나 배려해 주기를 바라는 마음을 표현한다’와 같은 배우자의 지지를 나타내는 요인과 ‘병원이나 사설기관으로부터 치료 및 정서 상담 등 전문적인 도움을 구한다’, ‘가능한 많은 사람(친구, 동료 등)을 만나 정보를 교환한다’ 등 전문가나 지인의 지지를 추구하는 요인으로, 배우자, 지인 및 전문가 등 지역사회로부터 받는 사회적 지지를 통해 난임 문제를 해결하려는 적극적 대처양식 사용에 해당된다. 이는 난임 여성의 삶의 질을 다룬 연구[27]에서 일차적 지지자인 배우자의 역할과 심리적 지지가 중요하게 인식되었고, 그 이후 가족지거나 전문상담사의 지지를 추구한 것과 동일한 결과이다. 이러한 결과는 일차적 지지자인 배우자와의 긍정적인 관계가 난임에 적극적으로 대처할 수 있는 주요 요인으로 작용할 수 있음을 시사하고 있다. 한국의 문화적 배경에서 생식력 감소와 관련된 이슈는 드러내기 쉽지 않지만, 배우자를 통한 사회적 지지가 높은 설명력으로 도출된 것을 미루어볼 때, 국내 난임 여성이 난임을 여성만의 문제가 아닌 배우자와 함께 해결해야 할 문제로 인식하고 있다[19]는 국내의 사회문화적 경향을 반영하는 결과로 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고, 본 연구에서 난임 치료에 대한 배우자의 적극성 정도를 ‘수동적’이라고 평가한 여성이 67.1%에 달하고 있어, 국내에서 난임 문제가 적극적으로 이슈화된 지 10여 년이 지난 현 시점에도 난임 치료 대부분의 과정에서 남성

에 비해 상대적으로 높은 부담을 갖게 되는 여성들이 여전히 배우자의 적극성 정도를 낮게 인식하고 있음을 시사한다. 난임 여성에게 있어 배우자와의 긍정적 상호작용과 의사소통은 적극적 회피 대처를 낮추고 적극적 직면 대처를 높여준다[25]. 그러므로 간호사를 비롯한 모든 의료인은 난임 치료 계획과 과정에 배우자를 적극적으로 포함하여야 할 것이며, 부부가 서로의 대처방식을 이해하고 지지적 관계를 유지할 수 있도록 돕는 부부 대상 중재가 필요할 것으로 사료된다.

또한 난임 여성들은 같은 경험을 하고 있는 사람들을 만나 마음을 나누거나, 남편에 대한 감정을 타인에게 차분히 이야기하려고 하는 등 누군가에게 자신의 생각과 마음을 전달하면서도 정보를 교환하고 전문적인 도움을 구하며 적극적으로 대처하는 양상을 사용하는 것으로 나타났다. 보조생식술을 시행하는 전 세계 모든 나라와 같이 한국에서도 난임 대상자를 위한 상담의 필요성이 대두되면서 2015년 난임 상담이 시범적으로 운영되었고[24], 접근성과 효율성을 높이기 위해 노력하고 있다[39]. 그러나 난임 여성의 상담 내용은 난임치료법 및 시술 관련 내용과 난임의 원인, 진단 및 검사 관련 내용이 주를 이루고 있고, 난임 시술과 관련된 스트레스, 대처, 우울, 불안, 분노 등의 부정적 감정에 관한 상담은 높은 요구에도 불구하고 이용률이 낮다[40]. 이는 난임 여성들이 지역사회와 병원의 전문가를 통한 사회적 지지 추구를 갈망하면서도 적극적인 방법으로 문제를 해결하는 데에는 제한적임을 보여주는 결과로, 난임 여성 개인을 비롯한 사회 모든 구성원의 난임에 대한 인식을 재점검하고 개인이 속한 가정, 직장, 의료기관 및 지역사회의 지지적 노력이 필요함을 시사하는 결과이다. 즉, 배우자는 난임이 부부 모두의 문제임을 인식하고 서로를 지지하며 치료에 임하여야 하며, 직장에서는 난임 시술을 위한 시간적 배려와 함께 신체적 피로와 심리적 어려움을 이해하고 수용하여야 하겠다. 의료기관은 난임 치료 계획시기부터 치료 결과에 이르는 모든 과정에서 대상자 입장에서 그들을 이해하며 적극적인 설명과 지지적 태도를 가져야 할 것이다.

난임 여성들은 이렇듯 문제를 파악하여 적극적으로 해결 방안을 모색하는 대처양식과 함께 스트레스 상황에서 정서적인 고통을 줄이려는 목적으로 거리두기, 도망, 회피의 소극적 대처양식을 사용하는 것으로 확인되었다. 소극적 대처는 스트레스와 관련되거나 스트레스로부터 초래되는 정서 상태를 조절하려는 노력으로, 스트레스의 원인을 회피하거나 스트레스 사건을 인지적으로 재구성하는 대처 반응을 말한다[21]. 소극적 대처양식의 첫 번째 요인인 거리두기는 ‘난임 사실을 감추기 위해 다른 사람과 어울리기를 피한다’와 같은 문항으로 가장 높은 설명력(34.98%)을 나타내었는데, 이는 Schmit 등[17]의 난임 대처 척도에서 ‘임신한 여성이나 아이들을 피한다’, ‘사람들이 임신과 아이에 대해 이야기할 때 자리를 떠난다’의 적극적인

회피와 같은 대처양식으로 볼 수 있다. 또한 본 연구에서 문제를 현실적으로 생각하지 않고 문제 자체가 일어나지 않는 상황에 대해 생각하거나 난임이라는 사실이 존재하지 않는 가정적 사고의 소극적 대처양식을 사용하는 양상이 ‘결혼하지 않았으면 어땠을까 생각한다’ 등의 문항으로 나타나 이를 도망(14.76%)으로 명명하였다. 이와 비슷한 개념이지만 다른 곳으로 관심을 돌리거나 치료 실패에 대한 두려움 때문에 치료를 망설이는 등 현실을 최소화하고 미루는 전략을 사용하는 대처양식을 ‘회피’라고 명명하였다. 이는 Lazarus 등[21]에서 ‘대안적 행동이나 다른 만족원으로 회피하려는 시도’로 제시된 대안적 보상추구 대처양식과 동일하다.

도망과 회피와 같은 소극적 대처양식을 많이 사용하는 난임 여성은 자존감이 낮고, 부부가 서로 부정적인 의사소통을 많이 하게 되며, 부인, 억제, 도피와 같은 회피적 대처양식을 사용하는 그룹은 체외수정 시술 이후 우울이 악화되고 높은 수준의 스트레스를 경험하는 등 난임 여성의 심리적 디스트레스를 증가시키는 주요 요인으로 작용한다[25]. 따라서 간호사는 난임 치료 시술 실패 이후 난임 여성의 심리적 디스트레스가 가중될 수 있음을 고려하여, 사전에 점검한 개별 대처양식의 정보를 통해 대상자를 이해하고 그들이 적극적 대처양식을 사용할 수 있도록 유도할 필요가 있겠다. 또한, 사회계층이 낮은 난임 여성이 사회계층이 높은 사람에 비해 회피 대처 전략을 더 많이 사용하여[17] 부정적 정서가 가중될 수 있으므로, 직업, 경제적 상황 등을 고려한 적극적 감시와 함께 개별접근 등 현실적이고 접근성 높은 간호중재가 계획되어야 하겠다.

한편, 본 연구에서는 Lazarus 등[21]의 적극적 대처양식 중 ‘계획적인 문제해결’과 ‘책임수용’ 요인과 Schmit 등[17]에서 도출되었던 기적이 일어나기를 희망하며 환상과 소망을 가지는 것과 같은 ‘소망적 사고’의 소극적 대처양식 요인은 도출되지 않았다. 이는 본 연구대상자의 40.3%가 인공수정 시술 단계에 있어 체외수정 시술 단계의 대상자에 비해 상대적으로 난임 치료의 어려움이 가중되지 않았을 가능성 등이 영향을 준 결과로 생각된다. 무엇보다 2006년 보조생식술비 일부 지원을 시작으로 2017년 난임 시술비 건강보험 지원으로 확대되기까지의 난임 지원 정책의 결과와 한국의 사회문화적 특성으로 인해 ‘대안적 방법(입양 등)을 찾아본다’와 같은 대처양식이 현실적으로 고려되지 않은 결과로 여겨진다. 특별히 본 연구에서 ‘자녀의 의미를 생각하면서 목표를 확고히 한다’와 같은 문항이 배제된 것은 자칫, 난임 시술비의 건강보험 지원 전환으로 인해 자녀의 의미를 생각하면서 임신에 대한 목표를 공고히 하기보다는 주어진 지원 범위 내에서 임신에 빨리 성공하고자 하는 조급한 마음이 반영된 결과가 아닌지 검토가 필요한 부분이라 생각된다. 난임치료는 시술과 시술 사이에 적절한 기간 동안의 휴식기를 필요로 하는데, 보고에 따르면[39] 난임 시술 기간 중에 여성은 희망이 있어 힘들지 않지만 시

술 실패 후 휴식기에는 시술 중인 경우에 비해 우울, 불안, 스트레스가 더 높다. 그러므로 난임 관련 의료진은 시술과 시술 사이에 적정기간의 휴식기 동안 난임 여성의 정서적, 신체적 안녕 증진과 함께 자녀에 대한 의미와 자신의 목표를 검토하는 기회를 제공하여야 할 것이다.

그동안 난임 여성의 대처양식을 측정하고자 하는 노력은 있었으나, 그에 대한 정확한 개념을 측정하는 도구가 미비하거나, Lazarus 등[21]의 대처측정도구(WCQ)를 사용하였고, 삶의 질, 불(난)임스트레스, 디스트레스, 신경증 등과 같은 대처양식이 적용된 결과만을 측정하는 도구를 통해 연구가 이루어져 왔다. Schmit 등[17]이 개발한 난임 대처 척도는 임신과 출산에 대한 의미와 난임의 책임을 여성에게만 국한하는 경향이 있는 사회문화적 특성과 난임 시술 관련 지원사업 등 한국의 특성을 반영하고 있지 못하므로 이를 적절히 반영한 대처양식을 측정하는 도구가 필요했다. 여성은 난임 진단 이후 여러 가지 시술과 검사를 반복하면서 스트레스 상황에 장기간 노출되므로[5], 각 시술 횟수와 시술 결과를 경험하는 과정에서 대처양식의 변화가 있을 것으로 생각된다. 그러므로 대부분 난임 시술의 주체인 여성이 어떠한 대처양식을 사용하며 문제에 직면하고 해결해 나가는 지를 파악하는 것이 무엇보다 중요하겠으며, 병원현장에서 이에 대한 면밀한 사정을 통해 여성이 난임 문제에 적극적으로 대처할 수 있도록 돕는 노력이 필요하다.

본 연구에서 적극적 대처양식의 제 3요인 '사회적 지지 추구(배우자)'와 제 4요인 '사회적 지지 추구(동료 혹은 전문가)'와 소극적 대처양식의 제 2요인 '도망'과 제 3요인 '회피'의 내적일관성은 다소 낮다. 이는 난임요인과 난임 시술 단계를 구분하지 않고 연구대상에 모두 포함하였기 때문으로 추측된다. 난임의 요인이 남성 혹은 여성 중 누구에게 있느냐에 따라 그들의 대처양식이 달라질 수 있고, 인공수정 혹은 체외수정 시술 단계에 따라 개인의 심리정서적 변화에 따른 대처양식이 달라질 수 있음을 고려하여야 하겠다.

본 연구는 2곳의 의료기관을 방문하여 난임 시술을 받는 여성만을 대상으로 하였으므로 그 결과를 일반화하기에 제한이 있다. 또한 확인적 요인분석을 채택하지 않아 내적 구조에 기초한 근거 자료를 충분히 제시하였다고 보기 어렵다. 그럼에도 불구하고, 본 연구에서 개발된 대처 측정도구는 여성 개인이 난임의 진단과 시술 과정에서 사용하는 적극적, 소극적 대처양식을 파악하여 그들의 심리정서적 상태를 예측하고 긍정적이고 적극적 대처를 돕는 간호중재의 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대한다.

## 결 론

본 연구를 통해 개발된 여성의 난임 대처 측정도구는 다양한 방법을 통해 타당도와 신뢰도가 검증되었다. 본 도구는 총 28문항의 4

점 Likert식 도구로, '직면하기', '자기통제', '사회적 지지 추구(배우자)', '사회적 지지 추구(동료 혹은 전문가)'의 적극적 대처양식과 '거리두기', '도망', '회피'의 소극적 대처양식으로 구성되어 있다. 가능한 점수의 범위는 적극적 대처 17~68점, 소극적 대처 11~44점으로 점수가 높을수록 각각의 대처양식을 더 많이 사용한다는 것을 의미한다. 본 도구를 이용하여 여성이 난임 치료 단계에서 어떠한 대처양식을 주로 사용하고 있는지를 파악하고 그 결과를 간호중재의 개발에 반영함으로써, 여성이 난임 진단과 치료과정에서 긍정적으로 대처하고 적응해 나갈 수 있도록 돕는 데에 유용할 것으로 기대한다.

본 연구의 결과와 논의를 토대로 다음과 같이 제언한다. 첫째, 체외수정시술 단계의 난임 여성만을 대상으로 타당도와 신뢰도를 평가해볼 것과 난임 요인에 따라 본 도구의 타당도와 신뢰도를 재검증해 볼 것을 제언한다. 둘째, 본 도구를 사용하여 여성의 난임 대처양식 정도를 파악하고 간호중재연구의 개발과 효과를 검증하는 후속 연구를 제언한다. 셋째, 개발된 도구의 적극적 대처양식과 기존 도구의 소극적 대처양식 사이에서 정적상관관계가 있었으므로 난임 여성이 난임 치료시기와 과정에 따라 주로 사용하는 대처양식에 대한 평가와 그 관계에 대한 추후 연구를 제언한다. 넷째, 확인적 요인분석, 반응과정타당도 근거 등 개발된 도구의 구성타당도를 입증하는 다양한 검증 방법을 이용해 볼 것을 제언한다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conceptualization or/and Methodology: Kim M & Ko JM.

Data curation or/and Analysis: Kim M & Ko JM.

Funding acquisition: Kim M.

Investigation: Kim M & Ko JM.

Project administration or/and Supervision: Kim M.

Resources or/and Software: Kim M.

Validation: Kim M & Ko JM.

Visualization: Kim M.

Writing original draft or/and Review & editing: Kim M & Ko JM.

## REFERENCES

1. World Health Organization (WHO). Infertility is a global public health issue [Internet]. Geneva: WHO; c2020 [cited 2020 Jun

- 30]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/perspective/en/>.
2. Kang SH, Kim DG. The increase of infertility and the role of health insurance in low birth rate era. *KIRI Aging Review*. 2018;20:11-14.
  3. Kim M, Hong JE, Lee EY. The relationship between fatigue, health-promoting behavior, and depression among infertile women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2019;25(3):273-284.  
<https://doi.org/10.4069/kjwhn.2019.25.3.273>
  4. Kim M, Nam H, Youn M. Infertility stress, depression, and resilience in women with infertility treatments. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2016;30(1):93-104.  
<https://doi.org/10.5932/JKPHN.2016.30.1.93>
  5. 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.  
<https://doi.org/10.21896/jksmch.2019.23.3.191>
  6. Taghipour A, Karimi FZ, Roudsari RL, Mazlom SR. Coping strategies of women following the diagnosis of infertility in their spouses: A qualitative study. *Evidence Based Care Journal*. 2020;10(1):15-24.  
<https://doi.org/10.22038/ebcj.2020.42136.2120>
  7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York (NY): Springer; 1984. p. 117-178.
  8. Pyo JY, Park JK. The Effect of perceived psychological growth environment and stress coping strategy on the subjective happiness of university students. *Clinical Psychology in Korea: Research and Practice*. 2018;4(1):49-67.
  9. Maroufizadeh S, Foroudfard F, Navid B, Ezabadi Z, Sobati B, Omani-Samani R. The Perceived Stress Scale (PSS-10) in women experiencing infertility: A reliability and validity study. *Middle East Fertility Society Journal*. 2018;23(4):456-459.  
<https://doi.org/10.1016/j.mefs.2018.02.003>
  10. Rapoport-Hubschman N, Gidron Y, Reicher-Atir R, Sapir O, Fisch B. "Letting go" coping is associated with successful IVF treatment outcome. *Fertility and Sterility*. 2009;92(4):1384-1388.  
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.08.012>
  11. Pawar A, Jadhav BS, Shah BR. Prevalence of anxiety and depressive disorders and the role of coping strategies in females with infertility. *Indian Journal of Mental Health*. 2019;6(2):145-156.  
<https://doi.org/10.30877/IJMH.6.2.2019.145-156>
  12. Cunha M, Galhardo A, Pinto-Gouveia J. Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2016;10:41-47.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.04.001>
  13. Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*. 2011;26(8):2113-2121.  
<https://doi.org/10.1093/humrep/der157>
  14. 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. *Journal of Family Psychology*. 2019;33(3):315-326.  
<https://doi.org/10.1037/fam0000502>
  15. Bodenmann G. A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology*. 1995;54(1):34-49.
  16. Kim SH. Male subjects in the reproductive medical field: The invisibilization of infertile men in the use of assisted reproductive technology in South Korea. *Economy and Society*. 2019;124:12-43.  
<https://doi.org/10.18207/criso.2019.124.12>
  17. Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*. 2005;20(4):1044-1052.  
<https://doi.org/10.1093/humrep/deh687>
  18. Hwang N. Factors related to the depression of infertile women. *Health and Social Welfare Review*. 2013;33(3):161-187.  
<https://doi.org/10.15709/hswr.2013.33.3.161>
  19. 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.  
<https://doi.org/10.4069/kjwhn.2017.23.2.117>
  20. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2016. p. 1-280.
  21. 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. p. 218-259.
  22. Zandi M, Mohammadi E, Vanaki Z, Shiva M, Bagheri Lanekarani N, Zarei F. Confronting infertility in Iranian clients: A grounded theory. *Human Fertility*. 2017;20(4):236-247.  
<https://doi.org/10.1080/14647273.2017.1283447>
  23. Sormunen T, Aanesen A, Fossum B, Karlgren K, Westerbotn M. Infertility-related communication and coping strategies among women affected by primary or secondary infertility. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(1-2):e335-e344.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13953>
  24. Hwang NM, Lee SY, Jang IS, Park SI, Kang AR. Evaluation and analysis on 2015 national supporting program for infertile couples. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2016 Nov. Report No.: 11-1352000-001891-01.
  25. 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.  
<https://doi.org/10.21896/jksmch.2019.23.2.136>
  26. Loftus J. Women's infertility and the self. Dissertation Abstracts International: The Humanities & Social Sciences.

- 2005;65(11):4363A.
27. Jeon SC, Lee SH. Phenomenological study on the subfertile women's experience of a sense of loss: Focusing on Christian women. *Korean Journal of Christian Counseling*. 2018;29(1):149-178.  
<https://doi.org/10.23909/KJCC.2018.02.29.1.149>
  28. Ryu SJ. Infertility, the social context of deferred motherhood: A qualitative inquiry based on an online infertility community. *The Journal of Asian Women*. 2019;58(2):5-38.  
<https://doi.org/10.14431/jaw.2019.08.58.2.5>
  29. Aflakseir A, Zarei M. Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2013;14(4):202-206.
  30. Krippendorff K. *Content analysis: An introduction to its methodology*. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2004. p. 1-413.
  31. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986;35(6):382-386.  
<https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
  32. Noh GS. *The proper methods of statistical analysis for dissertation: SPSS & AMOS 21*. Seoul: Hanbit Academy Inc; 2019. p. 141-193.
  33. Kim JH, Lee JH. The components and the relationship of stress coping behaviors to depression. *The Journal of Behavioral Science*. 1985;7:127-138.
  34. Cho MJ, Kim KH. Diagnostic validity of the CES-D(Korean version) in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 1993;32(3):381-399.
  35. Choi CH, You YY. The study on the comparative analysis of EFA and CFA. *Journal of Digital Convergence*. 2017;15(10):103-111. <https://doi.org/10.14400/JDC.2017.15.10.103>
  36. Kang H. A guide on the use of factor analysis in the assessment of construct validity. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013;43(5):587-594.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.5.587>
  37. Kim WP. *The structural equation modeling analysis*. Seoul: Wise in Company Co; 2017. p. 478.
  38. Khalid A, Dawood S. Social support, self-efficacy, cognitive coping and psychological distress in infertile women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2020;302(2):423-430.  
<https://doi.org/10.1007/s00404-020-05614-2>
  39. 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.  
<https://doi.org/10.21896/jksmch.2020.24.1.52>
  40. Kwon JH. *A Study on the current status of infertility counseling and the development of infertility counseling delivery system*. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2016 Dec. Report No.: 11-1352000-001853-01.

**Appendix 1.** 여성의 난임 대처 측정 도구(Coping Scale for Infertility\_Women [CSI\_W])

	문항	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1	난임을 이겨내기 위한 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	생리 때마다 예민해지거나 우울해지지 않으려고 노력한다.				
10	난임에 지나치게 염매이지 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 남편에게 의견과 지지를 구한다.				
14	가능한 많은 사람(친구, 동료 등)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 이야기하려고 한다.				
18	난임 사실을 감추기 위해 대체로 사람들과 어울리기를 피한다.				
19	아이와 관련된 질문에는 대화를 다른 방향으로 전환한다.				
20	생활에 활력이 없고 아무것도 하고 싶지가 않다.				
21	임신한 여성을 보는 것이 불편하다.				
22	계획된 성행위가 부담스러워 피하거나 빨리 시간이 지나갔으면 한다.				
23	난임으로 인해 별거 및 이혼을 생각하기도 한다.				
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.				