



난임 여성의 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지가 삶의 질에 미치는 영향

양소라¹ · 여정희²

부산대학교병원¹, 동아대학교 간호학과²

Effects of Irrational Parenthood Cognition, Post Traumatic Stress Disorder and Spousal Support on Quality of Life of Infertile Women

Yang, So Ra¹ · Yeo, Jung Hee²

¹Pusan National University Hospital, Busan

²Department of Nursing, Dong-A University, Busan, Korea

Purpose: This study examined degrees of irrational parenthood cognition, post traumatic stress disorder (PTSD), spousal support, and quality of life and investigated factors that influence the quality of life of infertile women. **Methods:** Research design was a cross sectional correlational survey with a total of 113 female patients receiving treatment for infertility. Data were collected from August 1 to November 30, 2015. The collected data were analyzed using t-test, ANOVA, Pearson's correlation, and multiple regression analysis. **Results:** The mean score of the quality of life was 59.0 ± 14.8 . The quality of life was significantly associated with irrational parenthood cognition ($r = -.70$), post traumatic stress disorder ($r = -.65$), and spousal support ($r = .56$). The factors significantly affecting the quality of life in infertile women were irrational parenthood cognition ($\beta = -.45$), post traumatic stress disorder ($\beta = -.34$), and spousal support ($\beta = .32$). The explained variance by these factors was 70.4%, and the regression model was valid ($F = 89.81, p < .001$). **Conclusion:** This study may contribute to the development of nursing intervention program to improve the quality of life of infertile women.

Key Words: Infertility, Quality of life, Cognition, Social support, Post traumatic stress disorder

서 론

1. 연구의 필요성

난임은 정상적인 임신의 시도에도 불구하고 1년 동안 임신이 이루어지지 않는 경우를 말하며, 사회적 스트레스나 식습관

및 생활습관의 변화, 여성의 사회활동 증가, 결혼연령 지연의 이유로 매년 증가되고 있는 추세이다. 통계청[1]에 따르면 난임 진단 여성 수는 2004년에서 2014년까지 해마다 5%씩 증가되어 16만 명으로 결혼 부부의 10쌍 중 1~2쌍에 해당된다. 이에 정부에서는 난임 여성을 위해 다양한 정책을 실시하고 있으나, 이들 대부분이 의료적 시술에 대한 경제적 지원에만 초점을 두

주요어: 난임, 삶의 질, 신념, 사회적 지지, 외상 스트레스 장애

Corresponding author: Yeo, Jung Hee

Department of Nursing, Dong-A University, 32 Daesingongwon-ro, Seo-gu, Busan 49201, Korea.

Tel: +82-51-240-2784, Fax: +82-51-240-2920, E-mail: jheeyeo@dau.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 양소라의 석사학위논문의 축약본임.

- This article is a condensed form of the first author's master's thesis from Dong-A University.

Received: May 12, 2017 / Revised: Jun 2, 2017 / Accepted: Jun 13, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

어 시술은 증가하였으나 이로 인해 겪는 심리적 문제는 해결되지 못한 상태로 여전히 남아있다[2].

한 질적 연구[2]에 의하면 난임 여성은 '난임에 발목 잡힌 삶'의 범주에서 그들의 삶이 고통이며, 난임이라는 사건이 일상의 모든 일과 관련되어 나타나며, 이를 탈출하기 위해 주술에 의지하는 등 힘든 삶을 살고 있었다. 또한 이러한 고통스런 개인적인 정서를 포괄적으로 측정된 삶의 질에서도 100점 만점에 54.60점[3], 43.72점[4]으로 나타나 난임 여성의 삶의 질이 낮았다.

우리나라의 경우 난임 여성의 삶의 질에 관심을 둔 것은 2000년 중반으로, 삶의 질 증진을 위한 중재의 근거자료가 충분치 않다. 지금까지 몇 편 안되는 선행연구에서 파악된 난임 여성의 삶의 질의 영향요인은 우울[5,6], 스트레스[6], 결혼·부부 적응[6], 가족지지[6] 등이었으며, 이들 요인 모두를 포함하여 삶의 질 모형을 검증한 연구[6]에서 삶의 질을 51% 설명하고 있다. 그러나 난임 여성의 삶의 질은 난임 자체가 부정적인 영향요인이므로[7] 난임에 대해 가지는 개인적인 신념에 의해 영향을 받는다. 즉 대부분의 여성들이 부모됨을 여성의 인생 목표로 여기고, 자식을 생의 의미, 사회적 지지체계, 사회적 통합의 수단 등으로 보는 관점에서[8], 난임 여성은 난임을 부모됨에 대한 장애물로 또는 평범한 생을 살아가는데 가장 큰 걸림돌로 인식함으로써[9] 그들의 삶의 질은 더 황폐해 진다. 따라서 난임 여성의 삶의 질은 난임에 대한 인식과 이와 연관된 요인과의 관련성을 확인할 필요가 있을 것이다.

비합리적 부모신념은 부모가 되어야만 인생이 의미가 있고 행복하다고 믿는 신념이다[10]. 비합리적 신념은 이미 우울이나 불안과 같은 부정적인 정서를 낳는 원인으로 보고된 바 있어[11], 부모에 대한 비합리적 신념은 난임을 하나의 문제로 인식하는데 일조하여 난임으로 인한 정서적 스트레스를 더 증가시켜[12] 삶의 질에 부정적 영향을 미칠 것이다.

외상 후 스트레스 장애는 최근 난임, 유산과 같은 생식기계 문제를 가진 여성을 대상으로 연구되고 있다[13,14]. 유산을 경험한 여성은 외상 후 스트레스 장애의 증후를 흔하게 호소하였고[13], 대상자의 25%는 사건 발생 한 달 후에도 외상 후 스트레스 장애가 지속되어, 유산을 하나의 외상 스트레스원으로 개념화하였다[14]. 또한 임신을 하지 못한 여성도 삶의 만족도가 낮고 우울이 높아 임신을 못하는 사건 자체가 외상적 경험을 유발하는 스트레스원으로 간주되었다[15]. 더군다나 난임 치료 후 실패는 난임 여성의 정체성에 심한 혼란을 가져와[16] 외상 후 스트레스 장애의 소인으로 발전될 가능성이 크며[15], 외상 후 스트레스 장애는 난임 여성의 삶의 질을 저하시키게

될 것이다.

한편, 스트레스 이론에 의하면 임신에 실패한 고통의 정도는 지지체계와 역할에 따라 달라진다는 고통과 지지체계, 역할 간의 상관성이 있음을 밝히고 있다[17]. 즉 난임 여성 주변의 지지체계와 다수의 역할 즉 엄마로서, 직장인으로서, 아내로서의 역할 등은 난임으로 인한 고통을 감소시키는데, 역할이 제한적일 경우 지지체계가 고통에 미치는 영향은 커진다. 따라서 난임 여성의 경우 엄마로서의 역할을 하지 못하는 상황에서, 배우자의 협조와 지지가 부족하다면 그들의 고통은 배로 증가되어[17] 난임 여성의 삶의 질에 부정적 영향을 미치게 될 것이다.

이에 본 연구는 난임 여성이 인지하는 난임의 상징적 의미와 관련된 변인 즉 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애 및 배우자 지지를 파악하고, 이들이 난임 관련 삶의 질에 영향을 미치는 정도를 규명하여 삶의 질 증진을 위한 간호중재 개발의 기초자료로 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 난임 여성의 난임 관련 삶의 질을 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위함이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성 및 난임 관련 특성을 파악한다.
- 대상자의 일반적 특성 및 난임 관련 특성에 따른 난임 관련 삶의 질 정도를 파악한다.
- 대상자의 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지 및 난임 관련 삶의 질과의 관계를 파악한다.
- 대상자의 난임 관련 삶의 질의 영향 요인을 파악한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구의 설계는 난임 여성의 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지 및 난임 관련 삶의 질을 확인하고, 난임 여성의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 상관성 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 난임진단을 받고 시술을 받은 후 실패를 경험한 113명의 여성이다. 연구자는 B광역시에 소재하고

있는 P 대학병원 난임클리닉 및 난임 전문병원에서 난임 진단을 받고 시술(인공 수정, 체외 수정 등)을 시행하여 실패를 경험한 여성 113명을 편의모집하였다. 선정기준은 과거 또는 현재 정신 병력이 없으며, 질문지 응답이 가능하고 본 연구 목적을 이해하고 참여에 동의한 자이다. 연구대상자의 표본 수는 G*Power 3.1.9.2 프로그램으로 이용하였으며, 다중회귀분석을 위해 유의수준 .05, 중간 효과크기 .15, 검정력 .80, 영향요인 8개일 때 필요한 최소 표본 수가 109명으로 산출되었다. 본 연구는 이를 근거로 125부 배부하여 내용이 미비한 12부를 제외하고 총 113부를 최종분석에 이용하였다.

3. 연구도구

1) 비합리적 부모신념

본 연구에서는 비합리적 부모신념(Irrational Parenthood Cognition) 도구[10] 중 윤리적 문제를 야기하는 1문항을 제외 한 것을 한국어로 번안한 도구[18]를 사용하였다. 이 도구는 총 13문항으로 구성되며, 각 문항은 0점에서 4점까지 평정하는 5점 척도로 최저 0점에서 최고 52점까지이며, 점수가 높을수록 행복한 삶을 위해서는 아이를 가져야 한다는 강한 신념을 가진 것을 의미한다. 번안 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .87[18] 이었고, 본 연구에서는 .87이었다.

2) 외상 후 스트레스 장애

본 연구에서는 외상 후 스트레스 진단 척도[19]를 한국어판으로 번안한 도구[20]를 사용하였다. 이 도구는 총 17문항으로 재경험 5문항, 회피 7문항, 과각성 반응 5문항 등의 3가지 하위영역으로 분류된다. 각 문항은 0점에서 3점까지 평정하는 4점 척도이며, 환자가 지난 1개월 동안 증상을 경험한 빈도를 보고하는 문항들로 '주 5회 이상 / 거의 언제나'를 3점, '주 2~4회 / 1달의 반 정도'를 2점, '주 1회 정도'를 1점, '전혀 아니다 혹은 1회'를 0점으로 부여한다. 총점의 범위는 최저 0점에서 최고 51점까지이며, 점수가 높을수록 외상 후 스트레스 장애 증상의 정도가 심한 것으로, 총점 20점 이상의 경우 외상 후 스트레스 장애 고위험군으로 판단하였다. 한국어판 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .95[20]이었고, 본 연구에서는 .94였다.

3) 배우자 지지

본 연구에서는 자궁절제술 여성을 대상으로 개발한 배우자 지지 도구[21]를 수정한 도구[22]를 사용하였다. 이 도구는 총 10문항으로 구성되며, 각 문항은 1점에서 4점까지 평정하는 4

점 척도로 최저 10점에서 최고 40점까지이며, 점수가 높을수록 배우자의 지지가 높은 것을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .90[22]이었고, 본 연구에서는 .91이었다.

4) 난임 관련 삶의 질

본 연구에서는 미국생식의학회(American Society for Reproductive Medicine, ASRM), 유럽생식배아협회(European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE)와 협력하여 개발된 난임 관련 삶의 질 도구(FertiQol)[3]의 한국어판을 사용하였다. 이 도구는 총 24문항으로, 정서영역, 심신영역, 관계영역, 사회영역 등의 4가지 하위영역으로 분류되고 각 하위영역 당 6문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 0점에서 4점까지 평정하는 5점 척도로, 각 영역마다 총합을 100점 만점으로 환산하여 총점의 범위는 최저 0점에서 최고 100점까지이며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. 한국어판 도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 .92[3]이었고, 본 연구에서는 .90이었다.

4. 자료수집

자료수집기간은 2015년 08월 01일부터 2015년 11월 30일까지였다. 자료수집은 의학연구윤리심의위원회의 승인(IRB No.: 2-104709-AB-N-01-201506-HR-027-02)을 받은 후 시행되었다. 자료수집에 대한 동의를 해당기관의 관계자와 담당의에게 동의를 얻은 후 B광역시 소재 P 대학병원 난임클리닉 및 B광역시 소재 난임 전문 병원에 방문한 환자를 대상으로 연구자가 직접 자료를 수집하였다. 설문 작성은 대상자에게 연구의 목적을 설명하고, 연구참여의 동의를 얻은 후 설문지 작성방법을 설명하였으며, 대상자가 직접 설문지를 작성하도록 하였다. 설문지 작성 시간은 10~15분 정도 소요되었다.

5. 자료분석

본 연구의 수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 사용하여 분석하였다. 첫째, 대상자의 일반적 특성과 난임 관련 특성은 실수, 백분율을 이용하였다. 둘째, 대상자의 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지, 난임 관련 삶의 질 정도는 평균과 표준 편차를 이용하였으며, 외상 후 스트레스 장애 고위험군은 실수, 백분율, 평균과 표준 편차를 이용하였다. 셋째, 대상자의 일반적 특성, 난임 관련 특성에 따른 난임 관련 삶의 질의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

넷째, 대상자의 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지와 난임 관련 삶의 질과의 관계는 피어슨 상관계수 (Pearson correlation coefficient)로 분석하였다. 다섯째, 대상자의 난임 관련 삶의 질 영향요인은 단계별 다중회귀분석으로 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성과 이에 따른 난임 관련 삶의 질의 차이

본 연구대상자는 총 113명으로 평균 나이는 35.3 ± 4.0 세로 30세 이상 35세 미만이 45명(39.8%)이었고, 학력은 대졸 이상(전문대 포함)이 95명(84.1%)이었다. 직업이 있는 경우가 64명(56.6%), 종교를 가진 경우는 58명(51.3%), 월수입은 300만원 미만이 66명(58.4%)이었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 난임 관련 삶의 질의 차이를 살펴본 결과 나이($F=1.24, p=.300$), 학력($t=-0.67, p=.504$), 직업 유무($t=0.68, p=.501$), 종교 유무($t=1.78, p=.078$), 월수입($t=0.74, p=.461$) 등의 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 1).

2. 대상자의 난임 관련 특성과 이에 따른 난임 관련 삶의 질의 차이

본 연구대상자의 난임 기간은 평균 35.4 ± 22.9 개월로 36개월 미만이 61명(54.0%)이었고, 난임의 원인은 61명(54.0%)이 원인

불명이었으며, 대상자의 대부분(91.2%)이 치료비에 부담을 가졌다. 이전에 인공수정을 시술한 경험은 79명(69.9%)이었고, 체외수정을 시술한 경험은 67명(59.3%)이 있었으며, 출산 경험은 없는 경우가 93명(82.3%)이었다. 대상자의 난임 관련 특성에 따른 난임 관련 삶의 질의 차이를 살펴본 결과 난임 기간($t=0.71, p=.482$), 난임 원인($F=0.98, p=.406$), 치료비 부담유무($t=-1.86, p=.066$), 이전 인공수정 시술 유무($t=0.56, p=.576$), 이전 체외수정 시술 유무($t=1.39, p=.168$)와 출산 빈도($t=-0.90, p=.373$) 등의 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 2).

3. 대상자의 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지 및 난임 관련 삶의 질

비합리적 부모신념은 52점 만점에 평균 31.8 ± 8.30 점이며, 점수의 범위는 최소 11점에서 최대 52점으로 나타났다. 외상 후 스트레스 장애는 51점 만점에 평균 8.0 ± 8.64 점이었으며, 점수의 범위는 최소 0점에서 최대 33점이었으며, 총점 20점 이상 외상 후 스트레스 장애 고위험군은 15명(13.3%)이었다. 외상 후 스트레스 장애의 하위 영역별 평균 점수를 살펴보면 재경험 영역은 2.0 ± 2.69 점이었으며, 회피 영역은 3.6 ± 4.10 점, 과각성 영역은 2.4 ± 3.04 점으로 나타났다. 배우자 지지는 40점 만점에 평균 33.7 ± 5.25 점이었으며, 점수의 범위는 최소 14점에서 최대 40점으로 나타났다.

난임 관련 삶의 질은 100점 만점에 평균 59.0 ± 14.8 점이었으며, 점수의 범위는 최소 15.6점에서 최대 89.6점으로 나타났다. 난임 관련 삶의 질의 하위 영역별 평균 점수를 살펴보면 정서영

Table 1. Differences in Quality of Life by General Characteristics of Subjects

(N=113)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD	Quality of life		p
			M±SD	t or F	
Age (yr)		35.3±4.0			
	< 30	6 (5.3)	63.2±12.4	1.24	.300
	30~34	45 (39.8)	57.0±15.7		
	35~39	43 (38.1)	58.2±13.7		
≥ 40	19 (16.8)	64.1±15.4			
Educational level	≤ High school	18 (15.9)	56.8±18.9	-0.67	.504
	≥ College	95 (84.1)	59.4±14.0		
Occupation	Yes	64 (56.6)	58.2±16.0	0.68	.501
	No	49 (43.4)	60.1±13.3		
Religion	Yes	58 (51.3)	56.6±16.3	1.78	.078
	No	55 (48.7)	61.5±12.7		
Monthly income (10,000 won)	< 300	66 (58.4)	59.9±14.0	0.74	.461
	≥ 300	47 (41.6)	57.8±15.9		

역은 57.5 ± 18.5 점, 심신영역은 58.6 ± 19.6 점, 관계영역은 66.7 ± 16.4 점, 사회영역은 53.1 ± 19.4 점으로 나타났다(Table 3).

4. 대상자의 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지와 난임 관련 삶의 질과의 관계

난임 여성의 난임 관련 삶의 질은 비합리적 부모신념($r = -.70, p < .001$)과 외상 후 스트레스 장애($r = -.65, p < .001$)와는 부적관계, 배우자 지지($r = .56, p < .001$)와 정적관계를 보였다(Table 4).

5. 대상자의 난임 관련 삶의 질 영향 요인

연구대상자의 난임 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 난임 관련 삶의 질과 유의한 상관관계가 있는 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지를 독립변수로 하여 단계별 다중선형 회귀분석을 실시하였다. 분석 전에 독립변수간의 다중공선성을 확인한 결과, 공차한계(tolerance)는 $0.752 \sim 0.871$ 로 0.1 이상이었으며, 분산팽창지수(Variation Inflation Factor, VIF)는 $1.148 \sim 1.330$ 로 10 을 넘지 않아 독립 변수들 간의 다중공선성의 문제는 없었다. 오차항의

Table 2. Differences in Quality of Life by Infertility related Characteristics (N=113)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD	Quality of life		t or F	p
			M±SD			
Duration of infertility (month)	< 36	35.4±22.9			0.71	.482
	≥ 36	61 (54.0) 52 (46.0)	59.9±14.2	57.9±15.5		
Causes of infertility	Unexplained	61 (54.0)	59.8±15.3		0.98	.406
	Female	40 (35.4)	58.4±14.5			
	Male	8 (7.1)	52.2±13.7			
	Both	4 (3.5)	66.4±10.3			
Financial burden of infertility treatments	Yes	103 (91.2)	58.2±14.3		-1.86	.066
	No	10 (8.8)	67.2±18.3			
History of IUI treatment	Yes	79 (69.9)	58.5±14.3		0.56	.576
	No	34 (30.1)	60.2±16.1			
History of IVF-ET treatment	Yes	67 (59.3)	57.4±14.7		1.39	.168
	No	46 (40.7)	61.3±14.7			
Number of delivery	None	93 (82.3)	58.4±14.3		-0.90	.373
	≥ 1	20 (17.7)	61.7±17.0			

IUI=intrauterine insemination; IVF-ET=in vitro fertilization-embryo transfer.

Table 3. Levels of Study Variables (N=113)

Variables	Range	Min	Max	n (%)	M±SD	
Irrational parenthood cognition	0~52	11	52		31.8±8.30	
Post traumatic stress disorder	0~51	0	33		8.0±8.64	
	Reexperiencing	0~15	0	12		2.0±2.69
	Avoidance	0~21	0	14		3.6±4.10
	Hyperarousal	0~15	0	12		2.4±3.04
	Low risk (< 20)				98 (86.7)	5.4±5.65
High risk (≥ 20)				15 (13.3)	25.1±3.64	
Spousal support	10~40	14	40		33.7±5.25	
Quality of life	0~100	15.6	89.6		59.0±14.8	
	Emotional part	0~100	0.0	95.8		57.5±18.5
	Mind-body part	0~100	8.3	100.0		58.6±19.6
	Relational part	0~100	20.8	100.0		66.7±16.4
	Social part	0~100	4.2	91.7		53.1±19.4

독립성은 Durbin-Watson 검정값이 1.985로 2에 근접하여 자기상관성이 없었으며, 오차항의 등분산성을 확인하기 위한 plot이 -2~+2 사이에 분포하여 등분산성 가정을 확인하였다.

회귀모형을 분석한 결과 이 모형의 설명력은 70.4%이며, 회귀모형이 통계적으로 유의하였다($F=89.81, p<.001$). 난임 여성의 난임 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인은 비합리적 부모신념($\beta=-.45$), 외상 후 스트레스 장애($\beta=-.34$), 배우자 지지($\beta=.32$) 순으로 나타났다. 즉 난임 여성의 난임 관련 삶의 질은 비합리적 부모신념이 낮을수록, 외상 후 스트레스 장애가 낮을수록, 배우자의 지지가 높을수록 높았다(Table 5).

논 의

본 연구는 난임 여성의 난임관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하여 난임 여성의 삶의 질 향상을 위한 간호중재 개발의 기초자료로 제공하기 위해 시도되었으며, 난임 여성의 난임관련 삶의 질 영향요인은 비합리적 부모신념과 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지로 확인되었다.

본 연구에서 난임 여성의 난임관련 삶의 질은 100점 만점에서 평균 59.0점이었었다. 이는 동일 도구를 이용한 국내 난임 여성의 결과인 평균 69.6점[6]과 국외의 난임 여성의 결과인 평균 70.8점[23]보다 낮았다. 이러한 결과는 본 연구의 경우 대상자를 난임 시술 실패를 경험한 자로 한정하였기 때문으로 사료되며, 삶의 질을 향상시킬 간호중재가 필요함을 확인할 수 있었다.

본 연구에서 난임 여성의 비합리적 부모신념은 52점 만점(13문항)에 평균 31.8점으로 나타났다. 이를 56점 만점(14문

항)으로 환산하여(34.2점) 선행연구와 비교한 결과, 이란 난임 여성의 평균 39.7점[24] 보다 낮았으며, 네덜란드 난임 여성의 평균 29.2점[10]보다는 약간 높았다. 본 연구보다 훨씬 높았던 이란 난임 여성[24]의 비합리적 부모신념은 이란을 비롯한 이슬람 사회에서의 자식에 대한 인식과 연관되어 있다고 볼 수 있다. 이슬람 사회에서의 자식이란 가족과 나라의 번성을 위한 가장 필수적인 요소로 성행위를 쾌락의 목적이 아니라 자식을 낳기 위한 수단으로 여길 정도로 자식에 대한 애착이 강하기 때문에[25] 결혼 후 자식의 부재에 대한 인식은 어느 나라보다 부정적인 것으로 사료된다. 한편, 일반 여성과 난임 여성 간의 비합리적 부모신념 차이에 관한 논의가 중요하나 이와 관련된 선행연구가 없어 기술할 수 없었으며, 향후 이와 관련된 연구가 수행될 필요가 있을 것이다.

본 연구에서 난임 여성의 비합리적 부모신념은 난임관련 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치는 요인이었다. 이는 이란 난임 여성[24]과 네덜란드 난임 여성[10]을 대상으로 한 연구와 동일한 결과였다. 따라서 난임 여성의 삶의 질을 증진시키기 위해서는 비합리적 부모신념에 대한 중재가 요구된다. 의료인은 높은 비합리적 부모신념을 가진 난임 여성에게 그들이 느끼는 감정이 자연스럽고 정당한 감정임을 인정하고 수용하면서 동시에 본인의 인지적 오류를 자각하고 대안적 사고를 가질 수 있도록 프로그램에 참여시키거나 상담해야 할 것이다.

본 연구에서 난임 여성의 외상 후 스트레스 장애는 51점 만점에 8.0점이었으며, 13.3%가 고위험군이었다. 이는 유산을 경험한 네덜란드 여성의 결과인 평균 18.3점, 25%의 고위험군의 비율[26]에 비해 낮았으며, 결론적으로 유산이 난임 시술에 실패한 사건보다 더 강한 스트레스원임을 확인할 수 있었다. 이러

Table 4. Relationships among Irrational Parenthood Cognition, Post traumatic Stress Disorder, Spousal Support and Quality of Life (N=113)

Variables	Irrational parenthood cognition	Post traumatic stress disorder	Spousal support
	r (p)	r (p)	r (p)
Qualify of life	-.70 (<.001)	-.65 (<.001)	.56 (<.001)

Table 5. Factors Affecting Quality of Life

(N=113)

Variables	B	β	t	p
Irrational parenthood cognition	-0.81	-.45	-7.70	<.001
Spousal support	0.90	.32	5.78	<.001
Post traumatic stress disorder	-0.57	-.34	-5.64	<.001
Adj. R ² =.704, F=89.81, p<.001				

한 결과가 초래된 이유를 여러 관점으로 생각해 보면, 첫째는 유산은 난임 시술에 대한 실패와 달리 자연적인 수태로 분만에 대한 기대가 크고 모아에착이 형성된 상황에서 발생되어[14] 외상 후 스트레스 장애가 높았을 것이다. 둘째는 난임의 경우 난임 시술 전 의료진의 임신 성공률에 대한 충분한 설명이 외상 후 스트레스 장애를 낮추는 결과를 초래하였을 것이다. 또는 난임이 스트레스 사건임은 분명하나 이를 극복할 수밖에 없는 문제로 투쟁하는 긍정적인 변화의 기회로 보는 관점[27] 때문에 외상 후 스트레스 장애가 낮았을 것으로 사료된다.

비록 본 연구에서 난임 여성의 외상 후 스트레스 장애는 낮았으나 난임관련 삶의 질의 영향 요인으로 확인되었다. 이는 국내 유방암 환자를 대상으로 한 연구에서 보고된 결과[28]와 같았으며, 난임과 유산으로 인해 유발되는 여성의 우울과 자존감 저하 등의 부정적인 결과가 12년이 지나도 마음 속 깊이 남는다는 결과[15]를 감안하면 오랜 기간 동안 삶의 질에 악영향을 미칠 것으로 생각된다. 따라서 난임 여성의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 외상 후 스트레스 장애에 대한 관리가 요구된다. 외상 후 스트레스 장애는 초기에 발견하여 적절한 중재를 제공하는 것이 예방과 외상 후 스트레스 장애 관련 증상 호전에 도움이 되므로 난임 여성의 병원 외래 진료시 고위험군으로 조기 선별하는 과정이 우선적으로 필요할 것이다.

본 연구에서 난임 여성의 배우자 지지는 40점 만점에 33.7점이었으며, 5점 만점으로 환산할 경우 4.2점이었다. 이는 국외 난임 여성을 대상으로 한 연구에서 나타난 평균 4.57점[7]보다 낮았으나 대체로 높은 편이었다. 선행연구[7]와 본 연구에서 보듯이 난임 여성이 인지하는 배우자 지지는 높았으며, 이는 난임은 부인과 배우자 간의 상호 관련된 문제로 혼자서 해결할 수 없기 때문에 배우자와의 관계가 더 강화된다는 보고[29]에 의해 설명될 수 있겠다.

그리고 본 연구에서 난임 여성의 배우자 지지는 난임관련 삶의 질에 영향 요인이었는데, 이는 국외 난임 여성[7] 및 국내 난임 여성[6]을 대상으로 한 선행연구의 결과와 일치하였다. 본 연구에서 배우자 지지는 높은 편이나 난임 여성의 경우 엄마의 역할이 없는 상황에서 남편의 지지를 받지 못할 때 그들의 고통은 상당히 증가하기 때문에[17] 난임 여성의 삶의 질 향상을 위해 배우자의 지지를 꾸준히 유지시켜야 할 것이다. 따라서 의료인은 난임 부부의 병원 방문 시 난임에 대한 전반적인 이해와 시술에 대한 설명을 시작으로 매 방문 시 부부 상담을 통해 부부의 정서적 지지를 위한 각자의 역할과 정서적 문제 발생 여부를 파악하고, 이를 해결하기 위한 방법을 제시해 주어야 할 것이다. 이는 난임 여성을 위한 배우자 지지를 향상시킬 뿐만 아

니라 궁극적으로는 난임 시술 동안 부부간의 심리적 갈등과 혼란을 감소시켜 임신을 위한 최적의 심리적 환경을 만드는 데 도움이 될 것이다.

본 연구는 난임 여성이 인지하는 난임의 상징적 인식과 관련된 변인인 비합리적 부모신념, 배우자 지지, 외상 후 스트레스 장애로 난임 여성의 삶의 질을 설명하였고, 이들의 설명력은 70% 정도로 나타났다. 이는 난임 여성의 삶의 질을 일반적인 변인으로 설명한 연구[6]의 설명력 보다 높고 난임 여성의 삶의 질의 또 다른 측면이 파악되어 삶의 질 증진을 위한 중재 개발에 도움이 될 것이다. 또한 이들 영향요인 중 비합리적 부모신념과 외상 후 스트레스 장애는 국내에서 난임 여성을 대상으로 처음 조사된 것으로 난임 여성의 삶을 이해하는데 다양한 관점이 필요함을 시사하며, 이를 근거로 다양한 연구가 파생되기를 기대한다. 또한 본 연구에서 연구 대상자를 난임 진단 후 난임 시술 실패를 경험한 자로 한정하여 이들의 삶의 질을 설명하는데 도움은 되었으나 본 연구결과를 전체 난임 여성으로 확대 해석하기에는 신중을 기해야 한다.

결론

본 연구는 난임 여성의 비합리적 부모신념, 외상 후 스트레스 장애, 배우자 지지 및 난임 관련 삶의 질 정도를 확인하고 난임 여성의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한 상관성 조사 연구이다. 연구결과에 따라 난임 여성의 난임 관련 삶의 질을 향상하기 위해서는 부모의 비합리적인 신념을 변화시키고, 배우자의 지지를 높이고, 외상 후 스트레스 장애를 낮추어야 할 것이다. 이러한 요인을 고려하여 난임 여성의 삶의 질 증진을 위한 간호중재를 개발하고 그 효과를 검증하는 연구가 요구되며, 첫 시도된 난임 여성의 비합리적 부모신념과 외상 후 스트레스 장애에 대한 반복적 연구와 파생된 연구도 필요할 것이다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Classified disease compensation and health care costs: 2004-2014 [Internet]. Daejeon: Author; 2015 [cited 2016 March 1]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35001_A071311&conn_path=12.
2. Jeong KI. A study on hermeneutic grounded theory of women who experience infertility suffering and relief from pain. Korean Journal of Social Welfare Studies. 2014;45(4):5-35.
3. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life

- (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility*. 2011;96(2):409-415.
4. Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2011;4(2):80-85.
 5. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth DR, Passos EP. Agreement on perceptions of quality of life in couples dealing with infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2010;39(5):557-565.
 6. 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.
 7. McQuillan J, Torres Stone RA, Greil AL. Infertility and life satisfaction among women. *Journal of Family Issues*. 2007;28(7): 955-981.
 8. Burton RPD. Global integrative meaning as a mediating factor in the relationship between social roles and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1998;39:201-215.
 9. Matthews R, Matthews AM. Infertility and involuntary childlessness: The transition to nonparenthood. *Journal of Marriage and Family*. 1986;48(3):641-649.
 10. Fekkes M, Buitendijk SE, Verrrips GH, Braat DD, Brewaeys AM, Dolfig JG, et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*. 2003;18(7):1536-1543.
 11. Lee HY, Si MH. Relationships between irrational beliefs and parenting stress of mothers with early children. *Journal of Fisheries and Marine Sciences Education*. 2011;23(3):400-409.
 12. White L, McQuillan J, Greil AL, Johnson DR. Infertility: Testing a help seeking model. *Social Science & Medicine*. 2006;62(4): 1031-1041.
 13. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*. 2001;23(2):62-66.
 14. Engelhard IM. Miscarriage as a traumatic event. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004;47(3):547-551.
 15. Schwerdtfeger KL, Shreffler KM. Trauma of pregnancy loss and infertility for mothers and involuntarily childless women in the contemporary United States. *Journal of Loss and Trauma*. 2009;14(3):211-227.
 16. Burke PJ. Identity processes and social stress. *American Sociological Review*. 1991;56(6):836-849.
 17. McQuillan J, Greil AL, White L, Jacob MC. Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family*. 2003;65(4):1007-1018.
 18. Lee JH. An analytical study on psychosocial predictors of depression and effective psychosocial intervention program for reducing depression of infertile women being in infertility treatment [dissertation]. Seoul: Korea University; 2013. 124 p.
 19. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*. 1997;9(4):445-451.
 20. Nam BR, Kwon HI, Kwon JH. Psychometric qualities of the Korean version of the posttraumatic diagnosis scale (PDS-K). *Korean Journal of Clinical Psychology*. 2010;29(1):147-167.
 21. Choi ES. The effects of pre and post operative education with both wives and husbands on the women's adaptation undergoing a hysterectomy [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 1992. 86 p.
 22. Kim SN. A structural model for quality of life in women having hysterectomies. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1999; 29(1):161-173.
 23. Aarts JWH, van Empel IWH, Boivin J, Nelen WL, Kremer JAM, Verhaak CM. Relationship between quality of life and distress in infertility: A validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction*. 2011;26(5):1112-1118.
 24. Fardiazar Z, Amanati L, Azami S. Irrational parenthood cognitions and health-related quality of life among infertile women. *International Journal of General Medicine*. 2012;5:591-596.
 25. Kim JM. A study on the double faces of sexual lives in Islam. *The Journal of the Institute of the Middle East Studies*. 2004; 23(2):217-244.
 26. Engelhard IM, van den Hout MA, Vlaeyen JW. The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behavioral Medicine*. 2003;29(2):80-84.
 27. Yu Y, Peng L, Chen L, Long L, He W, Li M, et al. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*. 2014;215(2):401-405.
 28. Ha BY, Jung EJ, Choi SY. Effects of resilience, post-traumatic stress disorder on the quality of life in patients with breast cancer. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2014;20(1):83-91.
 29. Kang EY. A review on psychosocial characteristics of infertile women. *The Study of Child-Family Therapy*. 2014;12:1-16.

Summary Statement

■ **What is already known about this topic?**

The quality of life in infertile women has been identified to have an association with depression, infertility related stress, marital adjustment, and family support.

■ **What this paper adds?**

Influencing factors on the quality of life of infertile women were irrational parenthood cognition, post traumatic stress disorder, and spousal support.

■ **Implications for practice, education and/or policy**

Nurses should take into consideration about irrational parenthood cognition, post traumatic stress disorder, and spousal support when taking care of the infertile couple in order to develop an intervention to improve the quality of life of infertile women.