

한국 거주 여성결혼이민자의 건강상태, 보건의료이용과 관련요인에 관한 연구*

양 속 자¹⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리 사회는 국제적 지위향상과 세계화에 따른 국내의 인구이동의 증가, 외국인에 대한 거부감 감소 및 가치관의 변화, 혼인수급의 불균형 등으로 농촌과 도시 저소득층 남성들과 외국 여성과의 국제결혼이 빠른 속도로 증가하고 있다(Kim, 2009). 국제결혼은 2009년 전체 결혼건수의 10.8%에 이르게 되었고(Korea Statistical Information Service, 2009), 2010년 전국의 결혼이민자는 총 134,841명으로 이 중 한국인 남편과 외국인 처의 혼인이 87.1%를 차지하고 있다(Korea Immigration Service(KIS), 2010). 이들 여성결혼이민자들은 결혼을 목적으로 이민 온 가임기 여성으로 임신과 출산의 과정을 경험하며 신체적, 정신적 건강 위험에 노출되므로 여성 자신과 자녀의 건강 증진을 위해 건강관리가 절대적으로 필요한 대상이다.

Kim의 연구(2009)에서는 병원, 의원, 한의원 등에서 의사로부터 진단 받은 질병을 가지고 있는 비율이 23.0%로 다문화가족의 5분의 1이 전문적인 의료서비스를 제공받아야 하는 취약계층이라고 하였다. 또한 우리나라 여성결혼이민자를 대표할 만한 표본을 대상으

로 조사한 Surl 등(2005)의 연구에서 가장 흔한 질환은 빈혈(12.1%), 그 다음은 알레르기 질환(10.6%), 위·십이지장 궤양(8%), 천식(5.5%), 자궁근종(5.1%)의 순이었으며, 특히 대부분 가임기 여성인 여성결혼이민자들의 경우 임신, 출산 및 산욕기를 거치며 불임(25%), 자연유산(13%)을 경험하며 이는 우리나라 일반여성보다 높은 것으로 나타났다.

그러나 한국인과 결혼한 여성결혼이민자들의 대부분은 나이가 어리며, 보건의료체계가 우리나라 보다 낙후된 국가 출신으로, 월평균 가구소득이 100~200만원 미만이 38.4%이고, 100만원 이하의 저소득층은 19.9%, 500만원 이상의 고소득층은 2.4%에 불과한 것으로 보고되고 있어 대다수가 경제적으로 소득수준이 낮은 취약계층 가구에 속해 있음을 알 수 있다(Kim et al., 2010). 또한 여성결혼이민자의 11.3%는 국민건강보험이나 의료급여 등의 어떠한 의료보장 혜택도 받지 못하고 있다(Kim et al., 2008). Kim의 연구(2009)에 의하면 여성결혼이민자의 55.3%는 질병 치료를 중단하고 있는 것으로 나타나 그 동안 여성결혼이민자들에 대한 사회적 관심과 정부의 지원정책이 점차 확대되었으나 아직도 일부 여성결혼이민자들은 의료보장의 혜택을 제대로 받지 못하는 사각지대에 놓여 있으며, 건강문제 발생 시 보건의료이용 접근성도

* 본 연구는 보건복지부 2009년 국민건강증진기금에 의해 수행된 연구이다

1) 이화여자대학교 간호과학부 부교수(교신저자 E-mail yangsj@ewha.ac.kr)

투고일: 2010년 7월 29일 심사완료일: 2010년 8월 1일 게재확정일: 2010년 9월 8일

낮을 것으로 파악된다.

또한 이민자들은 언어 문제(Dias, Severo, & Barros, 2008; Gross, Brammli-Greenberg, & Remennick, 2001; Wu, Penning, & Schimmele, 2005), 문화적 차이에서 기인한 건강과 질병에 대한 다른 견해, 도움을 구하는 행동의 차이(help-seeking behavior), 의료진의 태도, 의료비용, 의료기관까지의 거리와 교통(Dias et al., 2008), 어디서 의료서비스를 받을 수 있는지 잘 몰라서(Wu et al., 2005), 운명론이나 두려움, 질병 예방과 관련된 건강서비스에 대한 지식부족(Alba, Hubbell, McMullin, Sweningson, & Saitz, 2005) 등으로 보건의료서비스의 이용이 저조한 것으로 보고되고 있다.

따라서 본 연구에서는 우리나라 여성결혼이민자를 대표할 수 있도록 도시와 농촌지역에 거주하고 있는 베트남, 중국, 필리핀 등을 포함한 아시아의 여성결혼이민자를 대상으로 이들의 인구사회학적 특성을 조사하고, 이들의 건강상태, 보건의료이용 양상 및 관련요인을 파악하고자 한다. 이를 통해 궁극적으로 우리나라 여성결혼이민자들이 우리사회에서 한 구성원으로서 건강권을 확립하여 사회안전망을 구축하는데 필요한 자료를 제공하도록 하여, 이들의 삶의 질 향상에 기여하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 여성결혼이민자의 건강상태, 보건의료이용 양상 및 관련요인을 파악하여 이들의 건강권을 확립하여 사회안전망을 구축하는데 필요한 자료를 제공하기 위해 수행되었다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다

- 1) 여성결혼이민자의 인구사회학적 특성을 파악한다.
- 2) 여성결혼이민자의 주관적 건강상태, 질병의 유병율과 치료율을 파악한다.
- 3) 여성결혼이민자의 보건의료이용 양상과 관련요인을 분석한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 설문조사에 의한 한국 여성결혼이민자의 건강상태, 보건의료이용 양상 및 관련요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 한국인 남성과 국제 결혼하여 국내에 거주하고 있는 여성결혼이민자를 표적 모집단으로 하여, 공공보건기관(구청, 보건소, 보건진료소)이나 사회복지기관(다문화가족지원센터, 복지관, 건강가족지원센터) 이용자를 근접 모집단으로 연구대상자를 편의추출하였다. 본 조사대상자 선정기준은 다음과 같다: 1) 한국인 남편과 국제 결혼하여 10년 미만의 국내 체류기간을 지닌 여성결혼이민자, 2) 중국, 일본, 필리핀, 베트남, 태국, 몽골 등의 동남아 및 기타 아시아 국가 출신 여성, 3) 본 연구의 목적을 설명하여 연구조사에 참여하기로 동의한 자. 본 연구에서 여성결혼이민자의 체류기간이 10년 이상 되는 경우 이들의 사회문화적 적응 수준이 상당히 다를 수 있으므로 이들을 연구 대상에서 제외시켰다. 또한 미국이나 서구 선진 유럽국가 출신의 여성결혼이민자의 경우 사회경제적 수준이 상대적으로 높아서 동남아시아와 기타 아시아 지역 여성들과는 상이한 건강수준을 보일 가능성이 높아 본 연구대상에서 제외시켰으며, 우리나라 전체 여성결혼이민자의 95%를 차지하고 있는 동남 아시아와 기타 아시아 출신 여성을 연구대상으로 선정하였다.

조사대상 지역은 도시지역의 4개 시·구, 농촌지역의 4개 군 등 총 8개 행정구역을 편의 추출하였으며, 이 지역에 거주하고 있는 여성결혼이민자들을 편의추출하여 총 533명을 조사대상으로 하였다. 이들 중 설문조사 응답 내용이 미흡한 68명을 제외시켜 최종 총 465명(87.2%)을 분석대상으로 하였다.

3. 측정도구

본 연구에서 대상자의 인구사회학적 특성 9개 문항(연령, 출신국, 거주지역, 교육수준, 경제수준, 한국체류기간, 배우자 직업, 한국어능력, 의료보장 여부), 건강상태 3개 문항(주관적 건강상태, 질병 유병율과 치료율) 및 보건의료이용 양상 3개 문항(주로 이용하는

의료기관, 지난 1년간 병원 미치료 경험 유무 및 미치료 사유) 등 총 15개 문항으로 설문지를 구성하였다. 경제수준은 Kim 등(2008)연구와 동일한 방법으로 국민건강영양조사에서 사용하는 식량안정(food security) 수준을 조사하여 경제적으로 어려워서 가끔 또는 자주 먹을 것이 부족했다고 응답한 경우를 빈곤층, 그렇지 않은 경우를 빈곤하지 않음으로 분류하였다. 한국어능력력은 Hong 등(2006)이 국내 거주 외국인 근로자의 건강수준 평가 연구에서 사용한 한국어 능력 측정도구를 사용하였다. 이 도구는 한국어 말하기, 듣기, 읽기, 쓰기 등 총 4개 문항으로 구성되어 있으며, 5점 Likert 척도로 측정하여 점수가 낮을수록 한국어 능력이 높음을 의미한다. 본 연구에서는 4개 문항의 평균을 산출하여 1.0~1.9점은 '매우 능숙하다', 2.0~2.9점 '약간 능숙한 편', 3.0~3.9점 '보통이다', 4.0~4.9점 '약간 서툰 편', 5점은 '매우 서툴다'로 분류하였다.

4. 자료 수집

자료 수집은 2009년 6월 1일 부터 7월 31일 까지 2개월 동안 진행되었다. 조사대상 지역에서 여성결혼이민자들을 위해 보건복지서비스나 프로그램을 제공하고 있는 공공보건기관과 사회복지기관에 본 연구목적과 내용을 포함한 공문발송과 직접방문을 통해 설명한 후 본 조사에 대한 협조를 구하였다. 그리고 조사대상 선정기준에 적합한 여성결혼이민자를 대상으로 연구의 목적과 내용, 설문조사의 소요시간, 연구 참여 후 보상 내용 등에 대해 설명하고, 연구 참여에 동의한 경우 서면동의서를 작성한 후 조사를 실시하였다. 본 설문조사는 간호사 면허를 소지한 자 또는 간호학부생으로 구성된 조사요원팀에 의해 실시되었다. 설문조사에 앞서 조사요원팀에게 사전훈련을 2회 실시하였다. 설문조사에 소요된 시간은 평균 40분 정도이었다.

설문조사에서 중국, 베트남, 필리핀 출신 여성결혼이민자가 우리나라 전체 여성결혼이민자의 84%인 점을 반영하여 베트남어, 중국어, 영어, 한국어 등 총 4개 언어로 설문지를 개발하여 조사하였다. 4개 언어로의 설문지 개발은 한국어로의 설문지를 작성하여 통번역 전문가의 번역과 원어민의 검토과정을 거쳐 설문지를 개발하였다. 개발된 설문지는 여성결혼이민자 21명

의 사전조사를 통해 이해하기 쉬운 용어로의 수정, 보완을 거쳐 최종 확정되었다. 또한 설문조사 시 한국어 학당 교사 또는 보건소의 통역요원을 조사보조요원으로 활용하여 연구 참여자의 언어적 문제를 최소화하여 충분히 이해하고 응답할 수 있도록 하였다.

본 연구는 이화여자대학교 IRB (Institutional Review Board)에 연구 계획서를 제출하여 승인을 받은 후 연구를 진행하였다.

5. 자료 분석

본 연구의 자료분석은 SPSS Win 17.0을 활용하여 분석하였다. 첫째, 조사대상자의 인구사회학적 특성과 건강상태를 파악하기 위해 서술통계(빈도수와 백분율, 평균과 표준편차)를 산출하였다. 둘째, 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 건강상태와 보건의료이용 양상의 차이를 보기 위해 X^2 -test를 시행하였으며, p값이 .05 이하인 것을 유의하다고 해석하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

조사대상자의 인구사회학적 특성은 Table 1과 같다. 전체 조사대상자의 평균연령은 29.8세(SD=7.22세)이며, 20~24세 28.3%, 25~29세 28.3% 등 30세 미만이 56.6%를 차지하고 있다. 베트남 출신 조사대상자가 40.9%로 가장 많았으며, 중국 22.8%, 필리핀 19.6%, 기타 16.6%이었다. 농촌지역에 58.9%가 거주하고 있었으며, 교육수준은 고등학교 졸업이 가장 많아 38.5%, 경제적으로 빈곤층에 속하는 경우가 7.2%인 것으로 나타났다.

한국체류기간의 평균은 5.0년(SD=3.55년)이며, 조사대상자의 89.5%는 의료급여대상자 또는 국민건강보험에 가입하여 의료보장을 받고 있었다. 한국어 능력의 평균 점수는 2.8점(SD=.96)이었으며, '매우 능숙하다' 11.2%, '약간 능숙하다' 35.9%, '보통이다' 37.1%, '약간 서툰 편' 9.8%, '매우 서툰다' 5.9% 이었다. 조사대상자의 취업률은 17.9%이었으며, 음식점 종업원, 공장노동자, 단순노무자, 자영업, 가사도우미

Table 1. Sociodemographic Characteristics of Subjects (N=465)

Variables	Categories	n(%)	Mean±SD
Age(years)	20 ~ 24	128(28.3)	29.8 ± 7.22
	25 ~ 29	128(28.3)	
	30 ~ 34	86(18.5)	
	≥ 35	111(24.5)	
Original nationality	China	106(22.8)	
	Philippine	91(19.6)	
	Vietnam	190(40.9)	
	Other	77(16.6)	
Residence	Urban	191(41.1)	
	Rural	274(58.9)	
Level of education	≤Middle school	155(33.9)	
	High school	176(38.5)	
	≥ College	126(27.6)	
Economic status	Non-poor	426(92.8)	
	Poor	33(7.2)	
Time since immigration(years)	< 1	35(7.6)	5.0 ± 3.55
	1 ~ 5	278(60.7)	
	≥ 5	145(31.7)	
Occupation	Yes*	78(17.9)	
	No	358(82.1)	
Occupation of spouse	Unemployed	21(5.0)	
	Office worker	46(10.9)	
	Teacher, lecturer	7(1.7)	
	Agriculture	117(27.7)	
	Factory worker, laborer	100(23.7)	
	Self-employed, salesman	42(10.0)	
	Taxi driver, mechanic	42(10.0)	
	Restaurant employee, guard	13(3.1)	
	Others	34(8.1)	
	National health insurance or medicaid	Yes	
No		41(10.5)	
Koran language proficiency	Very good	49(11.2)	2.8 ± 0.96
	Slightly good	157(35.9)	
	Moderate	162(37.1)	
	Slightly poor	43(9.8)	
	Very poor	26 (5.9)	

* Restaurant employee, factory worker, laborer, self-employed, and housekeeper (13.8%)
Teacher, lecturer, and office worker (4.1%)

(13.8%), 교사, 강사 및 사무직(4.1%)에 종사하고 있었다. 또한 여성결혼이민자의 배우자 직업은 무직이 5.0%인 반면, 농업이 가장 많아 27.7%, 공장노동자, 단순노동자 (23.7%), 사무직(10.9%), 자영업, 판매원(10.0%), 운전기사, 기계정비공(10.0%), 음식점 종업원, 경비원(3.1%), 교사, 강사(1.7%) 등의 순으로 나타났다.

2. 조사대상자의 건강상태

조사대상자의 주관적 건강상태는 '매우 좋음' 14.4%, '좋음' 39.4% 등 건강상태가 양호한 경우가 53.8%이었다(Table 2). 주관적 건강상태는 출신국에 따라, 한국체류기간에 따라, 경제수준에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(p<.001).

조사대상자의 한국 입국 후 질병 유병율을 보면, 빈혈이 가장 높아 21.2%이었으며, 다음은 위장관계질환 13.6%, 부인과질환 11.6%, 우울 6.4%, 근골격계질환 4.7% 순으로 많이 이환되었다(Table 3). 질병의 평균 치료율은 56.6%이었으며, 유병율이 높았던 질병

Table 2. Subjective Health Condition of Subjects

Variables	Categories	Very well	Slightly well	Moderate	Slightly poor	Very poor	X ²	p
Original nationality	China	7(6.7)	30(28.6)	55(52.4)	11(10.5)	2(1.9)	36.57	<.001
	Philippine	15(16.5)	41(45.1)	28(30.8)	7(7.7)	0(0.0)		
	Vietnam	25(13.4)	89(47.8)	64(34.4)	7(3.8)	1(0.5)		
	Other	19(25.0)	21(27.6)	27(35.5)	8(10.5)	1(1.3)		
Residence	Urban	22(11.5)	73(38.2)	82(42.9)	13(6.8)	1(0.5)	4.49	.344
	Rural	44(16.4)	108(40.3)	93(34.7)	20(7.5)	3(1.1)		
Time since immigration (years)	< 1	5(14.7)	19(55.9)	10(29.4)	0(0.0)	0(0.0)	28.93	<.001
	1 ~ 5	52(18.9)	111(40.4)	97(35.3)	14(5.1)	1(0.4)		
	≥ 5	9(6.3)	50(34.7)	65(45.1)	17(11.8)	3(2.1)		
Economic status	Non-poor	63(15.0)	170(40.5)	161(38.3)	25(6.0)	1(0.2)	47.52	<.001
	Poor	0(0.0)	9(27.3)	13(39.4)	8(24.2)	3(9.1)		
Total	N=459	66(14.4)	181(39.4)	175(38.1)	33(7.2)	4(0.9)		

Table 3. Prevalence and Treatment of Health Problems of Subjects in Korea

Variables	N	Prevalence n(%)	Treatment n(%)
Anemia	415	88(21.2)	39(44.3)
Gastrointestinal diseases	403	55(13.6)	28(50.9)
Gynecological diseases	406	47(11.6)	35(74.5)
Depression	404	26(6.4)	10(38.5)
Musculoskeletal diseases	402	19(4.7)	10(52.6)
Hypertension	406	12(3.0)	8(66.7)
Liver disease	403	11(2.7)	3(27.3)
Respiratory diseases	401	11(2.7)	7(63.6)
Thyroid diseases	402	10(2.5)	9(90.0)
Heart diseases	404	8(2.0)	4(50.0)
Kidney diseases	401	8(2.0)	5(62.5)
Diabetes	404	7(1.7)	5(71.4)
Veneral diseases	403	1(0.2)	1(100.0)
Others	378	29(7.7)	24(82.8)
Total	0	332(5.9)	188(56.6)

의 부인과질환의 치료율은 74.5%로 높은 편이나, 빈혈(44.3%), 위장관계질환(50.9%), 우울(38.5%)의 치료율은 전체 질병의 평균 치료율(56.6%) 보다 낮은 것으로 나타났다(Table 3).

3. 조사대상자의 보건의료이용 양상과 관련요인

조사대상자들이 한국에서 주로 이용하는 의료기관을 조사한 결과, 병의원(78.4%)을 가장 많이 이용하였으며, 다음이 보건(지)소, 보건진료소(8.6%), 약국(6.4%), 한의원(2.2%), 외국인 노동자무료진료소(1.8%)인 것으로 나타났다(Table 4). 거주지역, 한국 체류기간, 경제수준에 따라 주로 이용하는 의료기관을 살펴보면, 도시지역의 조사대상자들은 농촌지역에 비해

약국(p<.001), 한의원(p=.014)을 더 많이 이용하였으며, 외국인 노동자 무료진료소도 더 많이 이용하는 경향을 보이나 통계적으로 유의하지 않았다(p=.057). 한국체류기간이 1년 미만인 경우 병의원 이용율은 58.8%이었으나 5년 이상인 경우 89.2%로 한국체류기간이 길어질수록 병의원 이용율이 증가하였다(p<.001). 경제수준이 낮은 빈곤층에서 외국인 노동자 무료진료소 이용율이 높은 것으로 나타났으며(p=.047), 병의원 이용율은 빈곤층에서 낮은 경향을 보이나 통계적으로 유의하지 않았다(p=.063).

조사대상자들의 30.1%는 지난 1년간 병의원에 가고 싶어도 가지 못한 미치료 경험이 있는 것으로 나타났다(Table 5). 한국체류기간이 길어질수록 미치료율이 더 높았으며(p=.021), 빈곤층에서 비빈곤층 보다

Table 4. Health Care Utilization and Related Factors of Subjects*

Variables	Categories	Hospital, Clinic n(%)	Public health (sub)center, Primary health care Post n(%)	Free clinic for foreign worker n(%)	Oriental medical clinic n(%)	Pharmacy n(%)
Residence	Urban	144(75.4)	12(6.3)	6(3.1)	8(4.2)	23(12.0)
	Rural	212(80.6)	27(10.3)	2(0.8)	2(0.8)	6(2.3)
	X ² (p)	1.78(.182)	2.24(.135)	3.62(.057)	6.04(.014)	17.63(<.001)
Time since immigration (years)	< 1	20(58.8)	1(2.9)	0(0)	0(0)	1(2.9)
	1 ~ 5	207(75.3)	24(8.7)	5(1.8)	7(2.5)	16(5.8)
	≥ 5	124(89.2)	13(9.4)	3(2.2)	2(1.4)	12(8.6)
	X ² (p)	18.84(<.001)	1.50(.472)	.73(.694)	1.33(.515)	1.97(.374)
Economic status	Non-poor	332(79.6)	35(8.4)	6(1.4)	9(2.2)	25(6.0)
	Poor	21(65.6)	4(12.5)	2(6.3)	1(3.1)	4(12.5)
	X ² (p)	3.46(.063)	.63(.427)	3.93(.047)	.13(.721)	2.08(.149)
Total	(n=454)	356(78.4)	39(8.6)	8(1.8)	10(2.2)	29(6.4)

* cases with duplicated responses were included

Table 5. Experience of Non-treatment in Hospital, Clinic during Last 1 Year

Variables	Categories	Yes n(%)	No n(%)	X ²	p
Residence	Urban	57(35.4)	104(64.6)	3.65	.056
	Rural	61(26.4)	170(73.6)		
Time since immigration (years)	< 1	4(23.5)	13(76.5)	7.72	.021
	1 ~ 5	61(25.6)	177(74.4)		
	≥ 5	52(39.1)	81(60.9)		
Economic status	Non-poor	100(27.9)	258(72.1)	7.27	.007
	Poor	15(51.7)	14(48.3)		
Total	(n=392)	118(30.1)	274(69.9)		

미치료율이 높은 것으로 나타났다(p=.007). 농촌 보다 도시 거주 조사대상자에서 미치료 경험율이 더 높은 경향을 보이나 통계적으로 유의하지는 않았다(p=.056).

조사대상자들의 지난 1년간 병의원 미치료 사유를 조사한 결과, 병원비 부담이 가장 많아 29.7%이었고, 다음은 언어소통의 어려움(26.1%), 혼자가기 어려움(26.1%), 아기돌볼 사람 없음(16.2%), 교통불편(13.5%), 다른 일에 비해 덜 중요하다고 생각함(10.8%), 가족의 반대(9.9%), 건강보험 미가입(8.1%)의 순이었다(Table 6). 거주지역, 한국체류기간, 경제수준에 따라 병의원 미치료 사유를 보면, 농촌에 비해 도시지역에서는 언어소통 어려움(p=.008), 건강보험 미가입(p=.010)이 더 많은 것으로 나타났다. 반면, 도시에 비해 농촌지역에서는 교통불편(p=.004), 가족의 반대(p=.039)가 더 많았다. 한국체류기간이 5년 이상인 경우에는 병원비 부담을 가장 많이 호소한 반

면(p=.042), 한국체류기간이 1년 미만, 1~5년인 경우에서 의사소통의 어려움을 호소하였다(p=.003). 또한 경제수준이 낮은 빈곤층에서 병원비 부담으로 병의원 이용을 못한 것으로 나타났다(p=.021).

IV. 논 의

우리나라 출입국외국인정책본부의 통계에 의하면 2010년 3월 현재 우리나라 여성결혼이민자 중 중국인(한족, 조선족 포함)이 가장 많아 48%이고, 베트남, 필리핀 출신 여성을 포함하면 전체의 82.2%를 차지한다(KIS, 2010). 본 조사대상자에는 베트남이 가장 많아 40.9%이었고, 중국, 필리핀 등 3개 출신국 대상자가 83.4%를 차지하여 국가통계의 출신국별 여성결혼이민자의 분포비율과 다소 차이를 보이지만, 중국, 베트남, 필리핀 출신국 중심으로 진행되었음을 알 수 있다.

Kim 등(2010)의 연구에서 여성결혼이민자의 평균

Table 6. Reasons of Non-treatment in Hospital, Clinic during Last 1 year*

Variables	Categories	Burden of medical expenses n(%)	Communication difficulty n(%)	Non supporter n(%)	Taking care of baby n(%)	Inconvenient transportation n(%)	Low priority n(%)	Family Objection n(%)	Non health insurance n(%)
Residence	Urban	18(34.0)	20(37.7)	17(32.1)	7(13.2)	2(3.8)	6(11.3)	2(3.8)	8(15.1)
	Rural	15(25.9)	9(15.5)	12(20.7)	11(19.0)	13(22.4)	6(10.3)	9(15.5)	1(1.7)
	χ^2 (p)	.87(.351)	7.08(.008)	1.86(.173)	.68(.411)	8.23(.004)	.03(.869)	4.28(.039)	6.64(.010)
Time since immigration (years)	< 1	1(25.0)	1(25.0)	1(25.0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(25.0)
	1 ~ 5	11(19.6)	22(39.3)	18(32.1)	12(21.4)	8(14.3)	8(14.3)	6(10.7)	5(8.9)
	≥ 5	21(42.0)	5(10.0)	10(20.0)	6(12.0)	7(14.0)	4(8.0)	5(10.0)	3(6.0)
Economic status	χ^2 (p)	6.34(.042)	11.94(.003)	2.01(.366)	2.53(.283)	.66(.720)	1.58(.453)	.48(.788)	1.86(.394)
	Non-poor	25(26.6)	24(25.5)	26(27.7)	13(13.8)	13(13.8)	9(9.6)	8(8.5)	7(7.4)
	Poor	8(57.1)	5(35.7)	3(21.4)	4(28.6)	2(14.3)	2(14.3)	2(14.3)	2(14.3)
Total	χ^2 (p)	5.36(.021)	.64(.423)	.24(.624)	2.00(.158)	.00(.963)	.30(.587)	.48(.487)	.75(.388)
	(n=118)	33(29.7)	29(26.1)	29(26.1)	18(16.2)	15(13.5)	12(10.8)	11(9.9)	9(8.1)

* cases with duplicated responses were included

연령은 33.3세로 젊은 연령층의 비율이 높았는데 본 조사에서는 한국체류기간 10년 미만 대상자를 조사대상으로 하여 평균연령도 29.8세로 약간 더 젊은 편이었다.

본 조사대상자의 교육수준은 고등학교가 38.5%로 가장 많았는데 Kim 등(2010)의 연구에서도 같은 경향을 보여 고등학교가 42.3%로 가장 많았다. 남성 결혼이민자는 동일한 교육수준의 배우자와 결혼하는 경향이 있으나, 여성결혼이민자와 배우자간의 교육수준 격차가 매우 심하여 초등학교 이하의 학력 소지 여성결혼이민자 중 51.0%의 남편은 고등학교 이상의 학력을 가지고 있으며, 중학교 학력소지자 여성결혼이민자의 65.7%의 남편은 고등학교 이상의 학력을 가지고 있다고 보고되고 있어(Kim et al., 2010) 여성결혼이민자 부부간의 학력격차는 부부갈등의 소지로 작용 될 수 있다.

본 조사대상자의 한국체류기간은 평균 5.0년으로 Kim 등(2010)의 연구에서도 거의 비슷하게 평균 5.1년으로 보고하였다. 그러나 한국체류기간은 출신국에 따라 차이를 보여, 10년 이상의 장기 거주하고 있는 여성결혼이민자는 일본(51.5%), 중국(조선족)(27.3%) 출신이며, 반면, 1년 미만의 짧은 거주 기간을 가진 여성결혼이민자는 베트남(17.8%), 중국(한족 등) 14.3%, 필리핀 11.3% 인 것으로 보고되고 있다(Kim et al., 2010).

우리나라 여성결혼이민자들의 74.7%는 한국 입국 전에 취업을 한 경험이 있었으며, 본국에서 거의 대다수가 저숙련직에 종사하였고, 13.4%만이 전문직에 종사한 것으로 보고되고 있다(Kim et al., 2010). 다문화가족 구성원의 취업률 및 직종은 교육수준, 성, 거주지, 출신국에 의해 영향을 받는데, 한국 입국 후 여성결혼이민자의 취업률은 36.9%로 농촌보다는 도시지역에서의 취업률이 높은 것으로 보고되고 있다(Kim et al., 2010). 본 조사대상자의 취업률은 보다 낮은 17.9%로 나타났는데 이는 본 조사대상자들 중 도시보다 농촌 거주자가 많기 때문 일 수 있다. 본 조사대상자들의 직종은 대부분 육체노동직, 저숙련직에 종사하고 있었다. 또한 본 연구에서 여성결혼이민자의 배우자의 취업률은 95%로 높았지만 기존 연구와 일치하여 대부분 육체노동직, 저숙련직에 종사하고 있었다. 우리

나라 남성 결혼이민자의 전문직 종사자 비율은 22.6%이고 이들의 배우자 중 전문직 종사자 비율은 22.2%인 반면, 여성결혼이민자의 전문직 종사자 비율은 12.8%, 이들의 배우자 중 전문직 비율은 6.7%로 보고되고 있어 남성과 여성의 국제결혼이 사회계층적으로 양극화된 형태로 진행되고 있음을 알 수 있다(Kim et al., 2010).

본 연구에서는 조사대상자의 한국어능력 평균은 2.8점으로 보통수준을 나타내었다. Kim 등(2010)은 여성결혼이민자의 한국어능력은 거주지, 한국체류기간, 연령, 교육수준에 따라 차이를 보여 농촌 보다 도시 거주 여성, 한국체류기간이 길수록, 연령이 증가할수록, 교육수준이 증가할수록 높아지는 것으로 보고되고 있다. 언어는 의사소통을 위한 가장 기본적인 방법이기엔 언어가 다른 경우 의사소통이 제대로 이루어지 않아 진료를 받는 환자와 의료진 모두 어려움을 겪는다. 따라서 언어능력은 보건의료이용은 물론 이민자의 건강에 직·간접으로 영향을 미치는 중요한 요소이므로 언어문제 해결을 위한 사회적, 제도적 지원체계가 구축되어야 할 것이다.

우리나라에서는 1989년을 기점으로 전 국민 건강보험이 실시되었다. 여성결혼이민자들은 남편이 직장보험에 가입한 경우 직장의료보험에 피부양자로서 가입이 가능하며, 여성결혼이민자 또는 남편이 직장가입자가 아닌 경우에는 외국인등록증을 가지고 지역의료보험에 가입신청이 가능하다. 이러한 건강보험의 가입자격을 부여하는 것이 모든 국민에게 차별 없이 보건의료이용수준이 달성되었다고 볼 수 없지만, 보건의료서비스 이용의 경제적 장애요인 제거를 통한 균등한 접근기회 보장이라는 측면에서 의미가 있다(Kang, 2007). 본 조사대상자의 89.5%가 건강보험 또는 의료급여에 의해 의료보장의 혜택을 받고 있었다. Surl 등(2005)의 연구에서는 여성결혼이민자의 76.4%, Kim 등(2008)의 연구에서는 여성결혼이민자의 88.7%가 의료보장을 받고 있었으며, Kim 등(2010)의 연구에서는 여성결혼이민자의 건강보험 가입율이 83.4%인 것으로 나타나 그 동안 여성결혼이민자들에 대한 사회적 관심과 정부의 지원정책이 점차 확대되어 본 조사에서의 의료보장 수혜율이 높아지고 있으나, 저소득층 다문화가정의 의료급여를 확대해 나가야 할 것이다.

주관적 건강은 자신의 건강에 대한 주관적 판단에 근거한 변인이지만, 의료검진 등 객관적인 건강지표에 영향을 받을 가능성이 내재되어 있기 때문에 건강을 평가하는 변인으로 자주 활용된다(Song, Song, & Mok, 2003). 본 조사대상자가 본인이 '매우 건강이 좋다' 또는 '건강이 좋다' 등 건강상태가 좋다 라고 인식하는 주관적 건강인지율이 53.8%인 것으로 나타났다. 여성결혼이민자를 대상으로 한 Kim 등(2008)의 연구에서는 39.1%이었지만, Kim 등(2010)의 연구에서는 52.9%인 것으로 보고하고 있어 본 연구결과와 유사한 경향을 보여주고 있다. 또한 The 4th national health and nutrition examination survey(Korea Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, & Korea Center for Disease Control and Prevention, 2008)에서 우리나라의 20대 여성 중 31.7%, 30대 여성 중 33.2%가 주관적으로 건강하다고 응답한 비율보다도 높아 여성결혼이민자들의 전반적인 주관적 건강상태가 양호함을 알 수 있다. 일부 선행연구에서는 이민자들이 이민 올 당시의 기대에 미치지 못하고 불안정한 자신의 경제·사회적 상황 등에 따라 자신의 건강상태 역시 만족스럽지 못하게 생각하여 본국인 보다 이민자들의 주관적 건강상태가 좋지 않은 것으로 보고되고 있다(Gross et al., 2001; Ihara, 2009). 그러나 많은 외국의 선행연구에서 제시한 바와 같이 젊고 건강한 사람들이 이민을 생각하고 실행하는 경향이 있고, 이민국에서는 건강한 사람들만 이민을 허가하는 경향도 있어 이민자들의 건강수준이 높은 경향이 있다(Chen, Ng, & Wilkins, 1996; Kim et al., 2010; Leclere, Jensen, & Biddlecom, 1994). 여성결혼이민자의 경우도 비교적 젊은 연령층에 속하고 이민 초기에 좋은 건강수준을 가지고 있기 때문에 주관적 건강상태가 양호할 수 있다.

선행연구에서 이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 교육수준, 경제상태, 언어능력, 이주한 곳에서의 생활에 대한 만족도, 식습관 변화, 사회·정서적 지지 등을 제시하였는데(Garcés, Scarinci, & Harrison, 2006; Ihara, 2009; Kelaher, Williams, & Manderson, 2001; Yang & Wang, 2003), 본 연구에서는 출신국, 한국체류기간, 경제수준에 따라 주관적 건강상태가 차이가 있었다. Kim 등(2010)의 연

구에서는 중국 조선족과 중국 한족에 비해 베트남, 캄보디아 여성결혼이민자들의 주관적 건강인식율이 높았는데 이는 출신국가에 따라 건강에 대한 사회문화적 인식이 다를 수 있고, 베트남과 캄보디아 여성의 연령이 아주 낮은 젊은 여성이기 때문이며, 교육수준이 낮을수록, 체류기간이 길어질수록 주관적 건강인지율이 낮은 것으로 보고하였다.

본 연구에서 가장 유병율이 높은 질병은 빈혈이었는데, 선행 연구결과와도 일치하여 빈혈은 여성결혼이민자들에게 가장 흔한 질환으로 공통적으로 보고되고 있다(Surl et al., 2005; Kim et al., 2008). 빈혈은 특히 동남아시아 지역에 가장 많아 약 315백만명이 빈혈에 이환되어 국민의 건강을 위협하는 심각한 문제로 받아들여지고 있다(WHO & Center for Disease Control and Prevention, 2008). 특히 임신부의 빈혈은 모성사망율의 위험을 증가 시킬 뿐 아니라 저체중아 출산, 미숙아 출산, 영아사망율의 위험을 증가시킨다(Nguyen et al., 2006). 여성결혼이민자들 대부분이 가임기의 여성으로, 이들의 여성건강, 건강한 자녀출산 및 양육은 국가 경쟁력 강화를 위한 인구정책에서도 매우 중요한 의미를 지니므로 이에 대한 관리가 시급히 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서 여성결혼이민자들은 위장관계질환, 부인과질환, 우울, 근골격계질환 등에 많이 이환되어 있었다. Kim 등(2008)의 여성결혼이민자 연구에서도 한국에 와서 의사로부터 진단 받은 질병은 빈혈(14.0%)이 가장 많았고, 다음은 위장질환(10.1%), 부인과 질환(8.0%), 근골격계질환(5.5%), 호흡기계질환(5.1%), 간질환(4.7%), 고혈압(4.6%), 자궁근종(4.1%) 등의 순위인 것으로 나타나 본 연구와 일치하는 경향을 보여주었다. Yang과 Wang(2003)은 타이완으로 결혼이민 온 인도네시아계 여성들이 호소하는 신체 증상들이 이민과 적응과정에서 오는 스트레스 때문으로 보인다는 주장을 제기하였는데, 이러한 신체증상의 예로는 식욕부진, 위궤양, 변비, 설사 등의 위장관계 증상과, 잦은 감기, 피부 알러지, 건조증, 아토피성 피부염 등의 면역기계 문제, 생리불순 등의 내분비계 문제와 두통 등을 지적하였다.

Kim 등(2010)의 연구에 의하면 다문화가족의 지난 2주간 유병 경험율이 2008년 사회통계조사와 비교하

여 우리나라 전 연령층의 유병경험을 보다는 낮았으나 10대와 20대의 유병경험을 보다는 높은 것으로 나타났다. 또한 이스라엘 내 이민여성과 비이민여성의 건강상태와 의료이용실태를 조사한 Gross 등(2001)의 연구에서 61%의 이민여성이 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있다고 응답해 38%인 비이민 여성들과 비교할 때 신체적인 건강상태가 더 나쁜 것으로 나타났다. 그러나 몇몇 외국의 연구에서는, 이민자들의 신체적 건강상태가 거주국가의 사람들보다 좋은 것으로 나타났다(Chen et al., 1996; Leclere et al., 1994). 따라서 여성결혼이민자들의 건강수준을 보다 명확하게 파악하기 위한 추후 심층연구가 진행되어야 할 것이다.

여성결혼이민자들이 이용하는 의료기관은 의료보장수혜여부, 지역별 의료기관종별 분포, 경제적 및 지리적 접근성이 일반적으로 영향을 미칠 수 있고, 이민자의 연령, 체류기간, 의료기관 이용에 대한 정보와 인식에 따라 차이를 보인다(Kang, 2007; Kim et al., 2010). 본 연구에서 여성결혼이민자들이 가장 많이 이용하는 의료기관은 병의원(78.4%)인 것으로 나타났는데, Kim 등(2008), Kim 등(2010)의 연구에서도 병의원 이용율이 각각 87.3%, 73.3%로 동일한 경향을 보여주고 있다. 본 연구에서 도시지역에서는 농촌에 비해 약국, 한의원, 농촌지역에서는 보건소 이용율이 통계적으로 유의하지는 않았지만 약간 높은 것으로 나타났는데 이는 우리나라의 의료시설, 인력, 병상 등 보건 의료자원 분포의 지역간 불균형이 어느 정도 이들의 보건의료이용의 형평성에 영향을 미쳤기 때문 일 것이다(Kang, 2007). 또한 본 연구에서 한국체류기간이 길어질수록 병의원 이용율이 높게 나타났는데 이는 한국체류기간이 길어지면서 국민건강보험가입율이 증가하고 의료기관에 대한 정보의 접근성이 향상되었기 때문 일 것이다(Kim et al., 2010).

본 연구에서 여성결혼이민자들의 30.1%는 지난 1년간 병원에서 치료를 받아야 하나 치료를 하지 않은 것으로 나타났으며, 경제수준이 낮은 여성결혼이민자에서 미치료율이 더 높았고, 미치료 사유로서 의료비 부담을 가장 많이 호소하였다. Kim 등(2008)의 연구에서는 지난 1년간 아픈데도 의료기관을 이용하지 않은 경우가 54.8%, Kim 등(2010)의 연구에서는 지난 1년간 의사의 도움이 필요했는데도 병원에 가지 못하

였거나 중도에서 치료를 포기한 경우가 10.6%로 다른 연구보다 다소 낮은 수준으로 보고하고 있다. 외국인등록증 소지한 여성결혼이민자들에게 의료보험가입이 가능하도록 하여 보건의료서비스 이용에 대한 균등한 접근기회를 어느 정도 보장하여 주었지만, 소득이 낮은 계층에서, 의료비 부담 등으로 실제 보건의료이용수준에서는 상당한 차이가 있으므로 이들을 위한 지원 대책이 마련되어야 할 것이다.

또한 본 연구에서 여성결혼이민자들이 지난 1년간 병의원 치료를 받지 못한 이유로 특히 도시지역에서는 언어소통의 어려움을 많이 호소하였는데, 한국체류기간이 5년 정도 지난 후에는 이 문제가 많이 감소하는 것으로 나타나, 한국에 입국한지 얼마 안 되는 여성결혼 이민자들의 보건의료기관 이용을 향상을 위해 의료인과의 의사소통을 위한 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

본 연구에서 한국체류기간이 길수록 지난 1년간 병원에서 치료를 받아야 하나 치료를 하지 않는 비율이 증가하였으며, Kim 등(2010)의 연구에서도 유사한 결과가 나타났다. 본 연구에서 한국체류기간이 증가할수록 의료비 부담을 더 많이 느껴 치료를 하지 못하는 것으로 나타나 결국 보건의료이용에 있어서 가장 큰 장벽은 경제적 여건이 되므로 여성결혼이민자들의 실제 보건의료이용을 향상을 위해서는 의료비 지원 대책이 마련되어야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 도시와 농촌지역에 거주하고 있는 베트남, 중국, 필리핀 등을 포함한 아시아의 여성결혼이민자를 대상으로 이들의 인구사회학적 특성을 조사하고, 이들의 건강상태, 보건의료이용 양상과 관련요인을 알아보기 위해 시도된 서술적 조사연구이다.

본 연구에서는 중국, 베트남, 필리핀 및 기타 아시아 출신 465명을 대상으로 인구사회학적 특성, 주관적 건강상태, 질병의 유병률 및 치료율, 보건의료이용 양상 및 관련 요인을 구조화된 설문지에 의해 조사하였다. 수집된 자료는 SPSS Win 17.0을 활용하여 빈도, 백분율, 평균과 표준편차, X^2 -test로 분석되었다.

본 연구결과는 출신국은 베트남이 40.9%로 가장

많았으며, 중국 22.8%, 필리핀 19.6%, 기타 16.6% 이었다. 조사대상자의 주관적 건강상태는 '매우 좋음' 14.4%, ' 좋음' 39.4% 등 건강상태가 양호한 경우가 53.8%이었다. 조사대상자의 건강문제 중 빈혈이 가장 많아 21.2%, 다음은 위장관계질환 13.6%, 부인과질환 11.6%, 우울 6.4%, 근골격계질환 4.7% 순이었으며, 이들의 평균 치료율은 56.6%이었다. 조사대상자들은 주로 이용하는 의료기관으로 병의원(78.4%)을 가장 많이 이용하였으며, 다음이 보건(지)소, 보건진료소(8.6%), 약국(6.4%), 한의원(2.2%), 외국인 노동자무료진료소(1.8%)인 것으로 나타났다. 도시지역의 조사대상자들은 농촌지역에 비해 약국, 한의원을 더 많이 이용하였으며, 한국체류기간이 길어질수록 병의원 이용율이 증가하였으며, 경제수준이 낮은 빈곤층에서 외국인 노동자무료진료소 이용율이 높은 것으로 나타났다. 조사대상자들의 30.1%는 지난 1년간 병의원에 가고 싶어도 가지 못한 미치료 경험이 있었으며, 한국 체류기간이 길어질수록, 빈곤층에서 미치료율이 더 높았다. 조사대상자들의 지난 1년간 병의원 미치료 사유는 병원비 부담이 가장 많아 29.7%이었고, 다음은 언어소통의 어려움(26.1%), 혼자가기 어려움(26.1%) 등의 순이었다. 지난 1년간 병의원 미치료 사유는 도시지역에서는 언어소통 어려움, 건강보험 미가입이 더 많았지만, 농촌지역에서는 교통불편, 가족의 반대가 더 많았다. 지난 1년간 병의원 미치료 사유로 한국체류기간이 짧을수록 의사소통의 어려움을 호소하였고, 경제수준이 낮은 빈곤층에서 병원비 부담으로 병의원 이용을 못한 것으로 나타났다.

추후 연구에서 여성결혼이민자들의 건강수준을 명확히 파악하기 위한 한국 입국 이전의 건강수준과 입국 후 건강수준에 대한 비교분석이 필요하며, 보건의료이용에 대한 연구는 동일한 건강수준을 가졌을 경우, 즉 보건의료이용에 대한 요구가 동일한 경우에 이들의 인구학적, 사회문화적 요소에 따라 얼마나 보건의료이용의 형평성이 이뤄졌는지 등에 대한 평가연구가 진행되어야 하며, 이를 기반으로 우리나라 여성결혼이민자들의 건강권을 위한 사회적, 제도적 정책이 체계적으로 마련되어야 할 것이다.

References

- Alba, I. D., Hubbell, F. A., McMullin, J. M., Sweningson, J. M., & Saitz, R. (2005). Impact of U.S citizenship status on cancer screening among immigrant women. *J Gen Intern Med*, 20(3), 290-296.
- Chen, J., Ng, E., & Wilkins, R. (1996). The health of Canada's immigrants in 1994-1995. *Health Reports*, 7(4), 33-45.
- Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res*, 8(207), 1-8.
- Garcés, I. C., Scarinci, I. C., Harrison, L. (2006). An Examination of Sociocultural Factors Associated with Health and Health Care Seeking among Latina Immigrants. *J Immigr Health*, 8, 377-385.
- Gross, R., Brammli-Greenberg, S., & Remennick, L. (2001). Self-rated health status and health care utilization among immigrant and non-immigrant Israeli Jewish women. *Women & Health*, 34(3), 53-69.
- Hong, S. W., Surl, D. H., Hong, C. U., Kim, M. J., & Surl, M. S. (2006). Health status and establishment of systematic policy of immigrant workers in Korea. Seoul: Seoul National University Hospital.
- Ihara, E. S. (2009). Ethnicity matters: The socioeconomic gradient in health among Asian Americans. *J Sociol & Soc Welfare*, 106(2), 125-144.
- Kang, A. G. (2007). An analysis of the equity in health service utilization with the regional distribution of health care resources. *Soc Secur Res*, 23(2), 189-219.
- Kelaher, M., Williams, G., & Manderson, L. (2001). Population characteristics, health and social issues among Filipino in

- Queensland, Australia. *J Ethn Migr Stud*, 27(1), 104-114.
- Kim, H. R., Hwang, N. M., Jang, I. S., Yoon, K. J., & Kang, B. J. (2008). *Status and policy of reproductive health of marital immigrant women in Korea*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, S. K., Kim, Y. K., Cho, A. J., Kim, H. R., Lee, H. K., Surl, D. H., et al. (2010). *Study on current status of multicultural families*. Seoul: Korea Ministry of Health & Welfare, Korea Ministry of Gender Equality & Family, Korea Ministry of Justice, & Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, Y. K. (2009). *Current status of multicultural families in a multicultural era and policy implications*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs..
- Korea Immigration Service. (2010, April). *Asian immigrant women's residence status by nationality in Korea*. Retrieved June 20, 2010. from [http://www.immigration.go.kr/HP/TIMM/imm_06/image/fas/200912/E01\(09-4\)](http://www.immigration.go.kr/HP/TIMM/imm_06/image/fas/200912/E01(09-4)).
- Korea Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, & Korea Center for Disease Control and Prevention. (2008). *2007 National health statistics: The 4th national health and nutrition examination survey*. Seoul: Korea Ministry of Health, Welfare and Family Affairs & Korea Center for Disease Control and Prevention.
- Korea Statistical Information Service. (2009, December). *Marriages to foreigners for Sis, Guns, Gus*. Retrieved July 3, 2010, from http://kosis.kr/html/InterStatic/staticCount.jsp?org_id=101&tbl_id=DT_1B83A24&olapAt=Y&vwcd=MT_ZTITILE&path=인구·가구>인구동향조사>혼인&keyword=시군구별외국인과의혼인.
- Leclere, F. B., Jensen, L., & Biddlecom, A. E. (1994). Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the united states. *J Health Soc Behav*, 35, 370-384.
- Nguyen, P. H., Nguyen, K. C., Le Mai, B., Nguyen, T. V., Ha, K. H., Bern, C., et al. (2006). Risk factors for anemia in Vietnam. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 37(6), 1213-1223.
- Song, M. S., Song, H. J., & Mok, J. Y. (2003). Elderly's subjective health condition and its correlates in senior citizen center. *J Korea Geront Soc*, 23(4), 127-142.
- Surl, D. H., Kim, Y. T., Kim, H. M., Yoon, H. S., Lee, H. K., Lim, K. T., et al. (2005). *Status and policy of health and social welfare of marital immigrant women in Korea*. Seoul: Korea Ministry of Health, Welfare and Family Affairs.
- World Health Organization & Center for Disease Control and Prevention. (2008). *Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, Z., Penning, M. J., & Schimmele, C. M. (2005). Immigrant status and unmet health care needs. *Can J Public Health*, 96(5), 369-373.
- Yang, Y. M., & Wang, H. H. (2003). Life and health concerns of Indonesian women in transnational marriages in Taiwan. *J Nurs Res*, 11(3), 167-175.

Health Status, Health Care Utilization and Related Factors among Asian Immigrant Women in Korea

Yang, Sook Ja(Associate Professor, Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Woman University)

Purpose: This study identified sociodemographic characteristics, health status, health care utilization and related factors of Asian immigrant women in Korea. **Methods:** Data were collected from 465 immigrant women from China, Vietnam, the Philippines, and other Asian countries using standardized questionnaires. Descriptive statistics and X²-test were performed utilizing SPSS version 17. A *p*-value <.05 was considered statistically significant. **Results:** Subjects had relatively good subjective health. The most prevalent conditions were, in order, anemia, gastrointestinal diseases, gynecological diseases, and depression. Subjects utilized mostly hospitals or clinics when sick. There were significant relationships between health care utilization and factors including residence, time since immigration and economic status. The rate of non-treatment in hospitals or clinics was 30.1% during the previous year, with significant relationships between non-treatment and factors including time since immigration and economic status. The major reasons for non-treatment were the burden of hospital expenses followed by communication difficulty. **Conclusion:** Public health efforts should be targeted to Asian immigrant women to improve their health status and support health care utilization.

Key words : Immigrants, Women, Health, Health Care Utilization