[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

여성결혼이민자의 건강증진행위, 건강문제 및 주관적 건강상태

서인주*, 박정숙**

Health Promoting Behaviors, Health Problems and Self-Rated Health status in Female marriage immigrant in Korea

In-Ju Seo*, Jung-Suk Park**

요 약 목적 본 연구는 여성결혼이민자를 대상으로 건강증진행위와 건강문제를 파악하고 건강문제와 주관적 건강상태의 영향요인을 알아보는 서술적 조사연구로 향후 이들을 위한 건강증진프로그램 개발의 기초자료를 제공하기 위함이다. 방법: 건강증진 행위 도구는 Walker등(1995)의 HPLPⅡ를 박정숙(2005)이 번안하고 수정 보완한 도구, 건강문제 측정도구는 CMI로 Weider 등(1945)이 개발하고 고응린과 박항배(1980)가 번역한 것을 서인주와 박정숙(2010)이 수정 보완한 도구를 사용하였다. 자료 분석은 SPSS WIN 18.0을 이용하여 실수 백분율, 평균, 표준편차, t-test, ANOVA, χ 2-test, 상관관계, 위계적 다중회귀방식으로 분석하였다. 결론 및 제언: 여성결혼이민자는 매우 낮은 수준(2.01)으로 건강증진행위를 하고 있으며, 그들의 건강문제는 신체적 건강문제보다 정신적 건강문제가 더 많았고, 건강문제에 유의한 설명력을 갖는 변수는 최종적으로 주관적 건강상태와 일반적 특성에서 배우자와의 나이차, 배우자의 학력, 본인의 연령이었다. 그리고 주관적 건강상태에 유의한 설명력을 갖는 변수는 건강증진행위의 신체활동영역, 일반적 특성으로는 소득이었다. 이 결과를 바탕으로 이들의 특성에 맞는 건강교육이 필요하며 체계적인 건강증진프로그램을 개발하여 적용할 필요가 있겠다.

주제어 : 여성결혼이민자, 건강증진행위, CMI, 건강문제, 주관적 건강상태

Abstract This study is to identify health promoting behaviors and health problems of female marriage immigrant in Korea and is an descriptive study for searching the factors influencing health problems of them. And to provide basic data for developing health promoting interventions for them. Methods: The tools for this study were HPLPⅡ developed by Walker et al. (1995) and modified and translated by Park (2005), CMI developed by Weider et al. (1945) and translated by Go & Park(1980), and modified by Seo and Park(2010). Data were analyzed with descriptive statistics, t-test, ANOVA, and correlation and stepwise multiple regression with the SPSS WIN 18.0 program. Results Conclusion: Female marriage immigrants have done low level of health promoting behavior(2.01) and they had more mental health problems than physical health problems. Factors influencing health problems of the participants were found to be self-rated health and general character which includes age-gap with partner, partner's education and age of female marriage immigrant. Factors influencing self-rated health of the participants were found to be exercise of health promoting behaviors and monthly income. In consideration of this result, we need to provide health education and develop health programs for female marriage immigrant in Korea.

Key Words : Female marriage immigrant, Health promoting behavior, Cornell Medical Index(CMI), Health Problems, Self-Rated Health status

*문경대학교 간호학과
**계명대학교 간호대학 (교신저자)
논문접수: 2013년 3월 12일, 1차 수정을 거쳐, 심사완료: 2013년 4월 5일, 확정일: 2013년 4월 20일

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

1. 서론

우리나라의 국제결혼은 남녀성비 불균형, 여성독신자 비율증대 등으로 농촌총각, 도시노동자 등 내국인간 결혼에서 주변부로 밀려난 남성들에게 대안으로 선택되기 시작하여 지난 10년간 빠른 속도로 증가되었다[7][31]. 90년대 이후 한국계중국 여성과의 결혼을 시작으로 증가하기 시작하여 2007년 이후 잠시 국가 간 자국민 보호를 위한 문제 발생으로 약간 주춤하였다가 다시 증가하였다. 2012년 안행부 외국인주민 현황 조사결과에 따르면 국내체류 결혼이민자수는 144,214명으로 전년대비 1.8% 증가하는 등 매년 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있으며, 총 결혼인구의 9.2%가 이민자와 결혼한 것으로 나타났다. 국적별로는 중국 국적자(한국계중국인 포함) 54.9%로 가장 많으며, 동남아 31.8%, 일본 5.2%, 몽골 1.3% 순으로 특히 여성결혼이민자의 수가 89.2%로 절대적 다수를 차지하고 있다[20].

여성결혼이민자는 중국, 베트남, 캄보디아, 몽골 등 상대적으로 건강수준 및 의료서비스 수준이 낮은 나라에서 입국하여 한국의 저소득가정으로 들어가는 경우가 많아서 건강관리 측면에서 상당한 취약성을 가지게 있다[2]. 또한 이들은 의사로부터 진단받은 질병을 가지고 있는 비율이 23.0%로 전문적인 의료서비스를 제공받아야 하는 취약계층에 속한다고 볼 수 있으며[9]. 의사소통, 교통접근성, 진료비 부담 등으로 의 어려움과 의료기관 이용의 힘든 점으로 인하여 건강관리측면에서 취약성을 갖고 있다[9].

여성결혼이민자는 한국사회의 적응과정에서 문화적응스트레스, 언어문제, 경제적 문제, 가족원간의 갈등, 자녀양육 등 신체적, 정신적, 사회적 문제 등을 경험하고 있다[6][8][36]. 이러한 적응과정에서의 문제점과 스트레스는 여성결혼이민자의 건강수준에 영향을 미침으로써, 자녀와 남편 등 다문화 가족구성원 모두의 건강과 안녕에 직결되는 문제라고 볼 수 있다.

2005년 보건복지부에서 여성결혼이민자의 건강문제를 조사한 결과, 빈혈 12.1%, 알레르기 질환 10.6%, 위·십이지장 궤양 8.0%, 천식5.5%, 자궁근종 5.1%, 고혈압 4.5% 등으로 나타났다[22]. 특히 심혈관계 질환이 8.1%로 일반인보다 5-6배 높았으며, 생활습관병, 정신과 영역 질환 및 부인과 질환영역에서 낮은 수진율을 나타내었다. 여성결혼이민자를 대상으로 적극적인 건강관리가 이루어지지 않으면 만성질환으로의 이환으로 건강수준이 낮아질 뿐 아니라, 미래 우리사회가 안게 될 부담비용이 늘어나므로 이에 대한 적극적 대책이 필요하다.

이와 같이 결혼이민자는 한국사회에 상당한 비중을 차지하고 있으며, 최근 몇 년 사이 매우 중요한 사회적 이슈로 자리 잡게 되었으나 선행연구에서 정신적인 건강문제와 문화적응, 임신출산 아동교육, 직업적응에 대한 프로그램 등 단편적으로 이루어지고 있으며, 건강증진프로그램은 인간의 안녕을 유지·증진시키고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 자원을 개발하도록 도와주는 활동[39], 여성결혼이민자들이 일상생활에서 건강을 저해하는 요인을 잘 조절하고 적극적으로 건강 수준을 향상시키는데 꼭 필요한 것임에도 활발하게 이루어지지 못하고 있다.

이에 본 연구에서는 여성결혼이민자의 건강증진행위 정도, 건강문제 및 건강상태를 파악하고, 건강문제와 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 이들의 건강 향상을 위한 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 여성결혼이민자를 대상으로 건강증진행위와 건강문제를 파악하고 건강문제와 주관적 건강상태의 영향요인을 알아보는 서술적 조사연구이다.

2.2 연구대상 및 자료수집

본 연구의 연구대상은 경북 북부 M시, Y시, S시에 거주하고 있는 여성결혼이민자 중 다문화센터, 자조모임, 한글교실 참여하는 자로 하였다. 본연구의 목적을 이해하고 연구에 참여에 동의한 자로 한국어, 베트남어, 중국어로 제작된 설문지를 읽고 답할 수 있는 자를 편의 추출하였으며, 최종 자료수집 대상자는 76부이었다.

자료수집을 위하여 연구자가 직접 각 기관을 방문하여 기관장에게 본 연구의 목적과 취지를 설명하고 자료수집에 대한 동의를 구한 후 기관의 협조 아래 자료수집을 실시하였으며, 기간은 2012년 9월-12월 14일까지였다.

2.3 연구도구

2.3.1 건강증진행위

Walker 등[40]이 개발한 HPLP(Helath promotion

[Provider:eartcle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

Lifestyle profile)Ⅱ를 박정숙 등[18]이 번역한 도구를 사용하였다. HPLPⅡ는 총 52문항으로 구성된 4점 리커트 척도이며, 하부영역으로 건강책임 9문항, 신체활동 8문항, 영양 9문항, 영적성장 9문항, 대인관계 9문항, 스트레스 관리 8문항으로 구성되어 있으며, 최저 52점에서 최고 208점으로 점수가 높을수록 건강증진 행위의 수행정도가 높음을 의미한다.

설문지의 번역은 한국어에 능통한 베트남, 중국 유학생에게 한국어로 된 설문지를 번역하도록 의뢰한 후 완성된 설문지를 다시 한국어에 능통한 다른 유학생에게 한국어로 재번역 하도록 한 후 원본과 대조하여 그 뜻이 명확하지 않은 것은 다시 수정작업을 거쳐 설문지를 완성하였다.

이 도구의 신뢰도는 박정숙과 오윤정(2005)의 논문에서 Cronbach's α = .90이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α = .937이었다.

2.3.2 건강문제

Weider 등[41]이 개발하고 고응린과 박항배[1]가 번역한 총 195개 문항의 CMI(Cornell Medical Index)를 젊은 여성으로 구성된 컨택센터 상담사의 건강상태를 알아 보기위해 수정한 도구[21]를 사용하였다. 신체적 증상 82문항(눈과 귀 9문항, 호흡기계 12문항, 심혈관계 12문항, 소화기계 17문항, 근골격계 5문항, 피부 6문항, 신경계 11문항, 비뇨기계 5문항, 피로도 5문항), 정신적 증상 51문항(적응상태 12문항, 우울상태 6문항, 불안상태 9문항, 신경과민상태 6문항, 분노 9문항, 긴장상태 6문항), 총 133문항으로 이루어져 있으며 각 문항마다 '예'와 '아니오'로 응답하여 점수가 높을수록 건강문제 호소율이 높은 것을 의미한다. 설문지 번역과정은 건강증진행위 도구의 경우와 동일하였다.

이 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's α=.92이었고 본 연구에서는 신체적 증상문항은 Cronbach's α = .884이었으며, 정신적 증상문항은 Cronbach's α = .934이었다.

2.3.1 주관적 건강상태

Lawston 등[38]이 개발한 Health self rating scale을 사용하였다. 3점 척도 3문항과 5점 척도 1문항으로 현재의 건강상태, 1년 전과의 비교, 건강상의 문제, 동년배와 비교 시 등 총 4문항으로 구성되어 있으며 최저 4점에서 최고 14점으로 점수가 높을수록 주관적 건강상태가 좋음을 의미한다. 설문지 번역과정은 건강증진행위 도구의 경우와 동일하였다.

도구의 신뢰도는 선행논문[18]에서 Cronbach's α =0.79 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's α=.668이었다.

2.3 자료분석방법

수집한 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하였다.

1) 대상자의 일반적 특성은 실수, 백분율, 평균, 표준편차를 구하였다.
2) 대상자의 건강증진행위의 영역별 점수의 평균과 표준편차를 구하였다.
3) 대상자의 건강문제는 영역별 호소 빈도를 구하였다.
4) 대상자의 특성에 따른 건강증진행위와 건강문제의 차이를 알아보기 위해 t-test, ANOVA와 χ2-test를 실시하였으며 사후검증은 Scheffe 방법을 사용하였다.
5) 건강증진행위와 건강문제와의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다.
6) 건강문제에 영향을 미치는 요인은 단계적 다중회귀분석(Stepwise multiple regression)을 실시하였다.

3. 연구결과

3.1 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

출신국은 베트남 54명(71%,)으로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 중국(한국계포함) 13명(17.1%), 기타 필리핀, 태국 등 9명으로 11.8%를 차지하였다. 연령은 26~30세가 42.1%, 31세 이상이 30.3%, 25세 이하가 27.6%, 순이었으며, BMI는 저체중이 71.1%로 대부분이었으며, 22.4%도 정상군에 속하였다. 종교는 기독교·천주교 27.6%, 불교 27.6%, 기타 18.4%와 무교 25%였으며, 학력은 중졸 36.8%, 고졸 34.2%,, 초졸 이하는 19.7%, 전문대졸 이상도 7%로 나타났다.

가족 월 평균 수입은 100~200만원이 59.2%로 가장 많았으며, 200만원 이상 23%, 100만원 미만 17.1%로 나타났으며, 현재 직업이 없는 군이 67.1%를 나타냈다. 결혼만족도는 보통 53.9%. 만족과 매우 만족 38.2%, 불만 7.9% 순이었으며, 주거형태는 주택이 72.3%로 대부분이었으며, 아파트/빌라 군은 26.3%였다. 한국어 능력은 '보

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

통' 60.5%, '잘 못 한다' 이하군이 28.9%, '유창 이상'군이 10.5% 순이었으며, 결혼기간이 25~60개월 39.5%, 61~96개월 36.8%, 100개월 이상 13.2%, 24개월 이하 10.5%로 나타났다. 자녀는 2명 이상 51.3%, 1명 42%, 없는 군 16.3%로 나타났으며, 가족형태는 55.9%에서 핵가족 형태인 남편과 자녀로 이루어졌으며, 시부모가 같이 사는 경우는 46.1%를 차지하였다.

남편의 학력은 43.4%에서 고졸이었으며, 전문대졸 이상은 38.2%, 중졸이하는 18.4%였으며, 남편의 직업도 농사 43.4%, 기타군(노동, 운전, 마트근무) 34.2%, 사무직/공공기간/자영업군 22.4%였으며, 남편과의 나이 차이는 11~15세 35.5%, 16~20세 31.6%, 10세 이하 17.1%, 21세 이상 15.8%로 나타났다 평균 연령 차이는 14.9세였다.

〈표 1〉 대상자들의 일반적 특성 (N=76)

특성	구분	N(%)
출신국	베트남	54(71)
	중국	13(17.1)
	기타(필리핀/태국 등)	9(11.8)
연령	25세 이하	21(27.6)
	26세~30세 이하	32(42.1)
	31세 이상	23(30.3)
BMI	저체중	54(71.1)
	정상	17(22.4)
		71
종교	기독교/천주교	21(27.6)
	불교	21(27.6)
	기타	14(18.4)
	종교 없음	19(25.0)
학력	초졸 이하	15(19.7)
	중졸	28(36.8)
	고졸 이상	33(43.4)
소득	100만원 미만	13(17.1)
	100~200만원 미만	45(59.2)
	200이상	18(23.7)
현직업	있음	25(33.0)
	없음	51(67.1)
결혼 만족도	불만	6(7.9)
	보통	41(53.9)
	만족/매우만족	29(38.2)
주거형태	아파트/빌라	20(26.3)
	주택	55(72.3)
한국어 능력	유창 이상	8(10.5)
	보통	46(60.5)
	잘못한다 이하	22(32.8)
결혼기간	24개월 이하	8(10.5)
	25~60개월	30(39.2)
	61~96개월	28(36.8)
	100개월 이상	10(13.2)
자녀	1명 이하	37(48.7)
	2명 이상	39(51.3)
가족형태	1. 남편+자녀	41(55.9)
	1+시부모	35(46.1)
남편학력	중졸이하	14(18.4)
	고졸	33(43.4)
	전문대졸이상	29(38.2)
배우자 직업	농사	33(43.4)
	사무직/공공기관/자영업	17(22.4)
	기타/노동,운전,마트	26(34.2)
남편과 나이차	10세 이하	13(17.1)
	11~15세 이하	27(35.5)
	16~20세	24(31.6)
	21세 이상	12(15.8)

* 무응답 제외

3.2 여성결혼이민자의 건강증진행위, 건강문제, 주관적 건강상태

여성결혼이민자의 건강증진행위는 평균 2.01점(4점 만점)으로 나타났다. 하위영역으로 대인관계는 평균 2.30점, 영적 성장 2.20점, 영양 2.09점, 건강책임 2.00점, 스트레스 관리 1.91점 순으로 나타났으며, 신체활동은 1.55점으로 가장 낮은 이행정도를 보였다<표 2>.

〈표 2〉 영역별 건강증진행위 (N=76)

영역	평균 건강증진행위	총건강증진행위
	Mean±SD	Mean±SD
대인관계	2.30(0.42)	18.54(3.87)
영적성장	2.20(0.52)	18.32(4.94)
영양	2.09(0.46)	16.78(4.10)
건강책임	2.00(0.36)	15.43(4.39)
스트레스관리	1.91(0.40)	15.03(3.32)
신체활동	1.55(0.50)	11.67(3.36)
합계	2.01(0.33)	68.20(13.58)

CMI로 측정한 여성결혼이민자의 건강문제는 최고 133점 중에서 평균 28.83점으로 나타났고, 신체적 건강문

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

제는 12.89점, 정신적 건강문제는 15.93점을 호소하였다. 영역별 호소는 신체적 영역에서 눈과 귀 영역이 3.36점으로 가장 높았고, 호흡기계 영역 2.59점, 소화기계 영역 2.26점 순이었으며, 정신적 영역에서 적응상태가 4.63점, 분노상태 2.89점 순이었다<표 3>.

〈표 3〉 영역별 신체적, 정신적 건강문제 (N=76)

영역	항목	Mean±SD
신체적 건강문제	눈과귀(9)	3.36(2.12)
	소화기계(17)	2.26(2.26)
	호흡기계(12)	2.59(3.06)
	피부계(6)	.80(1.14)
	심혈관계(12)	.92(.99)
	신경계(11)	1.30(1.44)
	피로(5)	2.05(1.64)
	비뇨기계(5)	1.07(1.25)
	근골격계(5)	0.58(1.05)
소계		12.89(8.34)
정신적 건강문제	적응상태(12)	4.63(3.40)
	분노상태(6)	2.89(2.36)
	긴장상태(6)	1.61(1.82)
	우울상태(6)	1.59(1.73)
	불안상태(9)	1.86(2.34)
	신경과민상태(6)	1.30(1.74)
소계		15.93(11.46)
총 건강문제		28.83(17.00)

여성결혼이민자의 주관적 건강상태는 14점 만점에 평균 9.13점으로 전반적으로 보통으로 나타났다. 현재의 건강상태를 '보통이다' 38명(50%), '건강한 편이다'10명(13.2%), '매우 건강하다'가 11명(14.5%)로 보통 이상이 총 77.7%를 나타내었다. 1년 전과의 건강상태 비교에서 '마찬가지이다' 45명(59.2%)로 가장 많았으며, '더 나빠졌다' 24명(31.6%), '더 좋아졌다' 6명(7.9%)으로 나타났다. 건강상의 문제는 '약간 있다' 37명(48.7%), '전혀 없다' 37명(48.7%)이었으며, 타인과의 비교했을 때 자신의 건강상태는 '비슷하다' 응답이 44명(57.95%)으로 가장 많았으며, 더 나빠졌다고 응답한 군은 28명(36.8%)으로 나타났다<표 4>.

〈표 4〉 주관적 건강상태 (N=76)

특성	구분	N(%)	M(SD)
현재 전반적 건강상태	건강하지 않은 편이다 이하	17(22.4)	3.20 (0.95)
	보통이다	38(50.0)	
	건강한 편이다	10(13.2)	
	매우 건강하다	11(14.5)	
1년 전과 비교	더 나빠졌다	24(31.6)	1.79 (0.63)
	마찬가지이다	46(60.5)	
	더 좋아졌다	6(7.9)	
건강 문제	많이 있다	2(2.6)	2.46 (0.55)
	약간 있다	37(48.7)	
	전혀 없다	37(48.7)	
타인과 비교했을 때	더 나쁘다	28(36.8)	1.68 (0.57)
	비슷하다	44(57.9)	
	더 좋다	4(5.3)	
총 지각된 건강상태			9.13 (1.96)

3.3 일반적 특성에 따른 건강증진행위, 건강문제 및 주관적 건강상태

대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위의 차이는 <표 5>와 같다.

대상자의 인구사회학적 특성에 따른 건강증진행위의 차이를 살펴보면, 중국 출신 결혼여성이민자가 베트남, 기타 국가 출신 여성보다(F=13.86, p<.000), 남편 직업이 농사인 군이 다른 직업인 군보다(F=6.16, p<.003) 건강증진행위를 적게 하는 것으로 나타났다. 소득이 200만원 이상군이 200만원 미만군보다(F=13.27, p<.000), 결혼만족도에서 만족/매우 만족군이 보통/불만군보다(F=9.76, p<.000), 자녀가 2명 이상군이 1명 이하군보다(F=-2.45, p<.017), 남편과의 나이 차이가 15세 이하군이 16세 이상군보다(F=3.42, p<.022) 건강증진행위를 더 많이 하는 것으로 나타났다. 그 외 종교, 소득, 현직업의 유무, 주거형태, 한국어 능력정도, 결혼기간, 자녀수, 가족형태, 배우자 직업에 따른 건강증진행위는 유의한 차이가 없었다.

여성결혼이민자의 신체적 건강문제를 보면<표 6>, 나이가 25세 이하군이 26세 이상군보다(t=7.07, p<.002), 중졸 이상군이 이하군보다(t=4.01, p<.014), 시부모와 함께 사는 가족이 핵가족보다(t=-2.60, p<.012), 남편과 나이

차이가 16세 이상 군이 이하군보다(t=3.69, p<.016), 남편 학력이 중졸 이하가 고졸 이상보다(t=3.62, p<.032) 신체적 건강문제를 많이 호소하는 것으로 나타났다. 그 외 변수에 따라서는 신체적 건강문제의 유의한 차이가 없었다.

다음으로 정신적 건강문제를 살펴보면, 25세 이하군이 이상군보다(t=9.73, p<.000), BMI 저체중군이 정상군보다(t=2.43, p<.015), 결혼 만족군이 보통이나 불만족군보다(t=7.43, p<.001), 남편과의 나이 차이가 16-20세가 15세 이하군보다(t=3.69, p<.016), 남편 학력이 중졸군이 고졸군보다(t=3.79, p<.027)건강문제가 많은 것으로 나타났다. 그 외 변수에서는 정신적 건강문제의 유의한 차이는 없었다.

신체적 정신적 건강문제를 합친 전체 건강문제를 살펴보면, 나이 25세 이하군이 이상군보다 (t=12.5, p<.000), BMI에서 제체중군이 정상군보다(t=2.99, p<.000), 결혼만족도가 보통/불만인 군이 만족군보다(t=3.82, p<.026), 남편과의 나이 차이가 16세 이상군이 15세 이하군보다(t=4.61, p<.005), 남편 학력이 중졸 이하군이 고졸군보다(t=5.23, p<.006) 전체적 건강문제가 높은 것으로 나타났다. 그 외 변수에서는 전체 건강문제의 유의한 차이는 없었다.

대상자의 인구사회학적 특성에 따른 주관적 건강상태의 차이를 살펴보면<표 5>, BMI 저체중군이 정상군보다(F=-2.22, p<.030), 소득 100만원 이상군이 미만군보다(F=5.74, p<.005), 현직업이 없는 군이 있는 군보다(F=2.22 p<.030), 결혼기간이 24개월 이하나 96개월 이상군이 24-96개월인 군보다(F=4.28, p<.008) 주관적 건강을 나쁘게 지각하는 것으로 나타났다.

그 외 종교, 소득, 현직업의 유무, 주거형태, 한국어 능력정도, 결혼기간, 자녀수, 가족형태, 배우자 직업은 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다.

〈표 5〉 대상자의 일반적 특성에 따른 건강증진행위와 주관적 건강상태(N=76)

특성	구분	건강증진행위				주관적 건강상태			
		Mean±SD	t or F	p	Scheffe	Mean±SD	t or F	p	Scheffe
출신국	베트남	64.4(10.14)	13.86	.000	①③<②	9.0(2.10)	.37	.694	
	중국	83.4(11.86)				9.5(1.50)			
	기타(필리핀/태국 등)	68.8(13.58)				9.2(1.86)			
연령	25세 이하	62.9(7.03)	3.01	.056		8.4(1.69)	2.59	.082	
	26세~30세 이하	68.4(12.22)				9.7(1.82)			
	31세 이상	72.7(18.05)				9.0(2.27)			
BMI	저체중	67.1(14.52)	-1.12	.268		8.9(1.99)	-2.22	.030	
	정상	71.4(11.62)				10.1(1.52)			
종교	기독교/천주교	70.1(15.47)	1.72	.171		9.2(2.09)	.14	.939	
	불교	67.4(6.76)				8.9(2.16)			
	기타	70.6(17.04)				9.3(2.02)			
	종교 없음	62.5(7.39)				9.2(1.77)			
학력	초졸 이하	69.7(14.24)	1.30	.278		9.7(1.45)	.817	.446	
	중졸	64.9(8.49)				9.1(1.94)			
	고졸이상	70.3(16.37)				8.88(2.20)			
소득	100만원 미만	65.5(6.79)	13.27	.000	②①<③	10.5(1.76)	5.74	.005	③②<①

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

	100-200만원 미만	64.0(11.22)				9.1(1.75)			
	200만원 이상	80.7(17.62)				8.1(2.17)			
현직업	예	69.8(11.28)	.70	.489		10.0(2.25)	2.22	.030	
	아니오	67.3(14.37)				8.8(1.76)			
결혼만족도	불만	59.3(10.25)	9.76	.000	①②<③	8.0(1.09)	1.12	.334	
	보통	64.0(8.65)				9.2(1.76)			
	만족/매우만족	75.9(16.25)				9.3(2.35)			
주거형태	아파트	72.5(15.17)	1.65	.104		8.8(2.01)	-.78	.438	
	주택	66.7(12.85)				9.2(1.95)			
한국어 능력	유창이상	67.4(10.92)	2.28	.110		10.0(1.92)	.96	.388	
	보통	65.9(13.64)				9.0(1.86)			
	별로/전혀 못한다	73.3(13.58)				9.2(2.21)			
결혼기간	24개월 이하	78.3(14.45)	1.83	.151		10.5(1.07)	4.28	.008	
	25~60개월	65.9(12.36)				8.7(2.11)			
	61~96개월	67.6(14.48)				8.8(. 1.80)			
	96개월 이상	68.6(12.03)				10.5(1.64)			
자녀	1명 이하	64.4(11.70)	-2.45	.017		9.2(1.98)	.25	.806	
	2명 이상	71.8(14.39)				9.1(1.99)			
가족형태	1(남편+자녀)	69.9(11.70)	1.17	.246		9.0(2.07)	-.51	.612	
	1+시부모	66.2(15.44)				9.3(1.88)			
배우자 나이차	10세 이하	74.8(19.72)	3.42	.022	④③<②①	9.6(2.50)	.63	.598	
	11~15세 이하	71.2(12.11)				9.3(1.64)			
	16~20세	64.9(10.79)				8.8(2.11)			
	20세 이상	60.8(9.27)				9.0(1.86)			
배우자 학력	중졸이하	61.5(8.35)	2.50	.089		9.5(1.56)	1.20	.306	
	고졸	68.4(11.94)				9.36(2.16)			
	전문대졸이상	71.2(16.75)				8.69(1.91)			
배우자 직업	농사	62.4(9.95)	6.16	.003	①<②③	9.7(1.87)	2.94	.059	
	사무직/공공기관/자영업	73.8(15.84)				8.3(2.02)			
	기타/노동,운전,마트	71.9(13.64)				9.0(1.94)			

* 무응답 제외

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

〈표 6〉 대상자의 일반적 특성에 따른 건강문제 (N=76)

특성	구분	신체적건강문제				정신적 건강문제				총 건강문제			
		M±SD	t or F	p	Scheffe	M±SD	t or F	p	Scheffe	M±SD	t or F	p	Scheffe
출신국	베트남	13.9(9.21)	1.29	.282		17.2(12.14)	1.97	.147		31.(18.55)	2.05	.136	
	중국	10.5(6.09)				10.3(7.94)				20.8(9.21)			
	기타	10.4(3.40)				16.2(9.78)				26.7(12.68)			
연령	25세 이하	18.3(8.63)	7.07	.002	②③<①	24.3(11.9)	9.73	.000	②③<①	42.6(15.4)	12.5	.000	②③<①
	26세~30세 이하	11.4(7.09)				12.1(8.97)				23.2(12.8)			
	31세 이상	10.6(7.73)				13.5(10.47)				24.1(17.0)			
BMI	저체중	14.0(8.93)	1.70	.096		18.2(11.57)	2.43	.015		32.3(17.6)	2.99	.005	
	정상	10.9(5.70)				10.5(9.51)				21.4(211.1)			
종교	기독교/천주교	10.7(4.90)	2.55	.063		12.8(12.4)	.88	.456		13(20.53)	1.37	.259	
	불교	17.0(8.91)				16.9(12.3)				23.5(13.1)			
	기타	11.0(9.52)				18.6(9.9)				33.9(32.03)			
	종교 없음	12.8(8.65)				16.1(11.5)				29.6(17.4)			
학력	초졸 이하	7.73(3.45)	4.01	.014	①<③②	14.3(4.37)	1.034	.361		22.1(6.43)	1.57	.215	
	중졸	15.36(8.06)				14.3(11.7)				29.6(16.7)			
	고졸이상	13.15(9.22)				18.1(13.2)				31.24(19.9)			
소득	100만원 미만	11.0(7.16)		.453	.638	15.1(12.6)	.81	.449		26.1(18.3)	.43	.654	
	100~200만원 미만	13.1(9.23)				17.2(11.37)				30.3(17.2)			
	200이상	13.8(6.76)				13.3(10.9)				27.1(15.9)			
현직업	예	12.8(8.03)	-.12	.906		14.5(11.1)	-.68	.498		27.3(18.1)	-.51	.610	
	아니오	13.0(8.85)				16.5(11.5)				29.6(16.8)			
결혼 만족도	불만	12.2(4.54)	.28	.757		23.7(12.9)	7.40	.001	③<②①	35.8(16.6)	3.82	.026	③<②①
	보통	13.6(9.49)				18.9(12.0)				32.4(19.0)			
	만족/매우만족	12.1(7.24)				10.2(7.53)				22.3(11.6)			
주거 형태	아파트	13.1(7.09)	-.01	.995		15.1(10.72)	-.39	.700		28.2(14.9)	-.259	.797	
	주택	13.0(8.75)				16.3(11.9)				29.3(17.9)			
한국어 능력	유창이상	9.0(5.42)	1.13	328		15.3(5.04)	1.63	.204		24.3(19.4)	.75	476	
	보통	13.7(8.27)				14.3(9.77)				28.0(15.5)			
	별로/전혀 못한다	12.5(9.19)				19.6(13.3)				32.1(19.3)			
결혼 기간	2년 이하	7.1(2.99)	2.70	.052		21.9(15.07)	2.13	.104		29.0(16.0)	1.64	.189	
	2년~5년	15.1(9.73)				17.3(11.24)				32.4(18.81)			
	5~8년	13.4(8.20)				15.2(10.4)				28.6(16.08)			
	8년 이상	9.6(12.0)				9.2(9.98)				18.8(11.84)			
자녀	1명 이하	12.5(8.67)	-.36	.721		18.0(11.56)	1.54	.127		30.5(16.7)	.85	.396	

	2명 이상	13.2(811)				13.8(11.16)				27.2(17.3)			
가족 형태	1(남편+자녀)	10.6(6.19)	-2.60	.012		15.8(11.63)	-0.46	.963		26.4(14.5)	62.11	.207	
	1+시부모	15.6(9.73)				16.0(11.4)				31.6(19.4)			
배우자 나이차	10세 이하	10.4(6.25)	3.69	.016	<③	12.8(12.39)	3.69	.016	<④③	23.2(15.8)	4.61	.005	<④③
	11~15세 이하	11.0(6.41)				11.7(10.87)				22.7(10.9)			
	16~20세	17.3(10.72)				20.7(9.81)				38.0(18.9)			
	20세 이상	11.0(5.54)				15.9(17.2)				30.5(18.7)			
배우자 학력	중졸이하	14.3(9.54)	3.62	.032		18.3(11.6)	3.79	.027	②<①③	32.6(19.39)	5.23	.008	②<①③
	고졸	10.1(6.75)				11.9(7.19)				22.1(11.88)			
	전문대졸이상	15.4(8.65)				19.3(14.0)				34.7(18.47)			
배우자 직업	농사	11.7(7.76	.63	.535		15.4(13.36)	.98	.380		26.9(16.51)	.81	.449	
	사무직/ 공공기관/자영업	13.7(8.43)				13.6(7.83)				27.4(15.12)			
	기타/노동,운전,마트	13.9(9.06				18.3(10.77)				32.3(18.79)			

* 무응답 제외

3.5 건강문제와 주관적 건강상태의 영향요인

여성결혼이민자의 건강문제에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 대상자의 일반적 특성에서 유의 한 차이를 보인 변수와 건강증진행위, 주관적 건강상태를 회귀식에 투입하여 분석한 결과는 다음과 같다<표 7>.

대상자의 건강문제에 유의한 설명력을 갖는 변수는 최종적으로 주관적 건강상태와 일반적 특성에서 배우자와의 나이차, 배우자 학력, 연령이 건강문제에 영향을 미치는 요인이었으며, 이들 요인의 설명력은 총 38.4%였다.

공차한계는 모두 0.1이상의 수치를 보여 다중공선성에는 문제가 없으며, Durbin-Watson값은 =1.550으로 기준값인 0과 4사이에 가깝지 않으므로 잔차들 간에 상관관계가 없는 것으로 판단되어 회귀모형이 적합하다고 해석된다.

여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위하여 대상자의 일반적 특성 중 유의한 차이가 나온 변수와 건강증진행위, 건강문제를 회귀식에 투입하여 분석한 결과는 다음과 같다<표 8>.

〈표 7〉 건강문제 영향요인(N=76)

모형	비표준화 계수		표준화 계수	t	유의확률	공선성 통계량		수정된 R2	유의확률
	B	표준오차	베타	공차	VIF				
(상수)	57.563	7.808		7.373	.000			.384	.000
주관적 건강상태	-2.995	.814	-.348	-3.679	.000	.918	1.089		
배우자와 나이차	10.500	3.164	.310	3.319	.001	.939	1.065		
배우자 학력	-8.138	3.176	-.239	-2.562	.013	.946	1.057		
연령	-6.710	3.261	-.196	-2.057	.043	.904	1.106	Durbin-Watson=1.550	

〈표 8〉 주관적 건강상태 영향요인 (N=76)

모형	비표준화 계수		표준화 계수	t	유의확률	공선성 통계량		수정된 R2	유의확률
	B	표준오차	베타			공차	VIF		
(상수)	5.769	.725		7.961	.000			.297	.000
신체활동	.330	.063	.570	5.232	.000	.848	1.179		
소득	-1.973	.504	-.426	-3.913	.000	.848	1.179	Durbin-Watson=.966	

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

대상자의 주관적 건강상태에 유의한 설명력을 갖는 변수는 최종적으로 건강증진행위에서 신체활동과, 일반적 특성에서 소득이었으며, 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 대한 이들 요인의 설명력은 총 29.7%였다.

공차한계는 모두 0.1이상의 수치를 보여 다중공선성에는 문제가 없으며, Durbin-Watson값은 =.966로 기준값인 0과 4사이에 가깝지 않으므로 잔차들간에 상관관계가 없는 것으로 판단되어 회귀모형이 적합하다고 해석된다.

4. 논의

본 연구에서 여성결혼이민자들의 건강증진행위는 2.01점 (4점 만점)으로 매우 낮은 점수를 나타내었다. 이는 선행연구에서 양육기 여성 3.02점[7], 북한이탈주민 2.38점[34], 외국인 근로자 2.61점[33]보다도 낮았으며, 컨택센터 상담사 2.01점[21] 미혼 여성근로자 2.05점[25]과 비슷하게 나타났다. 이러한 결과는 여성결혼이민자들은 주로 20~30대의 젊은 여성으로서, 대부분 출산과 양육을 담당하고 있어서 자신의 건강을 관리하려는 인식이 충분하지 못하고, 양육으로 인한 시간의 부족으로 건강증진행위를 적게 하는 경향이 있는 것으로 해석할 수 있다.

건강증진행위의 하부영역을 살펴보면, 대인관계 영역의 점수가 가장 높고, 스트레스 관리, 건강책임, 신체활동 영역이 낮은 점수를 나타내었다. 이는 대인관계영역 점수는 미혼기에는 높게 나타나나 노년기로 가면서 낮아지는 경향이 있고, 신체활동이나 스트레스관리 영역은 출산 양육기에 가장 낮다고 한 연구결과[7]와 유사하였다. 특히 건강책임과 스트레스관리, 신체활동영역은 2점 이하로 낮게 나타났는데, 이는 정자경, 박연환의 연구[33]에서 영적성장이 가장 높고 신체활동이 가장 낮은 것과 부분적으로 일치하였다.

이러한 연구결과를 바탕으로 익숙한 환경을 떠나 먼 타국으로 와서 바쁘고 어려운 시간을 보내고 있는 여성결혼이민자들을 위해 체계적인 건강증진프로그램을 개발하여 제공할 필요가 있다. 이때 자신의 건강은 스스로가 지킨다는 건강책임에 대한 인식을 향상시키고 적절한 시점에 건강검진을 받도록 정기적으로 안내하고, 특히 언어와 문화가 달라 많은 스트레스를 느끼고 있는 이들에게 적합한 스트레스 관리법과 체계적이며 쉽게 접근할 수 있는 운동과 활동을 강화한 건강증진프로그램을 개발하여 제공할 필요가 있다.

출신국, 소득 수준, 결혼만족도, 자녀 수, 배우자와의 나이 차이, 배우자의 직업에 따라 건강증진행위의 유의한 차이가 있었다. 중국출신의 여성결혼이민자들의 건강증진행위가 유의하게 높았는데, 이는 대부분 중국출신 결혼이민자는 거주기간이 길기 때문인 것으로 보이며[27], 이민자들은 거주기간이 길수록 건강인식과 건강증진행위를 잘한다는 선행연구[19][35] 결과와 일치한다. 자녀가 2명이상의 군에서 1명 이하인군보다 건강증진행위 수행이 높게 나타난 것 또한 거주기간과 관련이 있는 것으로 생각된다. 경제수준이 높은 군과 남편의 직업이 사무직, 공공기간에 근무하는 군이 농사나, 기타 노동과 운전 등의 직업군보다 건강증진행위 수행을 많이 하였는데, 이는 경제력이 있을수록 증진행위 수행수준이 높다고 한 윤순녕[26]의 연구결과 일치하였다.

또한 결혼만족도가 만족 이상군이 불만이나 보통 군보다 건강증진행위를 많이 수행하고, 남편과의 나이 차이가 적게 나는 군이 많이 나는 군보다 건강증진행위의 수행을 많이 하는 것으로 나타났다. 이는 건강증진행위나 건강관리 수행은 경제력과 시간적 여유, 안정된 결혼과 가족의 관심 등 다양한 요소와 관련이 있음을 알 수 있다. 남인숙과 안숙희[14]의 연구에서는 시부모로부터 물질적·정서적 지지를 많이 받는 경우 스트레스가 경감되고 결혼생활에 대한 만족도가 증가하는 것으로 나타나서 본 연구결과와 부분적으로 일치하였다.

하지만 여성결혼이민자는 보편적으로 언어와 문화적 장벽을 가지고 이민을 와서 거주기간도 길지 않고, 남편과의 나이 차이가 커서 결혼 적응도 쉽지 않고, 경제적으로도 여유가 없는 상황에 놓여있다고 볼 수 있다. 이러한 상황에서 여성결혼이민자는 스스로를 위한 건강증진행위나 건강관리를 할 여유가 없거나 준비가 되어있지 않다고 볼 수 있다. 이러한 상황에서 여성결혼이민자들이 한국 국민으로 성공적으로 정착하고 자녀들을 훌륭하게 키울 수 있도록 하기 위해 자신의 건강문제를 조기에 예방하고 관리하도록 하는 건강증진프로그램을 실시할 필요가 있다. 결혼이민자를 위한 건강증진프로그램을 개발 및 적용할 때는 가족이 함께 하는 프로그램으로 구성하여 서로의 이해를 증진하고 결혼만족도를 높일 수 있는 구체적인 대안을 포함하고, 또한 남편과의 나이 차이가 많이 나는 가정을 위한 세부 모임을 구성하여 그들을 도울 수 있는 방안을 마련하는 노력도 필요하다고 본다.

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

여성결혼이민자의 건강문제는 최고 133점 중에서 평균 28.83점으로 나타났고, 신체적 건강문제는 12.89점, 정신적 건강문제는 15.93점으로 정신적 건강문제가 더 많은 것으로 나타났다. 총 건강문제를 10점 만점으로 환산을 하면 2.17점(28.83점/133문항)이 되는데, 이는 선행연구[10]의 유통업 10대 여성근로자의 2.49점, 20대 2.38점보다 약간 적은 편이었으나, 여대생의 1.99점(38.84/195문항)[28]보다는 약간 높게 나타났다.

다음으로 영역별 건강문제를 살펴보면, 본 연구에서는 신체적 영역 건강문제로 눈과 귀 영역이 3.36점으로 가장 높았으며, 다음으로 소화기계, 호흡기계, 피로, 비뇨기 문제 순으로 나타났다. 이는 20~30대 직장여성에서 눈과 귀영역의 건강문제가 가장 많았다는 선행연구[3] 결과와는 일치하나, 20대에서는 소화기계, 신경계, 심혈관계 순으로 건강문제가 있다는 김숙영의 연구[7]에서 과는 다소 다른 결과를 나타냈다. 피로 영역이 42%의 높은 호소율을 나타내었는데, 이는 여성결혼이민자는 빈혈, 알레르기 질환, 위・십이지장 궤양 등의 건강문제가 있다는 보건복지부 연구결과[22]와 역시 빈혈, 위장관계질환, 부인과질환, 근골격계질환에 많이 이환되어있었다고 하는 연구결과[24]에서 보는 것과 같이 빈혈로 인한 피로 호소가 많은 것으로 사료된다.

또한 빈혈 호소율이 높은 것은 본 연구대상자의 BMI 결과 저체중이 많은 것과도 관련이 있는 것으로 사료된다. 본 연구 대상자의 71%가 베트남 출신 여성으로, 이들은 B형간염, 비뇨기계, 유방질환에 많이 이환되는 특징을 나타내었는데[35], 본 연구에서도 비뇨기계 건강문제의 빈도가 상당히 많은 편이었다. 여성결혼이민자가 많이 가지고 있는 신체적 건강문제가 눈과 귀 문제, 소화기계 문제, 피로, 비뇨기 문제 등으로 나타났으므로 이들을 위한 정기검진을 계획할 때 안과, 이비인후과, 비뇨기과 검진 및 소화기 내시경을 포함시키고, 간이 빈혈측정기를 이용하여 자주 혈색소를 측정하여 빈혈 여부를 파악할 필요가 있다.

여성결혼이민자의 정신적 건강문제는 분노가 48.17%로 가장 많고, 다음으로 적응 38.58%, 긴장 1.61%, 우울 1.59%의 순으로 나타나서, 유통업종사 근로자와 직장여성의 정신적 건강문제는 적응상태가 가장 많았고, 분노상태, 불안, 긴장, 신경과민, 우울 순으로 나타났다는 연구결과들[7][4]과 유사하다. 여성결혼이민자의 정신 건강수준이 대학생과 고등학교 3학년 수험생, 도시 일반주부보다 더 위험한 수준이 아닌 것으로 나타난 연구[30]도 있었으나, 본 연구에서는 여성결혼이민자의 정신 건강문제는 15.93점으로 같은 도구를 사용하여 컨택센터 상담사를 대상으로 측정한 결과 12.13점[21], 20대 여성 14.39점, 30대 여성 11.61점, 미혼여성 14.60점, 기혼여성의 11.15점으로 나타난 결과[7] 보다는 상당히 높은 것으로 나타났다. 여성결혼이민자들은 분노를 많이 느끼고 있는 것으로 나타났으므로 분노의 원인이 무엇인지 확인하고 분노를 건전하게 해소시킬 방안을 구상할 필요가 있겠다.

본 연구에서 연령 25세 이하군은 신체적 건강문제와 정신적 건강문제 모두 많은 것으로 나타났는데, 이는 연령이 적을수록 거주기간이 짧을수록 건강문제가 많았다는 연구결과[16]와 일치하였다. 향후 여성결혼이민자를 대상으로 프로그램을 진행할 때 전체 대상자에게 동일한 프로그램을 제공할 것이 아니라 이민 온 지 얼마 되지 않는 신규 이민자의 건강문제와 적응문제를 맞춤형으로 해결해주는 시도나 나이 차이가 많은 부부를 위한 특화된 프로그램 등이 필요하다고 본다. 본 연구에서는 시부모와 같이 사는 군이 핵가족보다 신체적 건강문제를 많이 호소하였는데 비해, 남인숙과 안숙희[14]의 정신적 건강조사에서는 시부모와 동거하는 가족형태에서 시부모로부터 물질적 정서적 지지를 많이 받는 경우 스트레스가 경감되고 결혼생활에 대한 만족도가 증가하는 것으로 나타나서 본 연구결과와는 약간 다르게 나타났다. 이는 시부모와 동거하더라도 서로 좋은 관계를 정립하고 지지적인 환경을 조성하는 것이 중요함을 의미하는 것으로 보인다.

주관적 건강상태 점수는 14점 만점에서 평균 9.13점으로 여성결혼이민자들은 자신이 건강한 편이라고 생각하는 경향이 있다는 연구결과[2][23][29]와 일치하였다. 여성결혼이민자들이 동일 연령대의 다른 여성들보다 건강문제를 많이 호소하였는데 비해 주관적으로는 자신이 건강하다고 생각하는 것으로 나타났다. 주관적으로 자신이 건강하다고 생각하기 때문에 건강증진이나 조기검진에 참여가 저조할 수 있으므로 흔한 건강문제 중심으로 객관적인 건강상태 측정을 보강할 필요가 있다.

가족수입이 100만원 미만 군이 이상군보다 군보다 주관적 건강상태점수가 높았는데 이는 이은아[29]의 연구에서 소득과 건강상태 간에 유의한 관계를 나타내지 않는다는 연구결과와는 다르게 나타났다. 향후 경제적 수준과 건강상태간의 관련성을 밝히는 연구가 더 이루어져야할

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

것으로 사료된다. BMI 정상 체중군이 저체중군보다 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났으므로 여성결혼이민자의 체중에 관심을 가져야할 것으로 보인다. 젊은 여성의 경우 미적인 면에서 저체중을 선호하는 경향이 있는데, 여성결혼이민자의 경우 집안 살림, 임신, 분만, 출산 및 적응문제 등으로 신체적 정신적 에너지 고갈의 우려가 있으므로[11][22][35], 저체중 상태는 건강에 위협이 될 수 있다. 선행연구에서 한국어 능력과 건강상태 간에 유의한 상관관계가 있다고 하였는데[7][33], 본 연구에서는 한국어 능력에 따른 주관적 건강상태의 유의한 차이를 찾아볼 수 없었으므로 향후 재연구가 필요하다.

본 연구에서는 건강문제에 영향을 미치는 요인으로 건강문제에 주관적 건강상태가 나쁠수록, 남편과의 나이차가 많을수록, 남편의 학력이 중졸이하이거나 전문대이상일 때, 자신의 연령이 많거나, 어릴수록 건강문제가 많은 것으로 해석되는데, 건강결정요인으로 선행연구에서 교육, 소득, 사회적 지지가 건강결정요인으로 밝혀져 있으나([37]재인용), 결혼이민자의 정신건강 관련 연구에서는[15] 배우자의 직업 및 경제력으로 나타났으며, 본 연구에서는 배우자와의 나이차, 학력, 본인의 연령이 변수로 나타났다. 이는 여성결혼이민자 관련하여 건강결정요인이 배우자와의 관련변인이 많은 영향을 미치는 것으로 해석된다.

또한 주관적 건강상태에 미치는 건강증진행위 수행 중 신체적 활동영역과 일반적 특성의 소득이 최종요인으로 나타났으며, 이는 건강증진행위 중 신체활동이 건강관련 삶의 질에 영향을 보여준 선행연구[24][27][37]와 일치한다. 그러나 여러 연구에서 나타난 교육수준과 거주기간, 한국어 능력은 본 연구에서는 유의한 변수로 채택되지 못하였다. 그러나 여성결혼이민자의 건강문제와 주관적 건강상태의 결정적 요인을 좀 더 파악하기 위하여 재연구가 필요하다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 여성결혼이민자들의 건강증진행위 수행정도를 파악하고, 건강문제가 무엇인지 파악하여 이들의 건강증진을 위한 프로그램 개발의 기초자료로 사용하고자 수행되었다.

본연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1) 여성결혼이민자의 건강증진행위 수행은 매우 적게 실천하고 있으며, 특히 스트레스 관리, 신체활동 영역 가장 낮았다.
2) 여성결혼이민자의 건강문제는 신체적 건강문제 보다 정신적 건강문제가 더 많았으며, 건강문제에 유의한 설명력을 갖는 변수는 최종적으로 주관적 건강상태와 일반적 특성으로 배우자와의 나이차, 배우자의 학력, 본인의 연령이었으며 이들 요인의 설명력은 총 38.4%으로 나타났다.
3) 여성결혼이민자의 주관적 건강상태는 보통 이상으로 나타났다. 주관적 건강상태에 유의한 설명력을 갖는 변수는 최종적으로 건강증진행위의 신체활동영역, 일반적 특성으로는 소득이었으며, 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 대한 이들 요인의 설명력은 총 29.7%였다.

이러한 연구결과를 바탕으로 하여 여성결혼이민자를 위한 스트레스 관리와 신체활동을 증진시켜주며, 정신적 건강문제를 낮출 수 있는 맞춤형 건강증진프로그램을 개발하여 체계적으로 시행할 필요가 있으며, 장기적인 안목에서 이들을 위한 건강투자에 관심을 가져야 할 것이다. 이러한 의미에서 연구결과를 토대로 몇 가지를 제언하고자 한다.

1) 본 연구는 경북 북부의 3개 중소도시 여성결혼이민자를 대상으로 이루어져서 연구결과를 일반화하기에는 한계를 가지므로 반복연구수행을 제언한다.
2) 본 연구를 수행하기 위하여 CMI도구와 HPLP Ⅱ를 베트남어와 중국어로 번역, 재번역의 과정을 거쳐 사용하였다. 하지만 다수를 차지하는 베트남 이민자들이 자국어 설문지의 증상이나 행동 관련 단어를 이해하는데 어려움을 호소하였다. 베트남 이민자는 문맹자가 많아 자국어를 읽거나 이해하지 못해서 한국어 자원봉사자가 이해하지 못하는 문항을 다시 한국어로 설명해야하는 난점이 있었다. 향후 CMI나 HPLPⅡ를 동남아 여성들에게 사용할 때에는 그들이 문맹이거나 난독일 수 있다는 점을 이해하고 문항 수를 줄이거나, 그림 등 쉽게 이해할 수 있는 다른 방법을 시도해보는 것도 고려해 보아야 할 것이다.

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM

참 고 문 헌

[1] 고응린, 박항배(1980). 한국인에 적용되고 있는 CMI 건강조사표의 신빙성에 관한 조사연구. 대한의학회지, 23(1), 56~73.

[2] 김광숙, 문선숙(2011). 여성결혼이민자의 주관적 건강상태, 건강행위실천, 결혼만족도. 한국보건간호학회지, 25(2), 174-186.

[3] 김남진(2001). 직장 여성들의 운동 실천이 신체적, 정신적, 주관적 건강 상태에 미치는 영향. 한국체육학회지, 40(4), 125-137.

[4] 김남진(2007). 직장인들의 생활습관 행태와 건강상태의 관련성. 보건교육·건강증진학회지, 24(2), 63-75.

[5] 김민경(2008). 우리나라 국민의 사회계층 분류와 건강상태 관련성 분석. 석사학위논문, 연세대학교.

[6] 김선아(2007). 국제결혼 이주여성의 인권 실태와 개선방안, 전북대학교 대학원 석사학위 논문.

[7] 김숙영 (2004). 건강증진 정책방향과 연구: 건강증진행위의 영향요인과 모형검증: 생애주기별 여성의 건강증진행위와 관련요인. 서울대학교 간호과학연구소 학술대회 자료집, 2004, 81-93.

[8] 김이선, 김민정, 한건수(2006). 여성 결혼이민자의 문화적 갈등경험과 소통증진을 위한 정책과제. 한국여성개발원, 경제·인문사회연구회 협동연구총서 06-02-07.

[9] 김유경, 조애저, 최현미, 이주연(2008). 다문화시대를 대비한 복지정책방안연구. 다문화가족을 중심으로. 한국보건사회연구원. 연구보고서 2008-14.

[10] 김이선, 김민정, 한건수(2006). 여성 결혼이민자의 문화적 갈등 경험과 소통증진을 위한 정책과제. 한국여성개발원. 경제·인문사회연구회 협동연구총서 16-02-07.

[11] 김지현(2009). 다문화가정 어머니를 위한 영유아 건강관리 교육 프로그램 개발. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.

[12] 김현미(2006). 국제결혼의 전 지구적 젠더 정치학: 한국남성과 베트남 여성의 사례를 중심으로. 경제와 사회, 70, 10-37

[13] 김현정(2007). 국내거주 여성결혼이민자의 경제적 적응 증진 요인분석에 관한 연구. 남부대학교 대학원 석사학위 논문.

[14] 남인숙・안숙희 (2011), 도시와 농촌거주 결혼이주여성의 스트레스, 사회적 지지 및 결혼만족도 비교. 여성건강간호학회지, 17(2), 99-108.

[15] 노소영, 김은영(2012). 농촌거주 결혼이주여성의 우울에 미치는 영향요인. 성인간호학회지, 24(4), 370-379.

[16] 박근우(2007). 생태체계적 요인이 여성결혼이민자의 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구. 목표대학교대학원 석사학위 논문.

[17] 박신규(2008). 국제결혼이주여성의 정체성 및 주체성의 사회적 위치성에 따른 변화. 한국지역지리학회, 14(1), 40-53.

[18] 박정숙, 오윤정(2005). 농촌형 노인 건강증진 프로그램이 건강증진 행위와 건강상태에 미치는 효과. 대한간호학회지, 35(5). 943-954.

[19] 박지은(2008), 결혼이주 여성의 건강증진 실천행위와 적응유연성, 경북대학교 보건대학원 석사학위논문.

[20] 행정안전부 다문화사회지원팀(2012). 2012년 지방자치단체 외국인 주민현황조사결과.

[21] 서인주, 박정숙(2010). 일지역 컨택센터상담사의 건강증진 및 건강행위에 관한 연구. 한국직업건강간호학회지, 19(1),14-27.

[22] 설동훈・김윤태・김현미・윤홍식・'이혜경・임경택・정기선・주영수・한건수 (2005). 국제결혼 이주여성 실태조사 및 보건 복지지원 정책방안. 보건복지부.

[23] 안양희(2008). 여성결혼이민자를 위한 건강교육프로그램 개발 및 효과검증. 한국보건간호학회지, 22(2), 200-210.

[24] 양숙자(2010). 한국 거주 여성결혼이민자의 건강상태, 보건의료이용과 관련요인에 관한 연구. 한국보건간호학회지 24(2), 323-335.

[25] 윤순녕, 김정희(1999). 제조업 여성 근로자의 건강증진행위 관련 요인 분석 - Pender의 건강증진모형 적용. 한국직업건강간호학회지, 18(2), 130-140.

[26] 윤순녕(2004)건강증진 정책 방향과 연구 : 건강증진행위의 영향요인과 모형검증 ; 한국 여성의 건강증진행위 모형 검증, 서울대학교 간호과학연구소 학술대회 자료집, 2004, 69-79.

[27] 은경훈(2012). 결혼이주여성의 건강에 영향을 미치는 요인 연구. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.

[28] 이광혜(1979). CMI에 의한 여대생의 신체적 건강과 정신적 건강과의 관계에 관한 조사연구: 부산지역 여대생 중심으로. 동아대학교 동아논집, 16(2), 119-146.

[29] 이은아(2009). 국제결혼 이주여성들의 주관적 건강상태와 사회적 지원 방안. 한국사회학회 사회학대회 논문집, 2009(2), 1483-1494.

[30] 이은희, 추연식(2012). 여성결혼이민자의 문화적응 스트레스가 정신건강에 미치는 영향에 관한 연구. 한국산학기술학회, 13(4), 1619-1624.
[31] 장혜경(2009). 집단미술치료가 여성결혼이민자의 사회적 지지 및 자아존중감에 미치는 효과 희망과의 관계연구. 미술치료연구학회지, 16(4), 609-717.
[32] 전혜정, 민성혜, 이민영, 최혜영(2009). 결혼이주여성 가족 건강성에 영향을 미치는 경로. 한국가족복지학, 14(2), 5-27.
[33] 정자경, 박연환(2012). 외국인 근로자의 문화적응도, 사회적 지지와 건강증진행위. 한국사회복지조사연구, 32, 29-52.
[34] 최명애 · 이명선 · 최정안 · 신기수(2012). 북한이탈주민의 건강지식, 건강증진행위 및 건강증진행위에 영향을 주는 요인. 대한간호학회지, 42(5), 622-631.
[35] 한성온(2011). 여성결혼이민자의 건강증진행위가 건강상태에 미치는 영향 : 경기지역을 중심으로. 경기대학교 행정대학원 석사학위논문, 서울
[36] 홍달아기·채옥희(2006) 사례로 본 여성결혼이민자의 가정생활실태와 갈등. 한국생활과학회지, 15(5), 729-741.
[37] 홍선우(2009). 의료급여 수급권자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지, 39(4), 480-489.
[38] Lawston, M. p., Moss, M., Fulcomer, M. & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. Journal of Geronotology, 37(1), 91-99.
[39] Pender, N. J.,(1996). Health promotion in nursing practice (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton& Lange.
[40] Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J.(1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Developmentand psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2),76-81.
[41] Weider, A., Bordman, K., Mittelmann, B., Wescher D. & Wolff H. G. (1945). Cornell service index. *War Medicine, 7*, 209.

서 인 주

· 2008년 8월 : 계명대학교 간호대학 (석사)
· 2011년 2월 : 계명대학교 간호대학 (박사과정 수료)
· 2010년 3월 ~ 현재 : 문경대학교 간호학과 조교수
· 관심분야 : 성인간호학, 건강증진
· E-Mail : ijs@mkc.ac..kr

박 정 숙

· 1985년 2월 : 연세대학교 간호대학 (석사)
· 1989년 8월 :연세대학교 간호대학 (박사)
· 1990년 3월 ~ 현재 : 계명대학교 간호대학 교수(학장, 간호과학연구소장, 간호처장 역임)
· 관심분야 : 성인간호학, 건강증진, 간호교육, 종양간호
· E-Mail : jsp544@kmu.ac.kr

[Provider:earticle] Download by IP 114.71.5.XXX at December 27, 2016 1:33 PM