



예비 신혼부부의 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위에 관한 연구

제남주¹ · 최소영²경상대학교 간호대학원¹, 경상대학교 간호대학 · 건강과학연구원²

Study on Awareness of Preconception Care and Reproductive Health Behaviors in Pre-honeymooners

Je, Nam Joo¹ · Choi, So Young²¹Graduate School of Nursing, Gyeongsang National University, Jinju²College of Nursing, Gyeongsang National University · Gyeongsang Institute of Health Sciences, Jinju, Korea

Purpose: The purpose of this study was 1) to examine levels of awareness on preconception care and pregnancy, and reproductive health promoting behavior among pre-honeymooners; and 2) to explore the relationship between awareness levels of preconception care and pregnancy, and reproductive health promoting behavior. **Methods:** This study was a correlation design with a total of 134 participants (67 couples of pre-honeymooners). Data were collected with questionnaire **Results:** Mean score of self-perception of awareness of preconception care and pregnancy was 2.82 out of 4. Content awareness level was 6.83 out of 13, and reproductive health promoting behavior score was 3.02 out of 4, indicating low to mid-level. Women reported higher scores in all variables than those in men. Self-perception awareness and content awareness of care and pregnancy had a weak positive correlation ($r=.18, p=.038$). Reproductive health promoting behavior was positively related to self-perception awareness of care and pregnancy ($r=.33, p<.001$) and content awareness of care and pregnancy ($r=.23, p=.008$). **Conclusion:** Based on this results, a variety of nursing intervention strategies may need to promote reproductive health behavior such as raising awareness of the preconception care and pregnancy.

Key Words: Preconception care, Pregnancy, Awareness, Reproductive health, Behavior

서론

1. 연구의 필요성

일반적으로 산전관리는 임신 중 검진을 나타내는 뜻으로 임신하기 전의 건강관리인 수태 전 관리와는 구별되어야 한다 [1]. 여성의 수태 전 건강관리는 임신부와 태아의 기형예방 및

건강증진에 가장 중요하고 실질적인 조치에 해당된다[2].

현재 한국은 저출산 문제가 심각하며 또한 통계청 자료에 따르면 저체중아 발생률은 지난 2000년 3.8%에서 2010년 5.0%, 2013년 5.5%로 매년 증가추세이며 조산아 발생률도 지난해 6.5%로 늘어 저체중아, 조산아 출산 등 부정적 출산결과도 증가하고 있는 실정이다[3]. 우리나라 저체중아의 증가는 고령임신이 증가하고 있는 것과 보조생식술에 따른 쌍태임신이 주로

주요어: 수태 전 건강관리, 임신, 인식, 생식건강, 행위

Corresponding author: Choi, So Young

College of Nursing, Gyeongsang National University, 92 Chilam-dong, Jinju 660-751, Korea.
Tel: +82-55-772-8241, Fax: +82-55-772-8209, E-mail: csy4214@hanmail.net

Received: Mar 26, 2015 / Revised: Apr 17, 2015 / Accepted: Apr 23, 2015

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.

영향을 미치고 있는 것으로 분석되고 있는데, 그것보다 더욱 중요한 이유는 선진국과 달리 수태 전 건강관리가 제대로 되지 않고 있다는 것이다[1]. 일반적으로 나이, 임신 전 만성질환 병력, 음주, 흡연, 약물 등과 같은 건강위험 행동, 계획임신, 운동 및 영양 상태, 엽산의 섭취, 임신 전·임신 중 감염, 고혈압, 풍진, 성병 등과 같은 다양한 원인이 출산결과에 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다[4]. 그러므로 이와 같은 다양한 원인요소들을 수태 전 건강관리를 통해 미리 진단된다면 위험요인을 제거하거나 개선할 수 있는 중재가 이루어질 수 있다[1].

인간의 평생건강은 태아 때 모체로부터 받은 영양 상태에 따라 결정될 수 있기 때문에[5], 자궁 내에서의 환경은 태아에게 일정한 자극과 영향을 주므로 이 환경을 조절할 수 있다면 출생 후 아이에게 발병할 질환의 예방이 가능할 수 있다[6]. 그러나 산전 진찰이 시작되는 임신 7~8주부터는 태아 기형, 유산과 같은 임신 예후를 바꾸는 데 한계가 있으므로 현재 진행되고 있는 산전 진찰뿐만 아니라, 임신을 계획하여 임신 2~3개월 전부터의 수태 전 건강관리가 요구된다[2]. 일반적으로 생활습관은 생식능력과 연관되어 있고 태아의 환경에 직·간접적으로 영향을 줄 수 있다[7]. 예를 들어 알코올, 흡연 및 약물남용 등은 정자 기형, 정자 수 감소로 인한 불임, 태아 기형을 유발하는 물질로 알려졌어 임신을 계획 중인 여성뿐만 아니라 남성에게도 금연, 금주의 필요성을 이해시키는 것은 중요하다[2,8]. 따라서 건강한 임신을 위해서는 수태 전에 유해결과와 관련된 위험인자를 인식하는 것이 이러한 인자를 최소화하는 중요한 조치이며[9], 수태 전 건강관리에 대한 현재 남성과 여성의 인식수준을 파악해 보는 것이 필요하다. 그리고 이러한 수태 전 건강관리 인식을 개선하기 위한 노력은 여성에게만 국한되어선 안 된다[10]. 특히 우리나라와 같이 남성 위주의 가부장적 문화를 가진 나라에서는 남성이 임신을 먼저 준비하도록 하는 개념을 가지게 할 필요가 있다[1]. 그러나 선행연구에서 수태 전 생식 건강에 대한 인식은 젠더 간 차이가 있고 남성이 여성과 비교하면 수태 전 건강관리와 임신에 대한 인식 수준이 낮은 것으로 밝혀졌다[11].

가임기 여성의 임신 전 출산 건강관리지원 방안 연구에서 수태 전 건강관리 지식은 수태 전 건강 인식과의 상호작용으로 임신준비 행동에 긍정적 영향을 미치며, 지식과 인식은 상호작용하며 이들의 개선은 교육과 홍보를 통해서 이루어지고[4], 수태 전 건강관리에 대한 지식이 높은 경우, 실제 생식 건강행위로 알려진 수태 전 임신준비 행동수준이 높은 것으로 나타났고 이는 수태 전 임신 건강관리에 대한 지식이 실제 생식 건강증진 행위를 이끄는 매우 중요한 결정 요인임을 시사했다[4].

세계보건기구는 생식 건강을 생식기관, 생식기능 및 생식과정과 관련된 질병이나 불구가 없을 뿐만 아니라 신체적, 정신적 그리고 사회적으로 안녕한 상태이며 안전하고 만족스러운 성생활을 누릴 수 있고 또한 언제, 얼마만큼의 자녀를 출산할 것인지 아닌지를 자유롭게 결정할 권리를 갖는 총체적 의미로 정의하고 있다[12]. 생식 건강은 결혼 이후 임신과 출산 문제와 직결되므로 예비신혼 부부의 생식 건강상태와 생식 건강행위 수준을 파악하고, 수태 전 건강관리 인식과 생식 건강증진 행위의 관련성을 조사해 볼 필요가 있다. 수태 전 건강관리 인식에 대한 조사는 국내에서는 학부생을 대상으로 조사한 연구는 있었지만[11], 수태 전 건강관리에 대한 관심은 학부생보다는 임신계획이 있는 예비 신혼부부에서 증가할 것으로 예상하나 지금껏 예비 신혼부부를 대상으로 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위를 조사한 연구는 거의 없는 실정이다.

이에 본 연구자는 예비 신혼부부를 대상으로 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위를 파악하고 이들 변수 간의 관계를 확인하여 수태 전 건강관리 인식을 높이고 생식 건강증진 행위를 이끌어냄으로써 고위험 임신을 감소시키기 위한 대책 마련의 기초자료로 활용하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 예비 신혼부부의 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위를 파악하기 위해서 시도하였다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 예비 신혼부부의 일반적 특성을 파악한다.
- 예비 신혼부부의 수태 전 건강관리 인식과 생식 건강증진 행위를 파악한다.
- 예비 신혼부부의 일반적 특성에 따른 수태 전 건강관리 인식과 생식 건강증진 행위의 차이를 파악한다.
- 예비 신혼부부의 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위의 관계를 파악한다.

3. 용어정의

1) 수태 전 건강관리 인식

수태 전 건강관리 인식이란 임신하기 전의 건강관리 인식을 말하며, 본 연구에서는 선행연구[9]에서 개발한 수태 전 건강관리 인식도구로 측정된 점수로 주관적 인식 2항목과 내용적 인식 13항목, 총 15문항으로 측정된 점수를 말한다.

2) 생식 건강증진 행위

생식 건강증진 행위는 생물이 자기와 닮은 개체를 만들어 종족을 유지 하는데 정신적으로나 육체적으로 아무 탈이 없고 튼튼한 상태인 생식 건강을 잘 통제하며 향상하도록 하는 행위이다[13]. 본 연구에서는 선행연구[14]에서 개발한 생식 건강증진 행위 도구(여자용 64문항, 남자용 58문항)로 측정된 점수를 말한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 결혼을 앞둔 예비 신혼부부의 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위와 이들 변수 간의 관계를 파악하기 위한 상관성 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구대상자는 경상남도에 소재하는 3개의 시에 있는 웨딩숍을 방문하여 결혼식을 예약한 예비 신혼부부와 김해공항과 인천공항을 방문하여 신혼여행을 떠나는 신혼부부를 대상으로 연구자가 비확률적 표본추출방법인 편의 표집으로 자료수집하였다. 본 연구의 대상자 수는 주요 분석방법인 G* Power 3.10 프로그램을 통해 본 연구 분석방법은 두 그룹 간 비교연구에서 효과 크기(effect size) 0.5 (중간), 유의수준(α) .05로 하였고, 검정력(1- β)은 간호학 연구에서 권장수준인 80%로 산출한 결과, 적정표본 크기의 최소 인원은 각 그룹당 64명씩 총 128명으로 산출되었으나 탈락률 20%를 고려하여 각 그룹 당 76명으로 남자 76명, 여자 76명 총 152명을 표집하였다. 그러나 설문지 중 응답이 완전하지 않은 대상자 18명을 제외하고 총 134명이 최종분석 대상자에 포함되었다.

3. 연구도구

본 연구에 사용된 도구는 구조화된 설문지로, 일반적 특성 14문항, 수태 전 건강관리 인식 15문항, 생식 건강증진 행위(여자용: 60문항, 남자용: 54문항) 등 총 89문항(여자용), 83문항(남자용)으로 구성되었다.

1) 일반적 특성

본 연구의 일반적 특성 문항은 선행연구[15]에서 사용한 문

항을 참조하여 성, 나이, 학력, 직업 유무, 직업, 수입, 임신계획, 원하는 자녀 수, 건강 행위(3문항)인 흡연, 음주, 운동과 수태 전 건강관리 정보, 교육경험, 교육 시기 등 총 14문항으로 구성하였다.

2) 수태 전 건강관리 인식

본 연구에서의 수태 전 건강관리 인식 문항은 선행연구[9]에 의해 개발된 도구를 직접 e-mail로 도구 개발자에게 사용 허락을 받은 후 한국어와 영어에 능숙한 어학원 강사 1인과 산부인과 전문의 1인, 간호학과 교수 1인에 의하여 번역, 역번역으로 번역 타당도 검증과정을 거쳤다. 역번역된 자료를 원칙도와 비교하여 가능한 원칙도와 일치하도록 수정하여 최종 번역된 도구를 완성하여 측정하였다. 수태 전 건강관리 인식에 대한 주관적 인식 2항목과 내용적 인식 13항목으로 총 15문항으로 구성되어 있었다.

주관적 인식 2항목은 ‘모른다’(1점)에서 ‘매우 잘 알고 있다’(4점)까지의 4점 Likert 척도를 사용하였으며, 점수가 높을수록 주관적 인식이 높은 것을 의미한다.

내용적 인식 13항목은 수태 전 건강관리 인식 수준을 파악하기 위해 첫 산부인과 방문 시기, 태아 발달 높은 위험시기, 척추기형(신경관결손) 감소물질, 약초(허브), 과체중아 출산, 임신 중 권장 체중증가, 비만임부 위험, 알코올 섭취 위험 2문항, 매독이나 음부 헤르페스와 같은 성병 위험, 태아 장기형성 시기, 출산 터울 등의 문항과 엽산에 대한 정확한 인식을 확인하고자 임신 시 태아 위해 물질(알코올, 담배, 코카인, 마리화나)과 엽산을 보기에 섞어서 고르게 하였다. 내용적 인식은 13점 만점(범위: 0~13)이며 문항별로 정답은 1점, 오답은 0점으로 처리하였다. 각 문항의 내용적 인식에 대한 총체적인 점수를 생성하기 위해 정답률은 백분율(%)로 제시하여 각 문항의 백분율이 높을수록 해당 문항의 내용적 인식이 높음을 의미한다.

3) 생식 건강증진 행위

본 연구에서는 선행연구에서 개발한[14] 생식 건강증진 행위도구를 직접 도구 개발자에게 e-mail로 허락을 받은 후 사용하였다. 본 도구는 여자용은 정신 사회적 생식 건강(9문항), 생식기관리(25문항), 생식능력 관련 건강관리(15문항), 안전 성행위(15문항)로 총 64문항이며, 남자용은 정신 사회적 생식 건강(9문항), 생식기관리(19문항), 생식능력 관련 건강관리(15문항), 안전 성행위(15문항)로 총 58문항으로 구성되었다. 최종도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 선행연구[14]는 여자용 생식 건강증진 측정도구는 .882였으며, 남자용 생식 건강증진

행위 측정도구는 .892였다. 본 연구에서는 안전 성행위 15문항에서 예비 실험부부에 해당 없는 4개의 항목을 제외하여 60문항(여자용), 54문항(남자용)으로 수정하여 사용하였다.

본 연구도구의 신뢰도 Cronbach's α 는 여자용은 .823이며, 남자용은 .718이었다.

4. 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2015년 2월 1일부터 28일까지이었다. 연구보조자 훈련을 통해 연구에 대한 취지와 자료수집방법에 대한 충분한 설명을 거친 후 연구자와 연구보조자 3명은 세 개 시의 웨딩숍에 60부(여자용 30부, 남자용 30부)와 김해공항 52부, 인천공항 40부로 총 152부(여자용 76부, 남자용 76부)의 설문지를 예비 실험부부에게 연구목적을 설명하고 연구참여에 동의한 대상자에게 설문지를 배부하고 직접 설문지를 읽고 응답하도록 하였다. 본 연구자와 연구보조자가 직접 회수한 152부 중 미완성된 설문지 18부를 제외하고, 총 134부를 최종분석에 사용하였다. 설문지 응답에 든 시간은 약 20분 정도였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 해당 대학교 생명윤리심의위원회(IRB)의 승인(No. *IRB-A14-Y-0059)을 받은 후 시행되었다. 예비 실험부부에게 연구목적과 자료수집 과정을 설명하고 익명성과 비밀보장에 대해 알리고 사전 동의서를 받아 연구에 동의한 자에 한하여 설문조사를 시행했다. 연구를 위해 수집된 자료와 개인정보는 익명으로 하였고, 개인정보 보호를 위해 코드로 대상자의 정보를 식별하였다. 자료는 잠금장치의 보관 파일에 따로 저장하며 본 연구자 외에는 접근을 제한하였다. 설문지는 연구가 종료 후 3년 동안 보관 후 소각할 것임을 설명했다. 또한, 연구자는 연구와 관련된 대상자의 개인적 정보와 조사 자료는 코드화하여 오직 연구목적으로만 사용하였고, 연구참여자에게 감사의 표시로 소정의 선물을 증정하였다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 성별에 따른 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위 정도와 차이는 평균과 표준편차, t-test, 성별에 따른 수태 전 건강관리

주관적 인식은 평균과 표준편차를 구하고 내용적 인식은 항목별 정답률 평균과 표준편차, 일반적 특성에 따른 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위 정도 차이는 t-test, One-way ANOVA로 분석하였다. 사후 검정은 Scheffé test로 분석하였고, 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위 정도의 관련성을 파악하기 위해 Pearson correlation coefficient를 구하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 평균연령은 30.00±3.44세이며 남성(30.80±3.15세), 여성(29.20±3.56세)이며 26~30세가 62명(46.3%)으로 가장 많았다. 교육수준은 대졸 이상이 71명(53.0%)이며, 다양한 직업군으로 '직업이 있다' 124명(92.5%)으로 가장 많았다. 임신계획은 '계획 없다' 56명(41.8%)으로 가장 많았고, 임신계획은 '6~12개월 이내' 34명(25.4%), '6개월 이내' 32명(23.9%), '1년 이상' 12명(8.9%) 순으로 나타났다. 원하는 자녀수는 평균 2.00±0.69명이며 '2명' 79명(59.0%), '3명 이상' 29명(21.6%), '1명' 23명(17.2%) 순으로 나타났다.

건강 행위는 '흡연경험이 없다' 73명(54.5%)으로 가장 많았으나, 여전히 '현재 담배를 피운다' 31명(23.1%)이며 그중 여성흡연자는 3명(9.7%)으로 나타났다. '현재 술을 마신다' 108명(80.6%)으로 높게 나타났으며 그중 여성이 52명(48.1%)으로 나타났다. 운동은 '아니오' 49명(36.6%)이며 그중 여성은 33명(67.3%)으로 나타났다.

건강정보는 'TV, 라디오, 신문, 인터넷' 71명(53.0%)으로 가장 많았다. 교육경험 '있다' 17명(12.7%)이며 평균 횟수는 1.65±0.93회로 나타났다. 임신 및 출산, 육아에 관한 교육 시기는 '중학교' 54명(40.3%)으로 가장 높게 나타났고 '고등학교' 38명(28.4%), '결혼 직전에서 신희기' 28명(20.9%), '대학교' 13명(9.7%) 순으로 나타났다(Table 1).

2. 예비 실험부부의 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위

1) 수태 전 건강관리 주관적 인식, 내용적 인식 및 생식 건강증진 행위 정도

본 연구대상자의 수태 전 건강관리 주관적 인식, 내용적 인식 및 생식 건강증진 행위 정도는 Table 2와 같다.

Table 1. General Characteristics

(N=134)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD
Gender	Male	67 (50.0)	
	Female	67 (50.0)	
Age (year)	21~25	13 (9.7)	30.00±3.44
	26~30	62 (46.3)	
	31~35	53 (39.5)	
	≤ 36	6 (4.5)	
Education	High school	12 (9.0)	
	College	51 (38.0)	
	University	71 (53.0)	
Job	Yes	124 (92.5)	
	No	10 (7.5)	
Job classification	Production workers, Technician	7 (5.2)	
	White collar, Administrative occupation	38 (28.4)	
	Public officials, Soldier	9 (6.7)	
	Professions	27 (20.2)	
	Others	18 (13.4)	
	Seller, Service jobs	24 (17.9)	
	Inoccupation	11 (8.2)	
Income (10,000 won)*	None	11 (8.2)	
	90~199	39 (29.1)	
	200~299	63 (47.0)	
	≤ 300	21 (15.7)	
Birth plan (month)	Yes	≤ 6	32 (23.9)
		6~12	34 (25.4)
		< 12	12 (8.9)
	No plan	56 (41.8)	
Number of children	0	3 (2.2)	2.00±0.69
	1	23 (17.2)	
	2	79 (59.0)	
	3 or more	29 (21.6)	
Smoking	No	73 (54.5)	
	In the past	30 (22.4)	
	Currently	31 (23.1)	
Drinking	No	6 (4.5)	
	In the past	20 (14.9)	
	Current	108 (80.6)	
Exercise	No	49 (36.6)	
	Sometime	46 (34.3)	
	Regular	39 (29.1)	
Pregnancy, birth, health information related to child care	Lecture	18 (13.4)	
	TV, radio, newspapers, Internet	71 (53.0)	
	Magazines and books	50 (37.3)	
	Brochures, handouts, brochure	13 (9.7)	
	Slides, video screenings	4 (3.0)	
	Doctors, nurses and consultation	24 (17.9)	
	Family	17 (12.7)	
Friends/colleagues	39 (29.1)		
Educational Experience	Yes	17 (12.7)	1.65±0.93
	No	117 (87.3)	
Pregnancy and childbirth, education about parenting time	Middle school	54 (40.3)	
	High school	38 (28.4)	
	University	13 (9.7)	
	Just before marriage/Honeymoon	28 (20.9)	
	During pregnancy	1 (0.7)	

본 연구대상자의 수태 전 건강관리의 주관적 인식 수준은 4점 만점(범위:1~4)에서 2.82±0.69점으로 나타났으며 여성(2.96±0.66점)이 남성(2.69±0.69점)보다 높았으며 유의한 차이를 보였다($t=-2.24, p=.027$).

내용적 인식 수준은 13점 만점(범위: 0~13)에서 전체 평균은 6.83±2.07점으로 다소 낮게 나타났고 여성(7.45±1.92점)이 남성(6.21±2.04점)보다 높았으며 유의한 차이를 보였다($t=-3.62, p<.001$).

생식건강 증진행위는 4점 만점(범위:1~4)에서 3.02±0.27점으로 나타났고 여성(3.07±0.31점)이 남성(2.97±0.23점)보다 높았으며 유의한 차이를 보였다($t=-2.28, p=.024$). 하부영역인 정신 사회적 생식 건강은 여성(3.10±0.39점)이 남성(2.98±0.33점)보다 높았으나 유의한 차이는 없었고, 생식능력 관련 건강관리는 여성(2.73±0.35점)과 남성(2.72±0.33점)은 차이가 없었다. 생식기 관리는 여성(3.12±0.35점)이 남성(2.94±0.27점)보다 높았으며 유의한 차이를 보였다($t=-3.26, p=.001$), 안전 성행위는 여성(3.35±0.41점)이 남성(3.22±0.34점)보다 높았고 유의한 차이를 보였다($t=-2.02, p=.045$)(Table 2).

2) 수태 전 건강관리 문항별 점수

본 연구대상자 수태 전 건강관리에 대한 문항별 점수는 Table 3과 같다.

본 연구대상자의 수태 전 건강관리 주관적 인식은 위험적 요인과 긍정적 요인으로 나누어지며, 위험적 요인의 주관적 인식에서 ‘산부가 임신 동안 태아발달에 잠재적인 위험을 줄 수 있는 행동이나 위험 요소가 무엇인지 인식하고 있는가?’ 평균은 2.55±0.77점이며, 남성(2.46±0.70점)이 여성(2.64±0.83점)보다 낮았다. 긍정적 요인의 주관적 인식에서 ‘임신 여성이 긍정적인 행위나 행동들을 하게 되면 건강한 임신과 건강한 아기를 낳을 가능성이 높다는 것을 알고 있는가?’ 평균은 3.10±0.83점이며, 남성(2.93±0.91점)이 여성(3.27±0.71점)보다 낮았다.

수태 전 건강관리 내용적 인식 문항별 평균은 0.53±0.16점으로 나타났다. 전체 문항 정답률 평균은 52.5%였으며, 정답률이 가장 높은 문항은 ‘임신 중 과다한 알코올 섭취는 다음 중 어떤 결과를 초래할 수 있습니까?’(77.6%)이며 남성(76.1%)보다 여성(79.1%)이 높았다. 가장 낮은 문항은 ‘아이의 모든 신체와 장기는 임신 후 주에 형성됩니다’(26.9%)이며 남성(17.9%)이 여성(35.8%)보다 매우 낮았다(Table 3).

Table 2. Self-perception of Awareness, Content Awareness of Preconception Care and Pregnancy and Reproductive Health Promoting Behavior (N=134)

Variables	Categories	Total (n=134)	Male (n=67)	Female (n=67)	t	p
Self-perception of awareness items Range (1~4)	M±SD	2.82±0.69	2.69±0.69	2.96±0.66	-2.24	.027
	Min	1.00	1.00	1.00		
	Max	4.00	4.00	4.00		
Content awareness items Range (0~13)	M±SD	6.83±2.07	6.21±2.04	7.45±1.92	-3.62	<.001
	Min	2.00	2.00	1.00		
	Max	12.00	12.00	11.00		
Reproductive health promoting behavior Range (1~4)	M±SD	3.02±0.27	2.97±0.23	3.07±0.31	-2.28	.024
	Min	2.46	2.46	2.49		
	Max	3.73	3.45	3.73		
Psychosocial reproductive health Range (1~4)	M±SD	3.04±0.37	2.98±0.33	3.10±0.39	-1.85	.066
	Min	2.22	2.22	2.33		
	Max	4.00	3.78	4.00		
Genital management Range (1~4)	M±SD	3.03±0.32	2.94±0.27	3.12±0.35	-3.26	.001
	Min	2.21	2.21	2.52		
	Max	3.76	3.53	3.76		
Fertility-related health management Range (1~4)	M±SD	2.72±0.34	2.72±0.33	2.73±0.35	-0.03	.974
	Min	1.80	1.80	2.00		
	Max	3.73	3.40	3.73		
Safe sex behavior Range (1~4)	M±SD	3.29±0.38	3.22±0.34	3.35±0.41	-2.02	.045
	Min	2.64	2.73	2.64		
	Max	4.00	4.00	4.00		

Table 3. Scores of Item on Awareness of Preconception Care and Pregnancy

(N=134)

Item		Total (n=134)	Male (n=67)	Female (n=67)
		n (%) [†] or M±SD	n (%) [†] or M±SD	n (%) [†] or M±SD
Self-perception of awareness items Range (1~4)	To what extent do you feel that you are aware of the behaviors and other factors that are potentially dangerous to a developing baby during pregnancy?	2.55±0.77	2.46±0.70	2.64±0.83
	To what extent do you feel you are aware of the positive behaviors and other actions pregnant women can take to increase their odds of having a healthy pregnancy and a healthy baby?	3.10±0.83	2.93±0.91	3.27±0.71
Content awareness items Score (0-1)	1 You and your husband have decided to start trying to get pregnant. When should you schedule your first visit to the obstetrician?	0.66±0.48 88 (65.7)	0.54±0.50 36 (53.7)	0.78±0.42 52 (77.6)
	2 During which of the following periods of pregnancy is the developing baby at the greatest risk from exposure to harmful substances (such as prescription or illegal drugs) or environmental toxins (such as arsenic or mercury)?	0.49±0.50 66 (49.3)	0.45±0.50 30 (44.8)	0.54±0.50 36 (53.7)
	3 Which of the following has been proven effective in reducing the risk of neural tube defects such as spina bifida?	0.59±0.49 79 (59.0)	0.51±0.50 34 (50.7)	0.67±0.47 45 (67.2)
	4 Herbal supplements and herbal teas are typically considered safe to consume during pregnancy.	0.54±0.50 72 (53.7)	0.52±0.50 35 (52.2)	0.55±0.50 37 (55.2)
	5 Mothers with which of the following diseases/disorders is most likely to have a baby that is born heavier than normal at birth?	0.71±0.46 95 (70.9)	0.72±0.45 48 (71.6)	0.70±0.46 47 (70.1)
	6 Women of normal weight prior to becoming pregnant are advised to gain a total of ____ during pregnancy.	0.44±0.50 59 (44.0)	0.42±0.50 28 (41.8)	0.46±0.50 31 (46.3)
	7 Compared to pregnant women of normal weight, obese pregnant women are at increased risk for all of the following EXCEPT	0.33±0.47 44 (32.8)	0.30±0.46 20 (29.9)	0.36±0.48 24 (35.8)
	8 Exposure to large amounts of alcohol during pregnancy is associated with which of the following?	0.78±0.42 104 (77.6)	0.76±0.43 51 (76.1)	0.79±0.41 53 (79.1)
	9 Serious birth defects can be caused by a pregnant woman binge drinking (5 or more drinks) on one occasion even prior to the time that she realizes she is pregnant.	0.60±0.49 80 (59.7)	0.60±0.49 40 (59.7)	0.60±0.49 40 (59.7)
	10 If a pregnant woman has an active case of a sexually transmitted disease such as genital herpes or syphilis the baby can be born with the disease.	0.64±0.48 86 (64.2)	0.57±0.50 38 (56.7)	0.72±0.45 48 (71.6)
	11 By ____ weeks from conception all of the baby's organs and body systems have formed.	0.27±0.45 36 (26.9)	0.18±0.39 12 (17.9)	0.36±0.48 24 (35.8)
	12 For women who want more than one child, it is recommended that at least ____ elapse between the birth of one child and becoming pregnant with the next to allow the mother's body time to physically recover.	0.31±0.46 41 (30.6)	0.30±0.46 20 (29.9)	0.31±0.47 21 (31.3)
	13 Which of the following are considered dangerous during pregnancy and have been associated with birth defects or negative pregnancy outcomes (such as miscarriage, prematurity, or low birth weight)? Check all that apply	0.49±0.50 65 (48.5)	0.36±0.48 24 (35.8)	0.61±0.49 41 (61.2)

[†] Correct answers.

3. 일반적 특성에 따른 수태 전 건강관리 주관적 인식, 내용적 인식, 생식 건강증진 행위 차이

본 연구대상자의 일반적 특성에 따른 수태 전 건강관리 주관적 인식, 내용적 인식 및 생식 건강 행위 차이는 Table 4와 같다.

본 연구대상자의 일반적 특성에 따른 수태 전 건강관리 주관적 인식 수준 차이는 4점 만점에 여성(2.96±0.66점)이 남성(2.69±0.69점)에 비해 높은 것으로 나타났으며(t=-2.24, p=.027), 직업은 전문직(3.28±0.63점)이 판매직·서비스직(2.46±0.78점)에 비해 높고 유의한 차이를 보였다(F=4.62, p<.001).

일반적 특성에 따른 수태 전 건강관리 내용적 인식 수준 차이는 13점 만점에 여성(7.45±1.92점)이 남성(6.21±2.04점)보다 높게 나타났으며(t=-3.62, p<.001), 교육수준은 고졸(5.50±2.28점), 전문대졸(6.76±2.24점), 대졸(7.10±1.83점) 순으로 학력이 높을수록 내용적 인식 수준이 높았으며 고졸과 대졸은 집단 간 유의한 차이를 보였고(F=3.21, p=.044), 수입은 300만원 이상(7.48±2.48점)이 가장 높고 200~299만원(6.27±1.85점)이 가장 낮아 집단 간 유의한 차이가 있었다(F=3.17, p=.027). 건강 행위에 따른 수태 전 건강관리 내용적 인식 수준 차이는 13점 만점에 ‘흡연 경험이 없다’(7.36±1.98점), ‘과거에는 피웠으나 지금은 피우지 않는다’(6.30±1.99점), ‘현재 담배를 피운다’(6.10±2.06점) 순으로 흡연경험이 없는 사람이 현재 담배를 피우는 사람보다 내용적 인식 수준이 높은 것으로 나타났다(F=5.67, p<.004). 건강 행위 중 음주와 운동에 따른 수태 전 건강관리 내용적 인식 수준에는 차이는 없었다. 교육경험이 있는 집단(7.94±2.33점)이 교육경험이 없는 집단(6.67±1.99점)보다 내용적 인식 수준이 높았고 집단 간 유의한 차이를 보였다(t=2.42, p=.017).

일반적 특성에 따른 생식 건강증진 행위는 4점 만점에 여성(3.07±0.31점)이 남성(2.97±0.23점)보다 높은 것으로 나타났다(t=-2.28, p=.024). 교육경험이 있는 집단(3.19±0.26점)이 교육경험이 없는 집단(3.00±0.27점)보다 높았고 집단 간 유의한 차이를 보였다(t=2.73, p=.007)(Table 4).

4. 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위 관계

본 연구대상자의 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위의 관계는 Table 5와 같다. 수태 전 건강관리 인식수준

인 주관적 인식과 내용적 인식(r=.18, p=.038)과는 약한 정적 상관관계를 나타냈고, 생식 건강증진 행위 정도(r=.33, p<.001)는 정적 상관관계를 나타냈다. 주관적 인식과 생식 건강증진 행위 하부영역인 정신 사회적 생식 건강(r=.17, p=.048)은 약한 상관관계, 생식기관리(r=.26, p=.003), 생식능력 관련 건강관리(r=.33, p<.001), 안전 성행위(r=.29, p=.001)는 모두 정적 상관관계를 나타냈다.

내용적 인식과 생식 건강증진 행위(r=.23, p=.008)는 약한 정적 상관관계를 나타냈고 하부영역인 정신 사회적 생식 건강은 관련성이 없었으며, 생식기관리(r=.21, p=.013), 생식능력 관련 건강관리(r=.27, p=.002), 안전 성행위(r=.21, p=.016)는 정적 상관관계를 나타냈다. 생식 건강증진 행위와 하부영역인 정신 사회적 생식 건강(r=.78, p<.001), 생식기관리(r=.83, p<.001), 안전 성행위(r=.81, p<.001)는 강한 정적 상관관계를 보였다

정신 사회적 생식 건강과 생식기관리(r=.50, p<.001), 생식능력 관련 건강관리(r=.40, p<.001), 안전 성행위(r=.50, p<.001)는 정적 상관관계를 보였고, 생식기 관리와 생식능력 관련 건강관리(r=.44, p<.001), 안전 성행위(r=.66, p<.001)는 정적 상관관계를 나타냈고, 생식능력 관련 건강관리와 안전성행위는 정적 상관관계를 나타냈다(r=.33, p<.001)(Table 5).

논 의

본 연구는 예비신혼 부부의 수태 전 건강관리 인식과 생식 건강증진 행위와 이들 변수간의 관계를 파악하여 수태 전 건강관리 인식을 높이고 생식 건강증진 행위를 통해 고위험 임신을 감소시키기 위한 대책 마련의 기초자료로 활용하고자 한다.

본 연구대상자 여성의 평균나이는 29.20±3.56세로 통계청이 최근 발표한 ‘2014 통계로 보는 여성의 삶’에서 2013년 한국 여성의 평균 초혼연령은 29.6세로 나타나[16], 본 연구결과와 비슷하였다. 이는 1995년 25.3세, 2005년 27.7세, 2013년 29.6세로 계속 상승하는 추세이며 초혼 연령의 증가는 초산모의 출산연령 증가로 이어지고, 출산연령 증가는 고위험 임신과 고위험 신생아 발생의 중요한 요인이 되므로 수태 전 건강관리가 매우 중요하게 대두하여야 하는 시점임을 시사한다.

본 연구대상자의 일반적 특성을 확인한 결과 임신, 출산, 육아와 관련된 건강정보는 ‘TV, 라디오, 신문, 인터넷’ 71명(53.0%)에서 주로 얻었고 의사 혹은 간호사 상담을 통해 얻는 경우는 24명(17.9%)으로 나타나, 전문가를 통해서 제대로 된

Table 4. Differences in Self-perception of Awareness, Content Awareness of Preconception Care and Pregnancy and Reproductive Health Promoting Behavior according to General Characteristics (N=134)

Characteristics	Categories	Self-perception of awareness		Content awareness		Reproductive health promoting behavior	
		M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Gender [†]	Male	2.69±0.69	-2.24	6.21±2.04	-3.62	2.97±0.23	-2.28
	Female	2.96±0.66	(.027)	7.45±1.92	(<.001)	3.07±0.31	(.024)
Age (year)	21~25	3.08±0.64	2.47	6.62±2.14	0.60	3.06±0.28	0.59
	26~30	2.84±0.69	(.065)	6.68±2.11	(.616)	3.02±0.28	(0.622)
	31~35	2.69±0.64		7.11±2.07		3.00±0.26	
	≤36	3.33±0.82		6.33±1.51		3.14±0.31	
Education [†]	High school	2.96±0.66	1.11	5.50±2.28 ^a	3.21	2.94±0.23	2.95
	College	2.72±0.77	(.334)	6.76±2.24 ^b	(.044)	2.96±0.27	(.056)
	University	2.88±0.69		7.10±1.83 ^c	a < c	3.07±0.28	
Job	Yes	2.81±0.70	-0.84	6.81±2.06	-0.27	3.02±0.28	-0.24
	No	3.00±0.53	(.403)	7.00±2.31	(.786)	3.04±0.25	(.815)
Job classification [†]	Production workers, Technician	2.36±0.80 ^d	4.62	6.57±1.51	1.77	2.83±0.11	1.97
	White collar, AO	2.75±0.54 ^b	(<.001)	7.13±2.17	(.110)	3.01±0.27	(.075)
	Public officials, Soldier	2.94±0.63 ^c	d > f	6.67±2.35		3.02±0.29	
	Professions	3.28±0.63 ^d		7.59±1.87		3.14±0.29	
	Others	2.78±0.62 ^e		6.28±1.97		3.04±0.28	
	Seller, Service jobs	2.46±0.78 ^f		5.96±1.97		2.93±0.26	
	Inoccupation	3.05±0.52 ^g		7.00±2.19		3.05±0.24	
Income (10,000 won) [†]	None	3.05±0.52	0.44	7.00±2.19	3.17	3.05±0.24	1.08
	90~199	2.83±0.71	(.724)	7.33±1.97	(.027)	2.99±0.27	(.358)
	200~299	2.79±0.68		6.27±1.85		3.00±0.28	
	≤300	2.79±0.77		7.48±2.48		3.11±0.26	
Birth plan (month)	Yes ≤6	2.80±0.71	0.33	7.03±2.13	0.52	3.00±0.24	0.69
	6~12	2.76±0.63	(.803)	6.79±2.36	(.670)	3.00±0.30	(.561)
	>12	2.75±0.89		6.17±1.75		3.13±0.31	
	No plan	2.89±0.67		6.88±1.93		3.02±0.27	
Number of children	0	2.67±0.29	1.60	10.00±0.00	2.50	2.95±0.34	0.41
	1	2.72±0.60	(.192)	6.83±2.04	(.063)	2.98±0.25	(.746)
	2	2.93±0.61		6.73±2.04		3.02±0.27	
	3 or more	2.64±0.91		6.76±2.08		3.06±0.30	
Smoking [†]	No	2.91±0.70	1.37	7.36±1.98 ^a	5.67	3.07±0.30	2.44
	In the past	2.68±0.71	(.258)	6.30±1.99 ^b	(.004)	2.95±0.25	(.091)
	Currently	2.76±0.60		6.10±2.06 ^c	a > c	2.97±0.23	
Drinking	No	2.83±0.75	0.57	5.67±2.34	1.19	2.99±0.17	0.11
	In the past	2.98±0.75	(.567)	7.15±2.35	(.307)	3.00±0.26	(.893)
	Currently	2.80±0.67		6.83±2.00		3.03±0.28	
Exercise	No	2.77±0.72	1.10	7.22±1.89	1.76	2.98±0.28	0.72
	Sometime	2.77±0.75	(.337)	6.43±2.18	(.177)	3.03±0.27	(.488)
	Regular	2.96±0.54		6.79±2.12		3.05±0.28	
Educational experience [†]	Yes	3.09±0.67	1.71	7.94±2.33	2.42	3.19±0.26	2.73
	No	2.79±0.68	(0.90)	6.67±1.99	(.017)	3.00±0.27	(.007)

AO=Administrative-occupation, [†] Scheffé test.

Table 5. Correlation Coefficients between Self-perception of Awareness, Content Awareness of Preconception Care and Pregnancy & Reproductive Health Promoting Behavior

Variables	SAI	CAI	RHPB	PRH	GM	FHM	SSB
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
SAI	1						
CAI	.18 (.038)	1					
RHPB	.33 (< .001)	.23 (.008)	1				
PRH	.17 (.048)	.03 (.740)	.78 (< .001)	1			
GM	.26 (.003)	.21 (.013)	.83 (< .001)	.50 (< .001)	1		
FHM	.33 (< .001)	.27 (.002)	.69 (< .001)	.40 (< .001)	.44 (< .001)	1	
SSB	.29 (.001)	.21 (.016)	.81 (< .001)	.50 (< .001)	.66 (< .001)	.33 (< .001)	1

SAI=Self-perception of awareness items; CAI=Content awareness items; RHPB=Reproductive health promoting behavior; PRH=Psychosocial reproductive health; GM=Genital management; FHM=Fertility-related health management; SSB=Safe sex behavior.

정보나 지식을 얻기보다는 손쉽게 검증되지 않은 정보를 얻는 실정이었다. 수태 전 건강관리 교육 실태는 ‘교육경험 없는 경우’ 117명(87.3%)으로 매우 높았으며, 본 연구결과에는 제시하지 않았지만, 대상자에게 그 이유를 확인한 결과 ‘교육장소와 시간을 모르기 때문에’ 65명(55.6%)으로 높게 나타났고 추후 교육을 한다면 교육받을 의향은 107명(91.5%)으로 교육요구가 매우 높았다. 또한, 적절한 교육 시기에서는 ‘중학교’ ‘고등학교’ 순으로 나타났었고, 20.9%에서는 ‘결혼 직전에서 신혼기가 적절하다고 하였다. 이러한 결과를 통해 예비신혼부부를 대상으로 한 수태 전 건강관리 정보제공과 교육이 절실히 필요함을 확인할 수 있었다.

본 연구결과 수태 전 건강관리 주관적 인식은 4점 만점(1~4)에 2.82점이며 남성(2.69점)이 여성(2.96점)보다 주관적 인식이 유의하게 낮았다. 위험적 요인의 주관적 인식에서 ‘임산부가 임신 동안 태아발달에 잠재적인 위험을 줄 수 있는 행동이나 위험 요소가 무엇인지 인식하고 있는가?’ 문항에 ‘모른다’ 7.5%(여성 7.5%, 남성 7.5%)로 이는 미혼 대학생을 대상으로 한 선행연구[11] ‘모른다’ 5.7%(여성 4.4%, 남성 7.6%)와 미국 대학생을 대상으로 한 선행연구[9] ‘모른다’ 6.0%(여성 2.0%, 남성 12.0%)와 비교해보면 예비 신혼부부가 위험적 요인에 대한 주관적 인식수준이 낮음을 알 수 있다. 긍정적 요인의 주관적 인식에서 ‘임신 여성이 긍정적인 행위나 행동들을 하게 되면 건강한 임신과 건강한 아기를 낳을 가능성이 높다는 것을 알고 있는가?’ 문항에 ‘모른다’ 4.5%(여성 1.5%, 남성 7.5%)로 나타났다. 미혼 대학생을 대상으로 한 선행연구[11] ‘모른다’ 2.3%(여성 1.3%, 남성 3.8%)에 비해 본 연구대상자의 남성이 긍정적 요인에 대한 주관적 인식이 낮음을

나타냈다. 반면 미국 대학생들을 대상으로 한 선행연구[9]에서는 ‘모른다’ 7.0%(여성 3.0%, 남성 13.0%)로 긍정적 요인에 대한 주관적 인식이 본 연구대상자가 미국 대학생들보다 높았다. 이러한 결과를 통해 한국이 미국보다 수태 전 건강관리의 긍정적 요인에 대한 주관적 인식은 높고 위험요인에 대한 주관적 인식은 낮음을 확인할 수 있었고, 특히 본 연구대상자들이 위험적 요인에 대한 주관적 인식에서 ‘모른다’ 라고 답변 비율이 가장 높게 나타나 수태 전 건강관리 위험적 요인에 대한 주관적 인식제고가 필요함을 알 수 있었다.

본 연구결과 내용적 인식수준 또한 13점 만점(0~13)에서 평균 6.83점이며 남성이 여성보다 유의하게 낮았고, 문항별 정당률은 평균 52.5%이며 남성(47.8%)이 여성(57.3%)보다 낮았다. 이는 미혼 대학생을 대상으로 한 선행연구[14]에서 남성(57.0%)과 여성(63.0%)의 정당률과 미국 대학생을 대상으로 한 선행연구[11]에서 남성(63.0%)과 여성(65.0%)의 정당률보다 본 연구대상자의 정당률이 낮았다. 이러한 결과를 바탕으로 예비 신혼부부의 수태 전 건강관리에 대한 내용적 인식을 증가시키는 방안이 시급하다고 생각된다. 내용적 인식 중 정당률이 가장 낮은 문항은 ‘임신 초기에 모든 신체와 장기가 형성된다’ 는 문항이 남, 여 모두에게서 낮았다. 여성이 기존 질환을 가진 상태이거나 태아에게 해로운 결과를 주는 위험을 안고 임신을 하면 빠른 경우는 임신 17일 이후부터 태아 발달에 악영향을 줄 수 있다[9]. 이는 여성이 임신했다고 자각하기 전이며, 보통의 여성들은 임신을 자각하는 임신 6~10주 이후부터 일반적으로 산전관리를 시작하므로 산전관리에 앞서 수태 전 건강관리가 되어야 함을 시사한다.

일반적 특성에 따른 수태 전 건강관리 주관적 인식 수준 차

이는 여성이 남성보다 높았고, 전문직이 판매직·서비스직보다 높았다. 내용적 인식 수준 또한, 여성이 남성보다 높았고 교육수준이 높을수록 내용적 인식 수준이 높았으며 대졸이 고졸보다 높았다. 또한 수태 전 건강관리에 대한 교육경험이 있는 집단(7.94점)이 교육경험이 없는 집단(6.67점)보다 내용적 인식 수준이 높았다. 이는 수태 전 건강관리 인식은 직업, 교육수준에 따라 차이를 보여 교육경험을 통해 수태 전 건강관리 주관적 인식과 내용적 인식을 높일 수 있음을 시사한다. 현재 담배를 피우는 사람(6.10점)이 흡연경험이 없는 사람(7.36점)보다 내용적 인식 수준이 낮았다. 생활습관이 생식능력과 연관되어 있고 태아의 환경에 직접 또는 간접적으로 영향을 줄 수 있고, 또한 흡연자는 본인뿐만 아니라 타인에게 2차 흡연의 원천을 제공하며 직접 흡연과 유사한 영향을 줄 수 있어 고위험 신생아의 요인이 될 수 있다. 현재 예비 신혼부부 중 흡연자는 31명(23.1%)으로 나타나 문제점으로 생각된다. 위험적 요인에 대한 내용적 인식제고로 생활습관 교정이 필요함을 시사한다.

일반적 특성에 따른 생식 건강증진 행위는 4점 만점에 평균 3.02점이며, 여성이 남성보다 높았다. 또한, 하부영역인 생식기 관리와 안전 성행위에서도 여성이 남성보다 높았고, 수태 전 건강관리 교육경험이 있는 집단이 교육경험이 없는 집단보다 생식 건강증진 행위 수준이 높았다. 이는 수태 전 건강관리 교육이 생식 건강증진 행위로 이어짐을 나타내므로 생식 건강증진 행위를 위해서 수태 전 건강관리 교육이 반드시 필요하다.

주관적 인식과 내용적 인식과는 약한 정적 상관관계를 나타냈고, 생식 건강증진 행위는 중 정도의 정적 상관관계를 나타냈다. 이는 수태 전 건강관리 인식은 생식 건강증진 행위와 상관관계가 있으므로 수태 전 건강관리에 대한 인식이 실제 생식 건강증진 행위를 이끄는 매우 중요한 결정 요인임을 시사했다는 선행연구(4)를 뒷받침한다. 그러므로 생식 건강증진 행위를 높이기 위해서는 수태 전 건강관리 인식을 높이기 위한 노력이 필요하다. 건강한 임신을 위해서는 우선 임신 계획을 먼저 세워야 하고 수태 전 건강관리를 통하여 좋은 생활습관으로 바꿀 수 있는 시간적 여유를 가지고 차분히 임신을 준비한다면 건강한 출산으로 이어질 수 있다. 특히 고령 임신부가 증가하고 있는 시점에서 고위험 임신을 예방하기 위해서는 수태 전부터 건강관리를 시행해야 한다는 취지를 본 연구를 통해 재차 확인하였다.

본 연구결과를 통해 수태 전 건강관리 인식을 높이기 위해 수태 전 건강관리에 대한 관심과 예비 신혼부부의 인식제고를 위한 교육이 절실히 필요함을 알 수 있었다. 그러나 본 연구는 일부 예비신혼 부부를 대상으로 하였기 때문에 결과를 일반화

하기는 어렵고 단순 서술적 조사연구로 생식 건강증진 행위에 영향을 미칠 수 있는 여러 가지 요인들을 확인하기 위한 후속 연구가 필요할 것으로 생각된다.

결론

본 연구는 예비 신혼부부의 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위를 파악하고 상관관계를 조사하여 수태 전 건강관리 인식을 높이고 고위험 임신을 감소시키기 위한 대책 마련의 기초자료로 사용하기 위해 시도된 서술적 연구이다.

연구결과 대상자들은 수태 전 건강관리 주관적 인식, 내용적 인식 및 생식 건강증진 행위는 남녀 간 유의한 차이를 보였고 여성이 남성보다 높았다. 수태 전 건강관리 인식수준과 생식 건강증진 행위의 상관관계를 보면 주관적 인식, 내용적 인식 및 생식 건강증진 행위는 상관관계를 나타냈고, 생식 건강증진 행위의 하부영역인 정신 사회적 생식 건강, 생식기관리, 안전 성행위와도 관련성이 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로 고위험 임신을 예방하고 건강한 신생아 출산을 위해서 수태 전 건강관리에 대하여 보다 정확하고 신뢰성 있는 정보제공이 남녀대상자 모두에게 필요하며 수태 전 건강관리 주관적 인식과 내용적 인식 제고를 통해 생식 건강증진 행위를 위한 다양한 간호중재 전략이 필요할 것이다.

REFERENCES

1. Park MI. Importance of preconception care in low-fertility society of Korea. *Journal of the Korean Medical Association*. 2011;54(8):796-798.
2. Hong SC, Choi JS, Han JY, Nava-Ocampo AA, Koren G. Essence of preconception counseling and care. *Journal of the Korean Medical Association*. 2011;54(8):799-807.
3. Statistics Korea, 2013 Birth statistics for Korea [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2013 [cit-ed 2014 August 26]. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/3/index.board?b-mode=read&aSeq=329406.
4. Lee SR. Women of childbearing age before pregnancy maternity health care support Study (General Report). Seoul: Kyung-sung cultural history; 2013.
5. Drever N, Saade GR, Bytautiene E. Fetal programming: Early-life modulations that affect adult outcomes. *Current Allergy and Asthma Reports*. 2010;10(6):453-459.
6. Ko HS, Park IY, Shin JC. Pre-pregnancy lifestyle of couple for a healthy pregnancy. *Journal of the Korean Medical Association*. 2011;54(8):825-831.
7. Burdorf A, Figa-Talamanca I, Jensen TK, Thulstrup AM. Ef-

- fects of occupational exposure on the reproductive system: Core evidence and practical implications. *Occupational Medicine*. 2006;56(8):516-520.
8. Kennedy HP, Griffin M, Frishman G. Enabling conception and pregnancy: Midwifery care of women experiencing infertility. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1998;43(3):190-207.
 9. Delgado CE. Undergraduate student awareness of issues related to preconception health and pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*. 2008;12(6):774-782.
 10. CDC. Recommendations to improve preconception health and health care-United States: A report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the selected panel on preconception care. *MMWR*. 2006;55(RR-6):1-23.
 11. Cho DS, Kim EJ, Jun EM. Gender differences in awareness of preconception care and pregnancy. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2013;19(4):219-229.
 12. World Health Organization. Reproductive health indicators. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring [internet]. Geneva: WHO: 2012 [cite 2012 July 9]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/924156315x/en/index.html>
 13. World Health Organization. Milestones in health promotion statements from global conferences. Geneva: WHO press; 2009.
 14. Jo HY, Kim YH, Son HM. Development of a scale to measure reproductive health promoting behavior of undergraduates. *Korean Journal of Health Education Promotion*. 2014;31(5):29-43.
 15. Je NJ, Choi SY. The study on unmarried women over the age 30, regarding the value of marriage and children and the knowledge of high risk pregnancy. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*. 2014;18(2):250-263.
 16. Statistics Korea. The lives of women looking to 2014 statistics [Internet]. Seoul: Statistics Korea; 2014 [cited 2014 June 25]. Available from: http://kosis.kr/upsHtml/online/downSrcFile.do?PUBCODE=KL&FILE_NAME=/KL/KL0806.xlsx&SEQ=403

Summary Statement

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

Preconception care and pregnancy is to help ensure a healthy pregnancy. However, it is not well studied in Korea compared to advanced countries.

■ **What this paper adds?**

Levels of awareness on preconception care and pregnancy and reproductive health promoting behaviors were not high among pre-marital people.

Reproductive health promoting behavior was positively related to self-perception awareness of care and pregnancy and content awareness of care and pregnancy.

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

Raising awareness of preconception care and pregnancy is necessary for pre-marital people.

Further study is required to develop and implement nursing interventions to improve reproductive health promoting behaviors among pre-marital people.