

충북 지역 결혼이주 여성 출신국가별 건강행태, 건강상태, 보건의료이용 실태 비교

전미양¹, 김현숙², 김희자³, 이효정^{4*}
¹강동대학교 간호과, ²한국교통대학교 사회복지학과,
³한국교통대학교 간호학과, ⁴한국교통대학교 물리치료학과

The Comparative analysis of health behaviors, health Status, and health care utilization by the homeland of the internationally married women immigrants living in Chungbuk

Mi-Yang Jeon¹, Hyun-Sook Kim², Hee-Ja Kim³ and Hyo-Jeong Lee^{4*}

¹Department of Nursing, Gangdong University

²Department of Social Welfare, Korea National University of Transportation,

³Department of Nursing, Korea National University of Transportation,

⁴Department of Physical Therapy, Korea National University of Transportation

요 약 본 연구의 목적은 결혼이주 여성의 건강행태, 건강상태, 보건의료 이용 실태를 출신 국가에 따라 비교 분석하는 것이다. 연구 대상은 충청북도 7개 지역 다문화센터에 등록되어 있는 결혼이주 여성 171명이며, 자료수집은 7개 언어로 번역된 구조화된 설문지를 활용하여 2010년 9월~11월까지 3개월간 실시하였다. 결혼이주 여성의 출신 국가에 따라 비교한 결과, 건강행태에서는 고강도 운동, 걷기 운동, 체중조절, 아침식사 횟수가 차이를 보였고, 건강상태에서는 요통 발생율과 비만도가 차이가 있었으며, 보건의료 이용에서는 건강검진 경험, 주이용 의료기관, 의료기관 미방문 이유에 있어서 차이가 나타났다. 본 연구결과를 근거로 결혼이주 여성의 건강 정책을 수립한다면 결혼이주 여성에게 가장 적절한 보건의료서비스를 제공할 수 있을 것이다.

Abstract The purpose of this study is to conduct a comparative analysis of health behaviors, health status, and health care utilization by the homeland of the internationally married women immigrants living in Korea. The subjects of this study were 171 married women immigrants who are registered at 7 multicultural centers in Chungbuk province. The study was conducted from September 2010 to November 2010 by surveying them with structured questionnaires translated in 7 different languages. In health behaviors the results indicated that there were statistically significant differences in high intensity exercise, walking, weight control, and the number of times having breakfast per week depending on the subject's homeland. In health status, there were statistically significant differences in low back pain incidence and obesity rate by the subject's homeland. In health care utilization, the subjects revealed statistically significant differences in utilizing health screening, in selecting primary medical institutes, and in the reasons for avoiding medical institutes depending on the subject's homeland. Health promotion policies that take the results of this research into account would provide suitable health care services for internationally married migrant women.

Key Words : Married immigrant women, Health behavior, Health status, Health care utilization

이 논문은 2012년 한국교통대학교 교내학술연구비의 지원을 받아 수행한 연구임.

*Corresponding Author : Hyo-Jeong Lee

Tel: +82-43-820-5207 email: leehj@ut.ac.kr

접수일 12년 07월 26일

수정일 (1차 12년 08월 03일, 2차 12년 08월 08일)

게재확정일 12년 08월 09일

1. 서론

1.1 연구 필요성

우리나라에 거주하는 장기체류 외국인, 귀화자, 외국인 자녀(이하 “외국인주민”)는 모두 126만 5,006명으로 전체 주민등록인구의 2.5%에 해당하는 것으로 조사되었다. 한국국적을 가지지 않은 자(79.3%) 중 결혼이민자는 141,654명으로 전체 외국인주민의 11.2%로 2010년(125,087명) 대비 16,567명 증가(13.3%)하였고 한국국적 취득자(8.8%) 중 혼인귀화자는 69,804명으로 전체 외국인주민의 5.5%를 차지하여 2010년(56,584명) 대비 13,220명 증가(23.4%)하였다[1]. 1990년대 중반부터 증가하기 시작한 국제결혼은 2000년대 이후 급증, 2010년 전체 혼인의 10.8%, 이혼의 12.3%를 차지하고 있는데 이는 세계화 및 결혼연령인구의 성비 불균형 등에 의한 것으로 향후 다문화가족의 증가추세는 지속될 것이다[2].

또한 본 연구에서 조사한 충청북도의 경우 2011년 외국인 여성과 한국남성의 혼인건수는 762건이며[3] 2011년 현재 도내에 6,428명이 거주하고 있으며 국적별로는 중국(2,900여명), 베트남(1,738명), 필리핀(567명), 일본(368명)순으로 집계되며 자녀수는 5,519명으로 나타났다[4]. 2009년 전국 농림어업종사자 전체 결혼건수 중 외국인 여성과의 결혼비율이 35%인데 비해 충북지역은 38%로 타 지역에 비해 높은 비율[5]을 보인 만큼 사회의 구성원으로 사회적 도움과 지원이 필요한 새로운 집단으로 인정하고 그들의 건강 특성과 건강행위와 관련된 보건의료 이용실태는 매우 중요시해야 될 것이다.

이런 결혼이주 여성의 증가는 우리나라 여성 전체의 건강 뿐 아니라 출산을 통한 자녀수의 증가로 국민전체 건강에도 영향을 미칠 것이다. 그럼에도 불구하고 경제상태가 좋지 않은 이주여성은 보험료 부담으로 인해 건강보험을 기피하고 치료를 위한 의료비 지출 상황 발생 시 보험 혜택과 의료비 지원을 받지 못하는 실정이다[6].

결혼이주 여성의 23.6%가 의료보장체계 안에 들어가지 못하거나 제도적으로 가입할 수 없는 것으로 알고 있어서 의료보험에 가입하지 않고 있어[7] 의료비 전액을 본인이 부담하거나, 타인의 도움을 받거나, 또는 무료진료소를 이용하고 있다. 결혼이주 여성에게 유병율이 높은 질병은 빈혈(12.1%), 알레르기 질환(10.6%), 위 십이지장 궤양(8%), 천식(5.5%), 자궁근종(5.1%), 고혈압(4.5%)순으로 나타났고 치료를 잘 받지 못하고 있는 질환 영역은 정신과적 영역, 생활 습관적 영역, 부인과 질환 등 이었다[8]. 의료기관 이용 실태조사[9]에 따르면 182명 중 56건의 사례에서 의료 기관을 방문하지 못하고 있으며 그 이

유로 의료보장 문제, 교통 불편, 의사소통과 동행인 부재를 언급했으며 Ahn[10]은 건강상태 및 건강행위 조사결과 50%이상의 대상자에게서 고혈압이 발견되었으나 그 치료적 접근은 미비하다고 밝혔다.

결혼이주 여성들의 건강 환경은 다른 유형의 이주자들과 다른 특징을 지니게 되는데 중개업체를 거쳐 혼인이 이루어지는 경우 새로운 환경과 남편, 남편의 가족에 대한 정보가 충분히 제공되지 않아 새로운 환경에 부적응, 기대에 미치지 못하는 결혼생활 등 높은 수준의 스트레스로 연결될 수 있고 자신의 본 국 가족과의 단절은 남편과 그 가족에 대한 의존성을 높게 되어 의료서비스 선택을 비롯한 다양한 영역에서 바른 건강행동 결정을 하지 못하게 되는 특징을 가지고 있다[11]. 이러한 상황에서 결혼이주 여성의 건강은 모든 이들이 보편적으로 누려야 하는 인권적 측면에서 중요한 의미를 가지고 있고 전염병의 예방과 의료서비스 제공과 관련된 사회적 부담의 감소, 이주자 질병 및 사고 예방을 통한 노동생산력의 증가, 이주자 건강 증진으로 인한 사회 의료비용의 절감이라는 측면에서 현실적인 중요성[5]을 가지게 되며 이들의 건강은 우리 사회 구성원의 재생산에 직결되기에 더욱 중요한 의미를 가지게 된다.

결혼이주 여성의 건강을 증진시키기 위해서는 먼저 결혼이주 여성의 건강상태, 건강행태 및 보건의료 이용 실태를 분석하여 문제점을 파악한 후 이를 근거로 결혼이주 여성을 위한 건강 정책을 마련하거나 건강증진 프로그램을 개발하는 것이 필요하다. 그러나 현재까지 결혼이주 여성을 대상으로 하는 선행연구는 결혼이주 여성의 문화적 스트레스, 결혼만족도 등이며 결혼이주 여성의 건강상태 및 보건의료 이용실태에 대한 연구는 미흡한 실정이다. 2000년 이후 우리나라에 결혼이주 여성이 유입되기 시작하였기 때문에 결혼이주 여성의 연령이 증가하면서 질환유병율도 증가할 것으로 사료되므로 결혼이주 여성을 위한 건강관리 정책이 필요하다.

1.2 연구 목적

본 연구는 결혼이주 여성의 건강증진을 위한 정책 및 관리 프로그램을 개발하는데 근거자료를 제시하기 위해 결혼이주 여성의 건강에 영향을 미칠 수 있는 건강행태, 건강상태 및 보건의료 이용 실태를 파악하고자 하였으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 결혼이주 여성의 건강행태를 파악한다.
- 2) 결혼이주 여성의 신체적, 정신적 건강상태를 조사한다.
- 3) 결혼이주 여성의 보건의료이용 실태를 분석한다.

2. 연구 방법

2.1 연구 설계

본 연구는 충청북도 지역에 거주하는 결혼이주 여성의 건강행태, 건강상태, 그리고 보건의료 이용 실태를 파악하고 결혼이주 여성의 출신국가에 따른 차이를 비교하고자 시도한 비교 조사연구이다.

2.2 연구 대상자

본 연구는 충청북도 지역 7개 다문화센터에 등록된 결혼이주 여성에게 연구자가 연구 목적과 자료 활용에 대해 설명하고 이를 이해하고 연구 참여에 동의한 171명을 대상으로 하였다. 연구 대상자에게 자료 수집을 위해 30분 정도 소요되는 것을 설명하였으며 연구도중 대상자가 원하면 연구 참여를 철회할 수 있음을 설명하였다.

2.3 연구 도구

자료 수집은 구조화된 설문지를 사용하였다. 설문지는 일반적 특성, 건강행태, 건강상태(신체적, 정신적 건강), 보건의료이용 행태로 구성하였다.

설문지는 2010년 3월~4월까지 2개월 동안 충청북도 만성질환관리사업 지원단 연구팀이 개발하고 다문화센터 담당자가 수정, 보완하였다. 완성된 설문지는 결혼이주 여성과 관련된 연구 경험이 있는 간호학 전공 교수 2인의 전문가 자문을 통해 1차 수정하였고, 1차 수정된 설문지를 20명의 결혼이주 여성에서 예비조사를 실시하였다. 예비조사 결과와 예비조사에 참여한 결혼이주 여성의 의견을 근거로 2차 수정하였으며 다시 간호학 전공 교수 2인의 전문가 자문을 통해 완성하였다. 완성된 설문지는 전문번역가를 활용하여 7개(한국어, 영어, 중국어, 일본어, 필리핀어, 몽골어, 러시아어) 언어로 번역하여 사용하였다.

2.3.1 건강행태

건강행태는 흡연, 음주, 운동, 식습관 항목을 조사하였으며, 이는 국민건강영양 설문지[12]의 내용과 동일하게 구성하였다.

2.3.2 건강상태

가. 신체적 건강

신체적 건강은 현재 앓고 있는 질병, 질병의 종류 및 비만도를 조사하였다. 비만도는 체중(신장)² 공식으로 환산하는 체질량지수를 이용하였으며, 체질량지수 18.5 미만은 저체중, 18.5~24.99는 정상, 25.0 이상은 비만으로

분류하였다. 질병 상태는 의사에게 진단받은 질병을 근거로 질병의 유무와 질병의 종류를 분석하였다.

나. 정신적 건강

① 스트레스

Lee[13]가 번역한 Index Clinical Stress를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 10문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 1점 “전혀 그렇지 않다”에서 5점 “매우 그렇다”까지 5점 리커트 척도로 구성되어 있고, 점수가 높을수록 스트레스가 높은 것을 의미한다. Lee[13]의 연구에서는 도구의 신뢰도는 Cronbach's α =.860이었으며, 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α =.901이었다.

② 자아존중감

Rosenberg[14]가 개발하고 Lee[15]가 번역한 자아존중감 도구를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 긍정 문항과 부정 문항이 각 5문항씩 총 10문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 1점 “전혀 그렇지 않다”에서 5점 “매우 그렇다”까지 5점 리커트 척도로 구성되어 있고, 부정 문항의 점수는 역환산하여 계산하였으며 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's α =.850이었다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α =.722이었다.

③ 결혼생활만족도

Roach, Fraizer와 Bowden [16]에 의해 개발된 Marital Satisfaction Scale(MSS)를 번역하여 수정한 Yoo[17] 척도를 사용하였다. MSS는 개발 당시 48문항으로 개발되었으나 Yoo[17]가 우리나라 상황에 적합하지 않은 문항을 제거하고 17 문항으로 수정하였으며, 본 연구에서는 결혼이주 여성에게 적합하지 않은 문항을 제외하여 총 10문항 5점 리커트 척도로 구성하여 사용하였다. 본 도구는 개발 당시 Cronbach's α =.982 이었으며, Lee[18]에 의해 우리나라에 적합한 도구인지 검증하기 위해 신뢰도 타당도를 검사를 실시하여 적합한 도구임이 판명되었다. Yoo[17]의 연구에서 신뢰도는 Cronbach's α =.932였고, 남녀 집단 비교와 결혼생활에 어려움을 겪고 있는 임상집단과 일반인을 비교하여 준거타당도가 검증된 도구이다. 본 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's α =.761이었다.

2.4 자료 수집 절차

자료 수집은 2010년 9월~11월까지 3개월 동안 충청북도 내 7개 다문화센터에 등록된 결혼이주 여성을 대상으로 실시하였다. 7개 국어로 번역된 설문지를 이용하였으며 설문조사 전에 다문화센터내 통역을 담당하는 결혼

이주 여성에게 설문지에 대해 전반적인 설명을 한 후 설문지를 직접 작성하게 하고 질의응답 시간을 가져 설문지에 대한 이해도를 높였으며 설문 조사 당일 연구보조자로 활용하였다. 설문지 작성 후 연구자와 일대일 면담을 통해 자료를 보충하였다. 설문 조사 참여율을 높이고 성실한 응답을 위해 소정의 기념품을 지급하였다.

2.5 자료 분석

수집된 자료는 SPSS WIN 18.0 program을 이용하여 분석하였으며 일반적 특성은 빈도, 백분율로 분석하였고 출신 국가에 따른 일반적 특성, 건강행태, 건강상태, 보건의료 이용 실태의 차이는 χ^2 -test, t-test, One-Way ANOVA으로 분석하였고 Scheffe test로 사후검정을 하였다.

3. 연구 결과

3.1 결혼이주 여성의 출신 국가에 따른 일반적 특성의 차이

연구대상자 171명의 일반적 특성을 분석한 결과는 [표 1]과 같았다.

대상자의 연령 범위는 20~61세 이었으며 평균 연령은 30.93세이었고 20대가 53.8%로 가장 많았다. 체류기간의 범위는 1~369개월이었으며 평균 체류기간은 70.32개월이었고 13~60개월이 47.4%로 가장 많았다. 한국 국적취득률은 21.1%이었으며 혼인상태는 기혼 97.1%, 이혼 2.3%, 사별 0.6% 순이었다. 대상자 중 98.2%가 가족과 함께 동거하는 것으로 나타났으며 자녀수의 범위는 0~4명이며 평균 자녀수는 1.04명이었고 1명이 40.9%로 가장 많았다. 배우자의 93.0%가 직업이 있었으며 월수입의 범위는 20~400만원이고 평균 월수입은 160만원이었고 101~200만원이 49.1%로 가장 많았다. 교육 수준은 본인과 배우자로 구분하여 조사하였으며 본인은 고등학교 졸업이 36.8%, 배우자는 고등학교 졸업이 52.0%로 가장 많은 것으로 나타났다.

일반적 특성을 결혼이주 여성 출신국가에 따라 비교한 결과는 다음과 같았다[표 1].

결혼이주 여성의 출신 국가는 베트남 78명(45.6%)으로 가장 많았으며 다음은 한족과 조선족을 포함한 중국 39명(22.8%), 필리핀 22명(12.9%), 일본 17명(9.9%), 몽골, 러시아, 태국, 우즈베키스탄 등 기타 국가 15명(8.8%) 순이었다. 대상자의 연령을 20대, 30대, 40대 이상으로 구분한 결과, 중국은 30대, 베트남, 필리핀 및 기타는 20

대, 일본 40대가 가장 많았으며 출신국가에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=111.06, p<.001$). 평균 연령은 일본이 45.41세로 가장 많았으며 다음은 중국 34.05세, 필리핀 30.18세, 기타 29.13세, 베트남 26.78세 순으로 나타났으며 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다($F=41.92, p<.001$).

체류기간은 중국, 베트남, 필리핀 및 기타 국가는 13~60개월이 가장 많았으며 그 다음은 61~120개월이었으며 일본은 121개월 이상이 가장 많았으며 다음은 61~120개월 순으로 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=98.00, p<.001$). 평균 체류기간은 일본이 167개월로 가장 길었으며 다음은 중국 70개월, 필리핀 53개월, 베트남 46개월, 기타 33개월로 나타났으며 출신국가에 따른 유의한 차이가 있었다($F=21.36, p<.001$).

한국 국적 취득은 중국 30.8%, 베트남 12.8%, 필리핀 31.8%, 일본 11.8%, 기타 33.3%로 나타나 출신국가에 따른 유의한 차이는 없었고($\chi^2=7.63, p=.106$), 혼인 상태는 모든 출신국가에서 기혼이 가장 많았으며 중국만 이혼 10.3%로 나타나 출신국가에 따른 유의한 차이가 있었다($\chi^2=24.11, p=.002$). 동거 가족은 모든 출신 국가에서 대부분 동거가족이 있는 것으로 나타나 출신국가에 따른 유의한 차이는 없었다($\chi^2=5.97, p=.201$). 자녀수는 중국과 베트남은 1명, 필리핀은 0명, 일본은 3명 이상이 가장 많은 것으로 나타나 출신국가에 따른 유의한 차이가 있었다($\chi^2=63.58, p<.001$). 평균 자녀수는 일본이 2.24명으로 가장 많았으며 다음은 필리핀 1.05명, 중국 0.95명, 베트남 0.88명 순으로 나타나 출신국가에 따른 유의한 차이가 있었다($F=10.27, p<.001$).

배우자 직업은 출신 국가에 따른 유의한 차이가 없었으며($\chi^2=8.35, p=.080$) 월수입은 필리핀을 제외한 모든 출신 국가에서 101~200만원이 가장 많았으며 다음은 100만원 이하가 순으로 나타났고 필리핀은 100만원 이하가 가장 많았으며 다음은 101~200만원 순이었으나 출신국가에 따른 유의한 차이가 없었다($\chi^2=14.76, p=.225$). 평균 월수입은 기타 국가가 179만원으로 가장 많았으며 다음은 일본 170만원, 중국 166만원, 베트남 155만원, 필리핀 127만원 순으로 나타났으나 출신 국가에 따른 차이는 없었다($F=1.18, p=.325$).

교육 수준 중 본인 교육 수준은 중국과 일본은 고등학교 졸업이, 베트남은 중학교 졸업이, 필리핀은 대학교 졸업이 가장 많은 것으로 나타나 출신국가에 따른 유의한 차이가 있었으며($\chi^2=34.44, p=.001$), 배우자 교육 수준은 기타를 제외한 모든 국가에서 고등학교 졸업이 가장 많았으며 배우자의 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었다($\chi^2=11.96, p=.449$).

[표 1] 결혼이주 여성의 출신국가에 따른 일반적 특성의 차이
[Table 1] The general characteristics of the married immigrant women living in Korea according to their homeland

변수		전체 (n=171) n(%)	중국 (n=39) n(%)	베트남 (n=78) n(%)	필리핀 (n=22) n(%)	일본 (n=17) n(%)	기타 (n=15) n(%)	χ^2/F	p	Scheffe
연령 (세)	20-29	92(53.8)	11(28.2)	60(76.9)	12(54.5)	0(0.0)	9(60.0)	111.06	<.001	a>b, d>a, b, c, e
	30-39	50(29.2)	21(53.8)	17(21.8)	6(27.3)	1(5.9)	5(33.3)			
	40 이상	29(17.0)	7(17.9)	1(1.3)	4(18.2)	1(6.7)				
	Mean±SD	30.93±7.96	34.05±7.36	26.78±4.71	30.18±5.70	45.41±4.84	29.13±5.99	41.92	<.001	
체류기간 (개월)	12 이하	29(17.0)	5(13.2)	14(17.9)	6(27.3)	0(0.0)	4(26.7)	98.00	<.001	a>b, d>a, b, c, e
	13-60	81(47.4)	17(44.7)	44(56.4)	11(50.0)	0(0.0)	9(60.0)			
	61-120	37(21.6)	11(28.9)	19(24.4)	3(13.6)	2(11.8)	2(13.3)			
	121 이상	24(14.0)	5(13.2)	2(2.6)	2(9.1)	15(88.2)	0(0.0)			
	Mean±SD	64.78±62.89	70.32±62.60	46.21±47.00	53.77±61.25	167.53±45.22	33.36±24.03	21.36	<.001	
한국 국적 취득	예	36(21.1)	12(30.8)	10(12.8)	7(31.8)	2(11.8)	5(33.3)	7.63	.106	
	아니오	135(78.9)	27(69.2)	68(87.2)	15(68.2)	15(88.2)	10(66.7)			
혼인 상태	기혼	166(97.1)	35(89.7)	78(100.0)	22(100.0)	17(100.0)	14(93.3)	24.11	.002	
	이혼	4(2.3)	4(10.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)			
	사별	1(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.7)			
동거가족	있음	168(98.2)	37(94.9)	78(100.0)	22(100.0)	17(100.0)	14(93.3)	5.97	.201	
	없음	3(1.8)	2(5.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.7)			
자녀수 (명)	0	52(30.4)	12(30.8)	24(30.8)	8(36.4)	1(5.9)	7(46.7)	63.58	<.001	a, b, c, e<d
	1	70(40.9)	17(43.6)	39(50.0)	7(31.8)	3(17.6)	4(26.7)			
	2	38(22.2)	10(25.6)	14(17.9)	5(22.7)	5(29.4)	4(26.7)			
	3 이상	11(6.4)	0(0.0)	1(1.3)	2(9.1)	8(47.1)	0(0.0)			
	Mean±SD	1.04±0.90	0.95±0.76	0.88±0.74	1.05±1.00	2.24±1.03	0.80±0.86	10.27	<.001	
배우자 직업	있음	159(93.0)	34(87.2)	76(97.4)	19(86.4)	17(100.0)	13(86.7)	8.35	.080	
	없음	12(7.0)	5(12.8)	2(2.6)	3(13.6)	0(0.0)	2(13.3)			
월수입 (만원)	100 이하	40(23.4)	9(23.1)	19(24.4)	6(27.3)	4(23.5)	2(13.3)	14.76	.225	
	101 ~200	84(49.1)	22(56.4)	40(51.3)	4(18.2)	9(52.9)	9(60.0)			
	201 ~300	16(9.4)	3(7.7)	7(9.0)	0(0.0)	3(17.6)	3(20.0)			
	301 이상	2(1.2)	2(5.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)			
	모름	29(16.9)	3(7.7)	12(15.3)	12(54.5)	1(5.9)	1(6.7)			
	Mean±SD	160.94±61.19	166.57±75.46	155.94±50.63	127.50±60.18	170.63±67.77	179.23±56.78	1.18	.325	
본인 교육수준	초등졸 이하	10(5.8)	2(5.1)	7(9.0)	1(4.5)	0(0.0)	0(0.0)	34.44	.001	
	중등졸	55(32.2)	10(25.6)	37(47.4)	4(18.2)	1(5.9)	3(20.0)			
	고등졸	63(36.8)	17(43.6)	26(33.3)	6(27.3)	9(52.9)	5(33.3)			
	대학졸 이상	43(25.2)	10(25.6)	8(10.3)	11(50.0)	7(41.2)	7(46.7)			
배우자 교육수준	초등졸 이하	7(4.1)	1(2.6)	3(3.8)	1(4.5)	2(11.8)	0(0.0)	11.96	.449	
	중등졸	35(20.5)	11(28.2)	16(20.5)	2(9.1)	2(11.8)	4(26.7)			
	고등졸	89(52.0)	16(41.0)	45(57.7)	12(54.5)	8(47.1)	8(53.3)			
	대학졸 이상	40(23.4)	11(28.2)	14(17.9)	7(31.8)	5(29.4)	3(20.0)			

3.2 결혼이주 여성의 출신 국가에 따른 건강 행태의 차이

결혼이주 여성의 건강행태를 출신국가에 따라 비교한 결과는 [표 2]에 제시하였다.

흡연은 모든 출신 국가에서 피우지 않음이 가장 많았으며 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었다($\chi^2=11.96, p=.449$).

음주는 모든 출신 국가에서 한달에 2~4번이 가장 많

았으며 다음은 한달에 1번 정도 이었고 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었다($\chi^2=17.86, p=.596$).

고강도 운동은 필리핀을 제외하면 하지 않음이 가장 많았고 다음은 1~4일 순으로 출신국가에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=21.26, p=.006$). 중등도 운동은 모든 국가에서 하지 않음이 가장 많았으며 다음은 1~4일 순으로 나타났으며 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었다($\chi^2=7.39, p=.496$). 걷기 운동은 중국과 일본은 5일 이상이, 베트남과 기타는 하지 않음이, 필리핀은 1~4일이 가

장 많은 것으로 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=41.78, p < .001$).

체중조절은 중국과 베트남은 노력하지 않음, 줄이려고 노력함 순으로 나타났으며 필리핀은 유지하려고 노력함 이 가장 많았으며 일본은 노력하지 않음, 유지하려고 노력함 순으로 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=25.29, p=.013$). 하루 식사 횟수는 모든 출신 국

가에서 일주일에 3회가 가장 많았으며 다음은 4회 이상이었으며 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었고($\chi^2=17.86, p=.594$), 아침 식사 횟수는 모든 출신 국가에서 7일이 가장 많았으며 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=64.94, p < .001$). 주관적 염분섭취는 모든 출신 국가에서 보통, 약간 짜게 먹음 순으로 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 없었다($\chi^2=11.52, p=.776$).

[표 2] 결혼이주 여성의 출신국가에 따른 건강행태의 차이

[Table 2] The health behaviors of the married immigrant women living in Korea according to their homeland

변수		중국 (n=39) n(%)	베트남 (n=78) n(%)	필리핀 (n=22) n(%)	일본 (n=17) n(%)	기타 (n=15) n(%)	χ^2	p
흡연	매일 피움	0(0.0)	1(1.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	14.21	.288
	가끔 피움	1(2.6)	4(5.1)	2(9.1)	0(0.0)	0(0.0)		
	금연함	0(0.0)	1(1.3)	2(9.1)	0(0.0)	0(0.0)		
	피우지 않음	38(97.4)	72(92.4)	18(81.8)	17(100.0)	15(100.0)		
음주	한달에 1번 미만	1(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	17.86	.596
	한달에 1번 정도	6(15.4)	9(11.5)	3(13.6)	3(17.6)	7(46.7)		
	한달에 2~4번 정도	31(79.5)	68(87.2)	17(77.3)	14(82.4)	8(53.3)		
	일주일에 2~3번정도 마시지 않음	0(0.0) 1(2.6)	0(0.0) 1(1.3)	0(0.0) 2(9.1)	0(0.0) 0(0.0)	0(0.0) 0(0.0)		
고강도 운동 (회/주)	하지 않음	29(74.4)	59(75.6)	11(50.0)	13(76.5)	9(60.0)	21.26	.006
	1일~4일	7(17.9)	19(24.4)	11(50.0)	4(23.5)	4(26.7)		
	5일 이상	3(7.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(13.3)		
중등도 운동 (회/주)	하지 않음	27(69.2)	59(75.6)	19(86.4)	11(64.7)	8(53.3)	7.39	.496
	1일~4일	9(23.1)	17(21.8)	3(13.6)	6(35.3)	6(40.0)		
	5일 이상	3(7.7)	2(2.6)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.7)		
걷기 운동 (회/주)	하지 않음	13(33.3)	52(66.7)	2(9.1)	4(23.5)	8(53.3)	41.78	<.001
	1일~4일	9(23.1)	10(12.8)	13(59.1)	6(35.3)	6(40.0)		
	5일 이상	17(43.6)	16(20.5)	7(31.8)	7(41.2)	1(6.7)		
체중조절	줄이려고 노력함	14(36.8)	12(15.2)	5(22.7)	2(11.8)	3(20.0)	25.29	.013
	유지하려고 노력함	5(13.2)	10(12.7)	9(40.9)	4(23.5)	5(33.3)		
	늘리려고 노력함	0(0.0)	11(13.9)	3(13.6)	1(5.9)	0(0.0)		
	노력하지 않음	19(50.0)	46(58.3)	5(22.7)	10(58.8)	7(46.7)		
하루 식사 횟수	1회	0(0.0)	1(1.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	17.86	.596
	2회	9(23.1)	11(14.1)	2(9.1)	2(11.8)	3(20.0)		
	3회	28(71.8)	64(82.1)	17(77.3)	14(82.4)	12(80.0)		
	4회 이상	2(5.2)	2(2.6)	1(4.5)	1(5.9)	0(0.0)		
아침 식사 횟수 (회/주)	전혀 먹지 않음	2(5.1)	5(6.4)	0(0.0)	1(5.9)	1(6.7)	64.94	<.001
	1일	0(0.0)	2(2.6)	7(31.8)	0(0.0)	0(0.0)		
	2일	4(10.3)	4(5.1)	1(4.5)	1(5.9)	1(6.7)		
	3일	4(10.3)	0(0.0)	3(13.6)	2(11.8)	0(0.0)		
	4일	3(7.7)	3(3.8)	1(4.5)	0(0.0)	2(13.3)		
	5일	1(2.6)	5(6.4)	2(9.1)	0(0.0)	0(0.0)		
	6일	3(7.7)	4(5.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
	7일	22(56.4)	55(70.5)	8(36.4)	13(76.5)	11(73.3)		
주관적 염분 섭취	아주 짜게 먹음	1(2.6)	2(2.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	11.52	.776
	약간 짜게 먹음	8(20.5)	17(21.5)	5(23.8)	3(17.6)	3(20.0)		
	보통	24(61.5)	55(69.6)	14(66.7)	12(70.6)	9(60.0)		
	약간 싱겁게 먹음	5(12.8)	1(1.3)	2(9.5)	2(11.8)	2(13.3)		
	아주 싱겁게 먹음	1(2.6)	4(5.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.7)		

3.3 결혼이주 여성의 출신 국가에 따른 신체적, 정신적 건강상태의 차이

결혼이주 여성의 건강상태를 비교하기 위해 신체적 건강과 정신적 건강으로 구분하여 조사하였으며 신체적 건강은 질병 유무, 질병의 종류 및 비만도로, 정신적 건강은 스트레스, 자아존중감 및 결혼만족도로 조사하였다[표 3]. 결혼이주 여성의 신체적 건강상태를 출신 국가에 따라 비교한 결과, 중국, 베트남, 필리핀은 질병 없음이, 일본과 기타 국가는 질병 있음이 많았으나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 없었다($\chi^2=5.89, p=.207$). 질병을 종류별로 분석하면, 중국은 위장질환, 고혈압 순이었으며 베트남은 요통, 위장질환 순이었고 필리핀은 고지혈증, 고혈압, 요통 순이었다. 또한 일본은 요통, 고혈압 순으로, 기타 국가는 위장질환, 요통 순으로 나타났으며 국가별로 유의한 차이가 있는 질환은 요통이었다($\chi^2=10.51, p=.033$). 특히 B형 간염은 베트남 출신 결혼이주 여성에서만 나타났다.

비만도를 체질량지수로 조사한 결과, 비만율은 기타 국가가 20.0%로 가장 높았으며 다음은 중국이 18.9%, 일본 18.8%, 필리핀 15.0%, 베트남 3.8% 순이었으며 특히 베트남은 저체중율이 24.4%로 높게 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었고($\chi^2=24.59, p=.002$), 평균 체질량지수는 중국 22.13, 베트남 20.20, 필리핀 22.18, 일본 21.88, 기타 국가는 22.58로 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다($F=5.89, p<.001$).

결혼이주 여성의 정신적 건강상태를 출신 국가에 따라

비교한 결과, 스트레스는 일본이 39.00점으로 가장 높았으며 다음은 필리핀 35.80점, 중국 34.46점, 베트남 34.30점, 기타 국가 33.86점 순으로 나타났으나 출신 국가에 따라 유의한 차이는 없었다($F=1.39, p=.239$). 자아존중감은 필리핀이 29.35점으로 가장 높았으며 다음은 일본 28.69점, 중국 28.39점, 베트남 28.14점, 기타 국가 28.07점 순으로 나타났으나 출신 국가에 따라 유의한 차이는 없었다($F=0.32, p=.863$). 결혼만족도는 기타 국가가 31.46점으로 가장 높았으며 다음은 베트남 29.27점, 일본 28.58점, 필리핀 27.13점, 중국 26.86점으로 나타났으나 출신 국가에 따라 유의한 차이는 없었다($F=1.43, p=.225$).

3.4 결혼이주 여성의 출신 국가에 따른 보건 의료 이용의 차이

결혼이주 여성의 보건의료 이용 실태를 출신 국가에 따라 비교한 결과, 의료보험 형태는 모든 출신 국가에서 건강보험이 의료급여보다 많았으나 중국의 경우 의료보험이 없는 경우도 10.5% 이었으나 출신 국가에 따른 유의한 차이가 없었다($\chi^2=5.22, p=.734$). 건강검진 경험은 일본이 92.3%로 가장 높았으며 다음은 베트남 66.7%, 중국 55.3%, 필리핀 47.4%, 기타 국가 33.3% 순이었으며 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=13.21, p=.010$).

의료기관 방문 경험은 중국이 81.6%로 가장 높았으며 다음은 일본 76.9%, 기타 국가 53.3%, 필리핀 52.6%, 베트남 51.3% 순으로 나타났으며 출신 국가에 따라 유의한

[표 3] 결혼이주 여성의 출신 국가에 따른 건강상태의 차이

[Table 3] The health status of the married immigrant women living in Chungbuk by the homeland

변수		중국 (n=39)	베트남 (n=78)	필리핀 (n=22)	일본 (n=17)	기타 (n=15)	χ^2/F	p	Scheffe
		n(%) Mean±SD	n(%) Mean±SD	n(%) Mean±SD	n(%) Mean±SD	n(%) Mean±SD			
질병	없음	21(53.8)	47(58.8)	16(72.7)	7(41.2)	6(40.0)	5.89	.207	
	있음	18(46.2)	33(41.3)	6(27.3)	10(58.8)	9(60.0)			
질병 종류	고혈압	3(7.7)	3(3.8)	2(9.1)	2(11.8)	0(0.0)	3.35	.501	
	당뇨병	1(2.6)	3(3.8)	1(4.5)	0(0.0)	0(0.0)	1.39	.845	
	고지혈증	2(5.1)	3(3.8)	4(18.2)	0(0.0)	0(0.0)	8.56	.073	
	위장질환	7(17.9)	5(6.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.7)	9.48	.050	
	요통	2(5.1)	12(15.0)	2(9.1)	6(35.3)	1(6.7)	10.51	.033	
	B형간염	1(2.6)	4(5.0)	1(4.5)	0(0.0)	0(0.0)	1.88	.757	
비만도	18.5 미만	2(5.4)	19(24.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	24.59	.002	
	18.5~24.9	28(75.7)	56(71.8)	17(85.0)	13(81.3)	12(80.0)			
	25.0 이상	7(18.9)	3(3.8)	3(15.0)	3(18.8)	3(20.0)			
	Mean±SD	22.13±2.67	20.20±2.36	22.18±2.83	21.88±3.08	22.58±3.37			
스트레스	34.46±7.09		34.30±6.68	35.80±10.63	39.00±7.34	33.86±4.44	1.39	.239	
자아존중감	28.39±4.44		28.14±3.94	29.35±5.17	28.69±4.48	28.07±3.66	0.32	.863	
결혼만족도	26.86±6.23		29.27±7.07	27.13±9.69	28.58±5.26	31.46±6.68	1.43	.225	

차이가 없었다($\chi^2=9.36, p=.053$). 결혼이주 여성이 주로 이용하는 의료기관을 조사한 결과, 모든 출신 국가에서 병의원이 가장 많았으며 다음은 보건기관이었고 특히 필리핀 여성의 보건기관 이용율이 21.1%로 높았으며 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다($\chi^2=34.59, p=.005$) [표 4].

의료 기관 선택 이유는 치료가 잘되어서가 가장 높았으며 다음은 가까운 거리, 저렴한 의료비 순으로 나타났으며 출신 국가에 따라 유의한 차이가 없었다($\chi^2=22.03, p=.339$). 의료기관을 방문하지 않는 이유를 조사한 결과, 중국은 의료비가 비싸서가 42.2%로, 베트남은 의사소통이 안 되어서가 54.5%로 가장 높았고 필리핀은 거리가 멀어서가 75.0%, 일본은 의료비용이 비싸서와 거리가 멀어서가 각 50%로 나타났으며 기타 국가는 의사소통이 어려워서가 62.5%로 가장 높은 것으로 나타나 출신 국가에 따른 유의한 차이가 있었다($\chi^2=23.60, p=.023$) [표 4].

4. 논의

2001년부터 결혼이주 여성은 연평균 43.9% 증가하고 있어 2020년에는 국제결혼이 한국 사회전체 결혼에서 차

지하는 비율이 32%로 증가할 것으로 전망하고 있다[6]. 이처럼 결혼이주 여성들의 수가 증가함에 따라 사회적 이해를 필요로 하는 중요한 사회문제로 제기되고 있으며 특히 건강문제는 다른 모든 문제들에 우선하여 사람들의 신체적 정신적 안녕을 위협하는 요인으로 가족 및 사회구성원으로서의 적응을 어렵게 한다[19]. 이에 보건의료 현장에서 결혼이주 여성을 접하게 되는 횟수가 증가하므로 이들에게 적절한 보건의료 서비스를 제공하기 위해서는 건강행태, 건강상태 및 보건의료 이용에 대한 분석이 요구된다.

본 연구 대상자 171명의 평균연령은 30.93세로 이는 Seol 등[8]이 34세, Kim 등[20]은 29.3세, Kim[21]은 31.7세로 보고한 선행연구들과 유사한 결과로 결혼이주 여성을 대상으로 하는 프로그램을 개발할 때는 이 연령층에서 요구하는 출산과 자녀 양육지원 프로그램 개발이 필요함을 시사한다. 조사대상자의 출신 국적별로는 베트남이 45.6%로 가장 많고 중국 22.8%였는데 이는 베트남 여성이 26.55%[22]와 33%[23]로 보고한 선행연구 비율과는 차이가 있었다. 그러나 결혼이주 여성 전체에서 베트남 여성이 차지하는 비율이 가장 높다는 것은 유사한 결과이었다. 이는 최근 베트남 여성의 유입이 증가하고 있다는 것을 의미하며 결혼이주 여성을 위한 보건의료 정

[표 4] 결혼이주 여성의 출신 국가에 따른 보건의료 이용의 차이

[Table 4] The health care utilization of the married immigrant women living in Chungbuk by the homeland

변수		중국 (n=39) n(%)	베트남 (n=78) n(%)	필리핀 (n=22) n(%)	일본 (n=17) n(%)	기타 (n=15) n(%)	χ^2	p
의료보험 형태	건강 보험	28(73.7)	66(84.6)	14(73.7)	11(84.6)	13(86.7)	5.22	.734
	의료 급여	6(15.8)	5(6.4)	3(15.8)	2(15.4)	1(6.7)		
	없음	4(10.5)	7(9.0)	2(10.5)	0(0.0)	1(6.7)		
건강검진 경험	있음	21(55.3)	52(66.7)	9(47.4)	12(92.3)	5(33.3)	13.21	.010
	없음	17(44.7)	26(33.3)	10(52.6)	1(7.7)	10(66.7)		
의료기관 방문 경험	있음	31(81.6)	44(51.3)	10(52.6)	10(76.9)	8(53.3)	9.36	.053
	없음	7(18.4)	34(48.7)	9(47.4)	3(23.1)	7(46.7)		
주이용 의료기관	약국	9(23.7)	7(18.4)	2(10.5)	2(15.4)	3(20.0)	34.59	.005
	병. 의원	27(71.1)	69(88.5)	11(57.9)	11(84.6)	9(60.0)		
	보건기관	1(2.6)	1(1.3)	4(21.1)	0(0.0)	2(13.3)		
	타 지역 병. 의원	1(2.6)	1(1.3)	2(10.5)	0(0.0)	0(0.0)		
	한의원	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(6.7)		
의료기관 선택 이유	저렴한 의료비	9(23.7)	7(9.0)	4(21.1)	1(7.7)	3(20.0)	22.03	.339
	가까운 거리	9(23.7)	22(28.2)	6(31.6)	5(38.5)	9(60.0)		
	치료가 잘 돼서	19(50.0)	40(51.3)	7(18.4)	6(46.2)	2(13.3)		
	주변의 권유	0(0.0)	3(3.8)	2(5.3)	0(0.0)	1(6.7)		
	의사소통 잘 돼서	0(0.0)	3(3.8)	0(0.0)	1(7.7)	0(0.0)		
	기타	1(2.6)	3(3.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		
의료기관 미방문 이유	의료비가 비싸서	8(42.2)	8(24.3)	0(0.0)	2(50.0)	2(25.0)	23.60	.023
	거리가 멀어서	4(21.1)	3(9.1)	3(75.0)	2(50.0)	1(12.5)		
	의사소통이 안 돼서	3(15.8)	18(54.5)	1(25.0)	0(0.0)	5(62.5)		
	기타	4(21.1)	4(12.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		

책을 마련할 때 새롭게 유입되고 있는 베트남 여성에 대한 배려가 필요하다는 것을 시사한다. 연령대별 분석에서, 중국은 30대, 베트남, 필리핀 및 기타는 20대, 일본 40대가 가장 많았으며 체류기간은 중국, 베트남, 필리핀 및 기타 국가는 13~60개월이 가장 많았으나 일본은 61~120개월이 가장 많은 것으로 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있는데 이는 일본여성의 평균 연령을 39세로 보고한 Seol 등[8]의 연구와 일치하는 결과이다. 이와 같은 결과는 종교적인 이유로 초창기 결혼이주 여성 중 일본 여성이 많았기 때문에 일본여성들의 체류기간이 길고 연령 또한 높게 나온 것으로 사료된다.

대상자의 혼인 상태는 기혼이 97.1%로 모든 출신국가에서 기혼이 가장 많았는데 이는 선행 연구[6, 20]와 유사한 결과로 결혼이주 여성의 대부분이 결혼을 전제로 한국으로 이주 한 여성들이 많음을 의미한다. 그리고 본 연구에서 중국이주여성 중에서 이혼한 여성이 10.3%로 보고되어, Ministry of Public Administration and Security[24]의 보고와 유사하게 결혼이주 여성의 이혼율 또한 증가하고 있음을 보여주고 있다. 결혼이주 여성의 이혼율이 계속 증가한다면 구직활동의 어려움으로 인한 경제적 문제[25] 등이 또 다른 사회적 문제로 대두 될 수 있으므로 이에 대한 대비가 필요하다.

본 연구 대상자의 자녀수는 평균 1.04명 이었고 1명이 40.9%로 가장 많았다. 이는 평균 자녀수를 1.6명으로 보고한 Kim[22]의 연구결과, 1명 이상의 자녀가 있는 경우가 66.7%로 보고한 Kim 등[20]의 연구결과와 45.5%로 보고한 Park 등[6]의 연구결과와는 상이한 결과로, 본 연구의 대상자는 한국 체류기간이 짧은 이주여성들이 선행 연구들에 비해 더 많이 포함되었기 때문으로 사료된다.

본 연구대상자의 배우자는 93.0%가 직업이 있었으며 연구대상자의 출신 국가에 따른 유의한 차이가 없었다. 월 수입평균은 160만원으로 나타났으며 이는 Kim[22]의 연구에서 월평균을 169만원으로 보고한 결과와 일치한다. 필리핀을 제외한 모든 출신 국가에서 101~200만원, 100만원 이하 순으로 나타났으며 필리핀은 100만원 이하, 101~200만원 순이었기에 출신국가에 따른 유의한 차이가 있었다. 이는 경제생활 수준에 대한 주관적 질문을 한 연구[25]에서 ‘보통’ 68.2%, ‘못사는 편’ 14.3%로 나타났고, Park 등[6]에서는 ‘중’이 54.5%, ‘하’가 26.4%로 보고되어었으며, Kim [21]은 월평균이 146만원으로 분석한 것과 유사한 결과이다. 이는 KSIS[26]의 우리나라 월평균 가계소득인 3,893,790원에 비해 상당히 적은 금액으로 결혼이주 여성이 처한 경제 환경은 어려운 편임에도 “중”으로 표현한 것은 우리나라가 결혼이주 여성 자신의 고국에 비해 좋은 경제 환경이기 때문일 것으로

생각한다.

교육 수준 중 본인 교육 수준은 고등학교 졸업이 36.8%로 중국과 일본은 고등학교 졸업이, 베트남은 중학교 졸업이, 필리핀은 대학교 졸업이 가장 많은 것으로 나타나 출신국가에 따른 유의한 차이가 있었다. 이는 선행 연구들[6, 21]과 일치하는 결과이다. 그러나 배우자 교육 수준은 기타를 제외한 모든 국가에서 고등학교 졸업이 가장 많았으며 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었는데, 본 연구에서는 필리핀과 일본 여성은 배우자보다 높은 학력으로 나타났다. Kim[25]은 필리핀과 일본여성들이 상대적으로 높은 학력을 가지고 우리나라로 와서 자신의 고국에서의 교육배경이나 직장 경력과는 무관한 일인 비숙련 노동이나 소규모 자영업 외에는 할 수 없는 현실에 놓이게 된다고 보고하였다. 이러한 현실은 결혼이주 여성의 생활만족도를 낮추고 스트레스를 증가시키는 요인이 될 것이다. 그러므로 결혼이주 여성들이 자신의 교육적 배경이나 능력을 발휘할 수 있는 직업에 종사할 수 있도록 제도적인 배려가 필요하다.

결혼이주 여성의 건강행태를 출신국가에 따라 비교한 결과, 흡연은 모든 출신 국가에서 피우지 않음이 가장 많았으며, 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었다. 이는 Park 등[6]의 연구와 Kim[22]의 흡연율 0.9%와도 일치한다. 음주는 모든 출신 국가에서 한 달에 2~4번이 가장 많았으며, 다음은 한 달에 1번 정도 순으로 나타났으며, 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었고 Kim[22]의 음주율 9.8%와 일치하는 결과를 보였지만 Park 등[6]의 연구에서 ‘음주 한다’가 38.2%로 보고한 결과와 다른 결과를 보였는데, 이는 본 연구대상자의 24.5%가 임신 중이었기 때문으로 사료된다. 고강도 운동은 필리핀을 제외하면 하지 않음이 가장 많았으며, 다음은 1~4일 순으로 나타났고, 출신국가에 따라 유의한 차이가 있었다. 중등도 운동은 모든 국가에서 하지 않음이 가장 많았으며, 다음은 1~4일 순으로 나타났고, 출신 국가에 따른 유의한 차이는 없었다. 걷기 운동은 중국과 일본은 5일 이상, 베트남과 기타는 하지 않음이, 필리핀은 1~4일이 가장 많은 것으로 나타났으며 이는 Park 등[6]의 연구에서 ‘규칙적인 운동을 한다’가 29.1%와 Kim[22]의 28.3%의 결과와 유사하였다. 결혼이주 여성의 규칙적인 걷기 실천율이 30% 정도이나 기타 국가 출신의 결혼이주 여성의 걷기 실천율은 6.7%로 매우 낮았다. 이와 같은 결과를 근거로 결혼이주 여성을 위한 건강증진 프로그램을 개발하고 적용할 때는 출신국가를 고려하는 것이 필요하다.

결혼이주 여성의 신체적 건강상태를 출신 국가에 따라 비교한 결과를 보면 중국, 베트남, 필리핀은 질병 없음이, 일본과 기타 국가는 질병 있음이 많았다. 특히 일본 여성

의 질병 유병율이 높은 것은 다른 출신 국가에 비해 일본 여성은 40세 이상의 중년자가 많았기 때문인 것으로 사료된다. 질병을 종류별로 분석하면, 중국은 위장질환, 고혈압 순이었으며 베트남은 요통, 위장질환 순이었고 필리핀은 고지혈증, 고혈압, 요통 순이었다. 또한 일본은 요통, 고혈압 순으로, 기타 국가는 위장질환, 요통 순으로 나타났으며 국가별로 유의한 차이가 있는 질환은 요통이었고 이는 Kim[22]의 연구에서 요통, 관절염, 위장 질환 순으로 나타난 결과와 일치한다. 이는 결혼이주 여성의 직종이 농축산업 및 단순노무직이 많기 때문에 요통 유병율이 높은 것으로 생각되며 위장질환은 음식문화의 차이에 의한 것으로 사료된다. 그러므로 결혼이주 여성의 출신 국가별, 연령별, 직업별 특성을 고려한 건강관리 프로그램을 제공하기 위해서는 맞춤형 방문 건강관리와 연계하여 질병관리 및 교육 등의 체계적인 관리가 필요하다. 하지만 이와 같은 결과는 Seol 등[8]의 연구에서 빈혈(12.1%), 알레르기질환(10.6%), 위 십이지장 궤양(8.0%), 천식(5.5%), 자궁근종(5.1%), 고혈압(4.5%) 순으로 보고한 결과와는 차이가 있었는데, Seol 등[8]의 연구는 결혼이주 여성들의 정착 초기인 2005년에 이루어진 연구로 그 당시에는 영양관리 부족으로 인해 발생한 빈혈 등의 질병들이 많았으나 최근에는 영양관리 부족으로 인한 질병은 줄어들고 있는 것으로 사료된다. 주목할 것은 본 연구에서 B형 간염의 경우 베트남 출신 결혼이주 여성에서만 나타났으므로 베트남출신 결혼이주 여성의 경우 B형 간염에 대한 선별검사와 관리방안이 마련되어야 할 것으로 사료된다.

연구대상자의 비만도를 체질량지수로 조사한 결과, 비만율은 기타 국가가 20.0%로 가장 높았고 중국, 일본, 필리핀, 베트남 순이었으며 특히 베트남은 저체중율이 24.4%로 높게 나타났다. 이는 Kim 등[19]의 연구에서 17.0%가 저체중으로 나왔으며, Park 등[6]에서는 20이하가 33.7%, 과체중10.0%, 비만 1.8% 정상 54.5%의 분포로 보고된 결과와 Ahn[26] 연구에서 정상 76.3%, 비만 14.8%, 저체중 11.4%와도 유사한 결과로 이 결과는 결혼이주 여성 특히 가임기 여성의 영양 및 체중관리를 위한 보건의료정책 마련이 필요하다는 것을 의미한다.

결혼이주 여성의 정신적 건강상태를 출신 국가에 따라 비교한 결과, 스트레스는 일본이 가장 높았으며, 그 다음은 필리핀 중국, 베트남 순으로 나타났다. Kim 등[27]의 연구에서 보통, 적은 편과 심한 편의 순으로 보고 되어있고, Seol 등[8]의 연구에서는 중국여성들이 불안해 한다는 연구결과와는 일치하지 않았다. 이는 본 연구에서는 40대 이상의 일본여성들의 호르몬적 변화 등으로 불안이라는 심리적 상태에 노출되기 때문인 것으로 사료된다.

자아존중감은 필리핀, 일본, 중국, 베트남, 기타 국가 순으로 나타났다. 필리핀 여성은 영어를 구사할 수 있기 때문에 영어 학원이나 방과 후 학교 등에서 교사로 활동하고 있어 결혼이주 여성 중 필리핀 여성의 자아존중감이 높은 것으로 사료된다. 이는 결혼이주 여성들의 자아존중감을 높이기 위해서는 출신국가의 특성 및 개인적 능력을 발휘할 수 있는 직업이나 사회생활 분야를 개발해야 한다는 것을 의미한다. 결혼만족도는 기타 국가, 베트남, 일본, 필리핀, 중국 순이었고 ‘만족한다’의 분포는 28-31%인 것으로 나타났다. 이는 Kim[21]의 연구에서 생활 만족도에서 보통, 약간만족, 아주만족의 순으로 나타났으며 보통 이상이 90.2%인 것으로 나타나 본 연구와는 일치하지 않은 결과를 보였다. 이와 같은 결과는 본 연구에서 결혼만족도를 ‘예’, ‘아니오’ 이분문항으로 조사하였기 때문으로 사료된다.

결혼이주 여성의 보건의료 이용 실태를 출신 국가에 따라 비교한 결과, 의료보장 형태는 모든 출신 국가에서 건강보험이 의료급여보다 많아, Park 등[6]에서 건강보험, 직장보험, 의료보호 순과 유사한 결과를 보였다. 중국의 경우 의료보장이 없는 경우도 10.5%있었는데 이들에게 의료서비스 지원 계획을 확대하고 다양한 전략을 활용하여 가입을 홍보해야 할 필요가 있다. 건강검진 경험은 일본, 베트남, 중국, 필리핀, 기타 국가 순으로 나타났는데, 이는 일본 여성들의 연령이 상대적으로 많아 건강검진의 기회가 많았으리라 사료된다. 이는 Kim[21]의 연구에서 최근 2년 이내 결혼이주 여성의 건강검진 경험이 45.1%라고 보고한 결과와도 비슷한 결과이다. 의료기관 방문 경험은 중국, 일본, 기타 국가, 필리핀, 베트남 순으로 나타났고, 결혼이주 여성이 주로 이용하는 의료기관을 조사한 결과, 모든 출신 국가에서 병의원이 가장 많았으며 다음은 보건기관이었는데 이는 Kim[21]의 연구에서 병의원이 46.8%, 그 다음 보건기관 23.8%와도 유사한 결과를 보였다. 의료 기관 선택 이유는 치료가 잘되어서가 가장 높았으며, 다음은 가까운 거리, 저렴한 의료비 순으로 나타났는데, 이는 Kim[21]의 연구에서 가까운 거리 53.0%로 가장 많은 것과는 다소 차이가 있었지만 이 이유들을 고려하여 결혼이주 여성들의 의료시설 접근성을 높여야 할 것이다. 의료기관을 방문하지 않는 이유를 조사한 결과, 중국은 ‘의료비가 비싸서’가 42.15%로, 베트남은 ‘의사소통이 안 되어서’가 54.5%로 가장 높았고 필리핀은 ‘거리가 멀어서’가 75.0%, 일본은 ‘의료비용이 비싸서’와 ‘거리가 멀어서’가 각 50%로 나타났으며 기타 국가는 ‘의사소통이 어려워서’가 62.5%로 가장 높은 것으로 나타났는데 이는 Kim[21]의 연구에서 거리 불편 40.7%와 비슷한 결과를 보였다. 결혼이주 여성들의 의사소통문제

를 해결하기위해 의료기관에 통역서비스체계를 확립하고, 다언어 의료문진표, 건강검진 정보 및 질병관련 정보 등의 번역서비스를 제공하기 위한 전략이 마련되어야 할 것이며 접근 용이한 보건의료서비스를 제공하기 위해 포괄적인 인력 구성으로 접근함과 동시에 맞춤형 방문건강관리 사업과 연계하여 거리상의 불편함을 해소해야 할 것이다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 결혼이주 여성의 건강증진을 위한 정책 및 건강증진 프로그램을 개발하는데 근거자료를 제공하고자 결혼이주 여성의 건강행태, 건강상태, 보건의료 이용 실태를 비교 분석한 비교조사연구이다. 연구 대상은 충청북도 7개 지역 다문화센터에 등록되어 있는 결혼이주 여성 171명이며 자료수집은 7개 언어로 번역된 구조화된 설문지를 활용하여 2010년 9월~11월까지 3개월간 실시하였다. 수집된 자료는 SPSS Win 18.0 program을 이용하여 분석하였다.

연구결과를 요약하면 다음과 같았다.

대상자의 평균 연령은 30.93세이었고 20대가 53.8%로 가장 많았고 체류기간은 평균 70.32개월이었고 13~60개월이 가장 많았다. 한국 국적을 취득한 비율은 21.1%이었으며 혼인상태는 기혼이, 자녀수는 평균 1.04명이었고 배우자의 93.0%가 직업이 있었으며 평균 월수입은 160만원 정도이었고 교육 수준은 본인과 배우자 모두 고등학교 졸업이 가장 많았다.

일반적 특성을 결혼이주 여성 출신국가에 따라 비교한 결과는 다음과 같았다. 결혼이주 여성의 출신 국가는 베트남 78명(45.6%)으로 가장 많았으며 다음은 한족과 조선족을 포함한 중국 39명(22.8%), 필리핀 22명(12.9%), 일본 17명(9.9%), 몽골, 러시아, 태국, 우즈베키스탄 등 기타 국가 15명(8.8%) 순이었다. 대상자의 평균 연령은 일본이 45.41세로 가장 많았으며 다음은 중국 34.05세, 필리핀 30.18세, 기타 29.13세, 베트남 26.78세이었고 평균 체류기간은 일본이 167개월, 중국 70개월, 필리핀 53개월, 베트남 46개월, 기타 33개월이었다. 평균 자녀수는 일본이 2.24명으로 가장 많았으며 다음은 필리핀 1.05명, 중국 0.95명, 베트남 0.88명이었고 평균 월수입은 기타 국가가 179만원으로 가장 많았으며 다음은 일본 170만원, 중국 166만원, 베트남 155만원, 필리핀 127만원 순으로 나타났다.

결혼이주 여성의 건강행태를 출신국가에 따라 비교한 결과, 흡연, 음주, 아침식사 횟수, 주관적 염분 섭취는 유

의한 차이가 없었으나 걷기 운동, 체중조절과 아침식사 횟수는 출신국가에 따라 유의한 차이가 있었다. 일본과 베트남이 걷기 운동 실천율이 높았으며 체중조절은 중국과 베트남은 노력하지 않음, 줄이려고 노력함 순으로 나타났으며 필리핀은 유지하려고 노력함이 가장 많았으며 일본은 노력하지 않음, 유지하려고 노력함 순으로 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다.

결혼이주 여성의 신체적 건강상태를 출신 국가에 따라 비교한 결과, 중국은 위장질환과 고혈압이, 베트남은 요통과 위장질환이, 필리핀은 고지혈증과 고혈압, 일본은 요통과 고혈압, 기타 국가는 위장질환과 요통 순으로 질병 유병률이 높았으며 출신 국가별로 유의한 차이가 있는 질환은 요통이었다. 특히 B형 간염은 베트남 출신 결혼이주 여성에서만 나타났다. 비만도를 체질량지수로 조사한 결과, 비만율은 기타 국가가 20.0%로 가장 높았으며 다음은 중국이 18.9%, 일본 18.8%, 필리핀 15.0%, 베트남 3.8%순이었으며 특히 베트남은 저체중율이 24.4%로 높게 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다.

결혼이주 여성의 정신적 건강상태를 출신 국가에 따라 비교한 결과, 스트레스는 일본이 39.00점으로 가장 높았으며 다음은 필리핀 35.80점, 중국 34.46점, 베트남 34.30점, 기타 국가 33.86점 순이며 자아존중감은 필리핀이 29.35점으로 가장 높았으며 다음은 일본 28.69점, 중국 28.39점, 베트남 28.14점, 기타 국가 28.07점 순으로 나타났다. 결혼만족도는 기타 국가가 31.46점으로 가장 높았으며 다음은 베트남 29.27점, 일본 28.58점, 필리핀 27.13점, 중국 26.86점이었다.

결혼이주 여성의 보건의료 이용 실태를 출신 국가에 따라 비교한 결과, 의료보험 형태는 출신 국가와 상관없이 건강보험이 의료급여보다 많았으며 건강검진 경험은 일본이 92.3%로 가장 높았으며 다음은 베트남 66.7%, 중국 55.3%, 필리핀 47.4%, 기타 국가 33.3% 순이었다. 의료기관 방문 경험은 중국이 81.6%로 가장 높았으며 다음은 일본 76.9%, 기타 국가 53.3%, 필리핀 52.6%, 베트남 51.3% 순이었다. 결혼이주 여성은 주로 병의원을 이용하고 있으며 의료 기관 선택 이유는 치료가 잘되어서가 가장 높았으며 다음은 가까운 거리, 저렴한 의료비 순으로 나타났고 의료기관을 방문하지 않는 이유는 중국은 의료비가 비싸서가 42.15%로, 베트남은 의사소통이 안되어서가 54.5%로 가장 높았고 필리핀은 거리가 멀어서가 75.0%, 일본은 의료비용이 비싸서와 거리가 멀어서가 50%로 나타났으며 기타 국가는 의사소통이 어려워서가 62.5%로 가장 높은 것으로 나타나 출신 국가에 따라 유의한 차이가 있었다.

이와 같은 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 결혼이주 여성의 건강행태, 건강상태가 다문화 가정의 가족에게 미치는 영향에 대한 연구가 필요하다.
- 2) 결혼이주 여성이 결혼을 목적으로 입국할 때 건강검진을 실시하여 체계적으로 관리할 수 있는 제도를 마련하는 것이 필요하다.
- 3) 추후 결혼이주 여성에게 적합한 통합건강관리 프로그램 개발하고 운영하기 위해서는 결혼이주 여성의 건강에 영향을 미치는 요인들에 대한 인과관계를 규명하는 연구 필요하다.

References

- [1] Ministry of Public Administration and Security, Online video chat service for multicultural families, 2011.
- [2] Ministry of Justice, Ministry of Public Administration and Security, Ministry of Culture, Sports and Tourism, Ministry for Food, Agriculture, Forestry and Fisheries, Ministry of Gender Equality and Family, Joint ministries brief materials for the foreign resident policies, 2012.
- [3] The Korean statistical information service, "Proceedings of the prospective population", 2012.
- [4] Chungcheongbuk-do, <http://www.cb21.net.>, 2012.
- [5] H. S. Kim, A Study on the Supporting Plan for Female Marriage Immigrants in Chungbuk Rural Area, CBNU Social Science Reserch Institute, 28, 2, pp. 155-192, 2011.
- [6] H. S. Park, K. E. Bae, D. H. Kim, and A. R. Yoon, Health status of married immigrant women in Busan, Journal of Korean Academy of Fundamentals Nursing, 15, 1, pp. 80-88, 2008.
- [7] G. H. Kim, Characteristics of Health Behavior and the Medical Utilization of Female Marriage Immigrants in a Rural Area, Unpublished master's thesis, Kyungpook National University of Korea, Daegu, 2008.
- [8] D. H. Seol, Y. T. Kim, H. M. Kim, H. S. Yoon, H. K. Lee, K. T. Lee, et al., Survey on international marriage female migrants and policies measures for health welfare support Seoul: Ministry of Health and Social Welfare of Korean Government Foreign wives' life in Korea : focusing on the policy of welfare and health, 2005.
- [9] G. H. Jeong, H. J. Koh, K. S. Kim, S. H. Kim, J. H. Kim, H. S. Park, et al., A survey on Health management of during pregnancy, childbirth, and the postpartum of immigrant women in a multicultural family. Korean Journal of Women Health Nursing, 15, 4, pp. 261-269, 2009.
- [10] Y. H. Ahn, Development and testing of a health education program for immigrant women married to Koreans. Journal of Korean Academy of Public Health Nursing, 22, 2, pp. 200-210, 2008.
- [11] S. L. Lee, and H. J. Kim, Awareness of Health Impairment Factors of female marriage immigrants, The Korean Academy of Family Social Work spring scholarship conference, 2011.
- [12] Ministry of Health & Welfare, The 5th Korea National Health & Nutrition Examination Survey-Health Survey Questionnaire(Adult), <http://knhanes.cdc.go.kr/>, 2011.
- [13] H. D. Lee, A study on home violence and mental distress suffered by the women immigrated to Korea for marriage-focused on their stress and depression, Unpublished master's thesis, Yonsei University of Korea, Seoul. 2008.
- [14] M. Rosenberg, Society and adolescent self image In M. Rosenberg(ED.). Social psychology of the self-concept. Princeton University Press, Princeton. 1979.
- [15] S. G. Lee, Influencing factors on bullying at schools, Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University of Korea, Seoul, 1998.
- [16] A. J. Roach, S. Fraizer, and S. R. Bowden, The marital satisfaction scale; Development of a measure for intervention research, Journal of Marriage and Family, 43, pp. 537-546, 1981.
- [17] E. H. Yoo, The developmental patterns of attachment and autonomy as related to young adult's marital satisfaction, Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University of Korea, Seoul, 1991.
- [18] I. S. Lee, An assessment of the validity of the marital satisfaction scale-MMS of Roach, Frazier, Bowden-, Unpublished master's thesis, Kyung Hee University of Korea, Seoul, 1986.
- [19] H. S. Lim, The Experience of Transition in Pregnancy and Childbirth among the Married Immigrant Women in Korea, Journal of Korean Academy of Womens Health Nursing, 17, 3, pp. 243-255, 2011.
- [20] D. H. Kim, H. S. Park, & K. E. Bae, Obstetrical & Gynecological Health Status and Body Composition of Married Immigrant Women in Busan, Journal of Life Science 20, 6, pp. 894-901, 2010.
- [21] H. J. Kim, A Study of Spousal Support, the Demand for Health Education, and Quality of Life for Married Female Immigrants, Journal of Korean Academy of

Womens Health Nursing, 14, 1, pp. 5-11, 2008.

- [22] S. A. Kim Health and Health Services Utilization Migrant Women, Unpublished master's thesis, Hallym University of Korea, 2009.
- [23] Y. J. Ha, Health Status and Services Utilization of International Marriage Migrant Families in Muju, Unpublished master's thesis, Chungnam National University of Korea, Daejon, 2011.
- [24] Ministry of Public Administration and Security, news & nitice. <http://news.mopas.go.kr.>, 2011.
- [25] H. S. Kim, International Marriage Migrant Women in Korea, Journal of Korean Academy of Womens Health Nursing, 14, 4, pp. 248-256, 2008.
- [26] Y. H. Ahn, Development and Testing of a Health Education Program for Immigrant Women Married to Koreans, Journal of Korea community health nursing academic society, 22, 2, pp 200-210, 2008.
- [27] Y. J. Kim, H. K. Kim, and H. J. Lee, A Study about Promoting Health Lifestyles and Relating Variables on the Life-cycle of female marriage immigrants. Chungcheongnamdo Women's Policy Development Institute, 2008.

전 미 양(Mi-Yang Jeon)

[정회원]



- 1996년 8월 : 서울대학교 대학원 간호학과 (간호학석사)
- 2001년 8월 : 서울대학교 대학원 간호학과 (간호학박사)
- 1991년 3월 ~ 1993년 7월 : 한양대학교 의료원 간호사
- 1998년 9월 ~ 현재 : 강동대학교 간호과 교수

<관심분야>
기본간호학, 노인간호

김 현 숙(Hyun Sook Kim)

[정회원]



- 2005년 8월 : 서울대학교 대학원 간호학과(간호학박사)
- 2010년 8월 : 서울여자대학교 기독교사회복지대학원(사회복지학 석사)
- 1982년~ 1992년 : 서울대학교병원, 미국 Mary Avenue Care Center 등 간호사
- 2000년 3월 ~ 현재 : 한국교통대학교 사회복지학과 교수

<관심분야>
호스피스완화의료, 노인보건복지, 정신건강

김 희 자(Hee-Ja Kim)

[정회원]



- 1975년 2월 : 서울대학교 대학원 간호학과 (간호학 석사)
- 1994년 8월 : 서울대학교 대학원 간호학과 (간호학 박사)
- 1973년 12월 ~ 1975년 12월: 서울대학병원 간호사
- 1976년 3월 ~ 현재 : 한국교통대학교 간호학과 교수

<관심분야>
지역사회간호학, 노인간호

이 효 정(Hyo-Jeong Lee)

[정회원]



- 1997년 8월 : 대구대학교 대학원 특수교육학과 (교육학석사)
- 2008년 8월 : 대구대학교 대학원 물리치료학과 (이학박사)
- 1997년 2월 ~ 2002년 8월 : 고신대학병원 물리치료사
- 2002년 9월 ~ 현재 : 한국교통대학교 물리치료학과 교수

<관심분야>
신경계물리치료, 소아물리치료