

고난의 여정: 난임 부부의 보조생식술 실패 경험에 대한 질적 메타합성

김정수 · 박은아[†]
부경대학교(교수)

The Journey of Suffering: A Qualitative Meta-synthesis of the Experience of Failure of Assisted Reproductive Technique in Infertile Couples

Jeoung-Soo KIM · Euna PARK[†]
Pukyong National University(professor)

Abstract

This study was to synthesize the experience of failed assisted reproductive technique in infertile couples using the qualitative meta-synthesis method. Six qualitative studies on the experience of failed assisted reproductive technique in infertile couples were compared by searching eight Korean and English databases. Selected studies were synthesized through meta-synthesis proposed by Sandelowski and Barroso (2003). Five themes were derived through meta-synthesis: “Physical pain”, “Emotional pain”, “Relationship breakdown”, “Need for support”, and “Hope”. The infertile couple who experienced the failure of assisted reproductive technique experienced various pains and destruction of their relationship, and they felt the need for support, but they were on a journey of suffering that could not stop their efforts toward the good fortune of a pregnancy that could not be caught. Conclusion: Through this study, we were able to have a deeper understanding of the experiences of infertile couples who failed assisted reproductive technique, and it will be helpful to prepare various and effective support strategies for them.

Key words : Assisted reproductive technique, Infertility, Qualitative research

I. 서론

결혼과 함께 부모가 되는 것은 개인적인 만족감과 사회적으로 수용 받는 느낌을 가지게 해주며, 사회적인 정체성을 달성하기 위한 척도가 된다(Alamin et al., 2020). 난임(Infertility)은 부부가 12개월 동안 정상적인 성생활을 지속하였음에도 불구하고 임신이 되지 않는 상태인 원발성 난임과 이전에 성공적인 출산을 하였지만 이후 임신이 불가능한 상태인 이차성 난임으로 나눌 수 있

다(World Health Organization, 2020). 원발성 난임의 유병율은 국가에 따라 다르지만 1.9~21.1%(Ying et al., 2015; Zagami, 2019) 정도로 보고되고 있으며, 이는 부부에게 심각한 수준의 정서적, 심리적 고통을 초래할 수 있다(James and Singh, 2018).

Vayena et al.(2002)은 난임으로 인해 발생할 수 있는 심리 사회적 결과를 6단계로 분류하였는데, 1단계는 공포, 죄책감, 자기 비난, 2단계는 결혼 생활 스트레스, 3단계는 경한 결혼생활 혹은 사

[†] Corresponding author: 051-629-5785, soundness@pknu.ac.kr/orcid.org/0000-0003-0987-8349

회적 폭력, 사회적 고립감, 4단계는 심각한 경제적 박탈감, 중정도에서 심한 정도의 폭력, 사회적 지위의 상실, 5단계는 폭력 관련 자살, 질병, 6단계는 죽음에서 존엄성의 상실 등으로 언급하였다. 또 다른 연구에서는 난임으로 인한 심리 사회적 고통을 암이나 관상동맥 질환과 같은 생명을 위협하는 질환에서의 고통과 견주기도 하는 것을 볼 때(Karaca and Unsal, 2015) 난임 부부의 심리 사회적 고통은 상당한 수준에 있음을 알 수 있다.

난임 관련 연구에서 주목할만한 점은 베트남, 일본(Matsubayashi et al., 2001), 터키(Fido et al., 2004), 중국(Ying et al., 2015) 등과 같이 집단주의적이고 전통적인 문화를 가지고 있으며, 가족 구조와 혈연관계를 특히 중요하게 여기는 동양 및 제 3세계 국가에서 많이 이루어지고 있다는 점이다. 이는 문화에 따라 특히 양육이나 부모 역할을 중요시하는 문화가 있음을 확인할 수 있으며, 유교 문화의 전통이 남아 있는 우리나라도 예외는 아니다(Kim et al., 2020).

우리나라에서는 임신이 불가능하다는 뜻의 불임이라는 용어 대신 임신 가능성을 열어 놓은 난임이라는 용어로 대체해야 한다는 사회적 요구에 따라, 2012년 모자보건법 개정안에서는 불임을 난임이라는 용어로 개정되어 사용되고 있다(Park, 2013). 우리나라 정부는 저출산에 대응하여 출산에 대한 사회적 책임 강화를 위해 2006년부터 난임부부 지원사업을 시작하여, 2017년에는 난임 시술에 발생하는 비용에 대해서도 지원을 확대하여 건강보험의 적용을 받을 수 있게 되면서(Ministry of Health and Welfare, 2017) 보조생식술(Assisted Reproductive Technique, ART) 치료는 점점 더 일반적인 난임 치료 방법이 되었다. 그러나 보조생식술 치료 중 인공수정의 임신 성공률은 10~20%, 체외수정의 임신 성공률은 30~40% 정도로 보고되는 것을 고려할 때(Hwang, 2016), 난임부부는 다양한 심리적 고통을 경험하고 있으며 종종 희망과 절망의 순환으로 대표되는 정서

적 롤러코스터 상태에 빠질 수 있다(Read et al., 2014).

난임 부부는 보조생식술 치료를 받는 기간 동안 상당한 정신적, 재정적, 신체적 비용을 지출하고(Messinis et al., 2016), 치료 실패 후에는 우울과 불안이 증가한다(Vahratian et al., 2011; Verhaak et al. 2005). 또한 임신 성공에 대한 부부의 비현실적인 기대는 치료 실패 후 심리적 고통을 악화시킬 수 있다(Jacobs et al., 2016).

보조생식술 치료 실패를 경험한 난임 여성에 대한 문헌고찰 연구에 따르면 이들은 높은 수준의 스트레스, 불안, 우울 등을 경험하고, 자존감과 삶의 만족도가 저하되는 것으로 나타났다(Ying et al., 2015). 또한 치료에 대한 의욕이 높았던 부부도 치료 실패 후에 치료를 중단하는 비율이 23~60%로 상당히 높았는데(Van den Broeck et al., 2009), 이는 재시도 실패에 대한 두려움과 지식 부족 때문일 수 있다(Davis and Sokol, 2016). 그리고 부부가 보조생식술 실패 위기를 극복하고 치료를 계속할지 여부를 결정하기 위해 도움이 필요할 때에도 별로 지지를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다(Khalili et al., 2012).

따라서 본 연구에서는 난임 부부의 보조생식술 실패 경험에 대한 다양한 질적 연구 결과들을 통합하여 새로운 해석을 시도하고, 현상의 포괄적인 측면을 밝히고자 한다. 이러한 요구를 이해하고 인식하는 것은 의료인들이 보조생식술 치료 실패 후 난임 부부의 요구를 이해하고 이를 충족 시키는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

질적 메타합성은 다른 사람이 연구한 현상에 대한 자료, 방법, 이론을 설명하는 새로운 해석을 제시하는 것으로, 현상에 대한 과거, 현재, 미래 연구의 다양한 이론적, 방법론적, 구조적 측면의 의미에 대한 통찰력을 표현할 수 있는 기반을 형성하는 연구방법론이다(Son, 2019). 따라서 본 연구에서는 질적 메타합성 방법을 이용하여 난임 부부의 보조생식술 실패 경험을 탐색한 질적 연구들의 결과들을 체계적으로 분석, 합성, 재해석

하여 난임 부부의 보조생식술 실패 경험을 통합적으로 이해하고자 시도되었다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 난임 부부의 보조생식술 실패 경험을 탐색한 질적연구 결과를 통합적으로 이해하기 위해 Sandelowski and Barroso(2003)가 제안한 방법으로 수행된 질적 메타합성 연구이다. 질적 합성 과정은 먼저 연구주제를 다루고 있는 질적 연구 원문들을 검색하여 합성의 대상이 될 수 있는 논문들을 선정하고, 합성 대상 논문들의 질을 평가하여 연구 결과의 신뢰성이 심각하게 우려되는 논문들이 있는지를 검토하며, 각 연구의 결과들을 면밀히 비교, 대조, 분류하여 합성하는 단계를 거친다.

2. 문헌검색 및 선정

문헌검색 전 두 연구자 간의 검색데이터베이스와 검색어, 검색전략에 대한 논의를 거쳐 2022년 7월 난임부부의 보조생식술 실패 경험에 대한 질적 연구논문들을 검색하였다. 국외 문헌검색은 PubMed, Cochrane's library, EMBASE, CINAHL을 이용하였고, “Assisted reproductive techniques [Mesh]”, “Infertility [Mesh]”, “Qualitative research [Mesh]” 등의 검색어를 기반으로 각 데이터베이스의 색인용어에 맞게 변형하여 검색하였고 검색어 간에 “AND” 또는 “OR”로 조합하여 사용하였다. 국내 문헌검색은 Korean Medical database (KMBase), KoreaMed, Research Information Sharing Service (RISS), Koreanstudies Information Service System (KISS)을 이용하였다. 검색어는 “보조생식술”, “보조생식기술”, “난임”, “질적연구” 등을 조합하여 검색하였다. 관련 문헌의 충분한 검색을 위해 국내외 모두 출판 기간의 범위는 별도로 지정하지 않았다.

본 연구에서의 문헌의 선정기준은 보조생식술을 사용했지만 현재 자녀가 없는 대상자, 난임 여성, 남성 혹은 부부 대상 연구, 질적 연구방법으로 수행된 연구, 한국어나 영어로 출판된 연구이다. 문헌의 제외기준은 보조생식술을 통해 임신하고 있거나 자녀가 있는 연구, 질적연구가 아닌 연구, 전문가의 학술적 심사가 이루어지지 않은 연구, 원저가 아닌 연구이다.

문헌검색 및 선정은 4단계에 따라 진행되었다 ([Fig. 1] 참조). 각 단계에서 2명의 연구자가 개별로 논문의 중복성 및 관련성을 검토하였고, 검토 결과에서 일치되지 않은 부분에 대해서는 논의를 거쳐 100% 합의를 이루었다. 1단계 검색 결과 총 493편이 검색되었으며, 이 중 중복된 논문 162편을 제외하여 총 331편을 추출하였고, 추출된 문헌의 논문 제목과 초록을 대상으로 주제, 대상자 및 방법의 관련성을 검토하였다. 2단계 검토 결과 주제와의 관련성이 적은 문헌(n=143), 대상이 난임 여성, 남성 혹은 부부가 아닌 문헌(n=109), 방법론에서 관련성이 적은 문헌(n=41), 출판형식이 배제기준에 부합되는 경우(n=5), 원저가 아닌 연구(n=26), 영어나 한국어가 아닌 연구(n=1) 등 총 325편을 제외하였다. 이를 통해 난임 부부의 보조생식술 실패 경험과 관련성이 있을 것으로 판단된 국외 5편, 국내 1편 등의 총 6편의 문헌이 최종 메타합성 문헌으로 선정되었다 (<Table 1> 참조).

3. 문헌의 질 평가

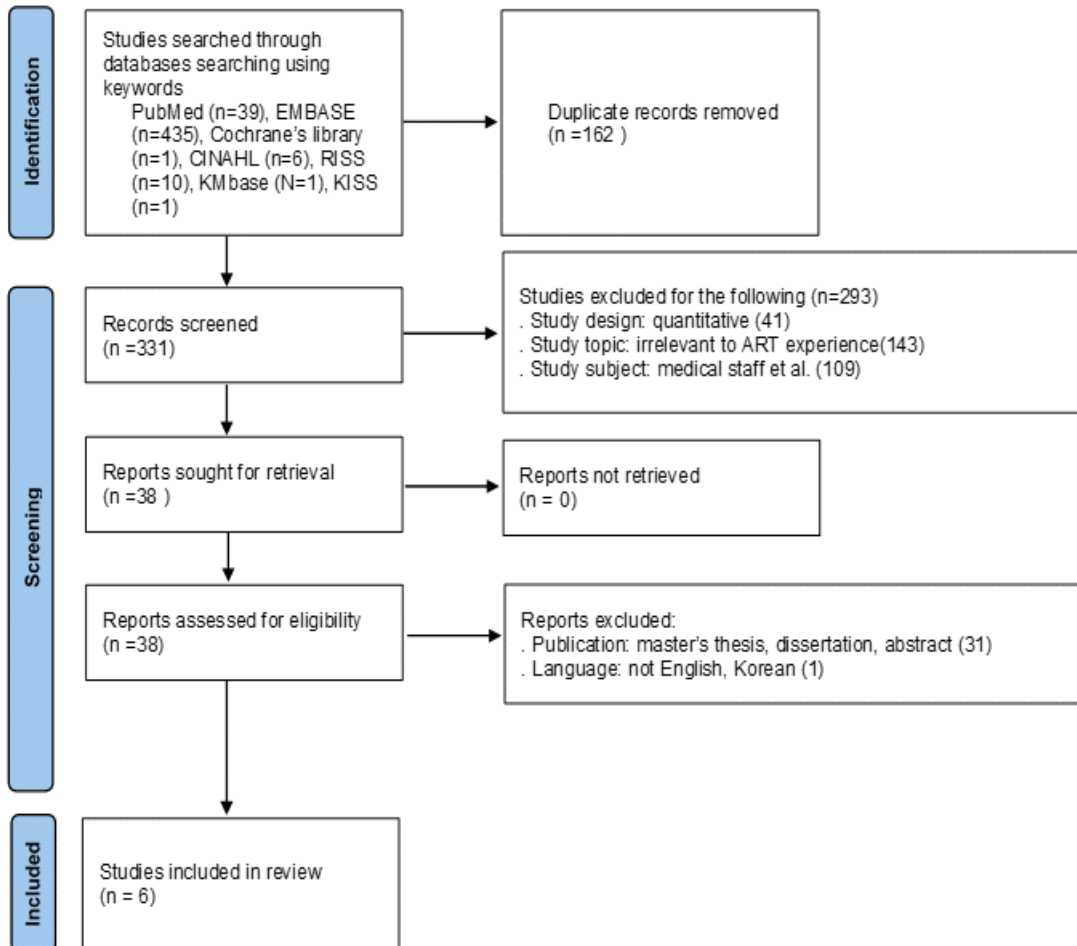
최종 포함된 문헌의 질 평가는 Critical Appraisal Skills Programme (CASP) checklist를 사용하여 수행하였다. CASP는 10문항으로 구성된 질적연구의 신뢰성, 진실성, 엄격성을 평가하는 도구로서 문항을 만족시킨 점수가 높을수록 개별 연구가 체계적으로 수행된 것으로 평가할 수 있다. 본 연구에서는 개별 연구에서 10문항 중 만족시킨 비율로 평가하였고, 각 연구자가 독립적

으로 평가한 뒤, 결과를 비교하는 과정을 거쳤고, 불일치 문항에서는 논의를 거쳐 합의를 도출해 내었다. CASP 결과는 문헌을 이해하기 위한 참고사항으로 사용할 것으로 권고하고 있기 때문에 CASP 결과를 문헌선정, 배제기준에는 포함시키지 않았다.

4. 문헌 읽기 및 데이터 추출

각 연구자들은 최종 선정된 문헌을 연대순으로 나열하고 반복적으로 읽으면서 문헌의 내용에 대한 익숙해지기 위해 노력하였다. Microsoft

Excel을 이용하여 사용자 양식을 만들어 연구의 특성, 연구목적, 방법, 참가자의 특성, 데이터 수집 방법, 분석 방법 등을 정리하였고 난임 부부의 보조생식술 실패 경험과 관련하여 의미 있다고 판단되는 데이터 원문의 내용을 손상시키지 않는 범위에서 축약하지 않고 추출하였다. 추출 과정에서 1차 구조(원 연구에서 난임부부의 보조생식술 실패 경험과 관련되어 있다고 판단되는 직접적인 인용문), 2차 구조(원 연구에서 저자의 개념적 해석)를 추출하였다. 추출된 데이터는 분석 및 합성에 사용되었다.



[Fig. 1] Flowchart of the search process

5. 데이터 분석 및 합성

질적 합성의 과정은 최종 선정된 논문들을 연구자들이 개별적으로 여러 번 읽으면서 내용에 익숙해지는 것으로 시작하였다. 난임 부부의 보조생식술 실패 경험을 주제로 한 질적 연구들을 읽으면서 각 연구의 기본적인 정보, 즉 연구목적, 연구참여자의 특성, 자료수집 방법, 연구방법론 등을 표로 정리하였다. 본 합성 연구의 원자료가 되는 개별 연구의 결과는 원저자가 제시한 주제 혹은 범주의 이름과 설명 혹은 해석, 각 주제를 보여주는 연구참여자의 인용문을 주의 깊게 읽고 대조해 가면서 분석하고, 본 연구자들의 해석을 함께 기록하였다. 정리된 결과들을 보면 연구 간에 공통적으로 나타나는 내용, 유사성과 차이점 혹은 다양성을 파악하기 위해 비교, 대조하면서 다시 분석하였다. 구체적으로는 개별 연구에 드러난 보조생식술 실패 경험을 시간이나 과정에 따라 또는 대상자와의 관계(아내, 남편)에 따라, 난임 진단 후 기간, 난임의 원인(아내, 남편, 부모 모두) 등에 따라 관점을 달리하여 비교, 분석을 반복하였다. 이렇게 반복적으로 분석된 자료는 자료 간 유사성을 바탕으로 분류하였으며, 연구 간에 차이가 있는 결과도 따로 분류하여 어떤 패턴이나 유사성을 발견할 수 있는지를 다시 검토하였다. 유사하다고 분류된 내용은 그 성격을 잘 나타내주는 개념을 이용하여 주제의 이름을 명명하였다. 또한 주제 간의 관계가 분석된 경우는 합성 결과에 포함하여 서술하였다. 마지막 단계로 공통된 결과들을 중심으로 메타 합성된 주제들을 제시하였다(<Table 2> 참조).

질적 연구의 합성과정과 결과에 대한 타당도를 확보하기 위하여 본 연구에서는 Sandelowski and Barroso(2003)가 제시한 두 가지 방법을 이용하였다. 첫째로는 연구의 단계마다 수행한 활동과 의사결정 과정 및 결과를 최대한 구체적으로 기록하는 것이다. 본 연구에서는 연구자 개인 및 공동 논의를 통하여 도출된 합성 결과, 의사결정

및 그 결과, 성찰적 메모, 표와 그림 등 연구 과정과 결과의 신뢰성을 확보할 수 있는 다양한 자료를 모으고 기록하였다. 두 번째 방법은 질적 합성에서 타당도를 확보하는 핵심 절차 중 하나로서, 타협을 통한 상호 동의 신뢰도를 확보하는 것이다. 연구의 전 과정에서 이루어진 모든 의사결정은 충분한 시간 동안 시행한 심층 논의를 거쳐서 합의에 도달하도록 노력하였다. 의견 차이가 있는 부분은 원자료 즉 개별논문에서 제시된 주제 및 주제 관련 메모들을 다시 검토하여 최종 결정하였다.

6. 연구자의 준비

연구자 1은 질적 연구방법론을 이용한 연구로 박사학위를 취득하였고, 개별 인터뷰 분석 등의 질적 연구를 수행한 풍부한 경험을 가지고 있다. 연구자 2는 10년 이상의 임상 경력을 가진 간호사 출신의 연구자로, 박사과정에서 질적연구방법론을 이수하였고, 질적 연구 콜로키움에 참석하여 질적 연구방법론을 학습하였다. 또한 임상 환자 및 간호사를 대상으로 Q방법론, 개별 인터뷰 분석 연구 등 다양한 방법을 활용한 질적 연구를 수행한 경험이 있다. 본 연구를 수행하기 전 두 연구자는 메타 합성 관련 문헌 및 적용한 연구를 충분히 학습한 뒤 연구를 시작하였다.

7. 윤리적 고려

본 연구는 문헌을 분석한 질적 문헌의 메타합성 연구로서 인간 참가자는 포함되지 않았기 때문에 윤리위원회 검토는 요구되지 않았다.

Ⅲ. 연구 결과

최종적으로 6편의 연구가 분석에 포함되었고, 연구대상자는 총 122명으로 여성 79명, 남성 43명이었다. 연령은 21~46세 사이였으며, 난임 진단 후 경과 기간은 1~16년까지 다양하였다.

<Table 1> Summary of the studies included

No.	Author /Year	Country	Methodology	Purpose	Sample size	Age of participant (year)	Duration of infertility	No of ART	Cause of infertility	Data collection	Data analysis	Results
A1	Ying et al. (2015)	China	Qualitative study	To explore Chinese couples' experience of IVF treatment	Total: 24 (Female: 12, Male: 12)	28-44	2-11 year	No shown	Mixed	Semi-structured interview	Qualitative content analysis	Suffered from the process, experiencing physical and emotional pain, struggling with the urgency and inflexibility of bearing a child, and experiencing disturbances in their daily routines and work.
A2	Bailey et al. (2017)	UK	Qualitative grounded theory design	To provide a model of resilience among women undergoing fertility treatments	Total: 11 (Female: 11)	24-42	2-6 year	No shown	UK	Semi-structured interview	Qualitative content analysis	Appraisal Stepping away from treatment Building self up for the next attempt
A3	Zagami et al. (2019)	Iran	Qualitative study	To explore the needs of infertile couples following treatment failure with ARTs	Total: 29 (Female: 18, Male: 11)	24-46	10M-16 year	No shown	Mixed	Semi-structured interview	Qualitative content analysis	"The need for support" need for psychological support the need for more useful information. the need for social support the need to access to supplementary services

ART: Assisted Reproductive Technique

<Table 1> Continued

No.	Author /Year	Country	Methodology	Purpose	Sample size	Age of participant (year)	Duration of infertility	No of ART	Cause of infertility	Data collection	Data analysis	Results
A4	Alamin et al. (2020)	Iran	Qualitative study	To comprehend the challenge of identity crisis of infertile people in Iran for helping to formulate support programs for policy makers	Total: 40 (Female: 20, Male: 20)	21~43	2~12 year	No shown	Mixed	Semi-structured interview	Qualitative content analysis	“Failure in identity building” Prevention from continuity Prevention of forming normative identity
A5	Kim et al. (2020)	South Korea	Phenomenological study	To explore the experiences of infertility among women with male factor infertility	Total: 9 (Female: 9)	31~41	1~10 year	No shown	Male	Individual in-depth interviews	Colaizzi	Difficult to accept the situation Confused inside Destroyed relationships due to blaming and anger Desire social support Embracing hurt feelings and regaining strength
A6	Baek et al. (2020)	South Korea	Phenomenological study	To understand the reality of the suffering as infertile women who are doing repeated ART	Total: 9 (Female: 9)	33~44	No shown	4~29	U.K	Individual in-depth interviews	Colaizzi	Being demoted to a tool only for pregnancy Struggling for the happiness hard to get Standing loneliness alone on a solitary island Ongoing yearning for recognition by pregnancy and childbirth

ART: Assisted Reproductive Technique

보조생식술 실패를 경험한 부부에 대한 연구를 합성한 결과, 다음과 같이 5개의 주제가 도출되었다; (1) 신체적 고통 (2) 정서적 고통 (3) 관계 파괴 (4) 지지의 필요성 (5) 희망. 이러한 경험을 통합하는 핵심 주제는 ‘고난의 여정’으로 나타났다.

1. 신체적 고통

난임으로 인해 보조생식술 치료를 받는 동안 대다수의 여성은 주사와 난자채취, 각종 검사들로 인해 신체적 고통을 경험하며, 이를 함께하는 남성 또한 아내의 고통을 공감하고 있었다.

가. 치료과정에서의 통증

난임 여성들은 보조생식술을 받는 동안 잦은 주사와 침습적 시술, 다양한 약물 부작용으로 인한 통증 등을 경험하고 있다. 또한 치료과정에서 발생할 수 있는 부작용이 걱정되지만 자신의 아이를 갖고 싶다는 일념으로 이를 견디고 있다.

“The progesterone shot is the worst as it needs to go deeply into muscle and it is oil-based. On top of the numerous injections, there were also blood tests that made me feel like a pin cushion. I would not have wanted this to happen, but I have to bear it as I want to have my own baby.” (A1)

“I suffered from severe liver impairment after use of the follicle-stimulating hormone. I am concerned about the possibility of breast cancer or premature ovarian failure.” (A1)

“어떤 약을 먹으면 머리가 많이 빠지는 약이 있어요. 남성호르몬 제제라 여자가 먹으면 머리카락이 빠지거나 두피에 뽀루지가 나는 경우가 있는데, 그걸 권하는 분이 있어요. 그걸 먹어야 기능저하가 좀 천천히 진행되고 이렇다고. 그런 거 먹으면 또 (한숨) 부작용이 있는데도 먹어요.” (A6)

나. 임신만을 위한 몸으로 도구화됨

참여자들은 결혼 후 임신을 당연한 것으로 여겼지만 쉽게 생각했던 자연임신이 되지 않아 병원을 찾아 시험관 시술 등의 보조생식술 치료를

하고 있다. 시술하기에 적합한 상등급의 몸을 만들기 위해 운동을 하고, 건강보조식품 등도 섭취하고 있지만 아직 효과를 보지 못하고 있다.

“제가 좀 더 어렸다면 제가 2-3년 더 해 볼 수 있었을 텐데..나이가 있으니까. 아 빨리 시도를 해 봐야겠다. 처음에는 그냥 가서 하면 되겠지 했는데 한 달 두 달 계속해도 안 되니까.. 수정을 시켰으니 애 상태가 어떤지 등급표를 주거든요. 최상급, 상급, 중급, 중하급, 하급 이런 거, 제가 상태가 그다지 좋진 않더라고요. 그래서 그걸 보고 항상 좀 운동을 해야겠다, 영양제 챙겨 먹어야겠다는 생각을 했었거든요.” (A6)

2. 정서적 고통

가. 잡힐 듯 잡히지 않는 행운을 향한 고진분투

대상자들은 치료로 인한 정서적 고통을 경험하면서도 친자식을 통해 자신의 연속성을 유지하고 싶으며, 입양을 대안으로 고려하지 않고 있다. 그러나 여성은 나이가 들어가는 것에 대해 절박감을 느끼고 임신과 관련된 거짓 정보에도 쉽게 마음이 흔들린다.

“We can't even think about adopting a child, because my husband's family are traditional and a noble family, and their generation is very important for them. They want their family continuity, and they believe in the blood connections. They do not want a child with unclear lineage to come into the family.” (A4)

“I have already failed five cycles, and I am now 35 years old. There will be a decreased chance for success as the quality of my eggs is getting worse. I really don't have much time, so I cannot wait but must go through the treatment.” (A1)

나. 수용하기 힘든 상황

대상자들은 난임이라는 단어 자체를 불편해하고, 현 상태에 대해 비난받고 싶지 않고, 현재 상황을 견뎌내기 힘들어 하고 있다.

“I never even thought that this (infertility) will happen. the word 'infertility' was really annoying.

Why are they bringing that word to me? I just hated the word....People ask me ‘Why don’t you still have a baby?’ almost every week. I hated it... You know, there are many couples who cannot (conceive) even if both have no problems. I think I would have been more okay to undergo this process if that was so for us.” (A5)

다. 치료에서 한 발자국 물러서기

참여자들은 보조생식술 치료로 인해 감정적으로나 실제적으로 소진된 느낌이 들거나 자신을 잃어버린 것 같은 느낌이 들어서 잠시 치료를 중단하기로 결정하였다. 이 과정을 통해 생활의 중심을 출산이 아닌 ‘정상’ 생활로 연결되고 싶어 하였다.

“I know some women go on and on and have fertility treatment and IVF 10 times over. How they manage that I do not know, your mind and body, but there’s got to be point when it just says ‘I just can’t take no more’ . I started doing yoga, I started doing singing, and it’s just good because rather than spending hours trying to research my cure for myself, somehow, through sort of looking at stuff online, reading papers.” (A2)

라. 역설적인 감정

참여자들은 난임의 원인이 남편에게 있는 경우 남편에게 분노를 느꼈지만 정자기증을 고집할 수는 없었다. 또한 다른 임신부가 부러웠고 나는 언제 아기를 가질 수 있을지 궁금했으며 유산을 경험한 경우에는 자신에게 미안한 마음이 들기도 한다고 하였다.

“I only get mad at my husband. That’s (oligospermia) not his fault but...Who’s the reason that I had to get IVF; We fought. I blame my husband...Sometimes I just get so mad suddenly that when I come home, I just burst into tears...After I miscarried, I was sad and I think I felt a little guilt but one thing that was different was that I felt sorry for myself.” (A5)

가. 배우자, 가족, 주변인과의 관계 손상

참여자들은 보조생식술 치료로 예민함과 피로를 경험하게 되면서 남편과 자주 싸우고, 도움을 많이 주지 않는 자신의 부모나 시부모에게도 서운함을 느꼈다. 또한 먼저 임신한 친구들과의 만남을 피하게 되고, 아이를 주지 않는 신에 대해서도 화가 나서 종교활동을 피하게 되었다.

“Last time when I was doing IVF, I felt so annoyed and tired. you know mentally...So, I fought with my husband a lot...I saw other people coming with their moms and I want to rely on my mom too but that’s not happening... My mother-in-law gives him a lot. It’s all her fault that he’s like this (fat)... She raised him like that... I get so mad at her all the time and I hate her.” (A5)

“I was jealous. She got married later than I did but got pregnant first...I do not want to see her...There was a time when I was mad at God for not giving a baby to someone who wants one so desperately, when people who got married after I did, got pregnant so easily. Why me?” (A5)

나. 사회규범적 정체성의 혼돈

참여자들은 난임에 대한 사회적 기대와 규범의 압력을 느끼고 있어 이를 숨겨야 하는 결점으로 생각하며, 자신들의 여성성과 남성성이 위협받고 있다고 생각한다. 난임 부부에서 여성은 아내, 어머니로서의 정체성이, 남성은 남편, 아버지로서의 정체성이 부족하다고 인식되어 사회에서 기능을 하기가 힘들다고 여겨진다.

“I used to think that infertility is a kind of flaw and defect, although I am educated and I should be more open minded...I always saw it as a subject that I should hide from others....Since the infertile woman cannot achieve her ideal, part of her identity will be ruined...Men’s distress was more linked to the lack of power of masculinity than the absence of a child. This means that although fatherhood is not the center of masculinity, men are not exempted from the effects of culture and society.” (A4)

3. 관계의 파괴

4. 지지의 필요성

가. 배우자, 직장, 국가적 지지를 원함

참여자들은 배우자가 난임 치료과정에서 겪었던 고통에 대해 배려해주시기를 바라고, 적극적인 자세로 치료와 생활 습관 교정에 참여하기를 희망하였다. 또한 직장 내에서 난임 치료 주사제를 맞을 휴게실 확보나 난임 치료과정에서 병가나 휴가를 사용할 수 있도록 하는 정부의 지원정책을 바라고 있다.

“I could only find a part-time job during the four-year period. The process of treatment is too complicated. The hospital has almost become my home as I visit it so frequently. Each time, I have to spend nearly a whole day there, waiting for the doctor’s inquiry, the test, and the results.” (A1)

“They collected my egg and that day was so hard for me. I was in excruciating pain the whole day, and I was suffering at home. I thought my husband will at least buy me some porridge..I have to go to the hospital because of him, but he gets fatter, doesn’t quit smoking, and gets stressed, but doesn’t put in any effort to resolve them.” (A5)

“Now when I have to get injections for superovulation or fertilization I have to go to the restroom, if the office doesn’t have like a break room, and that’s so difficult..I do not think my coworkers liked it when I did the first cycle (of IVF) last month and the same was true for my husband...So, I am in pain, but I was alone every time I had to go to collect the egg.” (A5)

나. 정보적 지지

참여자들은 보조생식술 치료과정과 시술 성공률에 대한 구체적인 지식이 없어 난임 치료에 대해 비현실적인 기대를 하고, 이는 치료실패에 따른 불만족으로 이어졌다. 이러한 면에서 치료와 관련된 적절한 정보 및 약물 투여, 주의점 등에 대해 의료인들이 알려주기를 원하고 있었다.

“They should provide us with information. I was very upset the first time, because I thought that starting the treatment meant pregnancy for sure.

No one had told me that the probability of pregnancy with IVF was only a few percent... Information and training should be fully provided. For instance, they should explain what IVF is! What is the embryo? Where is it formed? What are these injections for? (A4)

“My husband went on the internet and found out that we should abstain. No one had told me about this“ (A4)

다. 재정적 지지

참여자들은 치료와 관련된 재정문제를 가장 큰 문제로 보고 치료비 충당을 위해 대출이나 돈을 빌리는 경우가 많아 힘들다고 하였다. 임신을 위한 시간이 많이 남아 있지 않다고 생각하다보니 병원 시술에 집착하고 밀 빠진 독에 물붓기식으로 시술비용을 감당하고 있음을 고백하였다.

“My worry right now is that now that I’ve come here again I have to pay money. It is all very hard. There is no place to go to and get help“ (A3)

“마음도 마음인데, 일단 돈이 있어야 될 하니까. 돈이 없으면 시술 자체를 못 하잖아요. 저처럼 부모님도 있긴 하지만 그것도 한두 번이지. 그렇잖아요. 그러니까 이게 제일 문제는 물질적인 거. 저희 들한테 제일 스트레스는 물질적인 거 일 번이고 그 다음은 마음이죠. 마음타령하기도 돈이 없으니까 마음타령도 사치인거예요. 일단은 물질적인 게 어느 정도 되어야 시술도 하고 마음도 어디 가서 상담을 받든 될 하는 거지. 돈을 벌어서 다 병원비에 쏟아 부우니까 악순환이예요.” (A6)

라. 추가 서비스 지원의 필요

참여자들은 모든 난임 치료가 같은 센터 내에서 이루어지기를 바라지만 인터넷 예약 문제라든지, 보완대체요법, 영양상담 등에 대한 지원이 체계적이지 않다고 생각하고 있었다.

“This is a specialty center, and it would be better if all tests to be done right here...We struggle a lot at getting an appointment...There should be at least one attending traditional medicine counselor in the center...They never said this to us, what to eat and what not to eat before egg collection or between collections and transfer“ (A3)

5. 희망

가. 다음 치료 시도를 위한 자기개발

참여자들은 다시 보조생식술 치료를 하기로 마음먹고 몸을 다지기 위해 노력하였다. 이러한 준비에는 스스로 현 상황을 통제하기 위해 노력하고, 자신의 역량을 키우는 방법을 찾고, 임신을 위해 적극적으로 노력함으로써 희망을 이어가고 있었다.

“I think that’s the only thing that can pull you through is the next...moving onto the next thing...I am a doer [...] I just move on a look at it positive and learn from it. So this is ongoing with the IVF, I am looking, learning, asking questions, I’m still learning but yeah I’d say that is what I do in life...You just control what you can control with it, so it’s things like I know a lot of people take lots of vitamins and things because they think ‘it makes me think like I’m doing something positive so therefore I am in control of it’ . (A2)

6. 핵심주제: 고난의 여정

보조생식술 실패 난임 부부의 경험에서 핵심주제는 ‘고난의 여정’으로 도출되었다. 참여자들은 반복되는 보조생식술 실패로 인해 여러 가지 고통과 관계의 파괴를 경험하고, 지지의 필요성을 느끼지만 잡힐 듯 잡히지 않는 임신이라는 행운을 향한 노력을 그만둘 수 없는 고난의 여정 속에 있었다.

IV. 논 의

본 연구에서 질적 메타합성 연구방법을 통하여 보조생식술 실패 난임 부부의 경험을 통합한 결과, 난임 부부의 주요 경험은 치료과정에서의 신체적 고통뿐만 아니라 정서적 고통을 느끼고, 주변인들과의 관계가 파괴되는 경험을 하면서 자신들에 대한 다양한 지지의 필요성을 느끼는 것으로 나타났다. 이러한 경험은 다음 임신 시도를 위한 자기개발을 통해 점차 극복되어 갔으며 새

로운 시도에 대한 희망으로 부부의 성장이 이루어지는 것을 확인할 수 있었다.

참여자들은 결혼 후 임신을 당연히 해야 하는 것으로 여겼지만, 쉽게 생각했던 자연임신이 되지 않아 난임 전문 병원을 찾아 보조생식술을 시행하면서 신체적 고통을 경험하게 되었다. 성선자극호르몬방출 호르몬 작용제, 난포자극호르몬, 융모성선자극호르몬, 프로게스테론 등의 투약과 함께 체중증가, 흉통, 간 손상, 복수 등의 약물부작용도 경험하고, 혈액검사, 질 초음파, 난자 채취, 배아 이식 등의 침습적 시술에 따른 신체적 고통을 견뎌내고 있었다. 보조생식술 시술을 위한 최적의 몸 상태를 만들기 위해 생식기능에 초점을 둔 운동이나 건강보조식품의 섭취도 실천하고 있다. 난임여성들이 생명을 감수하면서 이러한 시술을 받는 과정에서 겪는 어려움이 임신의 성공으로 이어지는데 도움이 된다고 여겨지면 이러한 신체적인 고통은 불가피한 것으로 여긴다. 많은 연구에서 난임부부가 경험하는 이러한 신체적 고통은 고난으로 생각되기는 하지만 정서적 고통에 비하면 비교적 가벼운 것이므로 견뎌내야 하는 것으로 인식하고 있다(Boivin and Lancaster, 2010; Cipolletta and Faccio, 2013; Widge, 2005). 남성에 비해 여성은 이러한 보조생식술을 감당해야 하는 당사자가 되어야 하므로 난임 여성의 신체적 고통 경험에 대한 보다 깊은 이해가 필요할 것으로 보인다.

임신에 대한 열망과 이를 달성하는 것의 어려움은 부부 모두에게 매우 고통스러운 경험이다(Thorn, 2009). 특히 난임 여성은 자신이 주도적으로 관여할 수 없는 시술 과정을 겪으면서 임신에 실패한 경우에 그 결과는 고스란히 자신이 떠안으면서 정서적 고통도 가중되었다(Ryu 2019). 이들은 반복되는 실패로 인해 감정이 파도를 타는 듯한 느낌을 받고, 수면장애, 좌절, 실망, 불안감을 경험하고 심한 경우에는 사형선고를 받는 듯한 느낌도 가진다. 아내와 정서적 고통을 공유하는 남편들 또한 많은 스트레스에 직면한다.

<Table 2> Synthesized themes of experience of failure of assisted reproductive technique in infertile couples

Core themes	Themes	Sub-themes
Journey of Suffering	1. Physical pain	. Pain during treatment
		. Tooled as a body for pregnancy only
	2. Emotional pain	. Struggle for unobtainable luck
		. Unacceptable situation
		. Taking a step back from therapy
		. Paradoxical feeling
	3. Destruction of relationships	. Impairment of relationships with spouse, family, or neighbors
		. Confusion of social normative identities
	4. Need for support	. Wanting spouse, work, or national support
		. Informational support
		. Financial support
		. Need for additional service support
	5. Hope	. Self-development for the next treatment attempt

이러한 경험이 반복될수록 검증되지 않은 무지갯빛 정보에 마음이 홀리고 병원 시술에 집착하여 매달리다보니 일상생활 속에서 평범한 행복감을 누릴 수 없음을 슬퍼한다.

또한 혈연관계를 이을 수 없어 연속성이 끊어진다는 죄책감과 함께 여성은 모성 경험의 박탈을, 남성은 남성다움에 대한 사회적 기대나 사회 내부의 압력을 받지만 혈통을 알 수 없으므로 입양을 고려하지는 않는다. 이러한 난임 여성을 위한 이해와 돌봄에 있어 임신의 성공만을 절대적이고 유일한 해결책으로 여겨서는 안 되고, 임신에 대한 난임 여성의 열망이 과연 여성 자신의 열망이었는가에 대한 비판적 검토가 필요하다(Lee, 2014). 문화적 측면에서 중동이나 아시아 국가의 난임 부부(Alamin et al., 2020; Baek et al., 2020; Kim et al., 2020; Ying et al., 2015; Zagami et al., 2019)는 생물학적 자녀를 통해 자신의 연속성을 유지하고, 사회 내의 규범적 정체성(여성

성, 남성성)과 부모로서의 성인의 지위를 갖고 싶어하는 반면 유럽 국가의 난임 부부(Bailey et al., 2017)는 보조생식술 실패 시 입양을 고려하기도 하고, 치료를 잠시 멈추고 일상생활 회복에 집중하기도 한다는 점에서 차이가 있었다. 이를 통해 볼 때 기타 다양한 문화권에서의 난임에 대한 태도를 확인할 필요가 있을 것으로 보인다. 또한 난임 진단 이후 난임 여성이 시술에 임하기 전, 시술 과정과 시술 후에 나타날 수 있는 다양한 신체, 정서적 반응에 대한 구체적인 정보제공과 더불어 의료인들의 정서적 지지와 관심이 필요하다(Baek et al., 2020). 또한 이러한 불리한 경험을 극복하고 상대적으로 안정적인 기능 수준을 유지하는 능력인 회복력(Bonanno, 2004)에도 관심을 가질 필요가 있을 것으로 생각된다.

난임 부부는 보조생식술 실패 경험이 축적되면서 배우자, 가족, 주변인, 종교적 관계의 손상을 경험한다. 시술 성공을 위해 숙제처럼 배란일에

맞추어 성관계를 가져야 하고, 남편에게 난임의 원인이 있는 경우에는 시어머니에게 분노를 느낀다. 또한 주변인들이 부부의 난임 상태를 알지 못하고 함부로 말을 하는 경우 이들을 만나기가 힘들었고, 아기를 주지 않는 신에게도 화가 나서 종교활동을 피하고 있었다. 이는 난임 여성이 가족, 친구, 배우자와의 관계에서 높은 수준의 좌절과 분노를 나타낸다는 연구결과(Bakhtiyar et al., 2019)를 통해서도 확인되고 있다. 긍정적인 상호작용이 부족한 부부는 난임과 관련된 부정적인 감정이 여과 없이 상대방에게 직접 전달되어 갈등, 후회, 죄책감으로 이어지는 악순환이 반복될 수 있고(Hong and Park, 2017) 성을 잉태의 수단으로만 여길 수 있으므로(Domar, 2007) 이들 부부를 위한 효과적인 의사소통과 긍정적인 상호작용 증대가 제공될 필요가 있다.

난임 부부는 보조생식술 치료 과정에 대한 지지를 바란다. 배우자의 배려와 함께 직장에서는 과배란 유도 주사를 놓을 수 있는 휴게실의 설치, 국가적으로는 난임 여성을 위한 장기 혹은 정기적인 난임 휴가를 사용할 수 있도록 제도를 마련해주시기를 원했다. 또한 의료인들이 적절한 시간을 할애해서 난임의 원인과 관련된 설명이나 정보제공을 해주고, 난임 부부의 요구에 반응하고, 정서적 지지를 해주기를 바라고 있었다. 그러나 이러한 상담이 일회성 중재로만 제공되거나 일부 의료기관에서만 시행되고 있는 상태이다(Kim et al., 2019). 그러므로 난임 부부가 난임 관련 고통을 극복할 수 있도록 돕는 실제적이고 체계적인 시스템을 마련할 필요가 있다. 먼저 난임 부부에 대한 심리적 지원 측면에서 부부 상담 혹은 서면 자료 형태의 지지(Read et al., 2014)와 함께 의료인들은 난임 대상자를 대할 때 보다 인내심을 가지고 대하고 적절한 치료법을 설명하는 노력이 필요하다(Cardozo et al., 2012). 또한 난임 여성을 둘러싼 다양한 사람들 중에서 배우자는 가장 가까운 지지자이므로, 이들은 서로에게 지지적 역할을 할 필요가 있다(Kim et al., 2019).

국가적 지원 측면에서 현재의 국가 정책은 지원 혜택의 제한과 연령 및 소득의 제한으로 인해 상당수의 난임 부부가 지원을 받지 못하고 있으므로 이에 대한 재검토 및 수정이 필요하다(Kwak, 2020). 또한 난임 부부를 위해 장기 혹은 정기적인 난임 휴가를 사용할 수 있도록 하는 제도 마련이 필요하다.

이상을 종합하면, 난임부부는 반복적인 보조생식술 치료 실패 후 의료인이 임신의 성공을 반드시 보장할 수는 없다는 것을 알게 되면서 치료 초기에 의료인에게 넘겼던 통제력의 주도권을 일부 되찾아 오게 되었다. 스스로를 통제할 수 있게 되면서 다시 임신이라는 목표에 집중할 수 있었고, 절망을 떨쳐낼 수 있게 되었다. 또한 다음 치료를 준비하면서 고난 극복을 위해 어떠한 전략이 도움이 되었는지를 생각해보고 본인 스스로 정서적 강인함과 긍정적 태도를 유지하고, 혼자가 아니라는 생각을 가지게 되었다. 일상생활에서 다른 무엇보다 난임 치료를 최우선 과제로 생각하고 생식력을 높일 수 있는 여러 가지 자기개발 방법을 강구하고 있으며, 향후 보조생식술 시도 성공에 대한 희망을 가지고 낙관적인 여정을 해 나가고 있다.

질적 연구방법이 활성화되면서 보조생식술 실패 난임 부부의 경험에 대한 연구들이 이루어지고 있으나 그 연구 결과들이 연결되지 못한 측면이 있다. 본 연구에서는 질적 메타합성 방법을 적용하여 난임 부부의 보조생식술 실패 경험을 포괄적이고 통합적으로 이해할 수 있는 자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다. 전통적인 양적 메타분석과는 달리 난임 부부의 보조생식술 실패 경험 내에 있는 본질적인 맥락을 확인할 수 있었으며 이러한 결과는 앞으로 보조생식술 실패를 경험한 난임 부부 지원을 위한 대상적 중심의 접근방식을 취하고, 개인, 부부, 가족, 의료기관, 정부가 협력하여 난임 문제 해결을 위한 포괄적이고 지속적인 지지 체계를 구축하기 위한 기반이 될 수 있을 것이다. 또한 질적 메타합성이 양

적 연구의 메타분석과 같이 기존 연구 결과들을 과학적 근거로서 통합하고 파급시키는 도구가 될 수 있다는 점을 고려할 때 본 연구를 통해 새로운 연구방법론의 적용 가능성과 유용성을 보여주었다는 점에서 의의가 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구에서는 난임부부의 보조생식술 실패 경험이 어떠한지 통합적으로 이해하기 위해 6개의 질적 논문을 합성하였다. 그 결과는 (1) 신체적 고통 (2) 정서적 고통 (3) 관계의 파괴 (4) 지지의 필요성 (5) 희망으로 도출되었으며, 핵심 개념은 ‘고난의 여정’이었다. 난임 부부의 보조생식술 실패 경험은 여러 가지 측면에서 고난의 여정이기는 하지만 다음 보조생식술 치료 시도를 위한 자기개발 과정을 통해 희망을 가질 수 있을 것이다. 향후 본 연구의 결과는 보조생식술 실패를 경험한 난임 부부를 상담하고 이들에게 여러 가지 지원을 위한 교육 및 상담 프로그램의 개발 및 적용에 있어 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

References

- Alamin A, Allahyari T, Ghorbani B, Sadeghitabar A, and Karami MT(2020). Failure in identity building as the main challenge of infertility: A qualitative study. *J Reprod Infertil*, 21(1), 49~58.
- Baek E, Oh S and Rhee H(2020). The lived experiences of infertile women who suffering from repeated failure of assisted reproductive technology. *J Korean Assoc Qual Res*, 5(2), 81~95. <https://doi.org/10.48000/KAQRKR.2020.5.81>
- Bailey A, Ellis-Caird H and Croft C(2017). Living through unsuccessful conception attempts: A grounded theory of resilience among women undergoing fertility treatment. *J Reprod Infant Psychol*, 35(4), 324~333. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1320366>
- Bakhtiyar K. et al(2019). An investigation of the effects of infertility on women’s quality of life: A case-control study. *BMC Womens Health*, 19, 114. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0805-3>
- Boivin J and Lancaster D(2010). Medical waiting periods: Imminence, emotions and coping. *BMC Womens Health*, 6(1), 59~69. <https://doi.org/10.2217/whe.09.79>
- Bonanno GA(2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*, 59, 20~28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Cardozo ER, Neff LM, Brocks ME, Ekpo GE, Dune TJ, and Barnes RB et al.(2012). Infertility patients' knowledge of the effects of obesity on reproductive health outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 207(6), 509.e1-.e10. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.08.020>
- Cipolletta S and Faccio E(2013). Time experience during the assisted reproductive journey: A phenomenological analysis of Italian couples' narratives. *J Reprod Infant Psychol*, 31(3), 285~298. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.813627>
- Cousineau TM and Domar AD(2007). Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. 21(2), 293~308. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Qualitative check list [Internet]. Oxford: CASP; c2018 [cited 2022 30 July]. Available from: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Davis OK and Sokol RZ(2016). Introduction: access to fertility care. *Fertil Steril*, 105(5), 1111~1112. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.03.034>
- Domar AD(2007). *The Mind/Body Connection: The Boston IVF Handbook of Infertility*; Informa Healthcare: Boston, MA, USA, 2007; 177~185
- Fido A and Zahid MA(2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: Cultural perspectives. *Int J Soc Psychiatry*, 50(4), 294~300. <https://doi.org/10.1177/0020764004050334>
- Hong JE and Park JM(2017). A phenomenological study on the spontaneous abortion experiences of women. *Korean J Women Health Nurs*, 23(2), 63~77.

- <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2017.23.2.63>
Hwang NM(2016). Unknown causes of infertile couple support projects and policy tasks. *Health Welfare Issue & Focus*, 313, 1~4.
Available from
<https://www.kihasa.re.kr/publish/regular/focus/view?q=25009>
- Jacobs MB, Klonoff-Cohen H, Agarwal S, Kritz-Silverstein D, Lindsay S and Garzo VG(2016). Predictors of treatment failure in young patients undergoing in vitro fertilization. *J Assist Reprod Genet*, 33(8), 1001~1007.
<https://doi.org/10.1007/s10815-016-0725-1>.
- James SS and Singh AK(2018). Grief and bereavement in infertility and involuntary childlessness. *J. Psychosoc. Res.* 13(2), 297~305.
<https://doi.org/10.32381/JPR.2018.13.02.4>
- Karaca A and Unsal G(2015). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nurs Res*, 9(3), 243~250.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.007>
- Khalili MA, Kahraman S, Ugur MG, Agha-Rahimi A, and Tabibnejad N(2012). Follow up of infertile patients after failed ART cycles: A preliminary report from Iran and Turkey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 161(1), 38~41.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.11.025>
- Kim M, Yi SJ and Hong JE(2020). Experiences of women with male factor infertility under in vitro fertilization. *Int J Environ Res Public Health*, 2020(17), 7809.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217809>
- Kwak SS(2017). Despite Infertility Insurance Subsidies, 15000 Patients Cannot Benefit, *Korean Doctor's Weekly*. Available online:
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1047282> (Cited 2022 27 July)
- Lee KA(2014). A study of feminist pastoral counseling for the infertile women: from monotonous motherhood to multiple subjects. Unpublished doctoral dissertation, Ehwa Womans University, Seoul.
- Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, and Makino T(2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod*, 16(5), 966~969.
<https://doi.org/10.1093/humrep/16.5.966>
- Messinis IE, Messini CI, Daponte A, Garas A and Mahmood T(2016). The current situation of infertility services provision in Europe. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 207, 200~204.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.10.004>.
- Ministry of Health and Welfare. (2017). Eupmyeon-dong welfare hub, expanded from 980 to 2,100. Retrieved July 25, 2022,
Available from
http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=338039
- Park CS(2013). A study on the mental anguish of subfertility women. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.
- Read SC, Carrier M-E, Boucher M-E, Whitley R, Bond S and Zelkowitz P(2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want?. *Patient Educ Couns*, 94(3), 390~395.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.025>
- Ryu SJ(2019). Infertility, the social context of deferred motherhood: A qualitative inquiry based on an online infertility community. *J Asian Women's Stud*, 58, 5~38.
<https://doi.org/10.14431/jaw.2019.08.58.2.5>
- Sandelowski M and Barroso J(2003). Toward a meta-synthesis of qualitative findings on motherhood in HIV positive women. *Res Nurs Health*, 26(2), 153~170.
<https://doi.org/10.1002/nur.10072>
- Son HM(2019). Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. Paju: Soomosa.
- Thorn P(2009). Understanding infertility: Psychological and social considerations from a counselling perspective. *Int J Fertil Steril*, 3, 48~51. Retrieved from
<http://ijfs.ir/library/upload/article/article10%201.pdf>.
- Vahratian A, Smith YR, Dorman M and Flynn HA(2011). Longitudinal depressive symptoms and state anxiety among women using assisted reproductive technology. *Fertil Steril*, 95(3), 1192~1194.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.09.063>
- Van den Broeck U, Holvoet L, Enzlin P, Bakelants

- E, Demyttenaere K and D'Hooghe T(2009). Reasons for dropout in infertility treatment. *Gynecol Obstet Invest*, 68(1), 58~64.
<https://doi.org/10.1159/000214839>.
- Vayena E, Rowe PJ and Griffin PD(2002). Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a meeting on medical, ethical and social aspects of assisted reproduction, held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2002. 404 p.
- Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A, Kremer JA and Kraaijmaat FW(2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod*, 20(8), 2253~2260.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dei015>
- Widge A(2005). Seeking conception: experiences of urban Indian women with in vitro fertilisation. *Patient Educ Couns*, 59(3), 226~233.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.014>.
- World Health Organization. Infertility [Internet]. 2020 [Cited 2022 25 July].
Available from:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Ying LY, Wu LH and Loke AY(2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *Int J Nurs Stud*, 52(10), 1640~1652.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.004>.
- Zagami SE, Roudsari RL, Janghorban R, Mojtaba S, Bazaz M, and Amirian M, et al.(2019). Infertile couples' needs after unsuccessful fertility treatment: A qualitative study. *J Caring Sci*, 8(2), 95~104.
<https://doi.org/10.15171/jcs.2019.014>

-
- Received : 11 August, 2022
 - Revised : 26 August, 2022
 - Accepted : 05 September, 2022