



여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인: ‘2012년 전국다문화가족실태조사’를 중심으로

윤지원¹ · 강희선²

중앙대학교 대학원¹, 중앙대학교 적십자간호대학²

Factors Influencing Married Immigrant Women's Perceived Health Status: The National Survey of Multicultural Families 2012

Yun, Ji Won¹ · Kang, Hee Sun²

¹Graduate Student, Chung-Ang University, Seoul

²Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate factors that influence married female immigrants' perceived health status. **Methods:** This study was a retrospective review of dataset from the 2012 National Multicultural Family Survey in Korea. Data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, an analysis of variance (ANOVA), Pearson correlation analysis, and multiple regression with the data of 3,014 married female immigrants. **Results:** Multiple regression analysis showed that demographic factors (age, education level, nationality, period of residency in Korea, and residential area), socio-economical factors (monthly family income, employment, support from the government for basic living, and Medicaid), social support factors (marital conflict, satisfaction with family relationships, some one to talk about self or family matters, meeting with homeland friend, and participation in community meeting), and immigration factors (life satisfaction, experience of social discrimination, and difficulties with living and using medical care) were associated with perceived health status. **Conclusion:** It is important to pay closer attention to immigrant women who have low economic status, less social support, experience difficulties with living in Korea and using medical care. An effective support system for this population should be developed in order to help them successfully transition.

Key Words: Health status, Immigration, Women

서론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 국제결혼은 연간 3만 건 내외로 총 결혼 건수

대비 10%내로 꾸준히 유지되고 있으며, 그 중에 외국인 여성과 한국 남성의 혼인이 73%를 차지한다[1]. 결혼이민자는 2014년 1월 기준 149,764명으로 여성이 85.3%를 차지하고 있다[2]. 여성결혼이민자의 증가에 대해 우리사회는 점차 관심을 가지게 되었고, 결혼이민자의 사회통합과 안정적인 가족생

주요어: 건강상태, 이민, 여성

Corresponding author: Yun, Ji Won

Department of Nursing, Chung-Ang University, 84 Heukseok-ro, Dongjak-gu, Seoul 156-756, Korea.
Tel: +82-10-4794-3686, Fax: +82-2-824-7961, E-mail: npjiwon@nate.com

- 이 논문은 제1저자 윤지원의 석사학위논문의 일부를 발췌한 것임.

- This article is based on a part of the first author's master's thesis from Chung-Ang University.

Received: Feb 11, 2015 / Revised: Mar 17, 2015 / Accepted: Mar 17, 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.

활 영위를 목적으로 2008년 9월에는 다문화가족지원법이 제정되었다. 이를 근거로 다문화가족의 현황과 실태를 파악하는 전국다문화가족실태조사가 계획되어 2009년을 시작으로 3년마다 이루어지고 있으며, 여성결혼이민자에 대한 연구도 활발하게 수행되고 있다. 최근에는 이주여성의 건강문제를 새롭게 주목하고 있으며[3], 이들에 대한 건강관리가 우리사회의 주요 과제로 대두되고 있다[4].

여성결혼이민자는 한국 사회에서 문화적응 스트레스, 의사소통 어려움, 가족원간의 갈등, 자녀양육 등으로 신체적·정신적·사회적 문제를 경험하게 된다[5]. 이러한 이민 적응과정에서의 경험은 여성결혼이민자의 건강수준에 영향을 미치며[6], 자신의 가족 및 이전에 갖고 있던 사회적 네트워크로부터 단절됨으로써 발생하는 심리적 고립감 또한 정신적·신체적 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다[7]. 그리고 한국에서 꾸리게 되는 이들 가정의 경제수준이 한국의 일반적인 가정보다는 낮은 경우가 많아 공공건강관리 측면에서 취약성을 갖게 된다[4]. 실제 여성결혼이민자는 우리나라 여성에 비해 질병 유병률이 높은 것으로 나타나고 있다. 특히 임신·출산 관련 빈혈, 출혈, 저체중, 유산, 불임과 자궁근종 등의 여성 건강과 우울, 갈등, 스트레스 등의 정신 건강 문제에 취약한 것으로 보고되고 있다[3,6,8]. 이민 초기 당시 여성결혼이민자들 대부분이 젊은 여성층으로서 이들의 건강상태가 건강한 편으로 인식되나, 이민 과정을 둘러싼 정책적, 환경적 여건이 건강에 영향을 미칠 수 있음을 고려할 때[3], 이들이 놓인 사회·환경적 요인은 여성결혼이민자의 건강상태에 중요하게 작용할 것이다.

건강에 대한 주관적인 인식은 개인의 사회경제적 요인과 건강행태에 영향을 받는다[9]. 자신의 건강상태에 대한 긍정적인 인식은 질병을 완화시킬 뿐만 아니라 신체적, 정신적 건강을 유지시키고 사회적 지원체계에 대한 접근성을 높이는 반면, 건강에 대한 부정적인 인식은 질병을 발생시키고 만성질환의 증상 및 양상을 변화시킬 수 있는 것으로 나타나고 있다[10].

국내 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 거주기간이 길수록[11], 경제활동을 하지 않는 경우[11,12], 배우자와 배우자 부모 관계만족도가 낮을수록[13,14], 생활만족도가 낮을수록[12,14], 사회차별 경험이 있는 경우[11,12,14]에 주관적 건강상태가 좋지 않은 것으로 보고되었다. 그 밖에 일관적이지 않은 결과에서 출신국, 거주 지역, 가구소득, 지지체계, 한국어실력 등도 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이처럼 여성결혼이민자의 주관적 건강상태는 영향요인이 다양하고, 그 관계가 복잡적이며, 특히 이민자로서 겪는 경험이 가져오는 스트레스 또한 여성결혼이민자의 건강

을 위협하는 원인이 될 수 있음을 지적하고 있어, 현재의 주관적 건강상태가 양호하다고 할지라도 추후 급성 및 만성질환으로 이환 될 가능성이 있다. 이는 여성결혼이민자의 개인 문제에 그치지 않고 가깝게는 그들의 가족에게 영향을 미치며, 넓게는 사회적 부담으로까지 이어질 수 있다. 따라서 이와 관련한 지속적인 연구가 필요하지만, 아직 부족한 실정이며 우리나라의 많은 분포를 차지하여 주를 이루는 여성결혼이민자의 대표성과 특성을 반영한 연구는 미비하며, 특히 여러 요인들을 종합적으로 조망한 연구가 없다.

이에 본 연구는 「2012년 전국다문화가족실태조사」 원자료를 활용하여 출신국 중 상위 5개국과 결혼이민(F-6) 체류자격이 있는 여성결혼이민자의 주관적 건강상태를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 규명함으로써, 향후 여성결혼이민자의 건강지원 정책을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 우리나라의 여성결혼이민자의 주관적 건강상태를 파악하고 이에 영향을 미치는 요인들을 규명하고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 여성결혼이민자의 주관적 건강상태를 파악한다.
- 여성결혼이민자의 주관적 건강상태와 관련 변수 간의 상관관계를 파악한다.
- 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들을 파악한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 「2012년 전국다문화가족실태조사」 자료를 바탕으로 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 이차자료 분석연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 「2012년 전국다문화가족실태조사」 자료에서 여성결혼이민자이다. 대상자 선정기준은 결혼이민(F-6 비자) 체류자격이 있는 여성과 그 중 우리나라에서 대부분을 차지하는 분포율이 높은 출신국 1위부터 5위까지의 베트남, 중국, 필리핀, 캄보디아, 중국(한국계)이다. 대상자 제외기

준은 남성과 미혼 및 한국 국적을 취득한 여성이다. 본 연구에서 여성결혼이민자는 결측치를 제거한 3,041명이며 가중치를 적용한 55,960명으로 선정하였다(Figure 1).

3. 연구도구

본 연구의 설문지는 「2012년 전국다문화가족실태조사」의 조사표로, 조사 문항 중에서 주관적 건강상태와 대상자의 특성 25항목으로 구성되었다.

1) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 “당신의 전반적인 건강상태는 어떻습니까?” 1문항에 대해 ‘매우 좋다’ 에서부터 ‘매우 나쁘다’ 까지의 5점 Likert 척도이다. 본 연구에서는 해석의 편의를 위해 원점수를 역점수 처리하여 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것을 의미한다.

2) 대상자의 특성

대상자의 특성은 인구사회학적 요인(연령, 학력, 출신국, 거주기간, 거주 지역), 사회경제적 요인(월평균 가구소득, 경제활동, 국민기초생활 정부지원, 의료보호 정부지원), 사회지지적 요인(부부갈등, 가족관계 만족도-배우자, 자녀, 배우자 부모, 배우자 형제자매, 자신이나 집안 어려움 논의자, 모국인 친구 모임, 지역주민 모임, 다문화센터 이용, 교육 및 지원서비스 경험), 이민 관련 요인(생활만족도, 사회차별 경험, 한국 생활 어려움-가족갈등, 경제적, 언어, 의료기관 이용 시 어려움) 으로 각각 1문항으로 구성되어 있다.

4. 자료수집

본 연구는 여성가족부에서 주관하고 통계청이 실시한 「2012년 전국다문화가족실태조사」 자료를 사용하였다. 자료수집은 2012년 7월 10일부터 2012년 7월 31일 실시되었고, 통계청 전문조사원이 대상가구를 직접 방문하여 면접 조사를 통해 진행되었으며, 이는 2009년 실태조사에서 자기기재식 방법이 개선된 사항이다. 설문조사는 한국어를 포함한 10개국 언어로의 번역본 설문지를 사용하였고, 설문조사 시 언어적 문제가 발생하면 다누리콜센터 활용과 다문화가족지원센터 및 통계청에서 파견된 통역요원을 통해 실시하였다.

「2012년 전국다문화가족실태조사」 자료는 한국여성정책연구원에서 유료로 제공하는 것으로 자료에 대한 사용 신청서와 관련 서약서를 접수하여 승인을 받은 후 개인정보가 삭제된 상태로 자료가 제공받았다. 그리고 연구자는 소속된 대학 생명윤리위원회(IRB)의 심의를 받은 후 진행하였다(IRB No. 2014-164).

5. 자료분석

「2012년 전국다문화가족실태조사」 자료는 전수조사로 대표성을 가지기 위해 응답률을 고려하여 가중치를 부여하였고, 본 연구에서도 자료분석 시 가중치를 반영하여 SPSS/WIN 21.0 프로그램으로 분석하였다. 대상자의 특성과 주관적 건강상태는 기술적 통계분석을 분석하였다. 대상자의 특성에 따른 주관적 건강상태의 차이는 t-test 및 ANOVA로 분석하였고, Scheffé의 사후 검증을 실시하였다. 주관적 건강상태와 관련

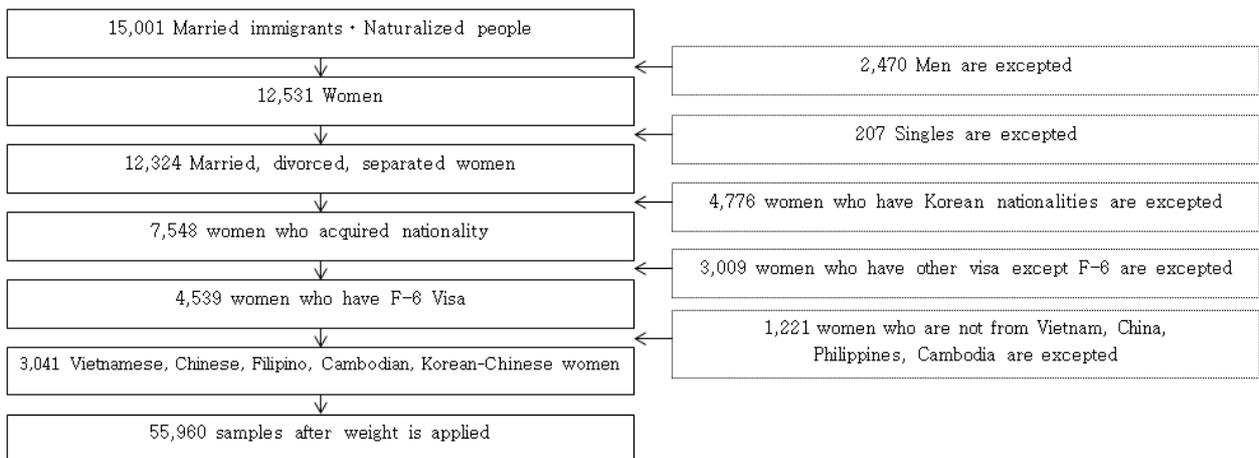


Figure 1. Process of subjects selection.

변수 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다. 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 multiple regression analysis로 분석하였다.

연구결과

1. 대상자의 특성

인구사회학적 요인으로 연령은 평균 30.80±9.64세였으며, 25~30세 미만이 30.4%로 가장 많았다. 고졸이 41.3%, 베트남 출신국이 33.5%로 나타났다. 거주기간은 평균 4.09±3.12년이며, 2~5년 미만이 50.2%로 가장 많았다. 거주 지역은 도시가 58.5%로 나타났다. 사회경제적 요인으로 월평균 가구소득은 200~300만원 미만이 36.1%, 경제활동을 하지 않는 경우가 59.6%, 국민기초생활과 의료보호 정부지원을 받지 않는 경우가 각각 96.3%로 나타났다. 사회지적 요인으로 부부갈등이 있는 경우가 66.1%로 많았다. 배우자 관계만족도는 5점 만점에 평균 4.22±0.91점, 자녀 관계만족도는 평균 4.06±0.98점, 배우자 부모 관계만족도는 평균 3.71±1.00점, 배우자 형제자매 관계만족도는 평균 3.71±1.03점이었다. 자신이나 집안의 어려움에 대한 논의자가 있는 경우가 81.7%, 모국인 친구모임이 있는 경우가 60.9%, 지역주민 모임은 없는 경우가 87.9%, 다문화센터 이용한 경우가 59.1%, 교육 및 지원서비스 경험한 경우가 72.4%로 나타났다. 이민 관련 요인으로 생활만족도는 5점 만점에 평균 3.82±0.92점이었으며, 보통인 경우가 35.3%로 가장 많았다. 사회차별 경험인 없는 경우가 62.0%, 한국생활의 어려움 중 가족갈등이 없는 경우가 88.4%, 경제적 어려움이 없는 경우가 75.4%, 언어의 어려움은 있는 경우가 60.4%,이었으며, 의료기관 이용 시 어려움이 없는 경우가 44.3%로 나타났다(Table 1).

2. 주관적 건강상태

여성결혼이민자의 주관적 건강상태는 5점 만점에 평균 4.12±0.98점이었고, 매우 좋다 1,438 명(47.3%), 좋다 739 명(24.2%), 보통이다 697명(22.9%), 나쁘다 140명(4.6%), 매우 나쁘다 30명(1.0%) 순으로 나타났다(Table 2).

3. 주관적 건강상태와 관련 변수 간의 상관관계

여성결혼이민자의 주관적 건강상태는 생활만족도($r=.26, p<.001$), 가족관계 만족도에서 배우자 만족도($r=.22, p<.001$), 자녀 만족도($r=.16, p<.001$), 배우자 부모 만족도($r=.19, p<.001$), 배우자 형제자매 만족도($r=.17, p<.001$), 월평균 가구소득($r=.11, p<.001$)과 유의한 양의 상관관계가 있었다. 여성결혼이민자의 생활만족도가 높을수록, 가족관계 만족도(배우자, 자녀, 배우자 부모, 배우자 형제자매)가 높을수록, 월평균 가구소득이 높을수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났다(Table 3).

4. 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인

여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 대상자 특성 중 주관적 건강상태에 유의한 차이를 나타낸 총 25개의 대상자 특성을 설정하여, 각 변인의 순수한 영향력을 볼 수 있도록 일괄 투입 방식의 다중회귀분석을 시행하였다. 잔차의 정규성 확률도는 45도 직선에 근접하므로 잔차의 정규성 가정을 만족하였으며, 잔차의 산점도를 통해 선형성과 등분산성 여부를 확인한 결과 다중회귀분석의 기본 가정을 충족하였다. 공차한계는 .26에서 .96으로 0.1 이상 이었고, 분산팽창계수는 1.04에서 3.84로 10 미만의 수치를 보여 다중공선성에는 문제가 없었으며, $F=422.21, p<.001$ 로써 회귀모형은 적합한 것으로 나타났다.

인구사회학적 요인에서는 연령($\beta=-.20, p<.001$), 학력($\beta=.07, p<.001$), 출신국에서 중국($\beta=.03, p<.001$), 베트남($\beta=.04, p<.001$), 필리핀($\beta=.04, p<.001$), 거주기간($\beta=-.02, p<.001$), 거주 지역($\beta=.03, p<.001$)이 영향을 미치는 요인이었다. 사회경제적 요인에서는 월평균 가구소득($\beta=.03, p<.001$), 경제활동($\beta=.08, p<.001$), 국민기초생활($\beta=-.02, p<.001$)과 의료보호($\beta=-.05, p<.001$) 정부지원이 영향을 미치는 요인이었다. 사회지적 요인에서는 부부갈등($\beta=-.04, p<.001$), 가족관계 만족도에서 배우자($\beta=.04, p<.001$), 자녀($\beta=.06, p<.001$), 배우자 부모($\beta=.04, p<.001$), 배우자 형제자매($\beta=.02, p=.007$), 자신이나 집안 어려움 논의자($\beta=.05, p<.001$), 모국인 친구 모임($\beta=.02, p<.001$), 지역주민 모임($\beta=-.04, p<.001$)이 영향을 미치는 요인이었다. 이민 관련 요인에서는 생활만족도($\beta=.14, p<.001$), 사회차별 경험($\beta=-.05, p<.001$), 한국생활 어려움에서 가족갈등 어려움($\beta=-.02, p<.001$), 경제적 어려움($\beta=-.04, p<.001$), 언어 어려움($\beta=-.02, p<.001$), 의료기관 이용 시 어려움에서 말이 통하지 않음($\beta=-.07, p<.001$), 이용절차 복잡($\beta=-.03, p<.001$),

Table 1. Characteristics of Subjects

(N=3,041)

Factors	Characteristics	Categories	n (%)	M±SD
Demographic factor	Age (year)	< 25	866 (28.5)	30.80±9.64
		25~< 30	925 (30.4)	
		30~< 35	489 (16.1)	
		35~< 40	223 (7.3)	
		40~< 50	351 (11.5)	
		≥ 50	187 (6.1)	
	Education	≤ Elementary school	357 (11.7)	
		Middle school	895 (29.4)	
		High school	1,257 (41.3)	
		≥ University	532 (17.5)	
	Nationality	Chinese	627 (20.6)	
		Korean-Chinese	380 (12.5)	
		Vietnam	1,018 (33.5)	
		Philippines	540 (17.8)	
		Cambodia	476 (15.7)	
Period of residency in Korea (year)	< 2	499 (16.4)	4.09±3.12	
	2~< 5	1,528 (50.2)		
	5~< 10	814 (26.8)		
	≥ 10	200 (6.6)		
Residential area	Urban	1,778 (58.5)		
	Rural	1,263 (41.5)		
Socio-economical factor	Monthly family income (10,000 won)	< 100	279 (9.2)	
		100~< 200	1,036 (34.1)	
		200~< 300	1,098 (36.1)	
		300~< 400	414 (13.6)	
		400~< 500	129 (4.2)	
		≥ 500	85 (2.8)	
	Employment	Not employed	1,813 (59.6)	
		Employed	1,228 (40.4)	
	Governmental support for basic living	No	2,927 (96.3)	
		Yes	114 (3.7)	
Medicaid	No	2,928 (96.3)		
	Yes	113 (3.7)		
Social support factor	Marital conflict	No	1,032 (33.9)	
		Yes	2,009 (66.1)	
	Satisfaction with spouse	Never satisfied	33 (1.1)	4.22±0.91
		Not satisfied	52 (1.7)	
		Moderate	641 (21.1)	
		Satisfied	793 (26.1)	
		Very satisfied	1,522 (50.0)	
	Satisfaction with children	Never satisfied	16 (0.5)	4.06±0.98
		Not satisfied	38 (1.2)	
		Moderate	1,175 (38.6)	
		Satisfied	341 (11.2)	
		Very satisfied	1,471 (48.4)	
	Satisfaction with parents-in-law	Never satisfied	64 (2.1)	3.71±1.00
		Not satisfied	133 (4.4)	
		Moderate	1,316 (43.3)	
		Satisfied	643 (21.1)	
		Very satisfied	885 (29.1)	
	Satisfaction with sibling-in-law	Never satisfied	85 (2.8)	3.71±1.03
		Not satisfied	149 (4.9)	
		Moderate	1,207 (39.7)	
Satisfied		713 (23.4)		
Very satisfied		887 (29.2)		

Table 1. Characteristics of Subjects (Continued)

(N=3,041)

Factors	Characteristics	Categories	n (%)	M±SD
Social support factor	Someone to talk about matters	No	557 (18.3)	3.82±0.92
		Yes	2,484 (81.7)	
	Meeting with homeland friend	No	1,189 (39.1)	
		Yes	1,852 (60.9)	
	Participation in community meeting	No	2,673 (87.9)	
		Yes	368 (12.1)	
Usage of multicultural family support center	No	1,243 (40.9)		
	Yes	1,798 (59.1)		
Experience of education and support service	No	839 (27.6)		
	Yes	2,202 (72.4)		
Immigration factor	Life satisfaction	Never satisfied	38 (1.2)	
		Not satisfied	108 (3.6)	
		Moderate	1,074 (35.3)	
		Satisfied	979 (32.2)	
		Very satisfied	842 (27.7)	
	Experience of social discrimination	No	1,885 (62.0)	
		Yes	1,156 (38.0)	
	Difficulties Family conflict	No	2,689 (88.4)	
		Yes	352 (11.6)	
	Economical	No	2,292 (75.4)	
		Yes	749 (24.6)	
	Language	No	1,204 (39.6)	
		Yes	1,837 (60.4)	
	Difficulties with using medical care	No difficulties	1,348 (44.3)	
Communication		1,201 (39.5)		
Complicated process		118 (3.9)		
Cost		246 (8.1)		
Traffic		128 (4.2)		

Table 2. Perceived Health Status (N=3,041)

Variable	Categories	n (%)	M±SD
Perceived health status	Very bad	30 (1.0)	4.12±0.98
	Bad	140 (4.6)	
	Moderate	697 (22.9)	
	Good	739 (24.2)	
	Very good	1,438 (47.3)	

.001), 비용이 많이 듦($\beta=-.13, p<.001$), 교통불편($\beta=-.02, p<.001$)이 영향을 미치는 요인이었다. 반면에 다문화센터 이용과 교육 및 지원서비스 경험은 유의하지 않게 나타났으며, 이들 변수의 모형 설명력은 19.0%였다(Table 4).

논 의

본 연구는 여성결혼이민자의 주관적 건강상태를 파악하고, 이들의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들을 규명하기

Table 3. Relationship between Perceived Health Status and Study Variables (N=55,960)

Variables	Perceived health status
	r (p)
Life satisfaction	.26 (<.001)
Satisfaction with spouse	.22 (<.001)
Satisfaction with children	.16 (<.001)
Satisfaction with parents-in-law	.19 (<.001)
Satisfaction with sibling-in-law	.17 (<.001)
Monthly family income	.11 (<.001)

위해 시도되었다. 여성결혼이민자의 주관적 건강상태는 5점 만점에서 평균 4.12점으로 좋은 편으로 나타났다. 이는 국내외 연구에서 여성결혼이민자의 주관적 건강상태 점수가 중간보다 다소 높은 수준의 결과와 유사하였다(4,15). 미국, 캐나다 등에서는 '건강한 이민자 효과(healthy immigrant effect)' 라고

Table 4. Factors Explaining Perceived Health Status

(N=55,960)

Factor	Variables	B	SE	β	t	p
	(Constant)	2.93	.05		67.12	< .001
Demographic factor	Age	-0.12	.00	-.20	-33.50	< .001
	Education	0.08	.01	.07	15.34	< .001
	Nationality (Korean-Chinese=0)					
	China	0.07	.01	.03	5.37	< .001
	Vietnam	0.09	.02	.04	5.66	< .001
	Philippines	0.13	.02	.04	7.08	< .001
	Cambodia	0.01	.02	.00	0.63	.529
	Period of residency in Korea	-0.03	.01	-.02	-5.13	< .001
Residential area (Urban=0)	0.07	.01	.03	8.24	< .001	
Socio-economical factor	Monthly family income	0.02	.00	.03	5.98	< .001
	Employment (No=0)	0.16	.01	.08	18.85	< .001
	Governmental support for basic living (No=0)	-0.13	.03	-.02	-4.50	< .001
	Medicaid (No=0)	-0.26	.03	-.05	-9.30	< .001
Social support factor	Marital conflict (No=0)	-0.09	.01	-.04	-9.70	< .001
	Satisfaction with spouse	0.05	.01	.04	8.61	< .001
	Satisfaction with children	0.06	.00	.06	14.71	< .001
	Satisfaction with parents-in-law	0.04	.01	.04	7.03	< .001
	Satisfaction with sibling-in-law	0.02	.01	.02	2.72	.007
	Someone to talk about matters (No=0)	0.13	.01	.05	12.55	< .001
	Meeting with homeland friend (No=0)	0.03	.01	.02	4.00	< .001
	Participation in community meeting (No=0)	-0.13	.01	-.04	-10.25	< .001
	Usage of multicultural family support center (No=0)	0.01	.01	.00	0.63	.527
	Experience of education and support service (No=0)	0.01	.01	.01	0.97	.333
Immigration factor	Life satisfaction	0.15	.01	.14	30.61	< .001
	Experience of social discrimination (No=0)	-0.10	.01	-.05	-12.63	< .001
	Difficulties					
	Family conflict (No=0)	-0.07	.01	-.02	-5.33	< .001
	Economical (No=0)	-0.10	.01	-.04	-10.20	< .001
	Language (No=0)	-0.04	.01	-.02	-3.85	< .001
	Difficulties with using medical care (No=0)					
	Communication	-0.15	.01	-.07	-15.50	< .001
	Complicated process	-0.16	.02	-.03	-7.99	< .001
	Cost	-0.46	.01	-.13	-31.88	< .001
Traffic	-0.13	.02	-.02	-6.09	< .001	

Adj R²=.19, F=422.21, p<.001

하여 이민자가 젊은 연령층이 주류를 이루며 비교적 건강한 사람이 이민을 선택하기 때문에 이민 초기에는 주관적 건강상태가 좋은 경향이라 하였다[8]. 우리나라 여성결혼이민자들도 이민초기에는 젊은 연령층이 많고[16], 성인의 주관적인 건강상태 평가에 영향을 미치는 고혈압, 당뇨병, 관절염 등의 만성질환 유병률이 높지 않은 것이 연령과도 연관이 있다고 보고되었다[4]. 본 연구에서의 대상자 연령 역시 30세 이하가 58.9%를 차지하고 있어 주관적 건강상태가 좋게 나타난 것이라고 여겨진다. 주관적 건강상태는 개인의 전반적인 건강수준을 알 수 있는 유용한 평가가 되지만, 객관적 건강상태 간에 차이가 있을 수 있으므로 객관적 건강상태를 파악하는 것도 필요하다. 그러나 본 연구에서는 주관적 건강상태만 측정하였고, 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들의 총 설명력이 다소 낮은 결과는 이차자료의 한계라고 보아진다. 이는 선행연구에서 주관적 건강상태에 미치는 주요 영향 요인이었던 BMI, 만성질환, 신체활동, 흡연, 음주, 사회적 지지(네트워크 규모, 국제적 지원, 감정·정보적 지원, 긍정적 사회상호 지원, 정서적 지원, 물리적 지원), 스트레스, 차별과 인종의 상호작용, 이주 전 주관적 건강상태 등[6,17-20]이 이차자료를 사용하여 포함되지 않았기 때문이다.

여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 인구사회학적 요인은 연령, 학력, 출신국, 거주기간, 거주 지역으로 확인되었다. 연령이 높을수록, 거주기간이 길수록, 학력이 낮을수록, 중국(한국계) 출신국이, 도시에 거주하는 경우가 주관적 건강상태는 좋지 않음을 알 수 있다. 이민여성의 대사증후군과 관련 요인 선행연구에서 연령이 증가하고, 거주기간이 길수록 건강상태가 점차 나빠지는 경향이 보이므로 건강을 유지할 수 있는 예방차원의 노력이 중요하다고 하였다[21]. 그러므로 여성결혼이민자가 이민초기의 주관적 건강상태를 유지할 수 있도록 건강증진을 위한 교육 및 프로그램을 제공하고, 각 시도별로 시행되고 있는 건강증진사업에 적극적으로 참여하는 방안을 고려할 필요가 있다. 그리고 인구사회학적 요인에 따라 건강차이를 보이므로 출신국별, 거주 지역별로 차별화된 건강관리 접근도 필요하다고 여겨진다.

여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 사회경제적 요인은 월평균 가구소득, 경제활동, 국민기초생활과 의료보호 정부지원으로 확인되었다. 여성결혼이민자의 보건 의료이용 실태 및 영향요인 연구에서 여성결혼이민자의 월평균 가구소득은 200만원 미만인 66.7%였고[16], 본 연구에서는 43.3%를 차지하였다. 이는 2009년에 이어 2012년 전국다문화가족실태조사에서 여성결혼이민자의 월평균 가구소득은

적은 편으로 보아진다. 2014년 기획재정부에서 발표한 우리나라 2분기 월평균 가구소득 415.2만원에 크게 미치지 못하는 결과로 여성결혼이민자가 사회경제적 취약계층에 속할 가능성이 높음을 시사한다. 선행연구에서는 국민기초생활 정부지원과 주관적 건강상태의 관계에 대해 보고된 바가 없지만, 본 연구결과 국민기초생활 정부지원 유무에 따라 유의한 차이가 있었다. 그리고 의료보호 정부지원 유무는 유의하지 않았던 결과와 달리[11] 본 연구에서 유의한 차이가 있어 국민기초생활과 의료보호 정부지원이 있는 경우에 여성결혼이민자의 주관적 건강상태는 좋지 않은 것으로 나타났다. 따라서 낮은 월평균 가구소득과 비경제활동 상황, 국민기초생활 및 의료보호 정부지원의 대상이라는 조건은 여성결혼이민자의 건강이 사회경제·환경요인으로 더 열악해질 수 있음을 시사한다. 그러므로 사회경제적 취약계층의 여성결혼이민자에 대한 현황 파악과 이들에 대한 사회보장 확대 방안을 강구하여 이들의 건강 불균형을 줄이기 위한 노력이 필요하다. 그리고 결혼이주 여성의 취업은 경제적 측면뿐만 아니라 한국어 학습기회와 사회적 관계망을 맺는 기회가 되기도 하므로[11] 여성결혼이민자의 경제활동을 위한 질적인 지원서비스가 필요하다고 사료된다.

여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 사회지적 요인은 부부 갈등, 가족관계 만족도, 자신이나 집안 어려움 논의자, 모국인친구 모임, 지역주민 모임으로 확인되었다. 부부갈등이 없는 경우가 주관적 건강상태가 좋았지만, 국제결혼한 필리핀 이주여성의 주관적 건강상태는 부부갈등 유무에 따라 유의한 차이가 없었다[22]. 여성결혼이민자들이 사회적 네트워크를 가장 먼저 맺는 가장 가까운 가족인 배우자와의 갈등은 주관적 건강상태에 영향을 미친 것이라고 판단된다. 선행연구에서는 자녀와 배우자의 형제자매 관계만족도에 따른 주관적 건강상태에 대해 보고되지 않았지만, 본 연구에서는 자녀와 배우자 형제자매 관계만족도가 높을수록 주관적 건강상태는 좋은 것으로 나타났다. 여성결혼이민자의 본국 가족과의 단절은 배우자와 그 가족에 대한 의존성을 높이기 위해 [23] 배우자 부모뿐만 아니라 배우자 형제자매의 관계가 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미친 것으로 사료된다. 그리고 여성결혼이민자들이 자녀양육에 대한 어려움을 경험하고 있어[5] 자녀와의 관계도 주관적 건강상태와 관련이 있다고 판단된다. 모국인 친구 모임과 지역주민 모임 유무에 따라 유의한 차이가 있었고, 모국인 친구 모임이 있는 경우는 주관적 건강상태가 좋았지만, 지역주민 모임이 있는 경우는 주관적 건강상태가 좋지 않았다. 한국 사람들의 교류방식이 국

제결혼 이주여성에게 익숙하지 않고, 본인을 향한 주변의 관심이 오히려 부담으로 느껴져 이웃과의 접근이 부정적인 결과로 나타날 수 있고[22], 이것이 건강에 유익한 기회나 정보로 이어지지 못하고 반대로 건강에 위해가 되는 기회나 정보로 이어짐으로써 건강이 나빠졌을 가능성이 있다[12]. 이에 반해 참여수준이 높을수록 그 개인의 건강상태가 좋아졌다고 보고된 연구결과도 있다[24]. 이는 지역사회 내부에 흘러 다니는 다양한 건강증진 관련 정보를 빠르게 획득해 건강상태가 악화되는 것을 예방한 결과로 평가하였다[25]. 따라서 지역주민 모임이 주관적 건강상태에 미치는 영향에 대한 결과가 일관적이지 않으므로 후속 연구가 필요하다고 여겨진다. 가족관계 만족도는 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인이며 여성결혼 이민자의 정신건강과 건강 관련 삶의 질을 높일 수 있다[26,27]. 사회적 지지 역시, 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 우울을 예방하고 건강 관련 삶의 질을 높이는데 기여한다[28,29]. 따라서 여성결혼이민자의 주관적 건강상태를 향상시키기 위해서는 가족과 이웃 관계 형성 촉진, 자조모임 활성화 등 여성결혼이민자의 사회적 네트워크를 강화시킬 방안이 중요하다.

여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 이민 관련 요인은 생활만족도, 사회차별 경험, 한국생활어려움, 의료기관 이용 시 어려움으로 확인되었다. 여성결혼이민자가 이민과정에서 겪는 과정 중에 생활만족도가 떨어질수록, 사회차별 경험이 있는 경우, 한국생활 어려움이 있는 경우, 의료기관 이용 시 어려움이 있는 경우에 주관적 건강상태가 좋지 않음을 알 수 있었다. 건강을 개선하기 위해서는 차별에 대한 사회적 통합이 중요하며[30], 이민과정에서 발생하는 스트레스와 그로 인한 신체적·정신적 건강문제를 해결하기 위해 시의적절한 의료서비스를 받는 조기 치료를 보장해야 한다[15]. 따라서 여성결혼이민자의 주관적 건강상태를 향상시키기 위해서는 이민생활 적응과정에서 나타나는 장애요인을 최소화 하는 효과적인 지원정책이 요구되며, 관련 기관들 간 연계 구축을 통한 사회적 지원을 높여야 한다.

결론

본 연구는 「2012년 전국다문화가족실태조사」 원자료를 활용하여 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 시행되었다. 연구결과, 여성결혼이민자의 주관적 건강상태는 연령이 높아지고 거주기간이 길어질수록 좋지 않았다. 따라서 이민초기의 건강한 상태를 유지하거

나, 증진 할 수 있는 방안이 필요하다. 또한 출신국과 거주 지역 간의 주관적 건강상태에 차이가 있었으므로 차별화된 접근 방식이 고려되어야 한다. 여성결혼이민자 중 낮은 월평균 가구소득과 비경제활동 상황, 국민기초생활 및 의료보호 정부지원인 경우에는 주관적 건강상태가 좋지 않았다. 이는 사회경제적 취약계층에 속하며, 사회경제적으로 낮은 지위일수록 건강하지 못할 경향이 있으므로 이 대상군에 속하는 여성결혼이민자의 건강관리에 보다 더 큰 관심이 요구된다. 여성결혼이민자는 부부갈등이 있는 경우, 가족관계 만족도가 낮을수록, 자신이나 집안 어려움에 대한 논의자가 없는 경우, 모국인 친구모임이 없는 경우, 지역주민 모임이 있는 경우에 주관적 건강상태가 좋지 않았다. 따라서 주관적 건강상태를 높이기 위해서는 가족관계 만족도와 사회적 지지를 높이는 것이 중요하다. 이민과정에서 겪는 과정 중에 생활만족도가 떨어질수록, 사회차별 경험이 있는 경우, 한국생활 어려움이 있는 경우, 의료기관 이용 시 어려움이 있는 경우가 주관적 건강상태가 좋지 않았다. 그러므로 여성결혼이민자의 주관적 건강상태를 향상시키기 위해서는 생활만족도를 높이며, 차별과 한국생활 및 의료이용에 어려움을 최소화 하는 것이 필요하다.

종합하면, 인구사회학적, 사회경제적, 사회지지적, 이민 관련 요인들은 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치고 있음이 확인되었다. 여성결혼이민자의 주관적 건강상태를 유지·증진시키기 위해서는 예방차원의 건강관리 체계가 필요하며, 여성결혼이민자의 사회경제적 취약계층에 대한 사회보장 확대와 사회적 네트워크 강화, 한국생활 적응 기간에 겪는 생활 어려움을 경감 시킬 수 있는 지원정책이 이루어져야 할 것이다.

본 연구는 「2012년 전국다문화가족실태조사」 자료를 사용하여 여성결혼이민자의 대표성이 높으며, 선행연구에서 일관되지 않았거나 포함되지 않았던 변수들을 여성결혼이민자의 건강상태에 영향을 미치는 요인을 종합적으로 확인하였다는 점에서 의의가 있다. 다만 제한점으로는 건강상태를 평가하는데 있어 주관적 건강상태만 측정했다는 점과 전국 다문화가족의 현황 및 실태를 파악하기 위해 횡단적으로 조사한 2차 자료를 이용한 점이다. 그러므로 추후 주관적 건강상태뿐만 아니라 객관적 건강상태를 병행하는 연구, 추적관찰을 통한 건강상태의 변화와 관련요인을 규명하는 종적연구를 제안한다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Current status of international marriage [In-

- ternet]. Seoul: Statistics Korea; 2013 [cited 2013 April 29]. Available from:
http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2430
2. Ministry of Government Administration and Home Affairs. Current status of foreign residents [Internet]. Seoul: Ministry of Government Administration and Home Affairs; 2014 [cited 2014 July 2]. Available from:
http://www.mospa.go.kr/ft/bbs/type001/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_00000000014&ntId=42492
 3. Kim HR, Yeo JY, Jung JJ, Baek SH. Health status of marriage immigrant women and children from multicultural families and health policy recommendations. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2012. p. 276.
 4. Kim GS, Moon SS. Perceived health status, health behavior and marital satisfaction in married immigrant women. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2011;25(2):174-186.
 5. Hong DAG, Chae OH. Family life and conflicts of female international marriage migrant. *Journal of Korean Association of Human Ecology*. 2006;15(5):729-741.
 6. Seo IJ, Park JS. Health promoting behaviors, health problems and self-rated health status in female marriage immigrant in Korea. *Journal of Digital Convergence*. 2013;11(4):369-382.
 7. Lee SR. Migration and health: A theoretical perspective. Goyang: IOM Migration Research and Training Centre; 2011. p.36.
 8. Kim HL. Health status of marriage-based immigrants in Korea and policy directions. *Health and Welfare Policy Forum*. 2010;165:46-57.
 9. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: Meta-analysis of multilevel studies. *British Medical Journal*. 2009;339(7731):1178-1181.
 10. Connelly JE, Philbrick JT, Smith GR Jr, Kaiser DL, Wymer A. Health perception of primary care patients and the influence on health care utilization. *Medical Care*. 1989;27(3): s99-109.
 11. Eun KH. A study on the health determining factors of female 'marriage-based immigrants' in Korea [master's thesis]. Seoul: Seoul National University; 2012.
 12. Kim WJ. Social participation and health among female marriage immigrants in South Korea. *Journal of Community Welfare*. 2014;48:77-103.
 13. Lee EA. International marriage women immigrants' perceived health status and plan of social support. *International Conference of the Korean Sociological Association*; 2009 Dec 18-19; Korea University, Korea. Seoul: Korea University; 2009 Dec. 1483-1494.
 14. Cho JE, Cho GJ. A study on changes of the effect of factors to married immigrant women's health: Multicultural Families Survey (2009, 2012). *The Journal of Migration & Society*. 2014;7(2):5-28.
 15. Yang YM, Wang HH. Acculturation and health related quality of life among Vietnamese immigrant women in transnational marriages in Taiwan. *Journal of Transcultural Nursing*. 2011; 22(4):405-413.
 16. Kim SH. Analysis of affecting factors to health service utilization of married immigrant women [master's thesis]. Seoul: Yonsei University; 2012.
 17. Okafor MT, Carter-Pokras OD, Picot SJ, Zhan M. The relationship of language acculturation (English proficiency) to current self-rated health among African immigrant adults. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2013;15(3):499-509.
 18. Otiniano AD, Gee GC. Self-reported discrimination and health-related quality of life among Whites, Blacks, Mexicans and Central Americans. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2012;14(2):189-197.
 19. Salinero-Fort MA, Jimenez-Garcia R, del Otero-Sanz L, de Burgos-Lunar C, Chico-Moraleja RM, Martin-Madrado C, et al. Self-reported health status in primary health care: The influence of immigration and other associated factors. *PloS One*. 2012;7(6): e38462.
 20. Subedi RP, Rosenberg MW. Determinants of the variations in self-reported health status among recent and more established immigrants in Canada. *Social Science & Medicine*. 2014;115:103-110.
 21. Yang SJ, Chee YK, Kim JA, An J. Metabolic syndrome and its related factors among Asian immigrant women in Korea. *Nursing and Health Sciences*. 2014;16(3):373-380.
 22. Jaung AH, Kim HJ, Jeong HJ. A study on the health status, social support and acculturative stress of Filipino marriage-migrant women. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2011;12(12):5509-5517.
 23. Lee SR, Lee MS, Kim HJ. Health barrier for female marriage migrants in Korea, and health policy recommendations. Goyang: IOM Migration Research and Training Centre; 2011. p.109.
 24. Fiorillo D, Sabatini F. Quality and quantity: The role of social interactions in self-reported individual health. *Social Science & Medicine*. 2011;73(1):1644-1652.
 25. d'Hombres B, Rocco L, Suhrcke M, McKee M. Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Economics*. 2010;19(1):56-74.
 26. Kim HS, Kim HS. Depression in non-Korean women residing in South Korea following marriage to Korean men. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2013;27(3):148-155.
 27. Tsai SY, Sun WJ. Evaluating the satisfaction of immigrant women from a rural community regarding family functioning and health-related quality of life. *Women & Health*. 2013;53(2): 135-153.
 28. Almeida J, Molnar BE, Kawachi I, Subramanian SV. Ethnicity

- and nativity status as determinants of perceived social support: Testing the concept of familism. *Social Science & Medicine*. 2009;68(10):1852-1858.
29. Chae SM, Park JW, Kang HS. Relationships of acculturative stress, depression, and social support to health-related quality of life in Vietnamese immigrant women in South Korea. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014;25(2):137-144.
30. Williams DR, Sternthal M. Understanding racial-ethnic disparities in health: Sociological contributions. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010;51Suppl:S15-27.

Summary Statement

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

Married immigrant women experience adaptation difficulties, which could affect their health status in the new setting.

▪ **What this paper adds?**

This study showed that support from the government for basic living or Medicaid, marital conflict, satisfaction with children or siblings-in law, difficulties with living in Korea or using medical care impact on married immigrant women's perceived health status.

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

Results imply that health and social care programs aimed at immigrant women should be provided appropriately based on their individual situation and needs.